



Bulletin d'immunisation

Organisation panaméricaine de la Santé

VOLUME XXXIII NUMÉRO 6 ► DÉCEMBRE 2011

- 1 International Evaluation of Paraguay's Expanded Program on Immunization, 2011
- 1 Atelier régional ProVac sur le rapport coût-efficacité des stratégies de vaccination contre le papillo-mavirus et de dépistage visant la prévention et le contrôle du cancer du col de l'utérus
- 4 Évaluation du logiciel de gestion des stocks de fournitures de vaccination (VSSM) réalisée par le Paraguay
- 6 Rencontre régionale sur la surveillance des rotavirus et de la pneumonie et de la méningite bactériennes – Montevideo, Uruguay, 16-17 novembre 2011
- 7 VINUVA - Nouvel outil pour le rapport mensuel des données de surveillance sentinelle du rotavirus, la pneumonie et la méningite
- 8 En mémoire du Dr Eugenia Sacerdote de Lustig

Évaluation internationale du Programme élargi de vaccination du Paraguay, 2011

Une évaluation internationale du Programme élargi de vaccination (PEV) du Paraguay a eu lieu du 13 au 18 octobre 2011 en réponse à une requête du ministère de la Santé et du Bien-être social du Paraguay (MSPyBS, ses initiales en espagnol). Cette évaluation a été menée par une équipe de 14 experts internationaux venant de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) et des pays d'Amérique latine, en coordination avec 42 agents de santé nationaux et régionaux.

L'objectif premier était d'évaluer l'organisation, la structure et le fonctionnement du PEV, en particulier par comparaison avec la précédente évaluation internationale du PEV, réalisée en 1999. Les évaluateurs ont visité 13 régions sanitaires, 30 municipalités et 98 centres de soins de santé, et ont réalisé 869 entrevues. Parmi les personnes avec qui on a mené des entrevues, 75 venaient de la sphère politique, 92 étaient des responsables du PEV et 611, des utilisateurs ; 15 personnes étaient des gestionnaires venant d'autres programmes, agences ou établissements. Les lieux visités durant la collecte des données comprenaient 129 unités sanitaires, 29 unités de santé familiale, 26 hôpitaux, 5 sites sentinelles de surveillance, l'Institut de sécurité sociale et l'UNICEF, entre autres.

On a conduit des activités dans 30 municipalités situées dans 13 régions sanitaires du pays, dont la capitale, Asunción, et les régions suivantes : Alto Paraná, Amambay, Boquerón, Caaguazú, Canindeyú, Centrale, Cordillera, Guairá, Itapúa, Misiones, Ñeembucú et Presidente Hayes. On a sélectionné les municipalités selon des critères de risque qui ont été calculés en prenant en considération des paramètres relatifs à la couverture vaccinale, des indicateurs de surveillance épidémiologique, de même que des considérations sociales, démographiques et de risque épidémiologique. Parmi les municipalités sélectionnées, 5 étaient considérées comme à faible risque, 7 à risque modéré, 10 à risque moyen et 8 à risque élevé.



Le ministre de la Santé du Paraguay, le docteur Esperanza Martínez, lors de la cérémonie de la présentation du rapport d'évaluation, Asunción, Paraguay, 28 Octobre 2011.

Atelier régional ProVac sur le rapport coût-efficacité des stratégies de vaccination contre le papillomavirus et de dépistage visant la prévention et le contrôle du cancer du col de l'utérus

Renseignements de base

L'initiative ProVac de l'OPS vise à renforcer la capacité technique de prendre des décisions fondées sur des données probantes quant à l'introduction de nouveaux vaccins au niveau national. Depuis le début de l'an 2000, le Projet d'immunisation de l'OPS travaille en étroite collaboration avec les États Membres de l'OPS à promouvoir la prise de décisions fondée sur des données probantes, pour que les ressources en santé publique soient investies dans des maladies à priorité élevée. Au cours des trois dernières années, l'initiative ProVac a tenu trois ateliers régionaux visant à faire connaître aux professionnels de la santé différentes méthodes servant à produire et à recueillir les données probantes nécessaires pour influencer la politique nationale en matière d'immunisation, en mettant l'accent sur les évaluations de nature économique. Les deux derniers ateliers ont porté sur le vaccin antipneumococcique conjugué et sur le vaccin antirotavirus, en 2008 et 2010 respectivement [1]. Depuis lors, le nouveau vaccin contre le papillomavirus est arrivé sur le marché, un vaccin destiné à prévenir et à contrôler le cancer du col de l'utérus aussi bien chez les adolescentes que chez les femmes adultes. Les États Membres de l'OPS ont demandé un soutien afin d'évaluer l'introduction dans le contexte des activités en cours menées par les programmes nationaux relatifs au cancer du col.

But de l'atelier

L'atelier vise à fournir aux experts nationaux en santé publique des outils et des méthodes servant à recueillir les données et l'information nécessaires en vue de guider les décideurs quant à

PARAGUAY suite de la page 1

Tout au long du processus d'évaluation, on a cerné de nombreuses réussites et de nombreux défis pour chacune des composantes individuelles du PEV. Ceux qui suivent méritent d'être notés :

Réussites

- Présence d'une loi sur les vaccins votée en 2003 qui garantit la viabilité financière du PEV.
- Éradication durable de la polio, élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale (SRC), et contrôle d'autres maladies évitables par la vaccination (MEV).
- Élaboration d'un système d'information, y compris le registre nominatif relatif à la vaccination pour l'ensemble du système national de santé.
- Élaboration d'une campagne de sensibilisation sociale visant à promouvoir la vaccination comme un droit et le développement d'une culture de prévention de la maladie.
- Accroissement de la recherche relative à la prise de décisions fondée sur des données probantes : études démographiques, évaluations de la qualité des données et études coût-efficacité relatives à l'introduction de nouveaux vaccins, entre autres.
- Coordination intersectorielle et entre établissements, et progrès quant au processus de décentralisation.

