



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



50^e CONSEIL DIRECTEUR 62^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

Washington, D.C., É-U, du 27 septembre au 1 octobre 2010

Point 4.10 de l'ordre du jour provisoire

CD50/14 (Fr.)

14 août 2010

ORIGINAL : ESPAGNOL

RENFORCEMENT DES PROGRAMMES DE VACCINATION

Document conceptuel

Introduction

1. En 1977, le Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) a créé le Programme élargi de vaccination par la résolution CD25.R27 afin de réduire la morbidité et la mortalité dues aux maladies évitables par la vaccination à des niveaux tels que ces maladies ne constitueraient plus un problème de santé publique.
2. Trente-deux ans après sa création, le Programme élargi de vaccination (PEV) aux Amériques continue de contribuer de manière fondamentale à la réduction de la morbidité et de la mortalité infantiles et il constitue un exemple d'organisation, d'engagement, de solidarité, d'équité et de qualité.

Antécédents

3. Le sujet de la vaccination a été abordé lors de plusieurs réunions des Organes directeurs de l'Organisation, toujours dans le but de présenter les nouveaux enjeux et de relever les nouveaux défis. Au cours des dernières années, plusieurs documents ont été approuvés et discutés, à savoir la « Stratégie Régionale visant au maintien des programmes nationaux d'immunisation dans les Amériques » (résolution CD47.R10 [2006]), « Procédures d'approvisionnement de l'OPS pour les achats stratégiques, y compris les vaccins » (Document d'information CD48/INF/8 du 48^e Conseil directeur [2008]) et le « Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins de l'Organisation panaméricaine de la Santé » (Document CD49/21 du 49^e Conseil directeur [2009]).

4. Bien que des progrès substantiels aient été enregistrés aux Amériques dans le domaine de l'immunisation, il est indispensable de concevoir des stratégies qui permettent de préserver les acquis, d'aborder le programme inachevé et de faire face aux nouveaux enjeux, comme l'introduction de nouveaux vaccins.

5. Lors de la création du PEV, les États membres dans leur majorité ne disposaient pas de programme de vaccination de routine ; c'est pourquoi il n'existait pas de responsables à l'échelle nationale, ni de ressources humaines qualifiées, d'infrastructures requises, ou de budget adéquat pour ces activités.

6. Les États membres, forts de l'engagement de leurs ministres de la santé et en collaboration avec l'OPS et ses partenaires, se sont consacrés à la mise en place de toutes les composantes du PEV à l'échelle nationale, ainsi qu'à l'application d'un calendrier vaccinal de base qui envisageait l'administration de vaccins contre la poliomyélite (VPO), contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DPC), contre la rougeole et contre les formes graves de tuberculose (BCG).

7. Alors que les PEV se développaient à l'échelle nationale et se consolidaient, de nouveaux vaccins étaient aussi développés. C'est ainsi qu'en 1990 a été introduit un nouveau vaccin contre l'hépatite B et en 1995 le vaccin dénommé pentavalent (DTC-Hib-HepB) qui a permis d'ajouter au calendrier le vaccin contre l'*Haemophilus influenzae* de type b (Hib). La région des Amériques a été celle qui a introduit avec le plus de célérité ce vaccin dans les calendriers vaccinaux de routine.

8. De même, suite à une recommandation du Groupe consultatif technique en matière d'immunisation de l'OPS, un vaccin anti-amaril a été introduit dans le calendrier vaccinal régulier dans les pays ayant des zones enzootiques. À partir de 2004, l'introduction du vaccin contre la grippe saisonnière a été accélérée.

9. En exécution de son mandat, l'OPS prête des services consultatifs techniques aux pays, ce qui a permis, entre autres, de disposer d'équipes nationales solides, de postes budgétaires spécifiques pour le programme, de lois nationales de vaccination, de systèmes d'information, de comités nationaux d'immunisation, de comités de coopération interagences et d'une forte participation de la société civile.

10. Le ferme engagement des États membres a permis que le PEV soit considéré comme un bien public et il a été établi que la vaccination relève de la responsabilité des services publics. Il est estimé que, grâce à ce ferme engagement politique, plus de 95% du budget nécessaire à l'achat de vaccins et au fonctionnement des programmes nationaux en Amérique latine et les Caraïbes provient actuellement de fonds nationaux.

11. Au même temps, l'OPS a consolidé à l'échelon Régional un groupe d'experts dans le domaine et a mis sur pied un réseau d'épidémiologistes présents dans la majorité des pays de la Région et chargés des questions d'immunisation, de même qu'elle a créé un réseau de laboratoires et un système de surveillance épidémiologique des maladies évitables par la vaccination. En parallèle, un vaste réseau de partenaires a été créé avec la participation d'institutions internationales de recherche, d'organisations de la société civile, de médias, de personnalités connues du public et de gouvernements des pays bailleurs de fonds.

