



Bulletin d'immunisation

Organisation panaméricaine de la Santé

VOLUME XXXIII NUMÉRO 2 ► AVRIL 2011

- 1 Réunion de l'IEC, 2011
- 1 Semaine de la vaccination aux Amériques, 2011
- 2 Introduction de nouveaux vaccins en Amérique latine et dans les Caraïbes
- 3 Les expériences vécues par la Région des Amériques quant au financement durable de la vaccination
- 4 DQS en Jamaïque, 2010
- 6 Amélioration des services de vaccination en Haïti
- 7 Caractéristiques techniques de conteneurs réfrigérés
- 8 "Grand Challenges Explorations" de la Fondation Gates

Réunion du Comité international d'experts et des commissions nationales et sous-régionales sur la documentation de l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale dans les Amériques

Du 21 au 22 mars, le Comité international d'experts (IEC, par ses initiales en anglais) sur l'élimination de la rougeole et de la rubéole ainsi que des représentants des commissions nationales et sous-régionales sur la documentation et la vérification de l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale (SRC) dans les Amériques se sont réunis au siège de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) à Washington, D.C. L'objectif de la réunion était d'examiner le processus et l'échéancier relatifs à la mise en œuvre d'activités visant à compléter le processus de documentation et de vérification, ainsi que de fournir aux commissions des recommandations judicieuses quant à la mise en œuvre du processus au niveau des pays.

Les progrès réalisés par les États Membres de l'OPS pour atteindre le but consistant à documenter l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du SRC sont remarquables. Trente-quatre pays de même que les territoires des Caraïbes appartenant à la France, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni ont établi des commissions nationales ou sous-régionales, et quelques pays ont achevé leur travail sur le terrain ou leurs rapports relatifs à l'élimination, ou les deux. Lorsqu'ils sont achevés, les rapports sont examinés par l'IEC et retournés au ministère de la Santé pour être révisés et ensuite finalisés.

Bien que quelques pays aient déjà achevé leur rapport documentant l'élimination de ces maladies, les autres pays se sont engagés à soumettre leurs rapports définitifs à l'IEC d'ici décembre 2011. Cela permettrait au à l'IEC de vérifier si l'élimination a été réalisée dans la Région et de présenter un rapport à la Conférence sanitaire panaméricaine en 2012. De plus, on a encouragé les pays à renforcer la relation existant entre l'épidémiologie et le laboratoire, ainsi qu'à documenter l'apparition du dernier cas endémique de SRC, en effectuant une recherche rétrospective de cas de SRC si nécessaire.

Compte tenu de ce qui précède, le soutien technique de l'OPS sera à la disposition des pays et mettra l'accent sur le renforcement des systèmes de surveillance de la rougeole, de la rubéole et du SRC, afin de fournir des preuves concluantes de l'interruption de la rougeole et de la rubéole endémiques dans la Région. Si on n'a observé aucun progrès dans un pays donné, s'il existe une lacune en matière de reddition de comptes, si un soutien technique de la part de l'IEC est requis ou si des questions se posent au sujet du rapport soumis par ce pays, l'IEC visitera les pays ou les sites visés et fournira des conseils. On s'attend à ce que tous les pays de la Région achèvent, grâce à ce soutien additionnel, leur rapport adressé à l'IEC d'ici décembre 2011.

Voir RÉUNION DE L'IEC Page 2



RÉUNION DU COMITÉ INTERNATIONAL D'EXPERTS ET DES COMMISSIONS NATIONALES ET SOUS-RÉGIONALES SUR LA DOCUMENTATION DE L'ÉLIMINATION DE LA ROUGEOLE, DE LA RUBÉOLE ET DU SYNDROME DE RUBÉOLE CONGÉNITALE DANS LES AMÉRIQUES
21 & 22 MARS 2011 – WASHINGTON, DC

Semaine de la vaccination dans les Amériques 2011

La neuvième Semaine annuelle de la vaccination aux Amériques (SVA), une initiative visant à promouvoir l'équité et l'accès à la vaccination partout dans la Région des Amériques, sera célébrée du 23 au 30 avril 2011. Le slogan de la SVA cette année, « Vaccinez votre famille, protégez votre communauté », met l'accent sur la vaccination comme un droit pour toute la famille et un moyen nécessaire de prévenir les maladies au niveau communautaire. On célébrera la SVA en même temps que ses initiatives sœurs dans les Régions AFRO, EMRO, EURO et WPRO.

En tout, plus de 170 pays et territoires à l'échelle mondiale feront la promotion de la vaccination en même temps au cours de la dernière semaine d'avril.

On mènera des douzaines d'événements de lancement de la SVA en 2011 au niveau local, national et international. Ces événements incluront des lancements régionaux à grand déploiement dans l'Altiplano, entre la Bolivie et le Pérou, le 26 avril et dans l'Amazone, à Manaus au Brésil, le 30 avril. D'autres célébrations auront lieu entre les États-Unis et le Mexique à Tucson en Arizona ; au Panama ; au Guatemala ; dans la zone frontalière trinationale entre le Brésil, la Colombie et le Pérou ; entre le Guatemala et le Honduras ; entre la Colombie et l'Équateur ; entre la Guyane française et le Suriname ; de même qu'au Costa Rica, à Cuba, au Salvador, au Paraguay et en Uruguay, entre autres endroits.

À ce jour, on prévoit qu'approximativement 40 pays et territoires participeront à la SVA, afin de

Voir SVA Page 8

RÉUNION DE L'IEC suite de la page 1

En collaboration avec les membres de l'IEC, l'OPS a l'intention d'évaluer le soutien fourni par les laboratoires et d'assurer un soutien adéquat dans ce domaine à tous les pays. De plus, l'OPS continuera son travail de plaidoyer parmi ses partenaires afin d'obtenir un financement suffisant pour appuyer le processus de documentation et de vérification.

