

Bulletin d'immunisation

Organisation panaméricaine de la Santé

Volume XXXV Numéro 1

Protégez votre Famille par la Vaccination

Février 2013



Le Plan d'action mondial pour les vaccins

On considère l'immunisation comme l'une des interventions de santé publique les plus efficaces ; on lui attribue la prévention de 2,5 millions de décès chaque année. Malgré les progrès considérables réalisés dans une grande partie du monde en matière de réduction de la morbidité et de la mortalité dues aux maladies évitables par la vaccination (MEV), les bienfaits de l'immunisation n'ont pas été étendus à tous, et beaucoup d'enfants, d'adolescents et d'adultes continuent de mourir ou de souffrir inutilement à cause des MEV. Ce problème entrave le développement économique des pays en raison des pertes de productivité engendrées, entraîne des coûts élevés en traitements et en soins de santé, et touche de manière disproportionnée les pays à revenu faible et moyen.

Comme élément des efforts continus visant à faire en sorte que tous soient protégés contre les MEV, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et ses partenaires ont élaboré le Plan d'action mondial pour les vaccins (GVAP).¹ Le plan vise à prolonger les gains réalisés en matière d'immunisation jusque dans la prochaine décennie et au-delà, et à continuer d'encourager les gouvernements à maintenir leur volonté de protéger leur population contre les MEV. Les États Membres de l'OMS ont entériné le GVAP lors de la 65^e Assemblée mondiale de la Santé (AMS) en adoptant la résolution 65.17.

Le GVAP s'appuie sur *La vaccination dans le monde : vision et stratégie* (GIVS) de l'OMS, lancée en 2006 comme le premier cadre stratégique de 10 ans conçu pour maximiser les bienfaits potentiels de l'immunisation.² Le GVAP renforce les buts existants, propose de nouveaux objectifs et de nouveaux indices de référence stratégiques intersectoriels pour



Plan d'Action Mondial
pour les Vaccins

2011-2020

World Health Organization Publication
Global Vaccine Action Plan 2011-2020

la Décennie de la vaccination (2011-2020), et établit des lignes directrices pour suivre et évaluer l'impact du plan. Plus de 1100 personnes venant de 140 pays et de 290 organisations ont contribué à l'élaboration du plan. Le cadre de suivi et d'évaluation/responsabilisation est le mécanisme proposé pour suivre les progrès réalisés par les programmes d'immunisation dans les 194 pays membres de l'OMS répartis dans six Régions. Plus important encore : on estime que la mise en œuvre réussie du GVAP contribuera à sauver de 24,6 à 25,8 millions de vies entre 2011 et 2020.

Dans les Amériques, le GVAP servira de complément à « La vaccination dans la Région : vision et stratégie » (RIVS), un plan élaboré en vue d'adapter la GIVS aux priorités régionales. On utilisera les mécanismes de notification servant à mesurer les progrès régionaux relatifs à la RIVS afin de suivre la mise en œuvre du GVAP.³

Le GVAP comprend sept indicateurs qui correspondent aux cinq buts principaux du plan (tableau 1) et 16 indicateurs qui correspondent à ses six

Voir **GVAP** Page 2

Réunion du réseau de laboratoires de polio des Amériques*

Bien que la Région des Amériques ait été déclarée exempte de transmission endémique de la polio en 1994, la possibilité d'importation de cas, la circulation constante de poliovirus sauvages ailleurs dans le monde, ainsi que l'existence de poliovirus dérivés d'une souche vaccinale (PVDV) et de cas de poliomyélite paralytique associée aux vaccins (PPAV) soulignent la nécessité d'une surveillance en laboratoire performante.

Du 10 au 12 septembre 2012, des représentants de neuf des 11 laboratoires de polio de la Région se sont réunis pour examiner l'état du réseau de laboratoires de polio des Amériques. Des représentants des Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis, de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) ont également assisté à la réunion, qui a eu lieu à l'Institut Malbrán à Buenos Aires (Argentine).

En plus d'évaluer l'état du réseau de laboratoires, les principaux objectifs de la réunion étaient d'examiner les progrès récents relatifs aux méthodologies virologiques et moléculaires utilisées par le Réseau mondial de laboratoires pour la poliomyélite (RMLP) et de discuter de questions relatives au fonctionnement et à la gestion des laboratoires.

Après trois jours de discussion, les laboratoires ont convenu de faire ce qui suit : répondre aux normes de performance définies par le RMLP, rétablir les visites sur place

Voir **LABORATOIRES** Page 2

¹ *Plan d'action mondial pour les vaccins 2011-2020*. Organisation mondiale de la Santé, 2013. Disponible à l'adresse <http://www.dovcollaboration.org/action-plan/>.

² *La vaccination dans le monde : vision et stratégie*. Organisation mondiale de la Santé, 2006. Disponible à l'adresse <http://www.who.int/immunization/givs/fr/index.html>.

³ « Les tables du PEV de l'OPS fusionnent avec le formulaire conjoint OMS/UNICEF de notification ». *Bulletin informatif du PEV*, volume XXVII, no 1, p. 5.

