



# Bulletin d'immunisation

Organisation panaméricaine de la Santé

VOLUME XXXIII NUMÉRO 1 ► FÉVRIER 2011

- 1 Épidémie de choléra en Haïti
- 1 Consultation scientifique *ad hoc* sur le rôle potentiel de la vaccination anticholérique dans les Amériques
- 4 Registres Nationaux Nominatifs Informatisés Relatifs à la Vaccination : Atelier Visant à Mettre en Commun les « Leçons Apprises »
- 4 Fonds Renouvelable de l'OPS : Prix des Vaccins et des Seringues, 2011
- 6 Questions Fréquentes sur le Fonds Renouvelable
- 8 Le programme STOP

## Épidémie de choléra en Haïti

Avant 2010, le choléra n'était pas apparu sur l'île d'Hispaniola depuis plus d'un siècle. Dix mois après le tremblement de terre qui a dévasté Haïti en janvier 2010, le Ministère haïtien de la Santé et de la Population (MSPP) a été informé de la présence d'un grand nombre de patients dans les départements d'Artibonite et du Centre traités pour une diarrhée aqueuse aigüe et de la déshydratation. En quelques jours seulement, le Laboratoire national de santé publique de Haïti (LNSP) avait isolé des spécimens du *V. choléra* sérotype O1 sérotype Ogawa chez les patients hospitalisés. Cinq semaines après que l'épidémie ait été déclarée, tous les départements de Haïti présentaient des cas de choléra (Figure 1), et un premier cas avait été enregistré en République dominicaine. En Haïti, le plus grand nombre de nouveaux cas et d'hospitalisations ont été déclarés pendant les semaines épidémiologiques (EW) 46 et 52 (Figure 2).

L'épidémie de choléra en Haïti a déclenché une réaction en chaîne internationale. Les membres de la communauté internationale ont immédiatement réagi à l'épidémie en aidant Haïti avec les mesures de contrôle épidémiologique et en encourageant les pays voisins à mettre à jour leurs plans de préparation et de réponse, ainsi que le renforcement de la surveillance pour une détection rapide des cas.

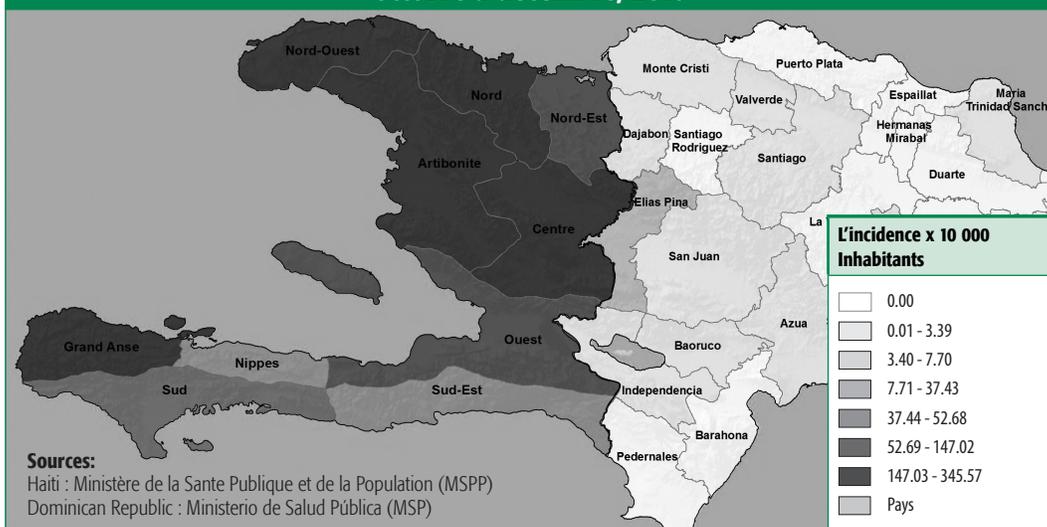
Dans l'ensemble, Haïti a rapporté 179 379 cas et 3 990 décès en 2010. Au début de l'épidémie, le taux de létalité (CFR) et le taux CFR des hôpitaux (décès cumulés dans les hôpitaux divisés par les cas hospitalisés cumulés) étaient >1%<sup>1</sup>. Néanmoins, des activités visant à accroître l'accès aux traitements de réhydratation, y compris les solutions de réhydratation orale, ainsi que la formation des prestataires de santé pour améliorer la gestion des cas, ont contribué à réduire le CFR.

Pour que le choléra devienne endémique en Haïti, il est nécessaire de réaliser d'importantes améliorations dans l'accès à l'eau potable et de prendre des mesures sanitaires basiques. Des améliorations à moyen et long terme en matière d'accès à l'eau potable et à l'assainissement ne constituent pas uniquement des éléments essentiels pour le contrôle du choléra dans le pays, mais ils sont également fondamentaux dans la prévention et le contrôle des autres maladies diarrhéiques et d'autres maladies transmissibles par voie fécale-orale.

Voir **ÉPIDÉMIE DE CHOLÉRA EN HAÏTI** Page 2

<sup>1</sup> En règle générale, un CFR <1% peut être atteint lorsque les soins appropriés sont demandés au début de l'évolution de la maladie.

