

Bulletin d'immunisation

Organisation panaméricaine de la Santé

Volume XXXVIII Numéro 1

Protégez votre Famille par la Vaccination

Mars 2016

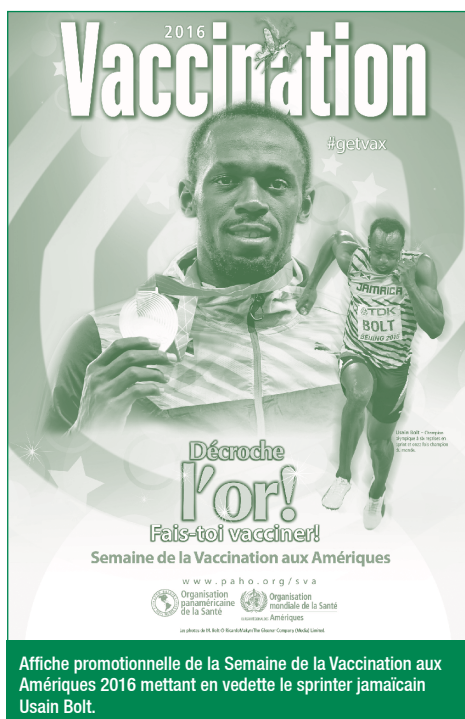


Célébration imminente de la Semaine de la Vaccination aux Amériques 2016

Cette année marque la 14^e célébration annuelle de la Semaine de la Vaccination aux Amériques 2016 (SVA), qui se déroulera pendant la semaine du 23 au 30 avril 2016. Le slogan régional de la SVA sera cette année « Décroche l'or! Fais-toi vacciner! » pour résonner avec les Jeux olympiques 2016 qui se tiendront au mois d'août à Rio de Janeiro (Brésil).

Avec les hashtags #GetVax et #GoForTheGold, les médias sociaux seront particulièrement présents dans la campagne de communication régionale de la SVA. L'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) incitera les gens, sur l'ensemble de la Région, à prendre la pose pour des photos en portant des médailles d'or et en tenant des pancartes présentant les hashtags de la SVA, mais aussi en affichant ces derniers sur les sites Web des médias sociaux ou sur celui de la SVA (www.paho.org/vwa). Des discussions en espagnol et anglais se tiendront aussi sur Twitter, les 20 et 21 avril respectivement. Dans le cadre d'un partenariat spécial, l'OPS a « attrapé » l'athlète jamaïcain et « homme le plus rapide du monde » Usain Bolt pour qu'il apporte son soutien à la campagne de la SVA 2016. Dans le cadre de cette collaboration, l'image de Bolt sera imprimée sur le matériel de la campagne de vaccination. Bolt enregistrera également un communiqué d'intérêt général en faveur des vaccins et de la SVA. Il sera également possible de télécharger en ligne, entre autres ressources, des affiches, des autocollants, des motifs de t-shirt, des modèles de présentations PowerPoint et des pages de coloriage, pour soutenir la SVA.

Le lancement régional de la SVA 2016 se déroulera à Kingston (Jamaïque) le 23 avril. On s'attend à la participation des plus hautes autorités du gouvernement jamaïcain, dont le ministre de la Santé, mais aussi de la Directrice de l'OPS, le Dr Carissa F. Etienne, de la Représentante de l'OPS/OMS en Jamaïque, le Dr Noreen Jack, des représentants du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), du Programme des Nations Unies pour le Développement Voir **SVA** page 2



Affiche promotionnelle de la Semaine de la Vaccination aux Amériques 2016 mettant en vedette le sprinter jamaïcain Usain Bolt.

DANS CE NUMÉRO

1 Célébration imminente de la Semaine de la Vaccination dans les Amériques 2016

1 Le Paraguay se prépare à être le premier pays de la Région à concrétiser le changement de vaccin antipoliomyélique

2 Flambées de poliomyélite : plans nationaux de préparation et de riposte

3 Ressources audiovisuelles pour appuyer le changement de vaccin antipoliomyélique

3 Renforcer les capacités de mesure, d'analyse et de surveillance des inégalités sociales en matière de vaccination en République dominicaine

4 Grenade : Passage à un système d'information électronique concernant la vaccination

4 Le Nicaragua et le Honduras ont d'excellents résultats aux évaluations de GEV

5 Réunion en Équateur du Réseau régional de laboratoires pour la rougeole et la rubéole

6 Réunion régionale au Chili sur la vaccination contre la grippe saisonnière dans les Amériques

7 Prix des vaccins achetés par le moyen du Fonds renouvelable de l'OPS, 2016

7 Prix des seringues achetés par le moyen du Fonds renouvelable de l'OPS, 2016-2017

8 COLONNE: Ce que j'ai appris... Par Irene Leal Sánchez

Le Paraguay se prépare à être le premier pays de la Région à concrétiser le changement de vaccin antipoliomyélique

Le Paraguay est l'un des 36 pays de la Région des Amériques à se préparer à la transition du vaccin antipoliomyélique oral trivalent (VPOt) au vaccin antipoliomyélique oral bivalent (VPOb). Sous la direction et avec l'appui de l'équipe du Programme élargi de vaccination (PEV) et de sa directrice, le Dr Sonia Arza, le pays a mené à bien toutes les étapes de préparation à cette transition et reçu le 7 mars son approvisionnement en VPOb. Tout le personnel de santé participant à ce changement a été formé et le programme national de vaccination prévoit de faire évaluer plus de 20 % des lieux de prestations de services sanitaires par un suivi indépendant.

Le Paraguay a choisi le 18 avril comme date nationale de changement de vaccin. À 10 h ce jour-là, les cloches sonneront et les sirènes se déclencheront dans l'ensemble du pays pour signaler le changement de vaccin, et tous les services et unités sanitaires commenceront à utiliser le VPOb, tout en supprimant les VPOt non utilisés de la chaîne du froid, en les marquant avec des autocollants « Ne pas utiliser » et en les renvoyant pour être éliminés.

Le Paraguay se déploie activement pour réduire au minimum le nombre de VPOt à éliminer. Au niveau départemental, les chambres froides n'ont déjà plus de VPOt en stock et le pays renforce la vaccination par le VPOt dans les zones de moindre couverture tout en cherchant activement à identifier les enfants non vaccinés.