Défis

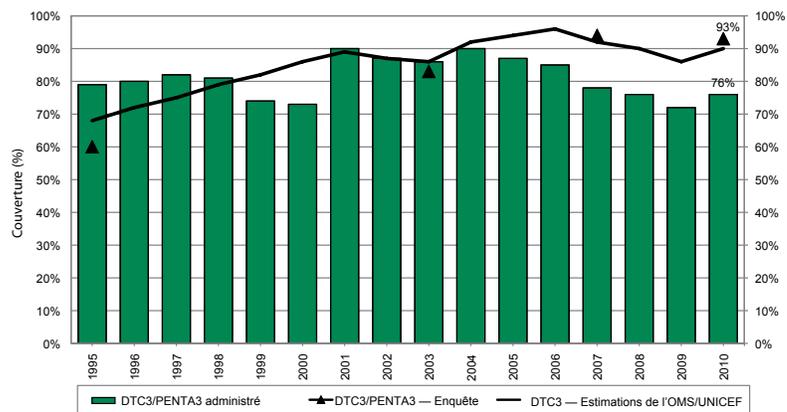
- Adapter le PEV au modèle sanitaire dans le contexte de la place prépondérante accordée aux soins de santé primaires.
- Coordonner les opérations internes du MSPyBS relatives aux programmes et aux départements de santé familiale et communautaire.
- Définir les rôles et les fonctions du PEV et des autres unités quant aux processus importants de mise en œuvre du programme.
- Mettre à jour la réglementation sur la surveillance des MEV et renforcer les capacités techniques et opérationnelles relatives à cette surveillance.
- Tirer profit des programmes vedettes et des programmes de protection sociale pour garantir l'égalité des services de vaccination et l'accès à ces derniers sur demande spontanée

Au cours des dernières années, les faits ont démontré un manque de cohérence entre les taux de couverture administrative et les taux de couverture systématiquement plus élevés obtenus grâce à des enquêtes, telles que l'Enquête nationale sur la démographie et la santé sexuelle et génésique 2008 (enfants de 12 à 23 mois), une enquête sérologique sur les oreillons menée en 2009 (enfants de 1 à 4 ans), une enquête portant sur la couverture réalisée à l'aide du vaccin pentavalent 3 (enfants de 7 à <12 mois) menée par la Direction générale des statistiques, des enquêtes et des recensements en 2011 (Figure 1). Ces incohérences méritent une analyse plus approfondie, et il faudra examiner les données historiques relatives à la couverture vaccinale une fois que les résultats du recensement de 2012 seront obtenus.

L'évaluation a mené à l'élaboration d'un plan d'ensemble pluriannuel 2012-2016. Le plan comprend des résultats escomptés, des indicateurs, un calendrier et un budget pour le PEV du Paraguay, ainsi que des activités précises qui répondent aux recommandations émises au cours de cette évaluation.

1. Les données sont préliminaires, mais ils dépassent 90% pour le DTC3 et le vaccin ROR, entre autres.

Couverture vaccinale du DTC3/Penta3 par source de données Paraguay, 1995-2010



* Enquête DGECC 2011 : données préliminaires

Évaluation de la qualité des données

Afin de comparer les résultats avec ceux obtenus lors d'une autoévaluation de la qualité des données (data quality self-assessment ou DQS) menée en 2009, on a réalisé la composante relative à la qualité des données à l'aide des mêmes questionnaires et des mêmes formulaires que ceux employés en 2009. Les objectifs de cette DQS étaient d'évaluer les aspects qualitatifs du système d'information*, le caractère opportun de la déclaration des données et l'exactitude de l'information produite par le système de suivi continu de la couverture du PEV à différents niveaux.

L'équipe a profité de cette occasion pour évaluer l'élaboration du nouveau système d'information relatif au PEV (SIMSPA), un sous-système du Système d'information sanitaire du MSPyBS paraguayen. Le SIMSPA est un système nominatif d'information qui intègre trois modules : 1) un registre nominatif des doses administrées destiné à calculer la couverture vaccinale, 2) une gestion des

stocks de vaccins et 3) une surveillance épidémiologique des maladies évitables par la vaccination.

Comme en 2009, les résultats de la DQS ont montré des différences entre les divers lieux évalués quant à l'observation des normes et des bonnes pratiques, et quant à la concordance des données lorsque l'on comparait les données d'un niveau à l'autre dans le flux de données (exactitude). On n'a pas quantifié l'exhaustivité et le caractère opportun de la déclaration des données, à cause des limites relatives à l'usage des timbres dateurs lors de la réception des rapports. En général, les résultats de 2011 semblent indiquer des améliorations concernant la qualité et l'exactitude des numérateurs par comparaison avec la DQS menée en 2009.

Le SIMSPA, un sous-système du système d'information nominatif sur le Web, est en cours d'élaboration par le Bureau général d'information sanitaire stratégique du MSPyBS. Au moment de

l'évaluation, le système connaissait une période de mise à l'épreuve, et on s'attend à ce qu'il soit introduit en 2012. Étant donné la technologie employée pour son élaboration, cette application possède un potentiel énorme pour aider à gérer le PEV à tous les niveaux, à condition que l'entrée de données se fasse de manière aussi rapprochée que possible de la vaccination quant au temps et au lieu. Le SIMSPA peut fonctionner en coopération avec d'autres modules et sous-systèmes du Système d'information sanitaire et avec d'autres systèmes d'information tels que le registre d'état civil. Il peut aussi être mis en lien avec des technologies mobiles pour recueillir des données et envoyer des alertes. Il sera important de continuer à garder les données relatives au PEV visibles dans le système d'information actuel jusqu'à ce que le SIMSPA puisse produire des données d'une qualité au moins comparable à celle des données produites par le système actuel. ■

* On définit ainsi un système d'information : les personnes qui participent à la collecte et au traitement des données, les pratiques en matière d'inscription, le flux des données, ainsi que les activités visant à traiter et à ajouter ces données et cette information, y compris les logiciels employés, s'ils existent.

ProVac suite de la page 1

l'élaboration de politiques fondées sur des données probantes en matière de prévention et de contrôle du cancer du col de l'utérus.

Objectifs de l'atelier

1. Examiner les preuves scientifiques relatives aux nouvelles technologies en matière de prévention et de contrôle du cancer du col, y compris le vaccin contre le papillomavirus pour les adolescentes et les stratégies de prévention secondaire pour les femmes adultes.
2. Explorer le recours à des évaluations économiques visant à influencer les politiques fondées sur des données probantes en matière de prévention et de contrôle du cancer du col.
3. Renforcer la capacité nationale à l'aide du modèle CERVIVAC de ProVac afin d'aborder les deux questions suivantes relatives aux politiques :
 - En termes d'investissement, quelle est la valeur de l'introduction du vaccin contre le papillomavirus dans mon pays ?
 - En termes d'investissement, quelle stratégie de dépistage du cancer du col possède la plus grande valeur dans mon pays ?
4. Discuter et élaborer un plan visant à évaluer les stratégies relatives au vaccin contre le papillomavirus et au dépistage du cancer du col, afin de renforcer le programme national de prévention et de contrôle du cancer du col.

