



# Bulletin d'immunisation

Organisation panaméricaine de la Santé

VOLUME XXX, NUMÉRO 5 ► OCTOBRE 2008

- 1 Évaluation du programme d'immunisation au Guyana
- 1 Analyse descriptive de la prise de décisions en matière de politique d'immunisation aux Amériques
- 7 Enregistreurs électroniques de contrôle de la température sur 10 jours
- 8 L'Immunisation aux Amériques: Résumé 2008 est disponible

## Évaluation du programme d'immunisation au Guyana

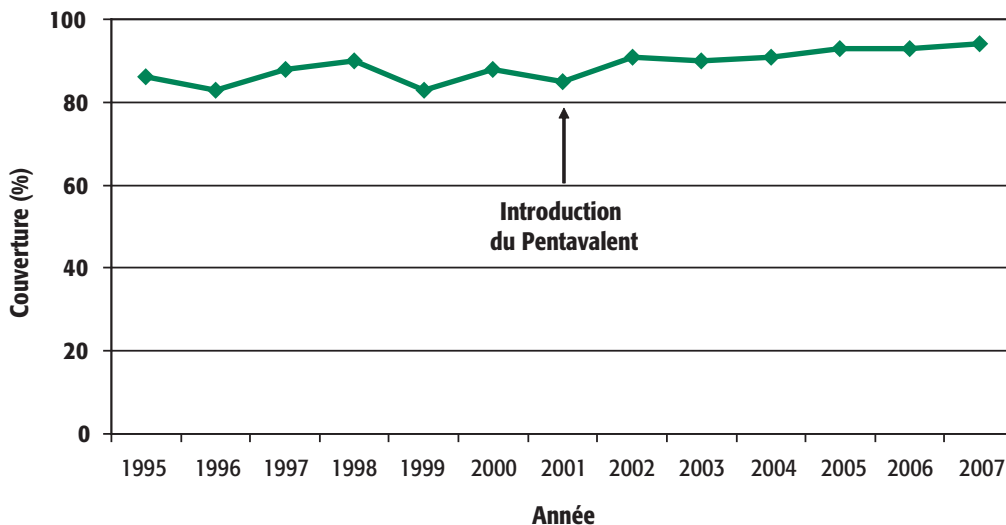
### Antécédents

En septembre 2008, une équipe a effectué une évaluation internationale du programme d'immunisation (PEV) du Guyana pour estimer ses forces et ses faiblesses, et sa capacité à assurer l'introduction de nouveaux vaccins. Cette évaluation a également déterminé les réalisations accomplies depuis la première évaluation du PEV effectuée en mai 2000.

Le Guyana est divisé en dix régions administratives. Quatre d'entre elles sont classées comme régions intérieures ou régions d'arrière-pays. Elles sont essentiellement rurales, difficiles à atteindre et leur population est clairsemée. Les autres régions sont des zones côtières. Le rôle du Ministère de la Santé (MS) du Guyana comprend la formulation des politiques, l'établissement des normes, l'évaluation, le financement et la gestion des programmes sanitaires. Les dépenses publiques en santé étaient de l'ordre de 4,5% du PIB en 2003, représentant une augmentation régulière de leur niveau de 2,7% en 1998. La fiscalité publique constitue la source principale du financement du secteur de la santé. Pour les années 2001 à 2005, le Guyana a reçu un financement majeur de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI) pour l'introduction du vaccin pentavalent (DTC/Hépatite B/*Haemophilus influenzae* type b) dans le calendrier de vaccination. Depuis 2006, le pays assume le paiement intégral du vaccin (1).

Aucun cas de polio ni de fièvre jaune n'a été confirmé au Guyana depuis 1962 et 1968 respectivement. Aucun cas de rougeole confirmée par laboratoire n'a été notifié depuis 1991. Le dernier cas de rubéole a été notifié en 1998. Deux nouveaux antigènes (hépatite B et Hib) ont été dûment introduits dans le programme de vaccination systématique en 2001. Entre 2005 et 2007, le Tdap, le vaccin polio inactivé (IPV) et les vaccins antipneumococciques ont été introduits pour des populations sélectionnées. Les vaccins antipneumococciques et antirotavirus seront administrés à tous les nourrissons à partir de 2009. La couverture vaccinale de tous les antigènes a augmenté: la couverture du DTC3 est passée de 83% en 1999 à 93% en 2006 (figure 1) et celle du BCG de 91% à 96% sur la même période.

Figure 1. Couverture du DTC3, Guyana, 1995-2007



Source: rapports des pays au Projet d'immunisation, FCH/IM, OPS.

## Analyse descriptive de la prise de décisions en matière de politique d'immunisation aux Amériques

### Introduction

Récemment les efforts pour aider les pays à accroître leur capacité nationale à prendre des décisions basées sur des données probantes se sont intensifiés, en particulier en ce qui concerne l'introduction de vaccins (1). Toutefois, afin de développer des stratégies ciblées visant une amélioration, il faut disposer d'une meilleure compréhension du processus actuel de prise de décisions. En mars 2008, en réponse au besoin d'une analyse situationnelle, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), en collaboration avec l'Université d'Ottawa (Canada) a développé et distribué à toutes les Régions un questionnaire sur les processus de prise de décisions en matière de politique d'immunisation au niveau national. Les questionnaires remplis par les pays des Amériques ont également été envoyés à l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS).

### Méthodes

Le questionnaire, composé de 66 variables, contient des questions dichotomiques, à choix multiples et non directives. La plupart des options à choix multiples ne sont pas mutuellement exclusives et les pays sont priés de cocher tout ce qui s'applique.

## Conclusions et inférences clés

### 1. Réponses:

Dans la Région de l'OPS, 35 pays ont reçu le questionnaire. En juillet 2008,

Voir **PRISE DE DÉCISIONS** page 5

## Méthodologie

L'équipe d'évaluation était composée de dix membres internationaux et de dix professionnels de la santé du MS. Les évaluateurs étaient divisés en cinq équipes qui ont visité les centres de santé et les hôpitaux pour évaluer les activités d'immunisation et de surveillance. Ils ont interrogé des usagers, des officiels du MS, des pédiatres et des médecins privés, ainsi que le personnel d'autres départements ministériels et d'organisations non gouvernementales (ONG).