Analyse de la situation

12. Le PEV est une composante fondamentale du renforcement des services de santé et de soins primaires et de l'approche intégrée de la santé familiale et communautaire.

13. Le PEV est le programme de santé le plus accepté sur le plan social, ce qui reflète l'engagement et la coresponsabilité des pays, des agents de santé, des institutions internationales et Régionales et des divers acteurs sociaux.

14. Les taux de couverture vaccinale obtenus dans la Région sont parmi les taux les plus élevés au monde. En 2008, la couverture vaccinale du BCG était de 97%, de 93% pour le VPO3 et de 93% pour le DTC-Hib3 chez les enfants âgés de moins d'un an, et de 94% pour le ROR chez les enfants âgés d'un an.

15. Grâce aux taux de couverture obtenus, la Région est, entre autre, exempte de cas de poliomyélite due au virus sauvage depuis 1991 et n'a pas rapporté de cas de rougeole autochtone depuis 2002 et la non notification de cas de rougeole endémique depuis plus d'un an. En mars 2010, la Région des Amériques a conclu la Phase I du confinement du poliovirus sauvage en laboratoire, une étape préalable à la déclaration de l'éradication de la poliomyélite dans le monde. La Phase I consiste à recenser les laboratoires du continent américain qui maintiennent encore des stocks de virus sauvage.

16. Le PEV est également en alerte devant le risque de réintroduction de maladies qui ont été éradiquées ou éliminées de notre région. Un bon exemple est le renforcement de la surveillance épidémiologique associée à des événements internationaux majeurs qui causent une mobilisation importante de la population (Jeux Olympiques, la Coupe du monde de cricket, la Coupe du monde) et la préparation de la réponse rapide face à la présence de cas ou d'épidémies.

17. Cependant, une analyse de la couverture vaccinale aux niveaux national, infranational et surtout municipal, révèle que des enjeux de taille persistent encore. Selon l'information fournie par les États membres lors de l'élaboration des formulaires conjoints de notification OPS-OMS/UNICEF (*Joint Reporting Forms*) pour 2008, 44%

des municipalités d'Amérique latine et des Caraïbes ont montré une couverture inférieure à 95% (vaccin DTC3 comme marqueur). Il est estimé que 55% des enfants de moins d'un an vivent dans ces municipalités.

18. Dans la Région, l'impact du PEV sur les niveaux de santé de la population a été important. Il est estimé qu'entre 1990 et 2002, un tiers des décès ayant été évité chez les enfants a été dû à l'immunisation. Grâce au programme de routine, environ 174 000 morts parmi les enfants sont évitées chaque année en Amérique latine et les Caraïbes et avec l'utilisation des nouveaux vaccins (contre le rotavirus, le pneumocoque et le virus du papillome humain), des milliers de cas et de décès seront en outre évités parmi divers groupes d'âge. Ces résultats représentent une avancée du PEV vers l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD).

19. Une composante fondamentale pour la mise en œuvre et le succès du PEV a été le Fonds renouvelable de l'OPS pour l'achat de vaccins (FR), créé en 1977 par résolution du 25^e Conseil directeur (CD25.R27). Ce Fonds constitue le mécanisme de coopération grâce auquel les États membres jouissent d'un accès opportun et suffisant à des vaccins de qualité aux prix les plus bas. En vertu des principes d'équité, de solidarité, de panaméricanisme et de transparence, le FR a permis la disponibilité opportune de vaccins et représente un élément fondamental pour l'introduction des nouveaux vaccins.

20. À l'heure actuelle, la majorité des États membres participe au FR et, par son entremise, ce sont 27 antigènes, avec 39 présentations différentes préqualifiées par l'OMS, offertes par 13 producteurs, qui sont mis à disposition. En 2009, sans prendre en compte le vaccin contre la grippe A(H1N1), un total de 156 millions de doses ont été acquises par le biais du FR, pour un coût total d'environ US \$302 millions,¹ ce qui représente un peu plus de quatre fois le coût total des doses acquises en 2000 (\$69 millions).

21. Dans le cadre des interventions du FR, l'OPS a fourni un appui technique aux pays en vue de garantir la qualité des vaccins et des seringues qui sont utilisées dans les programmes nationaux. À cette fin, des efforts sont déployés en matière du renforcement des capacités des autorités de réglementation nationales, ainsi que de la création du réseau de laboratoires pour le contrôle de la qualité des seringues et des fournitures du programme de vaccination.

