



Bulletin d'immunisation

Organisation panaméricaine de la Santé

VOLUME XXXII, NUMÉRO 6 ► DÉCEMBRE 2010

- 1 Réunions sous-régionales, 2010
- 1 Intégrer TIC au programme de vaccination
- 6 Le Nicaragua introduit le vaccin (PCV-13)
- 7 Le logiciel VSSM pour la gestion des stocks de vaccins
- 8 Réunion de l'informatique médicale de logiciel libre en Amérique latine (IMeCA)

Réunions sous-régionales sur les maladies évitables par la vaccination, 2010

La XX^e Réunion des pays d'Amérique centrale, du Mexique et des Caraïbes latines sur les maladies évitables par la vaccination s'est tenue du 6 au 8 juillet 2010 à San Salvador, au Salvador. Des professionnels des programmes nationaux de vaccination du Costa Rica, de Cuba, du Guatemala, de Haïti, du Honduras, du Nicaragua, du Panama, du Salvador et de la République dominicaine ont assisté à la réunion. Le Mexique se trouvait dans l'incapacité d'y assister. La IV^e Réunion d'Amérique du Sud sur les maladies évitables par la vaccination s'est tenue du 26 au 28 octobre 2010 à Asunción, au Paraguay, avec la participation de représentants de l'Argentine, de la Bolivie, du Brésil, de la Colombie, du Chili, de l'Équateur, du Paraguay, du Pérou, de l'Uruguay et du Venezuela. Des représentants des Comités nationaux sur les pratiques d'immunisation ont assisté aux deux réunions. La XXVII^e réunion sous-régionale des responsables du programme de vaccination des Caraïbes s'est déroulée dans les Îles Cayman du 15 au 19 novembre 2010 (voir encadré à la page 6).

Les réunions d'Amérique latine ont traité essentiellement de l'analyse des causes de la faible couverture dans certaines municipalités des pays participant et sur les mesures en vue d'améliorer la situation. Les discussions ont porté sur la vérification et de la documentation de l'élimination de la transmission de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale (SRC). Une analyse a également été présentée du risque d'introduction du virus sauvage de la poliomyélite dans les Amériques et il a été discuté de la manière d'évaluer le vaccin contre la grippe pandémique H1N1 et de retirer des enseignements pertinents à son égard. Une mise à jour de l'introduction de nouveaux vaccins a été faite et le statut du Fonds renouvelable de l'OPS pour l'achat de vaccins a été discuté. De plus, et pour la première fois, les pays ont présenté leur analyse et expériences au forum suivant un système de loterie, suivies d'une discussion en panel de chaque thème animée par les pays n'ayant pas fait de présentation. Lors des réunions sous-régionales d'Amérique latine des ateliers ont été organisés pour les pays afin de formuler des plans d'action pour traiter du programme inachevé concernant la planification des activités d'immunisation universelle.

Voir **Réunions** page 3

Table 1. Distribution des municipalités selon les taux notifiés de DTC/Penta3, pays d'Amérique centrale, Mexique, Cuba, Haïti et République dominicaine, 2007-2009

Année		Couverture <50%	Couverture 50-79.9%	Couverture 80-94.9%	Couverture ≥95%*
2007	# de municipalités (N=4,134)	72	363	747	2 952
	# < 1 an (N=3,308,309)	121 965	390 906	1 165 964	1 659 474
2008	# de municipalités (N=4,097)	151	414	1 019	2 513
	# < 1 an (N=2,702,932)	231 563	423 142	930 341	1 113 886
2009**	# de municipalités (N=3,907)	104	397	968	2 483
	# < 1 an (N=2,449,152)	52 204	455 704	810 396	1 130 848

* comprend la couverture notifiée >100%. ** Les données de couverture pour Haïti ne sont pas disponibles / inclus pour cette année.

Source: FCH-IM tel qu'indiqué dans les tableaux du PEV/formulaires pour la notification de la vaccination à l'OPS-OMS/UNICEF

Intégrer les technologies d'information et de communication (TIC) au programme de vaccination

Les nouvelles technologies de l'information et de la communication (TIC) offrent de multiples possibilités d'améliorer l'efficacité des programmes de vaccination. Une revue systématique faite récemment de l'évaluation des initiatives de cybersanté¹ dans des pays en développement a constaté que les systèmes pour améliorer la communication entre les institutions, aider à passer les commandes de médicaments, gérer les stocks et suivre et détecter les patients qui risquent d'abandonner le traitement sont des plus prometteurs. Les évaluations des assistants numériques personnels et des dispositifs mobiles démontrent que de tels outils s'avèrent très efficaces pour améliorer la durée et la qualité de la collecte de données¹.

Le partage gratuit de l'information technologique et l'utilisation des logiciels libres pour la mise au point d'outils de cybersanté facilitent l'investissement dans les TIC pour les pays en développement. Plusieurs des expériences présentées lors de la 2^e Réunion du groupe sur l'informatique médicale de logiciel libre (IMeCA) pour l'Amérique latine au Nicaragua (voir page 8) pourraient être adaptées pour servir aux programmes de vaccination des Amériques. La technologie mobile, les systèmes de gestion des rapports, la technologie d'identification, les codes à barres et les multimédias sont tous des outils pouvant s'avérer utiles pour améliorer:

- La collecte de données ainsi que la qualité et le caractère opportun des notifications concernant la vaccination et la surveillance;
- Les calendriers de suivi individualisés;
- Le monitoring des événements supposément attribuables à la vaccination

Voir **TIC** page 2

TIC suite de la page 1

ou à l'immunisation (ESAVI);

- L'éducation et la formation continue;
- La mobilisation sociale; et
- Une gestion plus efficace des vaccins et d'autres fournitures ainsi que de la chaîne du froid.