Dix questionnaires ont été utilisés pour recueillir l'information sur la gestion, les opérations, les prises de décisions, la chaîne du froid et l'usage des services d'immunisation. La fiabilité des données de vaccination a été évaluée au moyen d'une estimation de la qualité des données, semblable à l'audit sur la qualité des données de GAVI (DQA), réalisée dans tous les centres de santé visités et dans les bureaux régionaux et au niveau central. Les données rassemblées ont été utilisées pour modifier le plan d'action quinquennal actuel.

## Résultats

Une priorité élevée est accordée au PEV à tous les niveaux. L'engagement politique envers le programme est démontré par l'acquisition des vaccins et le soutien au programme. Toute flambée d'une maladie évitable par la vaccination (MEV) est considérée comme un défi politique et les ressources sont immédiatement mises à disposition. Par loi, la vaccination est obligatoire pour l'entrée à l'école. L'opinion des praticiens concernant le programme d'immunisation varie entre excellente et très bonne.

### 1. Organisation et coordination

Cette composante a atteint plus de 90% par rapport à la norme escomptée. Les services de vaccination sont offerts gratuitement au public à travers un réseau de centres de santé, de dispensaires et de postes de santé situés stratégiquement dans l'ensemble du pays, y compris dans de nombreuses zones reculées. Les physiciens du secteur privé (5% de la couverture) utilisent le même programme de vaccination que le MS, y compris l'administration du vaccin IPV et du vaccin antipneumococcique aux enfants à haut risque et le report de l'immunisation avec le BCG. La couverture vaccinale pour tous les antigènes administrés est égale ou supérieure à 90% pour les cinq dernières années. Chaque centre de soins a une démarcation définie avec une population cible pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans. Les données sur les naissances locales sont fournies par le MS. La coordination avec d'autres secteurs (ONG dans l'arrière-pays, services de sécurité, Ministère de l'Éducation) est adéquate. Les dépistages pour le statut vaccinal et les activités de vaccination de rappel sont intégrés dans le programme scolaire de

santé. Il existe un comité de coordination interagences et un comité consultatif technique. Parmi le personnel de santé interrogé, 54% ont indiqué qu'il n'y avait pas eu d'interruption des services de vaccination au cours des six derniers mois et qu'il n'y avait pas de pénurie de vaccins en raison de contraintes financières. Toutefois, il faut améliorer la coordination entre les régions sanitaires concernant l'immunisation, le traçage des non vaccinés et la surveillance. Également, les docteurs des unités sanitaires sont très peu impliqués dans les opérations journalières du PEV et la communication avec les médecins privés devrait être renforcée. Enfin, de nombreuses unités sanitaires n'ont pas de cartes indiquant leurs données de couverture géographique, ni de directives détaillées du PEV.

### 2. Programmation et planification

Le MS a un plan de santé stratégique quinquennal et des plans annuels de travail avec des buts et des objectifs définis aux niveaux national et régional. Le PEV est intégré dans le programme systématique de santé de l'enfant. Néanmoins, les plans de travail écrits sont absents dans la plupart des unités sanitaires. Pour 2007, les objectifs de vaccination du PEV ont été atteints dans 90% des centres de santé. La couverture vaccinale est calculée sur une base mensuelle par 81% du personnel et elle est utilisée pour les prises de décisions à tous les niveaux. De nombreuses stratégies, y compris la vaccination dans des postes fixes, la vaccination par postes avancés, la vaccination scolaire et les visites à domicile, sont utilisées pour disséminer l'information sur l'immunisation et fournir les services aux clients. Tous les dispensaires prénatals et de maladies chroniques évaluent les patients pour le tétanos et administrent le vaccin dT si nécessaire.

Les registres de vaccination sont maintenus dans les centres de santé. Ils contiennent l'information sur la vaccination des enfants âgés de moins d'un an et de 1 à 4 ans permettant le traçage des non vaccinés. Tous les enfants reçoivent une carte avec un bilan complet des vaccinations administrées, l'information sur la croissance et le développement et l'état nutritionnel. La vaccination adulte est généralement enregistrée sur une carte remise au patient alors qu'un fichier est également conservé dans un registre de présence au centre de santé.

### 3. Exécution

Les services du PEV sont offerts dans toutes les unités sanitaires et le Guyana a maintenu une couverture nationale élevée (>90%) sur les cinq dernières années en dépit de contraintes majeures en ressources humaines. Dans les zones urbaines, les services de vaccination sont assurés chaque semaine à des jours désignés mais les vaccins sont administrés plus fréquemment si besoin en est. Dans les zones rurales, les services de vaccination sont assurés sur une base mensuelle. Des efforts excellents ont été accomplis pour atteindre les zones reculées, en particulier dans l'arrière-pays.

Toutefois, dans certaines régions sanitaires, les visites à domicile pour les non vaccinés ne sont pas fréquentes et certaines activités planifiées de vaccination dépendent dans une large mesure de la facilité d'accès et de la bonne volonté et du dévouement du personnel de santé.

### 4. Ressources humaines et physiques

Cette composante a atteint le résultat le plus faible (47%), en raison des ressources humaines insuffisantes à tous les niveaux dans le secteur de la santé publique: 59% des agents de santé interrogés ont déclaré qu'il y avait un personnel insuffisant pour administrer les vaccins. Comme dans d'autres pays des Caraïbes, le défi principal du Guyana est d'attirer et de retenir un personnel hautement qualifié. Les agents de santé communautaires (ASC) sont indispensables à l'exécution du PEV dans les régions de l'arrière-pays car ils ont la responsabilité d'administrer les vaccins dans les zones reculées. Le personnel actuel dévoué s'efforce sans relâche de maintenir un service de qualité élevée pour tous.