22. Le Plan Régional pour le contrôle de la qualité et la sécurité des seringues a été établi en 2005 en appui au processus d'achat de seringues par le biais du Fonds renouvelable pour les programmes nationaux de vaccination. Le plan a pour objectif

¹ À moins qu'il ne soit indiqué autrement, tous les chiffres correspondant à des montants financiers dans ce rapport sont exprimés en dollars américains.

d'assurer la qualité, l'efficacité et la sécurité des seringues ; c'est pourquoi les mécanismes d'achat et de contrôle des seringues ont été renforcés au moyen a) de la réalisation des tests de laboratoire pour vérifier la conformité et la mise en œuvre des normes ISO concernant les produits devant être acquis par appel d'offres et du suivi des produits reçus par les pays et b) du développement de la capacité institutionnelle au sein de l'Autorité de réglementation nationale de contrôle (ARN) pour réaliser des tests de contrôle de la qualité.

23. La réponse rapide et en temps opportun à toute préoccupation du public concernant la vaccination et le développement de la notion de vaccination sans danger, ont réussi à préserver l'intégrité des programmes de vaccination et maintenir la confiance du public dans les vaccins. Par conséquent, tous les programmes de vaccination doivent assurer la sécurité de la vaccination et doivent être prêts à répondre aux préoccupations du public en général.

24. Le Programme élargi de vaccination de l'OPS collabore avec les pays concernant les trois composantes qui forment la chaîne du froid : stockage, distribution et transport adéquat des vaccins. Ces trois éléments sont nécessaires pour garantir que les vaccins conservent leurs propriétés immunobiologiques et éviter que les activités de vaccination soient interrompues pour cause de manque de vaccins. Avec l'introduction de nouveaux vaccins, la capacité de la chaîne du froid a été renforcée à tous les niveaux, de même que la formation du personnel de santé concernant ce sujet.

25. L'information, en tant qu'élément fondamental de la prise de décisions, représente l'une des composantes essentielles du succès du programme car elle permet de connaître les couvertures vaccinales, les données relatives à la surveillance épidémiologique et le suivi des indicateurs. Cependant, il est indispensable de s'efforcer encore plus pour améliorer la qualité des données.

26. Le réseau de laboratoires pour le diagnostic des maladies évitables par la vaccination permet de disposer des informations opportunes pour la prise de décisions, ainsi que pour la vérification des processus de contrôle et d'éradication de ces maladies. Il existe plus de 148 laboratoires dans la Région qui réalisent le diagnostic de rougeole/rubéole et 11 laboratoires pour le diagnostic de la poliomyélite. Avec l'incorporation de nouveaux vaccins aux programmes de vaccination de routine dans les États membres, la capacité des laboratoires pour le diagnostic du rotavirus, du pneumocoque et du virus du papillome humain (VPH) a été renforcée.

27. La Semaine de la vaccination aux Amériques a permis que les PEV bénéficient d'une haute priorité politique et d'un engagement social ferme, avec le développement d'activités qui encouragent la participation des gouvernements, des organisations de la société civile, des institutions universitaires et des organismes internationaux, etc. Cette

initiative, lancée en 2003, a permis de faire de la vaccination un bien public Régional. Au moyen de cette initiative, les pays ont pu administrer près de 300 millions de doses de vaccins dans tous les groupes d'âge, particulièrement parmi les populations vulnérables et d'accès difficile, ce qui fait de cette initiative un instrument permettant d'instaurer l'équité et d'égalité à mesure que les écarts d'accès à la santé se réduisent et, surtout, de maintenir l'engagement de tous les acteurs en ce qui concerne les activités de prévention. Cette année s'est tenue la 8^e Semaine de la vaccination aux Amériques, laquelle a eu pour thème « Parvenir à tous ». En prenant comme exemple cette expérience fructueuse aux Amériques, la Région de l'Europe a lancé, il y a cinq ans, une initiative similaire et la Région de la Méditerranée orientale en a lancé une cette année. C'est ainsi que, durant la dernière semaine d'avril 2010, 122 pays de trois Régions de l'OMS ont simultanément tenu une Semaine internationale de la vaccination. Il est espéré que cette initiative continuera de s'élargir pour devenir une Semaine mondiale de la vaccination avec la participation d'autres Régions du monde.

28. Aux Amériques, il y a eu une introduction rapide du vaccin contre la grippe saisonnière au cours des cinq dernières années (2004-2008). Le nombre de pays et territoires qui utilisaient le vaccin dans le secteur publique est passé de 13 en 2003 à 35 en 2008, dont 26 utilisent la formulation de l'hémisphère nord et 9 utilisent la formulation de l'hémisphère sud. L'expérience acquise avec le vaccin saisonnier a permis aux pays d'être mieux préparés pour la vaccination contre la grippe pandémique.