L'IEC a félicité les pays des Amériques pour les progrès importants réalisés afin d'atteindre le but consistant à éliminer la rougeole, la rubéole et le SRC dans les Amériques et espère qu'avec la mise en œuvre des recommandations exposées lors de la réunion de mars, on atteindra le but consistant à déclarer la Région exempte de ces maladies.

La résolution CSP27.R2 de l'OPS, adoptée par la 27e Conférence sanitaire panaméricaine en 2007, demandait à la Directrice de l'Organisation panaméricaine de la Santé de nommer un Comité international d'experts pour vérifier, de manière indépendante, que la transmission endémique du virus de la rougeole et de la rubéole avait été interrompue dans l'hémisphère occidental. L'IEC inclut des représentants de différentes sous-régions et de différents domaines d'expertise. Il s'agit des personnes suivantes : Dr Marceline Dahl-Regis, médecin-chef, ministère de la Santé des Bahamas ; Dr Louis Z. Cooper, professeur émérite de pédiatrie, Collège des médecins et chirurgiens, Université Columbia, États-Unis ; Dr Walter Orenstein, professeur

de médecine et de pédiatrie, Université Emory, États-Unis ; Dr José Ignacio Santos-Preciado, professeur, Département de médecine expérimentale, Faculté de médecine, Université nationale autonome du Mexique, Mexique ; Dr Natasha Crowcroft, directrice de la surveillance et de l'épidémiologie, Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé, Canada ; Dr Jose Cassio de Moraes, président, Département de médecine sociale, Santa Casa de São Paulo, Brésil ; Dr Isabel Pachón del Amo, responsable régionale de l'épidémiologie, Directeurat général de la santé publique et de la santé internationale, ministère de la Santé et de la Politique sociale, Espagne. ■

Appui donné par l'OPS à l'introduction de nouveaux vaccins en Amérique latine et dans les Caraïbes : le cas des vaccins antirotavirus et antipneumococcique conjugué

Les pays de la Région de l'Amérique latine et des Caraïbes ont été parmi les premiers pays en développement à introduire des vaccins récents, tels que le vaccin antirotavirus et le vaccin antipneumococcique conjugué (PCV), dans leurs calendriers nationaux de vaccination au cours de cette décennie. L'OPS a fortement recommandé que ces vaccins, comme tous les autres vaccins introduits dans les programmes nationaux d'immunisation, soient introduits à l'échelle du pays.

Tout au long du processus d'introduction de nouveaux vaccins, l'OPS a appuyé de nombreuses activités se déroulant au sein des pays et demeure étroitement associée à diverses stratégies visant à réduire la morbidité et la mortalité causées par la diarrhée à rotavirus et les maladies à pneumocoques. Depuis 2006, 14 pays et un territoire ont introduit le vaccin antirotavirus dans leur calendrier national de vaccination, et 14 pays et cinq territoires ont introduit le VAC dans leur calendrier national de vaccination (figure 1).

Depuis 2003, l'OPS appuie les États Membres pour ce qui est d'organiser des réunions régionales et sous-régionales axées spécifiquement sur l'introduction et la mise en usage de nouveaux vaccins. Depuis, l'OPS a organisé sept réunions de ce genre au Brésil, en Colombie, au Costa Rica, au Pérou et au Venezuela. L'OPS a l'intention de tenir sa huitième réunion consacrée aux nouveaux vaccins en novembre 2011 en Uruguay. Les objectifs de ces réunions sont de partager les progrès scientifiques récents concernant les nouveaux vaccins qui ont récemment été introduits dans les programmes nationaux des divers pays, et de discuter de la surveillance épidémiologique de ces vaccins chez les enfants de < 5 ans.

Parallèlement à d'autres activités relatives aux nouveaux vaccins, l'initiative ProVac de l'OPS a organisé des ateliers régionaux destinés à renforcer la capacité des pays à prendre des

décisions informées et basées sur des données probantes quant à l'introduction de nouveaux vaccins. Depuis 2006, l'initiative a accueilli deux ateliers portant sur le recours à des analyses économiques et à d'autres données probantes pour prendre des décisions informées, au niveau national, quant à l'introduction du vaccin antirotavirus et du vaccin antipneumococcique conjugué. Les ateliers ont fourni à des équipes d'étude multi-disciplinaires de plusieurs pays une formation pratique sur les modèles économiques servant à mener une analyse coût-efficacité. À ce jour, 10 pays de la Région ont mené des analyses coût-efficacité et ont préparé des rapports techniques résumant les données probantes disponibles, en vue d'influencer la prise de décision au niveau des pays quant à l'introduction du vaccin antirotavirus ou du vaccin antipneumococcique conjugué.

Afin d'assister les États Membres à réaliser une introduction et une mise en usage appropriées des nouveaux vaccins dans leurs programmes nationaux de vaccination, l'OPS a élaboré plusieurs guides pratiques. Au cours des quatre dernières années, l'OPS a publié les trois guides pratiques suivants :

- *Surveillance of Bacterial Pneumonia and Meningitis in Children Aged Under 5 years*
- *Epidemiological Surveillance of Diarrheal Diseases Due to Rotavirus*
- *Introduction and Implementation of New Vaccines*

Deux autres guides pratiques sont en cours d'élaboration : *How to implement pneumococcal conjugate vaccination in a country* et *Objectives and use of the new vaccines surveillance informatics Web-based tool VINUVA*. Ce dernier guide facilitera le processus de communication systématique des données de surveillance provenant des pays en matière d'infections bactériennes invasives et de diarrhée à rotavirus. Il aidera également à l'élaboration du profil épidémiologique de ces maladies en Amérique latine et dans les Caraïbes.