Figure 1. Cas Cumulés de Choléra x 10 000  
octobre à décembre, 2010



### Consultation scientifique *ad hoc* sur le rôle potentiel de la vaccination anticholérique dans les Amériques dans le contexte de la flambée épidémique de 2010 sur l'île d'Hispaniola

Le 17 décembre 2010, l'OPS/OMS a convoqué une consultation d'urgence *ad hoc* afin de réexaminer l'usage potentiel des vaccins anticholériques comme moyen additionnel d'atténuer la flambée de choléra en cours en Haïti depuis octobre 2010. Plus de 20 experts internationaux dans les domaines du choléra, de l'immunisation et de la lutte contre la maladie, ainsi que des leaders d'opinion clés dans la Région et des parties intéressées, ont pris part à la consultation.

Un examen initial de l'usage potentiel des vaccins tôt au cours de la flambée épidémique a amené l'OPS à ne pas recommander la vaccination anticholérique. L'une des raisons de cette décision était que la réponse initiale à la flambée en cours en Haïti devait concentrer des efforts substantiels sur la prévention de la mortalité par le moyen d'un traitement clinique, de même que sur la prévention de l'exposition aux agents pathogènes grâce à des améliorations relatives à l'eau potable, à l'assainissement et aux mesures d'hygiène. D'autres considérations ayant contribué à la décision de ne pas recommander la vaccination avaient trait aux caractéristiques des vaccins, à la quantité de vaccin disponible et à la capacité d'administrer les vaccins. À l'époque, une enquête menée auprès des fabricants a déterminé qu'il était possible de se procurer une provision limitée de vaccins anticholériques (environ 250 000

Voir **CONSULTATION AD-HOC** Page 2

doses au cours des quatre mois suivants) auprès de deux fabricants seulement. Deux doses de vaccin sont nécessaires pour conférer une protection contre le choléra.

Le but de la réunion était de conseiller l'OPS quant aux actions futures que l'Organisation pourrait entreprendre pour envisager l'usage de vaccins anticholériques dans ce contexte et quant à la propagation future éventuelle du choléra dans la Région des Amériques. Plus précisément, le groupe était chargé de considérer trois questions :

- 1) Quelle est la situation actuelle relativement aux vaccins anticholériques – leur innocuité, leur efficacité, leur disponibilité et l'approvisionnement futur en vaccins ?
- 2) Quelle serait la manière la plus efficace d'utiliser ces vaccins s'ils étaient disponibles – dans quelles populations, dans quels contextes et à l'aide de quelle stratégie visant à déterminer qui recevrait et qui ne recevrait pas le vaccin ?
- 3) Comment pourrions-nous suivre et évaluer les résultats de cette intervention ?

Après avoir examiné les données probantes présentées ainsi que les questions de haut niveau soulevées par les participants (beaucoup de ces questions nécessiteront des discussions complémentaires avec des parties intéressées de premier plan), les participants ont

généralement été d'accord, entre autres, que l'OPS et ses partenaires devraient engager un dialogue avec les fabricants et avec des bailleurs de fonds potentiels afin d'évaluer les options actuelles et futures en matière de production et d'achat de vaccins. Comme il est probable qu'une certaine quantité de vaccin (jusqu'à 250 000 doses) pourra être mise à disposition d'ici plusieurs mois, et que certains dirigeants locaux sont prêts à envisager d'introduire des vaccins anticholériques dans des communautés fortement vulnérables, le ministère de la Santé Publique et de la Population d'Haïti, l'OPS et les autres homologues pourraient considérer conjointement des projets visant à évaluer la faisabilité générale de la vaccination, les pratiques optimales en matière d'administration des vaccins et d'autres questions qui se posent dans ces conditions particulières. Les expériences acquises et les résultats obtenus pourraient influencer les stratégies mises en œuvre afin de susciter une plus large utilisation des vaccins si un approvisionnement régulier était mis en place durant la seconde moitié de 2011 et au-delà. On a fortement recommandé la constitution d'une réserve de vaccin anticholérique, et il faudra procéder à des consultations supplémentaires pour évaluer les conditions futures de la gestion d'une telle réserve. Il faudra aussi procéder à de plus amples recherches pour comprendre comment maximiser les avantages des vaccins

anticholériques disponibles, lesquels pourraient sauver des vies dans différentes situations d'épidémie.

On a souligné que les recommandations formulées ne devraient pas faire obstacle aux efforts visant à poursuivre les programmes destinés au traitement des malades du choléra ni aux tentatives en cours visant à apporter des améliorations en matière d'eau et d'assainissement. Si la vaccination est planifiée, financée et mise en œuvre de manière adéquate, et pourvu qu'elle ne crée pas d'exigences concurrentielles relativement aux ressources qui servent à d'autres activités de lutte contre la maladie et de prévention, elle pourrait réduire la pression qui s'exerce sur des ressources sanitaires déjà limitées. Le groupe a également indiqué que ses membres verraient d'un bon œil et encourageraient la conduite de discussions et d'actions complémentaires portant sur ces recommandations, en collaboration avec des dirigeants de santé publique, aussi bien en Haïti qu'en République dominicaine.

L'OPS travaille actuellement de concert avec un comité consultatif afin d'amener un groupe de parties intéressées et de partenaires à discuter et à considérer ces recommandations. L'OPS travaillera aussi à leur mise en œuvre, après qu'une entente aura été conclue avec le gouvernement d'Haïti, avec d'autres pays touchés et avec les partenaires de l'Organisation.