29. Un exemple de la capacité de réponse du PEV, du point de vue technique et administratif, est celui de la réponse apportée face à la recrudescence de la grippe A(H1N1) et à la planification de l'introduction du vaccin préventif correspondant. L'élaboration de plans nationaux de réponse, la formation des ressources humaines, la création de manuels et de directives, la préparation à l'étude des événements supposément attribuables à la vaccination ou à l'immunisation (ESAVI) et l'administration du vaccin ont permis le renforcement des programmes nationaux de vaccination.

30. Les États membres de la Région ont pu avoir accès au vaccin contre la grippe A(H1N1) au travers de l'achat direct par les pays auprès des producteurs (Argentine, Brésil [partiel], Canada, États-Unis d'Amérique, Mexique, Suriname [partiel]) d'environ 315 millions de doses. Des contributions reçues par l'entremise de l'OMS ont permis l'achat d'environ 11 millions de doses (Bolivie, Cuba, Chili, El Salvador, Guatemala, Guyana, Haïti, Honduras, Nicaragua, Paraguay [partiel] et Suriname), alors que par le biais du Fond Renouvelable, 24 pays ont pu acheter 20 millions de doses du vaccin et de satisfaire ainsi la totalité de la demande provenant des États membres. Au 6 août, plus de 400 millions de doses ont été administrées dans le monde et environ 197 millions de doses ont été administrées dans la Région des Amériques.

31. La disponibilité de nouveaux vaccins qui contribuent à la diminution de la mortalité et de la morbidité dues au rotavirus, au pneumocoque et au VPH offre l'opportunité d'atteindre les OMD mais leur introduction doit se concrétiser lorsque les pays pourront le faire sur une base durable.

32. L'introduction de nouveaux vaccins dans le programme de vaccination de routine doit relever de la décision de chaque pays, en fonction des preuves scientifiques existantes, ainsi que de critères techniques et programmatiques. De même, il faut prendre en compte les aspects sociaux et l'engagement politique qui garantit la durabilité financière de ces vaccins. C'est pourquoi l'OPS prête son appui technique au renforcement de l'infrastructure, des aspects de logistique et de gestion, des ressources humaines qualifiées, de la chaîne de froid, des systèmes d'information, de la surveillance épidémiologique, du réseau de laboratoires, de la supervision et de l'évaluation de l'effet du vaccin.

33. Un aspect important concernant l'introduction des nouveaux vaccins consiste à assurer la pérennité financière des programmes nationaux de vaccination. Si, aux coûts actuels des vaccins offerts par le FR, est ajouté le coût du vaccin contre le rotavirus, il est estimé que le programme de vaccination devra doubler son budget correspondant à l'achat de vaccins et que, pour le vaccin contre le pneumocoque, le budget devra être sept fois plus élevé.

34. Compte tenu des fortes répercussions budgétaires sur les États membres de l'introduction des nouveaux vaccins, l'OPS a lancé l'initiative ProVac qui a pour objectif de renforcer les capacités nationales pour la prise de décisions fondées sur les preuves, avec entre autres l'élaboration d'études de coût-efficacité ainsi que d'études de suivi des effets.

35. L'existence de lois ou de règlements comprenant un poste budgétaire pour le fonctionnement du PEV et l'achat de vaccins est un élément indispensable pour la pérennité budgétaire à long terme du programme de vaccination et pour l'introduction de nouveaux vaccins. En date, 17 pays de la Région disposent d'une législation ou d'un règlement en matière de vaccins (Argentine, Bolivie, Chili, Colombie, Équateur, El Salvador, Guatemala, Guyana, Guyane française, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Pérou, République dominicaine, Suriname, Uruguay et Venezuela).

36. À cette date, 13 pays et un territoire de la Région ont introduit le nouveau vaccin contre le pneumocoque dans le cadre de leur programme de vaccination de routine (Aruba, Barbade, Bermuda, Canada, Costa Rica, El Salvador, Équateur, États-Unis d'Amérique, Guyana, Îles Caïmanes, Mexique, Panama, Pérou et Uruguay), alors que 15 autres pays et un territoire ont introduit le vaccin contre le rotavirus (Bolivie, Brésil, Colombie, El Salvador, Équateur, États-Unis d'Amérique, Guatemala, Guyana,

Honduras, Îles Caïmanes, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou et Venezuela). Il est prévu que vers la fin de 2010, le nombre de pays qui utiliseront le vaccin contre le pneumocoque sera de 17 lorsque le Brésil, le Chili et Trinité-et-Tobago rejoignent le premier groupe ; et 17 autres utiliseront le vaccin contre le rotavirus lorsque le Costa Rica rejoigne le premier groupe de pays.