Le Dr Cristina Pedreira, consultante régionale de l'OPS en matière de vaccination contre la poliomyélite, s'est rendue au Paraguay du 8 au 10 mars avec l'objectif d'analyser les progrès réalisés pour se préparer au changement de vaccin. Durant sa visite, le Dr Pedreira s'est rendue avec des superviseurs nationaux dans les trois régions sanitaires suivantes : XVIII RS-Capital, XI RS-Central et Cordillera. Dans toutes ces Voir **PARAGUAY** page 2

SVA suite de la page 1

(PNUD), du Haut Commissariat des Nations Unies aux Droits de l'Homme, des Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC) des États-Unis et d'autres partenaires encore. Des événements régionaux de lancement de la SVA sont actuellement en cours d'organisation, qui se tiendront notamment dans les zones frontalières entre le Honduras et le Guatemala, entre la Colombie, le Brésil et le Pérou, entre le Panama et le Costa Rica et entre le Panama et la Colombie. Des événements nationaux se dérouleront également dans les pays et les territoires, parmi lesquels la Barbade, la Bolivie, le Brésil, le Chili, le Costa Rica, El Salvador, le Honduras, les Îles Caïman, les Îles Turques et Caïques, le Nicaragua, le Panama, le Paraguay, le Pérou, Saint-Kitts-et-Nevis, Sint-Maarten, le Suriname, Trinité-et-Tobago et l'Uruguay.

Cette année, les pays et territoires ont prévu de cibler plus de 60 millions de personnes de tous âges pour une vaccination contre un grand éventail de maladies, parmi lesquelles la rubéole, le syndrome de rubéole congénitale, la rougeole, la diphtérie, les oreillons, la coqueluche, le tétanos néonatal, la grippe, la fièvre jaune, les diarrhées dues au rotavirus, les pneumonies d'origine bactérienne et l'infection due au virus du papillome humain. La SVA va aussi coïncider cette année avec la transition sur deux semaines, coordonnée au plan mondial, du vaccin antipoliomyélique oral trivalent (VPOt) au vaccin antipoliomyélique oral bivalent (VPOb), qui



Le personnel du siège de l'OPS montrant son appui à la Semaine de la Vaccination aux Amériques 2016. Crédit photo : David Spitz, OPS/OMS.

constitue une étape importante vers l'éradication mondiale de la poliomyélite. Les pays prévoient également d'intégrer à la SVA d'autres interventions préventives de santé, qui attireront particulièrement l'attention sur les moyens de prévenir et lutter contre les flambées actuelles de maladies à transmission vectorielle dues aux virus Zika, du chikungunya ou de la dengue.

Au-delà de la portée régionale de la SVA, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) célébrera sa cinquième Semaine mondiale de la vaccination, marquée par la participation de plus de 180 pays répartis sur l'ensemble des six régions de l'OMS.



Affiche promotionnelle de la Semaine de la Vaccination aux Amériques 2016 présentant le thème olympique.

Pour cette seconde année consécutive, le thème sera « Comblent les lacunes en matière de vaccination » pour à la fois célébrer les succès de la campagne et indiquer les défis qui restent encore à relever. ■

PARAGUAY suite de la page 1

régions, le groupe s'est rendu dans les bureaux sanitaires principaux ainsi que dans des hôpitaux et des unités sanitaires choisis. Dans la région Capital il a rendu visite à l'hôpital général Barrio Obrero et à l'unité sanitaire familiale Yukyty; dans la région Central, à l'hôpital de district de Lambaré, à l'hôpital régional de Luque et à la maternité Fernando de Mora; dans la région Cordillera, à l'hôpital Ka'acupé. Ce dernier mérite une mention particulière pour le travail réalisé en matière de suivi des calendriers de vaccination chez les enfants nés à l'hôpital et vivant dans les environs.

Sur tous les sites visités, soit les bureaux sanitaires principaux, les hôpitaux et les unités sanitaires, le

personnel de santé était bien informé et préparé à ce changement de vaccin, auquel il a également bien participé. Tous les membres du personnel interrogés ont bien compris ce qu'ils devaient faire avant, pendant et après ce changement, mais aussi comment l'effectuer et les raisons le motivant.

Sur tous les sites une affiche mentionnait la date et l'heure du changement de vaccin, et tous les lieux de prestations de services disposaient d'une boîte prête pour l'élimination des VPOt restants, qui étaient correctement étiquetés. Tous les endroits visités étaient d'ailleurs animés par un véritable enthousiasme, qui rappelait l'époque de l'éradication de la poliomyélite à la fin des années 80 et au début

des années 90.

Enfin le Dr Pedreira a rencontré le Comité national de certification et la Vice Ministre de la Santé, le Dr María Teresa Barán, et participé à une conférence de presse et à un entretien en direct avec la Vice Ministre de la Santé, la Directrice du PEV, quatre membres du Comité national de certification et le Représentant de l'OPS/OMS au Paraguay, le Dr Carlos Castillo Solórzano. Lors de cet entretien, ils ont discuté de l'objectif de la visite du Dr Pedreira dans le pays, mais aussi de la manière dont elle s'est déroulée. Il a été confirmé que le Paraguay est très bien préparé au changement de vaccin, et ce à tous les niveaux. ■

Flambées de poliomyélite : plans nationaux de préparation et de riposte

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a recommandé que tous les pays préparent un plan national de riposte à la poliomyélite et, à ce titre, a fourni un modèle pour les aider dans cette démarche. Ce modèle s'inscrit dans un projet d'harmonisation internationale des nouveaux protocoles de riposte aux flambées et cherche à garantir que les pays puissent planifier et mettre en œuvre des activités de riposte rapide et efficace aux flambées de poliovirus de type 2 et aux événements liés à la poliomyélite de type 2 qui feront suite à la transition du vaccin antipoliomyélique oral trivalent (VPOt) au vaccin

antipoliomyélique oral bivalent (VPOb).

Dans un pays épargné par la polio, l'apparition d'un cas de polio dû à un poliovirus sauvage ou à un poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale (PVDVc) doit être envisagée comme une urgence nationale de santé publique, qui exige une riposte vaccinale rapide et de grande qualité.

Les plans nationaux de préparation et de riposte aux flambées de poliomyélite doivent être prêts d'ici à juillet 2016, puis examinés par le Comité national de certification (CNC) de chaque pays

avant d'être soumis aux Commissions régionales de certification (CRC).

