

Bulletin d'immunisation

Organisation panaméricaine de la Santé

Volume XXXIX Numéro 4

Protégez votre Famille par la Vaccination

Décembre 2017



Rencontres et ateliers régionaux tenus au Pérou en décembre

Huitième réunion de la RCC sur le Plan pour l'éradication de la polio dans la Région des Amériques

La **Huitième réunion de la Commission régionale de certification (RCC) relative au Plan pour l'éradication de la poliomyélite dans la Région des Amériques**, qui a eu lieu du 3 au 6 décembre à Lima. Durant la réunion, la RCC a examiné et commenté un projet de modèle pour les rapports annuels soumis par les pays concernant les activités d'éradication de la polio. Le secrétariat a présenté une mise à jour sur la situation relative à la surveillance et à la couverture vaccinale au niveau régional, sur le progrès des activités de confinement et sur un projet de stratégie visant à accroître la visibilité des activités d'éradication de la polio et à mettre en lumière le travail réalisé par les pays pour atteindre les objectifs du Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale. Les délégations des pays à haut risque de polio ont été invitées à des séances privées avec la RCC pour présenter des rapports sur les défis auxquels leurs pays doivent faire face en matière d'activités d'éradication de la polio, y compris concernant l'atteinte des objectifs relatifs à la couverture vaccinale et les indicateurs de surveillance. Chaque pays a présenté l'analyse de risques qu'il avait réalisée ainsi que les mesures prises afin d'atténuer les risques décelés. La RCC a formulé des recommandations pour chaque pays, et inclura celles-ci dans une lettre qu'elle enverra aux comités nationaux de certification de ces pays.



Voir **PÉROU** page 2

DANS CE NUMÉRO

- 1 Rencontres et ateliers régionaux tenus au Pérou en décembre
- 1 Vaccination antipneumococcique conjuguée dans les Amériques
- 3 Perspectives en matière de pérennité des programmes de vaccination dans les Amériques
- 4 Renforcement de la gestion des chaînes du froid et d'approvisionnement dans les Amériques
- 5 Amélioration de l'accès et de l'approvisionnement opportun en vaccins et seringues par le biais du Fonds renouvelable de l'OPS
- 6 Renforcement de la capacité décisionnelle des programmes nationaux de vaccination
- 7 Données de surveillance sur la rougeole, la rubéole et le syndrome de rubéole congénitale, classement définitif, 2016
- 8 Hommages à quatre figures de proue de l'éradication de la polio en Amérique

Vaccination antipneumococcique conjuguée dans les Amériques

Il est estimé qu'en Amérique latine et dans les Caraïbes, le pneumocoque provoque annuellement entre 12 000 à 28 000 décès, 182 000 hospitalisations et 1,4 million de consultations. Les pays des Amériques ont été parmi les premières nations en développement à introduire les vaccins antipneumococciques conjugués (VPC) dans leur PEV. Depuis juillet 2017, 34 pays et territoires de la Région des Amériques fournissent le VPC-10 ou le VPC-13 dans le cadre de leur programme national de vaccination systématique. Vingt-sept pays ont introduit les VPC, ce qui représente 90 % de la cohorte de naissance en Amérique latine et dans les Caraïbes. Actuellement, huit pays utilisent le VPC-10 et 19 pays le VPC-13, ce qui représente respectivement 47 % et 53 % de la cohorte de naissance en Amérique latine et dans les Caraïbes. Presque tous les pays d'Amérique latine et des Caraïbes suivent un protocole de VPC 2+1, alors que quatre pays suivent un protocole de 3+0.

En décembre 2016, un examen systématique visant à résumer les preuves de l'impact et de l'efficacité des VPC sur les hospitalisations et les décès imputables à la pneumonie, à la méningite et à la pneumococcie invasive chez les enfants de moins de 5 ans en Amérique latine et dans les Caraïbes a été publié.¹ La recherche a été menée en utilisant les bases de données Medline, WoS, Lilacs, Scopus et Centrale et la documentation parallèle publiée dans toutes les langues de 2009 à janvier 2016. Les critères d'inclusion de cet examen systématique retenaient les études traitant des résultats d'intérêt chez les enfants du groupe d'âge cible, en utilisant les conceptions expérimentales suivantes : essais avec répartition aléatoire (randomisés), études de cohortes ou cas-témoins, études de séries temporelles interrompues (sérielles) comportant au moins trois points de données avant et après l'intervention et études avant-après.

Les élagages ont permis de repérer 1085 citations, 892 de bases de données et 193 d'autres sources. Parmi elles, 22 ont été incluses pour fins d'analyse : 15 concernaient le VPC-10 et sept le VPC-13. Les études émanaient de l'Argentine, du Brésil, du Chili, du Nicaragua, du Pérou et de l'Uruguay. Une analyse descriptive a été effectuée en s'appuyant sur les mesures d'efficacité fournies ou dérivées des données à disposition dans chaque

¹ De Oliveira, PLOS ONE | DOI:10.1371/journal.pone.0166736

PÉROU suite de la page 1

À deux doigts d'entrer dans l'histoire : un monde sans polio



Participants à la Cinquième réunion régionale sur la polio tenue à Lima (Pérou). Photo : OPS/OMS.

La **Cinquième réunion régionale sur la polio**, a eu lieu du 4 au 6 décembre ; des représentants de 28 pays y ont assisté. Le Programme élargi de vaccination (PEV), des personnes impliquées dans la surveillance relative à la paralysie flasque aiguë, les présidents des comités nationaux de certification et le réseau

de laboratoires de référence sur la polio participaient à la réunion. Étaient également présents des membres de la RCC, le président de la Commission mondiale de certification ainsi que des représentants des Centres pour le contrôle et la prévention des maladies des États-Unis, de l'UNICEF, du Rotary International, de PATH, de la Task Force for Global Health et de l'OPS/OMS.

Le but de la réunion était de renforcer la capacité des équipes nationales à détecter les importations de poliovirus sauvage ou l'émergence de poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale (PVDVc) et à y répondre d'une manière opportune et adéquate, ainsi que d'aider les équipes à se préparer à l'étape de la certification mondiale et à la période post-certification.

Atelier sur la surveillance régionale des nouveaux vaccins

Du 6 au 8 décembre 2017, 65 participants venant de dix pays de la Région des Amériques ont assisté, au Pérou, à un atelier portant sur la surveillance régionale des nouveaux vaccins. Parmi les participants, on comptait la personne responsable au niveau national de l'épidémiologie relative à la surveillance des nouveaux vaccins, la personne responsable au niveau national des laboratoires consacrés aux maladies bactériennes, ainsi que les points focaux de l'OPS en matière de vaccination pour l'Argentine, la Bolivie, la Colombie, l'Équateur, le Honduras, le Nicaragua, le Paraguay, le Pérou et le Venezuela.