La technologie mobile, surtout les téléphones portables, sont devenus omniprésents dans la plupart des pays et les sociétés téléphoniques étendent rapidement leur couverture de service. Diverses options de transmission de données sont offertes dont les messages courts (SMS), les messages plus longs (MMS) et la connectivité régulière sur internet (GPRS et autre option analogue). Il est possible d'installer sur des téléphones portables de faible coût des logiciels spécialement conçus, basés sur une programmation de langage java ou autres plates-formes gratuites pour les enquêtes. De plus, le coût de la transmission de données a nettement baissé ces dix dernières années. Le portable est donc devenu un outil efficace et économe permettant aux vaccinateurs et agents de santé de noter les doses données au moment de la prestation de services ou de signaler électroniquement un cas présumé au moment du dépistage, réduisant ainsi les retards qui pourraient être pris et les erreurs inhérentes aux processus manuels. Un tel outil peut s'avérer fort utile dans des régions d'accès difficile. Qui plus est, les parents ayant bien souvent eux aussi un portable, l'agent de santé pourra envoyer des rappels (ou les programmer automatiquement) via SMS ou message vocal pour les mettre au courant des futures séances de vaccination ou encore pour notifier qu'un rappel n'a pas été administré ou que telle vaccination est en retard.

L'utilisation des technologies actuelles, notamment les **plates-formes des systèmes de dossiers médicaux (Medical Record Systems/MRS)**, peuvent faciliter l'organisation et l'utilisation de registres nationaux de vaccination, permettant un suivi du calendrier individuel de vaccination. Ce type de registre devrait normalement 1) comprendre l'inscription à la naissance, ou la date à laquelle le BCG a été administré ou bien les raisons pour lesquelles le vaccin n'a pas été administré; 2) comprendre un identificateur unique, en plus des données suivantes: nom complet, lieu et date de naissance, nom complet de la mère ou du gardien, adresse, numéro de téléphone (fixe et/ou mobile); 3) noter les doses et dates du vaccin et le centre de santé fournissant la dose; 4) permettre d'envoyer des rappels et 5) cumuler les données sur divers niveaux géographiques, facilitant l'analyse en utilisant les

Cybersanté: définie comme étant "l'utilisation des TIC à l'appui de la santé et des domaines se rapportant à la santé, dont les soins de santé, la surveillance de la santé, la littérature sur la santé et l'éducation, les connaissances et la recherche en matière de santé," [Organisation mondiale de la Santé. Rapport de la 58e Assemblée mondiale de la santé, 16-25 mai 2005, Genève: OMS; 2005].

Systèmes d'information géographique (GIS). Ce type de registre peut être relié aux modules de gestion de l'approvisionnement en vaccins pour disposer d'un inventaire plus précis et d'une meilleure idée de l'endroit où se trouvent les vaccins, surtout dans le contexte des nouveaux vaccins qui sont plus chers.

La biométrie, ou systèmes pour collecter des caractéristiques uniques et permanentes d'ordre physique ou anatomique d'une personne en vue de les utiliser pour l'identification de cette personne, a fait de grands pas en avant ces dernières années et est utilisée à présent dans le domaine de la santé, notamment des essais cliniques. La biométrie actuelle consiste à reconnaître les empreintes digitales, l'iris et la veine de la paume. La biométrie peut être utilisée pour informatiser le processus d'identification du sujet. Par ailleurs, les approches courantes – utilisation des empreintes digitales et reconnaissance de l'iris – s'avèrent problématiques chez les enfants de moins de 3 ans. L'utilisation de la biométrie s'accompagne également de questions d'ordre confidentiel, éthique et juridique. De même, **l'identification par radiofréquence (RFID)** est une technologie utilisée pour identifier et suivre des objets (ou des personnes portant ces objets) en utilisant une communication passant par des ondes magnétiques pour échanger des données entre un terminal et un bracelet électronique attaché à un objet. Cette méthode fonctionne avec des interrogateurs (également connus sous le nom de lecteurs d'identification) et des étiquettes d'identification (également connues sous le nom de labels). La RFID peut être utilisée pour la gestion des stocks de vaccine ou l'équipement de la chaîne du froid. Au Pakistan, la méthode a été employée dans le cadre d'un projet pilote visant à suivre une cohorte ayant des facteurs de risque spécifiques qui l'exposaient à la pneumonie (à l'aide de bracelets RFID pour suivre les soins médicaux dispensés).

Les codes à barres permettent d'informatiser la collecte de données sur les numéros de série/lot ou toute autre information normalisée. Les codes à barres traditionnels sont unidimensionnels, avec un codage numérique par le biais d'un affichage graphique de barres d'épaisseurs différentes. Une nouvelle génération de codes en deux dimensions, *datamatrix*, utilise des pointillés pour représenter l'information, et permet ainsi de coder un texte alphanumérique plus long. Les systèmes pour imprimer les étiquettes des codes à barres sont plus faciles à utiliser et meilleur marché. Un téléphone portable, peu cher, avec une caméra intégrée et un logiciel de décodage des codes à barre, peut être utilisé pour lire les codes. Ces codes à barres aident notamment à relier les carnets de vaccination aux dossiers de vaccination, à gérer la chaîne d'approvisionnement en vaccins et seringues et contrôler la chaîne du froid. Le jour viendra où il sera possible de scanner le code du vaccin

administré au patient, d'apposer le code à barres au dossier ou au carnet de vaccinations (ou de le scanner et de l'ajouter au dossier électronique de vaccinations), facilitant ainsi le monitoring d'un lot pour une enquête ESAVI, par exemple.

Les outils multimédia et la disponibilité de **Web 2.0** ou d'applications sur le web facilitant le partage d'information, l'interopérabilité et la conception tournée vers l'utilisateur, outils qui sont ouverts au grand public, comme «YouTube» simplifient nettement la création et la diffusion de vidéos éducatives. Les multimédia pourront faciliter la formation d'agents de santé portant sur de nombreux volets d'un programme de vaccination et ils commencent à être utilisés dans certains pays pour la formation relative à l'introduction de nouveaux vaccins. En outre, un programme de vaccination pourra utiliser de tels outils médiatiques pour préparer des clips avec des messages sensibilisant aux maladies évitables par la vaccination et à l'immunisation de la population en général. Les sites médiatiques sociaux (comme "Facebook", "MySpace", "Badoo") peuvent servir de plates-formes présentant de tels clips.

