

**Justification et Guide  
Pour  
l’Extension du Groupe d'Age dans les AVS**

****

# Justification et Guide pour l’Extension du Groupe d’Age dans les AVS

# Introduction

En 2012 le monde a vu le plus petit nombre de cas de polio dans le plus petit nombre de pays. Cependant, malgré les énormes progrès réalisés dans l'éradication de la polio au cours des dernières années, trois pays demeurent endémiques - l'Afghanistan, le Nigéria et le Pakistan. Jusqu'à l'interruption réussie de transmission de la poliomyélite dans les pays d'endémie est atteint, le risque considérable de flambées dans les pays exempts de poliomyélite persiste. Les zones avec une immunité sous-optimale de la population et où les services de vaccination ont été interrompus un certain nombre d'années sont particulièrement à risque. Dans ces endroits, les enfants plus âgés et les adultes sont susceptibles de jouer un rôle important dans la transmission et la propagation du poliovirus dans le pays et à ses frontières. Il y a également un risque réel dans ces zones qu’un nombre substantiel d’enfants plus âgés et d’adultes contractent une paralysie poliomyélitique, comme observé lors d’épidémies récentes (République du Congo 2010, Tadjikistan et Namibie 2010 2006).

L’Initiative Mondiale pour l’Eradication de la Polio (IMEP) recommande une réponse immédiate et efficace en cas d’épidémie de poliovirus. La réponse aux épidémies devrait viser à renforcer rapidement l'immunité de la population, minimiser l’étendue géographique et la taille de l'épidémie, tout en réduisant simultanément le risque de propagation aux pays voisins.

Une stratégie pour accroître rapidement l’immunité de la population et pour interrompre la transmission est d’élargir la tranche d’âge des individus ciblés pour la vaccination, connue aussi comme l’extension des groupes d’âge (EGA) dans les activités de vaccination supplémentaires (AVS). Les EGA AVS comprennent la vaccination des groupes d’âge : moins de 10 ans, moins de 15 ans, ou tous âges (cf. la population entière) avec le vaccin polio oral (VPO).

Ce document décrit la justification des campagnes de groupes d'âge élargis. Il souligne également quand une EGA devrait être envisagée et fournit des principes de base de planification et d'exécution d’EGA.

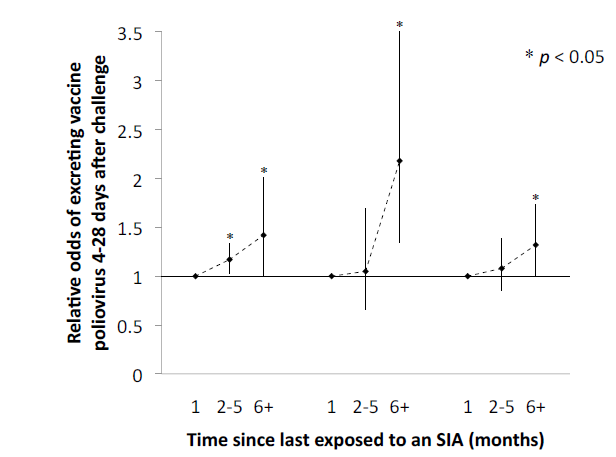
# Justification des campagnes pour des groupes d’âge élargis

Les raisons précises de conduire des campagnes de vaccination contre la polio à des groupes d'âge élargis dans une zone en épidémie ou endémique sont les suivantes :

**Polio dans des groupes d’âge plus élevé:** Bien que la poliomyélite touche principalement les jeunes enfants faiblement immunisés, elle peut paralyser les personnes de tout âge, y compris les adultes, en particulier dans les milieux où l'immunité de la population générale est faible. Quand les adultes sont affectés, le bilan est dévastateur, et souvent avec un taux de mortalité plus élevé. Par exemple, lorsque le virus de la polio sauvage a réinfecté la République du Congo en 2010-2011, près de 400 adultes ont été paralysés par la poliomyélite en moins de six mois. Près de 50% des personnes touchées sont mortes quelques jours après avoir contracté le virus.

**Rôle possible des adultes dans la propagation de la transmission - Déclin de l'immunité mucosale au fil du temps**: L’immunité de l’intestin ou mucosale empêche l'infection et la propagation du poliovirus. Les personnes ayant une immunité sérique contre la polio sont protégés contre le développement de la paralysie, mais à cause du déclin de l'immunité intestinale au fil du temps, ils peuvent encore être infectés par le poliovirus et sont capables d'infecter les autres, ce qui facilite la propagation continue du virus.