Pour améliorer l'évaluation de l'impact de l'introduction des vaccins dans les pays, la prévalence des souches en circulation et les changements relatifs au profil épidémiologique des maladies sous surveillance, l'OPS a appuyé les États Membres quant à la mise en place d'une surveillance sentinelle normalisée et basée dans les hôpitaux en matière de nouveaux vaccins. Cela s'est fait par l'usage de définitions de cas cohérentes, de diagnostics posés en laboratoire et d'analyses systématiques des données. Actuellement, 13 pays ont mis en œuvre une surveillance sentinelle basée dans les hôpitaux pour la diarrhée à rotavirus et 10 ont mis en œuvre une telle surveillance pour les maladies bactériennes invasives causées par les pneumocoques.

Les activités principales de l'OPS visant à assister les États Membres quant au processus d'introduction de vaccins ont inclus un soutien accordé dans les pays par l'intermédiaire de

NOUVEAUX VACCINS suite de la page 2

consultants à court terme. Ces consultants fournissent une formation et un soutien quant à la mise en œuvre d'une surveillance épidémiologique et en laboratoire, aident à élaborer des plans d'introduction de nouveaux vaccins basés sur les lignes directrices de l'OPS, participent à l'évaluation de la chaîne du froid à tous les niveaux, et s'impliquent dans des activités visant à renforcer le réseau destiné à suivre de près les événements supposément attribuables à la vaccination ou à l'immunisation (ESAVI) et à y répondre.

Une fois qu'un nouveau vaccin a été introduit et mis en usage dans un pays, l'OPS encourage les États Membres à partager, avec les autres pays de la Région et du monde, les leçons qu'ils en ont tirées. Au cours des années, plusieurs des gestionnaires du Programme élargi de vaccination (PEV) ont visité d'autres pays afin de partager les leçons apprises lors de l'introduction de nouveaux vaccins ou afin de s'informer auprès d'un pays qui a récemment introduit un nouveau vaccin. L'OPS prévoit tenir en 2012 une réunion où les pays qui ont récemment introduit le VAC pourront partager les leçons qu'ils auront apprises à cette occasion.

Figure 1. Vaccin antirotavirus et/ou vaccin antipneumococcique dans les calendriers du Programme élargi de vaccination (PEV) des pays, Région des Amériques, 2011



L'OPS a également accordé un soutien important aux pays quant à l'élaboration d'études particulières portant sur l'innocuité, l'efficacité et l'impact des vaccins, entre autres sujets, de même que des études visant à documenter systématiquement le processus d'introduction de nouveaux vaccins. Actuellement, l'OPS s'implique dans huit études relatives aux rotavirus ou aux pneumocoques dans 10 pays d'Amérique latine et des Caraïbes. ■

¹ Disponible (en anglais) à l'adresse : http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FieldGuide_BacPneumoMening_1stEd_e.pdf.

² Disponible (en anglais) à l'adresse : http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FieldGuide_Rotavirus_1stEd_e.pdf.

³ Disponible (en anglais) à l'adresse : http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FieldGuide_NewVaccines_1stEd_e.pdf.

L'OPS partage les expériences vécues par la Région des Amériques quant au financement durable de la vaccination lors du colloque Sabin

Les 28 et 29 mars 2011, des représentants de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) ont pris part au tout premier Colloque sur le financement durable de la vaccination, accueilli par le Sabin Vaccine Institute à Addis-Abeba, en Éthiopie. L'OPS a été invitée à cet événement afin de partager les expériences vécues par les Amériques quant à l'élaboration de lois sur les vaccins et de programmes de vaccination durables.

Le Dr Jon Andrus, directeur adjoint de l'OPS, présidait le panel des Amériques. Pierce Trumbo, responsable financier du Programme de vaccination, a présenté l'évolution historique des programmes d'immunisation dans les Amériques et a expliqué comment les pays ont élaboré des lois visant à garantir ces programmes.

Après la création de programmes nationaux et les efforts d'éradication de la polio dans les années 1980, l'OPS a encouragé les États Membres à assumer une plus grande responsabilité pour leurs programmes et a aidé les pays à élaborer des lois sur les vaccins afin de réserver des crédits budgétaires destinés à la vaccination. Aujourd'hui, les pays des Amériques couvrent 99 % du coût de leurs programmes nationaux – et au moins 27 pays ont adopté ou sont en train d'adopter des lois sur les vaccins.

Deux parlementaires, Alejandro Northon Zapata Avendaño de la Bolivie et Zoila Beatriz Quijada Solís du Salvador, ont également fait part aux délégués au colloque de leurs expériences quant à l'adoption de lois relatives à la vaccination. Le représentant Zapata Avendaño a décrit ses efforts visant à recruter

des partisans pour la Ley 3300 de la Bolivie (adoptée en 2005), qui garantit le droit de tous les citoyens boliviens d'être vaccinés. La députée Quijada Solís, qui mène actuellement les efforts visant à faire adopter le projet de loi sur les vaccins au Salvador, a exprimé sa solidarité avec les pays présents au colloque et a encouragé les délégués à continuer de se battre pour faire en sorte que des fonds nationaux soient réservés à la vaccination.

