

Réunion du GCT 2017

**XXIV^e réunion du Groupe consultatif technique (GCT) sur les
maladies évitables par la vaccination**

**12 au 14 juillet 2017
Ville de Panama, Panama**



**Organisation
panaméricaine
de la Santé**



BUREAU RÉGIONAL DES

**Organisation
mondiale de la Santé**

Amériques

XXIV^e réunion du GCT
Ville de Panama, Panama

XXIV^e réunion du GCT
Ville de Panama, Panama

Table des matières

LES MEMBRES DU GCT	5
SIGLES	7
INTRODUCTION	9
RAPPORT DE MI-PARCOURS SUR L'ATTEINTE DES OBJECTIFS ETABLIS DANS LE PLAN D'ACTION REGIONAL POUR LA VACCINATION (RIAP)	10
RECOMMANDATIONS	12
PERSPECTIVES EN MATIERE DE PERENNITE DES PROGRAMMES DE VACCINATION DANS LES AMERIQUES	14
RECOMMANDATIONS	15
MISE A JOUR SUR LA POLIO ET LES PROGRES VERS LA PHASE FINALE DE L'ERADICATION	16
RECOMMANDATIONS	20
MISE A JOUR SUR LE STATUT DES FLAMBES DE FIEVRE JAUNE DANS LES AMERIQUES	22
RECOMMANDATIONS	23
VACCINATION ANTIPNEUMOCOCCIQUE CONJUGUEE DANS LES AMERIQUES	25
RECOMMANDATIONS	26
MISE A JOUR SUR LES PROGRES EN MATIERE DE RENFORCEMENT DE LA QUALITE DES DONNEES SUR LA VACCINATION ET DES REGISTRES ELECTRONIQUES DE VACCINATION DANS LES AMERIQUES	27
RECOMMANDATIONS	27
PLAN D'ACTION POUR MAINTENIR L'ELIMINATION DE LA ROUGEOLE ET DE LA RUBEOLE DANS LES AMERIQUES	29
RECOMMANDATIONS	30
MISE A JOUR SUR LA RIPOSTE A LA COQUELUCHE DANS LES AMERIQUES	31
SURVEILLANCE DES INEGALITES EN MATIERE DE COUVERTURE VACCINALE DANS LES AMERIQUES	33
RECOMMANDATIONS	35
RENFORCEMENT DE LA CAPACITE DECISIONNELLE DES PROGRAMMES NATIONAUX DE VACCINATION	36
RECOMMANDATIONS	36
RENFORCEMENT DE LA GESTION DES CHAINES DU FROID ET D'APPROVISIONNEMENT DANS LES AMERIQUES ..	38
RECOMMANDATIONS	40
MISE A JOUR SUR L'UTILISATION DES VACCINS CONTRE LE VPH DANS LES AMERIQUES	41
RECOMMANDATIONS	42
UTILISATION DU VACCIN CONTRE LE MENINGOCOQUE DANS LE PROGRAMME DE VACCINATION SYSTEMATIQUE	43
RECOMMANDATIONS	44
AMELIORATION DE L'ACCES ET DE L'APPROVISIONNEMENT OPPORTUN EN VACCINS ET SERINGUES PAR LE BIAIS DU FONDS RENOUVELABLE DE L'OPS	45
RECOMMANDATIONS	46

Les membres du GCT

J. Peter Figueroa

Professeur de santé publique, épidémiologie et VIH/sida
University of the West Indies
Kingston, Jamaïque

Président du GCT

Jon K. Andrus

Professeur adjoint et chercheur principal
Center for Global Health, Division of Vaccines and Immunization
Université du Colorado
Washington, DC, États-Unis

Roger Glass

Directeur
Fogarty International Center et Associate Director International Research,
NIH/JEFIC-National Institutes of Health
Bethesda, MD, États-Unis

Akira Homma

Président du Conseil des politiques et stratégies
Institut Bio-Manguinhos
Rio de Janeiro, Brésil

Arlene King

Ancien médecin hygiéniste en chef,
Ontario, Canada
Professeur adjoint
Dalla Lana School of Public Health
Université de Toronto
Ontario, Canada

Nancy Messonnier

Directrice
National Center for Immunization and Respiratory Diseases
Centres pour le contrôle et la prévention des maladies
Decatur, GA, États-Unis

José Ignacio Santos

Professeur
Unité de médecine expérimentale
Faculté de Médecine
Université nationale autonome du Mexique
Mexico, Mexique

XXIV^e réunion du GCT
Ville de Panama, Panama

Cristiana Toscano
Professeure
Université fédérale de Goiás
Goiana, Brésil

Dr. Jeanette Vega*
Directrice
Fonds national chilien de la santé
Santiago, Chili

Dr. Cuauhtémoc Ruiz-Matus
Chef de l'unité d'immunisation intégrale de la famille
OPS/OMS
Washington, D.C., États-Unis

