

# Bulletin d'immunisation

Organisation panaméricaine de la Santé

Volume XXXVI Numéro 4

Protégez votre Famille par la Vaccination

Août 2014



## La réunion du Groupe consultatif technique de l'OPS 2014

Les 1<sup>er</sup> et 2 juillet 2014, la XXI<sup>e</sup> réunion du Groupe consultatif technique de l'OPS (GCT) sur les maladies évitables par la vaccination a eu lieu à Washington, D.C., dans le but d'évaluer les progrès accomplis au niveau de la Région dans certains domaines et d'émettre des recommandations visant à répondre aux problèmes les plus urgents rencontrés par les programmes nationaux de vaccination dans les Amériques.

Le Dr Francisco Becerra, Sous-directeur de l'OPS, a accueilli les participants à cette réunion et présenté un bref exposé sur le rôle du GCT en tant que groupe consultatif technique régional sur les maladies évitables par la vaccination. Cette XXI<sup>e</sup> réunion du GCT a été marquée par le décès récent du Dr Ciro de Quadros, qui en était le président depuis 2004. À la demande du Dr Peter Figueroa, Président par intérim du GCT, les participants ont observé une minute de silence à la mémoire du Dr de Quadros avant de commencer la réunion. Le Dr Jon Andrus, Directeur adjoint de l'OPS, a fait part de ses réflexions à la mémoire du Dr Ciro de Quadros.

Dans cette édition du bulletin d'immunisation, nous vous présentons les thèmes annotés de la mention « Décision à prendre » examinés au cours de la réunion 2014 du GCT :

- Mise à jour sur la vaccination contre la coqueluche
- Statut de la vaccination contre le virus du papillome humain
- Vaccin antipneumococcique conjugué chez l'adulte

Nous vous présentons également les thèmes suivants annotés de la mention « Pour information » également examinés au cours de la réunion 2014 du GCT :

- Mise à jour sur le programme régional de vaccination des Amériques
- Mise à jour sur le Fonds renouvelable de l'OPS
- Vaccination contre choléra dans les Amériques
- Statut de la vaccination antigrippale dans les Amériques et création du réseau pour l'évaluation de l'efficacité du vaccin contre la grippe – Étude REVELAC-i

Une liste complète des thèmes abordés peut être consultée en ligne dans le rapport 2014 du GCT, à l'adresse <http://www.l'OPS.org/immunization/TAG-Reports>



Réunion du Groupe consultatif technique de l'OPS, en 2014.

Voir **CONSULTATIF TECHNIQUE** page 2

### Dans ce numéro:

- |   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| 1 | La réunion du Groupe consultatif technique de l'OPS 2014 | 5 | Statut de la vaccination contre le virus du papillome humain  |
| 1 | Vaccination contre le choléra dans les Amériques         | 6 | Mise à jour sur le Fonds renouvelable de l'OPS  |
| 3 | Mise à jour sur la vaccination contre la coqueluche      | 6 | Statut de la vaccination antigrippale dans les Amériques et création du réseau pour l'évaluation de l'efficacité du vaccin contre la grippe – Étude REVELAC-i |
| 4 | Vaccin antipneumococcique conjugué chez l'adulte         | 7 | Évaluation multicentrique de l'efficacité du vaccin contre la grippe en Amérique latine*  |

## Vaccination contre le choléra dans les Amériques

Des cas de transmission de choléra ont été signalés dans quatre pays des Amériques en 2013 –à Cuba, en Haïti, au Mexique et en République dominicaine. Bien que la transmission de cette maladie ait sensiblement diminué en Haïti depuis son apparition en octobre 2010, le pays affiche toujours l'incidence la plus élevée dans la Région. Durant les 12 mois de juin 2013 à mai 2014, 44 867 cas de choléra et 450 décès liés au choléra ont été enregistrés en Haïti. En revanche, durant les 12 mois compris entre octobre 2010 et septembre 2011, 464 670 cas et 6555 décès avaient été rapportés, soit 10 et 15 fois plus, respectivement, que dans la période précédente de douze mois.

Le déploiement du vaccin anticholérique oral (VCO) est envisagé depuis octobre 2010. À l'époque, l'OPS avait recommandé de concentrer les efforts d'urgence sur des mesures ayant fait leurs preuves pour la réponse à la flambée de choléra. Une consultation d'experts convoquée par l'OPS en décembre 2010 avait recommandé que l'approvisionnement limité de vaccins soit utilisé pour des projets de démonstration et que des efforts soient initiés pour accroître la disponibilité du VCO. Entre avril et juin 2012 deux organisations non gouvernementales, GHESKIO et Zanmi Lasante/Partenaires en santé, ont mené des activités séparées mais coordonnées de vaccination contre le choléra dont ont bénéficié quelque 100 000 personnes dans deux régions de Haïti, une urbaine et une rurale. En juillet et août 2013, le ministère haïtien de la Santé a vacciné 120 000 autres personnes dans deux localités.

En octobre 2012, le GCT a discuté de l'emploi en priorité du vaccin anticholérique oral (VCO) sur l'île d'Hispaniola. Dans le cadre du Programme élargi de vaccination (PEV) régional mis en place pour éliminer la transmission du choléra sur l'île, le GCT a recommandé le déploiement du VCO en Haïti afin d'atténuer le fardeau de la maladie à court et à moyen terme, jusqu'à ce que des progrès significatifs et durables soient réalisés dans les infrastructures d'approvisionnement en eau potable et d'assainissement. Les recommandations du GCT ont été adoptées dans le cadre du « Plan national 2013-2020 pour l'élimination du choléra en Haïti » lancé par le gouvernement haïtien en février 2013.

Voir **CHOLÉRA** page 8

CONSULTATIF TECHNIQUE suite de la page 1

## Mise à jour sur le programme régional de vaccination des Amériques

Les données les plus récentes sur la situation des maladies évitables par la vaccination (MEV) et le programme de vaccination des Amériques sont présentées dans le cadre de l'initiative *Regional Immunization Vision and Strategy* (RIVS) (La vaccination dans la Région : vision et stratégie).

RIVS correspond à une restructuration de l'initiative « La vaccination dans le monde : vision et stratégie (GIVS) » qui vise à répondre aux besoins et objectifs du programme de vaccination au niveau régional, en maintenant les taux de couverture acquis, en achevant la mise en œuvre du programme et en relevant les nouveaux défis.

La Région prépare actuellement une stratégie d'adaptation du Plan d'action mondial pour les vaccins (GVAP) au niveau régional, qu'elle présentera au Conseil directeur de l'OPS en 2015.

### Maintenir les taux de couverture

Les niveaux de couverture sont demeurés supérieurs à 90 % dans tous les pays de la Région et les efforts se poursuivent pour maintenir le contrôle et l'élimination des maladies évitables par la vaccination (MEV).

Les données préliminaires disponibles pour 2013 semblent cependant indiquer une baisse de la couverture régionale des vaccins DTP3 et polio3 par rapport aux années précédentes. Cette situation est en cours d'examen.