Les expériences vécues dans les Amériques ont suscité beaucoup d'intérêt et de discussion lors du colloque. Il est devenu de plus en plus clair que le fait de partager les leçons apprises et les pratiques optimales en provenance des Amériques constitue un stimulant puissant pour les pays qui sont en train d'élaborer des lois sur les vaccins et des programmes de vaccination dans d'autres Régions. ■

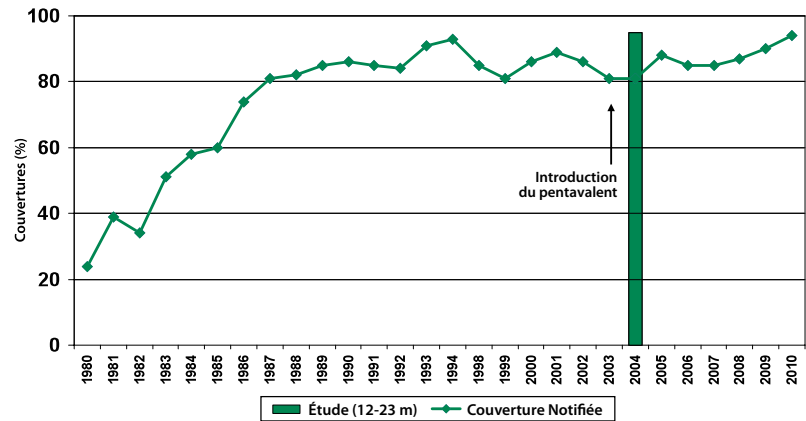
Jamaïque : Autoévaluation de la qualité des données (DQS, par ses initiales en anglais) relatives à l'immunisation, du 1^{er} au 8 novembre 2010

Le Programme élargi de vaccination (PEV) de la Jamaïque a obtenu des succès de taille, tels l'élimination de la poliomyélite, de la rougeole et de la rubéole. Néanmoins, les couvertures rapportées sont inférieures à la couverture vérifiée lors d'une enquête menée en 2005 (figure 1).

Entre le 1^{er} et le 8 novembre 2010, une évaluation du système de suivi de la vaccination a été menée en Jamaïque, à l'aide d'une méthodologie appelée « autoévaluation de la qualité des données » (DQS, par ses initiales en anglais). L'équipe d'évaluation était composée de 15 personnes du ministère de la santé de la Jamaïque qui travaillent à différents niveaux du PEV, d'un représentant du ministère de la santé du Belize, d'une représentante des Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis, d'un représentant de l'Organisation mondiale de la Santé et de deux membres du personnel du bureau du siège de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS).

Les objectifs de cette évaluation de la qualité des données étaient d'évaluer l'exactitude des

Figure 1. Couverture de DPT3 notifiée chez les enfants âgés de 0-11 mois et enquête de couvertures chez les enfants âgés de 12-23 mois, Jamaïque, 1980-2010

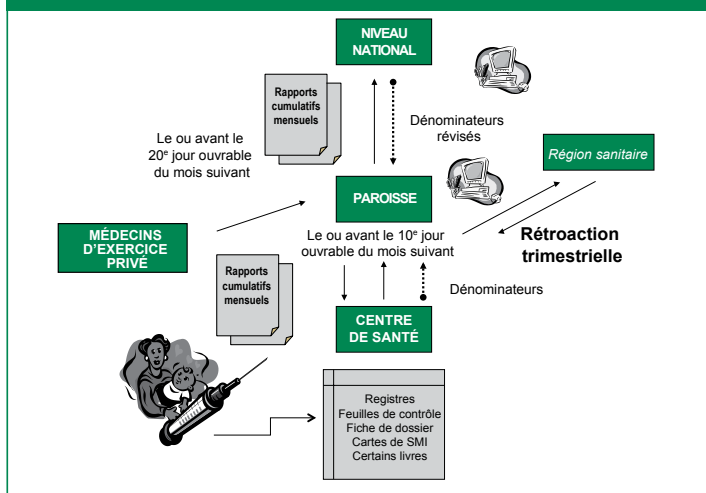


Source: Rapports de pays à FCH-IM/OPS; PEV, MS Jamaïque et Étude de couverture vaccinale de l'enfance dans les paroisses en Jamaïque, Dobbins et al, 2005

données relatives à la couverture réalisée par le PEV, le caractère opportun de la communication des données et la qualité du système (voir la figure 2), et de cerner les forces et

les faiblesses existantes afin de proposer des recommandations visant à améliorer la situation.

Figure 2. EPI Data Flow, Jamaica 2010.



Les trois composantes principales qui ont été évaluées étaient :

1. La **qualité du système de suivi** : celle-ci a été évaluée au moyen de questionnaires administrés aux niveaux national et paroissial et au niveau des centres de santé. Les composantes évaluées en Jamaïque étaient les suivantes : pratiques relatives à l'enregistrement des données, information et planification démographiques, formation et supervision, archivage et enregistrement des données, suivi et évaluation, et gestion des vaccins et de l'approvisionnement. On a obtenu un indice de qualité pour chaque site visité (sauf certains établissements privés) en
2. L'**exactitude des données** relatives à la couverture vaccinale : on a évalué l'exactitude des données en comparant les données découvertes aux données enregistrées sur les formulaires de collecte de données. En Jamaïque, l'évaluation a couvert la période allant de juillet à la fin septembre 2010. Les vaccins évalués étaient la première dose et la troisième dose de vaccin pentavalent (Penta1 et Penta3) chez les enfants de 0 à 11 mois, la première dose de ROR (ROR1) chez les enfants de 12 à 23 mois, et la deuxième dose de ROR (ROR2) chez les enfants de 4 à 6 ans ; on n'a vérifié ce dernier qu'au niveau paroissial.
3. Le **caractère opportun** de la communication des données : celui-ci a été évalué au niveau paroissial en calculant le pourcentage de rapports qui avaient été reçus avant le dixième jour ouvrable du mois suivant, comme prescrit par le PEV. Au niveau national, on a calculé le pourcentage de rapports qui avaient été reçus avant le vingtième jour ouvrable du mois suivant.

