

Bulletin d'immunisation

Organisation panaméricaine de la Santé

Volume XXXVII Numéro 3

Protégez votre Famille par la Vaccination

Septembre 2015



XXIII^e réunion du Groupe consultatif technique de l'OPS sur les maladies évitables par la vaccination

La XXIII^e réunion sur les maladies évitables par la vaccination du Groupe consultatif technique (GCT) de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) s'est tenue à Varadero (Cuba) du 1^{er} au 3 juillet 2015.¹ La devise de la réunion, « Adieu la rubéole! Au suivant! », a été choisie en raison de la certification récente de l'élimination régionale de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale (SRC). Les objectifs de cette réunion étaient de présenter l'adaptation régionale du Plan d'action mondial pour les vaccins (GVAP), de récapituler les progrès réalisés quant aux initiatives d'élimination et de lutte concernant plusieurs maladies et d'émettre des recommandations pour répondre aux nombreux défis auxquels les programmes nationaux de vaccination font face dans la Région des Amériques.



Les participants à la XXIII^e réunion du GCT à Varadero (Cuba) du 1^{er} au 3 juillet 2015. Crédit photo : Ary Rogerio Silva, OPS.

Le Dr Francisco Becerra, Sous-directeur de l'OPS, a accueilli tous les participants et prononcé le mot d'ouverture. Le Dr Peter Figueroa a ensuite été présenté comme le nouveau président du GCT, un rôle qu'il avait assumé par intérim lors de la XXII^e réunion de ce groupe à l'issue du décès du président précédent, le Dr Ciro de Quadros. Le Dr Figueroa est un ancien membre du Groupe stratégique consultatif d'experts de la vaccination (SAGE) de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et membre du GCT depuis 1991. Il œuvrera comme président du GCT de l'OPS pour le mandat de quatre ans à venir.

Cette XXIII^e réunion du GCT a été, à bien des égards, différente des réunions précédentes. Tout d'abord, il s'agissait de la première réunion régionale sur la vaccination de cette ampleur et de cette importance accueillie à Cuba. Enfin et surtout, cette XXIII^e réunion du GCT a inauguré la présentation officielle du Plan d'action régional pour la vaccination (RIAP) au GCT et à tous les États Membres de l'OPS.

Le RIAP a reçu l'approbation du Comité exécutif de l'OPS, puis a été présenté et approuvé par le Conseil directeur en septembre 2015.² Ce plan, qui est à la fois une adaptation du GVAP à l'échelle régionale, un plan d'action (2016-2020) et une stratégie régionale officielle, dresse les grandes lignes d'action pour les cinq ans à venir. L'adoption du RIAP renforce les bases du Programme élargi de vaccination (PEV) et offre des lignes directrices supplémentaires pour répondre aux défis croissants auxquels font face les programmes dans la région. Le RIAP déploie sa stratégie selon quatre lignes d'action : a) maintenir les réalisations, b) mener à son terme le programme inachevé pour prévenir et contrôler les maladies évitables par la vaccination, c) s'attaquer aux nouveaux défis concernant l'adoption des vaccins et l'évaluation de leurs répercussions et d) renforcer les services de santé pour une administration vaccinale efficace. Finalement, le RIAP est destiné à guider efficacement les États Membres de l'OPS au cours de la seconde moitié de la Décennie de la vaccination.

¹ Les sujets présentés dans ce numéro du Bulletin d'immunisation ont été classés « pour décision » lors de la réunion 2015 du GCT. Une liste exhaustive des sujets abordés et des recommandations émises lors de cette réunion est offerte dans le rapport 2015 du GCT et accessible en ligne à l'adresse (en anglais) <http://www.paho.org/immunization/TAG-Reports>.

² Les informations et les dates spécifiques référencées liées à la RIAP dans ce numéro du Bulletin d'immunisation ont été actualisées pour refléter les progrès réalisés depuis Juillet 2015.

Plan d'action régional pour la vaccination

Depuis la mise en vigueur du Programme élargi de vaccination (PEV) il y a 38 ans, les pays et les territoires des Amériques ont fait d'énormes progrès en matière de protection des populations contre les maladies évitables par la vaccination. De nombreux États Membres considèrent la vaccination comme un bien public et une priorité politique; les programmes nationaux de vaccination participent aussi largement à la progression vers les objectifs du Millénaire pour le développement.

De 2005 à 2013, la couverture par une troisième dose de DTC a atteint dans la Région, de manière durable, le chiffre de 90 %, voire un chiffre supérieur; cependant, cette couverture a stagné ces dernières années. Pour 2014, les données prévisionnelles annoncent une chute de cette couverture à 88 %.³ Depuis 2013, comparativement aux autres régions de l'Organisation mondiale de la Santé, les Amériques ont pris la troisième place en termes de couverture par la troisième dose de DTC. La Région reste cependant en tête pour l'adoption durable de nouveaux vaccins : à ce jour, 24 pays et territoires ont adopté le vaccin antipneumococcique conjugué, 18 le vaccin antirotavirus et 22 le vaccin contre le virus du papillome humain. En 2015, l'élimination de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale (SRC) a été officiellement déclarée, et le tétanos néonatal n'est plus un problème de santé publique dans la Région, sauf en Haïti.

La mise en œuvre de programmes nationaux de vaccination protège les personnes tout au long de leur vie contre des maladies mortelles et la souffrance qui leur est liée, et la réussite d'un programme est le fruit d'une efficacité soutenue dans de multiples domaines, activités et stratégies. Parmi ces domaines figurent l'appropriation des programmes par le pays, ainsi que leur pérennité financière en garantissant pour le programme vaccinal un statut de priorité politique et en assurant pour la vaccination un cadre légal, une planification et une coordination diligentes, l'approvisionnement ininterrompu et en toute sécurité des vaccins et des matériels d'injection, le maintien de la chaîne du froid, la formation, la supervision et la surveillance, un suivi épidémiologique et des moyens de laboratoire, mais aussi une communication et une mobilisation sociales. Les efforts des

³ Données prévisionnelles au 26 juin 2015.

Voir RIAP page 2

Dans ce numéro

- 1 XXIII^e réunion du Groupe consultatif technique de l'OPS sur les maladies évitables par la vaccination
- 1 Plan d'action régional pour la vaccination
- 3 Surveillance des progrès de la vaccination dans les Amériques en utilisant le formulaire conjoint OPS/OMS-UNICEF de notification
- 4 Actualisation de l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale
- 5 Occasions de vaccination manquées
- 6 Transition vers l'utilisation de seringues autobloquantes
- 8 COLONNE : Ce que j'ai appris... par J. Peter Figueroa

RIAP suite de la page 1

programmes nationaux de vaccination ne sont pas non plus de manière isolée; ils sont, au contraire, partie intégrante des systèmes nationaux de santé et contribuent à la réalisation d'une couverture sanitaire universelle.

Les défis vaccinaux auxquels la Région fait face sont nombreux et incluent : certifier l'élimination de la transmission endémique de la rougeole, ajouter une dose de vaccin antipoliomyélique injectable et utiliser le VPOb au lieu du VPOt selon le Plan stratégique 2013-2018 pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale, résoudre l'approvisionnement limité au plan mondial de certains produits biologiques, définir de meilleures stratégies pour atteindre les populations vulnérables au niveau local et augmenter la couverture vaccinale tout en améliorant la qualité des données de vaccination et leur utilisation pour la prise de décision et les interventions stratégiques.