### Achever la mise en œuvre du programme de vaccination

Les activités dans ce domaine visaient à déterminer quelles sont les municipalités et autres régions des pays qui affichent une performance inférieure. En s'appuyant sur les données des taux de couverture, de la qualité de la surveillance des MEV et d'autres facteurs sociodémographiques et contextuels, les pays d'Amérique latine ont recensé un certain nombre de zones à risque. Il est inquiétant en effet de constater qu'environ la moitié seulement des 15 000 municipalités d'Amérique latine et des Caraïbes atteignent des taux de couverture supérieur ou égal à 95 %. Autre constatation inquiétante, plusieurs municipalités, concentrées sur un petit nombre de pays, ont rapporté des taux inférieurs à 50 %.

Depuis sa création en 2003, la Semaine de la vaccination aux Amériques (SVA) a servi de plateforme pour cibler chaque année les populations vulnérables. En 2014, le slogan de la SVA était « Vaccination: le but gagnant » en l'honneur de la Coupe du monde de football de la FIFA qui avait lieu au Brésil.

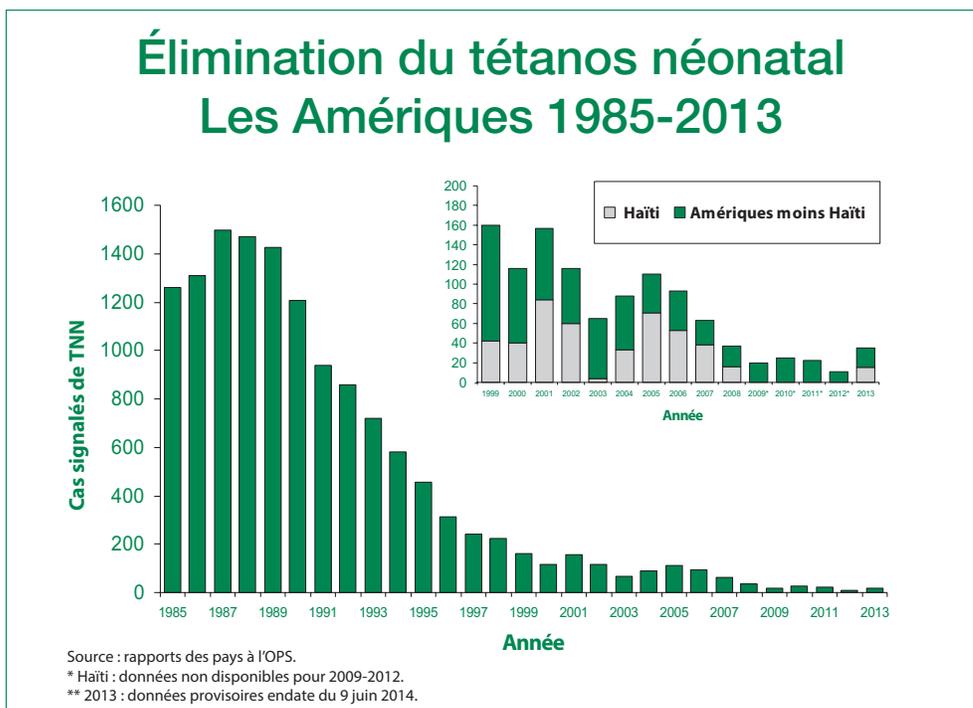
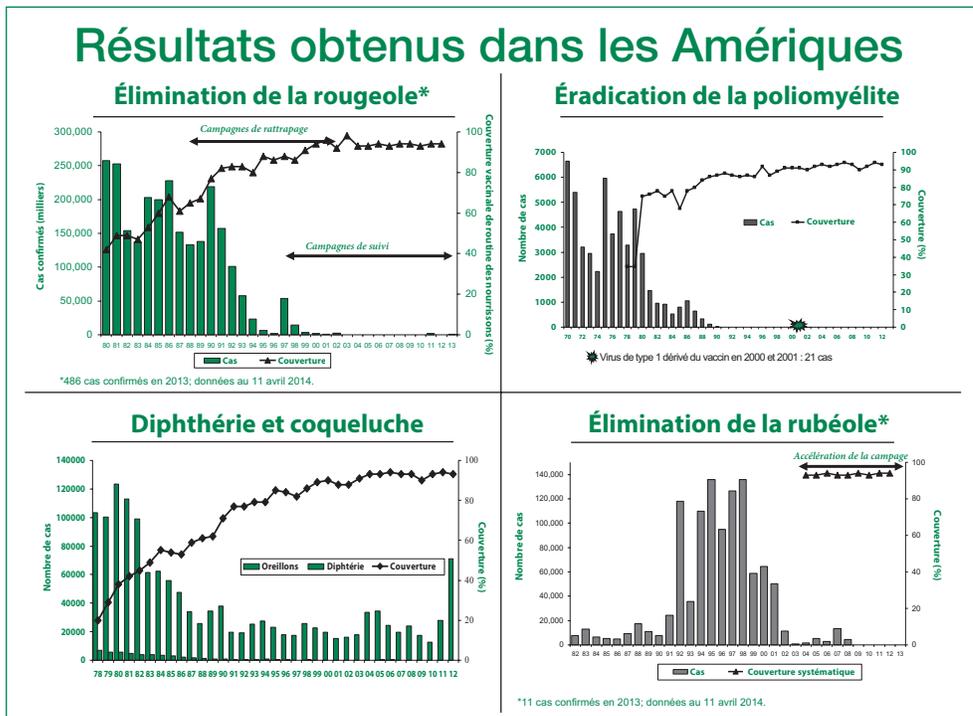
Enfin, l'une des principales composantes du programme inachevé est l'élimination du tétanos néonatal (TNN) en tant que problème de santé publique en Haïti<sup>1</sup>. Même si les cas de TNN continuent de baisser au fil des années, son éradication pose des difficultés.

### Relever les nouveaux défis

L'introduction de nouveaux vaccins plus chers a été l'un des principaux défis que les programmes de vaccination des Amériques ont eu à relever ces dernières années. Environ 90 % de la cohorte de naissances dans la Région vit dans des pays qui ont introduit un vaccin conjugué contre le pneumocoque dans leur programme de vaccination systématique (~60 % de la cohorte des pays d'Amérique latine et des Caraïbes), ~87 % de la cohorte vit dans des pays qui utilisent le vaccin antirotavirus (60 % de la cohorte des pays d'Amérique latine et des Caraïbes) et ~75 % des adolescentes de 10 à 14 ans vivent dans des pays qui ont introduit un vaccin contre le virus du papillome humain (VPH).