Ce plan doit aussi prendre en considération le *Protocole de notification, d'évaluation du risque, et de riposte à la détection de poliovirus de type 2 suivant l'abandon coordonné au plan mondial du vaccin antipoliomyélique oral contenant le sérotype 2*. Ce document, ainsi que le modèle de plan national de préparation et de riposte à une flambée de poliomyélite, est disponible en espagnol, en anglais et en français sur la page www.paho.org/polio. ■

Ressources audiovisuelles pour appuyer le changement de vaccin antipoliomyélique









Pour anticiper la transition mondiale du vaccin antipoliomyélique oral trivalent (VPOt) au vaccin antipoliomyélique oral bivalent (VPOb), qui aura lieu dans 155 pays du monde durant les deux dernières semaines d'avril (soit du 17 avril au 1er mai), l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a réalisé, avec le soutien de l'UNICEF, une courte vidéo animée qui explique cette transition en 7 langues : anglais, espagnol, ourdou, russe, mandarin, français et arabe. Toutes les vidéos peuvent être visualisées à l'adresse suivante : <https://vimeo.com/theswitchtogether>.

L'Initiative mondiale pour l'éradication de la polio a aussi conçu une série de six vidéos dans le but d'expliquer les étapes actuellement franchies pour garantir que, une fois éradiqué, le poliovirus ne réapparaisse jamais. Cette série de

vidéos couvre un grand éventail de sujets, parmi lequel les vaccins utilisés pour éradiquer la poliomyélite, le déroulement de la suppression graduelle du vaccin antipoliomyélique oral (qui commence avec la transition du VPOt au VPOb en avril 2016) et les raisons pour lesquelles le

confinement en toute sécurité des poliovirus aux laboratoires et aux sites de fabrication des vaccins protégera jusqu'au dernier enfant sur le long terme. Ces vidéos sont accessibles par les liens suivants :

1. Garantir un monde exempt de poliomyélite : introduction – http://bit.ly/28LWQvx	
2. Garantir un monde exempt de poliomyélite : les vaccins antipoliomyéliqués – http://bit.ly/28QJmgf	
3. Garantir un monde exempt de poliomyélite : l'éradication de tous les poliovirus – http://bit.ly/28MBhOh	
4. Garantir un monde exempt de poliomyélite : le retrait progressif des vaccins antipoliomyéliqués oraux – http://bit.ly/28LsEOE	
5. Garantir un monde exempt de poliomyélite : le renforcement de la résilience pour le remplacement – http://bit.ly/28LTt9k	
6. Garantir un monde exempt de poliomyélite : le confinement des poliovirus en toute sécurité – http://bit.ly/28LVOxA	

Renforcer les capacités de mesure, d'analyse et de surveillance des inégalités sociales en matière de vaccination en République dominicaine

L'atelier régional sur le renforcement des capacités de mesure, d'analyse et de surveillance des inégalités sociales en matière de vaccination s'est déroulé à Saint-Domingue (République dominicaine), du 9 au 11 mars, dans le cadre d'un effort de collaboration entre le Programme spécial de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) pour le développement durable et l'équité en matière de santé et l'Unité d'immunisation intégrale de la famille.

Le principal objectif de l'atelier était la formation des participants à l'analyse des inégalités en matière de couverture vaccinale, et plus particulièrement celles liées aux indicateurs économiques. Outre les coordinateurs de l'OPS, les participants à cet atelier étaient des membres du personnel technique des ministères de la Santé de Bolivie, du Chili, de Cuba, du Honduras, du Pérou et de la République dominicaine.

Durant les trois jours qu'a duré cet atelier, les présentations ont porté sur les concepts d'inégalité en matière de santé et de vaccination, les déterminants sociaux de la santé, ainsi que les paramètres spécifiques utilisés pour mesurer et analyser les



Les participants à l'atelier régional sur le renforcement des capacités de mesure, d'analyse et de surveillance des inégalités sociales en matière de vaccination, République dominicaine, mars 2016. Crédit photo : OPS-République dominicaine.

inégalités de couverture dans un pays stratifiant les inégalités. Toutes les personnes présentes à l'atelier ont été sollicitées pour apporter des bases de données comportant des données infranationales de couverture vaccinale à deux moments distincts, ainsi que les indicateurs sociaux, économiques et/ou environnementaux correspondants. Lors de l'atelier, les participants ont eu la possibilité d'acquérir une expérience pratique lorsqu'ils ont réalisés, en utilisant les données concernant leur propre pays,

les différents types d'analyse d'inégalité qui étaient présentés.

S'ils ont évoqué la nécessité de maintenir et/ou d'améliorer les taux de couverture vaccinale nationale sur l'ensemble de la Région, les coordinateurs ont également souligné que les programmes nationaux de vaccination doivent aussi analyser leurs données plus en profondeur pour garantir que les inégalités de couverture vaccinale soient éliminées ou ne persistent plus au niveau infranational. Dans cette perspective, la surveillance active de la relation entre couverture vaccinale et indicateurs socioéconomiques peut constituer un outil clé contribuant à informer des stratégies vaccinales ciblées. L'importance d'un tel effort se reflète dans l'indicateur stratégique 2.1.1 du Plan d'action régional pour les vaccins de l'OPS, inclut le « nombre de pays et de territoires qui signalent la couverture par quintile de revenus ou autres sous-groupes, permettant le suivi de l'équité de la vaccination ». Des travaux supplémentaires sont actuellement en cours de planification pour développer et institutionnaliser l'examen des inégalités socioéconomiques et de la couverture vaccinale. ■

Grenade : Passage à un système d'information électronique concernant la vaccination

En février 2015, les Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC) des États-Unis ont approuvé une subvention d'US\$ 49 000 pour appuyer le renforcement de la surveillance de la vaccination systématique à Grenade. La demande de subvention de Grenade décrivait un plan de registre de vaccination électronique (RVE) dans le cadre plus large d'un système d'information sur la vaccination. Les plans pour un registre électronique à Grenade avaient été conceptualisés l'année précédente et inclus dans les plans d'action nationaux du Programme élargi de vaccination pour 2015.