Secrétaire ad hoc

*** N'était pas présent au GCT 2017**

Sigles

BCG	vaccin antituberculeux dirigé contre le bacille de Calmette-Guérin
CIE	Comité international d'experts chargé de documenter et de vérifier l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du SRC
DTC3	troisième dose du vaccin antidiphtérique-antitétanique-anticoquelucheux
EVM	<i>Effective Vaccine Management</i> [gestion efficace des vaccins]
EYE	<i>Eliminating Yellow Fever Epidemics</i> [élimination des épidémies de fièvre jaune]
fVPI	dose fractionnée du vaccin antipoliomyélitique inactivé
fVFJ	dose fractionnée du vaccin antiamaril
GAPIII	troisième édition du Plan d'action mondial de l'OMS visant à réduire au minimum le risque d'exposition au poliovirus associé aux établissements après l'éradication par type des poliovirus sauvages et l'arrêt progressif de l'utilisation du vaccin antipoliomyélitique oral
GCT	Groupe consultatif technique de l'OPS sur les maladies évitables par la vaccination
GCTNV	Groupe consultatif technique national sur la vaccination
ID	intradermique
IM	intramusculaire
ISIS	<i>Integrated Surveillance Information System</i> [système d'information pour une surveillance intégrée de l'OPS]
JRF	PAHO-WHO/UNICEF Joint Reporting Form [Formulaire conjoint de notification de l'OPS/OMS-UNICEF]
MEV	maladies évitables par la vaccination
ml	millilitre
OMS	Organisation mondiale de la Santé
OPS	Organisation panaméricaine de la Santé
PAMV	Plan d'action mondial pour les vaccins
PEV	Programme élargi de vaccination
PFA	paralysie flasque aiguë
PMIS	<i>PAHO Management Information System</i> [système d'information pour la gestion de l'OPS]
PVDVc	poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale
PVDV2	poliovirus dérivé d'une souche vaccinale de type 2
PVS	poliovirus sauvage
PVS1	poliovirus sauvage de type 1
PVS2	poliovirus sauvage de type 2
REV	registre électronique de vaccination
RIAP	<i>Regional Immunization Action Plan</i> [Plan d'action régional pour la vaccination]
RIVS	<i>Regional Immunization Vision and Strategy</i> [La vaccination dans la Région : vision et stratégie]
ROR1	première dose du vaccin antirougeoleux, antiourlien et antirubéoleux
ROR2	deuxième dose du vaccin antirougeoleux, antiourlien et antirubéoleux
SAGE	<i>WHO Strategic Advisory Group of Experts on immunization</i> [Groupe consultatif stratégique d'experts de l'OMS sur la vaccination]
SC	sous-cutané
SRC	syndrome de rubéole congénitale
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VCMC	vaccin conjugué contre le méningocoque de sérotype C
VPC	vaccin antipneumococcique conjugué
VPC-10	vaccin antipneumococcique conjugué 10-valent
VPC-13	vaccin antipneumococcique conjugué 13-valent
VPH	vaccin contre le virus du papillome humain
VPH2	vaccin bivalent contre le virus du papillome humain

XXIV^e réunion du GCT
Ville de Panama, Panama

VPH4	vaccin quadrivalent contre le virus du papillome humain
VPI	vaccin antipoliomyélitique inactivé
VPO	vaccin antipoliomyélitique oral
VPOb	vaccin antipoliomyélitique oral bivalent
VPOt	vaccin antipoliomyélitique oral trivalent
VR	vaccin antirotavirus
VSSM	<i>Vaccination Supplies Stock Management software</i> [logiciel de gestion du stock de fournitures pour la vaccination]
wVSSM	<i>Web-based Vaccine Supplies Stock Management software</i> [logiciel Web de gestion du stock de fournitures pour la vaccination] (disponible en anglais)

Introduction

La XXIV^e réunion du Groupe consultatif technique (GCT) sur les maladies évitables par la vaccination de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) a eu lieu dans la ville de Panama au Panama du 12 au 14 juillet 2017. Le slogan de la réunion « 40 Ans Et Toujours En Progrès! » a été choisi pour célébrer le 40^e anniversaire du Programme élargi de vaccination (PEV), qui a vu le jour en 1977.

Cette réunion avait pour objectifs de passer en revue les progrès réalisés dans plusieurs initiatives axées sur la lutte contre les maladies évitables par la vaccination (MEV) et leur élimination, ainsi que de faire des recommandations sur les façons de résoudre les nombreux problèmes auxquels font face les programmes nationaux de vaccination dans les Amériques. Les sujets abordés lors de la réunion, le *Plan d'action pour la pérennité de l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale dans les Amériques (2018-2023)*¹ et le *Plan d'action en matière de vaccination : évaluation à mi-parcours*² seront présentés lors de la prochaine Conférence sanitaire panaméricaine qui aura lieu en septembre 2017.

Le ministère de la Santé du Panama a ouvert la réunion et a exprimé sa joie d'accueillir l'événement, en reconnaissant comment la réunion va grandement profiter à la santé publique aux niveaux national, régional et mondial. On a aussi mentionné l'importance du PEV du Panama, parce qu'il fournit à la population du pays un accès libre et équitable à 23 vaccins, notamment aux personnes vivant dans les zones géographiques et autochtones difficiles d'accès. Les autres pays peuvent considérer comme un exemple les réussites du PEV du Panama, qui peuvent être attribuées à son personnel de santé solide et déterminé, ainsi qu'au degré élevé d'acceptabilité des vaccins par ses habitants. Ces réussites contribuent également au succès de l'ensemble de la Région. Le sous-directeur de l'OPS, le Dr Francisco Becerra, et le président du GCT, le Dr Peter Figueroa, ont à leur tour souhaité la bienvenue aux participants à la réunion.

¹ Document CSP29/8, disponible sur www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=41213&Itemid=270&lang=fr

² Document CSP29/INF/7, disponible sur www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=41307&Itemid=270&lang=fr

Rapport de mi-parcours sur l'atteinte des objectifs établis dans le Plan d'action régional pour la vaccination (RIAP)

En 2012, l'Assemblée mondiale de la Santé a approuvé le Plan d'action mondial pour les vaccins (PAMV) 2010-2020. Dans la Région des Amériques, *La vaccination dans la Région : vision et stratégie (RIVS) 2010-2015*, a guidé les programmes nationaux de vaccination jusqu'à ce que le PAMV soit adapté au contexte régional et que le Plan d'action régional pour la vaccination (RIAP) le remplace en 2016.