Résumé de l'atelier

L'atelier a réuni 140 participants : des professionnels venant de 26 pays de la Région et des représentants de plusieurs organisations internationales et établissements d'enseignement. Parmi les participants étrangers, on comptait des experts de l'Organisation mondiale de la Santé, des Centres d'excellence ProVac, de l'Université Harvard, de la London School of Hygiene and Tropical Medicine, du Sabin Vaccine Institute, de l'Initiative SIVAC (Supporting National Independent Immunization and Vaccine Advisory

Committees), du Program for Appropriate Technology in Health (PATH), de l'International Planned Parenthood Federation et de l'Union internationale contre le cancer (UICC). Chaque pays était représenté par quatre participants en moyenne, dont le responsable du PEV, le responsable du programme relatif au cancer du col de l'utérus, un économiste de la santé et le point focal de l'OPS en matière d'immunisation.

La rencontre a donné aux participants l'occasion :

1. d'examiner les preuves scientifiques relatives aux nouvelles technologies pour la prévention et le contrôle du cancer du col, y compris la vaccination contre le papillomavirus chez les adolescentes et les stratégies de prévention secondaire chez les femmes adultes ;
2. d'explorer la manière d'utiliser les évaluations économiques afin de préparer des politiques fondées sur des données probantes pour le contrôle de cette maladie ;
3. de comprendre la base conceptuelle et les composantes du modèle ProVac CERVIVAC ainsi que les questions de politiques auxquelles le modèle peut aider à répondre ;
4. de discuter et d'élaborer un plan stratégique visant à renforcer les preuves nécessaires pour prendre des décisions informées concernant les stratégies relatives au vaccin contre le papillomavirus et au dépistage du cancer du col.

L'OPS/OMS recommande d'envisager l'introduction du vaccin contre le papillomavirus comme élément d'un ensemble intégré d'interventions concernant la prévention et le contrôle du cancer du col ainsi que d'autres services de santé. Ces interventions fourniront une protection supérieure contre le cancer du col de l'utérus aux adolescentes (par la vaccination) et aux femmes adultes (par un programme renforcé de dépistage du cancer du col). À ce titre, on a souligné le fait qu'il est préférable d'élaborer un programme qui accroît actuellement la protection contre le cancer du col pour toutes les femmes. Finalement, l'atelier a souligné le rôle important que

jouent les professionnels nationaux travaillant dans le domaine de l'immunisation et du cancer du col pour ce qui est d'évaluer l'introduction du vaccin contre le papillomavirus et de mettre en œuvre des stratégies destinées à renforcer le dépistage du cancer du col de l'utérus, dans quelque pays que ce soit.

Le premier jour de l'atelier, des experts renommés dans le domaine à l'étude ont fait des exposés sur les sujets suivants : mise à jour technique sur les activités d'immunisation et de contrôle du cancer du col dans les Amériques, histoire naturelle de l'infection au papillomavirus et du cancer du col, preuves scientifiques concernant les nouvelles technologies de prévention et de contrôle de cette maladie, et introduction aux concepts de base des analyses économiques et à la base conceptuelle du modèle CERVIVAC.

Les deuxième et troisième jours de la réunion, les participants ont eu l'occasion de mieux comprendre le modèle grâce à six exercices pratiques. Des animateurs formés à cet effet – un grand nombre d'entre eux dirigent actuellement des études à l'aide du modèle CERVIVAC dans leur pays – ont apporté leur concours aux participants. Non seulement les exercices pratiques ont permis aux participants de se familiariser avec la structure et les présupposés du modèle, mais chaque exercice visait à faciliter la discussion au sein des équipes nationales multidisciplinaires. Les équipes ont discuté des stratégies de contrôle du cancer du col que leur pays voudrait évaluer, de même que les sources d'information locales pertinentes qui existent dans leur pays. Chaque exercice a été présenté par un pays où le modèle avait été testé avant l'atelier (Argentine, Bolivie, Jamaïque et Paraguay). Après chaque exercice, les participants ont eu l'occasion d'examiner les résultats, les commentaires et les observations de chaque équipe. Finalement, les participants ont élaboré un plan stratégique destiné à renforcer les preuves scientifiques qui serviront à guider les prochaines étapes du processus.

Les commentaires des participants de l'atelier :

- Les participants ont donné des commentaires positifs concernant le modèle et ils sont tombés d'accord sur la méthodologie en général.
- La participation à la fois du programme de vaccination et le programme de contrôle du cancer du col a été considéré comme très importante puisque les deux programmes auront à travailler ensemble pour élaborer des politiques fondées sur des preuves en matière de contrôle du cancer du col.
- Les participants ont reconnu que la promotion de l'interprogrammatisation et des équipes pluridisciplinaires serviront à appuyer la prise de décision et le processus de planification et de mise en œuvre du programme.
- Les participants ont apprécié la qualité des présentations et des flux de contenus logiques de l'atelier.
- Les participants qui ont assisté à des ateliers précédents ProVac ont apprécié aussi bien le changement notable d'orientation de la formation que les outils d'évaluation économique à fournir une formation sur l'élaboration d'un plan stratégique visant à rassembler toutes les preuves pertinentes pour informer l'élaboration des politiques.
- La présence d'animateurs de pays qui avaient piloté l'outil a été considérée comme un facteur clé pour le succès de l'atelier.

ProVac suite de la page 3

Suggestions des participants quant aux ateliers futurs et au modèle CERVIVAC :

- Consacrer plus de temps aux exercices portant sur le modèle.
- Continuer à rendre accessibles des versions numériques de tout le matériel distribué.
- Envisager d'adapter le modèle afin que les utilisateurs puissent comparer les vaccins bivalent et quadrivalent contre le papillomavirus.
- Envisager la possibilité d'inclure au modèle un résultat composite qui présente le rapport coût-efficacité de la combinaison de stratégies, comme le fait de vacciner les filles et d'effectuer un dépistage chez les femmes adultes non admissibles à la vaccination.
- Ajouter au modèle des définitions relatives à des concepts « qui prêtent à confusion » ou « que l'on peut facilement comprendre de travers » (par ex. « suivi », « couverture du dépistage actuel »).
- On a suggéré que l'OPS facilite l'échange d'information et de données entre les pays.

