

Bulletin d'immunisation

Organisation panaméricaine de la Santé

Volume XXXVIII Numéro 4

Protégez votre Famille par la Vaccination

Décembre 2016



Renforcement des dossiers de vaccination au Pérou grâce à une application mobile ODK

Au Pérou, les dossiers de vaccination classiques ont été consignés sur des formulaires en papier avant d'être saisis dans des bases de données. Cela rend difficile l'obtention en temps opportun des informations sur la vaccination. De plus, on ne connaît pas l'état de la couverture vaccinale contre la fièvre jaune dans les populations âgées de plus de 2 ans.

Le ministère de la Santé péruvien et le gouvernement de la région de Junin ont conjugué leurs efforts pour améliorer la qualité des dossiers de vaccination lors de la campagne contre la fièvre jaune, orientée vers la protection des populations vulnérables des provinces de Chanchamayo et de Satipo, où une flambée a eu lieu. Grâce à une application disponible sur Open Data Kit (ODK) et fonctionnant sur des appareils mobiles Android exploitant Android iOS 1.6 ou une version plus récente, il est possible de télécharger un formulaire après l'installation de l'application.

Au Pérou, chaque personne possède une carte d'identité nationale (CIN) indiquant leurs nom, date de naissance, sexe, adresse et un code à barres. L'application consigne automatiquement la date de vaccination et la position GPS, et elle lit le code à barres de la CIN pour les autres données. La date de péremption du lot du vaccin et les informations du réseau de santé sont également consignées. Si la personne vaccinée n'a pas sa CIN sous la main, il est aussi possible de consigner les informations à l'aide d'un questionnaire inclus dans l'application.



Application pour téléphone mobile pour les dossiers de vaccination contre la fièvre jaune. Source : ministère de la Santé du Pérou.

Les données sont non seulement consignées sur chaque mobile, mais elles sont aussi soumises automatiquement à un serveur en ligne par Internet. Si certains endroits n'ont pas de connectivité Internet, les données consignées sont envoyées lorsqu'un point d'accès Internet devient disponible. Au total, 650 agents de santé de quatre réseaux de santé ont été formés sur l'utilisation du dispositif. La campagne de vaccination a été faite porte-à-porte dans des régions urbaines et rurales.

Plus de 180 000 personnes de la région de Junin ont été vaccinées et toutes les vaccinations ont été consignées à l'aide de l'appareil mobile et de l'application, atteignant une couverture de 87 % dans la région. Mais surtout, les données étaient

disponibles en temps réel et les rapports immédiats. Le système a très bien été accepté par les agents de santé qui ont déclaré que « les téléphones cellulaires et l'application sont faciles à utiliser » et « la lecture de la CIN est plus pratique puisqu'elle comporte toutes les données sur la personne ». ■

Avec la collaboration de : Marcela Lazo Escalante, Maria Valderrama Calderón, José Perez Lu, Jhon Garcia Ruiz et Patricia Garcia Funegra du ministère de la Santé du Pérou ; Jorge Ruiz Cabrejos de l'Université Cayetano Heredia ; Fabiana Michel de l'Organisation panaméricaine de la Santé.

DANS CE NUMÉRO

- 1 Renforcement des dossiers de vaccination au Pérou grâce à une application mobile ODK
- 1 Analyse de la couverture vaccinale dans la Région des Amériques, de 2011 à 2015
- 3 Vidéo documentaire intitulée « *The Switch in the Americas: a Video-Documentary* »
- 4 Réintroduction de la dose de vaccin contre l'hépatite B administrée à la naissance à Saint-Kitts-et-Nevis
- 5 Le Formulaire conjoint de notification
- 6 32^e réunion des responsables caribéens du PEV
- 7 Les étapes du JRF de 2017
- 8 COLONNE : Ce que j'ai appris, par le Dr Karen Lewis-Bell

Analyse de la couverture vaccinale dans la Région des Amériques, de 2011 à 2015

Les programmes de vaccination dans les Amériques ont contribué à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement : ils seront un élément important de la réalisation des objectifs de développement durable et devraient prévenir le décès d'environ 174 000 enfants âgés de moins de 5 ans en Amérique latine et dans les Caraïbes.

En septembre 2015, le 54^e Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) a approuvé le Plan d'action régional pour la vaccination (RIAP, selon son sigle anglais) comme cadre directeur de la vaccination dans la Région des Amériques. Le but du RIAP est de continuer à faire des progrès en matière de vaccination, tout en identifiant et en relevant les défis auxquels font désormais face les pays de la Région. Il est conforme au Plan d'action mondial pour les vaccins (PAMV) de l'OMS. Malgré les efforts déployés par les pays en vue de la réalisation du RIAP, l'amélioration de l'égalité d'accès à la vaccination a été un processus très lent. Dans cet article, nous présentons une analyse de la couverture vaccinale dans les Amériques pour la période 2011-2015.

L'information qui a servi de base à cette analyse provient de rapports envoyés par les ministères de la Santé nationaux¹ au moyen du Formulaire conjoint de notification OPS/OMS/UNICEF pour la vaccination, qui est la source officielle de données pour la Région. Les pays communiquent la couverture « administrative » c'est-à-dire qu'ils divisent le nombre total de doses administrées tel que rapporté sur les registres de vaccination des programmes systématique (numérateur) par la population cible (dénominateur). En général, la couverture de trois doses de DTC3 chez les enfants âgés de moins d'un an est utilisée comme un indicateur témoin pour le rendement du programme.

Entre 2011 et 2015, le taux de couverture régionale du DTC3 a diminué, de 94 % en 2011 à 91 % en 2015. De plus, au cours des trois dernières années, on a observé une tendance à la stagnation des niveaux de couverture à 90-91 %. Chaque année au cours de cette période, la couverture du DTC1 a dépassé celle du DTC3, ce qui indique que les enfants âgés de moins d'un an ont accès à la vaccination (couverture du DTC1) mais qu'il existe un problème de suivi de leur calendrier de vaccination. Cependant, ces enfants semblent être récupérés lors de l'administration du vaccin antirougeoleux à l'âge d'un an.² En 2015, on a

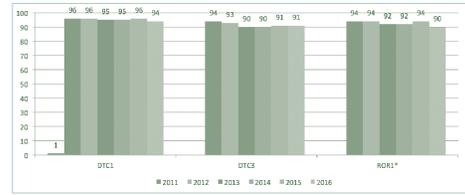
¹ Trente-cinq États Membres et six territoires du Royaume-Uni qui ont communiqué des données ont été inclus dans l'analyse. Trois territoires néerlandais, trois départements français et quatre autres États Membres qui ont omis de communiquer des données ont été exclus.

² Haïti administre le vaccin antirougeoleux à l'âge de 9 mois.

COUVERTURE VACCINALE suite de la page 1

constaté une amélioration de la couverture, avec un taux de 94 %, avec une tendance stable au cours des cinq années d'évaluation (**figure 1**).

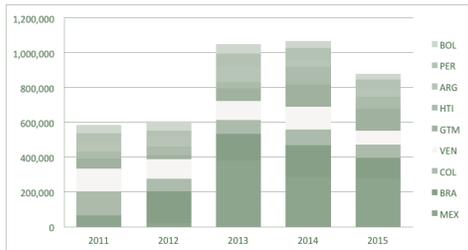
Figure 1. Couverture vaccinale par produit biologique, Région des Amériques, 2011-2015



*ROR1 : première dose du vaccin contre la rougeole-oreillons-rubéole (ROR).