Lors de l'Assemblée mondiale de la Santé en 2017, les représentants en santé mondiale ont présenté l'évaluation à mi-parcours du PAMV, en faisant remarquer que des progrès adéquats n'avaient été réalisés que pour une des six cibles établies pour cette période. Au nombre des cibles qui n'ont pas été atteintes, on compte l'atteinte des cibles nationales et municipales relatives à des taux de couverture vaccinale de 90 % et plus ou 80 % et plus, respectivement, dans tous les pays, l'éradication mondiale de la polio, l'élimination du tétanos maternel et néonatal, l'élimination de rougeole dans au moins cinq régions et l'élimination de la rubéole dans au moins deux régions. La seule cible sur la bonne voie était la cible fixée pour l'introduction de nouveaux vaccins. L'évaluation à mi-parcours du PAMV semblait indiquer que la lenteur des progrès pourrait être liée à de faibles niveaux d'engagement ou d'appropriation de la part des pays, aux zones ou aux populations accédant difficilement aux services de vaccination, à une surveillance épidémiologique insuffisante, à une mauvaise gestion à divers niveaux organisationnels, à l'incapacité d'assurer une collecte et une analyse systématiques et en temps utile des données, à un décalage entre le programme de vaccination et les activités de renforcement des systèmes de santé, aux conflits sociaux ou armés, aux flambées et à d'autres urgences et priorités sanitaires concurrentes.

Face aux préoccupations relatives à la lenteur des progrès réalisés à l'échelle mondiale, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté la résolution A70.14³ (Renforcer la vaccination pour atteindre les objectifs du Plan d'action mondial pour les vaccins), qui invite instamment les États Membres de l'OMS :

- à assurer un leadership et une gouvernance plus solides des programmes de vaccination nationaux,
- à veiller à l'utilisation des données actualisées,
- à renforcer leurs capacités de surveillance,
- à élargir les services de vaccination pour couvrir toute la durée de la vie,
- à suivre les recommandations du Règlement sanitaire international,
- à mobiliser un financement intérieur pour les achats de vaccins et le fonctionnement du programme,
- à renforcer la coopération internationale et la fabrication nationale afin d'assurer la disponibilité de vaccins et de technologies financièrement abordables.

Conformément au mandat des organes directeurs de l'OPS, l'évaluation à mi-parcours (2015-2016) du RIAP sera présentée à la Conférence sanitaire panaméricaine en 2017. Elle décrit les progrès accomplis jusqu'à présent, fournit une évaluation approfondie des cibles qui ne sont pas atteintes, évalue les difficultés et les facteurs contextuels qui ont retardé les progrès et propose des solutions et des actions qu'il faut appliquer pour atteindre les cibles d'ici 2020.

Le RIAP consiste en quatre axes d'intervention stratégique : 1) préserver les acquis, 2) conclure le programme inachevé, 3) relever les nouveaux défis et 4) renforcer les services de santé pour la prestation efficace de la vaccination. Ces quatre domaines comprennent sept objectifs généraux et six objectifs stratégiques ; 29 indicateurs ont également été élaborés pour suivre les progrès accomplis en vue d'atteindre les objectifs du RIAP.

Depuis la création du PEV, l'OPS et les États Membres ont suivi la couverture vaccinale pour surveiller les progrès de la vaccination. Le principal indicateur de la couverture vaccinale employé pour suivre la performance du programme est la troisième dose du vaccin antidiphtérique-antitétanique-anticoquelucheux (DTC3) chez les

³ http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_R14-fr.pdf

enfants âgés de moins d'un an. Pendant une grande partie de l'histoire du PEV dans les Amériques, la couverture du DTC3 a constamment augmenté, pour atteindre des niveaux qui étaient parmi les plus élevés de toutes les régions de l'OMS. Au cours des cinq dernières années, dans un revirement brutal de la tendance régionale historique, les taux moyens de couverture vaccinale aux niveaux national et régional ont plafonné et même diminué dans certains cas. En 2015, la couverture mondiale moyenne du DTC3 atteignait 87 %, tandis que la couverture régionale du DTC3 chutait pour passer de 94 % en 2011 à 91 % en 2015.

Le RIAP a établi des objectifs pour que les pays atteignent une couverture de 95 % pour tous les vaccins aux niveaux national et municipal, afin de réduire les risques liés à la réintroduction ou à la réémergence de MEV qui ont déjà été éliminées ou qui sont contrôlées. En 2015, 20 pays et territoires ont déclaré une couverture nationale ≥ 95 %, 13 une couverture de 90 à 95 %, six une couverture de 80 à 90 % et quatre une couverture < 80 %. L'analyse au niveau infranational indique que 50 % des municipalités d'Amérique latine et des Caraïbes ont déclaré une couverture < 95 % la même année.