Tout le personnel interrogé a indiqué que des quantités suffisantes de vaccins, seringues et réceptacles de sécurité sont disponibles et qu'il n'y a pas de pénurie de vaccins en raison de contraintes budgétaires. Bien que les unités sanitaires soient situées dans des zones urbaines commodes ou placées stratégiquement dans l'arrière-pays, plusieurs installations sanitaires n'ont pas une alimentation électrique continue. Certaines installations sont dangereuses en raison de leur infrastructure. Il faut garantir le financement pour l'exécution du plan de maintenance des installations. Un système de communication de base est disponible entre tous les niveaux du système de santé mais un équipement de communication moderne fait défaut. Les véhicules achetés pour le transport entre centres de santé conviennent aux terrains accidentés. Cependant, le nombre de véhicules pour le transport du personnel et les fournitures et l'approvisionnement en carburant pour le parc existant sont insuffisants. Ces difficultés sont un défi à la prestation des services de santé.

### 5. Produits biologiques, logistique et chaîne du froid

Le PEV du Guyana achète tous les vaccins et fournitures de vaccination à travers le Fonds renouvelable de l'OPS. Les praticiens privés obtiennent leurs vaccins du MS et de deux distributeurs privés. La chambre froide centrale existante se trouve au MS dans un endroit sûr et les vaccins sont stockés dans des conditions satisfaisantes. Elle est entretenue mensuellement par un technicien et un groupe électrogène est disponible. Une nouvelle installation centrale de chaîne du froid est presque terminée et il est prévu qu'elle soit mise en service sous peu. La nouvelle installation est nécessaire à l'introduction de nouveaux vaccins.

Un total de 49 installations frigorifiques ont été évaluées dans les secteurs public et privé. En gé-

néral, le système de chaîne du froid est entretenu adéquatement dans de nombreuses installations sanitaires. L'équipement de chaîne du froid de la majorité des unités sanitaires des zones côtières fonctionne et le personnel de santé applique les normes de gestion de la chaîne du froid. Toutes les unités sanitaires sont équipées de portes-vaccins approuvés. Dans les installations disposant d'un réfrigérateur, les agents des centres de santé ont indiqué que 89% étaient consacrés à l'usage des vaccins. Alors qu'un inventaire annuel de la chaîne du froid est dressé au niveau national, 54% seulement des centres de santé ont pu montrer un inventaire d'équipement de chaîne du froid. Un plan préventif de maintenance n'est disponible que pour 25% des installations sanitaires. La plupart (82%) des réfrigérateurs indiquaient des lectures de température appropriées (entre +2° et +8° C); 93% des centres de santé ont indiqué qu'il n'y avait pas de perte de vaccins en raison de pannes d'électricité. Les médecins du secteur privé ont indiqué qu'ils avaient des réfrigérateurs en fonctionnement pour le stockage des vaccins. Pour améliorer la fiabilité et le monitoring de la chaîne du froid, il faudra acheter des réfrigérateurs de remplacement selon les besoins.

Il n'y a pas eu de pénurie de vaccins au niveau central l'année dernière. Toutefois, les agents de santé ont indiqué que seulement 40% des centres de santé avaient des instructions écrites pour l'achat de vaccins. Onze pour cent des centres de santé dans les zones côtières ont fait état d'une fourniture insuffisante de seringues et/ou d'aiguilles au cours des 12 mois antérieurs mais aucun centre de santé n'a fait état d'une rupture de stock. Dans l'ensemble, moins de 50% des centres de santé ont subi une interruption des services de vaccination au cours des six derniers mois, les problèmes de commande en étant une cause importante.

## 6. Formation et supervision

La formation au PEV a été administrée au cours des deux dernières années à des membres du personnel de santé mais tous n'ont pas eu accès aux activités de formation, avec pour résultat de grandes variations dans la performance des ASC. Les étudiants en infirmerie font des rotations dans la communauté pendant leur formation. La formation à la surveillance générale est inadéquate. Également, la plupart des agents de santé n'ont pas reçu la formation en phlébotomie nécessaire pour la surveillance des MEV. Une unité de santé dans chaque région devrait servir de lieu de formation pour les nouveaux agents de santé, en particulier les ASC. Une formation spéciale aux MEV et à la surveillance est nécessaire pour les aides-infirmiers et les ASC.

Une ligne organisationnelle d'autorité manifeste existe pour mener la supervision et un instrument de supervision est disponible. Parmi les personnes interrogées, 90% ont indiqué avoir reçu des visites de supervision au cours des 12 derniers mois. L'accès géographique et la logistique ont empêché la supervision systématique dans quelques régions. L'outil de supervision disponible au niveau des installations de santé n'est pas utilisé efficacement par tous les superviseurs. Toutes les visites de supervision devraient inclure un rapport écrit donné aux personnes supervisées pour assurer une rétroinformation appropriée.

## 7. Sécurité de la vaccination

Les aiguilles et les seringues ne sont pas réutilisées. Les aiguilles ne sont généralement pas recapuchonnées, même si 16,7% des répondants ont admis le faire. La plupart des unités sanitaires ne disposait pas de plateau d'urgence avec les médicaments appropriés. Les réceptacles de sécurité et les conteneurs commerciaux de produits biologiques dangereux recommandés par l'OMS sont utilisés pour

la collecte des aiguilles et seringues usées, et un système est en place pour la collecte des déchets biologiques dangereux dans les zones urbaines. Les réceptacles de sécurité pleins sont recueillis et brûlés (33,3%) ou incinérés (29,2%). Toutefois, l'élimination finale des déchets biologiques dangereux est problématique et les incinérateurs sont peu nombreux. Les directives pour la gestion des déchets biologiques dangereux sont disponibles. Des consignes quant à la conduite à tenir après une piqûre d'aiguilles existent: sept cas de blessures accidentelles par piqûres d'aiguilles ont été signalées dans les six derniers mois. La notification des manifestations indésirables est obligatoire et 77% des dispensaires ont indiqué qu'ils tenaient un registre des manifestations postvaccinales indésirables.

## 8. Surveillance épidémiologique et laboratoires

Le système national de surveillance comprend des installations des secteurs public et privé. Les médecins envoient leurs rapports hebdomadaires de surveillance. Les unités sanitaires envoient leurs rapports hebdomadaires de données de surveillance syndromique à l'Unité d'épidémiologie du MS, composée de deux infirmières et deux épidémiologistes. La plupart des unités sanitaires (80%) ont un point focal de surveillance. Une unité de contrôle des infections à l'hôpital principal de Georgetown coordonne avec l'unité d'épidémiologie du MS. Au cours des deux dernières années, le système national de surveillance des maladies a été remanié. Le nouveau système est actuellement en cours d'introduction dans chaque région et le personnel suit une formation.