### Activités opérationnelles

De toutes les composantes du PEV que le RIVS a recensées comme nécessitant un soutien supplémentaire, les activités liées à la chaîne du froid et à la chaîne d'approvisionnements, le programme de contrôle de la qualité des seringues, la conduite d'évaluations économiques (c.-à-d. l'Initiative ProVac) et les études d'efficacité du vaccin contre le rotavirus et du vaccin antipneumococcique conjugué ont été établies comme étant prioritaires. Le Fonds renouvelable pour les achats de vaccins est un élément important du programme, car les pays d'Amérique latine et des Caraïbes financent leur propre PEV à plus de 90 % avec des fonds nationaux. ■



<sup>1</sup> On définit l'élimination du TNN comme correspondant à < 1 cas de TNN pour 1000 naissances vivantes dans chaque municipalité.

## Mise à jour sur la vaccination contre la coqueluche

Le GCT a émis plusieurs recommandations à propos de la surveillance et de la vaccination contre la coqueluche au cours des quatre dernières années. Une de ces recommandations était que les pays ne devraient pas remplacer le vaccin à germes entiers utilisé de manière systématique par les vaccins acellulaires, compte tenu des données indiquant que la durée de l'immunité conférée par le vaccin acellulaire est plus courte.

En novembre 2012, le Groupe scientifique consultatif d'experts (SAGE) sur la vaccination a fait part de ses préoccupations concernant la résurgence apparente de la coqueluche dans certains pays industrialisés en dépit des taux élevés de couverture vaccinale atteints avec les vaccins acellulaires, qui a été associée dans certains cas à une hausse de la mortalité infantile.

Afin de faire le point sur les données d'efficacité les plus récentes sur le vaccin acellulaire, les experts de SAGE ont créé un groupe de travail qui a examiné les données sur la coqueluche provenant de 19 pays industrialisés ou en développement appartenant à diverses régions du monde qui montrent une couverture vaccinale élevée dans les pays qui disposent de programmes de vaccination incluant l'administration du vaccin à germes entiers ou du vaccin acellulaire.

Compte tenu de la périodicité naturelle de la coqueluche, la résurgence de la maladie a été définie comme un fardeau supérieur à celui escompté, et ce par comparaison aux cycles précédents dans le même contexte.

### Principales conclusions du groupe de travail SAGE sur la coqueluche :

- La vaccination contre la coqueluche est très efficace pour réduire la morbidité causée par *Bordetella pertussis*. En effet, par rapport à l'ère pré-vaccinale, l'incidence et la mortalité

dues à ce germe à l'échelle mondiale ont accusé une forte baisse dans les pays utilisant l'un ou l'autre des deux types de vaccins (entier et acellulaire).

- À ce jour, il n'existe pas de preuve d'une résurgence étendue à l'échelle mondiale de la coqueluche. En revanche, certains éléments indiquent qu'une résurgence a eu lieu dans 5 des 19 pays dont les données ont été examinées, dont 4 qui utilisent exclusivement des vaccins acellulaires. L'accroissement du nombre de cas dans 1 pays employant le vaccin entier a été considéré comme reflétant l'influence de facteurs autres que l'utilisation de ce vaccin, comme des différences dans les méthodes de surveillance et laboratoire et l'atteinte d'une faible couverture vaccinale dans certains secteurs.
- Des études récentes par modélisation, ainsi que des données fournies par un modèle de la coqueluche chez le babouin, étayaient l'hypothèse d'une association possible entre le passage du vaccin à germes entiers au vaccin acellulaire et la résurgence de la maladie.
- Même si les raisons de la résurgence se sont avérées complexes et variables d'un pays à l'autre, le groupe SAGE a conclu que la plus faible durée de la protection et l'effet probablement réduit sur l'infection et la transmission fournis par les vaccins acellulaires jouent un rôle critique.
- Il n'a pas été constaté de contribution à la résurgence observée à l'échelle des pays de l'influence de mutations des souches de *B. pertussis* circulantes sur l'efficacité des vaccins acellulaires ou entiers.
- Les vaccins acellulaires homologués fournissent une moindre efficacité initiale,

un affaiblissement plus rapide de l'immunité et, potentiellement, un impact plus limité sur la transmission que les vaccins à germes entiers actuellement disponibles sur le marché international, car ils induisent un type différent de réponse immunitaire, et présentent une efficacité moindre pour éliminer les infections mucosales.

- Les données de surveillance et de modélisation amènent à penser que l'utilisation de vaccins acellulaires pourrait entraîner une résurgence de la coqueluche au bout d'un certain nombre d'années et conduire à un risque accru de décès chez les très jeunes enfants par rapport aux programmes de vaccination qui utilisent le vaccin entier. Le moment où interviendra cette résurgence et son ampleur sont difficiles à prévoir compte tenu des nombreux facteurs en jeu tels que la couverture vaccinale, l'immunité naturelle, le type de vaccins et les calendriers de vaccination, etc.
- Des données récentes semblent indiquer que l'immunisation maternelle conférée par les vaccins acellulaires pendant la grossesse est sûre et très efficace pour protéger les nourrissons contre la coqueluche et qu'elle peut avoir une incidence marquée sur la morbidité et la mortalité chez les enfants trop jeunes pour être vaccinés. Compte tenu du manque de données sur l'immunogénicité et l'efficacité des vaccins à germes entiers chez les femmes enceintes et les craintes concernant la possibilité d'une réactivité plus élevée chez les adultes, cette conclusion ne s'applique pas à ce type de vaccins.
- Il est probable que la vaccination des femmes enceintes en tant que stratégie complémentaire soit la plus rentable pour prévenir la mortalité infantile liée à la coqueluche.

### Recommandations du groupe SAGE

- Tous les enfants doivent être vaccinés contre la coqueluche, dans le but de maintenir une couverture élevée, car les réductions mineures peuvent mener à une incidence accrue de la maladie.
- Le risque de résurgence associé à l'utilisation des vaccins acellulaires par rapport au vaccin à germes entiers pour la primovaccination, y compris d'aggravation de la maladie chez les nourrissons, indique que les pays qui n'utilisent ou ne disposent que d'un nombre limité de doses de vaccin contre la coqueluche doivent continuer à utiliser le vaccin à germes entiers pour la primovaccination. Ainsi le passage du vaccin entier aux vaccins acellulaires pour la primovaccination des nourrissons ne doit être envisagé que si un grand nombre de doses (incluant plusieurs doses de rappel) peuvent être incluses dans les programmes nationaux de vaccination. Ces recommandations auront d'importantes répercussions financières compte tenu du coût nettement plus important des vaccins acellulaires et du nombre plus élevé de doses requises.
- Dans les pays ou les milieux où la morbidité et la mortalité infantiles dues à la coqueluche sont élevées, on peut envisager de vacciner les femmes enceintes (au 2<sup>e</sup> ou au 3<sup>e</sup> trimestre de la grossesse) avec 1 dose de Tdap tout en continuant à pratiquer la primovaccination des nourrissons de façon systématique.
- Le groupe SAGE a souligné l'importance de continuer à déployer des efforts pour améliorer la surveillance de la charge de morbidité, surtout dans les pays en développement, et l'évaluation de l'impact de la vaccination des nourrissons, en mettant l'accent tout particulièrement sur les décès de nourrissons de < 1 an.