DANS CE NUMÉRO :

- 1 Le Plan d'action mondial pour les vaccins
- 1 Réunion du réseau de laboratoires de polio des Amériques
- 3 Objectif stratégique
- 4 Conséquences pour les Amériques du Plan d'action mondial pour les vaccins
- 4 Aligner le GVAP sur la RIVS
- 5 Les secteurs sanitaires privé et public collaborent à la surveillance de la rougeole et de la rubéole au Chili
- 6 Élaboration d'un cadre régional pour le suivi de la couverture et l'évaluation de l'impact de la vaccination contre le VPH
- 6 Atelier pour systématiser les expériences des pays d'Amérique latine en matière de vaccination contre le VPH
- 8 Trinité-et-Tobago introduit un vaccin contre le VPH dans le programme national

GVAP suite de la page 1

objectifs stratégiques (tableau 2). On prévoit que la collecte de données relative à ces indicateurs sera une responsabilité commune entre les acteurs présents à tous les niveaux du domaine de l'immunisation. En pratique, la plupart des indicateurs relatifs au suivi et à l'impact des activités se fondent sur des informations qui sont déjà systématiquement recueillies dans la Région des Amériques, à l'exception des taux de couverture vaccinale par catégorie de revenu et des données qui évaluent la confiance de la population à l'égard des vaccins. On mènera des études particulières afin d'obtenir ces informations. Ces études compléteront les données soumises à l'aide du formulaire conjoint de notification OPS-OMS/UNICEF (JRF), qui constituera le mécanisme principal servant au suivi de la mise en œuvre du GVAP.

Les rapports d'étape sur la mise en œuvre du GVAP seront une responsabilité commune entre les niveaux national, régional et mondial relatifs à l'immunisation. Les États Membres continueront de se servir du JRF pour fournir à l'OPS des informations sur le rendement technique

LABORATOIRES suite de la page 1

effectuées par le coordonnateur régional des laboratoires de l'OPS afin de permettre une évaluation détaillée des capacités et des besoins des laboratoires, se conformer aux nouvelles cibles relatives aux algorithmes, faire en sorte que tous les isolats de poliovirus fassent l'objet d'un dépistage des PVDV, et signaler tout poliovirus sauvage ou tout PVDV détecté après le séquençage aux autorités nationales et au coordonnateur régional des laboratoires dans un délai de 24 heures.

On a également encouragé les laboratoires à travailler de concert avec le personnel et

les autorités responsables de la surveillance pour mettre en œuvre une surveillance environnementale, à repérer les omissions relatives aux données et vérifier l'exactitude des résultats de laboratoire parus dans la publication hebdomadaire de l'OPS intitulée *Polio Weekly Bulletin*, à suivre la performance des indicateurs de laboratoire et à fournir des réactions à chaque laboratoire en temps opportun. ■

*Une version de cet article a également été publiée dans la *Global Immunization Newsletter* de l'OMS : « Meeting of the Polio Laboratories Network ». Novembre 2012 (p. 11).

et programmatique des programmes nationaux d'immunisation en mai de chaque année. Pour se préparer à remplir le JRF, les programmes nationaux d'immunisation commencent généralement le processus d'analyse des données en février de chaque année ; ils examinent l'information disponible avec d'autres secteurs techniques du ministère de la Santé, avec leurs

partenaires en immunisation (comités de coordination inter-organismes) et, s'il y a lieu, avec les comités consultatifs techniques nationaux consacrés à l'immunisation. ■

On peut trouver de plus amples renseignements sur l'impact du GVAP en Amérique latine et dans les Caraïbes dans l'article intitulé « Conséquences pour les Amériques du Plan d'action mondial pour les vaccins », à la page 4.

Tableau 1: indicateurs et cibles proposés au niveau des buts¹

OBJECTIF	CIBLE D'ICI À L'ANNÉE 2015	CIBLE D'ICI À L'ANNÉE 2020
Parvenir à l'éradication de la poliomyélite	Mettre fin à la transmission du poliovirus sauvage dans le monde (d'ici à 2014)	Certification de l'éradication de la poliomyélite (d'ici à 2018)
Atteindre les objectifs d'élimination mondiaux et régionaux	Le tétanos néonatal éliminé dans toutes les régions de l'OMS La rougeole éliminée dans au moins quatre régions de l'OMS La rubéole et le syndrome de rubéole congénitale éliminés dans au moins deux régions de l'OMS	La rougeole et la rubéole éliminées dans au moins cinq régions de l'OMS
Atteindre les objectifs de couverture vaccinale dans chaque région, pays et communauté	Atteindre 90 % de couverture nationale et 80 % dans chaque district ou unité administrative équivalente, avec trois doses du vaccin diphtérie-tétanos-coqueluche (DTP)	Atteindre une couverture nationale de 90 % et de 80 % dans chaque district ou unité administrative équivalente, pour tous les vaccins inclus dans les programmes nationaux, sauf recommandation contraire
Développer et introduire des technologies et des vaccins nouveaux et améliorés	Au moins 90 pays à revenus faible et moyen ont introduit un ou plusieurs vaccins nouveaux ou sous-utilisés	Tous les pays à revenus faible et moyen ont introduit un ou plusieurs vaccins nouveaux ou sous-utilisés Homologation et lancement du ou des vaccins contre une ou plusieurs maladies majeures actuellement non évitables par la vaccination Homologation et lancement d'au moins une plate-forme technologique de distribution
Dépasser l'objectif n° 4 du Millénaire pour le développement portant sur la réduction de la mortalité infantile	Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (Cible 4.A)	Dépasser l'objectif n° 4 Cible 4.A du Millénaire pour le développement portant sur la réduction de la mortalité infantile

¹ Ces indicateurs proposés seront présentés au Conseil exécutif de l'OMS et de l'Assemblée mondiale de la Santé pour examen final en 2013. Le Groupe stratégique consultatif d'experts de la vaccination examinera également le développement et l'ajout d'indicateurs de suivi de l'équité dans l'accès aux vaccins entre les pays, et l'intégration des systèmes de vaccination dans les systèmes de santé plus larges, respectivement.