L'approbation de la subvention des CDC a déclenché une série d'actions inaugurant pour Grenade le passage d'un système de documentation basé sur le papier, et donc dépendant des personnes enregistrant les données et des registres où celles-ci sont consignées, à un système électronique moderne qui exploite les avantages de l'ère présente les activités spécifiques réalisées et les étapes franchies par Grenade pour la mise en œuvre du Réseau électronique de Grenade pour un système d'information sur la vaccination intégrée aux soins de santé

Planification et mise en œuvre

Pour planifier et diriger le projet, un comité de mise en œuvre a été constitué, qui comprenait des personnes responsables de la planification, des sciences infirmières et des technologies de l'information au ministère de la Santé. Ce comité a travaillé étroitement avec des représentants du Bureau des Caraïbes orientales de l'Organisation panaméricaine de la Santé et les représentants correspondants à Washington, D.C., qui ont offert une supervision et des orientations essentielles sur les nombreuses

activités du projet.

Sélection d'un RVE

Une évaluation détaillée du système actuel documentant la vaccination a dégagé des critères précis qui ont été déterminants pour sélectionner le système de RVE et l'adapter aux besoins spécifiques de Grenade. Après avoir examiné les options possibles offertes par différents fournisseurs, le pays a choisi un système hautement adaptable à ses besoins spécifiques, mais aussi viable à long terme.

Processus de formation

La formation des utilisateurs du RVE a été délivrée en novembre 2015. Durant celle-ci, les participants ont acquis une expérience pratique des fonctionnalités du système en réalisant plusieurs exercices pratiques. Pour cette activité, une version test du logiciel a été utilisée. Comme l'a mis en évidence l'extrême satisfaction exprimée par les participants

lors de leur rétroaction, cette approche a été très productive en termes de formation.

État actuel

Les nouveau-nés sont désormais enregistrés sur le RVE dans les trois hôpitaux publics de Grenade. Deux établissements communautaires ont mis le RVE en service et on s'attend à ce que plusieurs autres soient connectés dans les semaines qui viennent.

Prochaines étapes

Le RVE devrait être pleinement mis en œuvre dans tous les établissements de santé, publics et privés, d'ici la fin de l'année 2016. Pour remplir cet objectif, le ministère poursuivra la vérification des données dans tous les établissements restants et terminera l'installation des ordinateurs et de la connectivité du réseau dans les zones qui ne sont pas encore couvertes. ■

Comment le RVE et le système d'information sur la vaccination vont-ils améliorer les résultats du programme de vaccination de Grenade ?

- **Augmentation de la couverture vaccinale** : toutes les cliniques vont pouvoir produire des prévisions et des informations cruciales concernant les rappels vaccinaux, comme la dose à délivrer, la dose qui devrait avoir été délivrée (pour les personnes qui ne se sont pas présentées), la dose à prévoir pour le rappel suivant, etc.
- **Amélioration de l'accès aux dossiers de vaccination** : grâce à une interface sécurisée sur le Web, le RVE fournira aux professionnels de la santé autorisés un accès facile à des dossiers consolidés et individuels de vaccination concernant leurs patients.
- **Amélioration de la notification des vaccinations** : le système d'information fournira un moyen électronique standardisé pour enregistrer

et notifier les vaccins administrés dans les établissements sanitaires, qu'ils soient privés ou publics. Ceci améliorera également la qualité des données notifiées aux agences et aux organismes externes et augmentera la capacité de planification du ministère.

- **Amélioration de la gestion de l'inventaire** : le module de gestion de l'inventaire du système d'information favorisera une meilleure surveillance de l'approvisionnement en vaccins sur l'ensemble du pays.
- **Amélioration de la planification au niveau national** : les rapports générés à partir du système d'information offriront au ministère de la Santé des informations plus précises et ponctuelles ce qui est essentiel pour la prise de décision et la planification.

Le Nicaragua et le Honduras ont d'excellents résultats aux évaluations de GEV

En mai/juin et août/septembre 2015, des évaluations de gestion efficace des vaccins (GEV) ont été respectivement menées au Nicaragua et au Honduras. Les objectifs de ces évaluations étaient d'analyser la chaîne du froid, la chaîne d'approvisionnement des vaccins et les opérations de gestion des vaccins dans ces deux pays. Avant de lancer chacune de ces évaluations, une formation aux outils et à la méthodologie de la GEV a été délivrée pour que leur application sur le terrain soit standardisée¹. Le Nicaragua et le Honduras ont obtenu d'excellents résultats à leurs évaluations respectives, les scores moyens globaux étant pour chacun supérieurs à 90 %.

Du 28 mai au 12 juin 2015, le personnel de santé du ministère de la Santé au Nicaragua et les évaluateurs internationaux de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) ont mené une évaluation de la GEV au Nicaragua. Lors de cette évaluation, 47 établissements de santé et lieux de stockage sélectionnés au hasard ont été visités, dont les dossiers ont été examinés entre le 1er mai 2014

et le 30 avril 2015. Ces 47 sites incluaient 12 des 19 systèmes locaux de soins sanitaires intégrés au niveau infranational, 17 magasins de vaccins du premier niveau de distribution et 17 lieux de prestations de services. L'évaluation concernait également l'entrepôt national de vaccins.

Pour cette première évaluation de GEV, le Nicaragua a obtenu un score moyen global de 93 %, soit un résultat remarquable étant donné que le score minimal fixé est de 80 %. Le premier niveau du pays a reçu un score de 92 %, le niveau infranational un score de 96 %, le premier niveau de distribution un score de 93 % et le niveau de prestation de services un score de 93 %. Au moment de cette évaluation, le score moyen du Nicaragua l'a placé en première place des 80 premières évaluations de GEV réalisées dans le monde depuis 2009.

L'évaluation de la GEV du Honduras s'est, quant à elle, déroulée du 27 août au 11 septembre 2015, avec la participation du personnel de santé du ministère de la Santé du Honduras et des évaluateurs internationaux provenant des ministères

de la Santé du Nicaragua, du Paraguay et de l'OPS. Dans le cadre de cette évaluation, 42 établissements sanitaires et lieux de stockage sélectionnés au hasard ont été visités, dont les dossiers ont été évalués entre le 1er janvier et le 31 décembre 2014. Les 42 sites sélectionnés incluaient 7 des 20 régions sanitaires au niveau infranational, 16 magasins de vaccins du premier niveau de distribution et 18 établissements de prestation de services, ainsi que l'entrepôt national des vaccins.