Pour fournir des lignes directrices stratégiques répondant à ces défis et atteindre l'excellence au plan technique, il est essentiel de disposer pour la vaccination d'un cadre régional obligatoire. Ces huit dernières années (2007-2015), le rapport « La vaccination dans la Région : vision et stratégie » (RIVS) de l'OPS – avec l'approbation du 50^e Conseil directeur annuel au moyen de la résolution CD50.R5 – a servi de feuille de route stratégique pour les programmes nationaux de vaccination à travers la Région.

En 2010, la communauté mondiale de la santé a commencé à collaborer dans le cadre de la Décennie de la vaccination, avec l'objectif d'établir la vision mondiale des programmes nationaux de

vaccination jusqu'en 2020. Cet effort participatoire aux multiples perspectives a abouti à la mise en place du Plan d'action mondial pour les vaccins (GVAP), qui a ensuite été approuvé par l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2012 au moyen de la résolution WHA65.17. Dans le cadre de ce processus, il a été établi que toutes les régions de l'Organisation mondiale de la Santé seraient responsables de l'adaptation du GVAP pour répondre aux spécificités et au caractère unique de leurs contextes respectifs.

En octobre 2012, le contenu du GVAP a été présenté au GCT et il a été réitéré que la Région irait de l'avant pour adapter les objectifs et stratégies mondiaux, de manière à répondre aux besoins des États Membres des Amériques; ce nouveau Plan d'action régional pour la vaccination (RIAP) élargira le cadre de la RIVS lorsque celui-ci arrivera à son terme en 2015, pour en faire un document stratégique de la vaccination dans les Amériques. Pendant la réunion du GCT en juillet 2013, une présentation supplémentaire a été faite sur le cadre que constitue le GVAP sur le plan de la surveillance, de l'évaluation et de la responsabilisation; ce cadre présente une structure d'ensemble pour un suivi régulier du plan à tous les niveaux de mise en œuvre, qui inclut les niveaux mondial, régional et national.

Pour anticiper la transition de la RIVS à l'adaptation du GVAP pour les Amériques, le Secrétariat de l'OPS a élaboré une proposition pour le Plan d'action régional pour la vaccination (RIAP) qui a été présentée pendant la 156^e séance du Comité exécutif de l'OPS en juin 2015. Le RIAP a été présenté et approuvé lors du 54^e Conseil directeur

en septembre 2015. Le projet de proposition était la résultante d'un vaste processus de consultation sur l'ensemble de l'année dernière. Les stratégies, objectifs et cadres de surveillance proposés ont été élaborés en prenant en compte le plan stratégique de l'OPS 2014-2019, ainsi que d'autres plans d'action aux niveaux mondial et régional, parmi lesquels la Phase finale contre la poliomyélite. Au niveau de la Région, les responsables du PEV et les points focaux de vaccination de l'OPS ont donné leur rétroaction pour mettre en adéquation le document avec les défis actuels rencontrés au niveau national et faire avancer le programme de vaccination. D'autres partenaires clés ont complété par des commentaires sur les cibles et le cadre de suivi proposé.

À travers ses quatre domaines stratégiques, le RIAP 2016-2020 a pour objectif de fournir aux États Membres la justification, les principes directeurs, les objectifs et les cadres de surveillance et d'évaluation (S&E) permettant aux programmes nationaux de vaccination de la Région de s'harmoniser de façon satisfaisante avec le GVAP et de mettre en œuvre des stratégies assurant que tous les citoyens des Amériques bénéficient de la vaccination, où qu'ils soient nés, quels qu'ils soient et où qu'ils vivent, jusqu'en 2020 et au-delà. Le RIAP incite également les pays à jouer un rôle plus actif dans la réalisation de la couverture sanitaire universelle et à s'attaquer aux inégalités et aux déterminants sociaux de la santé pour assurer la protection de tous les êtres humains contre les maladies évitables par la vaccination.

Recommandations :

- Le GCT félicite les pays pour les réalisations et gains de santé importants liés à leurs programmes de vaccination et, en particulier, pour sa certification comme première région à avoir éliminé la rubéole et le syndrome de rubéole congénitale.
- Parallèlement, le GCT note avec beaucoup d'inquiétude la réduction de la couverture pour les troisièmes doses de DTC et de vaccin antipoliomyélique et pour la première dose de vaccin antiméningococcique dans les Amériques, aux niveaux national, infranational et municipal lors des dernières années. Le GCT lance donc un appel aux pays et à l'OPS pour qu'ils s'engagent de nouveau concernant la couverture vaccinale universelle, fondée sur les principes de justice et de solidarité, dans le contexte de réalisation d'une couverture sanitaire universelle.
- Le GCT approuve le Plan d'action régional pour la vaccination comme cadre régional obligatoire pour concrétiser des programmes de vaccination complets et bien intégrés dans les pays des Amériques.
- Le GCT invite instamment les États Membres et l'OPS à maintenir les gains de santé, empêcher la réintroduction de maladies contrôlées ou éliminées et mettre en œuvre le RIAP avec efficacité.
- Le GCT recommande que les bénéfices de santé, les bénéfices économiques et la rentabilité de la vaccination dans les Amériques soient documentés avec précision à l'attention des responsables des politiques, de manière à ce qu'ils soient pleinement convaincus de l'intérêt d'investir dans les programmes nationaux de vaccination et du lien existant entre les avantages obtenus et l'atteinte des objectifs du GVAP.
- Le GCT invite instamment l'OPS à élaborer une stratégie de communication, dans le but de mieux éduquer les personnes de toutes les couches de la société dans les Amériques quant à la valeur de la vaccination, avec l'objectif de promouvoir la demande de vaccination et sa reconnaissance en tant que responsabilité sociale, mais aussi de faire prendre conscience des conséquences de ne pas maintenir des taux élevés de couverture en termes de vies, maladies et coûts.
- Le GCT prie instamment les États Membres à réduire les inégalités en santé en identifiant les populations non vaccinées et en donnant la priorité aux plus vulnérables, parmi lesquelles les populations vivant dans des endroits reculés, périurbains et (ou) dans les zones frontalières, ou celles appartenant à des groupes sociaux particuliers (c.-à-d. des communautés autochtones).
- Le GCT invite instamment les États Membres à analyser leurs propres données aux niveaux national, régional et local pour élaborer des stratégies renforçant les programmes systématique de vaccination et surveiller la mise en œuvre du RIAP/GVAP.
- Le GCT engage l'OPS à trouver des moyens pour fournir une assistance technique et mobiliser des fonds supplémentaires pour soutenir les efforts des pays dans la mise en œuvre du RIAP/GVAP, en mettant l'accent sur l'amélioration de la couverture du niveau local au niveau national et sur l'adoption de nouveaux vaccins, là où les besoins sont démontrés. Le GCT prie les États Membres de garantir les ressources appropriées pour renforcer les bases des programmes nationaux de vaccination. ■

Surveillance des progrès de la vaccination dans les Amériques en utilisant le formulaire conjoint OPS/OMS-UNICEF de notification

Contexte

Chaque année, l'OPS/OMS et l'UNICEF colligent de manière conjointe des informations sur la structure, les politiques, l'efficacité et les résultats des programmes nationaux de vaccination. Depuis les années 80, l'OPS a colligé des données de vaccination en utilisant les tableaux du PEV, tout d'abord plusieurs fois par an, puis tous les six mois. Historiquement, l'OMS et l'UNICEF colligeaient également des données de vaccination. Ces organisations réalisaient des collectes de données selon des échanciers distincts, tout en demandant aux pays des renseignements semblables. Depuis 1998, l'OMS et l'UNICEF ont regroupé leurs collectes de données et leurs exercices de traitement grâce au formulaire conjoint de notification pour la vaccination (JRF) et, en 2005, l'OPS a adapté les tableaux du PEV pour les fusionner avec ceux du formulaire OMS/UNICEF. La structure et le contenu de ce formulaire sont maintenant définis de manière conjointe par le siège de l'OMS et ses bureaux régionaux (y compris l'OPS), ainsi que l'UNICEF. Il est révisé tous les deux ans et sa dernière version date de septembre 2014.