Tableau 2: Indicateurs proposés au niveau des Objectifs stratégiques

OBJECTIF STRATÉGIQUE		
<h1>1</h1> <p>TOUS LES PAYS S'ENGAGENT À FAIRE DE LA VACCINATION UNE PRIORITÉ.</p>	<h1>2</h1> <p>LES INDIVIDUS ET LES COMMUNAUTÉS COMPRENNENT LA VALEUR DES VACCINS ET EXIGENT LES VACCINATIONS À LA FOIS COMME UN DROIT ET COMME UNE RESPONSABILITÉ.</p>	<h1>3</h1> <p>LES AVANTAGES DE LA VACCINATION S'APPLIQUENT À TOUS DE MANIÈRE ÉQUITABLE.</p>
INDICATEURS	INDICATEURS	INDICATEURS
<p>Dépenses intérieures pour la vaccination par personne ciblée</p> <p>Présence d'un groupe de consultation technique indépendant qui répond aux critères définis</p>	<p>Pourcentage des pays ayant évalué (ou mesuré) le niveau de confiance dans la vaccination au niveau infranational²</p> <p>Pourcentage d'individus non vaccinés ou sous-vaccinés dont le manque de confiance a joué un rôle dans la prise de décision²</p>	<p>Pourcentage des districts ayant une couverture de 80 % ou plus pour les trois doses de vaccin diphtérie-tétanos-coqueluche</p> <p>Réduction des écarts de couverture entre le quintile de revenu le plus faible et le plus élevé, et d'autres indicateurs de l'équité appropriés</p>
<h1>4</h1> <p>LES SYSTÈMES DE VACCINATION PERFORMANTS FONT PARTIE INTÉGRANTE D'UN SYSTÈME DE SANTÉ EFFICACE.</p>	<h1>5</h1> <p>LES PROGRAMMES DE VACCINATION BÉNÉFICIENT DE MANIÈRE DURABLE D'UN FINANCEMENT PRÉ-VISIBLE, D'UN APPROVISIONNEMENT DE QUALITÉ ET DE TECHNOLOGIES DE POINTE.³</p>	<h1>6</h1> <p>LES INNOVATIONS ISSUES DES PROGRAMMES DE RECHERCHE ET DÉVELOPPEMENT AUX NIVEAUX NATIONAL, RÉGIONAL ET MONDIAL MAXIMISENT LES AVANTAGES DE LA VACCINATION.</p>
INDICATEURS	INDICATEURS	INDICATEURS
<p>Taux d'abandon entre la première dose et la troisième dose du vaccin diphtérie-tétanos-coqueluche</p> <p>Couverture prolongée du vaccin diphtérie-tétanos-coqueluche de 90 % ou plus pendant trois ans ou plus</p> <p>Données de couverture vaccinale évaluées comme étant de haute qualité par l'OMS et l'UNICEF</p> <p>Nombre de pays disposant d'une surveillance des cas de maladies évitables par la vaccination qui répond aux normes de qualité</p>	<p>Pourcentage de doses de vaccin utilisées dans le monde entier dont la qualité est garantie</p>	<p>Progrès vers le développement de vaccins contre le VIH, la tuberculose et le paludisme</p> <p>Les progrès vers un vaccin universel contre la grippe (protection contre les variants issus de dérive et de cassure antigéniques)</p> <p>Les progrès des capacités institutionnelles et techniques permettent de procéder à des essais cliniques de vaccins</p> <p>Nombre de vaccins ayant été soit ré-homologués, soit homologués pour une utilisation dans une chaîne à température contrôlée à des températures au-dessus de la plage traditionnelle de 2 à 8 °C</p> <p>Nombre de technologies de distribution des vaccins (dispositifs et équipements) qui ont reçu la préqualification de l'OMS par rapport à 2010</p>

² Indicateur provisoire à finaliser en fonction des résultats de l'évaluation du projet pilote dans des régions sélectionnées.

³ Le rapport sur les progrès comprendra également un rapport narratif sur les progrès de l'approvisionnement en vaccins, les prix et achats.

Conséquences pour les Amériques du Plan d'action mondial pour les vaccins

En tant que signataires du Plan d'action mondial pour les vaccins (GVAP), les pays d'Amérique latine et des Caraïbes se sont engagés à s'efforcer d'atteindre les cinq buts qui figurent au plan. Dans la plupart des cas, cela veut dire poursuivre le travail qui a déjà été amorcé et aligner les initiatives régionales visant l'élimination et le contrôle des maladies évitables par la vaccination (MEV) sur les initiatives mondiales. Étant donné le succès des programmes d'immunisation menés dans les Amériques, le GVAP souligne aussi l'importance de partager les leçons apprises et les pratiques optimales relatives à l'immunisation provenant de la Région des Amériques avec les autres pays du monde.