37. Dans le cadre de ces initiatives pour l'introduction de nouveaux vaccins l'OPS fournit une coopération technique en matière de surveillance épidémiologique de ces maladies et de l'identification des sérotypes et souches en circulation. À ce jour, 15 pays de la Région ont mis en place un système de surveillance sentinelle pour les rotavirus (Bolivie, Brésil, Chili, Colombie, El Salvador, Équateur, Guatemala, Guyana, Honduras, Nicaragua, Panama, Paraguay, Saint-Vincent-et-Grenadines, Suriname et Venezuela) et 9 autres le feront pour le pneumocoque (Bolivie, Brésil, El Salvador, Honduras, Équateur, Guatemala, Panama, Paraguay et Venezuela). Deux pays (l'Argentine et le Pérou) sont dans le processus de mise en œuvre de la surveillance sentinelle pour les rotavirus cette année et un pays (Nicaragua) est dans le processus de mise en œuvre de la surveillance des maladies à pneumocoques.

38. Bien que la disponibilité de nouveaux vaccins permette d'augmenter les bénéfices du PEV, il faut néanmoins prendre en compte les défis qu'ils représentent, comme par exemple un coût élevé, un nombre limité de producteurs, des nouveaux acteurs intervenant dans le domaine de l'immunisation et des mécanismes de coopération publique-privée différents à l'échelle internationale.

39. La production de nouveaux vaccins dans les pays d'Amérique latine et des Caraïbes est limitée. Face aux coûts élevés de ces nouveaux vaccins et au vu de l'urgence créée par la grippe A(H1N1), les États membres ont fait état de la nécessité de renforcer la capacité de production Régionale pour pouvoir couvrir les besoins régionaux en vaccins et garantir leur qualité.

Proposition

40. L'existence dans d'autres Régions du monde de maladies qui, en Amérique, ont déjà disparu ou ont été éradiquées, la mobilité accrue des personnes dans tous les pays, ainsi que la persistance de couvertures vaccinales inférieures à 95% dans nombre de municipalités de la Région, constituent des motifs sérieux en faveur du maintien du PEV à l'ordre du jour des entités politiques, sociales et de santé publique.

41. Il est utile que les États membres maintiennent le PEV comme un bien public, ce qui permettra de préserver les acquis et d'affronter les nouveaux défis.

42. Sur la base des résolutions précédentes adoptées par le Conseil directeur et des dispositions du Programme d'action sanitaire pour les Amériques, les États membres sont invités à soutenir la Stratégie régionale d'immunisation, en restant fidèles, comme en 1977 lors de la création du PEV, à la perspective de réduction de la morbidité et de la mortalité dues aux maladies évitables par la vaccination, jusqu'à ce que celles-ci ne représentent plus un problème de santé publique. C'est pourquoi il est indispensable d'atteindre les objectifs suivants :

- a) Préserver les acquis : Région exempte de poliomyélite, de rougeole, de rubéole et de syndrome de rubéole congénitale et contrôle de la diphtérie, de la coqueluche et du Hib.
- b) Conclure le programme inachevé : élimination du tétanos néonatal ; contrôle épidémiologique de l'hépatite B, de la grippe saisonnière et de la fièvre jaune ; obtention par toutes les municipalités d'une couverture de plus de 95% (en prenant le DTC3 comme marqueur) et fin de la transition d'une approche de la vaccination orientée vers l'enfant à une approche visant l'immunisation compréhensive de la famille.
- c) Affronter les nouveaux défis : introduire des nouveaux vaccins qui contribuent à la réalisation des objectifs du Millénaire ; renforcer la capacité nationale en matière de prise de décisions ; promouvoir la pérennité financière du PEV et renforcer les services de vaccination et d'immunisation dans le cadre des systèmes et services fondés sur les soins primaires de santé.
- d) Maintenir le Fonds renouvelable de l'OPS pour l'achat de vaccins en tant que composante essentielle permettant de garantir l'accès opportun aux vaccins de qualité, de maintenir les principes d'équité, de solidarité et de panaméricanisme, ainsi que d'offrir les prix les plus bas et uniques. Il faut également que la capacité opérationnelle du Fonds renouvelable soit renforcée pour accroître son efficacité.
- e) Renforcer la capacité opérationnelle des programmes nationaux de vaccination dans le cadre des soins primaires de santé, grâce à des stratégies qui permettent de garantir les interventions dans les municipalités où la couverture vaccinale est faible, ainsi que parmi les populations défavorisées et difficiles d'accès.