Le formulaire conjoint de notification est un outil utilisé pour une collecte exhaustive des données, avec l'objectif ultime de recueillir des données précises et actualisées sur la progression des programmes de vaccination de tous les États Membres de l'OMS et de l'UNICEF dans le monde, et de répercuter ces informations à toutes les parties prenantes du processus vaccinal. Les données colligées grâce au formulaire constituent l'information officielle provenant des pays et sont offertes sur internet à l'adresse www.paho.org/immunization/data. Elles sont également diffusées par un minimum de trois publications imprimées de l'OPS : le Bulletin d'immunisation, la brochure annuelle « L'immunisation aux Amériques » et les analyses de vaccination pays par pays. L'OMS et l'UNICEF utilisent aussi ces données pour élaborer six publications, articles et rapports annuels distribués dans le monde entier.

Le remplissage du JRF aide également les pays à standardiser, organiser et produire des données utiles à la gestion de leurs propres programmes de vaccination, ainsi qu'à évaluer les progrès accomplis. Au niveau régional, les données colligées par le JRF aident l'OPS à identifier les forces des États Membres et les défis auxquels ils font face. Ces données contribuent aussi à l'élaboration des stratégies régionales de vaccination, parmi lesquelles la hiérarchisation des domaines de coopération technique avec les pays.

Lors de l'Assemblée mondiale de la Santé tenue en 2012, tous les États Membres de l'OMS ont approuvé le Plan d'action mondial pour les vaccins (GVAP), ainsi que son cadre de surveillance et de responsabilisation. Pendant le Conseil directeur de l'année 2015, les États Membres de l'OPS ont approuvé l'adoption du Plan d'action régional pour la vaccination (RIAP), qui est une adaptation du GVAP au contexte des Amériques. Le RIAP fournira une feuille de route régionale pour atteindre les objectifs de vaccination aux niveaux régional et mondial (GVAP). Le JRF constituera la source officielle de données pour guider la mise en

œuvre du RIAP et la progression vers la réalisation d'objectifs établis au plan mondial et régional.

Si le JRF offre une structure et un processus standardisés pour établir des rapports comparatifs d'indicateurs clés, les données qu'il présente n'ont d'utilité que dans la mesure où les notifications à l'échelle du pays sont exhaustives, répondent à des standards de qualité et respectent les dates limites aux niveaux régional et mondial. Les soumissions tardives ou les notifications incomplètes entraînent des lacunes importantes au niveau des données et une désinformation, qui peuvent nuire à la prise de décisions politiques éclairées et l'élaboration de stratégies régionales et mondiales. Seuls 20 pays et territoires des Amériques ont soumis leur JRF 2015 en date du mois d'avril, la limite officielle pour la remise des formulaires. Aux mois de mai et juin (25 juin), 20 pays et territoires supplémentaires ont terminé le processus de soumission de leurs JRF. Ces retards ont une incidence sur les dates limites régionales et mondiales de notification. Depuis 2015, l'OPS a réalisé des efforts pour produire des rapports automatisés, pays par pays, à partir des données du JRF pour offrir aux pays un moyen de validation sous la forme d'une boucle de rétroaction.

D'autres difficultés liées aux incohérences de données ou aux données manquantes peuvent aussi avoir des répercussions, parmi lesquelles des retards dans la publication des données officielles aux niveaux régional et mondial, des conclusions erronées à partir des données et, d'une manière générale, la diffusion d'informations inexacts. Dans le pire des cas, l'analyse de certains indicateurs devient impossible du fait de problèmes liés à la qualité médiocre des données ou aux données manquantes. Des exemples illustrant certaines de ces difficultés liées aux données des JRF sont présentés dans les paragraphes suivants, et concernent spécifiquement les données financières de la vaccination et la couverture vaccinale globale.

Surveillance du financement durable de la vaccination dans les Amériques

Pendant presque deux décades, les États Membres de l'OPS ont régulièrement rendu compte de leurs dépenses en vaccins et en fournitures vaccinales. Plus récemment, les pays ont fait des rapports sur leurs budgets opérationnels et la mise en œuvre de leurs services de vaccination, rapports qui incluaient des coûts récurrents comme les salaires, l'entretien des véhicules et de la chaîne du froid, les activités de mobilisation sociale, pour ne nommer que quelques paramètres de fonctionnement. Historiquement, les États Membres ont apparié leurs catégories de dépenses aux catégories des plans d'action annuels, et se sont inspirés des rapports d'exécution des budgets officiels. Depuis 2006, le JRF OMS-UNICEF a inclus six indicateurs de dépenses concernant la vaccination.

Quatre de ces indicateurs sont exprimés en valeur absolue (US\$ ou devises locales) :

- Dépenses totales pour la vaccination systématique, vaccins compris
- Dépenses gouvernementales pour la vaccination systématique, vaccins compris
- Dépenses totales pour les vaccins utilisés dans le cadre de la vaccinations systématique

- Dépenses gouvernementales pour les seuls vaccins – utilisés dans le cadre de la vaccinations systématique.

Deux indicateurs sont exprimés en pourcentages (%) :

- Pourcentage des dépenses liées à la vaccination systématique et financées par le gouvernement
- Pourcentage des dépenses liées aux seuls vaccins utilisés pour la vaccination systématique et financées par le gouvernement.

L'objectif général de ces indicateurs est d'évaluer la progression des pays vers un financement durable et un engagement plus important de leur part, alors même qu'ils introduisent de nouveaux vaccins et augmentent l'accès universel à la vaccination. Du fait que les pays de la Région et d'ailleurs ont toujours rapporté ces six indicateurs, l'analyse montre que leur définition opérationnelle et la compréhension de leur utilisation a évolué au fil des années, générant des difficultés à la fois pour les pays rapporteurs et les niveaux régional et mondial d'utilisation de ces données pour surveiller les tendances. L'OMS et l'OPS sont engagées à aider les pays pour la compréhension, l'estimation et l'utilisation des données concernant les dépenses pour la vaccination, de manière à suivre leurs progrès vers un financement durable. L'OPS a élaboré des conseils pour la catégorisation des dépenses dans les plans d'action annuels, qui devraient, dans l'idéal, faciliter le compte-rendu des données. Certains pays ont également reçu un appui de l'OPS pour estimer le coût des services de vaccination, y compris les charges communes aux systèmes de santé – bien que ces dépenses ne doivent pas être incluses dans les indicateurs officiels de dépenses du JRF.