En bref, les TIC ont le pouvoir de révolutionner la gestion et le fonctionnement des programmes de vaccination. Il existe des applications possibles dans le cadre de plusieurs composantes du programme d'immunisation, surtout dans les régions reculées. Les pays des Amériques sont en mesure de commencer à évaluer les options possibles, apprenant à connaître davantage et à évaluer les expériences locales en utilisant la cybersanté et la santé mobile dans leur pays et en réalisant des projets de tailles diverses sur les TIC et la vaccination. Il sera important de documenter et de partager les expériences entre les pays pour économiser sur le temps et l'argent et pour améliorer en fin de compte l'efficacité des programmes de vaccination. **Nous invitons les lecteurs du Bulletin d'immunisation à partager leurs expériences en matière d'utilisation des TIC.** ■

Référence:

- 1 Blaya JA, Fraser HS, Holt B. E-health technologies show promise in developing countries. *Health Aff (Millwood)*, 2010; 29(2):244-51.



Lecteur d'empreintes digitales, Socrate Flores Rivas Centre de Santé, au Nicaragua, 2008.

Réunions suite de la page 1

Analyse des populations avec faible couverture et interventions

Chaque pays a préparé une présentation analysant la situation actuelle des niveaux de couverture par municipalité. L'analyse couvrait les facteurs déterminants, les risques et les propositions de services aux populations qui n'ont pas atteint les niveaux appropriés de couverture vaccinale.

Points saillants parmi les nombreux facteurs concernant la faible couverture de certaines populations:

- **Prestation de services:** abandon du calendrier systématique; préférence de campagnes pour faire le travail du programme systématique; manque de catégorisation des municipalités à risque et problèmes constatés au niveau local; emplacement géographique des agents de santé inaccessible pour les habitants des villages reculés et aspects de gestion (pénurie de vaccins, calendriers des séances de vaccination guère pratiques pour la population locale, attitudes du personnel).
- **Personnel de santé:** en nombre insuffisant, formation limitée et inadéquation du suivi et de la supervision pour le renforcement des capacités.
- **Systèmes d'information:** problèmes au niveau de la qualité des données: ponctualité, exactitude, constance et dénominateurs inexacts.
- **Vaccins et technologies connexes:** problèmes au niveau de la mise au point de vaccins adéquats et de la prévision de l'approvisionnement, problèmes de gestion des stocks et carences dans la chaîne de froid et sa gestion.
- **Viabilité financière:** manque de ressources humaines et financières pour les aspects opérationnels du programme et manque de mécanismes pour obtenir des budgets et augmentation de crédits en fonction des besoins actuels, y compris l'introduction de nouveaux vaccins.
- **Leadership et gouvernance:** problèmes créés par la réforme du secteur de la santé et faible priorité de certaines de ces populations exclues, puisqu'elles ne représentent pas une proportion significative de la population au niveau national.

Aspects mis en exergue parmi les interventions possibles:

- **Prestation de services:** caractérisation détaillée des municipalités avec une faible couverture; stratégies internes et externes pour élargir l'accès aux services (exemples: mise en place permanente sur les lieux de travail, dans les jardins d'enfant et les écoles, visites à domicile, campagnes de suivi pour la rougeole et la rubéole); réseaux intégrés de services de santé; revue périodique des stratégies mises en œuvre et ajustement ponctuel des plans opérationnels dont la révision de heures d'ouverture des cliniques de vaccination.

Table 2. Distribution des municipalités selon les taux notifiés de DTC/Penta3, pays d'Amérique du Sud, 2007-2009

Année		Couverture <50%	Couverture 50-79.9%	Couverture 80-94.9%	Couverture ≥95%*
2007	# de municipalités (N=10,955)	510	2 068	2 860	5 517
	# < 1 an (N=6,606,510)	228 982	1 268 825	2 447 361	2 661 342
2008	# de municipalités (N=10,377)	300	1 719	2 613	5 745
	# < 1 an (N=6,010,2102)	77 828	819 906	2 288 788	2 823 688
2009	# de municipalités (N=10,743)	515	1 996	2 446	5 816
	# < 1 an (N=6,256,852)	165 320	1 027 513	2 079 726	2 980 293

* comprend la couverture notifiée >100%.

Source: FCH-IM tel qu'indiqué dans les tableaux du PEV/formulaires de notification sur les vaccinations pour l'OPS – OMS/UNICEF.

- **Personnel de santé:** supervision, formation, évaluations périodiques et stratégies pour motiver et maintenir le personnel formé.
- **Systèmes d'information:** coordination avec le secteur responsable des statistiques; évaluation de la qualité des données; suivi rapide de la couverture et utilisation de registres d'immunisation standardisés avec emploi novateur des nouvelles technologies de l'information et de la communication pour l'enregistrement et l'analyse des données de base.
- **Vaccins et technologies connexes:** renforcement d'une solide gestion des vaccins et des stocks ainsi que de la chaîne de froids, en utilisant le soutien technologique pour la gestion des stocks et les prévisions de la demande.
- **Viabilité financière:** formulation de lois et de réglementations qui encouragent la viabilité financière du programme de vaccination et adjonction de l'indicateur *ratio des dépenses de santé que le gouvernement prévoit d'utiliser pour son programme de vaccination* dans le mécanisme de notification des données sur les vaccinations mis en place par l'OPS/OMS et l'UNICEF (tableaux du PEV ou JRF).
- **Leadership et gouvernance:** appartenance et investissement municipaux, étroite collaboration avec la communauté concernant les activités clés, telle que la surveillance épidémiologique; revitaliser le travail entre les secteurs et au sein de ces secteurs pour mieux comprendre les déterminants sociaux; encourager le partage de responsabilité de la santé avec les pouvoirs municipaux, les organisations sociales, les familles et les individus; renforcer le rôle de leadership des autorités gouvernementales; soutenir la prestation de services des organisations non gouvernementales et relancer la présentation des questions vaccinales dans les forums

sous-régionaux de formulation de politiques (à l'exemple de RESSCAD).¹

Rougeole et rubéole

Un plan d'action régional a été mis au point pour documenter et vérifier l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du SRC dans le cadre du suivi à la Résolution CSP27.R2 de la Conférence sanitaire panaméricaine de 2007. Ce plan a pour objet principal de guider les pays et leurs Commissions nationales au niveau de la préparation des données nécessaires pour démontrer que la transmission endémique de ces virus a été interrompue pendant au moins trois années consécutives. Les Commissions nationales, en collaboration avec leurs programmes nationaux de vaccination, devront finaliser leur rapport sur l'élimination de la rougeole et de la rubéole dans leur pays respectif et présenter ce rapport au Comité international d'expert (CIE) d'ici décembre 2011 pour laisser le temps suffisant à la révision. A son tour, le CIE fera une synthèse de tous les rapports de pays afin de vérifier si l'élimination a été accomplie au niveau régional. La vérification de l'élimination de la rougeole et de la rubéole dans la Région des Amériques sera présentée à la Conférence sanitaire panaméricaine en 2012.