#### ÉPIDÉMIE DE CHOLÉRA EN HAÏTI suite de la page 1

Bien que des exportations successives du choléra aient eu lieu de Haïti vers d'autres pays des Amériques, aucune n'a déclenché d'épidémie majeure, à l'exception de celle survenue en République dominicaine. C'est dans ce contexte que les États Membres de la Région doivent doubler leurs efforts pour améliorer leurs systèmes de surveillance. La

surveillance du choléra devrait faire partie de leurs programmes nationaux intégrés et devrait inclure des rapports de surveillance en temps opportun aux niveaux mondial et local. Il est conseillé que les pays utilisent les définitions de cas fournies par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) afin d'obtenir une estimation plus précise de la charge mondiale du choléra

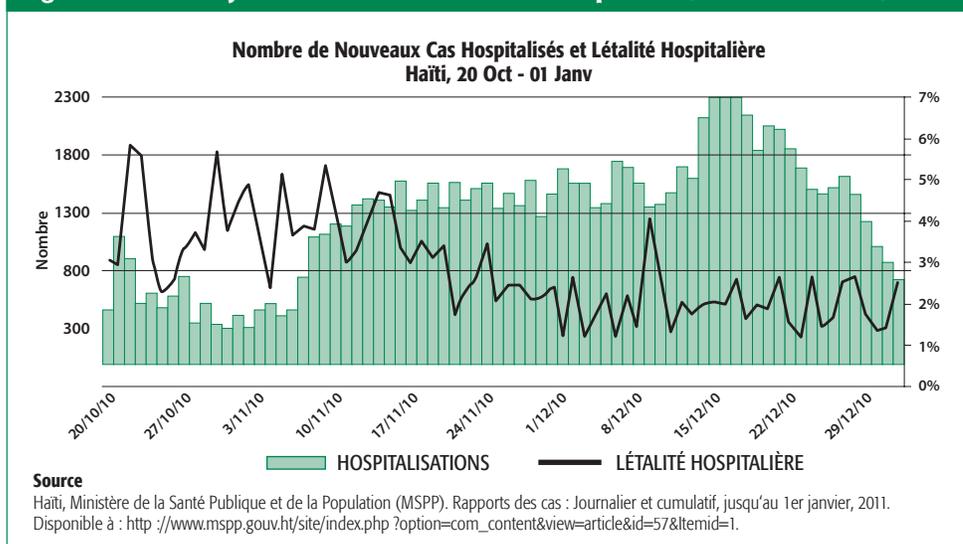
et pour permettre l'identification de stratégies d'intervention plus durables.

Au début de l'épidémie et après une consultation d'experts en décembre 2010, la vaccination contre le choléra n'a pas été recommandée en Haïti (voir article en page 1 de ce bulletin). Dans l'effervescence immédiate après la déclaration de l'épidémie, la nécessité de concentrer les efforts sur la fourniture du traitement de réhydratation efficace et éprouvé dans le temps et sur la mise en œuvre de mesures d'assainissement d'urgence a été considéré comme une priorité. D'autre part, la disponibilité limitée du vaccin pré-qualifié et les défis logistiques pressentis pour déployer le vaccin dans l'après-séisme ont été des considérations supplémentaires apportées sur la table des discussions. Néanmoins, et puisque l'épidémie progressait rapidement et se poursuivait toujours, cette position mérite un réexamen.

#### Vaccins contre le choléra

Les vaccins contre le choléra actuellement commercialisés dans le monde sont : 1) Dukoral® (WC-rBS) : un vaccin oral monovalent dont le principe actif repose sur de germes entiers tués par la chaleur (WC) de *V. cholerae* O1 et de formol associés à une sous-unité B recombinante de la toxine cholérique. 2) Shanchol® : vaccin orale bivalent basé sur

Figure 2. Nombre journalier de cas de cholera hospitalisés, SE 42 à 52 2010, Haïti.



**ÉPIDÉMIE DE CHOLÉRA EN HAÏTI**

suite de la page 2

les sérogroupes O1 et O139. Le CVD 103-HgR, un vaccin atténué vivant oral en dose unique n'est plus fabriqué. Le vaccin injectable préparé à partir de souches de *V. cholerae* inactivées au phénol est encore fabriqué dans quelques pays, mais l'OMS n'a jamais recommandé son utilisation.

Le Dukoral® est le seul vaccin homologué par l'OMS contre le choléra. Les vaccins Dukoral® et Shanchol® sont sûrs pour toutes les tranches d'âge pour lesquelles ils ont été homologués (≥2 ans et ≥1 an, respectivement). Les deux types de vaccins offrent une protection significative contre le choléra pendant les deux premières années après la vaccination. Les plages d'efficacité protectrice à 4-6 mois, 1 an et 2 ans après la vaccination sont 66% -86%, 45% -62%, et 58% -77%, respectivement. Le tableau montre les principales caractéristiques des deux vaccins.

Caractéristiques	Dukoral™	Shanchol™
Préqualification par l'OMS	Oui, en octobre 2001	Non, processus en cours
Groupes d'âge pour lesquels le produit est homologué	≥2 ans	≥1 an
Nombre de doses requises pour vaccination primaire	Pour les 2-5 ans : 3 doses Pour les ≥6 ans : 2 doses	2 doses
Intervalle entre les doses	≥7 jours (mais <6 semaines)	≥14 jours
Rappel	Pour les 2-5 ans : après 6 mois Pour les ≥6 ans : après 2 ans	Après 2 ans
Administration	Orale, avec tampon bicarbonate (75 ml pour enfants de 2-5 ans ; 150 ml pour personnes de ≥6 ans)	Orale
Restrictions concernant la nourriture et l'eau	Ni nourriture ni eau 1 heure avant et après l'ingestion du vaccin	Aucune restriction
Conditionnement	Flacon à dose unique de 3 ml + granulés effervescents en sachet	Flacon à dose unique de 1,5 ml
Chaîne du froid et autres exigences en matière d'entreposage	Entreposage à 2-8° C Volume conditionné : 68 cm <sup>3</sup> par dose*	Entreposage à 2-8° C Volume conditionné : inconnu