Résultats et conclusions

L'atelier a aidé à doter les participants des moyens nécessaires pour promouvoir la prise de décisions fondée sur des données probantes au niveau local, alors que leurs pays envisagent d'apporter des changements aux politiques actuelles sur le contrôle du cancer du col de l'utérus. De plus, les participants ont enrichi leurs connaissances générales dans cinq domaines clés :

1. décisions fondées sur des données probantes ;
 2. évaluations économiques ;
 3. stratégies de prévention et de contrôle du cancer du col ;
 4. recours à l'analyse de scénarios ;
 5. interprétation des analyses coût-efficacité.
- Les résultats d'une enquête administrée parmi les participants avant et après l'atelier ont clairement démontré chez eux un enrichissement des connaissances. L'enquête comprenait des questions sur le niveau de connaissances et les attitudes des participants concernant les cinq domaines clés mentionnés plus haut.
 - La proportion de participants qui déclaraient posséder, après l'atelier, un niveau de connaissances élevé ou très élevé dans les cinq domaines a presque doublé :
 - Proportion of participants who reported high or very high knowledge of economic evaluations increased from 33% pre-workshop to 67% post-workshop;
 - Proportion of participants who reported high or very high knowledge of cervical cancer control strategies increased from 45% pre-workshop to 74% post-workshop;
 - Proportion of participants who reported high or very high knowledge of evidence-based decisions increased from 50% pre-workshop to 82% post-workshop;
 - Proportion of participants who reported high or very high knowledge of the interpretation of cost-effectiveness studies increased from 54% pre-workshop to 74% post-workshop;
 - Proportion of participants who reported high or very high knowledge of sensitivity analysis increased from 23% to 82% post-workshop. ■

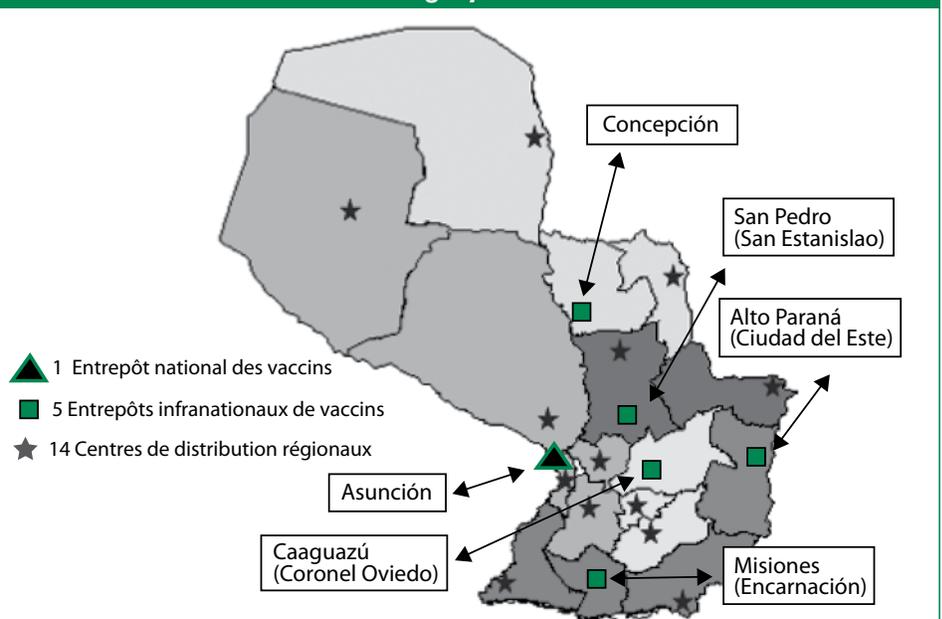
1. *Bulletin d'immunisation*, avril 2010, Vol. XXXII, no 2 « ProVac : composantes essentielles d'une analyse de coût-efficacité du vaccin antitrotavirus »

Évaluation du logiciel de gestion des stocks de fournitures de vaccination (VSSM) réalisée par le Paraguay

En janvier 2010, l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) a commencé à tester un logiciel destiné à la gestion et au contrôle des stocks de vaccins, de seringues et d'autres fournitures (Vaccine Supplies Stock Management – VSSM) dans les programmes nationaux d'immunisation des États Membres. Le VSSM a été créé par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et est basé sur une plateforme Microsoft Access. On peut le mettre en œuvre à n'importe quel niveau, du niveau local au niveau national. L'introduction de nouveaux vaccins au cours des dernières années, dont beaucoup sont chers, justifie la mise en œuvre d'outils efficaces et conviviaux de gestion des stocks.

On a choisi la Bolivie, le Honduras, le Nicaragua, le Paraguay et le Venezuela pour réaliser des programmes pilotes à l'aide de ce logiciel. Au cours de l'année 2010, on a tenu quatre ateliers destinés à former le personnel chargé de la gestion des entrepôts de vaccins et de la gestion de la chaîne du froid, de même que les responsables du Programme élargi de vaccination (PEV), sur la manière de se servir du nouveau logiciel.

Plan des entrepôts servant au stockage et à la distribution des vaccins, Paraguay, 2011



1. *Bulletin d'immunisation*, décembre 2010, Vol. XXXII, no 6 «Gestion des stocks fournitures vaccination [VSSM]» Disponible à l'adresse : <http://new.paho.org/inb>

Voir **VSSM** page 5

VSSM suite de la page 4

On a choisi le Paraguay pour évaluer et documenter l'utilité et l'efficacité du VSSM. La population du Paraguay est de 6 451 122 habitants ; elle est répartie en 18 départements et 236 municipalités. Le PEV dispose d'un entrepôt national des vaccins situé dans la capitale, Asunción. Cinq entrepôts régionaux de vaccins sont situés dans les régions sanitaires suivantes : Caaguazú, Concepción, Misiones, Paraguay, Paraná et San Pedro. Le Paraguay a mis en œuvre le VSSM à l'entrepôt national des vaccins en mai 2010. Par la suite, on a élargi la mise en œuvre aux cinq entrepôts régionaux en juillet 2010. En janvier 2011, on a élargi la formation du personnel des technologies de l'information sur l'installation et l'usage du VSSM aux 14 autres régions sanitaires (voir la carte sur la page précédente).