Les pays participant aux deux réunions sous-régionales d'Amérique latine ont fait le point de la situation concernant le mécanisme de documentation et de vérification susmentionné. Leurs présentations et discussions permettent de conclure que l'information est disponible dans la plupart des cas pour documenter l'interruption de la transmission endémique de la rougeole, de la rubéole et du SRC.

¹ RESSCAD: Reunión del Sector Salud Centroamérica y República Dominicana (Réunion du secteur de la santé d'Amérique centrale et de la République dominicaine).

Recommandations:

- Les pays devront mettre sur pied leurs Comités nationaux respectifs et préparer une feuille de route pour le processus de documentation ainsi qu'un calendrier pour suivre les progrès faits en vue d'atteindre le but final de la vérification:
 - L'analyse et la présentation des données devront se concentrer sur la documentation à l'appui de l'interruption de la transmission de la rougeole et de la rubéole;
 - L'analyse et la présentation des données doivent prendre en compte une évaluation critique venant appuyer l'élimination conformément aux composantes du Plan d'action;
 - L'analyse des données doit être faite avec l'unique perspective de prouver l'élimination.
- Les pays devront réaliser des activités de surveillance dans le contexte de l'élimination avec des recherches de cas actives et rétrospectives pour dépister tout cas supplémentaire soupçonné ou confirmé:
 - Il faut rechercher d'autres sources de données, outre les sources habituelles;
 - Il faut analyser les constances ou le manque de constance entre les différentes sources d'information;
 - Il faut renforcer la relation entre l'épidémiologie et le laboratoire à tous les niveaux.
- Les pays devront continuer à notifier les cas confirmés de rougeole, de rubéole et de SRC en utilisant les voies de communication supplémentaires du Règlement sanitaire international (RSI).²

Poliomyélite

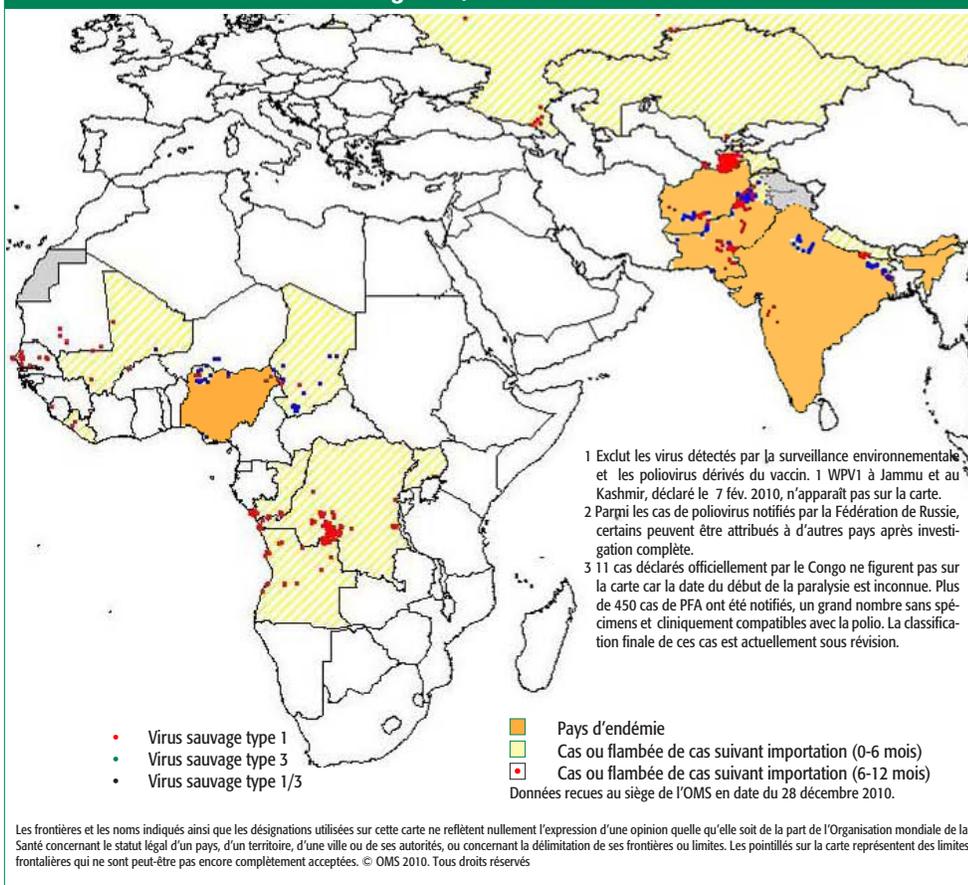
Le risque d'importation du poliovirus pour les pays des Amériques et de flambées de cas conséquentes a été analysé sachant que le virus sauvage de la poliomyélite circule encore en Asie et en Afrique, et connaissant le grand nombre d'importation de poliovirus dans des pays qui avaient éliminé la maladie (voir carte).

Ce risque est défini en grande partie par l'exposition de voyageurs provenant de zones avec polio, la capacité d'un pays de dépister promptement une importation (qualité de son système de surveillance) et du niveau de protection de la communauté (couverture vaccinale contre la polio).