Aligner le GVAP sur la RIVS

Établi en 1977, le Programme élargi de vaccination (PEV) dans les Amériques a obtenu un succès considérable pour ce qui est de réduire les MEV et de donner naissance à des programmes d'immunisation durables et autosuffisants. À cet égard, une composante clé du succès du PEV a été la collaboration entre les pays et la volonté de participer à des plans et des initiatives stratégiques régionaux en matière d'immunisation (par ex. élimination régionale de la polio, de la rougeole et de la rubéole).

En 2007, l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) a élaboré « La vaccination dans la Région : vision et stratégie [RIVS] 2007-2015 ». La RIVS enjoint aux États Membres de maintenir les gains réalisés en matière de vaccination, de s'attaquer à la partie inachevée du programme d'immunisation et de faire face aux nouveaux défis. Le Conseil directeur de l'OPS, composé des ministres de la Santé de tous les pays de la Région des Amériques, a officiellement entériné la RIVS en 2010, et a chargé l'OPS et les pays de faire en sorte que les buts qui y sont inclus soient atteints.¹

Les buts de la RIVS coïncident en grande partie avec les buts du GVAP. Bien que certains objectifs diffèrent légèrement (par ex., là où la RIVS dit « Améliorer les niveaux de couverture dans les districts peu performants », le GVAP dit « Atteindre les cibles en matière de couverture vaccinale dans chaque collectivité »), les principes sous-jacents que les deux documents ont en commun sont similaires, et on ne prévoit pas de difficultés quant au passage d'un plan à l'autre.

En fait, le GVAP sert à revitaliser le programme d'immunisation des Amériques. Le plan est axé sur la vaccination aussi bien comme droit individuel que comme responsabilité commune, aborde l'hésitation à l'égard des vaccins par le moyen d'une coopération interdisciplinaire entre gouvernements, médias et autres partenaires, et insiste sur l'importance des programmes d'immunisation comme partie intégrante des systèmes de santé performants. De plus, le GVAP fournit une occasion de promouvoir la production régionale de vaccins, ce qui permet de produire durablement des vaccins abordables et de grande qualité – un enjeu important pour les Amériques, en

raison du lourd fardeau que représentent le rotavirus, le pneumocoque et le virus du papillome humain (VPH), ainsi que le coût élevé des vaccins servant à protéger contre ces pathogènes.

En signant la résolution 65.17 de l'Assemblée mondiale de la Santé, les pays se sont engagés à notifier annuellement à des comités régionaux les progrès réalisés dans la mise en œuvre du GVAP. L'OPS est déjà en train d'aligner ses pratiques de notification sur les besoins relatifs aux informations servant à suivre les progrès réalisés dans l'atteinte des buts et des objectifs inclus au GVAP. Les pays des Amériques notifient déjà leurs données concernant l'immunisation et les MEV à l'OPS. Afin de réduire le plus possible le fardeau des pays en matière de notification, l'OPS travaille à faire en sorte que toutes les données nécessaires au suivi des indicateurs du GVAP fassent partie des informations demandées annuellement par le moyen du formulaire conjoint de notification OPS-OMS/UNICEF relatif à l'immunisation (JRF).² En 2013, on a inclus des variables sur l'hésitation à l'égard des vaccins, et on a aussi demandé pour la première fois des données de couverture vaccinale par municipalité. L'OPS et les autres bureaux régionaux de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) notifieront le siège de l'OMS, où on consolidera les données servant à informer des progrès accomplis pour ce qui est d'atteindre les indices de référence. À son tour, le Directeur général de l'OMS notifiera le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination (SAGE), le Conseil exécutif de l'OMS et l'Assemblée mondiale de la Santé.

Il existe également des occasions d'aligner les activités en cours sur le GVAP. Par exemple, de nombreux pays de la Région des Amériques travaillent à augmenter les niveaux de couverture vaccinale dans les districts peu performants en concevant des interventions adaptées aux défis qui ont été cernés dans ces régions. Ce projet se rapporte directement à l'objectif stratégique no 3 du GVAP, qui demande que les bienfaits de l'immunisation soient étendus à tous de manière équitable et prescrit de mener des recherches opérationnelles visant à générer des informations sur les causes de la sous-vaccination. Conformément à la RIVS et au GVAP, l'OPS a travaillé au cours de la dernière année à élaborer des outils d'enquête conçus pour évaluer les occasions de vaccination manquées dans les établissements de santé. Le but de cette activité est de concevoir des interventions fondées sur les données existantes et visant à apporter les bienfaits de l'immunisation à ceux qui en ont le plus besoin.

Les pays continueront de discuter des meilleures façons d'effectuer la mise en œuvre et le suivi du GVAP lors de la réunion du Groupe consultatif technique (TAG) sur les maladies évitables par la vaccination qui aura lieu en juillet 2013.

Partager leçons apprises et pratiques optimales avec le reste du monde

Les pays des Amériques ont été parmi les premiers pays en développement du monde à éliminer la polio, la rougeole et la rubéole, à atteindre des taux élevés de couverture grâce à l'immunisation systématique, à promulguer courageusement des lois visant à protéger les postes budgétaires consacrés à l'immunisation et à intégrer de nouveaux vaccins contre les infections à rotavirus et les infections pneumococciques dans leurs programmes d'immunisation systématique des enfants. Par conséquent, la Région des Amériques occupe une position unique pour ce qui est d'aider les pays en développement ailleurs dans le monde à faire face aux défis qui portent sur la réduction et l'élimination de la maladie, l'introduction de nouveaux vaccins, la gestion des programmes d'immunisation, ainsi que l'élaboration de lois et de politiques qui protègent la vaccination en tant que bien public.