La plupart des installations sanitaires visitées (93%) étaient des sites de rapports pour la surveillance nationale; 36% des personnes interrogées ont indiqué qu'elles recevaient une formation en surveillance épidémiologique. Des normes écrites sur la surveillance épidémiologique des MEV font partie du manuel du PEV. Un mécanisme de notification des cas présumés de MEV, y compris les formulaires d'investigation des cas de maladies sélectionnées, est en place. Une infirmière au niveau central du PEV se consacre à la surveillance des MEV, en coordination avec l'unité d'épidémiologie. Le personnel a indiqué correctement les définitions de cas pour la rougeole (80%), le tétanos néonatal (58%), la paralysie flasque aiguë (PFA) (43%) et le syndrome de rubéole congénitale (SRC) (38%). Toutefois, les formulaires d'investigation et les manuels étaient absents de nombreuses installations de santé. Le dépistage actif n'est pas mené systématiquement. Des prestataires de soins de santé ne connaissaient pas les indicateurs de surveillance et d'investigation pour la rougeole et la rubéole. Au cours des deux dernières années, de nombreux agents de santé n'ont reçu aucune formation en profondeur à la surveillance.

Les rapports annuels sur les maladies transmissibles, y compris les MEV, sont reçus par 47% des unités sanitaires. Aucun cas de polio, de diphtérie



Enfants se baignant dans la rivière à Kamwatta, une communauté reculée de l'arrière-pays au Guyana. Photo C. Danovaro.

ou de rougeole n'a été confirmé sur plus de deux décennies. L'état complet des données et la rapidité de la notification des PFA et des cas présumés de rougeole/rubéole sont excellents. La surveillance du rotavirus est effectuée au travers d'un réseau d'hôpitaux sentinelles. La surveillance des maladies bactériologiques invasives est limitée, due aux faibles taux d'isolats pneumococciques positifs.

La capacité de laboratoire va s'accroître avec la construction d'un nouveau laboratoire de santé publique. Un nombre suffisant de conteneurs pour la collecte et le transport de spécimens au laboratoire est disponible. Les ressources institutionnelles sont disponibles pour l'envoi des spécimens de laboratoire. Des mécanismes existent pour l'envoi des spécimens de MEV présumées au Centre d'épidémiologie des Caraïbes de l'OPS (CAREC). Le transport est financé par le MS. Toutefois, la ponctualité de l'envoi des spécimens à CAREC doit être améliorée. Les cas de PFA sont notifiés de manière ponctuelle mais le prélèvement des échantillons n'est pas toujours effectué. Certains agents de santé, en particulier dans les zones reculées, n'ont pas encore reçu de formation pour les prélèvements sanguins, ce qui pose des difficultés pour confirmer ou écarter des cas présumés de rougeole/rubéole. Il faudrait envisager d'utiliser des spécimens différents pour les tests sérologiques ou des spécimens pour la détection virale.

### 9. Communication sociale et participation communautaire

Un plan national 2008 pour l'éducation en santé a été instauré et intégralement financé. Le pays participe à part entière à la Semaine de la Vaccination aux Amériques en encourageant la vaccination et en entreprenant des activités de rattrapage. Les stratégies de promotion de la santé comprennent des spots/conversations radiophoniques, des affiches et des activités scolaires en matière de santé. Les agents de santé font des présentations à la communauté en matière d'éducation sanitaire. Des matériels d'éducation en santé sur la vaccination, en particulier sur la fièvre jaune, sont disponibles dans de nombreuses unités sanitaires. Parmi les agents de santé, 69% ont indiqué que l'éducation en santé/promotion de la santé étaient assurées toute l'année et, parmi les usagers, 44% avaient entendu un message sur la vaccination au cours des deux derniers mois.

### 10. Évaluation et recherche

Les évaluations du PEV sont menés trois fois par an, avec la participation de toutes les régions. Les rapports sur la couverture vaccinale sont préparés sur une base mensuelle et utilisés comme indicateur d'évaluation. Un projet sur le fardeau de la maladie diarrhéique a été mené à bien pendant les cinq dernières années. Une étude sur les barrières aux systèmes de santé et une analyse de la situation du PEV ont été effectuées en 2004, une analyse de situation de la chaîne du froid en 2005 et une

## Satisfaction de l'utilisateur

Des enquêtes auprès des usagers ont été effectuées dans les dix régions du Guyana. Un total de 249 responsables d'enfants de moins de 5 ans a été interrogé, dont 134 vivaient dans les zones côtières et 115 dans l'arrière-pays. Parmi les répondants, 26 avaient plus de 20 ans et 126 entre 20 et 30 ans. Les résultats de l'enquête sont les suivants:

- 96% des usagers considèrent que la vaccination des enfants est très importante et 98% se rendent au centre de santé pour la vaccination;
- 95% des enfants ont un carnet de vaccination et 85% sont à jour avec les vaccinations appropriées à leur âge;
- 96% des usagers sont satisfaits des soins reçus parce que le personnel est amical et attentif, le service satisfaisant et le personnel donne des explications pour chaque intervention.

## Connaissances et attitudes concernant le vaccin contre le VPH

En addition à la méthodologie d'évaluation standard du PEV et en préparation à l'introduction du vaccin anti-VPH, les usagers et les agents de santé ont été interrogés sur leur impression du service et sur leurs connaissances concernant l'infection par le VPH et ses séquences.

Moins de 10% des usagers avaient entendu parler du VPH, et ceux qui en avaient entendu parler le liaient à une infection transmise sexuellement et non au cancer du col de l'utérus. Moins de 50% des répondants avaient entendu parler du cancer du col de l'utérus et 69% ne savaient pas comment l'éviter. Même si 8% seulement ont indiqué avoir entendu parler d'un vaccin anti-VPH (ou reconnaissaient le nom commercial), 90% ont dit qu'ils l'accepteraient et 91% qu'ils permettraient à leurs filles de le recevoir.

étude sur l'intussusception en 2007 pour établir son incidence.