### Recommandations :

- Même si le vaccin acellulaire et le vaccin à germes entiers induisent tous deux une bonne réponse immunitaire, les données semblent indiquer que le vaccin acellulaire fournit une protection de plus courte durée que celle conférée par le vaccin entier. Les pays devront donc privilégier l'emploi du vaccin à germes entiers. Ceux qui utilisent ce vaccin dans le cadre de leur programme systématique de vaccination contre la coqueluche devront continuer de le faire. En revanche, ceux qui utilisent le vaccin acellulaire devront surveiller attentivement le risque que l'affaiblissement de l'immunité peut poser pour la population.
- L'OPS doit s'associer à des partenaires tels que l'OMS pour engager des discussions avec l'industrie en vue de soutenir les activités de recherche-développement de vaccins améliorés contre la coqueluche.
- Les pays doivent garantir une couverture vaccinale supérieure à 95% avec 3 doses de vaccin anticoquelucheux chez les enfants de plus d'un an et encourager la vaccination en temps voulu ainsi que la finalisation du calendrier vaccinal. La 4<sup>e</sup> dose du vaccin DTC devra faire l'objet d'un enregistrement, d'une surveillance, d'une notification et d'une évaluation minutieuse.
- Tous les pays doivent renforcer la surveillance de la coqueluche afin d'améliorer le suivi épidémiologique de celle-ci. Ils doivent continuer d'évaluer la qualité des systèmes de surveillance afin de pouvoir tester la fiabilité de leurs données en matière d'incidence, de mortalité, de répartition par âge, de proportion de cas confirmés en fonction des différentes méthodes diagnostiques et d'efficacité vaccinale.
- Chaque flambée de coqueluche doit faire l'objet d'une investigation minutieuse pour mieux comprendre l'épidémiologie de la maladie dans la Région des Amériques.
- Ces recommandations concernent l'abaissement de l'âge de la vaccination aux enfants âgés de 6 semaines et la vaccination des femmes enceintes dans les zones d'activité épidémique. Le GCT ne dispose pas de preuves suffisantes pour étendre cette vaccination à l'ensemble des femmes enceintes. ■

## Vaccin antipneumococcique conjugué chez l'adulte

La pneumonie pneumococcique et d'autres maladies causées par *Streptococcus pneumoniae* (*Spn*) continuent d'être des causes fréquentes de morbidité et de mortalité dans le monde. La pneumonie est la manifestation la plus courante chez les adultes, et la pneumonie bactérienne est la forme la plus commune des maladies bactériennes invasives, représentant 90 % du total des cas. La fréquence des décès liés à la pneumonie pneumococcique a oscillé autour de 25 % à l'échelle mondiale au cours des dernières décennies.

L'épidémiologie des pneumococcies chez l'adulte dans les pays en développement n'est pas clairement décrite, mais on sait que le fardeau de la maladie à l'échelle mondiale est largement sous-estimé. Le fardeau de la pneumonie chez les adultes est plus élevé chez ceux âgés de  $\geq$  65 ans comme cela a été observé aux États-Unis, en Argentine et au Brésil. Ce fardeau a également augmenté dans de nombreux pays en raison du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques ou infectées par le VIH et du vieillissement de la population. La résistance aux médicaments, qui représente le principal obstacle à la réussite des traitements, est également en hausse. Dans les pays industrialisés, le pourcentage de mortalité par septicémie à pneumocoque peut atteindre 15-20 % dans la population adulte et 30-40 % chez les personnes âgées, même lorsque les patients reçoivent un traitement antibiotique approprié et des soins intensifs.

Le vaccin antipneumococcique conjugué 13-valent (PCV) a été présélectionné par l'OMS et est homologué depuis des années pour les tranches d'âges égales ou supérieures à 50 ans, et ce, dans plusieurs pays. Les résultats préliminaires d'essais cliniques à double insu et contrôlés par placebo menés auprès de plus de 85 000 personnes âgées de  $\geq$  65 ans ont démontré l'efficacité du vaccin PCV13 dans la réduction de la pneumonie (étude CAPITA). Les résultats définitifs de l'étude n'ont toutefois pas encore été publiés.

Comme cela a été démontré avec le vaccin PCV7, des études publiées récemment montrent une réduction de la pneumococcie invasive et des pneumonies chez les adultes aux États-Unis depuis l'introduction du PCV13 dans le calendrier de vaccination des enfants. Dans d'autres pays industrialisés, l'incidence de la pneumococcie invasive a diminué de façon drastique à la suite de l'introduction des vaccins antipneumococciques conjugués, y compris dans des groupes d'âge non ciblés en priorité, en raison de l'effet d'immunité collective que ces vaccins confèrent.

Si l'on tient compte des données limitées dont on dispose sur l'effet immunologique collectif dans les pays à revenu faible et moyen, il est difficile de prévoir l'impact de l'introduction des vaccins antipneumococciques conjugués dans le programme de vaccination des enfants sur la réduction de la pneumonie, de la pneumococcie invasive et du remplacement des sérotypes dans les pays d'Amérique latine et des Caraïbes. Cependant, une étude brésilienne a démontré l'effet du PCV10 sur la réduction du nombre d'enfants porteurs de la bactérie. Plusieurs questions doivent être abordées dans l'évaluation de l'effet immunologique collectif :

- La disponibilité des données de surveillance dans la population adulte (la plupart des pays d'Amérique latine et des Caraïbes ne possèdent pas ces informations).
- L'écoulement d'au moins trois années depuis l'introduction du PCV chez les enfants.
- Les données sur les taux de colonisation chez les enfants. Dans les pays d'Amérique latine et des Caraïbes, ces taux avoisinent les 45 %.
- La virulence de la transmission de l'infection à pneumocoques. Des facteurs socio-démographiques comme la surpopulation peuvent faciliter la transmission du pneumocoque d'une personne infectée à d'autres.
- La réponse immunitaire individuelle au vaccin peut être influencée par des facteurs tels que la malnutrition, le statut immunologique, etc.
- La couverture de la vaccination par le PCV chez

les enfants. Dans les pays d'Amérique latine et des Caraïbes, la couverture vaccinale obtenue avec le PCV est en règle générale élevée.

- Les programmes de vaccination adoptés par les pays (3+1; 3+0; 2+1).

À ce jour, 27 pays et territoires de la Région ont introduit les vaccins antipneumococciques conjugués (PCV10 ou PCV13); bien qu'il n'existe aucune preuve de l'existence d'un effet immunologique collectif dans les pays d'Amérique latine et des Caraïbes.

Des études menées plus récemment sur l'immunogénicité du PCV 13-valent chez l'adulte ont permis de confirmer qu'elle était de bonne qualité, en particulier pour les sérogroupes inclus dans le vaccin, tant chez les adultes en bonne santé que chez les patients à risque. Les données disponibles indiquent que la population à risque a une plus grande probabilité de contracter une maladie pneumococcique et d'en mourir.