Les objectifs de la réunion étaient de discuter des progrès et des défis que connaît la Région concernant la surveillance épidémiologique relative à la pneumonie bactérienne, à la méningite bactérienne et au rotavirus réalisée dans les hôpitaux sentinelles, d'effectuer des contrôles de la qualité des données et de discuter des prochaines étapes en ce qui a trait au réseau mondial de surveillance des nouveaux vaccins.

La réunion de deux jours a été segmentée en trois volets : des présentations de nature



Participants à la réunion sur la surveillance régionale des nouveaux vaccins, Pérou, décembre 2017. Photo : OPS/OMS.

générale données par l'OPS et par les hôpitaux sentinelles concernant la surveillance des nouveaux vaccins dans la Région, des présentations et des discussions portant sur le nouveau système en ligne conçu pour la surveillance des vaccins, ainsi qu'un examen de la qualité des données dans la Région, et une formation pratique visant à aider les hôpitaux à étudier et à décrire leurs propres problèmes

Voici les recommandations principales issues de la réunion :

- Il est primordial de réaliser des analyses de données au niveau local.
- On peut maintenant se procurer les résultats des contrôles de qualité des laboratoires sur le site web de l'organisme Public Health England (www.ukneqasmicro.org.uk).
- Il est important de se rappeler que la surveillance sentinelle fait partie d'un effort collectif réalisé par le personnel clinique, épidémiologique et de laboratoire en coordination avec les équipes de vaccination ; au niveau régional, cette coordination devient évidente, puisque le programme s'inscrit dans le PEV régional. Cette situation met en lumière la conviction partagée au niveau régional selon laquelle la fonction des programmes de vaccination n'est pas seulement de vacciner, mais aussi d'élaborer les politiques de leurs territoires en matière de vaccination et de fournir les données probantes que requiert la santé publique.
- L'OPS/OMS doit étudier davantage la nécessité d'un accès hors ligne au système utilisant le web.

relatifs à la qualité des données.

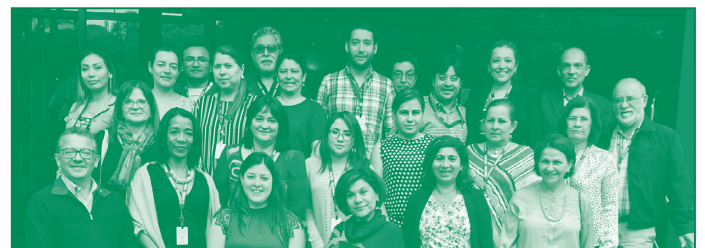
À compter de janvier 2018, les données provenant de la surveillance sentinelle devront être transmises exclusivement au moyen de l'outil de cas VINUVA. L'équipe de l'OPS sera disponible pour aider à lors de l'utilisation de cet outil. L'outil Excel générant de nombreux problèmes, les données soumises par Excel ne seront plus acceptées.

Utilisation d'outils pour suivre et analyser la qualité des données relatives à la couverture vaccinale

Du 6 au 8 décembre 2017, l'OPS a tenu un atelier au Pérou visant à analyser et à discuter la couverture vaccinale dans la Région des Amériques. Vingt-cinq professionnels venant de 14 pays, forts d'une expérience en gestion des programmes de vaccination dans la Région, ont participé à l'atelier, de même qu'un groupe de facilitateurs de l'OPS.

Durant la réunion, on a décrit la situation relative à la couverture vaccinale et aux indicateurs de performance des programmes de vaccination de la Région, en soulignant les disparités observées

au niveau des municipalités et des districts ou leur équivalent. Par la suite, les représentants des pays ont donné des présentations portant sur les problèmes qu'ils ont rencontrés lors de leurs efforts pour atteindre un taux de couverture vaccinale plus élevé et sur les stratégies innovatrices qu'ils mettent



Participants à la réunion portant sur les outils servant à suivre et à analyser la qualité des données relatives à la couverture vaccinale, Pérou, décembre 2017. Photo : OPS/OMS.

PÉROU suite de la page 2

actuellement en œuvre. Ces contributions ont enrichi les discussions de groupe, durant lesquelles les participants ont analysé les défis majeurs auxquels la Région doit faire face et les interventions nationales et régionales les plus viables visant à les surmonter. Un exercice collectif réalisé par le moyen d'une application électronique a permis de dégager un consensus concernant les problèmes et les interventions devant

être considérés comme prioritaires.

À la fin de l'atelier, les participants ont donné des présentations portant sur quelques-unes des interventions qui pourraient être mises en œuvre à court terme pour surmonter les problèmes relatifs à la couverture vaccinale. Parmi les interventions mentionnées, on peut citer les suivantes : améliorer les stocks de vaccins et l'accès aux vaccins, améliorer

la notification et l'enregistrement des informations et renforcer la formation des ressources humaines du programme ainsi que le personnel administratif du ministère de la Santé ou du ministère des Finances (ou les deux). Les campagnes de communication permanentes qui soulignent les avantages de la vaccination figuraient aussi parmi les stratégies mentionnées. ■

Perspectives en matière de pérennité des programmes de vaccination dans les Amériques

Ces dernières années, les PEV ont eu à relever des défis internes et externes qui compromettent les progrès réalisés dans la lutte contre les MEV et leur élimination. Pour cette raison, un élément clé de la réussite du PEV consiste à surveiller et à assurer sa pérennité, c'est-à-dire, la capacité de maintenir au moins le niveau de réalisation qui a été atteint jusqu'à présent. L'OPS et les États Membres surveillent la pérennité programmatique grâce à divers indicateurs, comme les taux de couverture vaccinale et la morbidité et la mortalité imputables aux MEV.

Ces cinq dernières années, la couverture régionale du DTC3, soit l'indicateur standard servant à suivre de manière globale les progrès réalisés en matière de vaccination, n'a pas atteint l'objectif régional (> 95 %) et, en fait, continue de chuter. Certains pays ont augmenté leur niveau de couverture ou les ont maintenus au même niveau, mais un nombre important ont déclaré une diminution de la couverture. De surcroît, l'analyse des niveaux de couverture infranationale présente de grandes variations, ce qui indique l'existence de zones et de populations à risque élevé.