43. L'OPS devra continuer à fournir une assistance technique aux États membres pour la prise de décisions fondées sur des preuves au moyen des centres d'excellence du

Réseau ProVac, constitué de centres universitaires dont l'expertise en matière d'évaluation économique et d'analyse des décisions est reconnue.

Mesures à prendre par le Conseil directeur

44. Le Conseil directeur est invité à examiner les progrès du Programme élargi de vaccination aux Amériques, ainsi que les défis auxquels il fait face, et à renouveler son engagement en faveur de la Stratégie régionale d'immunisation et sa vision dans le but de préserver les acquis et de relever les nouveaux défis. De même, il est demandé au Conseil directeur d'envisager l'approbation de la résolution proposée par le Comité exécutif dans sa 146^e session (annexe B).

Annexes



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
Bureau sanitaire panaméricaine, Bureau régional de
L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

CD50/14 (Fr.)
Annexe A

**FORMULAIRE ANALYTIQUE VISANT À LIER UN POINT DE L'ORDRE DU JOUR
AUX DOMAINES DE L'ORGANISATION**

1. Point de l'ordre du jour : 4.10 : Renforcement des programmes de vaccination

2. Unité responsable : Projet d'immunisation comprehensive de la famille (FCH/IM)

3. Fonctionnaire chargé de la préparation : Cuauhtemoc Ruiz Matús

4. Liste de centres collaborateurs et d'institutions nationales liés à ce point de l'ordre du jour :

- Ministères de la santé (tous les pays de l'Amérique latine et des Caraïbes)
- Organisation mondiale de la Santé
- UNICEF
- Département de la santé et des services sociaux des États-Unis d'Amérique
- Organisme de santé publique du Canada
- Centre d'épidémiologie des Caraïbes
- Centre latino-américain de périnatalogie et de développement humain
- Groupe consultatif technique sur les maladies évitables par la vaccination
- Croix-Rouge des États-Unis d'Amérique
- Fondation Bill et Melinda Gates
- Centres de contrôle et de prévention des maladies (EUA)
- Agence canadienne pour le développement international
- Alliance GAVI
- Banque interaméricaine de Développement
- Agence Espagnole de Coopération Internationale pour le Développement
- Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge
- Organisme japonais de coopération internationale
- March of Dimes
- Sabin Vaccine Institute
- Fonds des Nations Unies pour l'enfance
- Agence des États-Unis d'Amérique pour le développement international
- Église de Jésus Christ des Saints des Derniers Jours

5. Liens entre ce point de l'ordre du jour et le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 :

Le Programme élargi de vaccination est lié à tous les domaines d'action établis dans le Programme d'action sanitaire pour les Amériques, notamment :

- a) Le renforcement de l'autorité sanitaire nationale : collaboration intersectorielle, participation communautaire, engagement politique envers la santé, égalité en matière de santé et mobilisation des ressources.
- b) La mise à profit des connaissances, de la science et de la technologie : évaluation systématique des

programmes et stratégies fondées sur des données probantes, la dissémination de l'information sanitaire et le renforcement de la veille sanitaire.

- c) Le renforcement de la sécurité sanitaire : mesures prises pour affronter les catastrophes naturelles, les pandémies et les zoonoses et garantir la santé des populations frontalières.
- d) La réduction des inégalités en matière de santé entre les pays et à l'intérieur de ceux-ci : amélioration de la santé des populations vulnérables, promotion de la continuité des soins aux femmes et mesures spécifiques visant à réduire le taux de mortalité maternelle, néonatale et infantile parmi tous les groupes de la société.
- e) La réduction des risques et le fardeau de la maladie : mesures pour combattre les maladies évitables par la vaccination et leurs séquelles.
- f) L'accroissement de la protection sociale et l'accès aux services de santé de qualité : promotion de l'accès universel aux services de santé, promotion de la stratégie de soins primaires de santé.
- g) Le renforcement de la gestion et le développement des agents de santé : meilleures occasions d'accroître la capacité du personnel sanitaire.

6. Liens entre ce point de l'ordre du jour et le Plan stratégique 2008-2012 :

Objectif stratégique 1 : Réduire le fardeau sanitaire, social et économique des maladies transmissibles.