### 11. Information en santé

Un système national de rapport pour l'information sur la vaccination a été en mis en place et fonctionne depuis plusieurs années. L'information du PEV est la responsabilité partagée des centres de santé, des régions et du MS. De nouveaux registres de santé pédiatrique ont récemment été distribués. Tous les vaccins administrés sont enregistrés. Toutefois, les doses de vaccins administrées au-delà des âges recommandés sont enregistrées mais ne font pas l'objet d'un monitoring systématique. Les registres sont dupliqués dans les unités sanitaires et la documentation sur les fiches de santé pédiatrique a besoin d'être améliorée. Les données de vaccination du secteur privé sont soumises au MS mais il n'existe pas de mécanisme formel de rétroinformation entre le MS et les médecins privés. En 2007, le taux d'abandon était de 2% au niveau national. Le système actuel permet le traçage de tous les non vaccinés dans chaque zone. Toutefois, il n'est pas utilisé dans tous les centres de santé, et, quand il l'est, il n'est pas bien documenté.

L'évaluation n'a pas trouvé d'incohérences systématiques des données entre les formulaires quotidiens et mensuels, et entre centres de santé et régions. Toutefois, des difficultés ont été rencontrées quant à la recherche des données dans certaines installations et régions. La majorité des incohérences observées sera corrigée une fois que de meilleures pratiques de tenue des dossiers seront appliquées. L'informatisation de l'information en santé est requise, ainsi qu'un registre central de vaccination.

Enfin, un excellent système est en place pour monitorer la couverture de dT parmi les femmes enceintes, où des antécédents détaillés concernant le nombre de doses antérieures de dT ou DTC sont documentés pour éviter une vaccination contre le dT inutile lors de chaque grossesse. L'équipe d'évaluation a invité le Guyana à partager son expérience sur le monitoring de la couverture de dT car elle pourrait servir de modèle à d'autres pays.

## Conclusions

Le PEV s'est considérablement amélioré depuis la dernière évaluation en 2000, assurant la protection des enfants à travers l'administration de vaccins sûrs. Une priorité élevée est accordée au programme. Maintenant que l'accès à la vaccination a été assuré, l'accent devrait être mis sur l'amélioration de la qualité du service. L'équipe d'évaluation a identifié les forces de chaque composante et les domaines nécessitant une amélioration et a offert des recommandations spécifiques. Ces recommandations sont prises en compte dans le plan d'action pluriannuel modifié.

Les principaux défis pour le PEV du Guyana sont de maintenir une couverture supérieure à 95% pour tous les vaccins administrés, de maintenir également l'absence de cas autochtones de polio, rougeole, rubéole et SCR et d'introduire de nouveaux vaccins tout en conservant les gains actuels. ■

### Référence :

1. GAVI et le Guyana : Histoire d'une réussite. *Bulletin d'immunisation* 2006. 28(5).

**PRISE DE DÉCISIONS** suite de la page 1

29 pays (83%) avaient rempli et renvoyé le questionnaire. Un pays a soumis une description des comités existants de vaccination (Haïti) et cinq pays (14%) n'ont pas renvoyé le questionnaire.

Dans la grande majorité, ce sont les coordinateurs du programme national d'immunisation qui ont rempli le questionnaire (76%). Toutefois, dans 10% des pays, les questionnaires ont été remplis par d'autres épidémiologistes ou professionnels de soins de santé. Donc, la partialité du répondant peut être une limitation à ce questionnaire, du fait que les coordinateurs du programme national d'immunisation étaient les plus qualifiés pour fournir l'information.

**2. Coordination gouvernementale transversale:**

Trente-et-un pour cent des pays n'ont cité que leur Ministère de la Santé comme intervenant dans le processus de décisions en matière d'immunisation, 45% ont cité leur Ministère des Finances et 41% ont cité au moins un autre ministère, en dehors de la santé ou des finances. Ces résultats laissent entendre qu'une plus grande coordination transversale est requise, coordination essentielle à la création de politiques d'immunisation effectives et durables.

**3. Structure de la prise de décisions en matière d'immunisation:**

Sur les 29 pays qui ont renvoyé le questionnaire, 17 (59%) ont indiqué qu'ils avaient un groupe consultatif technique national d'immunisation pour **toutes les maladies évitables par la vaccination** (GCT) et 12 pays (41%) ont indiqué qu'ils ne disposent pas d'un groupe de ce genre.

• **Pays sans GCT.** Tous les pays ayant indiqué qu'ils n'ont pas de GCT se trouvent aux Caraïbes. Ils reçoivent tous les directives d'une réunion annuelle des responsables caribéens du PEV. La petite taille et les similitudes entre ces pays justifient l'utilité et l'aspect pratique de cette approche. Dans des pays plus petits, les recommandations sous-régionales ont plus de chance de constituer un usage plus approprié et efficace des ressources. En réponse au questionnaire, 92% ont indiqué que leur Ministère de la Santé suit les directives de l'OPS quand ils déterminent les recommandations à utiliser. Soixante-quinze pour cent ont indiqué qu'ils utilisent les documents de position de l'OMS sur les vaccins et 75% ont indiqué qu'ils utilisent les rapports des réunions inter pays et les recommandations de l'OPS comme sources d'information.

• **Pays avec GCT.** Ils ont tous indiqué qu'ils avaient établi leur groupe après 1996, à l'exception du Canada et des États-Unis (1960), de Cuba (1989) et du Brésil (1991).

**4. Description du GCT:**

• **Fonction.** Sur les 17 pays avec un GCT, 65% ont indiqué que leur GCT aide le gouvernement

à établir les politiques d'immunisation, informe le gouvernement sur les besoins en santé publique pour les vaccins, s'occupe des questions de qualité et de sécurité des vaccins ou évalue de nouveaux vaccins.