Pendant les années 1980 et 1990, le PEV aux niveaux national et régional enregistrait des progrès réguliers accompagnés d'engagements étendus, tant politiques qu'institutionnels, des gouvernements envers le programme, ce qui s'est traduit par une augmentation soutenue des taux de couverture vaccinale. Au cours des années 2000, la couverture vaccinale régionale a toutefois stagné, et la tendance à la baisse s'est poursuivie depuis 2010. Les PEV nationaux ont eu à porter un fardeau opérationnel et financier plus lourd qui menace d'anéantir les acquis. De plus, les programmes nationaux sont confrontés à de nombreux défis, tels que les coûts élevés des nouveaux vaccins, les crises financières, les intérêts commerciaux et politiques, les réformes sanitaires

et les renseignements erronés sur les vaccins, entre autres facteurs.

Dans ce contexte, il convient de prioriser la pérennité du PEV à tous les niveaux de l'organisation. Dans cette optique, il faut assurer la pérennité financière, opérationnelle et sociale du programme. Ces trois piliers, qui sont mutuellement complémentaires, tout en ayant leurs propres caractéristiques et dynamiques, sont les principaux facteurs qui menacent la pérennité du programme de vaccination.

Les problèmes de pérennité financière comprennent l'absence ou l'insuffisance des cadres législatifs, les crises financières nationales, les changements de mobilisation des ressources et d'affectation des ressources financières dans les pays, les réformes de la santé mises en œuvre sans tenir compte du PEV, les coûts élevés des nouveaux vaccins et les intérêts commerciaux. Ces conditions font que les dépenses se concentrent sur l'acquisition de vaccins ; elles sont également à la source des retards de paiement des vaccins, des pénuries de vaccins, du manque d'entretien de l'infrastructure, du manque de ressources humaines et du manque de formation continue et de supervision.

La pérennité opérationnelle est touchée par le manque de ressources financières, qui peut avoir pour résultat un manque d'agents de santé formés, un manque de supervision et de surveillance actives, des infrastructures absentes ou obsolètes et un manque de fournitures. Les ressources insuffisantes peuvent également faire perdre des occasions de vaccination et provoquer l'absence d'intervention opportune et adéquate face aux flambées, le manque de gestion d'un programme intégré de vaccination, une mauvaise coordination entre les composantes du programme, ainsi qu'un engagement restreint et la non préparation de la prochaine génération en raison

du manque de motivation au sein du personnel.

Le rôle de la société est tout aussi essentiel à la pérennité du programme. Les conditions actuelles indiquent que les informations sur les avantages et l'innocuité des vaccins sont insuffisantes, que les informations à disposition sont inexactes ou induisent en erreur, que le public perçoit que le risque de contracter les MEV sont faibles suite aux accomplissements du programme (ce qui signifie que le programme est victime de son propre succès) et que les décisions relatives à la vaccination sont souvent fondées sur des considérations d'ordre politique plutôt que factuelles. Les conséquences des renseignements erronés comprennent l'indécision concernant la vaccination (« hésitation »), l'émergence de groupes opposés à la vaccination, le manque de mobilisation sociale et financière, des coûts plus élevés pour le programme dues aux campagnes de communication, le manque de priorité accordée au programme de vaccination, les occasions de vaccination manquées et le cumul consécutif de personnes susceptibles.

La surveillance des indicateurs de pérennité du programme de vaccination a révélé le risque de perdre les gains obtenus jusqu'ici, ce qui met la Région à risque de réintroduire les MEV éliminées ou sous contrôle. L'OPS et les États Membres doivent donc prendre très au sérieux l'analyse et les recommandations des évaluations à mi-parcours du PAMV et du RIAP, qui demandent aux gouvernements de faire preuve d'un leadership et d'une gouvernance énergiques en matière de PEV. Chaque pays fait face à des problématiques différentes. Or, les études de cas présentées au GCT, dont des exemples de l'Argentine, d'Haïti, du Mexique, de la République dominicaine et du Venezuela, comportent des thèmes communs.

Recommandations

- Le GCT presse les États Membres d'assurer un financement suffisant de leurs programmes de vaccination. Le financement doit couvrir non seulement l'acquisition des vaccins, mais aussi la poursuite des investissements dans l'infrastructure, les ressources humaines et les activités programmatiques qui sont nécessaires pour atteindre les objectifs de vaccination.
- Le GCT réitère l'importance d'établir un fondement juridique pour les activités de vaccination et de financement pour protéger la pérennité des gains historiques réalisés dans la Région. Dans le but de poursuivre le renforcement du fondement juridique des programmes, le GCT prie l'OPS de recueillir les enseignements tirés concernant les lois relatives à la vaccination et de faciliter les échanges entre les États Membres.
- Le GCT demande à l'OPS de soutenir les pays dans leurs efforts visant à suivre la pérennité opérationnelle, financière et sociale des PEV. Ces activités doivent comprendre des approches adaptées aux pays et des discussions sur les défis communs aux plus hauts échelons politiques dans les Amériques.
- Compte tenu du roulement des ressources humaines et de la croissance rapide de la portée et des responsabilités du programme, les États Membres sont invités à prioriser la formation de aux niveaux administratif et opérationnel du personnel des PEV. ■

Renforcement de la gestion des chaînes du froid et d'approvisionnement dans les Amériques

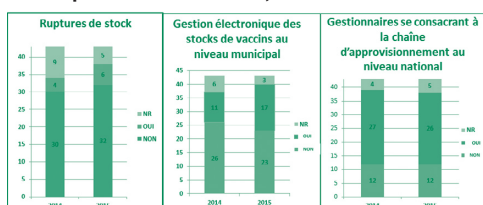
Depuis la création du PEV en 1977, l'expansion des opérations de la chaîne du froid et de la chaîne d'approvisionnement a été un pilier essentiel pour assurer le maintien de la puissance des vaccins avant leur administration et a ainsi permis de réaliser de nombreux accomplissements en santé publique. L'OPS a soutenu ces opérations dans les pays en fournissant des conseils techniques et une formation, tout en soutenant les activités de surveillance et d'évaluation des opérations des chaînes du froid et d'approvisionnement.