Plusieurs études ont montré que l’immunité intestinale semble décliner de manière significative au cours du temps.

Une étude en Inde[[1]](#footnote-1) a mis en avant que la chance d'excrétion du poliovirus (pour les trois sérotypes de poliovirus) après une «dose de provocation» est significativement plus élevée six mois ou plus après la dernière dose de VPO, par rapport au premier mois après la dernière dose de VPO. Le graphique à droite montre le déclin de l’immunité mucosale pour les 3 sérotypes de poliovirus 4-28 jours après avoir reçu la dose de provocation.

PV 1 PV2 PV3

Les données d’Israël[[2]](#footnote-2) suggèrent également que l’immunité mucosale au poliovirus décline au cours du temps. Un déclin significatif de l’immunité intestinale a été observé un an après le dernier contact avec le poliovirus, peu importe le sérotype du virus.

Des études ont aussi montré que les enfants plus âgés participent à la transmission du poliovirus. Deux investigations en Inde[[3]](#footnote-3)[[4]](#footnote-4) ont constaté que l'infection asymptomatique du PVS a été détectée chez des individus âgés de plus de cinq ans (1-2% des enfants âgés en bonne santé dans les zones infectées excrétait du virus). La proportion et le taux d'infections asymptomatiques en PVS1 étaient similaires chez les moins de cinq ans et les cinq à 15 ans, mais plus faible chez les jeunes âgés de plus de 15 ans.

Comme les personnes avec peu ou pas d'immunité intestinale peuvent jouer un rôle important dans la propagation du virus de la polio, même si elles ne présentent aucun symptôme de la maladie, l’OMS recommande, dans les directives en matière de voyage et de santé internationale, la primovaccination contre la polio selon le programme national de vaccination, ou au moins un dose de vaccin contre la polio pour tous les adultes et les enfants qui voyagent vers ou à partir d'une zone affectée par la polio (http://www.who.int/ith/en/).

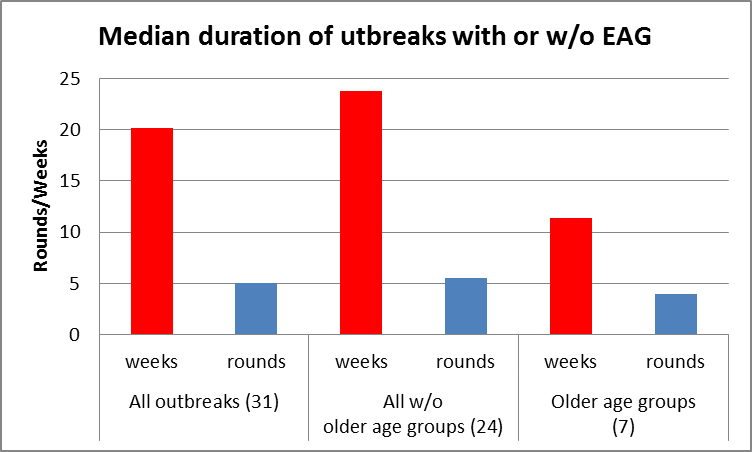
Le Royaume d’Arabie Saoudite a des exigences strictes en termes de vaccination pour toute personne voyageant pour le Hajj à partir d'une zone infectée par la polio. Une preuve de la vaccination contre la polio est exigée avant le voyage et une dose additionnelle de vaccin contre la polio est administrée à l’arrivée en Arabie Saoudite chez ceux qui arrivent d’un pays infecté par la polio, indépendamment de l'âge.

**Impact des campagnes de groupes d'âge élargis en épidémie:**

Les modèles dynamiques développés par l’organisation de recherche Kid Risk[[5]](#footnote-5)[[6]](#footnote-6)[[7]](#footnote-7) a suggéré de multiples bénéfices à faire des AVS pour une tranche d’âge élargie. Dans les situations épidémiques, le bénéfice principal est la diminution de la durée de l’épidémie par la réduction de la circulation du PVS et l’augmentation de l’immunité de la population générale.

L’IMEP a recommandé des campagnes de vaccination pour une tranche d’âge élargie dans beaucoup de pays, y compris la Namibie, la République du Congo, la Chine, le Tchad, le Tadjikistan, la République centrafricaine, la République Démocratique du Congo, le Kenya et la Somalie.