L'équipe nationale du PEV et l'OPS ont choisi les sites et ont commencé à adapter les questionnaires et les formulaires d'exactitude en juillet 2010. Au cours de l'évaluation de la qualité des données, en novembre, on a administré une formation à cinq équipes (3-4 personnes chacune) et on a testé les questionnaires et les formulaires de collecte de données (2 jours). Ensuite, on a mené le travail sur le terrain (2 jours – 3 étaient prévus à l'origine, mais

on a réduit ce nombre à 2 à cause d'un avis d'ouragan), analysé les résultats et proposé des recommandations (1 jour). Enfin, les principaux résultats ont été présentés aux autorités nationales.

On a évalué le Service de santé des paroisses de Kingston et Saint-Andrew (KSA), Manchester, Sainte-Anne, Sainte-Catherine et Trelawny, de même que 22 centres de santé et quatre médecins privés.

L'indice de qualité résultant de l'entrevue menée au niveau national était de 79 %, l'indice de qualité moyen des paroisses était aussi de 79 % (étendue : 71-84 %) et l'indice de qualité moyen des centres de santé était de 82 % (étendue : 60-98 %). Le score par composante variait considérablement.

Les facteurs de vérification moyens étaient systématiquement inférieurs à 100 % lorsqu'on vérifiait les données communiquées au service

de santé des paroisses dans les dossiers des centres de santé (feuilles de contrôle et registres de suivi en matière de vaccination) (figure 3). À l'inverse, on a compté plus de doses dans les services de santé paroissiaux visités que dans la base de données au niveau national, avec pour conséquence des facteurs de vérification moyens > 100 % pour les 4 antigènes examinés (Penta1, Penta3, ROR1 et ROR2).

Le caractère opportun de la communication des données, c'est-à-dire le pourcentage de rapports relatifs au PEV reçus à temps à la paroisse, variait de 11,7 % à 94,2 %. En ce qui concerne le niveau national, 87 % des rapports relatifs au PEV provenant des paroisses pour juillet-septembre 2010 sont arrivés à temps. À plusieurs occasions, il a été constaté que la consolidation des données avait lieu une fois reçus tous les rapports provenant des centres de santé ou des paroisses afin d'éviter des pertes d'information.

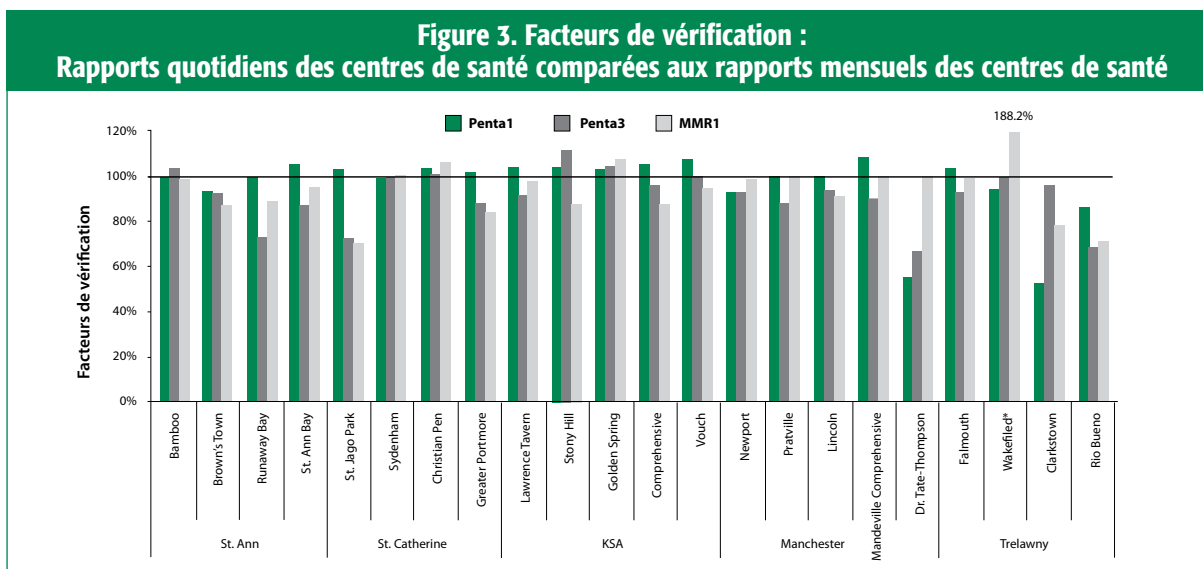
Parmi les forces qui ont été constatées, un thème commun était l'engagement du personnel du PEV à tous les niveaux du

système de santé. En outre, le flux des données est clair et bien défini : il existe un mécanisme qui permet un suivi individualisé des calendriers de vaccination des enfants et les médecins privés à qui on a fait passer une entrevue étaient bien disposés et prêts à fournir les données demandées. Les principales faiblesses relatives à la base de données désuète du PEV étaient que celle-ci ne permet pas le transfert électronique de données d'une paroisse au niveau national, entre autres. On a également constaté l'absence d'un mandat ou de mécanismes permettant d'obtenir toutes les données requises de la part du secteur privé, un manque de ressources humaines, l'incapacité à effectuer un suivi continu et exact de la perte de vaccins, une analyse géographique limitée des données par le système d'information aux différents niveaux, ainsi que des incohérences et des problèmes pour ce qui est d'enregistrer, de documenter et de totaliser les doses de vaccin administrées dans les centres de santé.