En 2015, sur les 15 251 700 enfants âgés de moins d'un an dans la Région,³ 1 372 000 n'avaient pas reçu la troisième dose du DTC. Comme on le voit dans la **figure 2**, 75 % des enfants non vaccinés dans la Région vivent dans sept pays. Au cours des trois dernières années, le nombre de personnes non vaccinées a augmenté au Mexique, qui a déclaré des niveaux de couverture de presque 10 points inférieurs aux niveaux des années antérieures à la suite d'une modification de son système d'information en raison d'incohérences des données.⁴ Il faut également noter qu'on retrouve 30 % des enfants non vaccinés âgés de moins d'un an en Colombie, au Guatemala et au Venezuela, alors même que ces trois pays ne comptent que 12 % de la cohorte d'enfants âgés de moins d'un an dans la Région.

Figure 2. Nombre d'enfants non vaccinés (DTC3) par année et par pays, Amérique latine et Caraïbes, 2011-2015

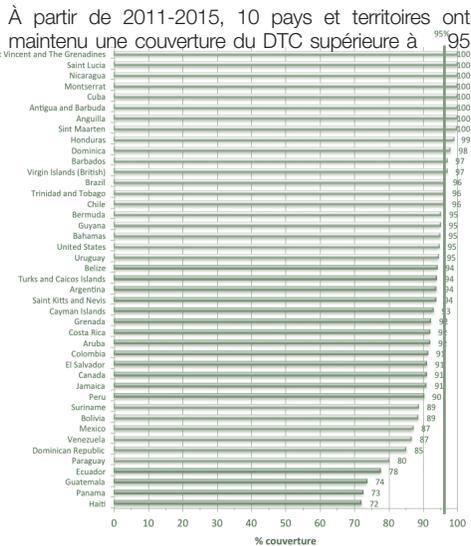


En 2015, sur 41 pays et territoires de la Région, 33 (80 %) ont obtenu une couverture du DTC3 supérieure à 90 %, 20 (49 %) ont obtenu une couverture supérieure à 95 % et la couverture de quatre pays était inférieure à 80 % (**figure 3**). Les niveaux de couverture oscillaient entre 72 % et 100 %.

Haïti est le pays avec la couverture la plus basse dans la Région mais le pays a entrepris des efforts considérables pour l'améliorer : elle est passé de 60 % en 2014 à 72 % en 2015. En 2015, le Honduras a commencé à utiliser comme dénominateur les données du recensement XVII mené en 2013. Par rapport aux projections du recensement de 2001, le nouveau recensement montre une diminution du nombre d'enfants âgés de moins d'un an (30 246 enfants) et reflète mieux la véritable couverture vaccinale nationale (99 %). D'un autre côté, le Panama était le pays qui

avait connu la plus forte diminution de couverture du DTC3 comparé à 2014 (de 80 % à 73 %).

Figure 3. Couverture administrative du DTC3 dans les Amériques, 2015



% pendant trois années consécutives. Entre 2011 et 2015, aucune tendance claire ne s'est dégagée concernant la place des pays dans un groupe ou dans l'autre (couverture supérieure ou inférieure à 95 %), comme le montre la **figure 4**. En plus du fait que des améliorations en termes de couverture supérieure à 80 % ont tendance à se manifester très lentement, d'autres explications possibles pour ces constatations sont que 1) les stratégies de mesure ont changé (p. ex. des nouveaux systèmes d'information ou des modifications au dénominateur), 2) des augmentations marginales de la couverture ont pu se produire en raison d'interventions opportunes qui ne sont pas suivies ou maintenues au fil du temps et 3) des diminutions peuvent être le résultat de réductions des effectifs des ressources humaines ou d'une supervision et formation moindre, entre autres facteurs.

Figure 4. Pays selon l'écart de couverture (DTC3), Région des Amériques, 2011-2015

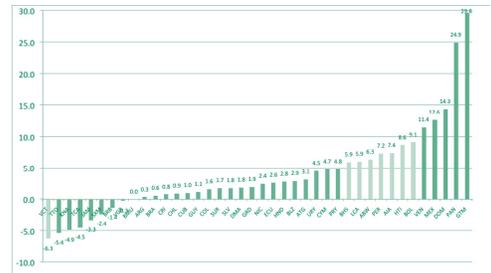


Le taux d'abandon entre la première et la troisième dose du DTC dans la Région est de 6,4 % — c'est-à-dire que sur 100 enfants qui reçoivent la première

dose du DTC, six ne recevront pas la troisième dose. Cependant, si les enfants en contact avec le système lorsqu'ils ont reçu la première dose étaient vaccinés, la couverture régionale serait supérieure à 95 %.

Quatorze pays ont des taux d'abandon supérieurs à 5 % (**figure 5**). Le Guatemala, le Mexique, le Panama et la République dominicaine ont les taux d'abandon les plus élevés de la Région, ce qui révèle un problème au niveau du suivi des cohortes d'enfants. Les pays qui ont une couverture basse et des taux d'abandon peu élevés, notamment l'Équateur, ont des problèmes liés à l'accès aux systèmes de santé, puisque ces pays peuvent maintenir un suivi des enfants qui reçoivent la première dose. La sous-région des Caraïbes est caractérisée par des taux d'abandon négatifs, ce qui est un signe de la grande mobilité entre les îles et de la variabilité du dénominateur en raison de populations réduites.

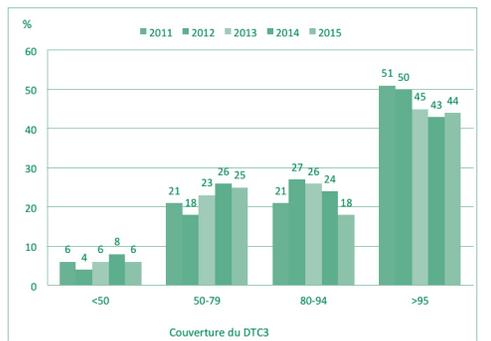
Figure 5. Taux d'abandon, DTC1-DTC3, les Amériques, 2015



Le GVAP et le RIAP ont tous les deux établi un indicateur de couverture municipale. Au niveau du RIAP, l'objectif est que d'ici l'an 2020, 35 pays ou territoires auront obtenu une couverture du DTC3 d'au moins 80 % dans tous les districts ou régions équivalentes. En 2015, 13 pays avaient atteint l'objectif d'une couverture supérieure à 80% dans 100 % de leurs municipalités (**figure 6**).

Une évaluation temporelle de cet indicateur est fortement influencée par des facteurs tels que le manque de priorité politique en faveur de la vaccination au niveau municipal, de même que la faible coordination entre les divers niveaux administratifs avec des responsabilités qui se chevauchent : le résultat en est des activités de surveillance et de responsabilisation incomplètes.⁶

Figure 6. Pourcentage de municipalités par écart de couverture (DTC3), Région des Amériques, 2011-2015



³ Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population (2015). World Population Prospects - 2015 Revision. WPP 2015: Linear interpolation using the midpoints of the five-year period to 1 January. New York. <http://esa.un.org/wpp/>.
⁴ Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination. Organisation mondiale de la Santé. 2015 Rapport d'évaluation du Plan d'action mondial pour les vaccins. (http://www.who.int/immunization/global_vaccine_action_plan/SAGE_GVAP_Assessment_Report_2015_FR.pdf)
⁵ Abandon = (DTC1-DTC3) / DTC1*100
⁶ Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination. Organisation mondiale de la Santé. 2016 Rapport d'évaluation du Plan d'action mondial pour les vaccins. (http://www.who.int/immunization/global_vaccine_action_plan/SAGE_GVAP_Assessment_Report_2016_FR.pdf)

COUVERTURE VACCINALE suite de la page 2

Environ la moitié des 15 000 municipalités de la Région ont des niveaux de couverture inférieurs à 95 % et certains pays (p. ex. la Bolivie, la Colombie, Haïti, le Pérou, la République dominicaine et le Venezuela) ont des municipalités avec des couvertures inférieures à 50 %.