L’expérience des pays mentionnés ci-dessus a montré que de mener des campagnes pour des tranches d’âge élargies peut arrêter les épidémies de polio plus rapidement et limite la propagation à d’autres zones. Dans certains pays, comme la Namibie et la République du Congo, des campagnes de vaccination d’une tranche d’âge élargie ont été utilisées pour stopper la transmission intense de polio et la maladie paralytique dans la population adulte.

L’expérience de la vaccination de groupes d’âge élargis pendant des épidémies de polio a montré que cette stratégie aide à raccourcir la durée de l’épidémie (11 contre 24 semaines). La stratégie est également connue pour réduire le nombre de campagnes nécessaires pour stopper l’épidémie (5 contre 7).

Contrairement à la préoccupation initiale, la vaccination des personnes âgées en épidémie a montré l’amélioration de la couverture chez les jeunes enfants de moins de cinq ans. En fait, plus d’enfants de moins de cinq ans, et surtout moins de un an, ont été vaccinés lors des AVS de groupes d'âge élargi en raison d’une mobilisation sociale plus efficace et par le fait que les vaccinateurs n’aient pas à vérifier l'âge des enfants puisque tout le monde a été vacciné dans le ménage / le site fixe / le site mobile.

# Quand est-ce qu’une campagne de groupe d’âge élargi doit être envisagée?

Si les services de vaccination ont été interrompus dans beaucoup de zones du pays, pour un certain nombre d’années, il est fort vraisemblable que les enfants plus âgés et les adultes dans le pays joueront un rôle significatif dans la transmission et la propagation du poliovirus dans le pays et au-delà de ses frontières. Il existe également un risque réel que les enfants plus âgés et les adultes contractent une paralysie polio en grand nombre.

La vaccination d’un groupe d’âge élargi doit être considérée dans les zones ***ayant une transmission active de poliovirus sauvage ou* à risque immédiat d’importation** quand:

1. Des cas de poliomyélite paralytique ont été rapportés chez des personnes de plus de 5 ans.
2. Les zones présentant des lacunes immunitaires importantes persistant pendant une longue période de temps (par exemple 60% de couverture de routine depuis 5 à 10 ans chez les moins de 5 ans et / ou des AVS polio de faible portée résultant en une grande partie de la population <10 ans sous-immunisée et à risque de contribuer à la transmission du PVS)

# Planification de la campagne de groupe d’âge élargi:

Les principes de base de la planification et de la mise en œuvre de campagne AVS de groupe d’âge élargi restent les mêmes que ceux d’AVS ciblant les enfants < 5 ans. Cependant, la clé de la planification pour une campagne de groupe d’âge élargi est d’adapter la micro-planification pour atteindre le groupe d’âge ciblé peu importe les endroits où il pourrait être le plus présent (par exemple en ciblant les écoles, les marchés, les universités, les usines, etc.).

Considérations importantes lors de la planification de campagnes de groupe d’âge élargi:

* ***Micro-planification:***
  + **Couverture dans les maisons:** La vaccination régulière porte à porte pour couvrir toutes les personnes de la tranche d’âge ciblée disponibles dans les maisons. Les micro-plans pour les équipes de porte à porte devraient être modifiés pour rationnaliser la charge de travail. Cela pourrait être fait en augmentant le nombre de jours d’activités ou par l’augmentation du nombre d’équipe ou une combinaison des deux. **Charge de travail:** l’expérience d’autres pays a montré que la charge de travail optimale (nombre d’enfants à couvrir par jour) pour une équipe porte à porte correspond à ce qui suit :
    - Campagne chez les moins de 10 ans - 1.5 fois plus qu’une campagne chez les <5 ans
    - Campagne chez les moins de 15 ans - 2 fois plus qu’une campagne chez les <5 ans
    - Campagne ciblant tous les âges - 3 fois plus qu’une campagne chez les <5 ans
  + **Equipes fixes et mobiles:** Etant donné que dans la majorité des cas le groupe d’âge > 5 ans est susceptible de ne pas être présents dans les ménages pendant les heures du matin, il est important d'avoir un vaste déploiement d’équipes fixes (Transit) et mobiles.
    - **Couverture de la population mobile:** Les équipes fixes (Transit) devraient couvrir l'ensemble des endroits très occupés avec la population mobile (par exemple, les marchés, les hôpitaux, les stations de bus, les gares et autres points de transit et lieux de rassemblement). Un plus grand nombre d'équipes devrait être déployé les deux premiers jours d'activité parce qu’il est prévu d'avoir une couverture très élevée au cours des deux premiers jours.
    - **Couverture des lieux de travail, écoles, universités et autres lieux avec une population définie:** les équipes mobiles devraient être déployés pour couvrir tous les sites avec des populations définies (par exemple, les usines, les écoles, les institutions, les hôpitaux, les autres lieux de travail, etc.). Chaque site devrait être couvert à deux reprises pendant la campagne.
* ***Communication:***
  + **Mobilisation sociale et communication**: des stratégies appropriées doivent être développées pour générer sensibilisation et demande.
    - **Campagne médiatique de masse étendue** impliquant radios et journaux à commencer avant la campagne
    - **Annonces** dans les mosquées, églises et établissements (cf. usines, écoles, etc.)
    - **Réunions de focus group** des mères et des jeunes.
  + **Une stratégie de communication claire** devrait être développée pour anticiper les problèmes tels que l'absence de risque pour les femmes enceintes, la consommation d'alcool, la consommation de CAT, toute contre-indication, etc.
  + **Avant le démarrage de la campagne:** Avant que la campagne ne démarre, une personne compétente et respectée porteuse d'une lettre des autorités, de dépliants d'information et d’affiches doit visiter tous les établissements (grandes entreprises, les écoles, les comités de marché, les lieux de culte, etc.). La personne doit :
    - Informer de la campagne et convenir de l’arrivée des équipes;
    - Identifier l'emplacement et les horaires des sites pour la planification;
    - Demandez des locaux pour faciliter le travail des équipes (cf. aider à la sensibilisation du personnel, des sites visibles et gérables, tables, parasols, etc.).
  + La communication interpersonnelle (CIP) par les mobilisateurs en porte à porte au moins dans les zones à haut risque.
  + Lancer un jour avant le début réel en ciblant le groupe de population adulte de haut profil. Cela va avoir une bonne incidence sur la communication.
* ***Le marquage du doigt:*** 
  + Reste le même que pour les AVS ciblant les enfants de moins de 5 ans.
  + Le petit doigt gauche doit être marqué chez toutes les personnes vaccinées pendant une campagne
  + Les personnes plus âgées peuvent montrer une certaine réticente au marquage du doigt tout en acceptant la vaccination. Cela doit être gardé à l'esprit lors de la conception de stratégie de monitoring.
* ***Le marquage de maison:*** 
  + Reste le même que pour les AVS ciblant les enfants de moins de 5 ans.
  + Le marquage des maisons peut être simplifié pour inclure seulement les dates de vaccination et si tous les bénéficiaires éligibles ont été vaccinés.
* ***Composition of vaccination teams:***
  + **House to House teams**: La même chose que pour les AVS ciblant les moins de 5 ans, il faudrait avoir deux vaccinateurs. Chaque équipe doit avoir de préférence au moins une vaccinatrice locale féminine de la même communauté.
  + Equipes fixes (transit): Devrait avoir deux vaccinateurs et un mobilisateur. Les points de transit animés auront besoin de plus d’une équipe fixe selon la charge de travail.
  + Equipes mobiles: Les équipes mobiles devraient avoir deux vaccinateurs familiers de la région et capable de parler aux autorités concernées des établissements.
* ***Enregistrement et Transmission:*** 
  + La notification de la couverture vaccinale devait reprendre les informations sur les enfants < 5 ans couverts pendant la campagne de groupe d’âge élargi.
  + Les feuilles de pointage et le format des rapports doivent être modifiés pour inclure l'élargissement de la tranche d’âge et saisir l'information dans des catégories d'âge différentes cf. moins de 5 et plus de 5.
* ***Vaccin et Logistique:***
  + **Besoins en vaccins :** Dans l'ensemble, il y aura besoin de 3 fois plus de vaccin pour les AVS <15 et 6 fois plus pour les AVS tout âge, comparativement aux AVS <5 ans.
  + Les besoins en vaccins attendus par jour pour les équipes devront être calculés sur base de la population cible.
  + Les équipes devraient recevoir environ 100% de doses supplémentaires pour la cible attendue les premier et deuxième jours de la campagne. Dans les campagnes de groupe d'âge élargi, une couverture sur les premiers jours est beaucoup plus élevée que la cible prévue, car il y a généralement une forte demande à la fois en porte à porte et pour l'activité des équipes fixes et mobiles.
  + Les équipes fixes (transit) déployées au niveau des marchés et d’autres endroits aussi animés auront besoin de 500 à 1000 doses par jour pour les deux premiers jours d’activités.
  + Un système solide pour les vaccins et le flux logistique y compris un réapprovisionnement rapide doit être planifié.
  + Chaque équipe doit recevoir suffisamment de marqueurs : leur nombre sera calculé sur la base d’un marqueur pour 400 enfants à couvrir, arrondir à la supérieure. Chaque équipe de vaccination devrait avoir au moins deux marqueurs.
  + La capacité de la chaine de froid doit être évaluée et renforcée ccompte tenu de l'augmentation des besoins en vaccins.
* ***Monitoring***
  + **Outils de Monitoring**:
    - Devraient être simplifiés pour se concentrer seulement sur la couverture et des informations basiques.
    - Devraient être modifiés pour inclure les informations sur la couverture par tranche d’âge (<5 ans et >5 ans)
  + Le processus de monitoring doit se concentrer aussi bien sur l’évaluation de la couverture ‘in house’ que sur l’‘out of house sites’.
* ***Formation des vaccinateurs sur les nouveaux changements liés au groupe d’âge élargi***
  + Les campagnes de groupe d’âge élargi sont différentes des AVS ciblant les <5 en termes de micro-planification, enregistrement / notification et aussi aussi des questions attendues des bénéficiaires.
  + Par conséquent, tous les vaccinateurs devraient être formés sur les changements sur les micro-plans, les procédures, etc. et la capacité à répondre de manière satisfaisante aux demandes des bénéficiaires (par exemple, des raisons pour lesquelles les adultes sont vaccinés).