L'OPS et les pays ont partagé leurs expériences sur diverses tribunes, y compris des réunions, des visites dans les pays, et des articles évalués par un comité de lecture et publiés dans des revues médicales. Le GVAP souligne l'importance de poursuivre ces activités et de voir s'il existe d'autres occasions de collaboration.

L'une de ces occasions se rapporte à l'objectif stratégique no 1 du GVAP, qui enjoint aux pays de renforcer la capacité nationale des gouvernements à élaborer des politiques d'immunisation fondées sur les faits. Établie en 2006, l'initiative ProVac de l'OPS a des buts semblables. ProVac a élaboré des outils servant à établir les coûts liés aux programmes de vaccination ainsi que des enquêtes relatives à la collecte de données, en vue d'aider les pays à prendre des décisions fondées sur les faits quant à l'introduction de nouveaux vaccins. En 2012, à la suite du succès remporté par ProVac en Amérique latine et dans les Caraïbes, on a créé un groupe de travail international pour partager les outils et les méthodologies d'étude de cette initiative avec d'autres pays partout dans le monde.³ Le GVAP souligne à quel point il est important que ProVac continue d'aider les pays des autres Régions de l'OMS à reproduire les succès qu'ont connus de nombreux pays d'Amérique latine et des Caraïbes quant à la prise de décisions fondées sur les faits.

Les pays d'Amérique latine et des Caraïbes peuvent aussi aider d'autres pays à réaliser le GVAP en partageant les leçons qu'ils ont apprises grâce à la Semaine de la vaccination dans les Amériques (SVA). Depuis sa création en 2003, la SVA a entraîné la vaccination de plus de 410 millions de personnes et a fourni de précieuses occasions de promouvoir l'immunisation au sein des gouvernements et auprès du public.⁴ À cet égard, la SVA est en rapport avec l'objectif stratégique no 2 du GVAP, qui demande que les individus et les a comprennent la valeur de la vaccination et considèrent les services d'immunisation à la fois comme un droit et comme

Voir **CONSÉQUENCES** page 5

¹ Organisation panaméricaine de la Santé. *Résolution CD50.R14*. 50e Conseil directeur, Washington, D.C., États-Unis (2010).

² « Les tables du PEV de l'OPS fusionnent avec le formulaire conjoint OMS/UNICEF de notification ». *Bulletin informatif du PEV*, volume XXVII, no 1, p. 5.

³ « The ProVac International Working Group begins its first country study of the two-year pilot phase ». *Global Immunization Newsletter*, juin 2012, vol. VI (p. 9).

⁴ Organisation panaméricaine de la Santé : Semaine de la vaccination dans les Amériques (site Web). [<http://new.paho.org/vwa/>].

Aligner le GVAP sur la RIVS

LES OBJECTIFS DE LA VISION ET STRATÉGIE RÉGIONALE DE VACCINATION	LES OBJECTIFS DU PLAN D'ACTION MONDIAL POUR LES VACCINS
<p>1) Maintenir les réalisations:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Région libre de la poliomyélite et de la rougeole endémiques ✓ Contrôle de la diphtérie, la coqueluche, le Hib et l'hépatite B <p>2) Compléter le programme inachevé:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Améliorer la couverture dans les districts à faible couverture ✓ Éliminer la rubéole, le SRC et le tétanos maternel et néonatal ✓ Terminer la transition de la vaccination de l'enfant à la vaccination de la famille ✓ Améliorer la couverture des vaccins sous-utilisés <p>3) Faire face aux nouveaux défis:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Renforcer les capacités opérationnelles et les infrastructures (surveillance épidémiologique) ✓ Renforcer les capacités de prendre des décisions mieux informées et basées sur l'évidence ✓ Introduire les nouveaux vaccins afin d'atteindre les OMD ✓ Promouvoir le développement durable et l'excellence technique 	<p>1) Parvenir à l'éradication de la poliomyélite</p> <p>2) Atteindre les objectifs d'élimination mondiaux et régionaux</p> <p>3) Atteindre les objectifs de couverture vaccinale dans chaque région, pays et communauté</p> <p>4) Développer et introduire des technologies et des vaccins nouveaux et améliorés</p> <p>5) Dépasser l'objectif n° 4 du Millénaire pour le développement portant sur la réduction de la mortalité infantile</p>

Les secteurs sanitaires privé et public collaborent à la surveillance de la rougeole et de la rubéole au Chili*

Le Plan d'action d'urgence pour maintenir l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale (SRC) dans les Amériques comprend une recommandation préconisant expressément d'améliorer la surveillance sanitaire dans le secteur privé. De plus, le Groupe consultatif technique (TAG) de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) sur les maladies évitables par la vaccination a souligné en 2009 le rôle important du secteur privé pour ce qui est de maintenir l'élimination des maladies.

Afin d'améliorer la coopération entre les secteurs sanitaires privé et public au Chili, des représentants de quatre grandes cliniques privées de la région métropolitaine, d'un laboratoire privé, du ministère chilien de la Santé, de l'Institut national de la santé, de la marine chilienne et de l'OPS se sont réunis à Santiago (Chili) le 4 décembre 2012.