7. Meilleures pratiques appliquées dans ce secteur et exemples tirés des pays de la Région des Amériques :

- La fonction du Programme élargi de vaccination qui vise à renforcer la capacité du personnel sanitaire, à préserver l'engagement politique et des communautés et à réduire le taux de mortalité maternelle et infantile.
- Les stratégies d'élimination et d'éradication des maladies évitables par la vaccination, notamment les améliorations dans la surveillance et la capacité en matière de laboratoires.
- L'évolution et la pérennité des programmes nationaux de vaccination avec la capacité de prêter un appui à l'introduction de nouveaux vaccins.
- La fonction du Fonds renouvelable du Programme élargi de vaccination pour l'achat de vaccins en vue de l'achat opportun de vaccins sûrs et de haute qualité.
- Une plus grande capacité nationale de prise de décisions fondées sur des données probantes.
- L'élaboration de stratégies et d'initiatives pour atteindre les populations vulnérables et leur fournir des services de santé de qualité.
- Les enseignements tirés pour épauler la transition des programmes de vaccination de l'enfant vers des programmes de vaccination familiale.
- La riposte rapide aux pandémies et une plus grande capacité nationale pour aborder les événements supposément attribuables à la vaccination ou à l'immunisation.

8. Incidences budgétaires du point l'ordre du jour en question :

Le budget calculé pour l'exercice biennal 2010-2011 se monte à \$34 300 000, financés par les États membres et les partenaires stratégiques de l'OPS.



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



50^e CONSEIL DIRECTEUR **62^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL**

Washington, D.C., É-U, du 27 septembre au 1^{er} octobre 2010

CD50/14 (Fr.)
Annexe B
ORIGINAL : ESPAGNOL

PROJET DE RÉSOLUTION

RENFORCEMENT DES PROGRAMMES DE VACCINATION

LE 50^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le document conceptuel, *Renforcement des programmes de vaccination* (document CD50/14), et les importantes avancées enregistrées par les pays dans le domaine de la vaccination ;

Reconnaissant que les États membres et l'Organisation panaméricaine de la santé ont déployé des efforts concrets pour harmoniser les politiques et les stratégies de vaccination, en encourageant la formation d'équipes nationales quant à la gestion et la mise en œuvre efficaces des programmes nationaux et en assimilant le Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins comme mécanisme de coopération qui favorise l'accès aux produits biologiques et autres articles pour tous les États membres ;

Reconnaissant que quelques États membres ont défini la vaccination comme faisant partie du domaine public contribuant de manière substantielle à la réduction de la mortalité infantile et qui a abouti à l'éradication de la poliomyélite et à l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale, ainsi qu'au contrôle épidémiologique d'autres maladies évitables par la vaccination dans la Région ;

Réitérant que le Fonds renouvelable a joué un rôle déterminant dans l'accès opportun et équitable aux vaccins par les États membres et que, dans le cadre de la coopération technique, il a facilité la normalisation des programmes de vaccination dans les pays des Amériques, l'obtention de couvertures vaccinales élevées et la réponse opportune face aux flambées épidémiques et autres urgences sanitaires, ainsi que

l'introduction accélérée de l'utilisation de « nouveaux vaccins » comme ceux contre le rotavirus, le pneumocoque, le virus du papillome humain (VPH) et, récemment, contre le virus de la grippe A(H1N1) ;

Reconnaissant que la défense des programmes nationaux et régionaux de vaccination est une condition indispensable à la préservation des acquis obtenus par tous les États membres et que la réduction des niveaux de vaccination dans n'importe quel pays affecte directement les autres pays,

DÉCIDE :

1. De prier instamment les États membres :
 - a) d'entériner les programmes nationaux de vaccination comme bien public ;
 - b) de soutenir la Stratégie régionale d'immunisation et sa vision et de viser les objectifs suivants :
 - préserver les acquis : Région exempte de poliomyélite, de rougeole, de rubéole et de syndrome de rubéole congénitale et contrôle de la diphtérie, de la coqueluche et du Hib ;
 - conclure le programme inachevé : élimination du tétanos néonatal ; contrôle épidémiologique de l'hépatite B, de la grippe saisonnière et de la fièvre jaune ; obtention par toutes les municipalités d'une couverture de plus de 95% (en prenant le DTC3 comme marqueur) ; et fin de la transition d'une approche de la vaccination orientée vers l'enfant à une approche visant l'immunisation compréhensive de la famille ;
 - affronter les nouveaux défis : introduire des nouveaux vaccins qui contribuent à la réalisation des OMD ; renforcer la capacité nationale en matière de prise de décisions ; promouvoir la pérennité financière du PEV ; et renforcer les services de vaccination et d'immunisation dans le cadre des systèmes et services fondés sur les soins primaires de santé ;
 - soutenir le Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins de l'OPS comme mécanisme de coopération stratégique qui permet un accès opportun et équitable des États membres aux produits du programme de vaccination.