\* Dose de vaccin DTC : 3 cm<sup>3</sup>**Recommandations pour l'utilisation des vaccins contre le choléra de l'OMS/OPS :****Utiliser les vaccins oraux contre le choléra dans les zones endémiques**

- La lutte contre le choléra devrait être une priorité dans les zones où la maladie est endémique
  - L'endémie est définie comme l'apparition de cas confirmés de choléra par culture fécale pendant 3 ans ou plus les 5 dernières années
- Les vaccins anticholériques oraux devraient être utilisés conjointement à d'autres stratégies de prévention et de contrôle
- Vacciner toute la population ne se justifie pas, il est préférable de cibler les zones ou groupes à haut risque
  - Enfants en âge scolaire
  - Femmes enceintes et personnes immunodéprimées
- Les campagnes périodiques de vaccination sont probablement la stratégie la plus viable

**Utiliser les vaccins oraux contre le choléra dans les zones présentant un risque d'épidémie ou là où l'épidémie a été déclarée**

- Le traitement de l'eau, l'eau potable et l'assainissement ainsi que la communication sont les piliers des mesures de contrôle
- Les autorités sanitaires locales devraient envisager la vaccination et devraient considérer une vaccination réactive comme mesure de contrôle supplémentaire (l'italique est ajouté)
- Facteurs à considérer dans le processus local de prise de décisions : les infrastructures locales ; la caractérisation de la situation du choléra actuelle et passée ; la définition claire des zones à cibler
- La vaccination devrait couvrir le plus grand nombre de personnes (éligibles) possible et elle devrait être réalisée le plus vite possible ■

**La vaccination ne devrait pas perturber la réalisation d'autres interventions éprouvées par le temps et prioritaires pour contrôler ou prévenir les épidémies de choléra**

**Références :**

1. Etats Unis, Centers for Disease Control and Prevention. Haiti Cholera Outbreak Summaries : *Morb Mortal Wkly Rep.* 2010 ;59(43) :1411, 59(45) :1479, 59(48) : 1586-1990, 59(50) : 1637-1641. Disponible à l'adresse <http://www.cdc.gov/haiticholera/mmmwr.htm>.
2. Haïti, Ministère de la Santé Publique et de la Population ; Rapports de cas (de choléra) ; journalier et cumulés, jusqu'au 1e janvier 2011. Disponible à l'adresse : [http://www.mspp.gouv.ht/site/index.php?option=com\\_content&view=article&id=57&Itemid=1](http://www.mspp.gouv.ht/site/index.php?option=com_content&view=article&id=57&Itemid=1).
3. Organisation mondiale de la Santé. Cholera in Haiti ; Global Alert Response (GAR). 2010 ; 26 October – 26 November. Disponible à l'adresse : <http://www.who.int/csr/don/archive/country/hti/en/>.
4. Organisation mondiale de la Santé. Vaccins anticholériques : note d'information de l'OMS ; Relevé épidémiologique hebdomadaire (WER). 2010 ; 85(13) : 117-128. Disponible à l'adresse : <http://www.who.int/wer/2010/wer8513/fr/index.html>.
5. Organisation panaméricaine de la Santé. Interactive Report of Cholera Outbreak ; Atlas of Cholera Outbreak in La Hispaniola & Cholera Treatment Facilities in Haiti, 2010-2011. Disponible sur : [http://new.paho.org/hq/images/Atlas\\_IHR/CholeraHispaniola/atlas.html](http://new.paho.org/hq/images/Atlas_IHR/CholeraHispaniola/atlas.html).

## Registres Nationaux Nominatifs Informatisés Relatifs à la Vaccination : Atelier Visant à Mettre en Commun les « Leçons Apprises »

**Bogotá, Colombie, du 1<sup>er</sup> au 3 février 2011**

Du 1<sup>er</sup> au 3 février 2011, 20 pays des Amériques se sont réunis à Bogotá, en Colombie pour discuter de questions relatives à la création et à la mise en place de registres nationaux nominatifs informatisés relatifs à la vaccination dans la Région. Le but de l'atelier était de permettre aux pays qui se servent de registres nominatifs informatisés relatifs à la vaccination, qui en sont à un stade avancé dans leur processus de création et de mise en place, ou qui commencent actuellement à créer de tels registres, de mettre en commun les expériences qu'ils ont vécues à ce sujet et les leçons qu'ils en ont tirées. Parmi les participants à l'atelier se trouvaient des représentants dans les domaines de la vaccination et des systèmes d'information (TI) venant de 20 pays ainsi que des représentants d'organismes partenaires tels que l'UNICEF, PATH, les CDC, l'OMS et le Sustainable Sciences Institute (SSI). La fondation Gates n'a pas pu assister à l'atelier.

Pour les besoins de l'atelier, on a défini les registres nationaux nominatifs informatisés relatifs à la vaccination comme suit : des systèmes d'information ou des bases de données démographiques informatisés et confidentiels qui comprennent des données sur les doses de vaccin administrées partout dans le pays. On a considéré comme éminemment

désirable que de tels registres présentent les deux caractéristiques suivantes : 1) le système devra fournir des rapports et d'autres données de sortie destinés à faciliter la surveillance de la couverture vaccinale par type de vaccin, par dose, par région géographique, par âge (ou autre groupe cible) et par fournisseur et 2) le système devra fournir des données de sortie destinées à faciliter le suivi individualisé et opportun des calendriers de vaccination et l'identification des malades perdus de vue.