Les objectifs de la réunion étaient les suivants : élaborer une stratégie régionale pour la surveillance des maladies fondée sur les pratiques optimales et les leçons apprises provenant du secteur privé, clarifier les pratiques et les processus relatifs à l'élaboration de données qui ont cours dans le secteur privé, définir les lacunes qui existent en matière d'information et déterminer les besoins relatifs à la surveillance dans le secteur privé au Chili, estimer le nombre de cas suspects et confirmés signalés au système national par l'intermédiaire des cliniques et des laboratoires privés, et examiner les recommandations fondées sur les faits provenant du Chili quant aux meilleures mesures à suivre pour renforcer la participation du secteur privé à la surveillance des maladies dans la Région.

D'après les conclusions principales de la réunion, la surveillance au Chili est efficace et a fait participer

avec succès les cliniques privées à la détection et au suivi des cas suspects de rougeole et de rubéole. Il existe d'ailleurs des stratégies visant à coordonner et à intégrer les systèmes de surveillance des secteurs privé et public. En outre, le cadre législatif de surveillance en vigueur au pays est bien défini, les hôpitaux ont des règles internes de contrôle des infections pour les cas suspects (isolation des conduits d'air), et les médecins jouent un rôle essentiel dans la détection et le signalement des cas possibles de rougeole et de rubéole.

On espère que la collaboration réussie entre les secteurs public et privé au Chili pourra être reproduite dans d'autres pays des Amériques où la surveillance des maladies évitables par la vaccination est une priorité. ■

* Une version de cet article a également été publiée dans la *Global Immunization Newsletter* de l'OMS : « Private Health Sector Meeting for Measles/Rubella Surveillance in Chile ». Janvier 2013 (p. 5).

CONSÉQUENCES suite de la page 4

une responsabilité. Bien que l'OPS et les pays d'Amérique latine et des Caraïbes aient déjà partagé leurs pratiques optimales en matière de participation communautaire et de mobilisation sociale avec les autres États Membres de l'OMS, contribuant de ce fait à la tenue de la toute première Semaine mondiale de la vaccination (SMV) en 2012, la Région attend avec impatience que se produisent d'autres

occasions d'aider des pays ailleurs dans le monde à faire connaître et à promouvoir l'immunisation.

Finalement, de nombreux pays d'Amérique latine et des Caraïbes ont élaboré des registres nominatifs de vaccination afin de faciliter le suivi de la couverture vaccinale.⁵ Ces registres aident les pays à déceler les régions où l'on n'a pas réalisé les niveaux de couver-

ture visés, à mettre en œuvre des mesures correctives et ultimement à atteindre l'objectif stratégique no 3 du GVAP. Dans une perspective d'avenir, l'OPS étudiera la façon dont les expériences vécues par les pays quant à l'élaboration de registres nominatifs pourraient être adaptées pour d'autres pays ailleurs dans le monde. ■

⁵ Registres de vaccination en Amérique latine : progrès et leçons apprises ». *Bulletin d'Immunisation*, volume XXXIV, no 6, p. 1.

Élaboration d'un cadre régional pour le suivi de la couverture et l'évaluation de l'impact de la vaccination contre le VPH*

Les 8 et 9 novembre 2012, l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) a convoqué une réunion d'experts à Buenos Aires (Argentine) en vue d'élaborer un cadre régional destiné à suivre la couverture réalisée par la vaccination contre le virus du papillome humain (VPH) et à en évaluer l'impact. L'Institut Malbrán, l'institut national argentin des maladies infectieuses, a accueilli la réunion en réponse à une demande présentée par le Groupe consultatif technique (TAG) régional sur les maladies évitables par la vaccination en juillet 2011.

Dix-huit experts venus de quatre pays d'Amérique latine (Argentine, Bolivie, Brésil et Colombie), des Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis, du programme de vaccination contre le VPH et du registre sur le cancer australiens,

de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et de l'OPS ont pris part à la réunion. Les objectifs de celle-ci étaient d'examiner le rapport provenant d'une réunion de l'OMS tenue en 2009 sur un sujet semblable, de partager les plans nationaux existants et les expériences vécues, de déterminer les occasions qui se présentent au niveau national pour la surveillance des maladies liées au VPH et pour le diagnostic du VPH, et de définir les étapes nécessaires à la création d'un cadre régional.

En plus d'écouter des présentations faites par les experts, les participants ont contribué à deux groupes de travail portant sur le suivi de la vaccination contre le VPH et l'évaluation de l'impact de celle-ci. Plusieurs pays de la Région sont en train d'adopter des registres nominatifs de vaccination. Ces registres offrent des occasions

précieuses de recueillir des données sur la vaccination contre le VPH, le suivi de la couverture vaccinale et l'évaluation de l'impact à long terme de la vaccination.

Les experts ont également eu l'occasion de définir des indicateurs de résultat pour l'évaluation de l'impact de la vaccination contre le VPH à court, moyen et long terme. Le groupe d'experts prévoit élaborer, durant le premier semestre de 2013, des protocoles génériques pour le suivi des indicateurs de résultat qui ont été définis, ainsi qu'une note conceptuelle sur la création d'un réseau régional de laboratoires qui s'occupent du VPH. La proposition de cadre régional pour le suivi de la couverture réalisée par la vaccination contre le VPH et l'évaluation de son impact sera présentée au TAG en juillet 2013. ■

* Une version de cet article a également été publiée dans la *Global Immunization Newsletter* de l'OMS : « Expert Consultation for the Development of a Regional Framework for Coverage Monitoring and Impact Evaluation of HPV Vaccination ». Novembre 2012 (p. 10).