Le GVAP met une grande priorité sur l'appropriation et le financement durable des programmes de vaccination par les pays. Dans son cadre de responsabilisation et de surveillance, les « dépenses domestiques pour vaccination par personne ciblée » constituent l'un des indicateurs clés pour suivre la progression de l'engagement des gouvernements dans les programmes nationaux de vaccination. Devenant plus stratégiques, ces indicateurs sont de plus en plus utilisés pour évaluer et éclairer la politique vaccinale aux niveaux mondial, régional et national. L'amélioration de la qualité et de l'exhaustivité des données budgétaires est d'un intérêt croissant depuis 2000, car les gouvernements, dans les Amériques et ailleurs, ont augmenté de manière importante leurs investissements dans les services de vaccination, en termes de populations ciblées et de vaccins offerts. Par exemple, la proportion de l'ensemble du financement offert par des sources gouvernementales a atteint, en moyenne, 90 % ou plus et, pour la plupart des années, dépassé 99 % entre 2009 et 2013. L'augmentation en financement total des sources de revenus domestiques indique pour la Région une belle évolution vers la pérennité du programme. Malgré la forte augmentation différentielle absolue des besoins en ressources, les gouvernements ont été constamment capables de financer leurs programmes avec des fonds nationaux.

Cependant, la qualité actuelle, le calendrier et la précision des données concernant la vaccination

JRF suite de la page 3

et les dépenses vaccinales pour l'ensemble des pays de la Région sont faibles et très variables d'un pays à l'autre et d'une année à l'autre. Des erreurs, des incohérences, des données manquantes sont souvent mises en évidence au moment de la mise en commun et de l'analyse des données en séries chronologiques. Un certain nombre de difficultés ont contribué aux problèmes de notification, parmi lesquels un manque de clarté et de compréhension des indicateurs et des instructions, une difficulté à avoir accès aux données concernant les dépenses de l'année, un manque de compétences, d'aptitudes et d'incitations pour collecter, estimer, valider et notifier les bonnes données. Ces limites font obstacle aux efforts pour évaluer la progression vers les objectifs de financement durable et pour prendre des décisions stratégiques et financières à partir de données probantes solides aux niveaux mondial, régional et national.

Tendances de la couverture vaccinale dans les Amériques

Avec l'approbation du cadre de S&E du GVAP, l'Assemblée mondiale de la Santé a défini un ensemble de quatre indicateurs de couverture vaccinale d'après lesquels doit être rapportée chaque année la progression. Ces indicateurs ont été adaptés pour la Région et intégrés au RIAP. Selon les données préliminaires du JRF reçues pour 2014 (de 40 pays et territoires sur 42), les résultats régionaux de ces indicateurs sont les suivants :

1) Nombre de pays indiquant une couverture nationale moyenne de 95 % ou plus pour la

troisième dose de DTC chez les enfants âgés de moins d'un an.

- La couverture régionale rapportée en 2014 pour cette troisième dose de DTC était de 88 %, comparativement à 90 % en 2013. Si l'on considère les tendances globales, la couverture régionale rapportée pour la troisième dose de DTC a régulièrement diminué ces quatre dernières années. En 2014, 15 pays et territoires sur 40 ont indiqué une couverture nationale pour la troisième dose de DTC supérieure à 95 %, 20 une couverture entre 80 % et 94 % et trois une couverture entre 50 % et 79 %.
- 2) Nombre de pays indiquant une couverture de 95 % ou plus dans chaque circonscription ou équivalent pour la troisième dose de DTC chez les enfants âgés de moins d'un an.
- L'examen de l'équité en couverture au niveau infranational met en évidence que 42 % de l'ensemble des municipalités de la Région indiquent une couverture de 95 % ou plus pour la troisième dose de DTC en 2014, soit une diminution comparativement à 2013 (46 % de l'ensemble des municipalités).
- 3) Nombre de pays et territoires avec un taux d'abandon inférieur à 5 % entre la première et la troisième dose de DTC.
- Sur l'ensemble de la Région, en 2014, le taux d'abandon du DTC était inférieur à 5

% dans 22 pays et territoires. Sept pays ont indiqué soit des taux d'abandon négatifs, soit l'administration d'un nombre supérieur de troisièmes doses comparativement au nombre de premières doses de DTC.

- 4) Nombre de pays et territoires avec une couverture d'au moins 95 % pour la troisième dose de DTC maintenue pour trois années consécutives ou plus.
- Douze pays ou territoires ont indiqué une couverture d'au moins 95 % sur les trois dernières années ou plus (2012-2014); par contre, sur ces trois dernières années, 23 pays et territoires n'ont jamais indiqué de couverture nationale supérieure à 95 % avec la troisième dose de DTC. De plus, trois pays ont indiqué une chute de couverture supérieure à 5 % pour cette troisième dose de DTC entre 2013 et 2014.

L'association de la tendance décroissante pour la couverture régionale de la troisième dose de DTC et de la diminution du pourcentage de municipalités indiquant une couverture supérieure à 95 % est très inquiétante. Étant donné que les virus de la rougeole, de la rubéole et de la poliomyélite continuent à circuler dans d'autres régions du monde, une couverture vaccinale stable ou décroissante dans les Amériques met en danger les réalisations vaccinales de toute la Région et impose une action collective pour faire face.

Recommandations :

- L'OPS doit travailler avec les pays pour identifier les obstacles à un remplissage correct du JRF et réorganiser le processus de collecte et de notification des données.
- En retour, le GCT lance un appel aux pays pour qu'ils remplissent le JRF en améliorant sa qualité, son exhaustivité et sa ponctualité d'envoi, car celui-ci est l'outil officiel pour notifier les cibles programmatiques régionales et mondiales de vaccination issues du GVAP et du RIAP.
- Le GCT encourage les pays à évaluer régulièrement la pérennité financière de leurs programmes en utilisant le JRF ainsi que d'autres outils de l'OPS comme COSTVAC et l'outil de suivi des dépenses des Plans d'action trimestriels de suivi des dépenses.
- L'OPS doit, en utilisant les nouvelles technologies s'il y a lieu, élaborer du matériel de formation et donner des indications précises concernant les sources et les méthodes de recueil des données, ce qui est nécessaire à leur collecte satisfaisante pour remplir le JRF.
- L'OPS doit augmenter la diffusion des données du JRF et dégager systématiquement les profils vaccinaux par pays. ■

Actualisation de l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale

Les 22 et 23 avril 2015, le Comité international d'experts (IEC) de l'élimination de la rougeole et de la rubéole aux Amériques a examiné les données épidémiologiques probantes présentées par les États Membres de l'OPS/OMS et établi que la Région a éliminé la transmission endémique de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale (SRC). Le dernier cas de rubéole endémique confirmé a été notifié en février 2009 en Argentine, tandis que la date de naissance du dernier cas confirmé de SRC a été notifiée le 26 août 2009, au Brésil.

Pour atteindre cet objectif, l'OPS a élaboré une stratégie d'élimination de la rubéole et du SRC dans la logique de la stratégie d'élimination de la rougeole. Cette stratégie comporte 1) l'adoption d'un vaccin incluant la rubéole dans les programmes vaccinaux de routine chez les enfants âgés de 12 mois, avec une couverture cible de 95 % ou plus dans toutes les municipalités, 2) la mise en œuvre d'une campagne

ponctuelle de vaccination de masse chez les adolescents et les adultes, dans la fourchette estimée de 15 à 49 ans (« campagnes d'accélération ») et de campagnes de suivi périodiques chez les enfants âgés de 5 ans, 3) l'intégration de la surveillance de la rubéole au schéma de surveillance de la rougeole et la mise en œuvre de la surveillance du SRC.