Alors que l'atteinte d'une couverture élevée et homogène avec le calendrier vaccinal systématique du PEV représente un défi pour la Région, les pays et territoires des Amériques continuent d'être des chefs de file en introduisant de nouveaux vaccins et, dans la plupart des cas, obtiennent les ressources nationales pour acheter ces vaccins. En 2016, 34 pays et territoires avaient introduit le vaccin antipneumococcique conjugué dans leurs programmes nationaux de vaccination, 20 avaient introduit le vaccin antirotavirus, et 25 avaient introduit le vaccin contre le virus du papillome humain (VPH). Cela signifie que 90 % et 85 % de la cohorte de naissance régionale vit dans des pays où le vaccin antipneumococcique conjugué ou le vaccin antirotavirus, respectivement, fait partie du programme de vaccination systématique. Bien que le vaccin contre le VPH ait été introduit quelques années plus tard, 80 % d'une génération typique d'adolescentes âgées de 9 ans avait déjà accès au vaccin grâce au programme de vaccination systématique.

D'après l'évaluation à mi-parcours présenté devant le Comité exécutif de l'OPS en juin 2017, 16 des 29 indicateurs de suivi sont en voie d'être atteints, trois sont en cours de réalisation et 10 sont en retard.

Les indicateurs suivants sont en voie d'être atteints :

- aucun cas de paralysie flasque aiguë (PFA) imputable au poliovirus
- pas de reprise de la transmission de la rougeole ou de la rubéole endémique
- réalisation des indicateurs de suivi de la qualité de la surveillance épidémiologique de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale (SRC)
- administration du vaccin contre l'hépatite B dans les 24 heures suivant la naissance
- existence de plans d'action nationaux pour la vaccination
- surveillance de la satisfaction des bénéficiaires envers le vaccin pendant la Semaine de la vaccination dans les Amériques
- tenue d'études coût-efficacité avant d'introduire de nouveaux vaccins
- tenue d'études suivant l'introduction de nouveaux vaccins (études d'impact, examens opérationnels, etc.)
- vaccination des femmes enceintes contre la grippe et/ou le tétanos et la diphtérie
- financement de la vaccination en employant des ressources nationales pour ≥ 90 % des besoins totaux en matière de financement
- accès à un approvisionnement adéquat en vaccins de qualité
- taux d'abandon < 5 % entre la première et la troisième dose de DTC
- amélioration de la qualité des données sur la couverture
- mise en place de registres électroniques de vaccination au niveau national
- surveillance post-commercialisation des vaccins
- vaccination des agents de santé

Les indicateurs suivants sont en cours de réalisation :

XXIV^e réunion du GCT
Ville de Panama, Panama

- incidence du tétanos néonatal < 1/1000 naissances vivantes enregistrées
- introduction d'un ou de plusieurs nouveaux vaccins dans le programme national
- intégration d'autres interventions préventives avec la vaccination

Les indicateurs suivants sont en retard :

- indicateurs servant à surveiller la qualité de la surveillance épidémiologique de la PFA
- existence d'un fondement juridique ou administratif des programmes de vaccination
- existence d'un Groupe consultatif technique national sur la vaccination (GCTNV) rencontrant les critères de bonne fonctionnalité de l'OMS
- couverture nationale du DPT3 \geq 95 % chez les enfants âgés de moins d'un an
- couverture du DPT3 \geq 80 % dans chacun des districts ou équivalent chez les enfants âgés de moins d'un an
- surveillance de l'équité en matière de vaccination au moyen d'une analyse de la couverture par quintile de revenu
- exactitude de l'offre et de la demande en vaccins obtenus par le biais du Fonds renouvelable de l'OPS pour l'achat de vaccins
- couverture nationale du DPT3 \geq 95 % chez les enfants âgés de moins d'un an pendant trois années consécutives ou plus
- identification et correction des obstacles qui empêchent d'atteindre les populations non vaccinées et sous-vaccinées
- signalement des ruptures de stock d'un ou de plusieurs vaccins ou fournitures connexes pendant plus d'un mois à tout niveau de la structure nationale

Suite à l'évaluation à mi-parcours, le Comité exécutif a fait les recommandations suivantes de manière à assurer l'avancement adéquat envers l'atteinte des objectifs du RIAP :

- a) améliorer les cadres législatifs
- b) faire en sorte que tous profitent également des avantages de la vaccination.
- c) maintenir et renforcer l'engagement national à l'égard des programmes de vaccination
- d) accroître la surveillance des maladies
- e) dynamiser le système d'information
- f) améliorer la communication et la mobilisation sociale

Le GCT a remarqué que la plupart des indicateurs non satisfaits faisaient intervenir l'application de principes fondamentaux en matière de stratégies du PEV tels que la couverture au niveau du district. Bien que le PEV ait assuré la lutte contre les MEV et leur élimination dans les Amériques, les gouvernements doivent réaffirmer leur engagement envers les objectifs du RIAP afin de maintenir ces importantes réalisations. L'évaluation à mi-parcours vise à faire prendre davantage conscience des défis auxquels le PEV fait face pour permettre de retenir la volonté politique nécessaire afin de trouver les solutions aux vulnérabilités transversales et propres aux programmes qui mettent en péril des décennies de progrès réalisés dans l'élimination et le contrôle des MEV.

Recommandations

- Le GCT félicite les États Membres des Amériques de leur engagement constant envers le contrôle et l'élimination des MEV, tel qu'en témoigne l'existence du PEV depuis 40 ans.
- Le GCT est vivement préoccupé par la diminution des niveaux de couverture du DTC3 déclarés aux niveaux régional, infranational et national. Le GCT prie instamment les pays, avec l'appui de l'OPS, d'évaluer et de diagnostiquer au niveau local les causes sous-jacentes (perceptions de la société, raisons sociopolitiques, économiques, programmatiques, etc.) du recul des cibles de couverture vaccinale, de manière à pouvoir concevoir et mettre en œuvre des mesures correctives.
- Le GCT approuve les recommandations faites dans l'évaluation à mi-parcours du RIAP qui seront présentées à la Conférence sanitaire panaméricaine en septembre 2017.