Pour cette première évaluation de GEV, le Honduras a obtenu un score moyen global de 97 %, qui comprenait le score atteint aux quatre niveaux de la chaîne d'approvisionnement en place dans le pays et les scores correspondant aux neuf critères d'évaluation de la GEV. Au moment de son évaluation, ce score moyen a également permis au Honduras de se classer premier parmi les premières 104 évaluations réalisées dans le monde depuis 2009. Le premier niveau a obtenu un score de 98 %, le niveau infranational un score de 96 %, le premier niveau de distribution un score de 97 % et le niveau de prestations des services un score de 98 %. ■

¹ « Introduction générale à la GEV », Bulletin d'immunisation, Octobre 2014 ; vol XXXVI, n° 5 (p. 2 à 4). Disponible sur <http://bit.ly/29jS8rQ>.

Réunion en Équateur du Réseau régional de laboratoires pour la rougeole et la rubéole

La réunion du Réseau régional de laboratoires pour la rougeole et la rubéole s'est déroulée à Quito (Équateur) les 9 et 10 février 2016, en présence de vingt-cinq participants représentant les laboratoires nationaux pour la rougeole et la rubéole de 12 pays de la Région (Chili, Costa Rica, El Salvador, Équateur, Guatemala, Honduras, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou et République dominicaine) et les laboratoires régionaux et infrarégionaux pour la rougeole et la rubéole (Brésil, Canada, Agence de santé publique des Caraïbes [CARPHA]), ainsi que des professionnels des Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC) des États-Unis, de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS).

Les objectifs de la réunion étaient d'examiner les progrès, les réalisations et les défis du Réseau régional de laboratoires pour la rougeole et la rubéole, de suivre les résultats du réseau et la mise en œuvre des recommandations et de faire des présentations interactives sur des cas de rougeole et de rubéole, ainsi que sur la situation de la circulation du virus Zika dans les Amériques.

Les principales recommandations issues de cette réunion sont liés à la confirmation des cas par le laboratoire, l'assurance/contrôle de qualité et le renforcement de la surveillance moléculaire. La première recommandation issue de la réunion était d'encourager les programmes nationaux de surveillance et à garantir l'orientation des échantillons cliniques vers un laboratoire dès que possible. Cependant, du fait de problèmes logistiques et financiers, le transport des échantillons en temps opportun au laboratoire, soit dans un délai de cinq jours, pose souvent un défi. Dans certains pays, le système d'information en matière de surveillance n'est pas mis à jour avec les résultats des notifications de laboratoire. Dans d'autres, les tests de laboratoire sont retardés car les laboratoires essaient d'économiser les fournitures ou n'en ont pas suffisamment, ce qui peut être dû à des retards d'importation ou à un manque de moyens financiers. Cependant, les laboratoires du réseau doivent travailler plus étroitement avec leur programme de surveillance et les autorités institutionnelles pour trouver et mettre en œuvre des solutions qui garantissent et protègent le rôle du laboratoire dans la pérennité de l'élimination des maladies. Cette pérennité passe entre autres par le respect du délai recommandé de quatre jours pour l'obtention des résultats de laboratoire, malgré les défis susmentionnés.

La deuxième recommandation était que le réseau de laboratoires continue à renforcer l'assurance qualité et le contrôle qualité des laboratoires nationaux et infranationaux. Les laboratoires du réseau doivent



Les participants à la réunion du Réseau régional des laboratoires pour la rougeole et la rubéole, Équateur, février 2016. Crédit photo : Pedro Xavier Domínguez Andrade, OPS-Équateur.

continuer à participer au programme mondial annuel d'aptitude aux tests sérologiques, qui a introduit en 2015 un nouveau protocole et un site internet de notification, développés par l'OMS et le Victorian Infectious Diseases Reference Laboratory (VIDRL). Les objectifs des tests d'aptitude sont d'évaluer la compétence des laboratoires au sein du réseau mondial de l'OMS, de mettre en évidence tout problème posé par les tests sérologiques lors de leur utilisation systématique, de vérifier la précision de la notification des données, de vérifier les critères de validation des tests et de vérifier la ponctualité de la notification des résultats à ces tests, dans la mesure où ceux-ci doivent être notifiés par les laboratoires dans les 14 jours suivant la réception de l'ensemble des tests d'aptitude de l'OMS concernant l'immunoglobuline M (IgM). Les résultats de cet ensemble de tests constituent l'un des critères d'accréditation annuelle des laboratoires nationaux; par conséquent ce devrait être une responsabilité partagée par les laboratoires nationaux, les laboratoires régionaux de référence et l'OPS/OMS que de garantir leur bonne réception, mais aussi leur réalisation par les laboratoires du réseau.

De plus, tous les laboratoires du réseau réalisant des tests moléculaires doivent participer au programme d'évaluation en externe d'assurance de la qualité des tests moléculaires de l'OMS/CDC et communiquer les résultats des tests moléculaires qu'ils réalisent. Récemment introduit, le programme d'évaluation en externe d'assurance de la qualité des tests moléculaires s'est révélé essentiel pour évaluer les résultats des laboratoires du réseau et leur capacité à mener des tests moléculaires pour détecter et caractériser la rougeole et la rubéole.

Une autre recommandation issue de la réunion était d'améliorer la surveillance moléculaire. Il est recommandé que les programmes nationaux de surveillance collectent des échantillons pour détecter les virus et améliorer la surveillance moléculaire (maintenant ainsi la compétence du laboratoire à effectuer des tests moléculaires).

Cette dernière est en effet devenue un outil indispensable pour vérifier les résultats des programmes d'élimination de la rougeole et de la rubéole; c'est pourquoi les laboratoires nationaux du réseau sont invités à garantir une notification en temps opportun des données sur le séquençage aux bases de données sur le séquençage de l'OMS (MeaNS pour la rougeole et RubeNS pour la rubéole). Il est également recommandé que les laboratoires utilisent les outils offerts par ces deux bases de données et les « noms des souches » du virus rougeoleux pour étudier les voies de la transmission virale. Pour garantir la capacité d'un laboratoire à réaliser des tests moléculaires des virus de la rougeole et de la rubéole, il est nécessaire d'offrir une formation à ces tests sur place, là où elle est nécessaire et quand elle est possible, ainsi qu'une formation en ligne aux bases de données MeaNS et RubeNS.