Sur le plan de la rentabilité, peu d'études ont été menées sur le vaccin PCV13 auprès de sujets adultes dans les pays d'Amérique latine et des Caraïbes. Des études fondées sur des données relatives au fardeau de la maladie chez l'adulte, aux coûts médicaux locaux directs, aux coûts des vaccins, à l'effet immunologique collectif et à l'efficacité du PCV13 chez l'adulte seront nécessaires dans le futur pour évaluer la rentabilité de ce vaccin dans ces pays.

Les pays devraient prendre en compte les aspects liés à la programmation et à la logistique nécessaires à l'introduction d'un nouveau vaccin dans leur programme national de vaccination, en tenant compte de leurs expériences récentes dans ce domaine.

Les 2 et 3 juin 2014, l'OPS a organisé un groupe de travail à Washington, D.C. afin de discuter de l'utilisation du vaccin antipneumococcique conjugué 13-valent (PCV13) chez l'adulte dans le cadre d'une politique de santé publique dans les pays d'Amérique latine et des Caraïbes. Les conclusions du groupe ont été présentées au GCT.

### Recommandations :

- Le GCT a approuvé les recommandations suivantes proposées par le groupe de travail, notamment :
  - L'introduction des vaccins antipneumococciques conjugués chez les enfants doit rester prioritaire afin de réduire l'incidence des pneumococcies.
  - L'introduction du vaccin PCV13 chez les adultes en bonne santé dans le cadre des programmes de vaccination dépendra des résultats des études effectuées sur l'efficacité, la rentabilité et l'effet immunologique collectif obtenus avec ce vaccin.
  - Les pays qui ont déjà introduit le vaccin polysaccharidique 23-valent en vue d'une utilisation chez l'adulte pourraient l'administrer chez les sujets à risque par le biais de calendriers séquentiels (vaccin conjugué-vaccin polysaccharidique).
  - Les pays qui n'utilisent pas le vaccin antipneumococcique chez les adultes à risque\* et qui considèrent la vaccination de cette population comme prioritaire pourraient inclure le PCV13 dans leurs programmes de vaccination, en fonction des résultats des études sur l'immunogénicité.
  - La mise en œuvre ou le renforcement des activités de surveillance épidémiologique des pneumonies et des pneumococcies invasives chez les adultes doit faire partie des priorités des pays.
  - Les pays qui ont déjà introduit les vaccins PCV chez les enfants doivent définir des mécanismes de mesure de l'impact de la vaccination sur d'autres groupes d'âge (effet immunologique collectif).
- Le GCT encourage l'adoption de méthodes de surveillance et d'évaluation novatrices permettant de mieux comprendre la charge de morbidité évitable associée à la pneumococcie chez les adultes ainsi que la possibilité d'organiser des échanges avec les réseaux de surveillance de la grippe.
- Les pays doivent chercher à améliorer les taux de couverture vaccinale par le PCV chez les enfants.

\* Les adultes appartenant aux groupes à risque comprennent les personnes âgées de 50 ans et plus et qui souffrent des affections suivantes : fuite de liquide céphalo-rachidien, implant cochléaire, drépanocytose ou toute autre hémoglobinopathie, asplénie congénitale ou acquise, personnes immunodéprimées, immunodéficience congénitale ou acquise, infection par le virus de l'immunodéficience humaine, insuffisance rénale chronique, syndrome néphrotique, leucémie, lymphome, maladie de Hodgkin, cancer généralisé, immunosuppression iatrogène, greffe d'organe plein et myélome multiple. Il s'agit d'une recommandation spéciale visant à faciliter la prise de décisions cliniques au niveau individuel. ■

## Statut de la vaccination contre le virus du papillome humain

En juin 2014, 21 pays et territoires d'Amérique latine et des Caraïbes ont introduit le vaccin contre le virus du papillome humain (VPH) dans leur programme public de vaccination. Le Brésil a notamment introduit le vaccin anti-VPH en mars 2014 et 4,2 millions d'adolescentes brésiliennes âgées de 11 à 13 ans (85,3 % de la population cible) ont reçu la première dose de vaccin vers la fin du mois de juin. Lorsqu'on compare ces chiffres à ceux des régions sous-continentales d'Amérique du Nord, des pays du Cône austral et des Andes, peu de pays d'Amérique Centrale et des Caraïbes ont introduit le vaccin anti-VPH. Globalement, on estime que 83 % des adolescentes d'une cohorte de naissances typique (6,3 millions) ont en principe accès aux vaccins anti-VPH dans les Amériques.

Cependant, les données sur la vaccination contre le VPH restent limitées. Un seul pays publie chaque année ses données de couverture vaccinale, estimées par le biais d'enquêtes nationales. En 2012 – sixième année consécutive de vaccination dans ce pays – on a estimé que la couverture obtenue avec la première dose de vaccin chez les adolescentes âgées de 13 ans était de 47 %; le taux d'abandon entre la première dose et celle administrée six mois après était de 57 %. Pour la même année, neuf pays ont rapporté le nombre de doses de vaccins anti-VPH qu'ils ont administrées par le biais de formulaire conjoint UNICEF/OMS de notification pour la vaccination; en tout, 8,7 millions de doses ont été administrées. Pour les quatre pays disposant de données adéquates pour l'analyse (4,7 millions de doses administrées), le taux de couverture obtenu après l'administration de la première dose allait de 51 % à 81 %. Le taux d'abandon entre la première dose et celle administrée six mois après était compris entre 14 % et 41 % pour les trois pays ayant recours à un cycle typique de vaccination en 3 doses et était de

48 % pour un pays utilisant un calendrier étendu de vaccination en 3 doses. Bien que limitées, ces données de couverture indiquent que le véritable accès au vaccin anti-VPH et/ou son acceptabilité ainsi que la surveillance des cohortes vaccinées demeurent insuffisants.

En juillet 2013, le GCT a recommandé le recours à un programme élargi de vaccination contre le VPH pour les adolescentes de moins de 14 ans. Le GCT a estimé que ces programmes pouvaient offrir des avantages sur le plan immunologique, programmatique et financier. Cette question a également fait l'objet de discussions par les membres du Groupe stratégique consultatif d'experts de l'OMS (SAGE) en avril 2014. Le groupe SAGE a jugé que les anticorps produits en réponse au vaccin anti-VPH médiaient une bonne efficacité, et que, comme l'ont montré les études de comparaison des résultats d'analyse de paramètres immunologiques et des résultats cliniques, les adolescentes avaient des titres d'anticorps équivalents ou supérieurs à ceux des adultes. Le groupe SAGE a également recommandé un examen systématique des essais randomisés et non randomisés et une revue descriptive des études observationnelles, ainsi que la tenue d'une consultation ad hoc d'experts sur les calendriers de vaccination contre le VPH. En s'appuyant sur des données immunologiques, le groupe SAGE a conclu que le choix d'un cycle de vaccination étendu à 2 doses avec un intervalle minimum de six mois entre les doses chez les adolescentes était non inférieur au cycle classique de 3 doses utilisé chez les adolescentes et les jeunes femmes. Les experts de SAGE ont reconnu la nécessité d'examiner la possibilité de passer de 3 à 2 doses et l'amélioration de la couverture vaccinale que peut amener la souplesse des intervalles entre les doses.