Depuis 2010, 57 cas importés de rubéole ont été notifiés parmi huit pays : Argentine (4), Brésil (1), Canada (17), Chili (1), Colombie (2), Guyane française (1), États-Unis (29) et Mexico (2). Pour ce qui est du SRC, 4 cas importés ont été notifiés au Canada (1 en 2011) et aux États-Unis (3 en 2012). En 2015, aucun cas importé de SRC n'a été notifié.

L'IEC précise également qu'il espère, dans un futur proche, pouvoir déclarer la Région libre de tout cas de rougeole. La transmission endémique de la rougeole a été interrompue dans la Région en novembre 2002. Néanmoins, ces dernières années,

des cas importés d'autres régions du monde ont entraîné des flambées de rougeole dans plusieurs pays. Le nombre total sur l'ensemble des Amériques de cas importés entre 2003 et 2014 est de 5086 cas, la plupart d'entre eux survenus en 2011 (n = 1369) et 2014 (n = 1824). En 2015, un total de 543 cas ont été notifiés,⁴ principalement au Brésil (n = 161), Canada (n = 195), Chili (n = 7), États-Unis (n = 175), Mexico (n = 1) et Pérou (n = 4).

Pendant la réunion d'avril de l'IEC, le Brésil a présenté la situation épidémiologique actuelle de la flambée soutenue de rougeole touchant les États de Ceara et Pernambouc. Après actualisation des chiffres dans les bulletins hebdomadaires de la rougeole, le nombre de cas confirmé atteint 1109⁵ pour la période 2013-2015. La flambée est toujours active dans l'état de Ceara (n = 855), particulièrement dans les municipalités de Fortaleza (n = 395) et Caucaia (n = 87). Les groupes le plus affectés par cette flambée

RUBÉOLE suite de la page 4

restent ceux des adolescents et des adultes (44,4 %), suivis de celui des enfants âgés de 6 à 11 mois (24,8 %). C'est pourquoi le Brésil a commencé à vacciner les enfants âgés de plus de 6 mois en 2014 (dose zéro) tout en continuant à administrer les première et deuxième doses du vaccin aux âges de 12 et 15 mois. Le génotype identifié était D8. La transmission, lente mais continue (transmission « au compte-gouttes »), a mis en évidence une incapacité à mettre en œuvre une réponse énergétique et rapide à la flambée, ainsi que la présence de plusieurs personnes non vaccinées dispersées dans des zones dont la couverture vaccinale avait été notifiée comme étant élevée.

Fin février 2015, l'État de Ceara a déployé une campagne vaccinale de « ratissage » ciblant les personnes âgées de 5 à 29 ans à Fortaleza et Caucaia. Cette campagne pourrait être étendue à des municipalités supplémentaires (n = 20) pour se placer en amont du virus. À tous les niveaux (fédération/état/municipalité) est démontré un engagement politique fort pour arrêter l'épidémie actuelle dans les 60 jours, comme il a été fortement recommandé par l'IEC en avril 2015. Malgré des améliorations cependant, la flambée se poursuit, avec un début d'éruption due au dernier cas confirmé le 2 juin 2015.

Aujourd'hui, dans la mesure où la circulation du virus de la rougeole dure depuis plus de 24 mois au Brésil, on peut parler de réimplantation d'une transmission endémique de ce virus dans ce pays, où il existe encore des cas qui font l'objet d'une enquête (n = 35).⁶

Cadre régional pour maintenir l'élimination

À la suite de la résolution CSP28.R14 émise à la 28^e Conférence sanitaire panaméricaine en septembre 2012, l'IEC a chargé l'OPS lors de sa dernière réunion de donner des indications sur la manière de suivre la progression vers la pérennité de l'élimination de la rougeole et la rubéole, ainsi que du SRC. À cette fin, l'OPS élabore actuellement un cadre de surveillance de la pérennité qui assurera l'harmonisation des activités mises en œuvre d'un État Membre de l'OPS à l'autre. Ce

cadre de surveillance, élaboré à partir de la grande expérience acquise dans tous les pays, proposera des activités de vaccination et de surveillance supplémentaires (c.-à-d. un dépistage actif) pour enrichir de données probantes la documentation concernant l'absence de cas de rougeole et de rubéole dans la Région. La pérennité de l'élimination de la rougeole et de la rubéole doit être surveillée annuellement dans chaque pays, selon un processus standardisé.

Il a été procédé à plusieurs consultations techniques pour définir les indicateurs de surveillance, parmi lesquelles la réunion d'un groupe de travail rassemblant des experts nationaux reconnus et des points focaux de vaccination qui s'est déroulée à Bogota (Colombie) les 2 et 3 juin 2015. Le groupe de travail a souligné la nécessité de disposer de données de surveillance exhaustives, fiables, cohérentes et disponibles en temps opportun. Il a été proposé à cet effet de remplacer l'indicateur qui collecte l'information sur le nombre de sites de surveillance faisant un rapport hebdomadaire par des indicateurs suivant le nombre de municipalités qui notifient des cas présumés de rougeole et de rubéole, ainsi que le nombre de pays qui notifient chaque semaine à l'OPS des données concernant la rougeole et la rubéole. Enfin, le groupe de travail a recommandé que les pays adoptent la définition des cas confirmés de rougeole et rubéole utilisée par l'OPS, ainsi que la définition des cas présumés de SRC.

À la suite de la recommandation du GCT, émise en 2014, que l'OPS étudie soigneusement les schémas de transmission et la répartition des cas selon l'âge dans les flambées récentes de rougeole, l'OPS a présenté ses résultats, en particulier les données probantes issues des flambées récentes au Brésil, en Équateur et aux États-Unis, aux membres du groupe de travail consultatif technique en juin 2015. À partir de ces données probantes, le groupe de travail s'est mis d'accord pour continuer à recommander la vaccination contre la rougeole (une ou deux doses selon l'âge) à partir de l'âge de 6 mois pour toute personne vivant dans des zones où la circulation du virus de la rougeole est documentée.

Recommandations :

- Le GCT reconnaît les efforts du Brésil face à la flambée de rougeole actuellement en cours. Néanmoins, le GCT presse le gouvernement de prendre en urgence des mesures déterminantes pour y mettre fin dans l'État de Ceara. À la suite du dernier cas confirmé de rougeole dans le Ceara, le gouvernement devra documenter l'interruption de la circulation de ce virus dans les zones concernées, selon les critères de vérification établis par l'OPS.
- Le GCT demande instamment aux pays de mettre pleinement en œuvre les indicateurs de surveillance actuellement recommandés pour disposer d'un système de surveillance sensible et disponible en temps opportun, qui produise des données fiables et cohérentes.
- Le GCT recommande, lors des flambées, de vacciner les nourrissons âgés de 6 à 11 mois (la dose délivrée étant alors considérée comme une « dose zéro »). Ces nourrissons doivent ensuite recevoir la première dose du vaccin rougeole-oreillons-rubéole (ROR) à l'âge d'un an et une deuxième dose selon le calendrier vaccinal du pays, idéalement à l'âge de 18 mois.
- Le GCT recommande fortement que l'OMS-Genève élève la progression vers l'élimination mondiale de la rougeole au statut de résolution à la prochaine Assemblée mondiale de la Santé (WHA), pour renforcer l'engagement des autres régions vis-à-vis des objectifs du Plan d'action mondial pour les vaccins (GVAP). ■

⁴ Données épidémiologiques de la semaine 26 (se terminant le 4 juillet 2015).