La flambée actuelle de la maladie à virus Zika en Amérique latine et aux Caraïbes peut entraîner un surcroît de travail pour le Réseau régional de laboratoires pour la rougeole et la rubéole. Au cours de la réunion, les participants ont exprimé l'inquiétude que les directives actuelles de l'OPS concernant la surveillance de la rougeole et de la rubéole puissent surcharger les laboratoires du réseau en raison d'un recoupement des définitions de cas pour différentes maladies, comme la dengue et les infections à virus Zika ou Chikungunya. De ce fait, les laboratoires du réseau doivent être plus sensibilisés aux cadres cliniques semblables et rester vigilants pour détecter les importations possibles de cas de rougeole au cours de l'épidémie de maladie à virus Zika. Des orientations sont de plus nécessaires pour saisir l'occasion que constitue la surveillance des malformations congénitales dues au virus Zika. Celle-ci devrait favoriser un renforcement de la surveillance des malformations congénitales dues au syndrome de rubéole congénitale (SRC), de manière à garantir le maintien de l'élimination du SRC et de la rubéole.

Un outil diagnostique extrêmement utile aux laboratoires dans le cadre de l'élimination est la réaction en chaîne par polymérase après transcription inverse; celle-ci ne peut cependant pas être utilisée pour éliminer des cas dans le cadre du recoupement des définitions de cas. En effet, quand les cas sont difficiles à classer, il est nécessaire que les laboratoires travaillent étroitement avec le programme de surveillance, améliorent l'investigation des cas et procèdent à un suivi auprès de tous les contacts du patient pour dépister d'éventuels cas secondaires. Pour améliorer la classification des cas, le programme doit essayer de renforcer le lien entre données cliniques, données épidémiologiques et données de laboratoire. ■

Réunion régionale au Chili sur la vaccination contre la grippe saisonnière dans les Amériques

Du 15 au 17 mars 2016, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) ont tenu à Santiago (Chili) une réunion régionale sur la vaccination antigrippale. Cette réunion conjugait une réunion de l'OMS sur la composition du vaccin contre la grippe saisonnière et une réunion du réseau REVELAC-i (Réseau d'évaluation de l'efficacité du vaccin contre la grippe en Amérique latine et aux Caraïbes). Son objectif était de soutenir les pays d'Amérique latine et des Caraïbes dans l'exploitation des informations sur la surveillance de la grippe et la vaccination antigrippale pour prendre des décisions fondées sur des preuves et élaborer des recommandations plus précises pour la vaccination contre la grippe saisonnière.

Lors de cette rencontre de trois jours les participants ont examiné les preuves épidémiologiques et virologiques les plus récentes pour appuyer les politiques de vaccination antigrippale et répondre aux défis actuels auxquels font face les pays d'Amérique latine et des Caraïbes, ainsi qu'à leurs lacunes en termes de savoir. Les sujets à l'ordre du jour incluaient le caractère saisonnier de la grippe sous les tropiques américains et ses conséquences en termes de dates de vaccination et de formulations du vaccin, une actualisation des fabricants de vaccins sur leur production et sur leurs possibilités de satisfaire les besoins actuels des programmes de vaccination, le suivi de l'efficacité du vaccin contre la grippe et ses répercussions sur la morbidité de la maladie dans les groupes à risque élevé, la vaccination antigrippale maternelle et les approches pour produire des données sur le fardeau de la maladie et les effets protecteurs des vaccins sur les femmes enceintes et leurs nouveau-nés, et la qualité des données vaccinales, enfin les défis opérationnels concernant les programmes de vaccination.

Des équipes multidisciplinaires ont participé à cette réunion, qui étaient formées de représentants des ministères de la Santé de 21 pays des Amériques, dont des professionnels de la surveillance épidémiologique et virologique de la grippe et des administrateurs de programmes nationaux de vaccination. Parmi les autres participants : des membres des Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC) des États-Unis, du Victorian Infectious Diseases Reference Laboratory (Australie), de l'Université Emory, du Réseau de surveillance de l'efficacité du vaccin contre la grippe en Europe (I-MOVE), de la clinique Marshfield, du Centre pour le contrôle des maladies de la Colombie-Britannique, du CDC-Amérique centrale, de l'Université del Valle du Guatemala et de la Fondation Bill et Melinda Gates.



Les participants à la réunion sur la vaccination contre la grippe saisonnière, Santiago, Chili, mars 2016. Crédit photo : OPS-Chili.

Les pays d'Amérique latine et des Caraïbes ont poursuivi leurs efforts pour maintenir, voire accroître, l'utilisation du vaccin contre la grippe saisonnière dans les groupes à risque élevé, particulièrement chez les femmes enceintes. Ces pays ont également poursuivi le renforcement de la surveillance de la grippe, des plateformes de vaccination et des systèmes d'information, améliorant ainsi leur préparation en vue de pandémies à venir. Des difficultés persistent cependant pour estimer la couverture vaccinale, particulièrement chez les femmes enceintes et chez les personnes atteintes de maladies chroniques. Les pays d'Amérique latine et les Caraïbes travaillent actuellement à identifier des dénominateurs plus précis pour ces estimations et à améliorer la qualité des données concernant la vaccination.

Les ajustements apportés aux politiques nationales de vaccination antigrippale devraient être orientés par l'épidémiologie nationale/infranationale de la grippe. Depuis 2007, six pays sont passés de la formulation vaccinale de l'hémisphère nord à celle de l'hémisphère sud (Colombie, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Guatemala et Honduras) et ont repoussé les dates des activités vaccinales contre la grippe à avril-mai. Dans tous les pays, cette décision a été fondée sur l'examen des données de surveillance épidémiologique et virologique par un comité multidisciplinaire/interinstitutionnel (PEV, surveillance de la grippe, centres nationaux de la grippe) et le processus de prise de décision a été suivi par le Groupe consultatif technique national sur la vaccination (NITAG).

Les participants se sont vus rappeler les recommandations actuelles du Groupe consultatif technique (GCT) de l'OPS sur les maladies évitables par la vaccination, qui conseille aux pays de vacciner les populations de manière intensive avant le premier pic épidémique de grippe de manière à atteindre une couverture vaccinale élevée dans les groupes à risque élevé. De plus, le GCT a encouragé les pays tropicaux, en particulier

ceux qui sont constitués de grandes superficies, à procéder à des analyses de la saisonnalité de la grippe par sous-région car cette saisonnalité peut varier selon des paramètres géographiques et climatiques. Enfin, le GCT a recommandé que les pays évaluent les répercussions des changements de politique contre la grippe sur leur fardeau de la maladie.