Après les séances plénières, on a affecté les participants à sept groupes de travail chargés de souligner les problèmes existants, de cerner les questions et considérations potentielles, et de proposer des solutions dans le contexte de divers pays et de diverses situations. Les sujets abordés étaient les suivants : 1) considérations à examiner avant de proposer la création d'un registre nominatif relatif à la vaccination, 2) flux et saisie de données dans un système informatisé, 3) inclusion de tous les enfants au registre, selon différents scénarios, pour faire en sorte que le registre démographique soit complet, 4) mise en place de registres nominatifs, 5) données de sortie, rapports et cartes destinés aux gestionnaires des programmes de vaccination à différents niveaux, 6) considérations relatives à la sélection des outils et normes informatiques,

aux mises à jour et à la maintenance, de même qu'au type de création et 7) usage éventuel des technologies mobiles.

Les participants se sont mis d'accord sur les points suivants : 1) il faut clairement définir les objectifs et l'envergure d'un registre informatisé relatif à la vaccination, 2) il est essentiel de suivre un processus de prise de décisions collaboratif et transparent ; 3) il est extrêmement important de se mettre d'accord à l'avance quant aux normes techniques et fonctionnelles à adopter et 4) une fois que le registre est mis en place sur le terrain, il faut réaliser de façon continue une formation et une supervision efficace du personnel et des gestionnaires de données pour s'assurer que des informations exactes et fiables sont régulièrement saisies dans le système.

Les participants ont fait preuve d'une franchise louable pour ce qui est de mettre en commun leurs expériences, leurs produits, leurs succès et leurs échecs. On met actuellement sur pied une communauté de praticiens, c'est-à-dire un site Internet conçu pour que les participants à la réunion et d'autres parties intéressées puissent partager documents et expériences, et échanger idées et informations. De plus, on prépare actuellement un rapport fondé sur les présentations de groupe effectuées lors de la réunion. Ce rapport résumera les leçons apprises, les pratiques optimales, ainsi que les problèmes existants et les solutions proposées concernant les questions relatives à la création et à la mise en place de registres nationaux nominatifs informatisés relatifs à la vaccination dans la Région. ■

## Fonds Renouvelable de l'OPS : Prix des Vaccins et des Seringues, 2011

Depuis plus de 30 ans, le Fonds renouvelable de l'OPS sert de mécanisme stratégique facilitant l'accès opportun à des vaccins et à des seringues sûrs, efficaces et abordables.

En 2010, dans le but de renforcer ce mécanisme et de maintenir son importance stratégique dans la Région, une série d'initiatives ont été mises en place, visant à une amélioration continue des services offerts par le Fonds renouvelable aux pays et aux territoires de la Région.

En vue de faciliter les prédictions relatives à la demande et d'en améliorer l'exactitude, on a apporté des améliorations à l'outil de planification de la demande (OPS-173). En outre, des séances de travail au sein des pays, avec la participation de représentants

du Fonds, des ministères de la Santé et des ministères des Finances et de douanes, ont permis de cerner des occasions d'améliorer aussi bien la coordination locale que les opérations du Fonds.

Durant l'année 2010, le Fonds renouvelable de l'OPS a aidé 40 pays et territoires en Amérique latine et dans les Caraïbes à acquérir ce dont ils avaient besoin en matière de vaccins, de seringues et d'équipement servant au maintien de la chaîne du froid. Le Fonds a fourni environ 188 millions de doses de vaccins, dont le vaccin

contre la grippe H1N1, pour une somme totale de 504,7 millions de dollars US.

La gamme de vaccins mis à disposition par le moyen du Fonds consiste en 51 présentations différentes, dont des vaccins récemment préqualifiés par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). On estime qu'en 2011, le Fonds fournira environ 187 millions de doses de vaccins.

En ce qui a trait aux seringues, on comptait en 2010 cinq fournisseurs pour neuf types de seringues différents. Le Fonds a mis à disposition 78,4 millions de seringues, pour un montant de 5,1 millions de dollars US. On estime qu'un nombre total de 82,6 millions de seringues doit être mis à disposition par le moyen du Fonds en 2011. ■

**Tableau 1. Prix des Vaccins Achetés par l'entremise du Fond Renouvelable de l'OPS, 2011 (prix en dollars Américains)**

Vaccin	Dose par ampoule	Coût moyen	Vaccin	Dose par ampoule	Coût moyen	
Antirabique à usage humain (cellules Véro) origine française	1	10,6000	Hib	lyophilisé	1	2,0000
Antirabique à usage humain (purifié sur cellules embryonnaires de poulet) origine indienne	1	10,5000		liquide	1	3,6000
BCG	10	0,1019	Méningocoque A+C polysidique	10	0,8500	
DT pédiatrique	10	0,0850	Méningocoque C conjugué	1	14,0000	
DTaP triple acellulaire pédiatrique	1	10,0000	Pneumocoque polysidique adulte	1	6,5084	
DTC	10	0,1750		5	6,4192	
DTC-Hépatite B-Hib	lyophilisé	1	2,9500	Pneumocoque pédiatrique conjugué (10 valent)	1	14,8500
	liquide	1	3,1900	Polio orale (plastique)	10	0,2100
DTC-Hib	lyophilisé	1	2,6500		20	0,1900
		10	3,5000	Polio inactivé	1	5,5000
	liquide	10	3,4000	Rotavirus liquide	calendrier de vaccination de deux doses	1
Fièvre jaune	origine brésilienne	10	0,6700			calendrier de vaccination de trois doses
	origine française	10	1,4000	Rougeole/Rubéole	1	
Grippe saisonnière hémisphère nord origine EUA	adulte 1	10	3,5000		10	0,5588
	adulte 2	10	3,9000	Rougeole/Oreillons (souche Zagreb)/Rubéole	1	1,6000
	pédiatrique	20	1,9500		5	0,8500
Hépatite A	adulte	1	11,0000		10	0,9200
	pédiatrique	1	7,1250	Rougeole/Oreillons/Rubéole (souche Urabe)	1	2,7000
Hépatite B (recombinant)	adulte	1	0,3700		10	2,0000
		10	0,2167	Td adulte	10	0,0798
	pédiatrique	1	0,2330	Tdap triple acellulaire adolescent/adult	1	8,5498
				Varicelle	1	8,5214
				Virus du papillome humain (bivalent)	1	14,0000