⁵ Données épidémiologiques de la semaine 25 (se terminant le 27 juin 2015).

⁶ Données épidémiologiques de la semaine 24 (se terminant le 20 juin 2015).

Occasions de vaccination manquées

Le troisième objectif stratégique du Plan d'action mondial pour les vaccins (GVAP) demande une répartition équitable des avantages de la vaccination entre tous les êtres humains. Dans son Plan d'action régional pour la vaccination (RIAP), l'OPS partage ce même objectif. L'OPS et d'autres partenaires ont aidé les pays d'Amérique latine et des Caraïbes à mettre en œuvre des plans d'action pour augmenter la couverture vaccinale dans les municipalités vulnérables. Les pays sont encouragés à cerner les causes locales de sous-vaccination et à mettre en œuvre des interventions pour dépasser ces barrières à la réalisation d'une couverture vaccinale élevée.

En réponse aux récentes demandes nationales quant à une assistance pour étudier les occasions de vaccination manquées dans l'objectif d'accroître la couverture vaccinale des municipalités vulnérables, l'OPS a publié une méthodologie standardisée pour évaluer ces occasions chez les enfants de moins de 5 ans dans les établissements de santé primaires et secondaires, ainsi que les opinions vis-à-vis du vaccin et les connaissances vaccinales du personnel de santé. La méthodologie a été adaptée d'après la méthodologie originale de l'OMS publiée en 1988 et d'autres études de vaccination mises en œuvre dans la Région, et elle prend en compte les meilleures pratiques d'après les études de vaccination dans les pays d'Amérique latine et des Caraïbes.

Après avoir étudié les données disponibles, l'OPS a élaboré une méthodologie d'étude et deux questionnaires : le premier pour évaluer les occasions de vaccination manquées chez les enfants âgés de moins de 5 ans, le second pour évaluer les connaissances, les pratiques et les opinions du personnel de santé. Le principe directeur des informations collectées est leur utilité dans le domaine et leur potentiel pour identifier les mesures correctives à envisager. Le concept méthodologique est que les deux questionnaires sont administrés par les intervieweurs le même jour dans le même établissement, le premier à des soignants d'enfants de moins de 5 ans, le second à des membres du personnel de santé qui le remplissent de manière anonyme. Au plan méthodologique, il s'agit de rechercher de l'information auprès d'un large panel de participants et d'évaluer les pratiques de santé lors des consultations pour vaccination, mais aussi lors des consultations motivées par d'autres raisons (c.-à-d. des bilans de santé des enfants qui se portent bien). Les soignants des enfants de moins de 5 ans peuvent participer à la suite d'une consultation en centre de santé,

OCCASIONS MANQUÉES suite de la page 5

quel qu'en soit le motif. Les personnels de santé qui n'administrent habituellement pas de vaccins, parmi lesquels ceux qui travaillent en nutrition et dans le cadre de consultations d'enfants bien portants, peuvent aussi être inclus dans les études faites chez les professionnels des soins de santé.

La méthodologie permet une évaluation transversale des occasions manquées de vaccination. Comme l'évaluation est un outil opérationnel visant l'identification de ces occasions dans les municipalités qui ne répondent pas aux objectifs vaccinaux, il est recommandé d'effectuer un échantillonnage des quotas plutôt qu'un échantillonnage aléatoire. Les zones géographiques (municipalités) sont tout d'abord choisies selon leur taux de couverture vaccinale, puis selon des indices de besoins fondamentaux non satisfaits et enfin selon d'autres indicateurs. Les établissements de santé sont ensuite sélectionnés, en tenant compte de la proportion de la population vivant en milieu rural par rapport à celle vivant en milieu urbain et de la proportion de patients allant à l'hôpital par rapport à ceux allant en centres de soins primaires.

En octobre 2012, la République dominicaine a testé la méthodologie actualisée en utilisant la méthodologie et les questionnaires rédigés en espagnol. Dans 99 centres de santé situés dans des municipalités présentant une faible couverture vaccinale, 1500 parents et tuteurs d'enfants âgés de moins de 5 ans ont été interviewés et 398 professionnels des soins de santé ont rempli le questionnaire d'étude du personnel de santé. Un total de 262 occasions de vaccination manquées a été noté sur 782 occasions chez 527 enfants admissibles à des vaccinations nécessaires. Pour évaluer la complétude, la mise en œuvre et la compréhension de la méthodologie, des professionnels de l'OPS ont pris part à toutes les étapes de l'évaluation. Sa mise en œuvre a été considérée comme efficace : il a été faisable de mettre en œuvre l'évaluation en deux semaines, les

tailles désirées pour les échantillons cibles ont été obtenues et une grande proportion du personnel de santé a participé, identifié les résultats comme correspondant à des problèmes dans leurs établissements de santé, et proposé des solutions à ces problèmes.

Pour mettre en œuvre cette évaluation, un pays doit adapter les questionnaires et l'algorithme des occasions de vaccination manquées à son propre calendrier de vaccination. La méthodologie comporte des directives pour aider les investigateurs à cerner l'éligibilité à la vaccination, les doses en temps opportun, et les fenêtres pour ces occasions. Le pays doit ensuite choisir une équipe de mise en œuvre. Celle-ci doit comporter un coordonnateur général, des superviseurs, des intervieweurs, et du personnel pour entrer les données (si celles-ci sont collectées sur papier); il est également recommandé d'inclure dans l'équipe un statisticien. Cette équipe peut comprendre des professionnels de la santé qui ne font pas de vaccinations, ou le pays peut recruter une société de sondages indépendante ou une institution académique pour diriger l'évaluation. Sont nécessaires également des séances de formation pour les membres de l'équipe, un test pilote et une marche à suivre pour assurer la qualité des données. Avant de mettre en œuvre l'étude, les investigateurs doivent s'assurer qu'elle sera réalisée en accord avec les règlements nationaux concernant l'utilisation des données de santé. Les investigateurs sont encouragés à faire des analyses univariées et stratifiées pour identifier les facteurs associés aux occasions de vaccination manquées et à la sous-vaccination des populations étudiées, tout en sachant que les résultats ne sont pas généralisables à l'ensemble du pays du fait qu'il ne s'agit pas d'un échantillonnage aléatoire.

L'étape finale est la préparation des rapports qui vont aider à concevoir des stratégies spécifiques pour réduire les occasions de vaccination

manquées. Le premier rapport doit être un résumé qui souligne les résultats principaux à l'attention des autorités nationales de santé et d'autres partenaires, le cas échéant; un second rapport, plus détaillé, est présenté aux responsables nationaux et infranationaux du PEV, et à tous les responsables au niveau local.

Quand les résultats ont été présentés en République dominicaine aux responsables nationaux et infranationaux du PEV, et aux fonctionnaires à l'échelon infranational, dont plusieurs sont responsables des services de vaccination dans les centres de santé évalués, les uns et les autres ont suggéré des interventions et aidé à vérifier des facteurs sous-jacents liés à des obstacles à la vaccination déjà identifiés. De plus, l'inclusion de fonctionnaires responsables de la vaccination au niveau local pour évaluer les occasions de vaccination manquées augmente leur engagement et leur participation en tant que responsables ultimes de la mise en œuvre des interventions.