XXIV^e réunion du GCT
Ville de Panama, Panama

- Les États Membres et le Bureau sanitaire panaméricain doivent mettre en œuvre les recommandations de la résolution A70.14 de l'Assemblée mondiale de la Santé de 2017, ainsi que les propositions faites dans l'évaluation à mi-parcours du RIAP.
- Le GCT incite l'OPS et les États Membres à redoubler d'efforts pour expliquer aux responsables politiques et au public l'importance de la vaccination et les avantages économiques et sanitaires considérables qui découlent de l'investissement dans des programmes nationaux de vaccination robustes.

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.

Mise à jour sur la polio et les progrès vers la phase finale de l'éradication

Mise à jour mondiale

On a constaté dans les pays du monde entier d'importants progrès de l'engagement envers l'éradication mondiale de la polio. Chaque jour, davantage d'enfants sont complètement protégés dans les pays où la maladie demeure endémique (Afghanistan, Nigeria et Pakistan). Le long de la frontière entre le Pakistan et l'Afghanistan, une région considérée comme un réservoir de poliovirus, le nombre d'enfants atteint de paralysie flasque aiguë (PFA) et n'ayant reçu aucune dose (un des principaux indicateurs de la surveillance) a continué de baisser, passant de 24 % en 2014 à 2 % en 2016. Au Nigeria, 95 % des cas de PFA âgés de 6 à 59 mois avaient reçu plus de quatre doses du vaccin antipoliomyélitique oral (VPO). En 2016, les pays n'ont déclaré que 37 cas de PFA, soit le nombre le plus faible qui n'ait jamais été enregistré. En date du 4 juillet 2017, seuls six cas de poliovirus sauvage (PVS) ont été déclarés, contre 19 cas à la même date en 2016. Il existe toutefois dans ces trois pays des zones inaccessibles où le PVS est encore endémique en raison de l'insécurité. Par exemple, au mois d'août 2016 au Nigeria, quatre souches de PVS1 ont été isolées de cas de PFA identifiés chez des familles déplacées dans trois districts de l'État de Borno. Cela a représenté un revers majeur pour les efforts d'éradication mondiale. De plus, la circulation de poliovirus dérivés d'une souche vaccinale (PVDVc) se poursuit. En 2016, cinq cas de PVDVc ont été déclarés, tandis qu'au 4 juillet 2017, 28 cas de PVDVc avaient déjà été déclarés, par rapport à trois cas à la même date en 2016.

Mise à jour régionale

Conformément au Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale, entre 2015 et 2016, tous les pays de la Région qui ont administré exclusivement le vaccin antipoliomyélitique oral trivalent (VPOt) ont introduit une dose du vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI). Par la suite, jusqu'en avril 2016, les 36 pays qui utilisaient encore le VPO dans leurs programmes de vaccination systématique sont passés du VPOt au vaccin antipoliomyélitique oral bivalent (VPOb). Après le remplacement du vaccin, les 36 pays ont tous effectué la supervision de 100 % des ménages et des cliniques de vaccination, et ont présenté des rapports, qui ont été validés à la fois par le Comité national de certification et la Commission régionale de certification.

Ces 15 dernières années, la couverture vaccinale régionale des trois doses de vaccin antipoliomyélitique (polio-3) variait de 90 à 94 %. La Région n'a toutefois pas rencontré son objectif d'avoir une couverture du polio-3 ≥ 95 % parce que trop peu de pays avaient rencontré la cible au niveau national. Au niveau infranational, la couverture vaccinale n'est pas uniforme entre les municipalités.

La capacité de détecter et de réagir aux flambées dépend de la qualité de la surveillance de la polio, et la surveillance de la PFA est la référence absolue pour surveiller l'absence de PVS et la circulation du PVDVc. Au cours des cinq dernières années, la Région a atteint un taux de déclaration ≥ 1 cas de PFA pour 100 000 enfants âgés de moins de 15 ans ; le pourcentage des cas pour lesquels des échantillons adéquats de selles ont été obtenus dans les 14 jours suivant l'apparition de la paralysie, qui doit atteindre au moins 80 %, a varié de 73 à 79 % au cours des 10 dernières années et était de 75 % ces 52 dernières semaines.⁴ Le pourcentage de cas de PFA investigués dans les 48 heures suivant la déclaration, qui doit atteindre au moins 80 %, a varié de 61 à 91 % et est de 80 % ces 52 dernières semaines.⁵ En 2016, seuls le Nicaragua et le Paraguay ont respecté ces trois indicateurs ; au cours des 52 dernières semaines, seul le Paraguay a respecté les trois indicateurs.

De 2012 à 2016, seuls quatre cas de PFA ont été classifiés comme pouvant être imputés à la polio (cas compatibles). Cependant, lors de l'analyse cas par cas des données de la PFA, 568 cas de PFA ont été éliminés par faute d'échantillons adéquats de selles ou de suivi pour vérifier la présence de paralysie résiduelle ou de séquelles.

⁴ Les 52 dernières semaines se terminant à la semaine épidémiologique 26 (1^{er} juillet 2017).

⁵ Les 52 dernières semaines se terminant à la semaine épidémiologique 26 (1^{er} juillet 2017).

Selon le guide pratique de l'OPS sur la polio,⁶ les cas sans échantillon adéquat et sans suivi doivent être classifiés comme étant compatibles et doivent être considérés comme des échecs du système de surveillance.