Les principales recommandations sont les suivantes : mettre à jour le système de base

de données (y compris la soumission électronique de fichiers), former le personnel en conséquence et optimiser l'usage de ce système aux niveaux paroissial, régional et national, modifier les règlements relatifs à la vaccination pour renforcer la communication de données de la part du secteur privé et encourager ce secteur à tenir des registres d'immunisation, prendre en considération les besoins du PEV dans le plan national de développement des ressources humaines, élaborer des mécanismes visant à effectuer un meilleur suivi de la perte de vaccins, renforcer l'analyse géographique des données et renforcer les pratiques de documentation au niveau local par le moyen d'une supervision et d'une formation améliorées, y compris la possibilité d'embaucher un superviseur de terrain pour le PEV.

Finalement, l'équipe a recommandé d'évaluer les paroisses qui n'ont pas été visitées durant cette évaluation de la qualité des données ainsi que d'élaborer un plan d'action pour mettre en œuvre ces recommandations.



Principales recommandations

- Prendre en considération les besoins du PEV dans le plan de développement des ressources humaines.
- Renforcer la documentation des doses administrées par le moyen d'une supervision et d'une formation améliorées.
- Mettre en place des mécanismes visant à s'assurer que les centres de santé gardent des exemplaires des formulaires mensuels de données sommaires du PEV.
- Fournir des cartes mises à jour comprenant les limites des zones desservies par les centres de santé pour faciliter l'analyse géographique des données.
- Adapter les outils du DQS pour que l'infirmière de santé publique puisse procéder à des contrôles et des évaluations trimestriels de manière régulière.
- Mettre à jour la base de données, former le personnel et optimiser l'usage de la base de données aux niveaux paroissial, régional et national pour :
 - envoyer des fichiers électroniques au niveau national plutôt que des copies papier du rapport
 - fournir des imprimantes aux paroisses
- Renforcer l'utilisation systématique de la feuille de contrôle standard dans tous les établissements de santé, y compris ceux du secteur privé.
- Modifier les règlements relatifs à la vaccination pour encourager le rapport du nombre de doses par le secteur privé.
- Encourager le secteur privé à tenir un registre vaccinal et à suivre les enfants qui ne respectent pas leur calendrier de vaccination. ■

Amélioration des services de vaccination en Haïti : réunion d'appui aux partenaires

Les 8 et 9 mars 2011, l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) a accueilli une réunion destinée aux partenaires dans le domaine de l'immunisation afin de discuter de la meilleure manière de soutenir le plan d'action pluriannuel d'Haïti en matière de vaccination (2011-2015). Les participants comprenaient des représentants du ministère de la Santé publique d'Haïti, de l'OPS, de l'UNICEF, des Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis, de l'Agence canadienne de développement international (ACDI), de l'Agence américaine pour le développement international (USAID) et d'autres partenaires.

Le nouveau plan stratégique pluriannuel pour Haïti vise à améliorer la couverture vaccinale et la gestion des vaccins. Cela permettrait au programme national de vaccination de garder le pays exempt de polio, de rougeole et de rubéole, d'éliminer le tétanos néonatal, et d'introduire de nouveaux vaccins avec l'aide de nombreux donateurs et partenaires. Le plan couvre la vaccination de routine, la surveillance épidémiologique, la mobilisation sociale et la

communication, de même que des activités de formation et de gestion, allant de 2011 jusqu'à la fin de 2015. Il inclut des projections de coût détaillées, ainsi que des plans relatifs à l'inclusion du vaccin pentavalent (DTC-Hib-hépatite B) et d'autres nouveaux vaccins.

Les responsables de la santé d'Haïti travaillent actuellement de concert avec l'OPS et avec des partenaires en vue de perfectionner leurs nouvelles stratégies et de détailler leurs plans de vaccination, ainsi que de s'assurer que ces stratégies et ces plans sont financés et peuvent être maintenus au cours des cinq prochaines années. On a déterminé que la prise en charge de la part des pays et la coordination de tous les acteurs concernés étaient des éléments nécessaires au succès du plan. On a déterminé explicitement que l'équité constituait le principe global du plan. Le Dr Ciro de Quadros, du Sabin Vaccine Institute, qui a présidé la réunion, a déclaré : « Ce plan démontre le travail remarquable qui est en cours en matière d'immunisation ainsi que la volonté résolue d'améliorer les services de vaccination

; la communauté internationale soutient le plan haïtien. » Le Dr Ariel Henry, du ministère de la Santé publique et de la Population d'Haïti (MSPP), a dit : « Nous espérons démarrer



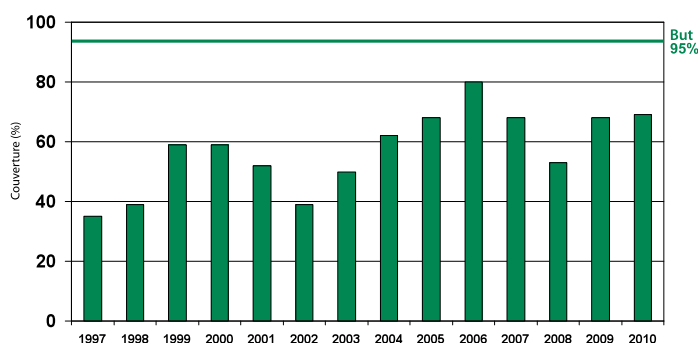
Campagnes de vaccination après le séisme, Haïti, mars 2010

ce plan pluriannuel de vaccination dès que possible, afin de sauver des vies et de protéger les Haïtiens. »

Le plan pluriannuel d'immunisation d'Haïti adhèrera aux lignes directrices stratégiques suivantes afin d'en assurer le succès :