À la lumière du Plan stratégique de l'OPS et de la vision du GVAP et du RIAP, un domaine d'impact consisterait à s'assurer que la vaccination atteigne chaque personne « quel que soit son lieu de naissance, quelle que soit son origine et quel que soit l'endroit où elle vit ». Pour cette raison, en plus d'une analyse de données municipales ventilées, il est préconisé de mener une analyse des inégalités en matière de vaccination.

Bien que la vaccination ait atteint environ 90 % des enfants de la Région, avec des résultats tels que l'élimination de la polio, de la rougeole et du syndrome de rubéole congénitale, il faut garder à l'esprit que 10 % de la population n'ont pas été atteints et reconnaître les déterminants sociaux responsables des inégalités en matière de vaccination. À cette fin, en 2008, la Commission des déterminants sociaux de la santé a fait trois recommandations générales sur le travail dans le secteur de la santé : 1) accorder la priorité à l'universalité en matière de santé, 2) considérer toutes les politiques en termes de santé et 3) mesurer la magnitude du problème en évaluant la santé de la population comme une fonction des changements survenus en matière d'inégalité sociale : *améliorer la moyenne de la population en réduisant les inégalités*.

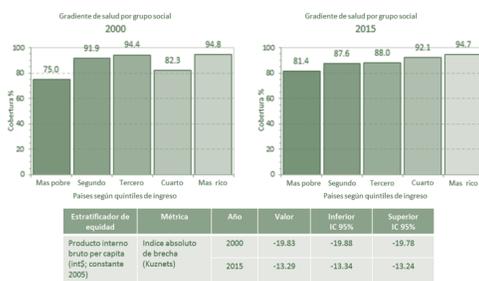
Dans une analyse exploratoire effectuée dans le cadre du programme de développement durable de l'OPS sur les inégalités de couverture du DTC3 dans les pays par niveau de revenu, tant à l'échelle mondiale qu'au niveau des Amériques, les constatations suivantes ont pu être faites :

1) Entre 2011 et 2015, la Région des Amériques a maintenu une couverture de 91 %, alors que la couverture mondiale est passée de 72 % en 2000 à 86 % en 2015.

2) Dans le monde entier aussi bien que dans les Amériques, la couverture du DTC3 est toujours bien inférieure dans les deux quintiles de revenu les plus bas en 2000 et 2015.

3) L'écart absolu entre le quintile le plus riche et le quintile le plus pauvre dans les Amériques était de presque 20 points en 2000 mais est passé à 13 points en 2015, une différence statistiquement importante (figure 7).

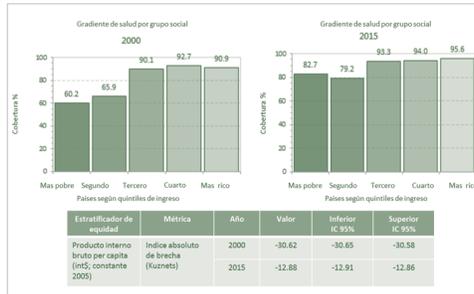
Figure 7. Inégalités en matière de couverture du DTC3 par quintile de revenus, Région des Amériques, 2000-2015



4) Les inégalités dans le monde persistent. Toutefois, l'écart absolu en matière de couverture a baissé de 30 à 12 points entre 2011 et 2015, ce qui indique que le monde a fait des progrès importants dans l'amélioration de la couverture des pays les

plus pauvres (figure 8). L'impact de la coopération internationale dans d'autres régions du monde, est probablement évident ici.

Figure 8. Inégalités en matière de couverture du DTC3 par quintile de revenu, à l'échelle mondiale, 2000-2015



Les défis qui sont à relever pour s'assurer que les avantages de la vaccination se matérialisent et sont maintenus à leur pleine valeur, à commencer avec les populations les plus vulnérables, exigent l'investissement et la coopération de divers entités.

1) au niveau du gouvernement :

a. maintenir et renforcer l'engagement à l'égard des programmes de vaccination en assurant la disponibilité des ressources pour tous les domaines du programme dans le cadre d'une couverture sanitaire universelle globale.

b. améliorer les cadres juridiques en protégeant la viabilité financière non seulement des vaccins mais de toutes les opérations du programme de vaccination, en créant des mécanismes pour une responsabilité systématique à tous les niveaux.

2) au niveau des services de santé renforcés :

a. élargir les services de vaccination (p. ex. calendriers flexibles basés sur les dynamiques de la population) pour assurer que toutes les personnes ont un accès continu aux vaccins, en accordant la priorité aux populations les plus défavorisées.

b. tirer parti des approches intégrées au sein du système de santé (contributions, surveillance épidémiologique, etc.) et autres intervention de soins primaires (administration de vermifuge, supplémentation en vitamine A, etc.)

3) au niveau des systèmes d'information qui sont utiles à la prise de décisions :

a. assurer la gestion, l'analyse et l'utilisation de données de qualité à tous les niveaux, y compris l'analyse des iniquités pour cibler les interventions sur les populations les plus défavorisées.

4) au niveau de la communication et de la mobilisation sociale :

Bien que cet aspect ne soit pas évalué dans cette analyse, la nécessité d'accroître et de maintenir la confiance dans les vaccins est un fait bien connu. Des événements spécifiques avec un grand impact dans les médias ont eu des répercussions sur les programmes des pays. Par conséquent, il est nécessaire 1) de mesurer systématiquement les obstacles à la vaccination et 2) de fournir, sur la base de ces données, des informations claires et spécifiques à chaque segment de la population. ■

Vidéo documentaire intitulée « The Switch in the Americas: a Video-Documentary »



Un garçon reçoit le vaccin VPOb dans la vidéo « The Switch in the Americas ».

En 2016, 155 pays et territoires du monde entier ont écrit une nouvelle page d'histoire avec un effort sanitaire mondial coordonné qui a fait franchir au monde une étape le rapprochant de l'atteinte de l'éradication mondiale de la polio.

Au cours d'une période de deux semaines en avril, le secteur de la santé a transitionné du vaccin antipoliomyélique oral trivalent (VPOt) au vaccin antipoliomyélique oral bivalent (VPOb), période désignée comme le « switch » (la transition). Il s'agissait d'un événement monumental dans l'histoire sanitaire mondiale et l'OPS a produit un documentaire vidéo qui contribuera au legs de la polio dans les Amériques. Parue en décembre 2016, cette vidéo explique les principaux fondements justifiant pourquoi le monde a décidé de se lancer dans cette transition et comment les pays des Amériques ont prévu, mis en œuvre et supervisé ce processus.