Enfin, les pays doivent documenter les études conduites sur les occasions de vaccination manquées et la sous-vaccination. Le nombre limité d'études publiées dans les pays en voie de développement, particulièrement dans les pays d'Amérique latine et des Caraïbes, qui évaluent les programmes de vaccination, valident les données concernant la couverture vaccinale, ou établissent l'efficacité des interventions, est bien connu. Parmi d'autres avantages, enrichir la documentation des études opérationnelles sur la vaccination permet d'aider les pays à établir des données de départ pour évaluer leur progression, de plaider pour un engagement politique et un financement externe accrus, de promouvoir les prises de décisions fondées sur des preuves, et de partager leurs expériences avec le reste de la communauté dédiée à la vaccination.

Recommandations :

- Le GCT salue le travail réalisé au niveau des pays pour identifier et supprimer les barrières à la vaccination, l'objectif étant de réaliser une couverture vaccinale élevée à tous les niveaux.
- L'OPS, conjointement à d'autres partenaires, continuera d'examiner les études concernant les causes régionales de la sous-vaccination.
- L'OPS doit rendre disponible l'information sur les meilleures pratiques pour réduire les occasions manquées de vaccination, en décrivant la manière dont les interventions efficaces sont élaborées, mises en œuvre le plus économiquement possible, puis suivies et évaluées.
- Les pays doivent documenter les interventions et répéter ce type d'étude tous les trois à cinq ans, avec idéalement une composante liée au coût, pour évaluer si les interventions mises en œuvre ont été efficaces pour réduire les occasions de vaccination manquées et contribuer à des taux de couverture vaccinale plus équitables. ■

Transition vers l'utilisation de seringues autobloquantes**Contexte**

Les injections constituent l'un des actes de soins de santé les plus courants. Seize milliards d'injections sont administrées tous les ans dans le monde, dont cinq à dix pour cent seulement sont réalisées par du personnel de santé dans le cadre d'une vaccination.

Dans le domaine de la vaccination, la sécurité des injections prévient la possibilité d'une transmission de maladies comme l'hépatite B, l'hépatite C ou l'infection au VIH, ainsi que la survenue d'événements supposément attribuables à la vaccination ou à l'immunisation (ESAVI). En plus de promouvoir la santé au travail pour les membres du personnel des services de santé, la sécurité des injections réduit le risque environnemental des communautés. Composante clé de la sécurité vaccinale, la sécurité des injections peut aussi être envisagée comme l'un des paramètres garantissant les progrès des programmes de vaccination et elle a, en ce sens, un effet important sur la couverture vaccinale mondiale.

En 1999, l'OMS, le Fonds des Nations-Unies pour l'Enfance (UNICEF) et le Fonds des Nations-Unies pour la Population (UNFPA) ont émis une déclaration politique commune⁷ concernant l'utilisation de seringues autobloquantes (AB) dans les services de vaccination. Celle-ci recommandait à tous les pays d'adopter ce document et de mettre en œuvre l'utilisation de seringues AB pour les vaccinations avant la fin de l'année 2003.

SERINGUES AB suite de la page 6

Selon cette politique, la recommandation était motivée par la possible réutilisation des seringues et des aiguilles à usage unique, pratique qui fait encourir un risque élevé à la santé publique. L'ensemble de la communauté est également à risque quand du matériel d'injection usagé n'est pas jeté dans des conditions sûres. Les seringues AB réduisent ce risque de transmission de la maladie de personne à personne, car elles ne peuvent pas être réutilisées dans la mesure où elles comportent un mécanisme qui rend la seringue inutilisable. La politique de l'OMS cible particulièrement l'utilisation des seringues AB, qui sont présélectionnées après un processus d'examen des dossiers. L'OMS et l'Organisation internationale de Normalisation (ISO) ont élaboré des standards de qualité.⁸

Les pays d'Amérique latine et des Caraïbes continuent d'utiliser pour leurs programmes de vaccination des seringues jetables à usage unique acquises par le Fonds renouvelable (FR) de l'OPS. La qualité des seringues et des aiguilles fournies par ce fonds est vérifiée par des tests de laboratoire. De plus, l'OPS soutient également les pays dans l'élaboration de leurs propres capacités à réaliser des tests et des vérifications de qualité.

Les recommandations actuelles concernant la sécurité des injections, issues de la XIIIe réunion du Groupe consultatif Technique (GCT) de l'OPS tenue au Canada en avril 1999,⁹ sont les suivantes :

- Le seul moyen d'assurer une non-réutilisation du matériel d'injection est d'utiliser des seringues autobloquantes.
- L'ensemble du personnel de santé devra être informé du danger de recapuchonner une aiguille utilisée.
- Tous les pays utilisant des seringues jetables à usage unique, ou adoptant leur utilisation, pour l'administration des vaccins, devront veiller à ce que le fonds achète : des seringues en quantités suffisantes, des conteneurs de sécurité en quantité suffisante pour jeter les seringues et les aiguilles, des documents

de supervision pour consigner l'élimination des seringues en toute sécurité et la collecte/l'incinération appropriée du matériel d'injection usagé.

- L'OPS doit appuyer des études pour élaborer et développer des nouvelles technologies visant à la sécurité des injections administrées.

Dans le droit fil de la politique de l'OMS, l'OPS a commencé à promouvoir l'utilisation des seringues AB. L'acquisition et l'utilisation de ces seringues sont mises en place de manière progressive selon les capacités de chaque pays. Avant d'introduire ce matériel cependant, chaque pays doit former le personnel de santé à manipuler et utiliser correctement ces seringues de conception nouvelle. L'OPS a informé tous les responsables participant aux processus de vaccination des avantages procurés en termes de sécurité du patient et du personnel de santé. À partir de la formation à une utilisation correcte des seringues AB et aux pratiques assurant la sécurité de l'injection, les pays ont introduit en partie ces seringues dans leurs programmes de vaccination. Jusqu'en 2005, seuls cinq pays les avaient intégrées à leur programme. Jusqu'en 2015, 14 pays les utilisaient pour certaines injections. Actuellement, deux pays n'utilisent que des seringues AB. Les autres ont acheté des seringues AB et des seringues conventionnelles, c'est à dire jetables à usage unique.

Les avantages des seringues AB sont les suivants :

1. Réduction du risque de réutilisation, ce qui accroît la sécurité du patient, celle du personnel de santé et celle de la communauté.
2. Échelle unique des seringues, qui respecte pour chaque vaccin la dose à administrer, ce qui réduit le risque d'administrer la dose vaccinale de manière approximative.
3. Moindre espace mort à l'embase de l'aiguille, moins de vaccin restant bloqué à ce niveau, et donc moins de perte de vaccin.

L'OPS a renforcé les mécanismes d'achat de ces seringues, non seulement sur le plan de

l'examen des documents et de la vérification du respect par les fournisseurs des exigences établies, mais aussi de la qualité des seringues par des tests selon des standards spécifiques de fabrication, modèle et qualité.