Recommandations:

- Les pays devront améliorer la qualité de la surveillance épidémiologique s'ils veulent dépister rapidement la réintroduction du virus.
- Les pays devront atteindre des niveaux de couverture vaccinale $\geq 95\%$ dans chaque municipalité.
- Les pays devront analyser la performance des indicateurs de surveillance de la paralysie flasque

² Pour plus d'informations sur le Règlement sanitaire international, s'il vous plaît visitez: <http://www.who.int/ihr/fr/index.html>.

Poliovirus sauvages^(1,2,3), 29 déc. 2009 – 28 déc. 2010

aiguë (PFA) au moins tous les 3 mois au niveau infranational (par département ou province) et prendre les mesures nécessaires pour les corriger s'ils ne répondent pas aux conditions stipulées par la Commission mondiale pour la certification de l'éradication de la poliomyélite.

- Les pays devront profiter de leurs semaines nationales de vaccination et de la Semaine de la vaccination des Amériques pour vacciner contre la polio et améliorer l'immunité de groupe.
- Le personnel de santé devra suivre un recyclage sur l'importance du suivi de la PFA et du prélèvement de spécimens de selles.
- A la demande des pays participant, la recommandation de l'OPS/OMS en vue de continuer à utiliser le vaccin antipoliomyélique oral jusqu'à ce que soit achevée l'éradication mondiale a été mise en relief. Cette recommandation a été réitérée en 2009 par le Groupe consultatif technique (GCT) de l'OPS sur les maladies évitables par la vaccination.³
- L'OPS devra formuler un protocole complet de réponse aux cas importés de polio et aux cas dérivés du vaccin.

³ Bulletin d'immunisation, octobre 2009: Vol. XXXI, No. 5, disponible à: <http://www.paho.org/french/ad/fch/im/snf3105.pdf>.

Grippe pandémique A(H1N1)

Lors des réunions, les pays participant ont partagé leurs expériences ayant trait à la vaccination contre la grippe pandémique de 2009-2010.

Recommandations:

- Les pays et l'OPS devront documenter l'enseignement retiré de la vaccination contre la grippe A (H1N1).
 - La coordination interorganisations et intersectorielle a été réussie dans tous les pays et s'est avérée nécessaire pour atteindre les buts de la vaccination;
 - Les plans de communication des risques, de prévention de crise et de monitoring des événements supposément attribuables à la vaccination ou à l'immunisation (ESAVI) doivent constituer les composantes clés de toute campagne de vaccination;
 - Les sociétés scientifiques sont des chefs de file guidant les vaccinations des groupes à risques et s'occupant de la prévention et de la prise en charge des crises.
- Les pays qui n'ont pas encore achevé leurs campagnes de vaccinations doivent accélérer la vaccination des femmes enceintes.
- Evaluer la classification des ESAVI sur l'impact, l'innocuité et l'efficacité du vaccin.

Nouveaux vaccins : rotavirus et pneumococcique

L'introduction de nouveaux vaccins comme le vaccin antirotavirus et le vaccin conjugué contre le pneumocoque progresse rapidement dans la Région des Amériques. Les considérations et recommandations suivantes concernent l'introduction de nouveaux vaccins.

Considérations:

- Une connaissance sur l'efficacité, l'innocuité et l'impact des vaccins est en train d'être générée dans nos pays.
- La surveillance sentinelle est le fondement des études sur l'efficacité et permet de mesurer l'impact de la vaccination par le biais d'autres méthodologies.
- La mise en œuvre ou le renforcement de la surveillance des maladies pouvant être évitées par de nouveaux vaccins vise essentiellement à évaluer les tendances de morbidité et de mortalité

et à suivre la prévalence des souches en circulation et des changements dans le profil épidémiologique de la maladie.

- L'introduction universelle de nouveaux vaccins permet d'évaluer l'impact possible de la vaccination, fournit une couverture vaccinale fiable et permet un accès équitable à la vaccination, puisque les enfants peuvent recevoir tous leurs vaccins partout dans le pays.

Recommandations:

- Les pays qui ont déjà mis en place la surveillance concernant les nouveaux vaccins devront améliorer la qualité de l'information, surtout la surveillance sentinelle de la pneumonie et de la méningite bactériennes en vérifiant et en comparant les données épidémiologiques aux données obtenues par l'intermédiaire du réseau de laboratoire SIREVA.
- Les pays devront renforcer la notification systématique de l'information à l'OPS/OMS.
- L'utilisation des nouveaux vaccins doit s'appuyer

sur des données probantes. Les calendriers sont recommandés pour les pays d'Amérique par le GCT et le Groupe consultatif stratégique d'experts de l'Organisation mondiale de la Santé (SAGE).

Le Fonds renouvelable de l'OPS

Le Fonds renouvelable⁴ de l'OPS est un mécanisme d'achat qui fonctionne non seulement pour aider chaque pays mais qui bénéficie également à la Région toute entière de par ses principes de qualité, d'accessibilité, d'équité et de panaméricanisme. Le rôle du Fonds renouvelable est essentiel pour le succès des programmes de vaccination de la Région puisqu'il offre des vaccins à faible coût, soutient l'introduction de nouveaux vaccins et garantit la disponibilité de vaccins et autres fournitures d'immunisation.

⁴ Pour de plus amples informations sur le Fonds renouvelable, prière de consulter: http://www.paho.org/english/hvp/hvi/revol_fund.htm.

Réunions sur la collaboration entre l'OPS et les Comités nationaux de pratiques d'immunisation

Statut actuel des comités nationaux en Amérique centrale (juillet), El Salvador, El Salvador

Diversité dans la fonction et l'indépendance:

- Sur les neuf pays qui ont participé à la réunion des Comités nationaux, cinq étaient dotés d'un comité opérationnel;
- Au moins deux des cinq comités fonctionnant actuellement n'étaient pas indépendants du Ministère de la Santé.

Statut actuel des Comités nationaux en Amérique du Sud (octobre), Asunción, Paraguay

Diversité dans la fonction et l'indépendance:

- Sur les dix pays en assistance, neuf d'entre eux avaient un comité actif qui se réunit deux fois par an;
- L'indépendance par rapport au Ministère de la santé varie, puisque certains ont pour membres des représentants de sociétés professionnelles ou d'autres institutions gouvernementales.