Malgré les craintes exprimées par le public et certains professionnels de la santé, le vaccin contre le VPH est sûr. En 2013-2014, par le biais de son Comité consultatif mondial sur la sécurité des vaccins (GACVS), l'OMS a examiné l'occurrence d'événements potentiellement attribués à la vaccination contre le VPH à trois reprises, en juin et décembre 2013 et en mars 2014. À l'issue de cette dernière évaluation, le GACVS a déclaré : « Il est important de renforcer et de réitérer l'importance de [ces revues] car un certain nombre de programmes nationaux de vaccination ont subi des pertes réelles ou potentielles de confiance de la part du public en raison d'une publicité négative accrue entourant ces programmes, même si les questions concernant l'innocuité du vaccin ont été résolues ». Les efforts des programmes de vaccination pour garantir la mise au point et l'administration de vaccins sûrs, les caractéristiques des vaccins actuels contre le VPH, les données des essais cliniques contrôlés et de la surveillance active des vaccins après leur commercialisation et de vastes et longues études sont les quatre facteurs essentiels permettant d'étayer l'innocuité de la vaccination contre le VPH.

De nouvelles données scientifiques démontrent l'efficacité des programmes de vaccination contre le VPH dans la réduction du nombre d'infections par le VPH et de lésions cervicales précancéreuses parmi les jeunes femmes. La vaccination contre ce virus pourrait réellement réduire le fardeau des cancers associés au VPH en une génération. La réalisation de ce potentiel dépend cependant d'une plus grande utilisation et acceptabilité de la vaccination contre le VPH autant par le public que par les professionnels de la santé.

### Recommandations :

- Le GCT souligne le caractère solide et fiable des données démontrant l'innocuité et l'efficacité de la vaccination contre le VPH chez les adolescentes et les jeunes femmes. Le GCT approuve également le rapport de mars 2014 du GACVS ainsi que les rapports antérieurs portant sur l'innocuité du vaccin anti-VPH. À cette fin, le GCT continue d'encourager les pays à inclure les vaccins anti-VPH dans leur programme de vaccination de routine afin de prévenir le cancer du col de l'utérus. Le GCT approuve également les recommandations émises en avril 2014 par le groupe SAGE visant à uniformiser les recommandations régionales et mondiales relatives aux programmes de vaccination contre le VPH. Plus précisément, le GCT recommande :
  - Un cycle de 2 doses de vaccin espacées d'un intervalle d'au moins six mois pour les adolescentes de moins de 15 ans. Ce schéma s'applique également aux adolescentes de 15 ans ou plus au moment de l'administration de la seconde dose. Si pour une raison quelconque, l'intervalle entre la première et la deuxième dose est inférieur à 5 mois, une troisième dose doit être administrée plus de 6 mois après la première dose.
  - Le cycle de 3 doses (0, 1/2, 6 mois) est recommandé chez les adolescentes âgées de plus de 15 ans (à la date de début de la vaccination) et pour toutes les personnes immunodéprimées, quel que soit leur âge, y compris les personnes séropositives de statut connu;
  - Les recommandations concernant ce schéma de vaccination s'appliquent aux vaccins bivalents et quadrivalents.
- Les fabricants et les pays doivent s'efforcer d'uniformiser les données relatives à l'homologation des vaccins avec les programmes de vaccination recommandés au niveau national.
- Le GCT réaffirme l'importance pour tous les pays qui envisagent d'introduire le vaccin anti-VPH de planifier minutieusement à tous les niveaux la mise en place des systèmes de collecte et d'analyse des données sur la couverture vaccinale. Les pays qui ont introduit le vaccin anti-VPH devront renforcer leurs efforts en matière d'évaluation de la couverture vaccinale aux niveaux national et infranational.
- Le GCT fait part de ses préoccupations concernant le faible taux estimé de couverture vaccinale par le VPH et le fort taux d'abandons, qui peuvent révéler l'existence de barrières importantes à la vaccination, pouvant provenir des parents et/ou des personnels de santé, de l'accès à la vaccination ou d'un manque de suivi de celle-ci. Le GCT recommande aux pays de recueillir des données en vue de clarifier ces questions et de mettre au point des stratégies de communication permettant de les résoudre. ■

## Mise à jour sur le Fonds renouvelable de l'OPS

Pendant 35 ans, le Fonds renouvelable de l'OPS a été l'une des clés de voûte du succès des programmes de vaccination dans la Région, en ce qui a trait à l'élimination et au contrôle des maladies évitables par la vaccination et à l'introduction rapide et durable de nouveaux vaccins. En 2013, au nom de 41 pays et territoires, le Fonds a acquis 46 présentations différentes de vaccins, ainsi que des seringues et du matériel utilisé dans la chaîne du froid. Un total de 1335 commandes, d'une valeur consolidée de 495 millions de dollars, ont également été passées et financées à plus de 95 % par les budgets nationaux.

Le Fonds fait face à des offres d'approvisionnement limitées ou sensibles pour quatre vaccins en particulier : la fièvre jaune, le Tdap, la varicelle

et le ROR. La capacité mondiale de fabrication de vaccins contre la fièvre jaune continue d'être insuffisante. Pour combler cette lacune, l'OMS, l'UNICEF et l'OPS ont constitué un groupe de travail ayant pour objectif de hiérarchiser l'allocation du nombre limité de vaccins.

La demande mondiale de vaccins Tdap et de vaccins contre la varicelle augmente plus rapidement que leur production, ce qui entraîne des pénuries. De plus, la diminution des stocks en cours et la longueur des cycles de production de ces vaccins freinent leur disponibilité et ne permettent pas de satisfaire les besoins des pays qui n'ont pas établi de prévisions à l'avance.

En ce qui concerne les vaccins contre la rougeole (RR et ROR), leur approvisionnement à l'échelle

mondiale n'est pas régulier. Sur les quatre fabricants présélectionnés, un assure 80 % de la capacité de production mondiale, deux ont des difficultés à produire les vaccins et appliquent des prix élevés et le dernier est en passe de stopper sa production. Si les pays de la Région n'établissent pas à l'avance des prévisions précises concernant leurs besoins, la demande croissante de ces vaccins à l'échelle mondiale aura des effets sur les délais de livraison de ces derniers.

Afin de surmonter ces défis, le Fonds a amélioré les outils à sa disposition pour aider les pays à planifier leurs besoins en vaccins sur le long terme et à les obtenir dans les délais requis, et également à mettre en place leurs plans d'introduction de nouveaux vaccins.