***Les structures de coordination opérationnelles doivent être établies à tous les niveaux avec un chronogramme, des priorités et des responsabilités clairs.***

# Considérations budgétaires:

* Population cible: la population cible moins de 10 ans est habituellement considérée comme 2 fois celle des moins de 5 ans. Pour les campagnes des moins de 15, c’est 3 fois et pour une campagne tout âge, 5 fois.
* La budgétisation devrait être faite sur la base du processus de micro-planification pour des équipes en porte à porte, des équipes fixes et mobiles comme décrit précédemment.
  + Augmentation en nombre d’équipes de porte à porte ou en nombre de jours d’activité ou les deux
  + Augmentation en équipes fixes et mobiles
* Le nombre de superviseurs ou les jours de supervision sont calculés en proportion de l’augmentation du nombre d’équipes
* Les autres besoins logistique comme les véhicules sont en conséquence.

1. Grassly NC, Jafari H, Bahl S, et al. Waning intestinal immunity after vaccination with oral poliovirus vaccines in India. J Infect Dis 2012; 205:1554-61. [↑](#footnote-ref-1)
2. Intestinal immunity following a combined enhanced inactivated polio vaccine/oral polio vaccine programme in Israel. Swartz TA, Green MS, Handscher R, Sofer D, Cohen-Dar M, Shohat T, Habib S, Barak E, Dror Z, Somekh E, Peled-Leviathan T, Yulzari R, Libling A, Mendelson E, Shulman LM. Vaccine. 2008 Feb 20;26(8):1083-90. doi: 10.1016/j.vaccine.2007.12.021. Epub 2008 Jan 7. [↑](#footnote-ref-2)
3. Enhanced Poliovirus Surveillance among >5 year-old persons in Uttar Pradesh (July – October 2009). [↑](#footnote-ref-3)
4. Community Investigation for Wild Polio Viruses, Saharsa, Bihar (July 2009). [↑](#footnote-ref-4)
5. Duintjer Tebbens RJ, Pallansch MA, Chumakov KM, et al. Expert review on poliovirus immunity and transmission. Risk Anal 2013; 33:544-605. [↑](#footnote-ref-5)
6. Duintjer Tebbens RJ, Pallansch MA, Chumakov KM, et al. Review and assessment of poliovirus immunity and transmission: synthesis of knowledge gaps and identification of research needs. Risk Anal 2013; 33:606-46. [↑](#footnote-ref-6)
7. Thompson KM, Pallansch MA, Tebbens RJ, Wassilak SG, Cochi. Modeling population immunity to support efforts to end the transmission of live polioviruses.

   Risk Anal. 2013 Apr;33(4):647-63. doi: 10.1111/j.1539-6924.2012.01891.x. Epub 2012 Sep 17. [↑](#footnote-ref-7)