2. De demander à la Directrice :
 - a) de continuer à fournir un appui technique aux États membres pour renforcer la capacité opérationnelle des programmes nationaux de vaccination dans le cadre des soins primaires de santé, en recourant à des stratégies qui permettent de garantir des interventions dans les municipalités où la couverture vaccinale est faible, ainsi qu'au sein des communautés d'accès difficile en situation vulnérable ;
 - b) de fournir une assistance technique aux États membres pour la prise de décisions fondées sur des preuves, au moyen des centres d'excellence du Réseau ProVac ;
 - c) de renforcer le Fonds renouvelable et de veiller à ce qu'il demeure un outil efficace et actif, selon les règles et les principes qui le régissent et ont permis qu'il obtienne des résultats couronnés de succès tout au long de ses 30 années d'activité.



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
Bureau sanitaire panaméricaine, Bureau régional de
L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

CD50/14 (Fr.)
Annexe C

**Rapport sur les incidences administratives et budgétaires
qu'auront pour le Secrétariat le projet de résolution**

1. Point de l'ordre du jour 4.10 : Renforcement des programmes de vaccination

2. Lien avec le budget programme 2008-2009 :

a) **Domaine d'activité :** Projet d'immunisation intégrale de la famille (FCH/IM)

b) **Résultat escompté :**

Objectif stratégique 1 : Réduire le fardeau sanitaire, social et économique des maladies transmissibles.

Trois résultats escomptés au niveau Régional :

RER 1.1 : États membres bénéficiant d'un appui au moyen de la coopération technique visant à accroître au maximum l'accès équitable de toutes les personnes à des vaccins de qualité garantie, y compris aux nouveaux produits et techniques d'immunisation sous-utilisés ; renforcement des services de vaccination et intégration d'autres interventions essentielles en matière de santé de la famille et de l'enfant en parallèle à la vaccination.

RER 1.2 : États membres bénéficiant d'un appui au moyen de la coopération technique pour préserver l'élimination de la rougeole et l'éradication de la poliomyélite et parvenir à l'élimination de la rubéole, du syndrome de rubéole congénitale (SRC) et du tétanos néonatal.

RER 1.4 : États membres soutenus au moyen de la coopération technique pour accroître leur capacité de surveillance et de riposte aux maladies transmissibles, en tant que composante d'un système intégral de surveillance et d'information sanitaire (l'indicateur 1.4.2 correspond à FCH/IM).

Le budget total par programmes pour l'exercice biennal 2008-2010 se monte à \$32,3 millions. À la suite figure un tableau des taux d'exécution des fonds répartis au siège pour l'exercice biennal 2008-2009.

RER	Budgétisé	Décaissé	Taux d'exécution
RER 1.1	11 367 798	10 363 755	91,2%
RER 1.2	2 563 709	2 450 629	97,1%
RER 1.4	1 427 838	1 365 902	95,7%
TOTAL	17 219 045	16 511 494	95,9%

3. Incidences budgétaires

- a) **Coût estimatif total de la mise en œuvre de la résolution sur toute sa durée (à US \$10 000 près, activités et personnel compris) :** Comme indiqué ci-dessous, notre budget calculé pour l'exercice biennal 2010-2011 se chiffre à \$34 400 000. Ce calcul envisage le Projet FCH/IM dans son ensemble. Le coût pour les exercices futurs devrait être similaire ou plus élevé que celui de l'exercice biennal 2010-2011.
- b) **Coût estimatif pour l'exercice 2010-2011 (à US \$10 000 près, activités et personnel compris) :** Le budget total estimatif pour l'exercice biennal 2010-2011 se monte à \$34 400 000.
- c) **Sur le coût estimatif indiqué au point b), quel montant peut être inclus dans les activités programmées existantes ? :**

Opérations : \$22 704 000

Fonctionnaires dont la nomination est à durée déterminée : \$9 288 000

Frais d'appui aux programmes (frais généraux de la subvention) : \$2 408 000

4. Incidences administratives

- a) **indiquer les niveaux de l'Organisation où les activités seront exécutées :** Le travail sera entrepris à l'échelle Régionale et nationale.
- b) **besoins supplémentaires de dotations en personnel (indiquer le personnel supplémentaire à plein temps nécessaire, en précisant les qualifications requises) :** Les besoins supplémentaires de personnel incluent un conseiller en matière de virus du papillome humain, le poste de responsable d'immunisation en Bolivie et un spécialiste en matière d'introduction des nouveaux vaccins.

c) calendriers (indiquer des calendriers approximatifs pour la mise en œuvre et l'évaluation) : Le délai d'exécution est de deux ans et des évaluations périodiques seront menées tous les six mois.

- - -