**Tableau 2. Prix des Seringues Achetées par l'entremise du Fonds Renouvelable de l'OPS, 2011 (prix en dollars Américains)**

Seringues jetables, plastiques, avec aiguille			Seringues autodestructibles, plastiques, avec aiguille		
Taille	Par boîte	Prix unitaire*	Taille	Par boîte	Prix unitaire*
1cc 22G x 1 1/2"	3 600	0,0395	0.5cc 22G x 1 1/2"	3 000	0,054
	2 000	0,0355			
	800	0,054			
1cc 23G x 1"	3 600	0,0395	0.5cc 23G x 1"	3 000	0,051
	800	0,054		1 300	0,049
1cc 25G x 5/8"	3 600	0,0395	0.5cc 25G x 5/8"	1 300	0,049
	2 000	0,0355		3 000	0,051
	800	0,054			
1cc 26G x 3/8"	3 600	0,0395	0.1cc 26G x 3/8"	1 300	0,058
	2 000	0,0355			
1cc 27G x 3/8"	3 600	0,0395	0.1cc 27G x 3/8"	3 300	0,065
				1 300	0,058
5cc 22G x 1 1/2"	1 600	0,043	* Prix FCA (Free Carrier) pour chaque seringue.		
	1 000	0,033			

Pour obtenir les prix à jour des vaccins, prière de visiter le site suivant : [http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&task=view&id=1864&Itemid=4135](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=1864&Itemid=4135) (cliquer sur « Vaccine Prices 2011 », dans la colonne intitulée « Revolving Fund Related Documents »).

## Questions fréquents sur le Fonds renouvelable

**Le Fonds renouvelable de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) est un mécanisme de coopération solidaire par l'intermédiaire duquel sont achetés les vaccins, les seringues et les fournitures apparentées, au nom des États membres participants.**

À travers le Fonds renouvelable, et depuis plus de 30 ans, les États membres participants ont assuré pour leurs programmes d'immunisation l'approvisionnement continu de produits qui respectent des normes élevées de qualité.

Tenant compte d'un principe d'équité et grâce à des économies d'échelle, tous les États membres participants ont eu accès aux mêmes produits offerts par le biais du Fonds renouvelable, au

prix le plus bas et unique, quelques soient la taille ou les conditions économiques du pays.

Tous les États membres participants contribuent à hauteur de 3,5% de la valeur nette de l'achat à un fonds commun. De ce pourcentage, 3% est utilisé intégralement comme capital de travail pour pouvoir offrir une ligne de crédit aux États membres participants qui la demandent, et 0,5% est utilisés pour supporter les dépenses

d'administration des activités d'achat. Cette ligne de crédit permet qu'un État membre rembourse le Fonds renouvelable dans un délai de 60 jours après l'arrivée des produits.

Le Fonds renouvelable a été l'élément clé pour que la Région des Amériques soit le point de référence mondial en matière de réussite des vaccins. Pour cette raison, il est de l'intérêt de tous de promouvoir ses succès et de protéger son bien-être.

## Questions Fréquentes

### À qui appartient le Fonds renouvelable et d'où proviennent les fonds pour l'acquisition des produits à travers ce mécanisme ?

Le Fonds renouvelable appartient aux États membres de l'OPS. L'OPS agit comme le secrétariat qui gère les processus de négociation et d'achat au nom des États membres participants. Les ressources qu'utilisent les pays pour l'acquisition des produits dont ils ont besoin par l'intermédiaire du Fonds renouvelable proviennent presque à 100% de leurs budgets nationaux. C'est pour cette raison que, en obtenant les prix les plus bas, le Fonds renouvelable favorise la viabilité financière des programmes nationaux d'immunisation.

### Quelles conditions doivent remplir les États membres pour participer au Fonds renouvelable de l'OPS ?

Afin de participer au Fonds renouvelable, un État membre de l'OPS doit remplir au moins trois conditions : disposer d'un plan d'action quinquennal pour son programme d'immunisation, disposer d'un poste budgétaire national pour l'acquisition de vaccins, seringues et fournitures en appui à son programme et, enfin, disposer d'une entité responsable de l'administration du programme. De même, les États membres participants doivent contribuer à hauteur de 3,5% de la valeur nette de chaque achat effectué et doivent être à jour en ce qui concerne leurs paiements à crédit.

### Comment le Fonds renouvelable de l'OPS réussit-il à offrir un prix unique et le plus bas aux États membres participants ?

À partir de sa planification annuelle, le Fonds renouvelable consolide les requêtes de tous les États membres participants en une seule demande régionale pour chaque produit. Dans cet appel d'offres ne s'indiquent pas seulement la quantité de vaccins, seringues et fournitures, mais aussi les caractéristiques qualitatives requises, les présentations requises et les conditions établies par l'OPS.