Évaluation du risque de polio

Il est important que les pays connaissent les risques d'importation du PVS et d'un incident de PVDVc. En tant que tel, la vigilance constante est de mise dans la Région pour assurer une couverture vaccinale élevée et pour améliorer la qualité de la surveillance de la PFA pour pouvoir déceler les flambées en temps utile et intervenir.

Avec l'appui de la Commission régionale, l'OPS a mis au point une méthodologie d'analyse des risques pour évaluer le risque d'importation du poliovirus dans les Amériques. La méthode propose quatre composantes d'évaluation : 1) la couverture vaccinale, comme approximation du niveau d'immunité au sein de la population, 2) la surveillance de la PFA, 3) les flambées, dont les antécédents de PVDVc ou de toute autre MEV et la disponibilité d'un plan d'intervention en cas de flambée et 4) d'autres composantes qui comprennent les facteurs liés à la population et les facteurs propres au système de santé qui pourraient influencer la capacité nationale à détecter et à intervenir face à des importations de PVS ou à des incidents de PVDVc.

L'analyse a été faite récemment et elle comprenait la collecte et l'analyse d'informations préexistantes figurant sur le formulaire conjoint de notification de l'OPS/OMS-UNICEF (JRF, selon son sigle anglais), du Système d'information pour une surveillance intégrée (ISIS) de l'OPS/OMS et de la *Situation sanitaire dans les Amériques : principaux indicateurs* de l'OPS. Les résultats de cette évaluation ont montré que trois pays couraient un risque très élevé d'importation de polio, cinq pays couraient un risque élevé, neuf pays un risque moyen et trois un faible risque (tableau 1). Jusqu'à présent, 31 pays ont présenté des plans à l'OPS pour la détection et l'intervention face à des incidents ou à des flambées de poliovirus.

Tableau 1. Évaluation des risques d'importation de poliovirus dans les pays d'Amérique latine (les pointages des risques sont classifiés comme étant très élevés [pointage ≥ 9], élevés [de 8 à 9], moyens [de 6 à 7] et faibles [≤ 5])

N°	Pays	Pointage
1	Guatemala	9,8
2	Haïti	9,6
3	Venezuela	9,2
4	Brésil	8,2
5	République dominicaine	8,1
6	El Salvador	8
7	Pérou	7,9
8	Équateur	7,6
9	Paraguay	7,4
10	Panama	7,1
11	Colombie	7,1
12	Argentine	7
13	Honduras	6,9
14	Bolivie	6,5
15	Chili	6,2
16	Nicaragua	6,1
17	Costa Rica	6
18	Uruguay	5,6
19	Cuba	5,5
20	Mexique	4,9

⁶ Poliomyelitis Eradication Field Guide (2006), disponible en anglais et en espagnol sur http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=787&Itemid=1617&lang=en

État du confinement mondial

Des progrès ont été accomplis pour confiner le poliovirus de type 2 depuis la publication, en décembre 2014, du *Plan d'action mondial de l'OMS visant à réduire au minimum le risque d'exposition au poliovirus associé aux établissements après l'éradication par type des poliovirus sauvages et l'arrêt progressif de l'utilisation du vaccin antipoliomyélitique oral (GAPIII)*.

En date du 1^{er} mai 2017, 175 pays et territoires ont déclaré qu'ils étaient exempts du type sauvage et du poliovirus dérivé d'une souche vaccinales de type 2, 18 ont déclaré ne pas en être débarrassés et 12 étaient en train de finaliser les rapports. A l'heure actuelle, 30 pays ont désigné 77 établissements en tant qu'établissements « essentiels » chargés de conserver les poliovirus de type 2, mais certains pays doivent encore nommer l'autorité nationale chargée du confinement qui sera responsable de certifier que ces établissements répondent aux exigences relatives au confinement décrites dans le GAPIII.

Le Groupe consultatif sur le confinement est en train d'élaborer des lignes directrices visant à aider les établissements à identifier les échantillons susceptibles d'héberger des poliovirus de type 2, lesquelles comprendront des recommandations sur leur destruction ou leur manipulation sécuritaire. Pour soutenir la mise en œuvre de la Phase II, l'OMS et ses Bureaux régionaux ont suscité une prise de conscience accrue du confinement et ont renforcé la capacité nationale en formant le personnel des autorités nationales chargées du confinement et les établissements « essentiels » chargés de conserver les poliovirus sur la mise en œuvre et la certification du GAPIII.

État du confinement régional

En harmonie avec le GAPIII, le Plan d'action régional pour le confinement du poliovirus est en train d'être appliqué en trois phases liées aux jalons de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. Le Plan régional est appliqué dans 44 pays et territoires en suivant les lignes directrices de l'OMS et de la Commission régionale de certification, et avec le soutien technique de l'OPS. Au total, 44 coordinateurs du confinement de la polio ont été désignés dans la Région.

En juin 2017, la Commission régionale a examiné 19 des 23 rapports attendus correspondant à 18 rapports de pays et à un rapport de la sous-région des Caraïbes. Tous les pays ont présenté au moins un rapport d'avancement de la phase 1 sur le GAPIII : confinement du PVS2/PVDV2/VPO2/Sabin2. La Commission régionale a entièrement validé trois rapports de pays pour le processus d'enquête, d'inventaire et l'identification sur du matériel de PVS2/PVDV2/VPO2/Sabin2 infectieux et potentiellement infectieux, 18 rapports sur du matériel de PVS2/PVDV2 infectieux et potentiellement infectieux, et 13 rapports sur du matériel de Sabin2 infectieux.