La vidéo est disponible en anglais (www.youtube.com/watch?v=iPL9XQNH9h4) et en espagnol (www.youtube.com/watch?v=F9AeqRwmbUJ). ■

« Les premiers héros de cet effort sont les pays, les programmes nationaux de vaccination et les milliers d'agents de santé publique qui vont chaque jour à la rencontre enfants qui n'ont pas été vaccinés contre la polio ».

— Cuauhtémoc Ruiz Matus, chef de l'unité d'immunisation intégrale de la famille à l'OPS

« J'estime que la transition vers le vaccin bivalent constitue une étape décisive pour la santé publique mondiale. Il n'existe aucune expérience semblable dans l'histoire de la santé publique : où 155 pays s'unissent et, de façon coordonnée et synchronisée, retirent un vaccin et commencent à en utiliser un autre ».

— Cristina Pedreira, conseillère régionale auprès de l'unité d'immunisation intégrale de la famille à l'OPS

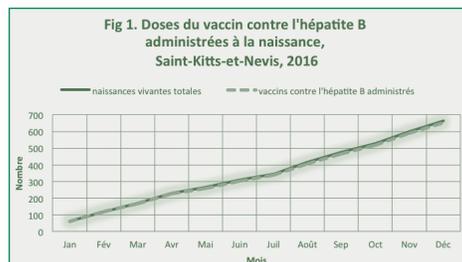
« Si nous voulons garantir un monde exempt de polio, nous devons assurer que le confinement du poliovirus soit vraiment réalisable ».

— Gloria Rey, conseillère régionale en matière de laboratoires des maladies évitables par la vaccination auprès de l'unité d'immunisation intégrale de la famille à l'OPS

« Nous écrivons le chapitre final de l'histoire de la polio et je crois que cela ne se produit qu'une seule fois au cours d'une vie ».

— Patricia Arce Guzman, sous-secrétaire du Secrétariat de la Santé à Bogotá, en Colombie

Réintroduction de la dose de vaccin contre l'hépatite B administrée à la naissance à Saint-Kitts-et-Nevis



Graphique présentant la couverture vaccinale du vaccin contre l'hépatite B administré à la naissance.



Agent de santé administrant le vaccin contre l'hépatite B à un nouveau-né. Source : Mary Caines, infirmière du service de néonatalité de l'Hôpital Joseph N. France.

En novembre 2015, Saint-Kitts a introduit avec succès la dose de vaccin contre l'hépatite B administrée à la naissance dans le but de prévenir la transmission mère-enfant de l'hépatite B chez les nouveau-nés, en plus de la stratégie existante visant à prévenir l'hépatite B dans l'enfance en suivant le calendrier de vaccination à trois doses contre l'hépatite B. La couverture vaccinale était de 98 % la première année de la mise en œuvre (2016) et cette réussite était en grande partie attribuable au soutien politique sans équivoque des plus hautes instances, à l'élaboration d'une approche structurée de mise en œuvre, à l'importante mobilisation sociale, au travail d'équipe entre les agents de santé, à la participation des communautés et à la confiance de longue date du public dans le programme national de vaccination.

Il y a plus de trente ans, la Fédération (de Saint-Kitts-et-Nevis) a mené une étude sur la séroprévalence de l'hépatite B qui a révélé des taux de prévalence élevés du virus de l'hépatite B (HBV), le risque le plus élevé de contracter l'infection étant lors de la période périnatale et les premières années de scolarité. Suite à cela, Saint-Kitts-et-Nevis a cherché à introduire chez les nourrissons un vaccin contre l'hépatite B dérivé du plasma en 1988. Le programme a toutefois été abandonné en raison de préoccupations du public concernant les risques associés à un produit dérivé du plasma. En 1997, le vaccin monovalent recombinant contre l'hépatite B a été introduit dans la population des enfants âgés de 0 à 5 ans. Il a été abandonné en l'an 2000 pour faire place à l'introduction réussie du vaccin contre l'hépatite B, qui est une des composantes du vaccin pentavalent administré aux nourrissons de deux, quatre et six mois, tel que recommandé. Administré de façon typique en une série de trois doses, le vaccin offre une protection contre l'infection à plus de 95 % des nourrissons en bonne santé.

Planification et programmation	Capacité programmatique	Mobilisation sociale	Surveillance épidémiologique	Suivi et évaluation
<ul style="list-style-type: none"> • Réunion des parties prenantes pour présenter les constatations de l'étude menée par les représentants de l'OPS en juillet 2013 au MS • Resensibilisation des prestataires de soins de santé publique de Saint-Kitts-et-Nevis, janvier 2014, après la réunion sur le PEV • Soumission de propositions aux responsables des politiques en février 2015 pour modifier le calendrier vaccinal et y inclure la dose de vaccin contre l'hépatite B administrée à la naissance • Achat de vaccins pédiatriques contre l'hépatite B par le Fonds renouvelable de l'OPS en 2015 • Renforcement des capacités du personnel infirmier d'avril à septembre 2015 	<ul style="list-style-type: none"> • Examen de la capacité de la chaîne du froid aux niveaux central et régional avant l'introduction • Évaluation de suivi de la capacité de la chaîne du froid et prévision des besoins en vaccin • Élaboration de lignes directrices sur l'introduction du vaccin • Registres et documentation : examen des registres de vaccination pour y inclure la dose de vaccin contre l'hépatite B à administrer à la naissance 	<ul style="list-style-type: none"> • Élaboration d'un plan de communication pour sensibiliser les clients prénataux, les parents de nouveau-nés et le grand public • Publication et diffusion de dépliants et d'affiches à l'intention des parents et des prestataires de soins 	<ul style="list-style-type: none"> • Poursuite de la surveillance des maladies évitables par la vaccination choisies, dont l'hépatite B, dans 21 sites sentinelles actuels • Renforcement de la collaboration avec des laboratoires privés et publics pour assurer une notification précoce des résultats positifs pour l'hépatite B 	<ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage de sites sentinelles qui présentent des rapports hebdomadaires ; au moins 90 % • Taux de notification : au moins trois (3) mères positives à l'antigène HepsAg pour 1000 naissances vivantes annuellement • Au moins 80 % de cas où un échantillon adéquat a été envoyé pour dépistage de l'antigène HBsAg • Au moins 80 % des cas positifs ayant fait l'objet d'investigation en temps opportun • Tenue de visites mensuelles sur place pendant les 6 premiers mois afin d'assurer le respect des protocoles • Établissements de graphiques mensuels de la couverture vaccinale contre l'hépatite B pour refléter les progrès accomplis

Plan d'action pour l'introduction du vaccin contre l'hépatite B chez les nouveau-nés à Saint-Kitts-et-Nevis.

La Fédération a continué de suivre la prévalence de l'hépatite B dans la population et a collaboré avec le Centre d'épidémiologie des Caraïbes (CAREC) et l'OPS en 2011-2012 pour mener une étude sur la séroprévalence afin d'évaluer la réponse au vaccin. Un échantillon représentatif (n=317) de la population prénatale a été choisi tant dans le secteur public que privé. Les résultats de l'étude ont révélé que 3,2 % des femmes enceintes ont présenté des résultats positifs pour l'antigène de surface de l'hépatite B (HBsAg) et que 52,4 % des femmes enceintes ont présenté des résultats négatifs pour l'anti-HBs (anticorps dirigé contre l'antigène de surface de l'hépatite B).