- **Logistique.** Bien que 82% des pays aient indiqué que leur GCT dispose de termes de référence formels et que 76% aient indiqué que le groupe est mandaté par des directives législatives ou administratives, 29% seulement ont indiqué que les membres doivent faire une déclaration de conflit d'intérêt potentiel. Au moins 94% des pays ont indiqué qu'un épidémiologiste, un expert en santé publique ou un pédiatre était membre du GCT. Au moins 53% ont indiqué la présence d'un expert en maladies infectieuses, d'un clinicien autre que pédiatre, d'un immunologiste ou d'un microbiologiste médical. Fait intéressant, aucun pays n'a indiqué la présence d'un économiste en santé.
- **Processus de prise de décisions.** Au moins 94% des GCT ont indiqué qu'ils prenaient en considération le fardeau de la maladie, l'efficacité des vaccins, la sécurité des vaccins ou l'impact économique de la maladie lorsqu'ils font une recommandation. Toutefois, 53% seulement se posent la question de savoir si l'immunisation est une priorité de santé publique. Cinquante-trois pour cent seulement considèrent la perception publique du risque de maladie et 29% seulement prennent en considération la méthode d'administration du vaccin.
- **Sources d'information.** Au moins 65% des pays ont indiqué qu'ils utilisent les conseils de l'OMS, les opinions d'experts, les documents du GCT ré-

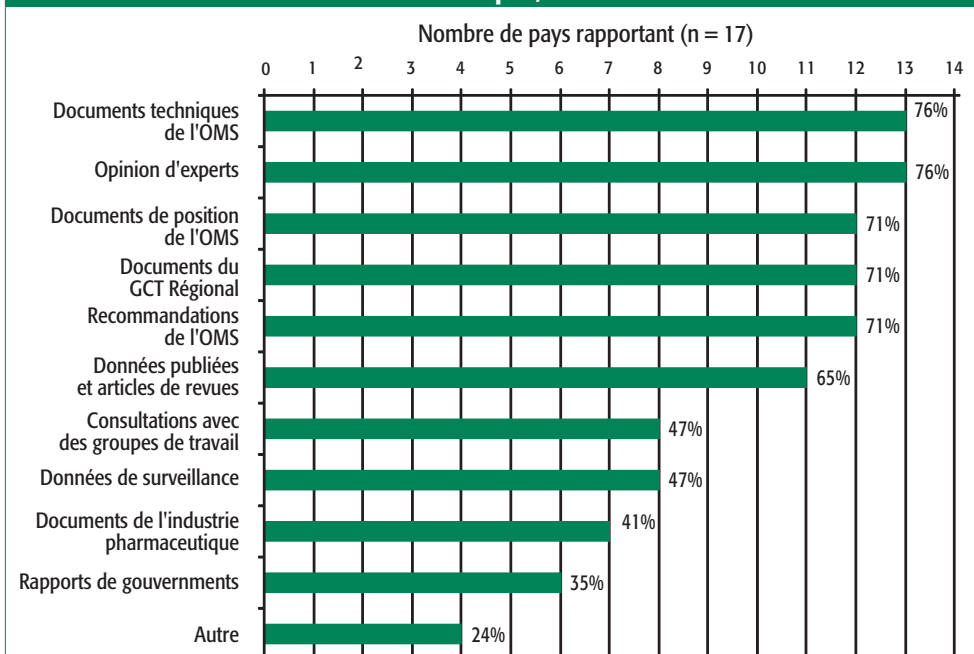
gional ou les données publiées et les articles de revues comme sources d'information pour influencer les recommandations du GCT. Moins de 47% ont indiqué qu'ils utilisaient des consultations avec des groupes de travail, des données de surveillance ou des rapports gouvernementaux. Quarante-et-un pour cent ont indiqué qu'ils utilisaient des documents de l'industrie pharmaceutique (figure 1).

**5. Opportunités pour améliorer le processus de décisions en matière d'immunisation:**

Tous les pays ont cité des moyens par lesquels leur politique d'immunisation pouvait être améliorée (tableau 1). De nombreux pays ont indiqué le besoin d'améliorer la coordination nationale des parties concernées par la politique d'immunisation. Des améliorations spécifiques requises incluaient l'accroissement de la communication entre départements gouvernementaux, l'organisation inter pays et la normalisation des politiques d'immunisation. Certains ont indiqué qu'une meilleure coordination avec les praticiens privés et les fabricants de vaccins est requise, en particulier pour améliorer respectivement la disponibilité de l'immunisation et les données d'essais cliniques.

Des déficiences ont également été indiquées dans la collecte des données épidémiologiques et les systèmes de surveillance. En l'absence de données de qualité, beaucoup ont estimé qu'il était difficile de déterminer le fardeau des maladies évitables par la vaccination, en particulier celles pour lesquelles de nouveaux vaccins étaient disponibles. Les pays ont exprimé le souhait de renforcer et d'intégrer les systèmes de collecte de données.

**Figure 1. Sources d'information utilisées pour informer les recommandations du GCT, les Amériques, 2008**



Source: Projet d'immunisation, FCH/IM, OPS.

La viabilité économique et la sécurité financière des programmes d'immunisation étaient également importantes pour de nombreux pays qui ont indiqué le besoin d'élargir la législation existante pour que les budgets nationaux de santé servent à l'achat des vaccins recommandés. Ils ont indiqué que l'absence d'une désignation légale de ressources pour la vaccination empêche les prévisions du programme à long terme, la mobilisation des ressources et l'introduction de nouveaux vaccins.

De nombreux pays ont cité un manque d'études économiques en matière d'immunisation, telles que des analyses coûts-avantages ou des analyses coût-efficacité pour les nouveaux vaccins. Ils ont indiqué qu'avec une analyse économique normalisée, des décisions plus éclairées en matière de politique d'immunisation peuvent être prises. De plus, les pays ont indiqué le besoin de former les membres du GCT à la production et l'interprétation de ces études économiques.

## Discussion

### 1. Inscrire l'assistance technique dans une stratégie:

Réaliser l'impact durable le plus grand possible sur l'élimination des maladies évitables par la vaccination requiert une prise de décisions en matière de politiques fondée sur des données probantes et informée. Les variations dans la disponibilité des ressources et le fardeau de la maladie entre pays et sous-régions doivent être prises en compte dans toute décision de politique d'immunisation de ce type.

L'analyse a fourni une information utile pour comprendre la situation actuelle des décisions de politique en matière d'immunisation au niveau national dans les pays des Amériques. Le questionnaire offrait une opportunité aux pays de documenter les principaux défis rencontrés, les améliorations requises et l'appui demandé de l'OPS. Les 29 pays qui ont rempli le questionnaire ont cité des moyens par lesquels leur processus de politique d'immunisation peut être amélioré.