Objectifs de l'évaluation :

- Évaluer et documenter :
 - L'utilité, l'applicabilité, l'efficacité et l'exploitabilité du logiciel VSSM quant à :
 - la prise de décisions en matière de logistique concernant la réception, l'entreposage et la distribution des vaccins et des fournitures dont se sert le PEV ;
 - l'amélioration des opérations relatives à la gestion des produits immunobiologiques et des fournitures dans les entrepôts.
 - Les expériences vécues et les difficultés rencontrées dans la gestion du VSSM :
 - entrée des données
 - utilisation des rapports de déclaration
 - La convivialité du VSSM
 - L'amélioration de l'usage du VSSM
 - Suggestions et recommandations
 - Suggestion visant à améliorer la formation.

Méthodes

- Le Projet d'immunisation intégrale de la famille de l'OPS, qui fait partie de l'Unité de santé familiale et communautaire (FCH/IM), a élaboré un guide-instrument conçu pour servir à l'évaluation de la gestion, de l'utilité et de l'efficacité du VSSM. Cet instrument consiste en deux types de questions : ouvertes et de type « oui/non ».
- On a mené des visites d'observation et d'entrevues et on a administré l'instrument aux autorités du PEV et aux utilisateurs du VSSM au Centre national des vaccins du PEV ainsi que dans quatre entrepôts régionaux de vaccins : Alto Paraná, Caaguazú, Concepción et San Pedro.

Principales constatations

- Gestion du VSSM
 - Les membres du personnel avec qui on a mené des entrevues ont démontré qu'ils savaient se servir du VSSM.
 - Les membres du personnel avec qui on a



L'équipe d'évaluation VSSM, Paraguay, 2011

mené des entrevues ont déclaré que le VSSM est fiable, sûr, convivial et simple à utiliser.

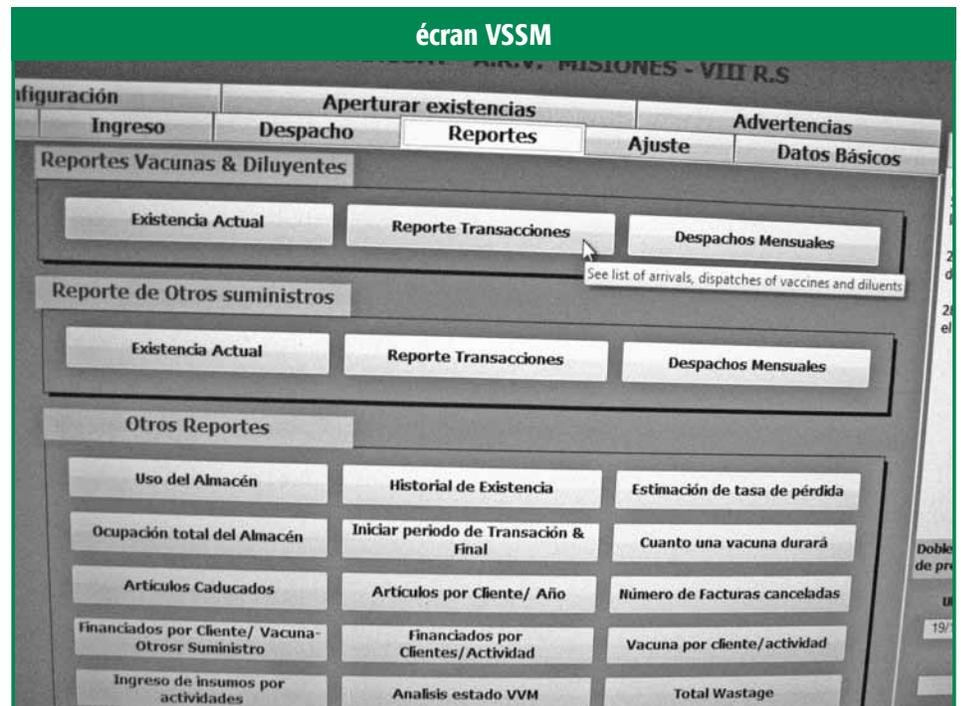
- On a réalisé, dans chaque entrepôt de vaccins, un contrôle par références croisées entre les fournitures physiques disponibles en matière de vaccins et le rapport sur les vaccins existants produit par le VSSM. Ce contrôle a pour but de confirmer que la quantité indiquée par le VSSM représente la quantité de vaccins existants dans les chambres froides. Le compte physique coïncidait avec le rapport du VSSM dans tous les cas ; ce fait mérite d'être signalé.
- On s'est servi du système de facturation pour déterminer le numéro de lot, la date de péremption et le fournisseur des vaccins, seringues et autres fournitures à distribuer, ainsi que leur emplacement dans l'entrepôt.
- Sept rapports surtout principalement utilisés : réception des fournitures, livraisons, vaccins existants, utilisation de l'entrepôt, matériel par client, stock actuel et factures.
- Le responsable du PEV reçoit les rapports suivants tous les mois : réception des fournitures, livraisons et stock actuel.
- Les rapports suivants sont envoyés tous les trois mois au service du financement : réception des fournitures et livraisons.
- On a inclus dans le VSSM les alertes suivantes :
 - Date de péremption – 6 mois
 - Stock maximum et minimum existant – 3 mois
- Chacune des cinq régions envoie le « fichier des données » au responsable de l'entrepôt national des vaccins tous les mois.
- Utilité des rapports
 - Les membres du personnel avec qui on a mené des entrevues ont affirmé que le VSSM produit immédiatement et de

manière fiable des rapports contenant l'information requise, d'une manière qui facilite les processus de gestion des stocks.

- Les opérateurs du système, à tous les niveaux, ont signalé que l'emploi du VSSM avait un impact positif sur leur travail quotidien, en plus de l'utilité des rapports produits par le VSSM. Ces rapports répondent aux exigences des processus de gestion quant à l'administration des vaccins et des fournitures.
- Les rapports produits par le VSSM sur l'utilisation des entrepôts fournissent des informations utiles et exactes sur la capacité d'entreposage actuelle disponible dans des environnements réfrigérés et climatisés (diluants, seringues, coffrets de sûreté et fournitures générales).
- Le VSSM produit un rapport qui facilite le repérage immédiat des vaccins et des fournitures par catégorie, par lot, par date de péremption et par fournisseur. Les membres du personnel avec qui on a mené des entrevues ont indiqué que cette information était très précieuse.
- Gestion des entrepôts : quels processus ont changé après l'installation du VSSM ?
 - Avant la mise en œuvre du VSSM, on se servait d'un système traditionnel de gestion des stocks comprenant tableaux Excel et dossiers papier. Même si le système était bien organisé, cette approche prenait beaucoup de temps, et il était difficile d'obtenir des données fiables. La mise en œuvre du VSSM a permis d'intégrer ces multiples processus manuels en une seule base de données.
 - L'introduction du VSSM a facilité les processus et l'information relatifs à la gestion et au contrôle des stocks.