L'OPS tient un atelier visant à systématiser les expériences des pays d'Amérique latine en matière de vaccination contre le VPH*

Les 30 et 31 octobre 2012, des représentants de six pays (Argentine, Bolivie, Brésil, Colombie, Honduras et Panama) ont pris part à un atelier tenu à Santa Cruz (Bolivie) visant à systématiser les expériences vécues concernant la vaccination contre le virus du papillome humain (VPH). Ces pays ont été parmi les premiers de la Région des Amériques à adopter universellement le vaccin contre le VPH dans leurs calendriers nationaux de vaccination. Des professionnels de la Fédération internationale pour le planning familial, de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) ont également assisté à la réunion. C'était le premier atelier portant exclusivement sur la vaccination contre le VPH organisé par l'OPS depuis mai 2009.

Les objectifs de l'atelier étaient les suivants : partager les expériences vécues au niveau national et infranational quant à l'introduction et à la mise en œuvre du vaccin contre le VPH, déterminer les forces et les faiblesses des processus relatifs à la gestion, aux opérations et à la logistique propres aux programmes d'immunisation, cerner des occasions d'intégrer la prévention du cancer du col de l'utérus dans les programmes de santé destinés aux adolescents et définir les leçons apprises à l'intention des autres pays des Amériques qui envisagent d'introduire le vaccin contre le VPH.

Après les présentations standardisées faites par chaque pays, les participants ont contribué à trois groupes de travail qui ont discuté des sujets suivants : 1) stratégies et tactiques de vaccination, 2) collecte des données et estimation de la couverture du vaccin contre le VPH, et 3) intégration

de la vaccination contre le VPH dans les programmes de prévention et de contrôle du cancer du col de l'utérus et dans les programmes de santé destinés aux jeunes (y compris la communication avec les adolescents, leurs parents et la collectivité).

Les détails des présentations faites par les pays et les conclusions des groupes de travail seront publiés sous peu. Les conclusions préliminaires ont indiqué que tous les pays utilisent une combinaison de stratégies de prestation de services pour atteindre les adolescents, que la transition vers des registres d'immunisation nominatifs (souvent en version électronique) dans plusieurs pays aide à estimer les taux de couverture du vaccin contre le VPH, et que l'intégration de la vaccination contre le VPH dans d'autres activités liées au programme sanitaire se limite surtout à des initiatives en matière de communication que les deux programmes ont en commun. ■

Pays et territoires ayant recours au vaccin contre le VPH, Région des Amériques

ANNÉE (de l'introduction universelle du vaccin)	VPH
2006	USA
2007	CAN
2008	PAN
2009	-
2010	-
2011	ARG, MEX, PER*
2012	COL
2013	PAR, TRT, URU
TOTAL	10 PAYS

Territories are not included.
*L'usage du vaccin contre le VPH est actuellement suspendu.

*Une version de cet article a également été publiée dans la *Global Immunization Newsletter* de l'OMS : « Workshop to Systematize HPV Vaccination Experiences of Early-adopter Countries ». Novembre 2012 (p. 8).

Table 1. Prices for Vaccines Purchased through the PAHO Revolving Fund, 2013 (prices in US\$)

Vaccin		Doses par flacon	Prix moyen par dose	Vaccin		Doses par flacon	Prix moyen par dose
BCG	Origine bulgare	10	0.1385\$	Hib Lyophilisé		1	1.9500\$
	Origine indienne	10	0.1150\$	Méningocoque A+C polysidique		10	1.5000\$
DT adulte		10	0.1005\$	Méningocoque C conjugué		1	19.5000\$
DT pédiatrique		10	0.1115\$	Papillomavirus	Bivalent	1	13.0800\$
DTC		10	0.1970\$		Quadrivalent	1	13.7900\$
dcaT triple acellulaire, adolescent-adulte		1	8.8794\$	Pneumocoque conjugué pédiatrique (10-valent)		1	14.1200\$
DCaT triple acellulaire, pédiatrique		1	10.8000\$	Pneumocoque conjugué pédiatrique (13-valent)		1	15.8400\$
DCaT-IPV-Hib		1	10.0000\$	Pneumocoque polysidique adulte (23-valent)		1	6.6000\$
"DTC-hépatite B-Hib (pentavalent)"	Lyophilisé	1	2.5200\$			5	6.5000\$
	Liquide	1	2.8499\$	Polio, inactivé, origine bulgare		1	4.1400\$
	Liquide	10	2.2000\$	Polio, inactivé, origine néerlandaise		1	2.9000\$
DTC-Hib	Lyophilisé	1	2.6500\$	Polio, oral (verre)		20	0.1467\$
	Liquide	10	3.4500\$	Polio, oral (plastique)		10	0.3000\$
Fièvre jaune	Origine brésilienne	10	0.8500\$	Rage, à usage humain (cellules Vero), origine française		1	10.6000\$
	Origine française	10	1.1000\$	Rage, à usage humain (purifié sur culture de cellules embryonnaires de poulet), origine indiennes		1	10.5000\$
Grippe saisonnière, hémisphère Nord	Adulte – origine canadienne	10	3.7000\$	Rotavirus, liquide	Calendrier de vaccination à 2 doses	1	6.5000\$
	Adulte – origine française	10	3.5000\$		Calendrier de vaccination à 3 doses	1	5.1500\$
	Adulte – origine coréenne	10	3.2000\$	Rougeole-oreillons (souche Zagreb)-rubéole		1	2.0500\$
	Adulte – origine britannique	10	2.9800\$			5	0.9900\$
	Pédiatrique – origine coréenne	20	1.3500\$			10	0.9760\$
	Pédiatrique – origine française	20	1.7500\$	Rougeole-oreillons (souche Jeryl-Lynn)-rubéole		1	6.0000\$
Hépatite A	Adulte	1	11.0000\$	Rougeole-oreillons (souche Urabe)-rubéole		1	3.6000\$
	Pédiatrique	1	7.1000\$	Rougeole-rubéole		1	1.7000\$
Hépatite B (Recombinant)	Adulte	1	0.4800\$			10	0.5240\$
		10	0.1902\$	Varicelle		1	9.9000\$
	Pédiatrique	1	0.2500\$				
Meningococcal A+C Polysaccharide		10	\$1.5000				