Les constatations de l'étude ont éclairé la recommandation d'apporter des modifications à la politique et au calendrier vaccinal visant à réintroduire la dose du vaccin recombinant contre l'hépatite B administrée à la naissance, l'inoculation étant faite dans les 24 heures suivant la naissance, conformément à la recommandation de l'OMS de 2009. Par la suite, le Groupe consultatif technique (GCT) de l'OPS sur les maladies évitables par la vaccination a exhorté le pays à introduire la dose de vaccin contre l'hépatite B administrée à la naissance s'ils ne l'avaient pas encore fait. Le vaccin réduit de 3,5 fois la probabilité qu'ont les nourrissons nés de mères infectées de contracter une infection par le HBV. Presque toutes les naissances ont lieu au seul hôpital public de chaque île et toutes les naissances sont supervisées par un agent de santé formé, ce qui facilite un meilleur accès au vaccin à la naissance et un accès plus facile à un prestataire de services de santé formé administrant le vaccin dans les premières 24 heures de la vie pour en tirer le plus grand bénéfice.

Un plan d'action comprenant la planification et la programmation, la capacité programmatique, la surveillance épidémiologique, la mobilisation sociale, ainsi que le suivi et l'évaluation a été élaboré.

Mobilisation sociale

Des dépliants et des affiches informatifs ont été conçus et diffusés dans des points de soins prénatals et d'accouchement publics et privés, et les parents

ont été sensibilisés avant la réintroduction. Il y a eu une couverture médiatique de masse par la radio, les journaux et les sites Web de nouvelles en ligne. Les messages de communication sur l'innocuité du vaccin étaient destinés aux parents.

Capacité programmatique

Des lignes directrices sur la dose de vaccin contre l'hépatite B administrée à la naissance ont été élaborées et des agents de santé ont été formés sur son utilisation. Tout le personnel des maternités a été formé sur l'administration du vaccin afin d'assurer qu'il soit administré immédiatement après la naissance par un agent de santé formé. On a rappelé aux membres du personnel des maternités, pour les mettre plus à l'aise, que l'administration d'un vaccin ou d'une injection après la naissance n'était pas une pratique nouvelle, puisqu'ils administraient déjà de la vitamine K par injection et qu'ils avaient été formés sur les techniques d'injection. Les membres du personnel ont également été supervisés les premiers mois suivant l'introduction du vaccin par le personnel infirmier communautaire jusqu'à ce qu'ils maîtrisent la technique.

Gestion de la chaîne du froid

Des réfrigérateurs pour les vaccins ont été fournis grâce aux efforts conjoints d'une organisation non gouvernementale et du ministère de la Santé, et ils ont été installés dans les services de néonatalité des hôpitaux. Des évaluations de la chaîne du froid ont été effectuées pour fournir des mises à jour sur l'état actuel de la chaîne du froid et évaluer l'exigence relative à la chaîne du froid, non seulement pour l'introduction du vaccin contre l'hépatite B chez les nouveau-nés, mais aussi pour prévoir l'exigence relative à la chaîne du froid pour l'introduction d'autres vaccins à l'avenir.

Suivi et évaluation

Des indicateurs de suivi ont été élaborés qui mettent un accent particulier sur la couverture, la chaîne du froid, l'approvisionnement en vaccin, les mères infectées par l'hépatite B, les nouveau-nés prématurés et les événements supposément attribuables à la vaccination ou à l'immunisation. Des visites de

HEP B suite de la page 4

contrôle hebdomadaires ont été effectuées dans les services de néonatalité des hôpitaux et des rapports mensuels ont été présentés. Les vaccinations de suivi et continues des nourrissons ont été administrées dans les services d'hygiène infantile.

Documentation

L'exactitude de la documentation a été assurée en employant un registre sur le vaccin contre l'hépatite B dans les services de néonatalité et en consignait les vaccins administrés simultanément dans les dossiers médicaux de néonatalité, les registres des naissances, les registres conservés dans les services et les carnets de santé que les enfants gardent avec eux.



Agents de santé lors de la formation sur l'hépatite B. Source : Eulynis Brown, responsable du PEV de Saint-Kitts-et-Nevis.

Impact

L'acceptation de la dose du vaccin contre l'hépatite B administrée à la naissance est de 100 % et la couverture vaccinale de 98 % depuis son introduction.

À l'avenir, en plus de suivre la couverture vaccinale contre l'hépatite B, la Fédération aura intérêt à mener une étude sur la séroprévalence dans la cohorte cumulative des sujets vaccinés dans au moins cinq ans, c. à d. la cohorte des enfants âgés de 4 à 5 ans au moment de l'étude. Une telle preuve étayerait la documentation de l'élimination de la transmission verticale et horizontale de l'hépatite B dans les pays. ■

Avec la collaboration de : Eulynis Brown, Ermine Jeffers, Rhonda Lowry-Robinson, Sonia Daly-Finley, Aldris Pemberton-Dias, Retna Walwyn Brown et Hazel Laws du ministère de la Santé de Saint-Kitts-et-Nevis ; Patrice Lawrence-Williams et Karen Lewis-Bell de l'OPS.

Le Formulaire conjoint de notification

Le formulaire conjoint de notification (JRF d'après le sigle anglais) est un outil servant à collecter des informations annuelles à jour sur la structure, les politiques, le rendement et l'impact des systèmes de vaccination nationaux. Ce processus a pour objectif d'obtenir des données exactes et actuelles sur les progrès réalisés dans les programmes de vaccination de tous les États Membres de l'OMS/UNICEF et de diffuser les informations à toutes les parties concernées par la vaccination. Les données notifiées au moyen du JRF sont la source d'informations nationales officielles et elles sont accessibles en ligne (en anglais) sur www.paho.org/immunization/data.

Depuis les années 1980, l'unité d'immunisation intégrale de la famille de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) a recueilli des données sur des indicateurs de vaccination et les maladies évitables par la vaccination. À l'origine, un système DOS (appelé « PAISIS ») collectait des données sur la morbidité et la mortalité, des données démographiques ainsi que sur les doses administrées pour calculer la couverture administrative. Au fil des ans, plusieurs autres questions se sont ajoutées à ce qu'on appelait les « Tableaux du Programme élargi de vaccination (PEV) de l'OPS » (PAHO EPI Tables), y compris des éléments tels que la morbidité et la mortalité selon le groupe d'âge, la couverture par municipalité, le calendrier vaccinal, les indicateurs du rendement du système, des données sur le financement et l'innocuité. Au début, les données étaient envoyées tous les trois mois, puis deux fois par an par la suite. En 1997, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) ont uni leurs efforts pour collecter les données de vaccination puisque de nombreux indicateurs de programme étaient collectés et utilisés par les deux organisations ; c'est ainsi qu'est né le JRF.

Une réunion mondiale a eu lieu en novembre 2004 pour un partage d'expériences sur les processus régional de collecte et d'analyse des données, l'obtention d'un consensus sur la version de 2005 du JRF (données de 2004), la révision du contenu et la simplification du processus de collecte de données pour le JRF

de l'OMS/UNICEF. Les participants comptaient des représentants de toutes les Régions de l'OMS (dont l'OPS), de l'UNICEF et des membres du département de vaccination, vaccins et produits biologiques de l'OMS. Lors de la réunion, on a déterminé et convenu des données de base concernant la vaccination à collecter dans le monde entier. En 2005, les Tableaux du PEV de l'OPS ont été fusionnés avec le JRF de l'OMS/UNICEF sous le nom de JRF de l'OPS-OMS/UNICEF (PAHO-WHO/UNICEF JRF).