### Recommandations :

- Le GCT reconnaît le rôle prééminent du Fonds renouvelable dans les progrès et le succès des programmes de vaccination dans les Amériques. Il reconnaît également l'appui que le Fonds reçoit à son tour des pays et des territoires.
- Le GCT recommande toujours aux pays de veiller à établir des prévisions de plus en plus précises de leurs besoins en vaccins en assurant la plus grande transparence à long terme. Le Fonds renouvelable de l'OPS devra appuyer les pays dans la planification et la surveillance des activités liées à la vaccination.
- Le GCT continue à soutenir le regroupement d'autres initiatives régionales de passation de marchés, telles que celle faisant actuellement l'objet de négociations dans la Région de la Méditerranée orientale de l'Organisation mondiale de la Santé. ■

## Statut de la vaccination antigrippale dans les Amériques et création du réseau pour l'évaluation de l'efficacité du vaccin contre la grippe – Étude REVELAC-i

La Région des Amériques a réalisé des progrès considérables dans le domaine de l'introduction des vaccins contre la grippe saisonnière. En 2013, 40 des 45 pays et territoires des Amériques utilisaient le vaccin saisonnier contre la grippe dans le secteur public pour protéger un ou plusieurs groupes à risque. Parmi ces pays et territoires, 40 vaccinent les personnes âgées, 39 vaccinent le personnel de santé, 30 vaccinent les enfants (5 d'entre eux seulement vaccinent les enfants atteints de maladies chroniques) et 36 vaccinent les adultes atteints de maladies chroniques. La situation s'est également beaucoup améliorée en ce qui concerne la vaccination des femmes enceintes, pratiquée par 7 pays en 2008 contre 26 en 2013.

Afin d'orienter les politiques en matière de vaccination, en particulier dans les dix dernières années, les pays situés dans les zones tropicales, notamment en Amérique Centrale, se sont employés à améliorer les systèmes de surveillance du virus de la grippe dans cette sous-région. Cependant, des incertitudes demeurent quant au moment et au schéma de vaccination les plus propices pour la population de cette sous-région. Une situation comparable est observée dans des pays comme le Pérou où deux modes de circulation du virus de la grippe ont été enregistrés durant l'année.

En 2012, une étude pilote a été menée dans quatre pays d'Amérique centrale afin d'évaluer l'efficacité du vaccin contre la grippe, par le biais des plateformes de surveillance des infections respiratoires aiguës sévères (IRAS) qui existaient déjà dans ces pays. Il s'agissait d'un projet collaboratif établi entre les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis d'Amérique (CDC), le Réseau des programmes de formation à l'épidémiologie et aux interventions en santé publique (TEPHINET) et l'OPS. Le projet a bénéficié des enseignements de la création pilote et officielle du Réseau pour l'évaluation de l'efficacité du vaccin contre la grippe dans les pays d'Amérique latine et des Caraïbes (REVELAC-i) en février 2013. La même année, ce projet a été mis en œuvre en Argentine, au Brésil, au Chili, en Colombie, au Costa Rica, au Salvador, au Honduras, au Panama et au Paraguay durant la saison grippale 2013.

L'objectif était d'estimer l'efficacité du vaccin saisonnier trivalent contre la grippe dans la prévention des IRAS en tant que complication grippale dans les groupes cibles (enfants et personnes âgées) ayant séjourné dans des hôpitaux sentinelles pour une IRAS, en utilisant une étude de cas avec test négatif. Neuf pays, regroupant 71 hôpitaux sentinelles, ont participé à cette étude.

La plateforme de l'étude REVELAC-i offre la possibilité :

- d'évaluer systématiquement l'efficacité du vaccin en utilisant le réseau d'hôpitaux sentinelles des pays.
- de poursuivre l'intégration des systèmes de surveillance épidémiologique, des méthodes de laboratoire, et des programmes de vaccination pour pouvoir produire des données visant à faciliter la prise de décisions ayant trait à la prévention et au contrôle de la grippe.
- d'analyser l'intégration de la surveillance sentinelle des maladies respiratoires virales à celle des maladies respiratoires bactériennes au moyen de la plateforme REVELAC-i.
- d'élaborer des mécanismes de partage des expériences, des leçons apprises, et des méthodes courantes entre les pays et les centres de recherches sur l'efficacité des vaccins contre la grippe, ainsi que de mécanismes permettant de connaître l'impact de la vaccination.
- d'effectuer des évaluations sur des sujets connexes tels que l'effet de la vaccination contre la grippe sur les nouveau-nés dans des cohortes de femmes enceintes.
- de réaliser des enquêtes en vue d'évaluer les connaissances, les comportements et les pratiques en matière de vaccination contre la grippe, etc.

REVELAC-i suite de la page 6

**Recommandations :**

- Le GCT a pris note des progrès réalisés dans l'utilisation des vaccins contre la grippe et invite les pays à accroître l'emploi de ces derniers et les taux de couverture, afin de se conformer aux recommandations précédentes du GCT et du groupe SAGE, en particulier en ce qui concerne les femmes enceintes et le personnel de santé.
- Le GCT se félicite de la création et des progrès du Réseau pour l'évaluation de l'efficacité du vaccin contre la grippe (REVELAC-i) et encourage les pays d'Amérique latine et des Caraïbes à continuer à recueillir des données relatives à l'efficacité et à l'impact de la vaccination contre la grippe, à renforcer l'intégration des méthodes de vaccination, de surveillance épidémiologique et de laboratoire.
- L'OPS doit appuyer le renforcement constant des activités de surveillance de la grippe. Il doit également analyser et présenter les données par secteur géographique à l'intérieur d'un pays, en particulier pour les pays les plus grands où l'épidémiologie et le caractère saisonnier de la grippe varient selon la région.
- L'OPS doit continuer à conseiller les pays sur le choix du vaccin le plus approprié à leur situation épidémiologique et à leur contexte. ■

## Évaluation multicentrique de l'efficacité du vaccin contre la grippe en Amérique latine\*

2012 – Phase pilote			2013 – PHASE D'EXÉCUTION																	
PAYS	GROUPES CIBLES																			
	Enfants	Personnes âgées																		
Costa Rica	6 mois à 10 ans, avec maladies chroniques	≥ 65 ans			<p><i>Réseau pour l'évaluation de l'efficacité du vaccin en Amérique latine et dans les Caraïbes-Influenza</i></p> <table border="0"> <tr> <td><i>Argentine</i></td> <td><i>Honduras</i></td> </tr> <tr> <td><i>Brésil</i></td> <td><i>Mexique</i></td> </tr> <tr> <td><i>Chili</i></td> <td><i>Panama</i></td> </tr> <tr> <td><i>Colombie</i></td> <td><i>Paraguay</i></td> </tr> <tr> <td><i>Costa Rica</i></td> <td><i>Uruguay</i></td> </tr> <tr> <td><i>Cuba</i></td> <td><i>Nicaragua</i></td> </tr> <tr> <td><i>El Salvador</i></td> <td></td> </tr> </table>		<i>Argentine</i>	<i>Honduras</i>	<i>Brésil</i>	<i>Mexique</i>	<i>Chili</i>	<i>Panama</i>	<i>Colombie</i>	<i>Paraguay</i>	<i>Costa Rica</i>	<i>Uruguay</i>	<i>Cuba</i>	<i>Nicaragua</i>	<i>El Salvador</i>	
<i>Argentine</i>	<i>Honduras</i>																			
<i>Brésil</i>	<i>Mexique</i>																			
<i>Chili</i>	<i>Panama</i>																			
<i>Colombie</i>	<i>Paraguay</i>																			
<i>Costa Rica</i>	<i>Uruguay</i>																			
<i>Cuba</i>	<i>Nicaragua</i>																			
<i>El Salvador</i>																				
El Salvador	6 à 59 mois	≥ 60 ans																		
Honduras	6 à 35 mois avec maladies chroniques	≥ 60 ans																		
Panama	6 à 59 mois	≥ 60 ans																		
<p>CDC, Division d'immunisation contre la grippe            CDC-CAR, Programme d'immunisation contre la grippe            Organisation panaméricaine de la Santé</p> <p>Protocole mis à l'essai dans 18 centres</p> <p>*Étude de cas-témoins (avec test négatif) reposant sur la surveillance des infections respiratoires aiguës sévères (IRAS) dans les hôpitaux sentinelles</p>																				