Le Fonds réussit à obtenir les prix les plus bas grâce aux économies d'échelle que la demande groupée représente pour les fabricants, et aux conditions, règles et procédures établies par l'OPS pour le Fonds renouvelable.

En s'accordant sur un prix unique et le plus bas pour chaque produit, les pays maximisent l'utilisation de leurs budgets nationaux pour l'acquisition de vaccins.

### Comment fonctionne le processus de négociation entre le Fonds renouvelable et les fabricants ?

Chaque année, le Fonds renouvelable prépare un appel d'offres public, en fonction de la demande annuelle consolidée des États membres participants. Dans cet appel d'offres sont indiquées non seulement les quantités de vaccins, seringues et fournitures associées mais aussi les caractéristiques de qualité requises, les présentations et les conditions établies par l'OPS.

L'appel d'offres est envoyé aux fabricants qui sont invités à présenter une soumission pour couvrir la demande annuelle indiquée. Après la date limite de clôture du processus d'appel d'offres, et en présence des fabricants participants, les soumissions sont ouvertes et les prix offerts sont donnés à connaître.

Les fabricants qui couvriront la demande annuelle calculée sont sélectionnés en fonction du prix le plus bas, de la quantité offerte et de la performance au niveau de la qualité et du service. Dans le but d'assurer l'approvisionnement, l'OPS couvre la demande calculée de chaque produit en attribuant le marché à au moins deux producteurs si possible.

### Quel est le but de la contribution de 3,5% sur les achats nets que font les États membres participants au Fonds renouvelable ?

De l'apport de 3,5% de la valeur nette du produit que font tous les États membres pour chaque achat effectués par l'intermédiaire du Fonds renouvelable est placée intégralement dans le fonds de capital commun, et 0,5% est utilisés pour supporter les dépenses d'administration des activités d'achat. Ce fonds est utilisé par l'OPS comme capital de travail pour octroyer une ligne de crédit aux États membres.

Le fonds de capital permet de s'acquitter des paiements aux fabricants avant de recevoir le remboursement des États membres, qui disposent d'un délai de 60 jours.

## Questions fréquents cont'd

### Si les États membres achètent leurs vaccins et fournitures par l'intermédiaire de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS), le Fonds renouvelable fait-il office de fournisseur aux yeux des pays ?

L'OPS n'est pas le fournisseur des vaccins. Au titre de la coopération technique de l'OPS, les pays peuvent procéder à des achats par le biais du Fonds renouvelable de l'OPS, qui se charge des fonctions de négociation, d'administration des ordres d'achat et de coordination des envois, ainsi que des fonctions financières de paiement aux fournisseurs et d'encaissement. Dans chaque transaction d'achat qu'effectue un État membre, le fabricant figure comme le fournisseur et le vendeur, et le pays comme l'acheteur. Le fabricant est responsable de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité du produit vendu vis-à-vis du pays acheteur.

### Comment l'OPS garantit-elle que les vaccins et les seringues achetés par l'intermédiaire du Fonds renouvelable sont de qualité, sûre et efficace ?

Les vaccins et les seringues qui sont offerts par l'intermédiaire du Fonds renouvelable sont des produits qui ont été pré-qualifiés par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Dans le contexte de cette pré-qualification, vérification a été faite du respect des principes et des spécifications de l'OMS relatifs aux bonnes pratiques de fabrication et aux bonnes pratiques cliniques, garantissant que les vaccins et seringues utilisés dans les services nationaux de vaccination sont sûrs et efficaces pour les populations recommandées et qu'ils répondent également aux spécifications opérationnelles particulières relatives à la présentation et à l'emballage.

Le Fonds renouvelable offre également certains produits qui ne sont pas considérés prioritaires par le système de pré-qualification de l'OMS, et qui pour cette raison ne sont pas évalués à des fins de pré-qualification. Pour l'acceptation de ces produits, il est exigé qu'ils soient avalisés par une agence régulatrice de référence parmi lesquelles se trouvent la FDA (Food and Drug Administration, États-Unis), EMEA (European Medicines Agency, Union européenne), Santé Canada (agence de réglementation canadienne), KFDA (Korea Food and Drug Agency, Corée) ou TGA (Therapeutic Goods Administration, Australie).

### Existe-t-il dans d'autres Régions du monde un mécanisme similaire au Fonds renouvelable pour l'acquisition de vaccins et de fournitures pour les systèmes de santé publique ?

À l'heure actuelle, seule la Région des Amériques dispose de ce mécanisme centralisé d'achats, néanmoins, d'autres Régions de l'OMS sont en cours de mise en œuvre de mécanismes similaires avec l'appui de l'OMS, de l'OPS et d'autres associés, en utilisant le Fonds renouvelable de l'OPS comme référence.

### Les lois nationales sont-elles importantes pour le fonctionnement du Fonds renouvelable ?

Par l'intermédiaire des lois nationales, les pays garantissent l'inscription au budget de fonds nationaux pour l'acquisition de vaccins, seringues et fournitures associées, assurant de cette manière la viabilité financière et opérationnelle des programmes d'immunisation.

### Comment le Fonds renouvelable contribue-t-il à l'introduction de nouveaux vaccins dans les programmes d'immunisation des pays ?