- Renforcer la vaccination de routine**, en vue d'améliorer considérablement la couverture vaccinale, autant sur le plan quantitatif que sur le plan qualitatif ;
- Élargir la gamme des maladies et des groupes visés par le plan**, premièrement par l'introduction de nouveaux vaccins – à commencer par le vaccin pentavalent en 2012 – et, deuxièmement, par sa transformation en un programme national de vaccination qui apporte les bienfaits de la vaccination non seulement aux mères et aux enfants, mais à toute la famille ;
- Relancer l'offre de services d'approche en matière de vaccination**, à l'aide des mécanismes suivants :
 - Faire en sorte que des équipes de vaccination mobiles tiennent des événements publics de vaccination dans des postes de vaccination au moins quatre fois par an, en se servant de la Semaine de la santé de l'enfant et de la Semaine de la vaccination dans les Amériques, ainsi que d'autres occasions de mobiliser le soutien des partenaires, au besoin
 - Optimiser le soutien accordé par les ONG à la vaccination de routine par le moyen de contrats
 - Définir et mettre en œuvre une politique viable concernant la rémunération et la formation des agents de santé communautaires, pour garantir le recrutement et la rétention d'une main-d'œuvre communautaire compétente et motivée afin d'assurer le succès de la stratégie de services d'approche ;
- Accroître la capacité de la chaîne du froid** à tous les niveaux, afin de répondre aux besoins d'entreposage frigorifique découlant de l'introduction de nouveaux vaccins ;
- Améliorer les pratiques de gestion** de la chaîne du froid, des vaccins et des autres fournitures de manière à réduire les taux de perte et à éviter les ruptures de stock ;

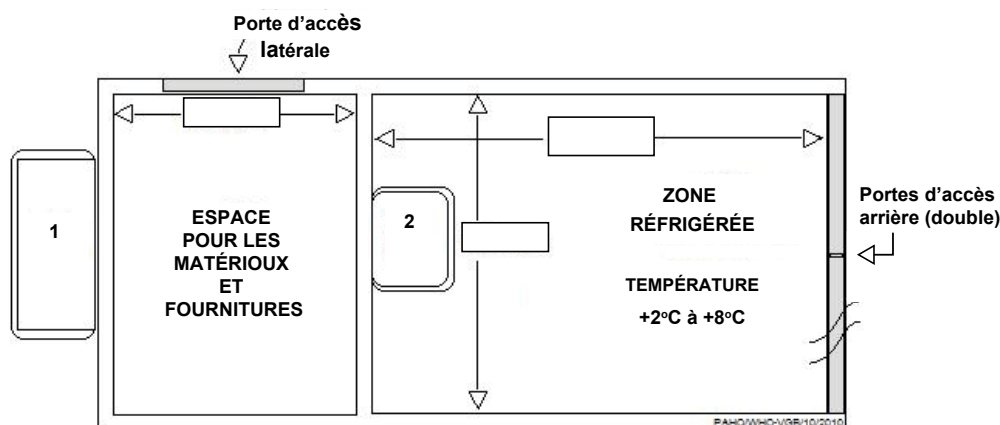
Couverture vaccinale du DTC3 déclarée chez les enfants < 1 an Haïti, 1997-2010



Source : FCH-IM, telle que déclarée au moyen des formulaires conjoints de déclaration OPS-OMS/UNICEF

- Renforcer les activités de communications et de mobilisation sociale** de manière à optimiser la demande et à améliorer la prestation de services, surtout dans les régions difficiles à atteindre ;
- Renforcer la surveillance épidémiologique** par une collaboration fructueuse entre la DPEV (Direction nationale du Programme élargi de vaccination du ministère de la Santé d'Haïti) et la DELR (Direction d'épidémiologie, de laboratoire et de recherches du ministère de la Santé d'Haïti), ainsi que par un soutien de la part des partenaires techniques principaux, en particulier l'OPS et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), l'UNICEF et les CDC ;
- Relancer les activités de soutien et de contrôle continu**, en particulier la micro-planification, la supervision et le contrôle continu de la couverture vaccinale ;
- Renforcer les organes du plan de vaccination qui s'occupent de gestion et de consultation** : le Programme élargi de vaccination national d'Haïti (DPEV) et le comité technique (CT) de même que le comité de coordination interorganismes (IACC). ■