Propositions de collaboration entre les comités et l'OPS

- Il a été proposé de continuer les réunions des membres des comités, dans le cadre des réunions sous-régionales sur la vaccination.
- Il a été recommandé d'encourager la participation des représentants des Comités nationaux aux réunions du GCT de l'OPS sur les maladies évitables par la vaccination.
- Un soutien a été demandé de la part des membres des Comités nationaux pour continuer d'améliorer les directives opérationnelles des comités.
- Il a été proposé que le comité sur la documentation et la vérification de l'élimination de la rougeole et de la rubéole agisse en tant que sous-comité du Comité national sur les pratiques d'immunisation.
- Il a été suggéré de rechercher un mécanisme de communication entre les comités et l'OPS afin de partager les documents et les expériences concernant les pratiques réussies et de maintenir les membres bien informés et à jour sur les questions techniques.
- L'OPS/OMS devra faire parvenir aux Comités des documents de sensibilisation publique et des annonces concernant des questions importantes ainsi que des bulletins sur l'immunisation, la rougeole, la rubéole, la grippe H1N1, les documents de position de l'OMS sur les vaccins, etc.
- Le soutien à la compilation de données probantes, par exemple pour aider à mesurer les économies de coûts que peut faire un pays au niveau de la prise en charge des maladies évitables par la vaccination.
- Demander la collaboration de l'OPS pour:
 - la création des comités: soutenir un pays qui souhaite mettre en place un comité et fournir la base technique au fonctionnement de ce Comité;
 - rendre légale l'existence des comités et avaliser leurs règlements;
 - mettre en place des mécanismes de coordination régionale des Comités nationaux;
 - formuler une législation garantissant le financement et encourageant la sécurité des vaccins.

Recommandations:

- L'OPS devra formuler une stratégie de communication sur le Fonds renouvelable destinée aux nouvelles autorités sanitaires arrivant après des changements de gouvernement.
- Le Fonds renouvelable devra uniformiser les formulaires d'évaluation pour la réception des vaccins.
- Il faudra appliquer des mesures pour re-capitaliser le Fonds plus rapidement pour assurer la continuité des commandes.
- L'OPS devra communiquer aux pays toute situation se présentant qui risque d'empêcher l'approvisionnement de la Région.
- Les prévisions de la demande de vaccins doivent faire l'objet d'un examen attentif de la part des autorités nationales et des points focaux de l'OPS pour vérifier que les données soient constantes dans les achats estimés du programme. En effet, des prévisions exactes de la demande sont d'importance critique pour que les fournisseurs puissent répondre à leurs engagements quant à l'approvisionnement.
- Les responsables du Fonds renouvelable devront mettre au point un tableau de bord des indicateurs pour faciliter le suivi quotidien de la situation des principaux processus logistiques et financiers du Fonds, donnant ainsi de la souplesse à son fonctionnement.
- L'OPS devra maintenir les principes du Fonds renouvelable – prix unique et prix le plus bas sur le marché – au regard des bénéficiaires tirés par tous

les pays des Amériques. Les prix des vaccins du Fonds renouvelable sont une référence internationale dans les négociations concernant les vaccins entre fournisseurs et pays.

- Réunions sur la collaboration entre l'OPS et les Comités nationaux de pratiques d'immunisation. Ces réunions visent essentiellement à comprendre davantage le fonctionnement des comités nationaux et à discuter des possibilités spécifiques de collaboration entre ces comités et l'OPS. ■

Note: Pour une copie complète du rapport, prière de contacter le Projet d'immunisation familiale à fch-im@paho.org ou consulter la page web du projet à www.paho.org/immunization.

Réunion des responsables du PEV des Caraïbes

La XXVII^e réunion infrarégionale des responsables des programmes de vaccination des Caraïbes s'est tenue aux Îles Cayman du 15 au 19 novembre 2010, en présence de vingt-trois États et territoires insulaires, ainsi que des États-Unis, du Canada, de la Guyane française, de la Martinique, et avec la participation d'organisations internationales comme les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis et l'Agence canadienne de santé publique (CPHA). La réunion avait les objectifs suivants:

- Partager les expériences et l'enseignement tiré des activités de vaccination aux niveaux régional, infrarégional et national pour enrichir les connaissances collectives, maximiser les réussites, peaufiner les stratégies et définir des solutions aux insuffisances notées.
- Faire une mise à jour scientifique, technique et programmatique pour s'assurer que les responsables de l'immunisation disposent des informations nécessaires pour répondre aux questions pertinentes des ministères et autres parties concernées.
- Revoir les plans et résultats actuels et formuler de nouveaux plans pour l'avenir, sachant que la planification et l'évaluation sont des éléments de gestion importants pour renforcer la performance, mobiliser les ressources et assurer la viabilité financière.
- Discuter et décider des délais pour achever les rapports nationaux pour la documentation et la vérification de l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du SRC.

Le Nicaragua introduit le vaccin antipneumococcique conjugué 13-valent (PCV-13)

Le 12 décembre 2010, le Ministère de la Santé du Nicaragua a fait l'annonce officielle de l'introduction du vaccin antipneumococcique conjugué 13-valent (PCV-13) pour réduire la charge de morbidité imputable aux pneumocoques. Les autorités nationales et les représentants de l'Alliance GAVI, de l'OPS, de l'UNICEF et d'autres entités sanitaires du pays assistaient à la cérémonie.

Le Nicaragua est le premier pays au monde qui présente les conditions requises par GAVI pour introduire un vaccin conjugué antipneumococcique avec le soutien de l'Alliance GAVI.