L'OPS dispose d'une équipe technique pour appuyer les pays à évaluer la rentabilité et la préparation technique nécessaire à l'introduction de nouveaux vaccins. Une fois que le pays décide d'introduire le nouveau vaccin dans son programme, il peut le faire par l'intermédiaire du Fonds renouvelable, si le nouveau vaccin est pré-qualifié par l'Organisation mondiale de la Santé. Chaque fois qu'un pays introduit dans son programme un nouveau vaccin et que celui-ci est acheté à travers le Fonds renouvelable, il renforce les économies d'échelle du Fonds et dispose chaque fois des prix les plus bas.

### Combien pourrait épargner un pays participant au Fonds renouvelable en achetant à travers ce mécanisme plutôt que directement auprès des fabricants ?

Conformément à des études réalisées, un pays qui achète par l'intermédiaire du Fonds renouvelable peut économiser un minimum de 11% par rapport à l'achat direct auprès du fabricant. Si l'on compare avec des pays en dehors de la Région, la différence de prix peut aller jusqu'au double.

La participation au Fonds renouvelable non seulement offre de meilleures conditions économiques, elle fournit également un accès à l'approvisionnement en vaccins, en particulier pour les pays qui auraient de grandes difficultés à acheter leurs vaccins eux-mêmes, étant donné le faible volume dont ils ont besoin.

De plus, en achetant par l'intermédiaire du Fonds renouvelable, les pays ont accès à des vaccins et des seringues qui sont pré-qualifiés selon les normes de l'Organisation mondiale de la Santé en matière de conditions et d'efficacité de leur utilisation.

### Le Fonds renouvelable favorise-t-il la production de vaccins et de seringues dans la Région des Amériques ?

Par l'intermédiaire du Fonds renouvelable, des vaccins et seringues provenant de divers fabricants dans le monde sont achetés, à condition d'être conforme aux conditions techniques établies par le Fonds renouvelable et d'offrir des conditions économiques favorables pour les États membres.

Le Fonds renouvelable ne participe pas au développement de projets ou programmes de production dans la Région mais il offre la possibilité pour de nouveaux fabricants de n'importe quelle Région du monde de participer aux processus d'appel d'offres, s'ils remplissent les conditions préétablies. ■

**Source :** Fonds renouvelable de l'OPS, FAQs. Disponible à : [www.paho.org/english/hvp/hvi/revol\\_fund.htm](http://www.paho.org/english/hvp/hvi/revol_fund.htm).

## Joignez-vous au programme STOP et aidez à prévenir les importations de rougeole, à éradiquer la polio et à renforcer les systèmes de vaccination !

Le programme STOP (en anglais Stop the Transmission of Polio, c'est-à-dire Arrêter la transmission de la polio) a été créé en 1999, comme élément des efforts réalisés par les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis afin de contribuer à l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP). Ce programme est un partenariat réalisé par les CDC avec l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), l'Association canadienne de santé publique (ACSP) et Rotary International. Depuis sa création, le programme STOP a formé et déployé plus de 1300 participants, vers plus de 60 pays.

Les participants au programme STOP fournissent une vaste gamme de services de soutien technique aux pays touchés par la polio. Ces services comprennent : surveillance sur le terrain concernant la polio et les autres maladies évitables par la vaccination, formation des prestataires locaux de soins de santé en matière de surveillance, et planification et suivi des campagnes de vaccination contre la polio et la rougeole. De plus, les participants ont aidé à établir des systèmes de gestion des données et à améliorer les systèmes

existants, et ont soutenu les ministères de la santé dans leurs activités de communications et de mobilisation sociale. Le programme STOP recrute du personnel de santé publique qualifié ainsi que d'autres professionnels qui ont au moins 5 ans d'expérience en santé publique et qui détiennent un diplôme universitaire. Les CDC et l'OMS couvrent toutes les dépenses relatives aux déplacements, aux indemnités journalières et à la formation, mais demandent que les agents de santé publique obtiennent un congé de la part de leur organisation actuelle et soient en mesure de s'engager pour une mission de 3 mois et demi, qui comprend deux semaines de formation et 3 mois de déploiement sur le terrain.

Les équipes STOP reçoivent deux semaines de formation intensive donnée par les experts en immunisation des CDC et destinée à accroître leur compréhension de l'éradication de la polio ainsi que des autres maladies évitables par la vaccination. Au cours de la mission de 3 mois sur le terrain, les participants ont l'occasion de travailler en étroite collaboration avec des homologues des ministères de la santé, de l'OMS, de l'UNICEF et des communautés locales au niveau des districts,

ainsi que d'aider à établir des ponts au niveau international et des contacts à l'échelle mondiale parmi des professionnels et des organisations qui travaillent en santé publique.

**Nous avons besoin des personnes suivantes :**

- **Professionnels de la santé publique**
- **Spécialistes des communications relatives à la santé**
- **Gestionnaires de données relatives à la santé publique**

Pour obtenir des renseignements, un formulaire de candidature ainsi que la présentation requise pour votre curriculum vitae (CV), prière de visiter le site du programme STOP : [www.cdc.gov/vaccines/programs/stop](http://www.cdc.gov/vaccines/programs/stop).

Prière d'envoyer toute question relative au programme à l'adresse suivante : [STOPinquires@cdc.gov](mailto:STOPinquires@cdc.gov). ■

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

Il est désormais possible de se procurer une compilation électronique du Bulletin, intitulée « *Thirty years of Immunization Newsletter: the History of the EPI in the Americas* », à l'adresse [www.paho.org/inb](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 XXXIII, Numéro 1 • Février 2011

**Éditeur : Carolina Danovaro**

**Éditeurs-adjoints : Gabriela Félix and 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/immunization>