Depuis lors, le contenu, le format et le calendrier de collecte des données ont été définis conjointement par les sièges et l'OMS. Les régions sont libres d'apporter des modifications et de faire des ajouts pour adapter le JRF aux stratégies et aux priorités régionales de vaccination. Les formulaires sont révisés tous les deux ans : la dernière révision a eu lieu en novembre 2016.

Le processus pour remplir le JRF débute chaque année en février, lorsque l'OPS envoie le JRF aux pays de la Région des Amériques. Les pays remplissent ensuite les formulaires avec la participation de toutes les secteurs responsables du Programme élargi de vaccination (PEV) (surveillance, laboratoire, finances, etc.). Chaque année, la date limite d'envoi des formulaires est le 15 avril. Le processus de révision et de validation débute au siège de l'OPS et un retour d'information est donné aux pays sur les incohérences de données, les données manquantes et autres problèmes, en leur demandant d'apporter des éclaircissements. Il est important de souligner que si les pays ne répondent pas à ce retour d'information ou ne les soumettent pas à temps, il pourrait y avoir des lacunes dans les données, des retards de publication des données officielles et la propagation d'informations trompeuses.

Les informations du JRF sont diffusées dans au moins trois publications imprimées de l'OPS : le Bulletin d'immunisation, la brochure « L'immunisation aux Amériques » et les profils d'immunisation nationaux. De même, l'OMS et l'UNICEF se servent des données du JRF pour produire publications annuelles, articles et rapports distribués dans le monde entier.

Progrès accomplis en 2015-2016

Les ateliers nationaux ont commencé en 2015 pour améliorer la qualité des données déclarées dans le JRF, après plus d'une décennie d'utilisation des tableaux du JRF et d'application des recommandations du groupe de travail du Groupe stratégique consultatif d'experts du Plan d'action mondial pour les vaccins (GVAP)⁷ et du Groupe consultatif technique sur les maladies évitables par la vaccination (GCT) de l'OPS. Les ateliers visaient à identifier et à surmonter les divers obstacles rencontrés en remplissant et en soumettant les tableaux, comme les incohérences de données, les données manquantes et les soumissions en retard. En 2015 et en 2016, l'OPS a organisé des ateliers sur le JRF au Panama (14 pays d'Amérique latine y ont assisté en juillet 2016), au Guyana lors de la 31^e réunion annuelle des responsables du PEV des Caraïbes (24 pays des Caraïbes y ont assisté en novembre 2015) et à la Grenade, lors de la 32^e réunion annuelle des responsables du PEV des Caraïbes (29 représentants du PEV des Caraïbes y ont assisté en novembre 2016).

Étant donné que le JRF est l'une des principales sources d'informations alimentant le cycle de suivi et d'évaluation du GVAP, du Plan d'action régional pour la vaccination (RIAP)⁸ et d'autres initiatives mondiales, la qualité de ses données est essentielle et le fait de pouvoir compter sur des informations nationales de qualité a un impact mondial. Dans cette optique, l'OPS et les États Membres participants ont travaillé de concert lors des réunions tenues au Guyana, au Panama et à la Grenade pour identifier les principaux problèmes, obstacles et solutions possibles afin d'assurer la qualité des données du JRF en termes de possibilité, d'achèvement et d'intégrité des informations. Les participants se sont concentrés sur le caractère complet, cohérent et essentiel du rapport grâce au JRF et sur l'utilisation de ses données pour alimenter l'élaboration et l'évaluation d'une politique nationale de vaccination.

D'autre part, les États Membres ont demandé que l'OPS améliore le retour d'information sur l'utilisation des informations obtenues du JRF et qu'elle facilite

⁷ Le Plan d'action mondial pour les vaccins (GVAP) de l'OMS est disponible en français, en anglais et en espagnol sur <http://bit.ly/17s8s2>

⁸ Le Plan d'action régional pour la vaccination (RIAP) se trouve sous « CD54/7, Rév. 2 » en anglais et espagnol sur le lien suivant: <http://bit.ly/2ti7t3h>

JRF suite de la page 5

les processus de collecte de données, de collecte de variables et d'automatisation des variables.

En conclusion des ateliers, l'OPS et les pays de la Région des Amériques se sont engagés à améliorer la complétude, la soumission, la validation et la coopération relatives au JRF, ainsi qu'à utiliser les compétences acquises, pour faciliter la collecte et le rapport des données, mais aussi guider la systématisation de l'analyse de ces données dans le système d'analyse du PEV des pays.

Avec toutes les informations obtenues lors de ces ateliers, l'OPS a participé à une réunion organisée par l'OMS en octobre 2016 à Kigali, au Rwanda, avec pour objectifs 1) d'examiner et de convenir des éléments des données de base et de toutes modifications régionales à apporter au JRF de 2016-2017, 2) d'établir le calendrier de parachèvement du formulaire, de transmission du formulaire aux programmes nationaux, d'accusé de réception, d'analyse et de diffusion de ces données (il est nécessaire d'avoir un calendrier commun pour la collecte et l'analyse des données pour assurer la comparabilité et la cohérence entre les régions et les agences), 3) de discuter de stratégies visant à améliorer la qualité et l'utilisation des données de vaccination aux niveaux local, national, régional et international, et 4) de lancer des idées en groupe pour trouver des façons de mieux analyser, présenter et communiquer les données de vaccination qui seront utilisées par toutes les parties prenantes. Lors de la réunion, l'OPS a présenté les principaux résultats de ces ateliers, en plus de présenter l'opinion technique de la Région des Amériques sur les informations qui sont nécessaires aux niveaux régional et mondial.

Recommandations de la réunion au Rwanda et des ateliers tenus au Panama, en Guyane et en Grenade

- améliorer la collaboration et renforcer le soutien apporté aux bureaux de pays afin d'améliorer la collecte des données pour le JRF,
- améliorer la coordination avec les bureaux de



Participants à l'atelier sur le JRF au Panama en juillet 2016. Source : Marcela Contreras, OPS.



Participants à l'atelier sur le JRF/RIAP à la Grenade en novembre 2016. Source : Marcela Contreras, OPS.



Participants à l'atelier sur le JRF/RIAP à la Grenade en novembre 2016. Source : Marcela Contreras, OPS.



Participants à l'atelier sur le JRF/RIAP à la Grenade en novembre 2016. Source : Marcela Contreras, OPS.

l'UNICEF dans les bureaux de pays et les bureaux régionaux durant tout le processus du JRF,

- discuter des modifications à apporter au JRF avec les conseillers techniques au niveau régional et remplir les feuilles de justification lors de l'ajout ou de modification d'indicateurs dans le JRF,
- préparer la documentation sur le processus du JRF,
- éclaircir et améliorer les instructions sur la façon de remplir les indicateurs dans les formulaires,
- améliorer la communication en fournissant un retour d'information et en répondant aux commentaires formulés par les pays concernant les données demandées et collectées,
- dispenser une formation ou préparer des lignes directrices faciles à suivre sur la façon de remplir les formulaires,
- désigner une personne de référence chargée de

collecter les données sur différents sujets dans les pays,

- promouvoir lors des réunions régionales et infrarégionales le JRF comme outil servant à rassembler des données que les pays collectent déjà,
- organiser des réunions entre les personnes responsables de la collecte et du rapport des données afin d'assurer que toutes les personnes et les secteurs responsables des informations connaissent bien le JRF,
- améliorer l'automatisation des données dans le JRF pour le rendre plus facile à remplir et
- continuer d'apporter un soutien aux pays et territoires de la Région pour assurer la qualité des données du JRF, puisqu'il est la source officielle servant à contrôler la conformité au RIAP ■

32^e réunion des responsables caribéens du PEV

Les responsables des Programmes élargis de vaccination (PEV) des Caraïbes, des professionnels de la santé publique des ministères de la Santé des Caraïbes et des représentants de l'unité d'immunisation intégrale de la famille de l'OPS, ainsi que des représentants des bureaux de pays de l'OPS, se sont réunis à l'occasion de la 32^e réunion annuelle des responsables caribéens du PEV à St-George, à la Grenade, du 28 au 30 novembre 2016.