Après 40 ans d'expansion des opérations de la chaîne du froid et d'approvisionnement, et suite à l'introduction de nouveaux vaccins plus coûteux, les gestionnaires de la chaîne du froid et de la logistique ont à l'avenir besoin d'informations de qualité en temps réel pour soutenir l'opération optimale de ces systèmes et les activités de planification et d'amélioration de la qualité. Un autre problème auquel les gestionnaires sont confrontés concerne l'accroissement des populations cibles de la vaccination. Par conséquent, pour des opérations de première classe dans chaque pays, il faudra que les gestionnaires disposent à tous les niveaux des meilleures données pour garantir que les services de santé disposent du nombre optimal de doses de chaque vaccin nécessaire de manière à ne pas perturber la prestation des services de vaccination en raison de ruptures de stock. Les pays doivent ainsi être dotés de systèmes robustes de gestion de l'inventaire des vaccins pour pouvoir suivre chaque dose de vaccin et autre matériel de vaccination connexe (seringues, coton, etc.). Chaque pays doit examiner la capacité de son système d'inventaire pour produire des données de qualité et des rapports clés de sorte que les gestionnaires de tous les niveaux soient en mesure de planifier et de prendre des décisions éclairées.

L'analyse des données des rapports du formulaire conjoint de notification de l'OPS/OMS (JRF) sur les indicateurs de la chaîne du froid pour la période 2014-2016 indique que quatre pays (12 %) de la Région ont connu des ruptures de stock en 2014 et six (16 %) en 2015. De plus, 11 pays (30 %) et 17 (42 %) ont déclaré utiliser des systèmes de gestion électronique des stocks de vaccins. En 2014 et en 2015, 27 pays et 26 pays respectivement ont déclaré avoir en poste des gestionnaires se consacrant à la chaîne d'approvisionnement au niveau national.

Les 20 pays n'ayant pas connu de rupture de stock sont dotés de systèmes de gestion électronique des stocks de vaccins au niveau du district. Inversement, les 10 pays qui ont connu des ruptures de stock ont indiqué ne pas avoir de système de gestion électronique des stocks de vaccins au niveau du district. Il convient de remarquer que 33 pays ont indiqué ne pas avoir de gestionnaire de la chaîne d'approvisionnement. Seuls trois pays n'ont pas fourni de réponse sur ces deux indicateurs (figure 1).

Figure 1. Indicateurs choisis de la chaîne du froid, Amérique latine et Caraïbes, 2014 à 2015



Source : Rapports de pays présentés à l'OPS-OMS-UNICEF (JRF), 2014 à 2015

Le nombre de pays à avoir déclaré des ruptures de stock ou qui ne pouvaient pas répondre à cette question

porte à croire que plusieurs pays ont besoin d'évaluer le système de gestion de leur inventaire pour évaluer leur système de gestion des stocks actuel ou pour envisager d'installer un système d'information numérique de gestion de l'inventaire.

D'après les informations précédentes, les pays doivent continuer de renforcer : 1) la gestion des opérations des chaînes du froid et d'approvisionnement, 2) l'investissement de ressources pour obtenir des opérations de première classe pour les chaînes du froid et d'approvisionnement et 3) la formation pour utiliser et comprendre le formulaire du JRF, de manière à collecter des données fiables auprès de tous les pays.

En raison du coût élevé des nouveaux vaccins et des vaccins en cours de développement, y compris l'augmentation du nombre de doses, les pays doivent aussi être dotés d'un système de gestion des registres des stocks pour suivre chaque dose de vaccin et son emplacement. On encourage fortement les pays qui ne sont pas dotés de système d'information en temps réel et qui ne peuvent donc pas fournir cette information, à se procurer le logiciel nécessaire. L'OPS offre une version gratuite d'un tel logiciel : le Vaccination Supplies Stock Management (VSSM). La gestion des stocks de vaccins et de matériel de vaccination connexe est essentielle pour assurer que chaque dose de vaccin conserve sa puissance et puisse être administrée en toute sécurité.

À cette fin, l'OPS a offert une coopération technique pour installer le logiciel VSSM et former les gestionnaires à son utilisation.

Le VSSM permet aux gestionnaires de suivre des lots, de contrôler les dates de péremption des vaccins et des seringues, de surveiller les stocks de vaccins et de fournitures dans chaque établissement pour éviter les ruptures de stock ainsi que les niveaux de stock maximaux et minimaux (y compris la capacité de stockage disponible) et d'estimer les taux de perte pour chaque vaccin et seringue. Le VSSM peut également fournir plus de 40 rapports d'état. La version la plus récente peut être installée à partir d'une plateforme Web et être utilisée pour gérer les inventaires d'autres fournitures médicales. De plus, la version Web (wVSSM) fournit à tous les utilisateurs des informations en temps réel sur les stocks de vaccins et de matériel de vaccination. Le wVSSM confère aux gestionnaires des pays la capacité de « voir » les stocks de vaccins et autres fournitures, leur état, les dates de péremption des produits et les quantités de vaccins et de fournitures à disposition, y compris la disponibilité de la capacité de stockage. Ces données permettent aux gestionnaires de prendre les meilleures décisions concernant les opérations de la chaîne du froid, de la chaîne d'approvisionnement et de logistique.

Le VSSM est maintenant installé dans cinq pays ; 12 pays ont reçu une formation sur son utilisation. Trois pays se servent du wVSSM et un pays a élargi l'utilisation du wVSSM à d'autres services de santé pour gérer les stocks d'autres fournitures médicales (produits pharmaceutiques et appareils médicaux).

L'outil de gestion efficace des vaccins (Effective Vaccine Management (EVM)) est un outil servant à évaluer le rendement des opérations des chaînes du froid et d'approvisionnement des vaccins d'un pays. L'EVM emploie neuf critères qui couvrent la gestion et le rendement des opérations des chaînes du froid et d'approvisionnement, à partir du moment où les vaccins arrivent dans le pays, après leur livraison par le fabricant de vaccin, jusqu'au lieu d'administration à l'utilisateur. Depuis 2014, l'OPS a appuyé quatre évaluations d'EVM

en Bolivie, au Guyana, au Honduras et au Nicaragua (l'UNICEF a soutenu l'évaluation de l'EVM en Haïti). Les quatre pays soutenus par l'OPS ont atteint des résultats d'EVM > 80 %, le Honduras obtenant le meilleur résultat avec 97 %. Ces évaluations ont également révélé la nécessité de remplacer le matériel et les véhicules vieillissants de la chaîne du froid qui sont nécessaires pour distribuer les vaccins. Les pays seront responsables d'affecter des ressources financières pour remplacer le matériel susmentionné. Les décisions d'acheter davantage de matériel ou d'intensifier les opérations de la chaîne d'approvisionnement, pour être certain d'éviter les ruptures de stocks de vaccins ou de fournitures dans tous les établissements, dépendront des évaluations économiques et logistiques. En conséquence, l'OPS recommande que tous les pays mettent en œuvre un EVM. Il faut donc dispenser immédiatement une formation en matière d'utilisation de l'EVM. Cette situation indique aussi que tous les pays doivent aussi mener un inventaire annuel de la chaîne du froid au niveau national.