VSSM suite de la page 5

- Le VSSM a fourni les alertes nécessaires afin d'éviter les pénuries et le surstockage en matière de vaccins et de fournitures. Il a aussi produit des alertes relatives aux dates de péremption, qui ont été utiles pour réduire le gaspillage de vaccins.
- Observations générales
 - En général, le VSSM était considéré comme un outil très utile et efficace au niveau national. En conséquence, le responsable du PEV a pris la décision d'élargir l'emploi du VSSM aux cinq entrepôts régionaux de vaccins et par la suite, aux 14 autres régions sanitaires.
- Formation et supervision
 - Un programme de formation a été élaboré et mis en œuvre par le responsable de l'entrepôt national des vaccins et le spécialiste du système d'information du PEV. Tous deux avaient été formés au préalable lors d'un atelier donné par l'OPS et le ministère bolivien de la santé. Le programme de formation a été mis en œuvre en deux phases, sous la coordination du responsable du PEV.
 - En juillet 2010, on a formé cinq membres du personnel responsables des entrepôts régionaux ; en janvier 2011, on a formé le personnel responsable des systèmes d'information dans les 14 autres régions sanitaires.
 - On a réalisé une visite de supervision après la mise en œuvre du VSSM dans les cinq entrepôts régionaux.



Conclusions principales :

- Tous les processus relatifs à la gestion et au contrôle des stocks de vaccins et de fournitures du programme d'immunisation ont été améliorés grâce à la mise en œuvre du VSSM.
- Le VSSM est un outil utile, efficace et fiable qui intègre tous les processus en une seule base de données.
- Tous les membres du personnel savent se servir du VSSM et en connaissent bien les mécanismes et les rapports, et sont bien informés quant aux stocks et aux livraisons de vaccins et de fournitures.
- On constate qu'une amélioration notable en matière d'emploi du VSSM s'est produite dans le court laps de temps écoulé depuis sa mise en œuvre. ■

Rencontre régionale sur la surveillance des rotavirus et de la pneumonie et de la méningite bactériennes – Montevideo, Uruguay, 16-17 novembre 2011

Les 16 et 17 novembre, une rencontre régionale portant sur la surveillance des rotavirus ainsi que des pneumonies et des méningites bactériennes a eu lieu à Montevideo, en Uruguay. Le ministre uruguayen de la santé, le Dr Jorge Venegas, le représentant de l'OPS en Uruguay et le coordonnateur du Projet d'immunisation de l'OPS ont inauguré la rencontre à laquelle ont participé 102 professionnels venant de 20 pays d'Amérique latine et des Caraïbes (LAC), ainsi que des professionnels des Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis (CDC) et de la Fondation Fiocruz du Brésil. Chaque pays était représenté par son point focal national responsable de la surveillance des rotavirus, de la pneumonie bactérienne et de la méningococcie, ainsi que par un représentant du laboratoire principal chargé du rotavirus, un représentant du réseau SIREVA II¹ et le point focal de l'OPS en matière d'immunisation dans ce pays. La rencontre a fourni l'occasion d'examiner

les preuves existantes quant à l'importance et à l'utilité des données de surveillance lorsqu'il s'agit d'évaluer l'impact des nouveaux vaccins.

Voici les conclusions principales et les messages clés que les conférenciers ont soulignés :

- Il est possible d'utiliser la surveillance sentinelle comme plateforme pour mener des évaluations de l'impact des vaccins, y compris des études d'efficacité.
- Il est crucial d'améliorer la qualité des données envoyées à l'OPS et à l'OMS. Actuellement, il est clair que ces données sont envoyées sans analyse préliminaire au niveau national.
- Il est préférable de n'avoir qu'un seul site sentinelle de bonne qualité sur le plan technique, qui envoie des informations fiables de manière opportune, et dont les capacités en matière de laboratoires et d'épidémiologie sont adéquates, plutôt que d'avoir plusieurs sites déficients dans l'un ou tous ces domaines.

- En matière d'introduction des nouveaux vaccins, la surveillance est la pierre angulaire. La surveillance réalisée en laboratoire devrait aller de pair avec la surveillance épidémiologique.
- Avant d'introduire un nouveau vaccin, les pays devraient prévoir la façon dont ils en mesureront l'impact. Il existe plusieurs méthodes pour évaluer l'impact d'un vaccin, et chacune a ses faiblesses et forces intrinsèques. Toutefois, l'élément le plus important est de disposer de données fiables à fournir au modèle. En fait, il est possible d'employer plusieurs méthodes pour évaluer l'impact d'un vaccin, selon les données disponibles dans chaque pays.
- L'emploi de VINUVA, le nouvel outil permettant de déclarer les données à l'OPS, aidera les pays à améliorer la qualité des données de surveillance. Les pays devraient commencer à utiliser VINUVA dès que possible. ■

¹ SIREVA II est le réseau de laboratoires de la Région consacré aux maladies bactériennes invasives. *Bulletin d'immunisation*, août 2010, Vol. XXXII, no 4 : « Nouveautés concernant la surveillance des nouveaux vaccins ».