Six pays de la Région ont désigné 31 établissements en tant qu'établissements « essentiels » chargés de conserver les poliovirus : deux au Brésil, quatre au Canada, un à Cuba, trois au Chili, un au Mexique et 20 aux États-Unis. Seuls deux de ces pays ont nommé une autorité nationale chargée du confinement. Un atelier régional de formation conçu à l'intention des vérificateurs du GAPIII a eu lieu en février 2017 pour soutenir les efforts des autorités nationales dans la mise en œuvre d'un mécanisme de certification du confinement. Chacun des établissements doit déposer une demande pour le processus de certification auprès des autorités nationales chargées du confinement.

Utilisation de doses fractionnées du vaccin antipoliomyélitique inactivé (fVPI)

Situation actuelle de l'approvisionnement en VPI

Les deux fabricants mondiaux de VPI, Bilthoven Biologicals et Sanofi Pasteur, ont eu des problèmes de procédés de fabrication et ont en conséquence fait des offres sur le marché mondial qui ne suffisent pas à répondre à la demande mondiale en VPI. Les pénuries mondiales de VPI vont vraisemblablement perdurer au moins jusqu'en 2018, d'éventuelles améliorations étant prévues d'ici 2020.

Bilthoven Biologicals est le seul fabricant qui, par le biais du Fonds renouvelable, offre le VPI en flacon (US\$ 1,90 par dose). L'autre fabricant de VPI a offert une quantité limitée de doses de VPI dans des seringues préremplies (US\$ 5,30 par dose) qui a contribué à réduire les insuffisances d'approvisionnement, sans toutefois répondre à la demande totale de la Région.

Le fruit des efforts déployés entre les pays a permis au Fonds renouvelable de l'OPS pour l'achat de vaccins et à l'Unité d'immunisation intégrale de la famille (FGL/IM) de l'OPS d'apporter des ajustements au calendrier de livraison des vaccins. Les pays ont reçu suffisamment de vaccins pour mener à bien les programmes de vaccination contre la polio, parce qu'ils ont maintenu les canaux de communication ouverts avec les fabricants. Toutefois, même en maintenant ces efforts de collaboration, on estime que les pays de la Région commenceront à connaître des ruptures de stock de VPI dès juillet 2017.

Première réaction à l'approvisionnement limité en VPI

En mars 2016, en s'appuyant sur les données disponibles sur la séroconversion, le Groupe consultatif stratégique d'experts sur la vaccination de l'OMS (SAGE) a recommandé d'utiliser deux doses de fVPI au lieu d'une dose complète de VPI, comme option permettant d'optimiser l'approvisionnement disponible en VPI au niveau national. En mai 2016, le GCT a discuté de la pénurie mondiale de VPI et de la situation de l'approvisionnement dans la Région lors d'une réunion ad hoc virtuelle. Après l'examen des données probantes sur l'innocuité et l'immunogénicité de l'administration intradermique (ID) de deux doses de fVPI (0,1 ml ou 1/5 de la dose complète), le GCT a recommandé aux pays de réduire le gaspillage du VPI, de se préparer à d'éventuelles pénuries de VPI, de renforcer l'intervention en cas de flambée, d'évaluer la capacité d'administrer le fVPI par voie ID dans le programme de vaccination systématique et de renforcer la surveillance épidémiologique.

La situation mondiale de l'approvisionnement s'est détériorée depuis les dernières recommandations du GCT portant sur les doses de fVPI administrées par voie ID. En mars 2017, le GCT a tenu une réunion ad hoc virtuelle subséquente pour discuter du problème. Lors de cette réunion, le GCT a recommandé que les pays qui administrent plus de 100 000 doses de VPI annuellement, et ayant la capacité de former des agents de santé et de superviser la mise en œuvre de l'administrations par voie ID du fVPI, commencent immédiatement à se préparer à mettre en œuvre un programme de vaccination comprenant deux doses de fVPI, suivies par deux ou trois doses de VPOb (tableau 2). Dans les cas du Guatemala, d'Haïti et de la République dominicaine, le GCT a recommandé que ces pays évaluent soigneusement leur capacité d'introduire un programme comprenant deux doses de fVPI, en soupesant le risque de ruptures de stock par rapport aux exigences en matière de formation et de supervision, et la nécessité d'atteindre une couverture élevée.

Tableau 2. Recommandation régionale pour le programme de vaccination contre la polio, les Amériques, 2017

Calendrier de vaccination	De base			De rappel	
	1 ^e	2 ^e	3 ^e	4 ^e	5 ^e
	fVPI	fVPI	VPOb	VPOb	VPOb

Preuves scientifiques étayant l'utilisation de deux doses de fVPI

Les preuves scientifiques dont on dispose indiquent que deux doses de fVPI administrées par voie ID offrent une séroconversion plus élevée pour tous les sérotypes de polio qu'une dose complète de VPI administrée par voie intramusculaire (IM). De plus, des études révèlent que plus l'intervalle entre l'administration des doses fractionnées est grand, meilleure est la réponse immunitaire. On observe plus souvent des manifestations indésirables suite à l'administration par voie ID que voie IM, mais il s'agit en général principalement de réactions locales telles que l'érythème ou l'induration.

Considérations d'ordre programmatique et opérationnel concernant l'administration de deux doses de fVPI

En général, l'administration par voie ID de vaccins s'avère plus difficile que par voie IM. Il est donc nécessaire que tous les agents de santé reçoivent la formation adéquate sur l'administration sûre du vaccin. Il est nécessaire de

faire une supervision opportune concernant l'administration par voie ID du fVPI afin d'assurer la sécurité et l'efficacité du changement de stratégie proposé.