L'OPS aura besoin de ressources pour fournir la coopération technique destinées au soutien pour les évaluations des chaînes du froid et d'approvisionnement en utilisant l'EVM et pour l'installation du VSSM, à la demande des pays. L'OPS aura également besoin de financement pour dispenser la formation à la gestion de la chaîne du froid et la manipulation des vaccins, la construction de chambres froides et l'utilisation de nouvelles technologies de réfrigération, ainsi que l'amélioration des systèmes d'information sur la gestion pour soutenir toutes les opérations. Ces activités permettront aux pays de documenter le stockage sûr des vaccins et d'éviter les ruptures de stock dans tous les établissements de santé.

Recommandations

- Afin d'améliorer toutes les composantes de la gestion de leurs opérations des chaînes du froid et d'approvisionnement pour les vaccins, les États Membres sont encouragés à effectuer des évaluations de la gestion efficace des vaccins et de se servir des résultats pour élaborer un plan d'action ou d'amélioration.
- Les États Membres doivent être en mesure de produire des informations en temps opportun et de façon systématique pour évaluer les aspects cruciaux des opérations d'approvisionnement en vaccins et autres. Les États Membres sont encouragés à améliorer ou à adapter les systèmes d'information existants de manière à atteindre cet objectif. Les États Membres peuvent demander l'assistance de l'OPS pour introduire et utiliser le logiciel de gestion du stock de fournitures pour la vaccination (Vaccination Supplies Stock Management, disponible en anglais).
- Les États Membres doivent veiller, particulièrement lorsqu'il y a un fort roulement du personnel, à dispenser une formation périodique et standardisée à tout le personnel des soins de santé concernant les normes de gestion des chaînes du froid et d'approvisionnement en vaccins.
- Le GCT demande aux États Membres de continuer à investir dans les chaînes du froid et d'approvisionnement en vue de maintenir les accomplissements réalisés dans la Région sur le plan de la vaccination et de répondre au besoin d'introduction de nouveaux vaccins. ■

Amélioration de l'accès et de l'approvisionnement opportun en vaccins et seringues par le biais du Fonds renouvelable de l'OPS

Le Fonds renouvelable de l'OPS pour l'achat de vaccins continue d'être un élément fondamental de la coopération technique en matière de vaccination dans les Amériques et il est essentiel pour l'accès opportun à des vaccins de haute qualité aux plus bas prix pour 41 pays et territoires de la Région. En plus de ses contributions à l'élimination des MEV, le Fonds renouvelable continue de soutenir l'adoption rapide de vaccins nouveaux et sous-utilisés. Le succès a été une responsabilité partagée dans l'ensemble de la Région pour relever les défis des marchés mondiaux des vaccins, mettre en œuvre des stratégies d'acquisition appropriées, affiner l'exactitude des plans nationaux de demande en vaccins et s'aligner avec les budgets nationaux afin de réduire au minimum le risque d'interruptions de l'approvisionnement en vaccins.

Les enjeux concernant le marché mondial en vaccins et l'approvisionnement

Les marchés des vaccins sont uniques et ne ressemblent pas à ceux des autres produits pharmaceutiques. Ils sont davantage sujets aux défaillances de fabrication et ils exigent des normes de fabrication de haute qualité qui entraînent une supervision réglementaire et occasionnent des coûts. Les délais de production sont souvent longs et nécessitent une planification préalable, considérable et minutieuse. Le nombre des fabricants est limité, ce qui restreint la base d'approvisionnement mondiale pour certains vaccins et limite la concurrence et les prix abordables. Néanmoins, le Fonds renouvelable a poursuivi ses activités d'approche auprès des fabricants en participant à des événements tels que la réunion annuelle du réseau des fabricants de vaccins pour les pays en développement (*Developing Country Vaccine Manufacturers Network [DCVMN]*) qui a eu lieu à Buenos Aires (Argentine) en octobre 2016.

Les approvisionnements en VPI et en vaccins contre la fièvre jaune ont posé des défis particuliers pour la Région. Avec des collègues responsables de la vaccination au niveau régional, le Fonds renouvelable a soutenu la vaste majorité des pays et territoires lors de l'introduction du VPI au cours de l'année 2016 et du passage du VPOT au VPOB. Face à la détérioration de la situation mondiale en matière d'approvisionnement, les responsables du Fonds renouvelable ont constamment tenu informés les ministères de la Santé et les gestionnaires du PEV sur l'approvisionnement en VPI. Des demandes de renseignement auprès des deux fournisseurs mondiaux de VPI concernant les changements de leurs plans d'approvisionnement respectifs ont été formulées, tel que recommandé lors des réunions ad hoc du GCT jusqu'à ce jour.

La flambée de cas de fièvre jaune au Brésil a également eu des répercussions sur la disponibilité de l'approvisionnement du vaccin anti-amaril dans les pays d'endémie de la Région et réduit d'environ 60 % le plan d'approvisionnement du Fonds renouvelable pour 2017. De façon proactive, le Fonds renouvelable s'est impliqué avec des collègues de l'OMS et de l'UNICEF dans la structure de direction évolutive de la nouvelle stratégie mondiale EYE pour l'élimination des épidémies de fièvre jaune, ce qui a eu pour effet la nomination du Fonds renouvelable pour siéger au groupe de leadership, au côté de représentants de l'OMS, de l'UNICEF et de Gavi, l'Alliance du Vaccin. Cela a abouti au remaniement de l'approvisionnement mondial en vaccins anti-amarils entre les régions des Amériques et de l'Afrique au deuxième semestre 2017.

Enfin, suite aux négociations des prix du VPH et du VPC

lors des cinq dernières années, le Fonds renouvelable a contribué à la réalisation d'économies de coûts annuels pour les États Membres participants à hauteur d'US\$ 30 millions, selon les estimations.

Planification et surveillance de la demande

Les pays et territoires doivent préparer minutieusement et prévoir leur demande en vaccins pour soutenir la stratégie d'approvisionnement de l'OPS. Néanmoins, il existe encore des possibilités pour améliorer l'exactitude des plans de demande nationaux. En 2016, seuls quatre pays avaient une exactitude de la planification de la demande supérieure à 80 % pour plus de 80 % des vaccins qu'ils avaient commandés et qu'ils se sont procurés par le biais du Fonds renouvelable. Le fardeau financier national accru, les initiatives spéciales telles que l'introduction du VPI et le passage du VPOT au VPOB, faisaient partie des raisons pour lesquelles les pays ne s'étaient pas procurés les quantités prévues à l'origine.