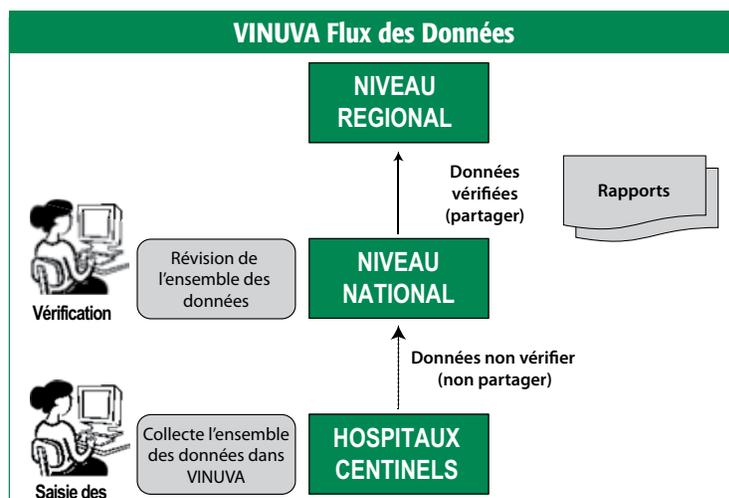
VINUVA - Nouvel outil pour le rapport mensuel des données de surveillance sentinelle du rotavirus, la pneumonie et la méningite

VINUVA «à partir de "surveillance du vaccin Nouveau" en espagnol», une plate-forme informatique basée sur le Web, a été développée par l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS) pour faciliter la notification mensuelles des données agrégées de la surveillance sentinelle hospitalière de la diarrhée à rotavirus, ainsi que les maladies bactériennes invasives, en particulier la pneumonie et la méningite chez les enfants de <5 ans. Cette plateforme vient de remplacer les fichiers Excel et de bases de données MS Access que les pays ont utilisé pour la transmission de leurs données depuis la mise en œuvre de deux réseaux de surveillance dans la Région des Amériques. Comme il est basé sur le Web, VINUVA simplifie l'envoi mensuel des données à l'OPS, ainsi que le maintien de la base de données régionale. Le système facilite également le contrôle de la qualité des données et la génération de rapports standardisés. Les pays peuvent saisir leurs données directement à VINUVA; toutefois, les

données sont envoyées à l'OPS seulement après qu'elles ont été validées par le responsable de la surveillance dans chaque pays.

VINUVA comprend les variables suivantes: le pays, des hôpitaux sentinelles, et le mois, l'année, et le nombre d'hospitalisations chez les enfants de <5 ans. Dans le cas du rotavirus, les variables spécifiques incluses dans le système

sont: le nombre d'admissions pour diarrhée chez les enfants <5 ans, le nombre d'enfants <5 ans répondant à la définition, le nombre d'échantillons



de celles des enfants <5 ans; et le nombre de cas avec des résultats positifs pour le rotavirus. Dans le cas de pneumonies bactériennes, les variables sont les suivantes: le nombre de cas suspects de pneumonie chez les enfants <5 ans, le nombre de cas de pneumonie suspects avec

des rayons X, le nombre de cas de pneumonie bactérienne, le nombre de cas probables avec un échantillon de sang ; le nombre de cas probables avec un spécimen de liquide pleural, le nombre de cas confirmés par l'agent étiologique [*Haemophilus influenzae* de type b (Hib), Hi (non b), *Streptococcus pneumoniae* (pneumocoque) et d'autres bactéries ou la contamination], et le nombre de cas qui sont morts à cause de pneumonie. Pour la méningite bactérienne, les données sont saisies pour le nombre de cas suspects de méningite chez les enfants <5 ans, le nombre de cas suspects de méningite avec le fluide céphalorachidien et la forme étude rempli, le nombre de cas probables de méningite par groupe d'âge et le total, le nombre de cas confirmés par groupes d'âge et de l'agent isolé, et le nombre de cas qui sont morts de la méningite bactérienne. Un défi pour la surveillance pneumonie et la méningite est de séparer les cas par groupe d'âge et statut vaccinal, et en reliant VINUVA au système d'information pour rendre compte des données de laboratoire à partir du réseau SIREVA.

écran VINUVA

País	340 - HONDURAS																																
Hospital	29 - H. OCCIDENTE, STA. ROSA COPÁN																																
Mes	JULIO - 2011																																
<input type="button" value="Atrás"/> <input type="button" value="Limpiar"/> <input type="button" value="Grabar"/>																																	
1. Núm. hospitalizaciones en menores de 5 años																																	
	370																																
2. Núm. de hospitalizaciones con diarrea en menores de 5 años																																	
	41																																
3. Núm. de niños menores de 5 años que cumplen con el criterio de sospechosos																																	
	32																																
4. Núm. de niños con fichas y muestras de heces colectadas																																	
<table border="1"> <tr> <th>Menor de 12 meses</th> <th>12 - 23 meses</th> <th>24 - 59 meses</th> <th>Total < 5 años</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">13</td> <td style="text-align: center;">12</td> <td style="text-align: center;">7</td> <td style="text-align: center;">32</td> </tr> </table>		Menor de 12 meses	12 - 23 meses	24 - 59 meses	Total < 5 años	13	12	7	32																								
Menor de 12 meses	12 - 23 meses	24 - 59 meses	Total < 5 años																														
13	12	7	32																														
5. Núm. de muestras de heces positivas para rotavirus con fichas																																	
<table border="1"> <tr> <th>Menor de 12 meses</th> <th>12 - 23 meses</th> <th>24 - 59 meses</th> <th>Total < 5 años</th> </tr> <tr> <td colspan="4"> <table border="1"> <tr> <td>Vacunado</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td>Vacunado</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td>Vacunado</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td>Vacunado</td> <td style="text-align: center;">7</td> </tr> <tr> <td>No vacunado</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td>No vacunado</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td>No vacunado</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td>No vacunado</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>Sin información</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td>Sin información</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td>Sin información</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td>Sin información</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> </table> </td> </tr> </table>		Menor de 12 meses	12 - 23 meses	24 - 59 meses	Total < 5 años	<table border="1"> <tr> <td>Vacunado</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td>Vacunado</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td>Vacunado</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td>Vacunado</td> <td style="text-align: center;">7</td> </tr> <tr> <td>No vacunado</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td>No vacunado</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td>No vacunado</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td>No vacunado</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>Sin información</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td>Sin información</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td>Sin información</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td>Sin información</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> </table>				Vacunado	3	Vacunado	4	Vacunado	0	Vacunado	7	No vacunado	1	No vacunado	0	No vacunado	2	No vacunado	3	Sin información	0	Sin información	1	Sin información	0	Sin información	1
Menor de 12 meses	12 - 23 meses	24 - 59 meses	Total < 5 años																														
<table border="1"> <tr> <td>Vacunado</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td>Vacunado</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td>Vacunado</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td>Vacunado</td> <td style="text-align: center;">7</td> </tr> <tr> <td>No vacunado</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td>No vacunado</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td>No vacunado</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td>No vacunado</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>Sin información</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td>Sin información</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td>Sin información</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td>Sin información</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> </table>				Vacunado	3	Vacunado	4	Vacunado	0	Vacunado	7	No vacunado	1	No vacunado	0	No vacunado	2	No vacunado	3	Sin información	0	Sin información	1	Sin información	0	Sin información	1						
Vacunado	3	Vacunado	4	Vacunado	0	Vacunado	7																										
No vacunado	1	No vacunado	0	No vacunado	2	No vacunado	3																										
Sin información	0	Sin información	1	Sin información	0	Sin información	1																										
6. Núm. de defunciones																																	
<table border="1"> <tr> <th>Menor de 12 meses</th> <th>12 - 23 meses</th> <th>24 - 59 meses</th> <th>Total < 5 años</th> </tr> <tr> <td>Vacunado</td> <td></td> <td>Vacunado</td> <td></td> </tr> <tr> <td>No vacunado</td> <td></td> <td>No vacunado</td> <td></td> </tr> </table>		Menor de 12 meses	12 - 23 meses	24 - 59 meses	Total < 5 años	Vacunado		Vacunado		No vacunado		No vacunado																					
Menor de 12 meses	12 - 23 meses	24 - 59 meses	Total < 5 años																														
Vacunado		Vacunado																															
No vacunado		No vacunado																															