Le questionnaire a été très important pour aider à inscrire l'assistance technique de l'OPS dans une stratégie destinée à renforcer au niveau national la capacité de prise de décisions fondées sur des données probantes. L'amélioration des processus d'établissement des politiques aidera à garantir que les décisions d'immunisation sont prises au terme de délibérations rigoureuses et bien documentées. La synthèse des connaissances d'un éventail divers d'experts, l'utilisation de plusieurs sources d'information et une plus grande transparence des décisions encourageront la mise en application des recommandations les plus utiles.

Certaines limitations se sont toutefois fait jour dans la conception du questionnaire. Les pays sans GCT étaient exclus après avoir rempli la première

**Tableau 1. Demande des pays pour appui à la politique d'immunisation**

Les pays ont spécifiquement demandé un appui dans les domaines suivants:	Ont un GCT % (nombre)	N'ont pas de GCT % (nombre)
Construction de l'infrastructure: appui au développement d'un GCT	0	100 (11)
Renforcement du système: amélioration du GCT existant	100 (17)	0
Amélioration de la coordination entre parties concernées	35 (6)	18 (2)
Intensification de la sensibilisation ou l'engagement politique	18 (3)	45 (5)
Renforcement des systèmes de collecte de données	53 (9)	45 (5)
Garantie du financement des vaccins	29 (5)	36 (4)
Production d'évaluations économiques	41 (7)	27 (3)
Obtention d'une assistance financière	24 (4)	18 (2)

section du questionnaire. Par conséquent, l'opportunité d'une évaluation égale du processus de décision en matière de politique d'immunisation dans les pays avec et sans GCT était perdue. Les options à choix multiples étaient rarement mutuellement exclusives, et l'ordre variait dans les différentes langues. Parfois, les options n'avaient pas de définitions claires. Par exemple, 33% des pays signalant qu'ils n'avaient pas de GCT ont indiqué qu'ils avaient recours aux recommandations d'un GCT national. À l'occasion, il y a eu des incohérences dans les réponses des pays. Par exemple, certains pays ayant indiqué qu'ils ne disposaient pas de membres de liaison du GCT ont répondu aux questions successives sur les organisations que représentent ces membres de liaison. De plus, au moins une question n'a pas été traduite correctement entre les versions anglaise et espagnole du questionnaire, amenant respectivement une réponse quantitative et qualitative.

Du fait que tous les questionnaires n'ont pas été remplis par les coordinateurs du programme national d'immunisation, qui étaient les mieux placés pour donner les informations les plus précises, la partialité du répondant peut constituer une limitation additionnelle à ce questionnaire.

### 2. Initiative ProVac :

L'initiative ProVac de l'OPS a été conçue pour assurer l'appui technique essentiel que les pays ont demandé pour le renforcement de l'infrastructure et des processus de prise de décisions. Un partenariat entre agences de coopérations techniques avec l'OPS à sa tête rassemblera des groupes de surveillance nationaux et sous-régionaux, des experts d'autres disciplines et les principales parties concernées pour améliorer les systèmes de surveillance épidémiologique. L'établissement d'un réseau de centres d'excellence clés spécialisés dans le coût de la santé garantira la disponibilité d'économistes de la santé pour aider les pays à produire et à analyser des évaluations économiques.

L'initiative ProVac de l'OPS facilitera le renforcement ou l'établissement d'un GCT dans les pays. Le but est d'avoir des GCT fonctionnels, dont la composition et la coordination avec les autres parties concernées sont améliorées. L'assurance d'une base plus générale de données probantes et l'intensification de la responsabilisation seront des activités essentielles appuyées par l'initiative ProVac. Dans certains cas, une approche sous-régionale peut s'avérer la méthode plus efficace pour le développement des capacités. ■

**Note de la rédaction:** Les rédacteurs tiennent à remercier Maggie Bryson, de l'Université d'Ottawa, pour avoir élaboré et mené l'enquête globale sur les décisions de politique en matière d'immunisation, et Julianne Burns, de l'Université de Californie, pour avoir analysé les données reçues des Amériques et préparé le présent rapport. L'Université d'Ottawa et l'OMS préparent actuellement une analyse au niveau mondial qui sera publiée sous peu.

### Référence:

- (1) Andrus et al. A model for enhancing evidence-based policy decisions on the introduction of new vaccines in the Americas: PAHO's ProVac Initiative. *Public Health Reports* 2007. 122:811-816.

## Enregistreurs électroniques de contrôle de la température sur 10 jours



Selon les directives de l'OMS sur l'emballage et le transport international des vaccins - Guidelines on the international packaging and shipping of vaccines (WHO/IVB/05.23) - chaque carton de vaccins doit contenir un dispositif électronique de contrôle de la température sur 10 jours<sup>1</sup> pour le transport international.

Les dispositifs électroniques de contrôle de la température sur 10 jours indiquent quand et dans quelle mesure les conditions de température requises n'ont pas été respectées.

Il existe deux types de dispositifs.

### Dispositif de type 1 fixé sur un carton support JAUNE

Le dispositif de type 1 accompagne les vaccins diphtérie-tétanos-coqueluche (DTC), diphtérie-tétanos (DT), antitétanique (anatoxine) (TT), tétanos-composant diphtérique (Td), hépatite B (HepB), polio injectable (VPI), Haemophilus influenzae type b (Hib) liquide et les vaccins associés.

### Dispositif de type 2 fixé sur un carton support BLEU

Le dispositif de type 2 accompagne le vaccin polio oral (VPO) et les vaccins lyophilisés BCG, rougeole, rougeole-rubéole (RR), rougeole-oreillons-rubéole (RO), Haemophilus influenzae type b (Hib) lyophilisé, fièvre jaune et méningocoque.



Les dispositifs électroniques de contrôle de la température sur 10 jours indiquent quand et dans quelle mesure les conditions de température requises n'ont pas été respectées.

Lorsque vous recevez un envoi international de vaccins, vous devez ouvrir TOUS les cartons pour retirer les dispositifs, en procédant carton par carton.