Pour poursuivre la promotion de la vaccination antigrippale chez les femmes enceintes et offrir des orientations au PEV et aux services sanitaires, l'OPS a élaboré un guide pratique sur la vaccination maternelle qui décrit les avantages de la vaccination pour les mères et les nouveau-nés et aborde les spécificités opérationnelles de la vaccination antigrippale, comme les méthodes pour estimer les dénominateurs de couverture vaccinale antigrippale chez les femmes enceintes. Ce guide complètera les directives mondiales à venir concernant la vaccination maternelle élaborées par l'OMS. Divers efforts sont en cours dans la Région pour obtenir des estimations du fardeau de la grippe et de l'efficacité de la vaccination chez les femmes enceintes, ainsi que des preuves de la sécurité des vaccins pour la mère et l'enfant. L'OPS encourage également les pays d'Amérique latine et des Caraïbes à documenter les enseignements reçus quant à la vaccination maternelle, entre autres quel est le trimestre de gestation le plus approprié pour la vaccination, comme il est recommandé par le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination (SAGE) de l'OMS.

Les participants à la réunion se sont accordés sur un programme de recherche à court terme concernant l'efficacité et les répercussions du vaccin antigrippal, les connaissances, attitudes et pratiques liées à la vaccination chez les femmes enceintes et le personnel de santé, de même que le rapport coût-efficacité des vaccins antigrippaux quadrivalents, pour lesquels il n'existe à ce jour aucune recommandation officielle de l'OMS ou du GCT de l'OPS. ■

Tableau 1. Prix des vaccins achetés par le moyen du Fonds renouvelable de l'OPS, 2016 (prix en dollars US)

Vaccin		Doses par flacon	Coût moyen par dose
BCG		10	0,1443
Choléra		1	1,8500
DTC		10	0,2220
DT	Pédiatrique	10	0,1560
DCaT triple acellulaire	Pédiatrique	1	12,8
DTCa-VPI	Tétravalent acellulaire	1	10,4
DTCa-VPI-Hib	Pentavalent acellulaire	1	13
DTCa-VPI-Hép B-Hib	Hexavalent acellulaire	1	19
DTC	Hib lyophilisé	1	2,6500
DTC Hépatite B Hib (pentavalent)	Liquide	1	2,1000
Fièvre jaune		10	1,1132
Fièvre typhoïde, polysaccharidique		20	8,9000
Hépatite A	Pédiatrique	1	8,4028
	Adulte	1	12,000
Hépatite B (recombinant)	Adulte	10	0,25
	Adulte	1	0,326
	Pédiatrique	1	0,2240
Hib	Lyophilisé	1	2,0500
Grippe saisonnière trivalent, hémisphère Sud 2016	Adulte	1	3,9000
	Adulte - origine coréenne	10	2,8000
	Adulte - origine française	10	3,9500
	Pédiatrique - origine française	20	1,9750
	Pédiatrique - origine coréenne	20	1,4000
Méningococcique ACYW135 conjugué		1	26,0000
Pneumococcique non conjugué	23-valent adulte	1	7,6200
		5	7,4500

Vaccin		Doses par flacon	Coût moyen par dose
Polio, inactivé (VPI)		1	2,8000
		5	1,9000
Polio oral bivalent (VPOb)		10	0,1400
		20	0,1250
Rage, à usage humain (cellules Vero)		1	11,6500
Rotavirus, liquide	Calendrier de vaccination à 2 doses	1	6,5000
Rougeole/rubéole		1	2,2500
		10	0,6060
Rougeole/Oreillons (souche Jeryl-Lynn)/Rubéole		1	6,0000
Rougeole/Oreillons (souche Zagreb)/Rubéole		1	2,3700
		5	1,1460
Td	Adulte	10	0,1103
Tdap triple acellulaire	Adolescent/Adulte	1	10,9278
Varicelle		1	14,8502
Virus du papillome humain (VPH), bivalent		1	8,5000

Prix des vaccins 2016 : modification I

Ces prix seront facturés aux États Membres à moins de disposition contraire dans les accords de pays. Les factures de l'OPS comprendront le coût des vaccins, avec des frais de service de 4,25 % (applicables uniquement au coût du produit biologique) et les frais réels d'emballage, de fret et d'assurance.

Il est suggéré aux Représentants de l'OPS/OMS d'émettre des factures proforma basées sur les prix moyens « FCA » (indiqués sur la liste des prix). Pour estimer les coûts d'emballage, d'assurance et de fret, calculez 15 % de la valeur des vaccins à des fins budgétaires. Ceci est dû en partie à l'origine du produit. Le coût réel de ces services peut varier et figurera dans la facture de l'OPS, qui sera émise 30 jours environ après livraison de la commande. Le délai de livraison est d'environ 60 jours après réception de la demande par le Département de la gestion des achats et de l'approvisionnement.

Veillez continuer à travailler en étroite collaboration avec le Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins pour l'actualisation trimestrielle des besoins en vaccins des États Membres. La précision et la mise à disposition de cette information sont essentielles au travail de l'OPS avec les fournisseurs pour garantir la fabrication en temps opportun et la disponibilité des produits. ■

Tableau 2. Prix des seringues achetées par le moyen du Fonds renouvelable de l'OPS, 2016-2017 (prix en dollars américains)

SERINGUES JETABLES EN PLASTIQUES, AVEC AIGUILLE		
TAILLE	NOMBRE PAR CAISSE	PRIX UNITAIRE*
1cc 22G x 1 1/2"	3600	\$0,0320
	2000	\$0,0318
	3000	\$0,0241
	1400	\$0,0293
1cc 23G x 1"	3600	\$0,0315
	2000	\$0,0318
	3200	\$0,0219
	1400	\$0,0293
1cc 25G x 5/8"	3600	\$0,0320
	1400	\$0,0293
	3200	\$0,0219
1cc 26G x 3/8"	1400	\$0,0293
3cc 23g x 1"	1000	\$0,0398
5cc 22G x 1 1/2"***	1800	\$0,0330
	1800	\$0,0259

SERINGUES JETABLES EN PLASTIQUES, AVEC AIGUILLE		
TAILLE	NOMBRE PAR CAISSE	PRIX UNITAIRE*
0.5cc 22G x 1 1/2"	3000	\$0,0660
0.5cc 23G x 1"	3000	\$0,0395
	1400	\$0,0340
0.5cc 25G x 5/8"	1400	\$0,0390
	3000	\$0,0510
0.5cc 26G x 3/8"	1400	\$0,0420
0.1cc 27G x 3/8"	3000	\$0,0710***
	1400	\$0,0420

*Prix FCA (franco transporteur) pour chaque seringue.
** En cas de quantité de seringues par caisse et de tailles de seringues identiques mais avec des prix différents, il s'agit généralement de fournisseurs différents.
*** Prix non encore disponibles pour 2017.