Les plans de demande exacts doivent être appuyés par des budgets fiables et le paiement des factures des vaccins dans des délais convenables. En 2016, de nombreux pays ont éprouvé des difficultés à payer rapidement les vaccins et les seringues achetés en employant la ligne de crédit du Fonds renouvelable. En date du 30 novembre 2016, 29 des 34 pays et territoires ayant des obligations au titre de la ligne de crédit du Fonds renouvelable accusaient de retards de paiement (7 avec un retard de 60 à 90 jours et 22 avec des arriérés > 90 jours). Il est important de payer rapidement le Fonds renouvelable afin d'éviter tout délai de passation de commandes de la part des pays qui utilisent la ligne de crédit du Fonds renouvelable. Le Fonds renouvelable travaille en étroite collaboration avec la direction de l'OPS pour tirer profit de l'utilisation du nouveau système d'information pour la gestion de l'OPS (PMIS) déployé en janvier 2016 et fournir les données exactes d'achat et financières aux bureaux de pays et aux États Membres. Le Fonds renouvelable a élaboré des rapports et des tableaux de bord test pour déploiement ultérieur dans les bureaux de pays au cours de la deuxième moitié de 2017. Ces outils serviront à surveiller les obligations financières et les demandes d'achat en temps réel.

En 2016, les représentants officiels du Fonds renouvelable ont effectué des visites de coopération technique dans 11 pays de la Région pour mettre à jour les autorités sur les marchés des vaccins, résoudre les problèmes d'approvisionnement et faciliter les actions visant à améliorer la planification et le rendement financier.

En mai 2017, un examen des politiques, des procédures, des paramètres et des systèmes de planification de la demande a été fait, avec la participation de représentants des pays et de l'OPS, sous la direction d'un expert en prévisions et planification de la demande et à l'aide d'outils probabilistes et statistiques. Afin de continuer de renforcer les systèmes de planification et de demande du Fonds renouvelable, l'OPS envisage d'employer diverses initiatives, notamment un réseau de formation pour améliorer les connaissances et les pratiques des pays.

Des efforts destinés à améliorer le rendement du Fonds renouvelable sont également déployés aux niveaux stratégique et opérationnel. En juillet 2017, le Fonds renouvelable a lancé une évaluation financée par diverses ressources, dont les États Membres (frais de 1,25 %) et le budget ordinaire de l'OPS. De plus, une subvention de l'OMS provenant de la Fondation Bill et Melinda

Gates sera consacrée à l'examen de la stratégie du Fonds renouvelable, ainsi que ses systèmes financiers et opérationnels, afin d'améliorer sa proposition de valeur au client (customer value proposition) faite aux pays à titre de principaux protagonistes, et ses relations avec les fournisseurs de vaccins et de seringues.

Efforts déployés à l'échelle mondiale pour obtenir des vaccins abordables

Le Fonds renouvelable collabore étroitement avec l'OMS et d'autres partenaires à l'initiative V3P (*Vaccine Product, Procurement, and Price*), une banque de données sur les prix et les achats des produits vaccinaux, pour communiquer les contributions du modèle du Fonds renouvelable et son approche d'achats regroupés afin de soutenir l'accès à des vaccins à bas prix dans la Région. L'accord de coopération entre l'OPS et Gavi, l'Alliance du Vaccin a facilité l'étroite collaboration avec les collègues de Gavi dans les négociations susmentionnées concernant VPC.

D'autres régions du monde continuent de s'intéresser aux initiatives d'achats regroupés de vaccins, par exemple, le Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale en 2013. Plus récemment, des représentants officiels du Fonds renouvelable ont présenté une allocation lors de la Conférence nationale sur les vaccins (juillet 2017) qui a eu lieu en Thaïlande et ils sont en train d'explorer une initiative de collaboration avec le Bureau régional de l'OMS du Pacifique occidental pour partager les enseignements tirés.

Recommandations

- Le GCT réaffirme qu'il reconnaît les principes actuels du Fonds renouvelable de l'OPS comme constituant un pilier du progrès et de la réussite des programmes de vaccination dans les Amériques. Le GCT reconnaît également l'importance pour les États Membres de fournir des plans de demande exacts et de garantir les budgets pour soutenir collectivement le Fonds renouvelable.
- Le GCT continue de recommander aux États Membres d'assurer l'élaboration de prévisions de plus en plus exactes de la demande pour apporter une meilleure visibilité à long terme. L'OPS doit soutenir les États Membres dans la planification et le contrôle de la demande.
- Le GCT encourage l'OPS à continuer de tenir les États Membres informés concernant le marché des vaccins et de mettre en œuvre des interventions d'achat proactives pour des problèmes vaccinaux spécifiques.
- Le GCT encourage l'OPS à continuer de soutenir les efforts déployés à travers le monde pour accéder à des vaccins abordables, notamment par des initiatives régionales d'achats regroupés.
- Le GCT accueille l'évaluation par le Fonds renouvelable de son modèle commercial et son positionnement proactif pour les années à venir, tout en maintenant ses principes fondamentaux. Le GCT se félicite également d'avoir la possibilité de participer à cette évaluation et encourage les États Membres à faire de même. ■

PCV suite de la page 1

étude et analyse de sensibilité. Les estimations de la sensibilité variaient de 8,8 à 37,8 % pour les hospitalisations pour cause de pneumonie confirmée par radiographie, de 7,4 à 20,6 % pour les hospitalisations pour cause de pneumonie clinique, de 13,3 à 87,7 % pour les hospitalisations pour cause de méningite et de 56 à 83,3 % pour les hospitalisations pour cause de pneumococcie invasive, variant selon l'âge, la définition des résultats, le type de vaccin et la conception de l'étude. Les principales conclusions de l'examen systématique étaient que les éléments probants disponibles indiquent un impact important, tant du VPC-10 que du VPC-13, sur les résultats étudiés. Rien ne semblait indiquer la supériorité d'un vaccin par rapport à l'autre quant à l'impact et à l'efficacité concernant l'hospitalisation et les résultats de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans. Ces résultats fournissent aux programmes de vaccination des renseignements pertinents pour la prise de décisions relatives à l'utilisation de VPC.²

Un autre examen systématique réalisé à l'échelle mondiale, communiqué dans le rapport portant sur l'évaluation des produits vaccinaux antipneumococciques conjugués (disponible en anglais, « Pneumococcal Conjugate Vaccine Product