Au cours de la cérémonie, le Dr Guillermo González, conseiller de la santé auprès du Président et membre du conseil d'administration de GAVI, a mis en exergue les accomplissements de la vaccination au Nicaragua, mentionnant les taux élevés de couverture, la participation de la société civile et le rôle des brigades de santé allant vacciner les groupes

reculés et difficiles à atteindre. Mme Helen Evans, de l'Alliance GAVI, a indiqué que la couverture vaccinale élevée du Nicaragua avait grandement contribué à la décision de l'Alliance d'apporter un soutien pour le PCV-13 et que le pays présentait un bon exemple en montrant qu'il était possible de remporter la bataille contre les maladies évitables par la vaccination. D'autres personnes ont fait ressortir le rôle du Fonds renouvelable de l'OPS pour l'achat de vaccins et de l'Alliance GAVI, partenaires des programmes de vaccination pour l'achat de vaccins et ont remarqué que l'introduction du PCV-13 représentait un jalon important pour le programme élargi de vaccination (PEV) du Nicaragua. Le pays a introduit le vaccin ROR (rougeole-oreillons-rubéole) en 1998, le vaccin anti-Hib (*Haemophilus influenzae* de type b) et anti-hépatite B en 1999, le vaccin contre les rotavirus en 2006 et celui contre la grippe saisonnière pour les groupes à risque en 2007.

Le Dr Sonia Castro, Ministre de la Santé, a indiqué que 277 031 enfants bénéficieront de l'introduction du PCV-13. La vaccination démarrera dans tous les centres de vaccination infantile en janvier 2011. Le Dr Castro a fait mention du soutien apporté par l'OPS au PEV du Nicaragua depuis le début et a remercié pour leur aide plusieurs gouvernements, la Fondation Bill et Melinda Gates et d'autres partenaires. La cérémonie s'est achevée avec la vaccination symbolique de plusieurs enfants dans deux centres de santé.

Aux Amériques, l'écart de temps dans l'introduction d'un nouveau vaccin entre les pays développés et en développement est comblé peu à peu, comme on le constate pour le vaccin contre les rotavirus et, à présent, pour le PCV. Plusieurs pays des Amériques ont introduit le PCV dans le cadre de leurs programmes systématiques de vaccination infantile. Le Nicaragua est le premier des six pays éligibles pour GAVI dans la Région qui l'a introduit, avec le soutien de GAVI. Le Guyana et le Honduras démarreront leur vaccination PCV en janvier 2011. ■

Le logiciel VSSM pour la gestion des stocks de vaccins

L'OPS fait œuvre de pionnier dans le domaine des logiciels pour la gestion des stocks de vaccins. CLM (*Commodities, Logistics Management*, mis au point par Management Science for Health), application en DOS, était le premier logiciel introduit par l'OPS dans plusieurs pays à la fin des années 80. CLM était le seul logiciel préparé tout spécialement pour les ministères de la santé et servant à la gestion des stocks de produits utilisés dans les programmes de santé publique. Il était conçu pour la gestion des stocks de vaccins à n'importe quel niveau.

Avec l'arrivée de Windows, CLM est devenu obsolète. Ce logiciel n'est plus utilisé. Le nouvel outil de gestion des stocks, *Vaccination Supplies Stock Management* (VSSM), a été mis au point au départ dans la Région de la Méditerranée orientale de l'OMS. Par la suite, il a été augmenté et adopté par l'OMS. Les nouveaux vaccins de coût élevé introduits dans les programmes ces dernières années justifient l'investissement fait dans la mise au point d'outils efficaces et conviviaux servant à la gestion des stocks.

L'OPS, en collaboration avec le siège de l'OMS, a démarré un projet pilote pour le test sur le terrain du VSSM au Nicaragua en janvier 2010. VSSM a été installé dans la pharmacie nationale d'approvisionnement de Managua et il est prévu de l'installer dans tous les 17 SILAIS (équivalent du district sanitaire). Trente trois membres du personnel du Ministère de la santé ont assisté à la réunion au même titre que deux membres de la Bolivie.

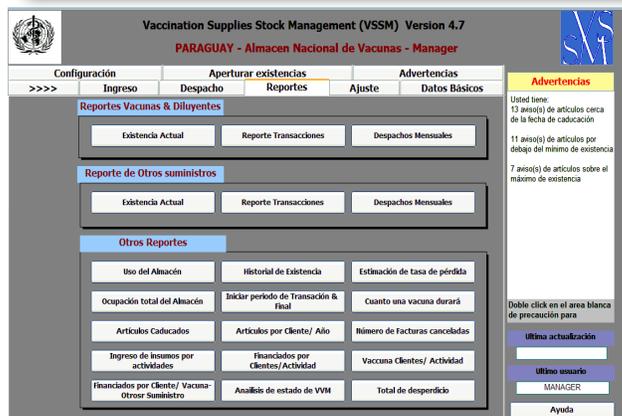
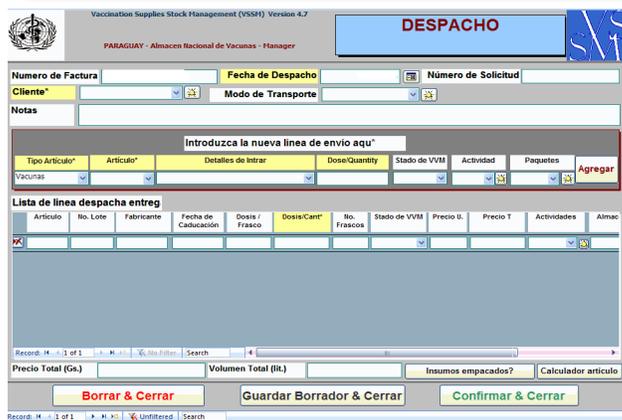
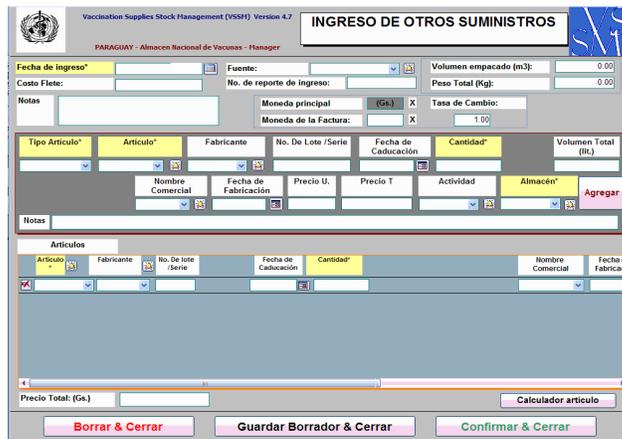
En mars 2010, un atelier VSSM a été organisé à la Paz en Bolivie. Le Ministère de la Santé a invité 35 participant. Deux membres du personnel du Ministère de la Santé du Paraguay ont également assisté à l'atelier de formation à la Paz.