Population de l'étude REVELAC-i			
PAYS	GROUPE CIBLE		NOMBRE D'HÔPITAUX
	Enfants	Personnes âgées	117
Argentine	6–24 mois	≥ 65 ans	4
Brésil	6–23 mois	≥ 60 ans	29
Chili	6–23 mois	≥ 65 ans	6*
Colombie	6–23 mois	≥ 60 ans	7
Costa Rica	6 mois–10 ans <b>avec maladies chroniques</b>	≥ 65 ans	6*
Cuba	6–23 mois	≥ 65 ans	TBD
El Salvador	6–59 mois	≥ 60 ans	4*
Équateur	6–23 mois	≥ 65 ans	TBD
Honduras	6–35 mois <b>avec maladies chroniques</b>	≥ 60 ans	3*
Mexique	6–59 mois ; 3–9 ans <b>avec maladies chroniques</b>	≥ 65 años	46
Panama	6–59 mois	≥ 60 ans	10*
Paraguay	6–35 mois	≥ 60 ans	2

\*Tous les sites sentinelles de surveillance des IRAS ont été inclus.

Les hôpitaux sentinelles ont été sélectionnés selon les critères suivants : qualité de la surveillance, nombre de patients atteints d'une IRAS dans les groupes cibles, notification des résultats de PCR pour la grippe, représentativité, accès aux dossiers de vaccination au niveau local, etc.

Le *Bulletin d'immunisation* est publié tous les deux mois en anglais, espagnol et français par le 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](http://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 XXXVI, Numéro 4 • Août 2014

**Éditeur : Carolina Danovaro**  
**Éditeurs-adjoints : Cuauhtémoc Ruiz Matus**  
**et Octavia Silva**

©Organisation panaméricaine de la Santé, 2014  
Tous droits réservés.



**Organisation  
panaméricaine  
de la Santé**



**Organisation  
mondiale de la Santé**  
BUREAU RÉGIONAL DES  
**Amériques**

### Unité d'immunisation intégrale de la famille

525 Twenty-third Street, N.W.  
Washington, D.C. 20037 U.S.A.  
<http://www.paho.org/immunization>

#### CHOLÉRA suite de la page 1

Environ 200 000 personnes ont reçu au moins une dose de VCO en Haïti en 2012-2013. Ces projets démontrent la faisabilité de la vaccination contre le choléra; le taux de couverture, mesuré au moyen d'enquêtes, atteint après l'administration d'une deuxième dose de vaccin, est passé de 63 % à 77 %. En juillet et août 2014, 200 000 vaccinations supplémentaires étaient prévues. Les résultats d'un essai clinique mené dans une zone endémique de Calcutta, en Inde, ont démontré que l'efficacité du VCO peut atteindre 65 % dans les cinq ans après l'introduction de la vaccination.

L'occurrence du choléra à Cuba et au Mexique souligne non seulement le risque d'importations, mais également la possibilité de transmission autochtone après une importation. Bien que l'épidémie de choléra des années 90, qui avait touché 21 pays de la Région, ait finalement conduit à des améliorations de l'accès de la population aux systèmes d'eau potable et d'assainissement, les conditions favorisant la transmission du choléra

persistent à des degrés divers dans certaines régions de chaque pays des Amériques. En 2010, par exemple, en Amérique Centrale, on a estimé à environ 12,7 millions le nombre de personnes (6 % de la population) qui n'avaient pas accès à l'eau potable et à 35,7 millions (17 %) celles qui vivaient dans des zones privées d'installations d'assainissement améliorées.

L'urgence de la situation liée au choléra en Haïti a relancé le débat mondial sur le rôle de la vaccination réactive. Depuis 2012, le VCO a été déployé dans plusieurs des pays africains touchés par le choléra. L'efficacité obtenue avec deux doses de VCO lors d'une flambée survenue en Guinée était de 87 %. D'après les simulations, la vaccination réactive des personnes présentant un risque élevé d'exposition garantirait l'utilisation la plus efficace des stocks limités de vaccins. Une utilisation tactique du VCO comme plan d'urgence contre les importations de *Cholerae*

*vibrio* doit être envisagée dans le cadre d'une réponse intégrée dans les zones géographiques où la proportion de personnes vivant dans des conditions précaires est élevée, telles que les populations rurales qui ont difficilement accès aux services de santé (y compris les populations autochtones) et les populations urbaines et périurbaines qui n'ont pas un accès assuré aux systèmes d'eau potable et d'assainissement.

Au deuxième semestre de 2013, en collaboration avec des partenaires, l'OMS a établi un stock international de VCO. Ce programme est géré par un fonds de roulement par le Groupe international de coordination (GIC), qui contrôle déjà les réserves mondiales de vaccins contre la méningite méningococcique et la fièvre jaune pour la riposte aux flambées. Jusqu'en juin 2014, le GIC a accepté 5 demandes de pays pour un total de 1,4 million de doses. La réserve mondiale s'avère ainsi un bon moyen de contribuer au déploiement en temps réel du VCO en cas d'épidémies.

#### Recommandations :

- Le GCT appuie les efforts de l'OPS visant à éliminer la transmission du choléra dans la Région des Amériques par le biais d'interventions et de plans d'urgence intégrés, y compris l'utilisation du VCO lorsque nécessaire. Pour atteindre cet objectif il est essentiel de mobiliser des ressources suffisantes pour conserver le rôle du Secrétariat de l'OPS dans la Coalition régionale pour l'eau et l'assainissement en vue d'éliminer le choléra dans l'île d'Hispaniola.
- Le GCT réitère ses recommandations antérieures de continuer à bénéficier du rôle fondamental des défenseurs de WASH dans l'approche mondiale visant à éliminer la transmission du choléra. Le GCT réaffirme également qu'une des actions possibles à court terme pour éliminer la maladie de façon durable est la vaccination.
- Les pays doivent continuer de surveiller les cas de choléra et d'évaluer l'impact du VCO là où il est utilisé. ■