CARACTÉRISTIQUES TECHNIQUES DES CONTENEURS RÉFRIGÉRÉS



Épaisseur des parois, de plancher, de toit et des portes = 3" (po) ou 76.2 mm

1. Unité de Condensation 2. Unité Évaporateur

CARACTÉRISTIQUES TECHNIQUES D'UN CONTENEUR FRIGORIFIQUE

	CONÇU ET CONSTRUIT PAR	Devrait être acheté auprès d'une entreprise spécialisée dans la conception et la construction de chambres et de conteneurs thermiques destinés aux véhicules de transport frigorifique.
DIMENSIONS (espace réfrigéré)	MESURES INTÉRIEURES	Les mesures intérieures de l'espace destiné aux fournitures et au matériel devraient être compatibles avec les besoins du PEV.
	DEIMENSIONS DE L'ESPACE RÉFRIGÉRÉ	Les mesures intérieures du compartiment réfrigéré devraient être compatibles avec les besoins du PEV.
	ISOLATION	Mousse de polyuréthane injectée à haute densité (minimum de 42 kg/m ³)
	WALL, FLOOR, ROOF, AND DOOR THICKNESS	3" pouces or 76.2mm
	RECOUVREMENT DE SOL	Aluminium ondulé ou extrudé antidérapant ou de type T, ou matériau semblable.
	DOORS	ARRIÈRE, DEUX PORTES OU PORTE À DEUX BATTANTS: Couples de fermeture et gonds en acier inoxydable. Joint d'étanchéité à double languette. Cadre en aluminium extrudé, 1/8 de pouce, avec coins soudés. Pare-chocs en caoutchouc. Crochet de fermeture de porte. CÔTÉ, UNE
SYSTÈMES DE CONTRÔLE/ SURVEILLANCE/SÉCURITÉ	THERMOMÈTRE	Panneau de contrôle de la température installé dans le panneau de la cabine.
	THERMOGRAPHE	Contrôle de la température à l'aide d'une carte graphique ou d'un mandat informatique. [Ce dispositif permet de noter manuellement ou électroniquement les températures auxquelles les vaccins ont été exposés durant le transport.]
	TACHYMÈTRE	Indique l'écart de vitesses de rotation du moteur à respecter, ce qui aide le chauffeur à choisir des réglages d'accélérateur et de vitesses appropriés aux conditions routières. [Ce dispositif avertit le chauffeur s'il dépasse la vitesse permise et l'informe sur la façon de noter cette infraction.]
	ALARMES	Contre les températures hautes ou basses. [Ce système avertit le chauffeur ou la personne responsable de transporter les vaccins si ces derniers sont exposés à des températures hautes ou basses à cause d'une défaillance éventuelle du système de refroidissement.]
	GPS	Outil de navigation et de positionnement précis servant à déterminer l'emplacement d'un objet, d'un véhicule de transport ou d'une personne. [Donne une information en temps réel sur l'emplacement exact et actuel du véhicule en cas d'accident, de défaillance du véhicule ou de vol.]
	SÉCURITÉ	Système d'alarme contre le vol du conteneur ou du camion
ÉQUIPEMENT DE RÉFRIGÉRATION	CAPACITÉ DE RÉFRIGÉRATION	Calculée par l'entreprise quand elle a conçu la chambre ou le conteneur thermiques.
	TYPE DE FRIGORIGÈNE	Sans CFC
	TEMPÉRATURE	2 °C à 8 °C
	SYSTÈME FRIGORIFIQUE	DOUBLE : fonctionnement motorisé et électronique. [Le système de refroidissement doit offrir la double possibilité de fonctionner grâce à la puissance du moteur durant le transport et d'être alimenté par un branchement à un réseau électrique quand le véhicule est garé.]
	PIÈCES DE RECHANGE	Pièces de rechange pour deux ans.

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

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

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

ISSN 1814-6260

Année XXXIII, Numéro 4 • Août 2011

Éditeur : **Carolina Danovaro**

Éditeurs-adjoints : **Gabriela Félix and Cuauhtémoc Ruiz Matus**

©Organisation panaméricaine de la Santé.
Tous droits réservés.



**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>

SVA suite de la page 1

vacciner plus de 41 millions de personnes parmi tous les groupes d'âge contre une vaste gamme de maladies, y compris la poliomyélite, la rougeole, la rubéole et le syndrome de rubéole congénitale, les oreillons, la diphtérie, la coqueluche, le tétanos néonatal, la grippe et la fièvre jaune. Plusieurs pays ont également choisi d'intégrer d'autres interventions préventives à leurs campagnes de vaccination, y compris des traitements vermifuges, des suppléments de vitamine A et un suivi continu de la croissance des enfants. Certains pays et territoires ont l'intention de profiter de la SVA pour se concentrer exclusivement sur la communication sociale et les campagnes éducatives visant à promouvoir la vaccination. ■

Vaccination
Un acte d'amour



Pour plus de renseignements sur la SVA, veuillez vous reporter au site Web de cette initiative, à l'adresse www.paho.org/vwa, et cliquer sur « J'aime » sur la page Facebook : <http://on.fb.me/VacunaVaccine>

La Fondation Gates offre des subventions de 100 000 \$ pour optimiser les systèmes de vaccination dans les pays à revenu faible ou moyen

La disponibilité des nouveaux vaccins et le financement substantiel requis pour les introduire rapidement dans les programmes de vaccination des pays offrent une occasion fantastique de sauver des millions de vies. Toutefois, ces occasions s'accompagnent de défis – et l'un des principaux défis est de s'assurer que les systèmes sur lesquels on compte pour livrer ces vaccins sont à la hauteur de la tâche qu'on attend d'eux.

La Fondation Bill et Melinda Gates accepte maintenant des propositions concernant son initiative appelée *Grand Challenges Explorations*, qui encourage l'innovation dans le domaine de la recherche en santé mondiale. Cette année, l'initiative offre aux scientifiques, aux inventeurs, aux ONG, aux ministères de la Santé et aux entrepreneurs de partout dans le monde l'occasion d'obtenir des subventions de 100 000 \$ US pour explorer des idées non conventionnelles qui pourraient transformer les systèmes d'approvisionnement relatifs à l'immunisation dans les pays les plus pauvres du monde.

Le programme *Grand Challenges Explorations* de la Fondation Gates a entamé une première étape dans la découverte de solutions innovatrices, en offrant des subventions de 100 000 \$ en réponse à des propositions prometteuses de deux pages qui abordent les domaines prioritaires énumérés ci-dessous :

1. Établissement des priorités quant aux caractéristiques des vaccins
2. Conception des systèmes d'approvisionnement relatifs à l'immunisation
3. Impact environnemental
4. Systèmes d'information
5. Ressources humaines
6. Acceptation de la vaccination.

Les projets couronnés de succès auront l'occasion de recevoir un financement additionnel pouvant aller jusqu'à 1 million de dollars US. **La date limite pour présenter une demande est le 17 novembre 2011.** ■

Pour plus de renseignements ou pour présenter une demande, visiter le site : www.Grandchallenges.org/GIN.