La réunion avait pour but d'examiner la situation du PEV dans les Caraïbes, particulièrement les objectifs suivants :

- fournir une mise à jour sur des sujets liés aux programmes de vaccination,
- élaborer des plans d'action nationaux pour atteindre les objectifs fixés pour 2017,
- discuter de l'élimination durable de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale (SRC) dans la Région,
- discuter de la mise en œuvre de la transition du

vaccin VPOT au VPOb, ainsi que du confinement du poliovirus,

- discuter de la situation de la surveillance et de la gestion des maladies évitables par la vaccination à l'heure du Zika et
- évaluer les stratégies nationales d'introduction des nouveaux vaccins.

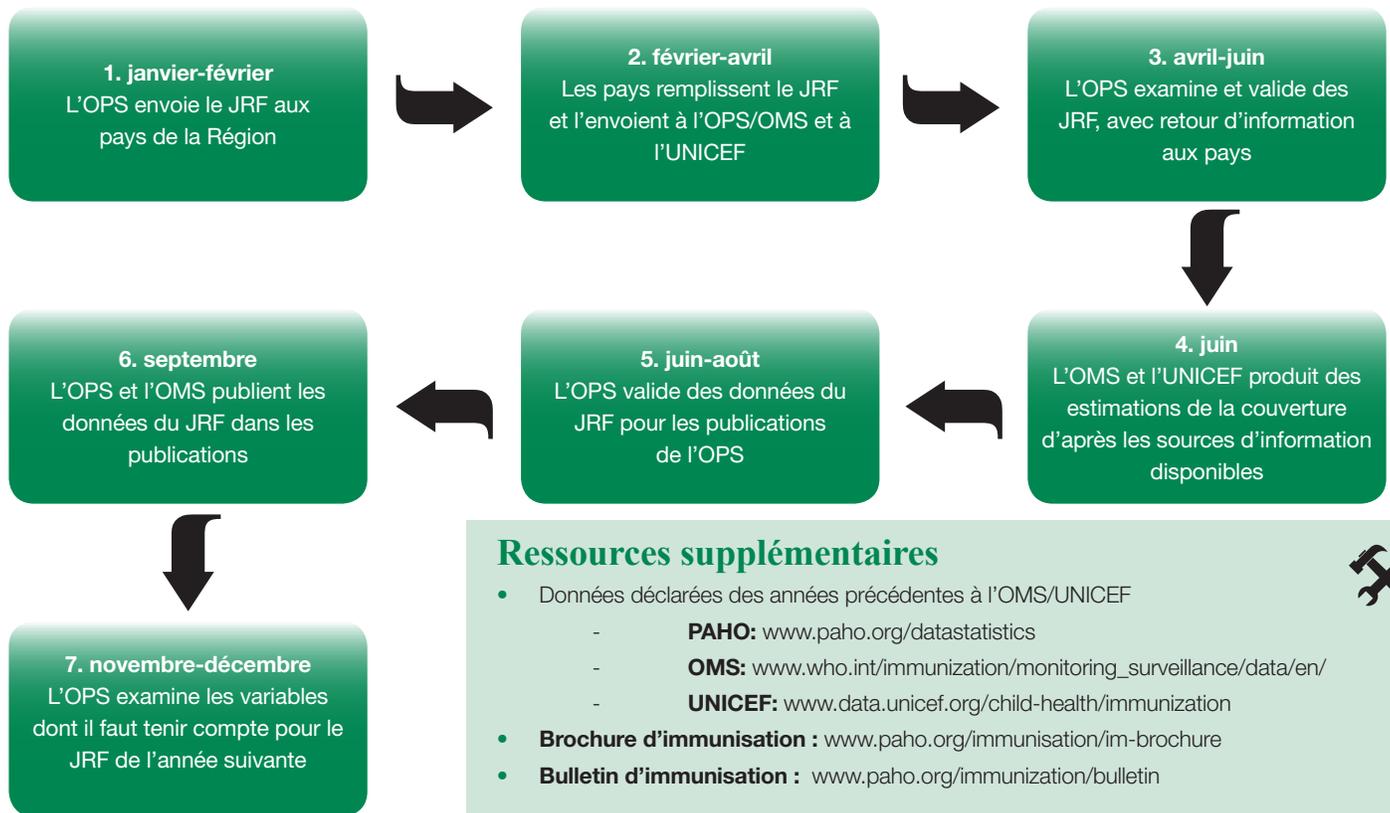
L'objectif général de la réunion était d'analyser les réalisations de 2016, ainsi que de prévoir les activités nationales de 2017. Au nombre des accomplissements régionaux, on comptait l'élimination de la rougeole et la transition du vaccin VPOT au VPOb. Au regard de ces réalisations, on a également discuté des défis nouvellement soulevés, tels que le renforcement de la surveillance de la paralysie flasque aiguë effectuée dans le cadre de la phase finale de l'éradication de la polio, et de l'élimination durable de la rougeole, de la rubéole et du SRC. Des ateliers ont été tenus pour élaborer des plans d'action nationaux, planifier l'introduction du nouveau vaccin et passer en revue le

Formulaire conjoint de notification (JRF).

Des experts ont présenté des informations à jour sur divers sujets, dont la surveillance de la fièvre et de l'exanthème à l'heure du Zika, les stratégies de communication sur le virus du papillome humain et la budgétisation des vaccins procurés par le biais du Fonds renouvelable. Les représentants des pays ont par la suite partagé des expériences issues de leurs programmes de vaccination respectifs.