Tableau 2, Prix des seringues achetées par le moyen du Fonds renouvelable de l'OPS, 2013 (prix en dollars US)

Seringues jetables en plastique, avec aiguille			Seringues autodestructibles en plastique, avec aiguille		
Taille	Nombre par caisse	Prix unitaire*	Taille	Nombre par caisse	Prix unitaire*
1cc 22G x 1 ½ po	2000	0,0342	0,5cc 22G x 1 ½ po	3000	0,0585
	3600	0,0425		0,5cc 23G x 1 po	1300
1cc 23G x 1 po	2000	0,0342			3000
	1400	0,0360	0,5cc 25G x 5/8 po	1300	0,0439
1cc 25G x 5/8 po	2000	0,0342		0,5cc 26G x 3/8 po	3000
	1400	0,0360	0,1cc 27G x 3/8 po		1300
3600	0,0425	*Prix FCA (franco transporteur) pour chaque seringue			
1cc 26G x 3/8 po	2000	0,0342			
	3600	0,0450			
1cc 27G x 3/8 po	3600	0,0450			
5cc 22G x 1 ½ po	1000	0,0330			
	1200	0,0356			

Pour obtenir les prix à jour des vaccins, veuillez consulter le site http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=1864&Itemid=4135

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.

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 XXXV, Numéro 1 • Février 2013

Éditeur : **Carolina Danovaro**

Associate Editors: **Pierce Trumbo et**

Cauahntémoc Ruiz Matus

©Organisation panaméricaine de la Santé, 2013
Tous droits réservés.



Projet d'immunisation intégrale de la famille

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

Trinité-et-Tobago introduit un vaccin contre le VPH dans le programme national*

Le ministère de la Santé de Trinité-et-Tobago a récemment introduit un vaccin contre le virus du papillome humain (VPH) dans le programme national d'immunisation du pays. Le vaccin, appelé HPV4, protège contre quatre souches du VPH, y compris les deux souches qui représentent la plupart des cas de cancer dus à une infection au VPH. Le Dr Fuad Khan, ministre de la Santé du pays, a officiellement lancé le vaccin lors d'une cérémonie tenue vers la fin de l'année dernière.

Le programme national d'immunisation prévoit vacciner en 2013 une cohorte de 20 000 adolescentes de 11 et 12 ans contre le risque potentiel de développer un cancer du col de l'utérus. L'administration initiale du HPV4 à cette population cible a commencé en janvier et devrait être terminée d'ici la fin de novembre 2013. Les responsables sanitaires estiment que le taux de réception sera de 80 %.

La vaccination des préadolescentes contre le VPH se fait dans le cadre d'un programme scolaire. À Trinité-et-Tobago, ces programmes ont été couronnés de succès pour ce qui est d'administrer les vaccins du calendrier national d'immunisation aux enfants des écoles primaires. Toutefois, puisque près de la moitié de la cohorte à laquelle

s'adresse la vaccination contre le VPH fréquente l'école secondaire, ce serait la première fois que des élèves du secondaire sont immunisés par le moyen du programme.

Le ministère de la Santé a publicisé l'introduction du HPV4 en menant des séances de première sensibilisation auprès du personnel des médias et auprès des parties prenantes appropriées au niveau national. Après le lancement de la campagne, une radio a diffusé une émission de deux heures portant sur le cancer du col de l'utérus, le dépistage, le traitement et la prévention. Comme complément à ces efforts, on a distribué des affiches et des dépliants promotionnels sur la vaccination contre le VPH à des prestataires de soins de santé et dans des établissements de santé partout au pays.

On a également mené de nombreuses séances de formation et de sensibilisation à l'intention des infirmières, des médecins, des directeurs d'école, des associations parents-enseignants et des groupes religieux. Les activités de communication médiatique ont inclus des annonces dans les journaux et une liste de questions fréquentes affichée dans le site Web du ministère de la Santé. ■



Des représentants de l'Association nationale des parents et professeurs, de l'Association de planification familiale, et le personnel du ministère de la Santé de Trinité-et-Tobago

Soumis par : Yitades Gebre, OPS/OMS et Gwendolyn Snaggs, ministère de la Santé, Trinité-et-Tobago.

*Une version de cet article a également été publiée dans la *Global Immunization Newsletter* de l'OMS : « Trinidad and Tobago Rolls Out HPV Vaccination Programme for Adolescent Girls ». Février 2013 (p. 3).