VINUVA - Avantages

- Si vous avez un site web, ce n'est pas nécessaire d'installer des programmes. C'est accessible de n'importe quel endroit et à n'importe quel moments sur l'internet.
- Permet les saisies en temps réel des agrégats de données sur les nouveaux vaccins par hôpital et par mois.
- Permet aux utilisateurs agréés des ministères de la santé et des bureaux régionaux (OPS et OMS) d'avoir accès aux données déjà vérifiées.

VINUVA - Etapes suivantes

- Chaque pays doit identifier pour chaque hôpital:
 - ⇒ La personne responsable de la collecte des données (collecteur)
 - ⇒ La personne responsable de vérifier les données (contrôleurs)
- Chacun de ces responsables doit:
 - ⇒ S'enregistrer et se familiariser avec l'usage de l'outil de démonstration VINUVA www.paho.org/vinuva/demo.
 - ⇒ S'enregistrer et saisir les données dans le vrai outil VINUVA www.paho.org/vinuva. ■

Le *Bulletin d'immunisation* est publié tous les deux mois en anglais, espagnol et français par Projet d'immunisation intégrale de la famille de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS), le Bureau régional pour les Amériques de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Son objet est de faciliter l'échange des idées et de l'information concernant les programmes de vaccination dans la Région afin de permettre une connaissance accrue des problèmes auxquels la Région est confrontée et de trouver des solutions éventuelles.

Il est désormais possible de se procurer une compilation électronique du Bulletin, intitulée « *Thirty years of Immunization Newsletter: the History of the EPI in the Americas* », à l'adresse www.paho.org/inb.

Les références faites à des produits commerciaux et la publication d'articles signés dans ce Bulletin ne signifient en aucun cas qu'ils sont sanctionnés par l'OPS/OMS et ne représentent pas forcément la politique de l'organisation.

ISSN 1814-6260

Année XXXIII, Numéro 6 • Décembre 2011

Éditeur : **Carolina Danovaro**

Éditeurs-adjoints : **Nabely Castillo and**

Cuauhtémoc Ruiz Matus

©Organisation panaméricaine de la Santé., 2011
Tous droits réservés.



**Organisation
panaméricaine
de la Santé**

Bureau régional de l'
Organisation mondiale de la Santé

Projet d'immunisation intégrale de la famille

525 Twenty-third Street, N.W.

Washington, D.C. 20037 U.S.A.

<http://www.paho.org/immunization>

En mémoire du Dr Eugenia Sacerdote de Lustig

C'est avec une grande tristesse que j'ai appris le décès du Dr Eugenia Sacerdote de Lustig, chercheuse renommée au Conseil national pour la recherche scientifique et technique (CONICET) en Argentine et chef de l'Institut national de virologie Carlos G Malbrán.

Le Dr Sacerdote de Lustig, qui avait 101 ans lorsqu'elle est décédée le 27 novembre, a consacré sa vie à l'étude des cellules vivantes, et ses recherches ont contribué de manière cruciale à la lutte contre la poliomyélite.

Au nom de l'Organisation panaméricaine de la Santé/Organisation mondiale de la Santé (OPS/OMS) et en mon nom personnel, je désire exprimer mes profondes condoléances à sa famille, à ses amis et à ses collègues.

Née en Italie en 1910, le Dr Sacerdote de Lustig fut l'une des premières femmes à devenir médecin dans son pays. En 1939, elle a fui en Argentine pour échapper au fascisme. À l'Université de Buenos Aires, elle a travaillé avec zèle et passion dans le domaine de la culture de cellules in vitro, dirigeant des recherches sur une vaste gamme de virus et de tumeurs.

En 1954, alors qu'elle était chef du service de virologie à l'Institut Malbrán, le ministère de la Santé publique lui a demandé d'étudier le poliovirus, ce qui l'a exposée à un risque constant de contagion. Grâce à une bourse de l'OMS, elle a pu visiter plusieurs centres aux États-Unis et au Canada pour étudier la préparation des vaccins Salk et Sabin.

Elle a rejoint CONICET en 1960 et a continué à y faire de la recherche jusqu'en 2000. Entre autres occupations, elle a aussi été professeur de biologie à la Faculté des sciences exactes et naturelles, où elle a formé des douzaines de disciples.

En sa qualité de présidente de l'Institut Albert Einstein pour la recherche médicale et de directrice de la recherche à l'Institut Ángel Roffo, le Dr Sacerdote de Lustig a été auteur ou coauteur de plus de 180 publications scientifiques.

Parmi les nombreux prix et honneurs qui lui ont été décernés, elle a été nommée citoyenne illustre de la ville de Buenos Aires et a reçu la Médaille du Bicentenaire présentée par le Sénat argentin. À 95 ans, elle a publié une autobiographie intitulée *Des Alpes au Rio de la Plata*.



Propriété image de CEDOC.

Bien au-delà de l'âge où la plupart des chercheurs prennent leur retraite, elle a continué d'étudier la maladie d'Alzheimer, la génétique et l'oncologie expérimentale. C'était véritablement une chercheuse modèle, dont le travail et l'engagement feront encore longtemps l'admiration de ceux d'entre nous qui la connaissaient, ainsi que son travail. ■

Mirta Roses
Directrice, OPS