La Semaine de la vaccination dans les Amériques, avec le slogan « Décroche l'or ! » et mettant en vedette le champion olympique jamaïcain Usain Bolt, a été soulignée par de nombreux pays, qui ont mentionné la réussite de la transition du vaccin VPOT au VPOb, tenue en parallèle. Toutefois, si le PEV connaît un succès continu, on a rappelé aux responsables nationaux de ne pas se reposer sur leurs lauriers et de tout faire pour concrétiser la vision de programmes de vaccination encore plus robustes pour l'avenir. ■

Les étapes du JRF de 2017



Ressources supplémentaires

- Données déclarées des années précédentes à l'OMS/UNICEF
 - **PAHO:** www.paho.org/datastatistics
 - **OMS:** www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/data/en/
 - **UNICEF:** www.data.unicef.org/child-health/immunization
- Brochure d'immunisation :** www.paho.org/immunisation/im-brochure
- Bulletin d'immunisation :** www.paho.org/immunization/bulletin



À faire et ne pas faire en remplissant le JRF



- lire les instructions.
- ne rien** changer dans les formulaires (c. à d. créer de nouveaux onglets, changer le nom des onglets ou changer la formule dans les cellules non protégées).
- ne pas** laisser d'espace vide (répondre à toutes les questions) ; sinon, inscrire **s.o.** (sans objet) ou **a.d.** (aucune donnée). On peut écraser le contenu de la plupart des cellules à calcul automatique.
- utiliser** les cases « Commentaires » pour ajouter des informations supplémentaires.
- envoyer** les formulaires aux bureaux responsables.
- soumettre** les formulaires dans les délais.
- maintenir** la communication avec les personnes responsables de remplir les tableaux, ainsi que les points focaux nationaux de vaccination.
- faire** des révisions finales de tous les tableaux avec le point focal de vaccination afin d'assurer :
 - d'avoir rempli correctement :
 - le tableau 2 (calendriers)
 - les rapports des campagnes
 - les doses en retard
 - les ruptures de stock
 - les activités complémentaires
 - le tableau 9 (le financement du programme par rapport à l'acquisition de vaccin)
 - la cohérence :
 - entre les tableaux 1 et 1A
 - entre les tableaux 4A et 5
 - sur le nombre de municipalités : page de garde et tableau 6
- S'il vous faut des mises à jour sur les données des pays, **contactez** Carilu Pacis, Marcela Contreras ou Martha Velandia.

Pourquoi le JRF est-il important ? !

- Il sert à contrôler le rendement des programmes nationaux de vaccination.
- C'est la source officielle des Plans d'action mondiaux, régionaux et nationaux (GVAP/RIAP) et il sert à suivre leurs progrès.
- C'est la base de l'évaluation des estimations de la couverture pour l'OMS/UNICEF.
- Il soutient le processus décisionnel, les estimations du fardeau des maladies à prévention vaccinale et définit les stratégies de vaccination.
- Il fait état de la situation vaccinale des pays de la Région des Amériques dans ces publications :
 - Brochure d'immunisation
 - Profils de pays
 - Bulletin d'immunisation
 - Indicateurs de base de la santé dans les Amériques

À compter de 2015, le *Bulletin d'immunisation* est publiée 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 4 • Décembre 2016

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

©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 le Dr Karen Lewis-Bell, conseillère en immunisation de l'OPS pour la sous-région des Caraïbes

En dépit de la transition épidémiologique des maladies que la plupart des pays des Caraïbes ont connue et de l'accent désormais porté sur la prévention et la gestion des maladies non transmissibles, on ne peut pas ignorer les maladies à prévention vaccinale et les progrès accomplis dans l'élimination de la polio, de la rougeole et de la rubéole. Vingt-cinq ans après le dernier cas de rougeole autochtone dans les Caraïbes, l'importation de cinq cas nous rappelle la vulnérabilité de la sous-région, qui accueille près de 21 millions de visiteurs en transit et 18 millions de passagers de paquebots de croisière chaque année. La réintroduction de ces maladies est bien réelle. Les flambées récentes à virus Zika m'ont appris qu'il faut renforcer et ne pas négliger la surveillance de la rougeole et de la rubéole en période de crises sanitaires nationales pour obtenir l'élimination durable de ces maladies.

Travaillant de concert avec 25 pays et territoires des pays anglophones et néerlandophones des Caraïbes ces trois dernières années, j'ai compris qu'il ne faut pas relâcher les efforts visant à ce que le programme de vaccination continue de figurer en tête des priorités des ministères de la Santé. Avec l'attrition naturelle des agents de santé, la majorité des responsables nationaux actuels du PEV n'a jamais connu la plupart des maladies à prévention vaccinale et comprend donc peu l'ampleur de la morbidité et de la mortalité qui les accompagnent. La formation et le partage permanents des informations techniques actuelles sont essentiels pour faciliter le renforcement des capacités et améliorer le savoir pour soutenir la communication avec les parents et autres parties prenantes. Les stratégies et les méthodes de communication ont évolué avec l'utilisation accrue des médias sociaux et la visibilité permanente des groupes opposés à la vaccination. J'ai retenu que la conversation, pour avoir une incidence favorable sur la réticence à la vaccination ou son refus, doit non seulement être riche en informations techniques et en raisonnement logique, mais doit également évoquer des émotions, faire



Photo de Karen Lewis-Bell.

appel à la morale et être en harmonie avec les convictions éthiques. La communication des risques et le partage d'histoires contenant une part d'humanité concernant des cas de maladies à prévention vaccinale sont importants à cet égard. Le recours à une personnalité connue pour défendre la cause a également une grande importance et cela a été fait pendant la Semaine de la vaccination dans les Amériques (SVA) 2016, grâce au champion du monde d'athlétisme Usain Bolt.

L'année 2016 a été difficile pour les responsables du PEV qui ne sont dorénavant plus seulement responsables du domaine de la vaccination ou de la santé de l'enfant. La multitude de rapports et d'activités qui étaient nécessaires rendait difficile la présentation des produits livrables dans les délais. L'incidence et la mortalité accrues de la grippe auxquelles sont confrontés plusieurs pays, les rapports sur le confinement en laboratoire du poliovirus, la transition du vaccin VPOt au VPOb et le rapport sur l'élimination durable de la rougeole et de la rubéole, en plus des activités habituelles telles que la SVA et le remplissage du Formulaire conjoint de notification de l'OMS/UNICEF ont grandement mis à contribution les équipes nationales.

La communication continue, les rappels en temps

opportun, la persuasion bienveillante, le recours à des consultants recrutés à court terme pour aider à l'exécution de certaines activités et l'utilisation de modèles simples ont été des facteurs facilitants. J'ai aussi appris que la probabilité est plus grande que les formulaires soient remplis si les objectifs sont bien formulés et les échéances raisonnablement réparties.

Les pays des Caraïbes ont été les chefs de file de l'introduction des vaccins mais ils sont à la traîne concernant l'introduction des vaccins conjugués contre le virus du papillome humain et antipneumococcique. Les coûts de ces vaccins plus récents ont été le facteur aggravant, malgré la classification à revenu intermédiaire - tranche supérieure de nombreux pays. Je me suis ainsi rendue compte qu'il fallait déployer plus d'efforts pour convaincre les gouvernements de la valeur sociétale de ces vaccins et de la nécessité d'offrir un accès équitable. L'utilisation d'études économiques et de calendriers efficaces, ainsi que de stratégies de prestation innovantes contribuera à recueillir l'engagement et l'appui nécessaires. J'ai également compris que l'introduction de ces vaccins à titre purement volontaire avec l'obtention d'un consentement libre et éclairé n'aboutit pas à une protection suffisante.

Pour terminer, j'ai appris que nous devons être déterminés en étendant les bienfaits de la vaccination à tous et en élargissant la participation des parties prenantes dans la défense de la cause afin d'assurer que nous atteignons et que nous maintenons une couverture de 95 % avec tous les antigènes. ■

Les objectifs de la rubrique « Ce que j'ai appris » sont d'offrir un espace aux professionnels de la vaccination de tous les coins des Amériques pour partager leur expérience personnelle et les leçons qu'ils en ont tirées. Les personnes qui aimeraient publier leur témoignage dans cette rubrique sont invitées à contacter Octavia Silva à silvaeo@paho.org.