Prix des seringues 2016-2017 : modification I

Ces prix seront facturés aux États Membres à moins de disposition contraire dans les accords de pays. Les factures de l'OPS comprendront le coût des seringues, avec des frais de service de 4,25 % (applicables uniquement au coût des seringues) et les frais réels d'emballage, de fret et d'assurance.

Il est suggéré aux Représentants de l'OPS/OMS d'émettre des factures proforma basées sur les prix moyens « FCA ». Pour estimer les coûts d'emballage, d'assurance et de fret, calculez 25 % de la valeur des seringues pour les expéditions maritimes et 110 % de la valeur des seringues pour les expéditions aériennes. Ceci est dû en partie à l'origine du produit, à son poids et à son mode d'expédition – aérien ou maritime. Le coût réel de ces services peut varier et figurera dans la facture de l'OPS, qui sera émise 30 jours environ après livraison de la commande. Le délai de livraison est d'environ 30 jours par air et 60 jours par mer, après réception de la demande par le Département de la gestion des achats et de l'approvisionnement.

Veillez continuer à travailler en étroite collaboration avec le Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins pour l'actualisation trimestrielle des besoins en seringues des États Membres. La précision et la mise à disposition de cette information sont essentielles au travail du Département de la gestion des achats et de l'approvisionnement de l'OPS avec les fournisseurs pour garantir la fabrication en temps opportun et la disponibilité des seringues.

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 XXXVIII, Numéro 1 • Mars 2016

Éditeur : Hannah Kurtis

Éditeurs-adjoints : Cuauhtémoc Ruiz Matus et

Octavia Silva

©Organisation panaméricaine de la Santé, 2016

Tous droits réservés.

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>



**Organisation
panaméricaine
de la Santé**



**Organisation
mondiale de la Santé**

BUREAU RÉGIONAL DES

Amériques

COLONNE - Ce que j'ai appris

Par Irene Leal Sánchez, consultante en vaccination, retraitée de l'OPS/OMS (Guatemala, Équateur et République dominicaine) et ancienne administratrice du PEV au Chili

Un programme vertical : mythe ou réalité?

En 39 ans d'administration publique, j'ai appris un grand nombre de leçons que je peux partager et je me sens reconnaissante vis-à-vis d'un grand nombre de personnes, dont les membres de ma famille. Je ressens une grande joie à l'idée d'avoir, entre autres réalisations, joué un petit rôle dans l'élimination de la poliomyélite, de la rougeole et de la rubéole, partagé des cultures et des langues et pu contribuer à la vaccination dans notre Région, là où la pauvreté est encore un problème.

Durant ces quatre décennies, un événement important a été la mise en œuvre et la progression du Programme élargi de vaccination (PEV), ainsi que ses répercussions sur la réforme du secteur de la santé dans les pays des Amériques. Avec le temps, certains mythes sont apparus dans la conscience collective, en particulier celui que le PEV est un « programme vertical ». J'ai malheureusement entendu cette affirmation chez des membres du personnel de santé publique dans des institutions spécialisées prestigieuses. Ce mythe est né d'un événement réel, qui s'est cependant produit dans la Région il y a des décennies.

À la fin des années 70, deux fondements structurels du PEV sont apparus : la chaîne du froid et la structure de gestion du PEV, avec ses multiples composantes et niveaux. Il a alors fallu organiser un réseau, doté d'une structure de gestion solide, pour planifier et contrôler le processus. Le rôle de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) a été crucial pour la surveillance et la formation; les réunions d'évaluation nationale du PEV ont également été déterminantes pour motiver les

équipes de gestion. Au cours de ces réunions, chaque équipe présentait ses progrès et les leçons qu'elle en avait tirées, d'une manière qui permettait la correction et la modification des stratégies. Ce même processus de rétroaction était également utilisé entre pays, ce qui favorisait la coopération bilatérale. Mais d'où est alors venue cette idée que le PEV est un programme vertical ?

Au même moment, les cas de poliomyélite, rougeole, diphtérie, tétanos et autres maladies dévastaient la Région. Les pays ont donc demandé à l'OPS un plan, une mobilisation de ressources et un encadrement pour les aider à combattre et éliminer ces maladies. L'OPS a sensibilisé à leur propos des organismes et des partenaires internationaux, et ainsi mobilisé des ressources considérables. Dans les pays, ces ressources ont été utilisées pour engager des administrateurs, des épidémiologistes et du personnel de vaccination, pour financer le transport, le matériel et, dans de nombreux cas, acheter les vaccins. Dans certains pays, du personnel engagé par l'administration centrale se déplaçait dans les localités pour suivre les cas et superviser ou accompagner les activités de vaccination. Les comptes étaient directement rendus par le biais de cette structure administrative propre au projet, qui était donc effectivement verticale, en dépit du fait qu'elle était intégrée aux structures fonctionnelles du secteur officiel de la santé. Cette forme de fonctionnement est née parce que les ministères de



Photo gracieusement
fournie par Irene Leal
Sánchez.

la Santé n'avaient pas, à cette époque, la capacité de lancer une riposte efficace, mais l'engagement pris par les gouvernements était d'assumer progressivement les coûts d'intervention.

Aujourd'hui, les pays de la Région financent entièrement leurs propres vaccins et les fournitures nécessaires à la vaccination. Depuis presque deux décennies, les administrateurs nationaux du PEV ne gèrent plus de ressources humaines dépendant de l'administration centrale. Ils dépendent au contraire d'un budget national intégré au système national et les activités sont administrées à chaque niveau dans le cadre de la gestion intégrée des soins aux personnes. Les idéologues de la réforme devraient alors cesser d'utiliser l'expression « programme vertical », car elle est obsolète; ils devraient plutôt se joindre à la discussion pour répondre aux questions suivantes : quelle stratégie nous faut-il adopter pour pérenniser notre succès à l'intérieur de ces nouvelles structures organisationnelles ? Comment assurer le droit des enfants à être protégés, en temps opportun et avec une protection de qualité élevée, comme cela est stipulé dans toutes les constitutions nationales ? Comment une telle activité préventive et économique peut-elle être appuyée avec ce modèle d'administration et les Amériques peuvent-elles continuer à être le chef de file mondial de la couverture vaccinale ?

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.