Dans ce domaine, les priorités de l'OPS sont les suivantes :

- Promouvoir des pratiques assurant la sécurité des injections, composante de la sécurité vaccinale;
- Introduire des nouvelles technologies, comme les seringues AB;
- Assurer la qualité des seringues;
- Développer dans les pays le système d'assurance de la qualité;
- Former à la gestion du risque, à la gestion d'une nouvelle technologie, à l'élimination des objets pointus;
- Offrir une coopération technique pour le suivi des pratiques de sécurité des injections, l'élimination des objets pointus en particulier;
- Offrir une assistance technique aux pays pour évaluer la qualité des seringues, et pour mettre en place et en œuvre une politique nationale assurant la sécurité des injections.

Par le PEV et le FR, l'OPS achète une moyenne annuelle de 188 224 000 seringues, parmi lesquelles 69 % sont des seringues jetables à usage unique et 31 % des seringues AB, pour les programmes du PEV dans la région. Pour assurer la qualité, l'efficacité et la sécurité des seringues et des autres produits utilisés dans le cadre des programmes de vaccination, l'Unité d'immunisation intégrale de la famille de l'OPS a mené une analyse des processus de planification, achat et distribution, de l'utilisation du matériel d'injection et de l'élimination des seringues des deux types. Les résultats de cette analyse mettent en évidence la nécessité d'établir un plan d'action pour valider l'observance des standards internationaux de qualité et sécurité et des lignes directrices de l'OMS concernant ces produits, ainsi que celle de donner aux pays la capacité institutionnelle de tester et donc vérifier l'assurance qualité.

⁷ Cette politique commune actualise et remplace le document de déclaration politique OMS-UNICEF sur les campagnes de vaccination de masse, OMS/PEV/LHIS/97.04/Rev1. Elle est émise par le département « Vaccination, vaccins et produits biologiques » de l'Organisation mondiale de la Santé, Genève (Suisse), la Division des programmes du Fonds des Nations-Unies pour l'Enfance (UNICEF), New-York (É.-U.), la Division des approvisionnements de l'UNICEF, Copenhague (Danemark) et le Fond des Nations-Unies pour la population, New-York. Cette politique des pratiques a également été adoptée par la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge pour ses opérations.

⁸ Standards pour les seringues autobloquantes (ISO 7886-3 ; 7886-4), Spécifications techniques E8/DS1 et DS2 — OMS.

⁹ Recommandations du GCT, XIIIe réunion, tenue au Canada en avril 1999.

Recommandations :

- Le GCT recommande que, d'ici à la fin 2020, tous les pays n'utilisent que des seringues autobloquantes (AB) pour la vaccination.
- Une formation doit absolument être délivrée avant l'adoption de cette technologie nouvelle des seringues AB.
- Les pays doivent planifier des activités de formation, de supervision et de sensibilisation, avec l'appui de l'OPS.
- Tous les pays doivent suivre et renforcer les pratiques assurant la sécurité des injections et des opérations d'élimination des déchets pointus.
- Tous les pays utilisant des seringues standards ou adoptant des seringues AB pour l'administration des vaccins doivent rechercher du financement pour :
 - l'achat, en quantités suffisantes, de seringues et de conteneurs de sécurité pour éliminer en toute sécurité les seringues et le matériel pointu ou tranchant.
 - la documentation de l'élimination des seringues en toute sécurité.
 - la collecte/l'incinération en bonne et due forme du matériel d'injection usagé. ■

À compter de 2015, le *Bulletin d'immunisation* sera publié quatre fois par an en anglais, espagnol et français par l'Unité 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 XXXVII, Numéro 3 • Septembre 2015

Éditeur : Hannah Kurtis
Éditeurs-adjoints : Cuauhtémoc Ruiz Matus
et Octavia Silva

©Organisation panaméricaine de la Santé, 2015
Tous droits réservés.



**Organisation
panaméricaine
de la Santé**



**Organisation
mondiale de la Santé**
BUREAU RÉGIONAL DES
Amériques

Unité d'immunisation intégrale de la famille

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

COLONNE : Ce que j'ai appris...

Par J. Peter Figueroa, le nouveau président élu du Groupe consultatif technique sur les maladies évitables par la vaccination (GCT).



Peter Figueroa, 2010.
Crédit photo : OPS.

J'ai beaucoup appris en faisant partie du mouvement de vaccination dans les Amériques et en travaillant aux côtés de tant de personnes talentueuses et dévouées. Lorsque j'ai rencontré Ciro de Quadros pour la première fois, j'étais l'épidémiologiste national en Jamaïque, une petite île des Caraïbes. Ce qui nous a séduits Ciro et moi, c'était notre passion mutuelle pour la santé publique et la conviction que nous pouvions faire une différence. Sa vision, son engagement, son insistance sur des normes élevées

et un dur travail ont montré l'importance d'un bon leadership et de ce qui peut être réalisé en santé quels que soient les défis.

Ciro a été très inventif en incitant les décideurs à prendre en charge leurs programmes de vaccination en leur laissant établir des objectifs d'élimination des maladies et s'attribuer le mérite de leurs réalisations. Pour assurer la durabilité, il a travaillé pour que les pays achètent leurs propres vaccins et pour que les gouvernements adoptent des lois sur la vaccination exigeant que les enfants soient vaccinés et que leur budget du PEV soit protégé.

À la suite d'une réunion des responsables du PEV des Caraïbes en Jamaïque en 1989 que je présidais, Ciro a reconnu mon talent pour diriger les réunions et m'a nommé pour présider les réunions annuelles. En 1991, il m'a invité à me joindre au GCT de l'OPS. En organisant les réunions du GCT avec les responsables du PEV présents, Ciro a veillé à ce que les experts scientifiques comprennent les nombreux défis auxquels se heurtaient les responsables du PEV et bénéficiaient de leur vaste expérience et de leur sagesse pratique. À leur tour, les responsables du PEV ont entendu de première main la discussion de questions hautement techniques à laquelle ils ont participé et, par conséquent, ont compris le fondement des décisions prises par le GCT. D'autres régions de l'OMS doivent adopter cette approche, qui a fortement contribué à la réussite du PEV dans

les Amériques. Je me souviens de mes premières réunions du GCT avec le Dr D. A. Henderson à la présidence faisant l'éloge du dévouement et du travail des responsables du PEV et de leurs équipes.

Chacun de nous doit travailler dur pour se tenir informé des développements survenant dans le domaine de la vaccination et rester ouvert aux nouvelles connaissances et approches. Mon activité dans les comités consultatifs d'éradication de la polio, les consultations, le SAGE de l'OMS, le GCT et d'autres comités a porté à mon attention l'importance du travail en équipe, de l'apprentissage mutuel et des prises de décisions collectives. Les conditions et les cultures varient grandement, les perspectives diffèrent et la science est dynamique. Nos talents, expertise et expérience sont une source de lucidité et de sagesse mais sont néanmoins limités et incomplets : ils doivent être complétés, interrogés et critiqués par d'autres perspectives et expériences. En travaillant ensemble, nous sommes plus forts, plus sages et plus résistants pour affronter les nouveaux défis et réaliser nos objectifs.

« *Ce que j'ai appris...* » est une nouvelle colonne à la première personne qui sera publiée dans le Bulletin d'immunisation. L'objectif de cette colonne est d'offrir un espace aux professionnels de la vaccination à travers les Amériques pour partager leurs expériences uniques et les enseignements tirés. Les personnes qui souhaitent écrire une colonne sont invitées à contacter Hannah Kurtis à kurtisha@paho.org. ■