1



Lorsque vous retirez le Q-tag 2plus du carton vous verrez un signal **run** clignoter dans le coin inférieur droit de l'écran indiquant que l'appareil est en mode d'enregistrement.

2



Si tout s'est bien passé lors de l'expédition internationale, que les températures requises ont été respectées, le signal **OK** apparaît au milieu de l'écran.

Pour arrêter l'appareil, PRESSER le bouton **STOP** pendant 3 secondes. Lorsque le dispositif est arrêté, le signal **run** dans le coin inférieur droit doit disparaître et le signal **stop** doit apparaître dans le coin inférieur gauche de l'écran. L'appareil est arrêté maintenant et ne pourra plus enregistrer de nouveau.

3



Si une des limites de température a été dépassée, l'indication **ALARM** apparaît au milieu de l'écran sous le total du temps écoulé du transport.

Pour visualiser les détails des dépassements de température, vous devez passer en mode **HISTORY**.

1



Lorsque vous retirez le 3M TX du carton vous verrez une flèche (▶) en bas de l'écran indiquant que l'appareil est en mode d'enregistrement.

2



Pour arrêter l'appareil, PRESSER le bouton **STOP**. Lorsque le dispositif est arrêté, le symbole ▶ indiquant que le dispositif est en marche doit disparaître et le symbole stop représenté par un carré (◻) doit apparaître dans le coin inférieur droit de l'écran. L'appareil est arrêté maintenant et ne pourra plus enregistrer de nouveau.

Si tout s'est bien passé lors de l'expédition et que les températures requises ont été respectées, le signal **OK** apparaît dans le coin inférieur gauche de l'écran.

3



Si une des limites de température a été dépassée, vous verrez un signal **NON OK**, représenté par un **OK barré et entouré d'un cercle** au bas de l'écran.

Si une alarme a été enregistrée, **incrvez l'heure à laquelle vous avez arrêté le dispositif au dos de la carte support**. Ce point est important pour vous référer au dispositif après l'avoir arrêté. Cela vous aidera à calculer le moment exact du dépassement.

**Photocopier ou Scanner** le dispositif pour documenter le déclenchement de l'**ALARME**. Sur chaque photocopie ou image scannée, indiquer le numéro du carton dans lequel se trouvait le dispositif.

Mentionner toutes les informations nécessaires dans le **rapport de réception de vaccins (VAR)**. S'il y a eu une **ALARME**, remplir le formulaire de notification d'alarme et le joindre au **VAR**. Envoyer le **VAR** avec les **photocopies ou les images scannées** des dispositifs et le formulaire de notification d'alarme à l'**organisme d'approvisionnement**.



Département Vaccination,  
Vaccins et Produits Biologiques  
Qualité, Sécurité et Normes

## L'immunisation aux Amériques: Résumé 2008 est disponible

La brochure *L'immunisation aux Amériques* est publiée chaque année par le Projet d'immunisation familiale intégrée. Le but de cette publication est de regrouper les données clés concernant la surveillance épidémiologique des maladies évitables par la vaccination et la provision de services de vaccination dans les pays des Amériques. Cette publication sert d'étalon pour vérifier les progrès des programmes nationaux d'immunisation, dans les trois domaines stratégiques de travail suivants:

**1. Protéger les acquis.** Les Amériques ont été la première Région du monde ayant éradiqué la poliomyélite et éliminé la transmission endémique de la rougeole. Les programmes nationaux d'immunisation des Amériques ont atteint une couverture vaccinale de près de 90% pour tous les vaccins de l'enfance. Cependant, pour protéger ces acquis, il faut que les pays s'emploient à atteindre et maintenir des niveaux de couverture égaux ou supérieurs à 95% pour tous les vaccins de l'enfance dans toutes les municipalités.

**2. Mener à bien le programme d'immunisation inachevé.** Tout d'abord, les niveaux de couverture ne sont pas homogènes entre les pays et dans les pays eux-mêmes, avec pour conséquence des poches de

personnes non vaccinées courant le risque de contracter des maladies évitables par la vaccination. Globalement, 42% des municipalités d'Amérique latine et de la Caraïbe rapportent qu'elles n'ont pas atteint une couverture de 95% avec trois doses



de vaccin antidiphthérique-antitétanique-anticoquelchueux. Ensuite, l'utilisation du vaccin contre la grippe saisonnière dans les pays d'Amérique latine et de la Caraïbe doit être élargie à tous les groupes à risques. Aussi, la fièvre jaune n'a pas été totalement contrôlée dans toutes les zones d'épizootie de la Région et il existe un risque réel d'une réurbanisation de la fièvre jaune aux Amériques.

**3. Affronter les nouveaux défis.** Le programme doit s'adapter à un nombre croissant de vaccins et à des exigences plus complexes à tous les niveaux auxquelles sont confrontés les programmes d'immunisation. L'efficacité de ces nouveaux vaccins varie selon les pays suivant la situation épidémiologique. Ils sont aussi beaucoup plus coûteux que les vaccins traditionnels de l'enfance. Par conséquent, les pays devront prendre des décisions en matière de politiques fondées sur un vaste ensemble de données probantes, aidés en cela par un système de surveillance épidémiologique et un réseau de laboratoires fiables pour pouvoir évaluer le fardeau de la maladie et l'impact du vaccin après son introduction.

Pour obtenir la brochure, disponible en anglais, espagnol et français, veuillez envoyer votre demande à [fch-im@paho.org](mailto:fch-im@paho.org). La version électronique pour les quatre dernières années peut être consultée sur la page web du Projet d'immunisation à [www.paho.org/immunization](http://www.paho.org/immunization). ■

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

Les références faites à des produits commerciaux et la publication d'articles signés dans ce Bulletin ne signifient en aucun cas qu'ils sont sanctionnés par l'OPS/OMS et ne représentent pas forcément la politique de l'organisation.

ISSN 1814-6260

Année XXX, Numéro 5 • Octobre 2008

Éditeur: Jon Andrus

Éditeurs-adjoints: Béatrice Carpano et Carolina Danovaro



**Organisation  
panaméricaine  
de la Santé**



Bureau régional de l'  
Organisation mondiale de la Santé

**Unité d'immunisation**

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