Le Paraguay a organisé un atelier pour former les utilisateurs dans 5 de ses régions. Le VSSM a été installé au niveau central et dans 5 pharmacies d'approvisionnement régionales.

Ces ateliers ont permis à l'OPS et aux participants des pays de formuler des améliorations au développement du VSSM. De nouvelles caractéristiques et de nouvelles fonctions ont été ajoutées et les rapports ont été changés pour mieux répondre aux besoins du personnel des dépôts et des gestionnaires des programmes. Le guide de l'utilisateur et le logiciel de la version 4.2 du VSSM ont été traduits par l'OPS en espagnol.

En novembre 2010, le Ministère de la Santé du Honduras a également organisé un atelier pour faire un test pilote du VSSM. Il a invité deux participants de l'Équateur.

L'OPS mettra au point une liste de vérification permettant de réunir des données sur l'expérience et l'utilité du VSSM et de suivre les progrès que font les pays au niveau de l'utilisation de ce logiciel. ■



Le VSSM est un outil de gestion des stocks servant principalement à améliorer la gestion de la chaîne d'approvisionnement dans le but d'éviter les stocks excessifs ou au contraire les pénuries de stock de vaccins, diluants et autres produits connexes. Il compile 40 rapports différents pour aider les gestionnaires des programmes à planifier à l'avance et à disposer d'informations à jour sur tous les niveaux de stock pour tous les produits conservés dans les dépôts. Il indique également aux gestionnaires quelle est la capacité de stockage.

Le VSSM est un outil informatique aidant les responsables des programmes de vaccination et les magasiniers à organiser et à gérer les stocks de vaccins et de produits connexes. Le VSSM est axé avant tout sur les vaccins et les diluants bien que le logiciel puisse être adapté et utilisé pour toutes les fournitures.

Le VSSM est un logiciel libre basé sur Microsoft Access et tous les codes sont fournis aux utilisateurs. Tout utilisateur connaissant MS Access peut modifier le VSSM, ajouter de nouveaux champs et manipuler des rapports pour répondre à sa situation spécifique.

Le VSSM est un outil multilingue, passant de l'anglais au français, à l'arabe, au russe et à l'espagnol sans que cela affecte les données. Il a déjà été traduit en mongolien et farsi.

Le VSSM est un outil entièrement adaptable et le codage est laissé à l'utilisateur qui peut choisir la langue qu'il veut utiliser. La structure du VSSM s'inspire de la formation de l'OMS/UNICEF sur la gestion des vaccins dans les pays en développement et tient compte des pratiques courantes sur le terrain.¹

1. Le manuel de formation de l'OMS n'est pas encore accessible au public mais peut être obtenu sur demande.

2^e Réunion annuelle de l'informatique médicale de logiciel libre en Amérique latine (IMeCA): possibilités pour les programmes de vaccination des Amériques

La 2^e Réunion de l'informatique médicale logiciel libre en Amérique latine¹ s'est déroulée à Granada, au Nicaragua, du 29 novembre au 3 décembre 2010. Des représentants de 17 pays y ont participé. La réunion se donnait les objectifs suivants: 1) partager les expériences des technologies mobiles de la santé de logiciel libre, 2) communiquer et valider les résultats préliminaires d'une analyse situationnelle de cybersanté et de santé mobile en Amérique latine et 3) définir les priorités de la communauté IMeCA tout en renforçant la collaboration dans la Région. Lors des deux premiers jours, une analyse situationnelle, les tendances de cybersanté et de santé mobile dans les contextes à ressources limitées et plusieurs démonstrations des tendances de santé mobile ont été présentées. Lors des trois jours suivants, deux ateliers parallèles ont été or-

ganisés sur l'utilisation des outils de cybersanté pour les concepteurs et les exécuteurs, et un autre sur la rédaction des propositions de cybersanté. Une séance de posters a également été organisée. Parmi les expériences les plus intéressantes, les participants ont noté celle utilisant des téléphones mobiles et l'Internet pour répondre aux urgences, dont plusieurs dans le domaine de la santé maternelle et périnatale, dans les communautés rurales du Guatemala – menée par TulaSalud, organisation non gouvernementale guatémaltèque avec un financement canadien.

Des représentants du Programme d'immunisation de l'Organisation panaméricaine de la Santé ont participé à la réunion de l'IMeCA pour se familiariser avec les expériences des logiciels libres de cybersanté et de santé mobile qui peuvent être utilisés pour la vaccination. Les nouvelles technologies de l'information et de la communication

(TIC) sont riches de possibilités pour améliorer l'efficacité des programmes de vaccination aux Amériques et le développement de logiciels libres peut rendre ces outils plus abordables. La technologie mobile, les systèmes de gestion des rapports, la technologie d'identification, les codes à barres et les multimédias sont autant d'outils qui pourraient servir à améliorer la collecte des données de vaccination et de surveillance, la qualité et la rapidité de la notification, le suivi individualisé des calendriers de vaccination, le monitoring des événements supposément attribuables à la vaccination ou à l'immunisation (ESAVI), l'éducation et la formation continue, la mobilisation sociale et autant de possibilités d'améliorer et de faciliter une gestion plus efficace des vaccins et autres fournitures ainsi que de la chaîne du froid. Les pays des Amériques sont en bonne position pour commencer à évaluer les options disponibles pour apprendre à connaître et à juger les expériences locales en cybersanté et santé mobile dans leur pays et pour mettre en œuvre des projets de diverse envergure concernant les TIC en faveur de l'immunisation. ■

Nous invitons les lecteurs du *Bulletin d'immunisation* à partager leurs expériences en matière d'utilisation des TIC

¹ Pour de plus amples informations sur la 2^e Réunion de l'informatique médicale, logiciel libre, se rendre à: www.informaticamedicalac.org.

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.

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 XXXII, Numéro 6 • Décembre 2010

Éditeur: Carolina Danovaro

Éditeurs-adjoints: Gabriela Félix et Cuauhtémoc Ruiz Matus



**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>