Assessment ») a aussi conclu qu'il n'existait aucune preuve systématique de la supériorité d'un vaccin par rapport à l'autre (VPC-10 ou 13) sur les résultats de survenue de cas de pneumonie. On a observé un vaste éventail d'impact estimé (de 13 à 68 % pour la pneumonie clinique et de 34 à 66 % pour la pneumonie confirmée par radiographie pulmonaire). De plus, le rapport conclut que des études d'immunogénicité menées dans toutes les régions semblent appuyer de façon convaincante l'utilisation de l'un ou l'autre des protocoles de vaccination suivants : deux doses de primovaccination suivies par une dose de rappel (2+1) à l'âge de 9 mois ou plus tard, ou trois doses de primovaccination (3+0). On a observé une réduction importante de la pneumococcie invasive grâce aux sérotypes vaccinaux suite à l'administration du VPC-10 et du VPC-13. De plus, la plupart des études publiées ont démontré l'impact du VPC sur la mortalité suite à l'utilisation systématique des deux produits disponibles dans un éventail de pays à revenu élevé et à faible revenu. En résumé, l'examen à l'échelle mondiale étaye les constatations de l'examen systématique mené en Amérique latine et dans les Caraïbes.

Recommandations

- Le GCT a passé en revue les observations sur l'innocuité, l'impact et l'efficacité du VPC-10 et du VPC-13, et a conclu qu'aucun vaccin n'est supérieur à l'autre, et qu'ils présentent des profils comparables d'innocuité, d'efficacité et d'impact. En conséquence, les États Membres doivent introduire ou continuer d'utiliser le VPC-10 ou le VPC-13 dans leur programme de vaccination systématique, en fonction des considérations logistiques et de coût.
- Les États Membres doivent utiliser soit un protocole 2+1 ou 3+0 selon le profil épidémiologique local de la maladie et la capacité à atteindre une couverture élevée.
- Les États Membres doivent continuer de renforcer la surveillance de la pneumonie et de la méningite bactériennes, de mener des études épidémiologiques et de laboratoire supplémentaires pour continuer de surveiller la tendance de la maladie, de mesurer l'impact du VPC et d'évaluer les sérotypes pneumococciques circulants. ■

² Pneumococcal Conjugate Vaccine Product Assessment; Kate O'Brien, April 2017. Disponible en anglais sur : www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/ivac/resources/pcv-product-assessment-april-25-2017.pdf

Renforcement de la capacité décisionnelle des programmes nationaux de vaccination

Les ministères de la Santé des Amériques ont établi des Groupes consultatifs techniques nationaux sur la vaccination (GCTNV) ou des groupes indépendants équivalents dans le but de renforcer les processus décisionnels et les résultats concernant les vaccins et la vaccination. Grâce à leur composition multidisciplinaire, ces organismes consultatifs fournissent un encadrement indépendant fondé sur des données probantes aux autorités sanitaires nationales concernant la politique relative à la vaccination. Bien que les rôles et les responsabilités des GCTNV dans la formulation des politiques varient d'un pays à l'autre, ces groupes sont en général considérés comme étant vitaux pour assurer la transparence et la crédibilité du processus décisionnel à l'égard d'un éventail de questions en matière de vaccination, dont les changements de protocoles d'administration des vaccins, l'adoption de nouveaux vaccins et stratégies de vaccination, ainsi que la surveillance des progrès et de l'impact concernant la vaccination.

L'OMS et l'OPS recommandent toutes deux l'établissement des GCTNV depuis le début des années 2000. Suite à l'adaptation régionale du PAMV, les États Membres de l'OPS ont pris un engagement d'établir des GCTNV fonctionnels dans plus de 18 pays d'ici 2020. Conformément aux normes mondiales, les Amériques considèrent que les GCTNV sont fonctionnels s'ils respectent les indicateurs suivants :

1. Base législative ou administrative en el grupo
 1. le fondement législatif ou administratif du groupe consultatif
2. un mandat formel écrit
3. au moins cinq différents domaines d'expertise représentés parmi les membres reconnus

4. au moins une réunion par année
5. la circulation de l'ordre du jour et des documents de référence au moins une semaine avant la tenue des réunions
6. la divulgation obligatoire de tout conflit d'intérêt

En 2016, 20 pays et territoires ont déclaré être dotés d'un GCTNV actif. Parmi eux, 15 ont satisfait aux critères minimaux de « bonne fonctionnalité ». Trois pays qui avaient précédemment déclaré des GCTNV actifs n'ont soit pas fourni de rapport sur l'activité du GCTNV ou ont déclaré que leurs groupes consultatifs n'étaient plus en activité. Dans les trois cas, un fondement administratif ou juridique solide pour leur GCTNV faisait défaut. Il faut mentionner ici qu'Haïti fut le dernier pays à établir un GCTNV et a tenu une réunion d'orientation officielle à l'intention des membres nouvellement nommés en mars 2017.

L'expérience acquise au cours de la décennie écoulée a montré qu'il est essentiel d'établir et de renforcer les GCTNV pour améliorer le leadership pour la prise de décisions éclairées sur l'introduction et la viabilité financière des vaccins. Les pays doivent continuer de renforcer les GCTNV ou d'établir ces groupes lorsqu'ils n'existent pas encore, afin de maintenir les progrès accomplis et d'atteindre les objectifs établis pour la décennie actuelle. À cet égard, les pays anglophones des Caraïbes représentent un cas spécial dans lequel les nations et territoires d'une sous-région ont travaillé ensemble pour normaliser leurs politiques de vaccination. Ce modèle est unique et les gouvernements de cette sous-région pourraient envisager de renforcer l'officialisation de ce modèle.

Recommandations

- Le GCT réitère l'importance pour les États Membres d'établir des organismes consultatifs techniques indépendants sur la vaccination pour fournir aux gouvernements des conseils sur les politiques fondées sur des données probantes en matière de vaccination.
- Le GCT souligne que les ministères de la Santé et les GCTNV doivent mettre en œuvre des procédures de gestion des conflits d'intérêt réels ou perçus liés aux conseils fournis sur les politiques afin d'assurer la transparence et la crédibilité. Tous les membres des GCTNV doivent présenter une déclaration d'intérêts écrite.
- Le GCT prie les États Membres de continuer à renforcer leur capacité décisionnelle locale fondée sur des données probantes concernant la vaccination. Cela nécessite d'investir dans le Secrétariat et les GCTNV.
- Le GCT demande à l'OPS de continuer de soutenir les États Membres dans les efforts qu'ils déploient pour normaliser les méthodes d'examen des données probantes et de présentation en soutien aux délibérations du GCTNV et à la formulation de politiques.
- Le GCT encourage les États Membres à se joindre au réseau mondial des GCTNV pour partager les expériences et enseignements tirés, ainsi que les évaluations des données probantes sur la vaccination. ■

Données de surveillance sur la rougeole, la rubéole et le syndrome de rubéole congénitale, classement définitif, 2016

Pays	Nombre total de cas présumés de rougeole ou de rubéole notifiés	Cas confirmés de rougeole			Cas confirmés de rubéole			Syndrome de rubéole congénitale (SRC)	
		Clinique	Laboratoire	Total	Clinique	Laboratoire	Total	Présumé	Confirmé
Anguilla	8	0	0	0	0	0	0	1	0
Antigua-et-Barbuda	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Argentine	316	0	0	0	0	0	0	112	0
Aruba	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Bahamas	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Barbade	25	0	0	0	0	0	0	0	0
Bélize	153	0	0	0	0	0	0	1	0
Bermudes	0	0	0	0	0	0	0	0	0
BES*	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Bolivie	121	0	0	0	0	0	0	0	0
Brésil	2 179	0	0	0	0	0	0	80	0
Canada	0	0	11	11	0	1	1	0	0
Chili	216	0	0	0	0	0	0	110	0
Colombie	1 536	0	0	0	0	0	0	550	0
Costa Rica	36	0	0	0	0	0	0	61	0
Cuba	1 508	0	0	0	0	0	0	0	0
Curaçao	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Dominique	1	0	0	0	0	0	0	1	0
Ecuador	300	0	1	1	0	0	0	0	0
El Salvador	195	0	0	0	0	0	0	0	0
États-Unis d'Amérique	—	—	72	72	0	0	0	0	0
Grenade	33	0	0	0	0	0	0	0	0
Guadeloupe	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Guatemala	206	0	0	0	0	0	0	0	0
Guyana	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Guyane	57	0	0	0	0	0	0	0	0
Haïti	56	0	0	0	0	0	0	26	0
Honduras	58	0	0	0	0	0	0	22	0
Îles Caïman	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Îles Turques et Caïque	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Îles Vierges Américaines	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Îles Vierges Britanniques	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Jamaïque	185	0	0	0	0	0	0	0	0
Martinique	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Mexique	4 004	0	0	0	0	0	0	0	0
Montserrat	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Nicaragua	124	0	0	0	0	0	0	48	0
Panama	57	0	0	0	0	0	0	0	0
Paraguay	389	0	0	0	0	0	0	0	0
Pérou	432	0	0	0	0	0	0	0	0
Porto Rico	—	—	—	—	—	—	—	—	—
République Dominicaine	174	0	0	0	0	0	0	0	0
Saint-Kitts-et-Nevis	15	0	0	0	0	0	0	0	0
Saint-Vincent-et-Grenadines	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Sainte-Lucie	0	0	0	0	0	0	0	21	0
Saint Maarten (partie néerlandaise)	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Suriname	10	0	0	0	0	0	0	1	0
Trinité-et-Tobago	14	0	0	0	0	0	0	5	0
Uruguay	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Venezuela	792	0	0	0	0	0	0	7	0
Total	13 203	0	84	84	0	1	1	1 046	0

*Bonaire, Saint-Eustache et Saba; — pas de données ont été fournies

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 XXXIX Numéro 4 • Décembre 2017

Éditeurs : Octavia Silva, Martha Velandia et Cuauhtémoc Ruiz Matus.

©Organisation panaméricaine de la Santé, 2017
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**

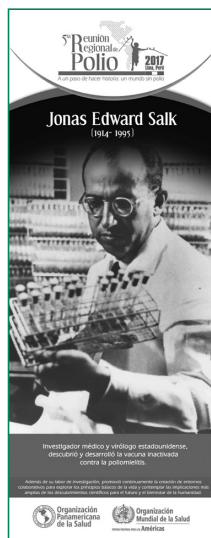


**Organisation
mondiale de la Santé**
BUREAU RÉGIONAL DES
Amériques

Hommages à quatre figures de proue de l'éradication de la polio en Amérique

Le thème de la Cinquième réunion régionale sur la polio était « À deux doigts d'entrer dans l'histoire : un monde sans polio ». Au cours de cette réunion, l'OPS/OMS a créé des bannières visant à honorer quatre chefs de file importants en matière d'éradication de la polio :

- **Albert Bruce Sabin (1906-1993).** Virologue polonais naturalisé Américain, le Dr Sabin a mis au point le vaccin antipoliomyélique oral. Non seulement il a consacré l'ensemble de sa carrière à des progrès médicaux innovateurs destinés à réduire la souffrance humaine, mais il a aussi mené une campagne incessante contre la pauvreté et pour la science sa vie durant.
- **Jonas Edward Salk (1914-1995).** Salk, un chercheur médical et virologue américain, a découvert et mis au point le vaccin antipoliomyélique inactivé. En plus de ses travaux de recherche, il a constamment encouragé la création de milieux collaboratifs servant à explorer les principes fondamentaux de la vie et à examiner les conséquences, au sens large, des découvertes scientifiques pour l'avenir de l'humanité, et ainsi contribuer au bien-être et à la compréhension de l'être humain.
- **Ciro de Quadros (1940-2014).** Épidémiologiste brésilien, il fut l'une des figures centrales de l'éradication de la polio en Amérique latine et dans les Caraïbes, recevant le titre de Héros de la santé publique des Amériques conféré par l'OPS. À la fin des années 1970, il a fondé le Programme élargi de vaccination (PEV) de l'OPS/OMS et assuré la prestation d'un appui technique aux États Membres. Il a également joué un rôle important dans la création



du Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins de l'OPS, établi en 1977.

- **Donald A. Henderson (1928-2016).** Médecin, éducateur et épidémiologiste américain, Henderson a dirigé le programme mondial d'éradication de la variole de l'OMS en plus de faire la promotion, en 1974, du programme mondial d'éradication de la poliomyélite. Dans la Région des Amériques, il a présidé le Groupe consultatif technique (GCT) de l'OPS sur les maladies évitables par la vaccination. Il demeure un exemple pour des milliers de

professionnels de la santé. Son travail méritoire a été reconnu par un grand nombre d'établissements et de gouvernements ; parmi les titres et prix honorifiques qu'il a reçus, citons le prix de Héros de la santé publique des Amériques décerné par l'OPS.

L'OPS/OMS a également créé une vidéo où des responsables, passés et actuels, du domaine de la vaccination dans plusieurs pays de la Région abordent les expériences qu'ils ont vécues au cours du processus d'éradication de la polio. On peut voir cette vidéo ici (en espagnol seulement) : <https://youtu.be/SKRm1BpLtO8>. ■