Selon la politique de flacons multidoses de l'OMS, le VPI conditionné en flacons multidoses peut être utilisé jusqu'à 28 jours. Dans le cas de l'application en doses fractionnées, il convient de prélever 0,1 ml de vaccin avec une seringue de calibre 27G 3/8, soit la même seringue que celle que l'on emploie pour administrer le BCG dans certains pays. Certains pays administrent toutefois le BCG à l'aide d'une seringue de 0,05 ml et n'ont ainsi aucun inventaire de seringue de 0,1 ml. D'après les informations du Fonds renouvelable, la plupart des pays ne disposeront probablement pas de seringues de 0,1 ml pour l'administration du BCG.

Pour introduire un programme de fVPI, il faut tenir compte des mises à jour du système d'enregistrement lors de la planification, de la formation et de la supervision. De plus, l'administration par voie ID du fVPI est fondée sur des données scientifiques mais n'est pas mentionnée sur l'étiquette, ce qui signifie que les pays doivent suivre le procédé de leur autorité nationale de réglementation respective pour se servir du vaccin hors RCP (*off-label*).

Le GCT estime que, à mesure que l'on se rapproche de l'éradication mondiale de la polio, il faudra tenir compte de plusieurs recommandations importantes :

Recommandations

- En raison de la pénurie mondiale de VPI et des données probantes indiquant qu'un protocole à deux doses de fVPI offre une meilleure protection qu'une dose complète de VPI, le GCT demande avec insistance aux États Membres d'envisager la mise en œuvre du protocole à deux doses par voie ID de fVPI, suivies par l'administration de deux ou trois doses de VPOb, au lieu d'une dose complète de VPI. Les États Membres, avec l'appui de l'OPS, doivent commencer à préparer les activités de formation et de communication à l'intention des agents de santé sur l'application du protocole d'administration par voie ID du fVPI.
- Le GCT réaffirme les recommandations de mai 2016, demandant aux États Membres de réduire le gaspillage de VPI. En prévision d'éventuelles ruptures de stock de VPI, les États Membres doivent se préparer à l'opérationnalisation de l'administration du VPOb au lieu du VPI jusqu'à ce que le VPI redevienne disponible, toujours en espaçant d'au moins quatre semaines l'administration des doses de vaccin.
- Le GCT fait appel au Fonds renouvelable pour continuer de surveiller étroitement l'offre mondiale de VPI et de seringues de 0,1 ml, ainsi que pour collaborer avec les fabricants de vaccins pour rétablir un approvisionnement en VPI sûr et à un coût abordable pour les Amériques.
- Le GCT approuve la méthodologie employée pour l'évaluation régionale des risques de polio et encourage les États Membres à procéder à des évaluations nationales annuelles des risques de polio pour déterminer les risques au niveau des districts. Bien que certains pays puissent courir des risques plus élevés que d'autres, le GCT souligne que tous les États Membres de la Région demeurent à risque d'importation de polio jusqu'à l'éradication mondiale de la maladie. D'ailleurs, le GCT exprime sa préoccupation devant le nombre de pays à risque élevé d'importation de poliovirus.
- Le GCT prie instamment les États Membres qui n'ont pas encore élaboré leur plan national d'intervention en cas de flambée de polio (Bolivie, Brésil, Guatemala, Paraguay et Uruguay) de le faire et d'en faire part à l'OPS.
- Afin de maintenir un niveau suffisant d'immunité de la population pour que la Région demeure exempte de polio, le GCT prie les États Membres d'assurer une couverture $\geq 95\%$ par l'administration de trois doses de vaccin antipoliomyélitique à l'échelle nationale et dans toutes les municipalités.
- Le GCT rappelle aux États Membres la nécessité d'assurer la capacité de détecter et de répondre aux importations de polio, particulièrement en demandant aux États Membres de satisfaire aux normes minimales de surveillance de la PFA.
- Le GCT conseille vivement aux États Membres de classer les cas de PFA, tel qu'indiqué dans le guide pratique de l'OPS sur la polio⁵ de 2006, en classant par catégories les cas en fonction des résultats de

XXIV^e réunion du GCT
Ville de Panama, Panama

laboratoire et des évaluations de suivi. Les cas compatibles doivent être considérés comme des échecs du système de surveillance, qui doivent être examinés par les comités nationaux et la Commission régionale.

- Le GCT encourage chaque pays à présenter au moins un rapport sur le confinement et il félicite les États Membres qui ont présenté les quatre éléments qui exigés dans les rapports sur le confinement.
- Le GCT encourage les États Membres à progresser dans la finalisation de l'inventaire des établissements ayant en leur possession du matériel de poliovirus infectieux et potentiellement infectieux, en suivant les conseils du Groupe consultatif sur le confinement, afin d'achever la Phase I du GAPIII.
- Le GCT incite les États Membres dotés d'établissements désignés en tant qu'établissements « essentiels » au poliovirus à nommer officiellement leurs Autorités nationales de confinement, et les établissements « essentiels » chargés de conserver les poliovirus à faire une demande de certificat de participation à leur autorité nationale de confinement, conformément au mécanisme de certification du confinement.

Mise à jour sur le statut des flambées de fièvre jaune dans les Amériques

Le 10 mars 2017, le GCT a tenu une réunion ad hoc virtuelle pour discuter de la flambée de fièvre jaune qui frappe actuellement le Brésil et de ses conséquences pour la Région au vue de la pénurie mondiale de vaccin anti-amaril. Cette flambée est considérée comme la plus grande flambée au Brésil depuis les années 1940 et elle s'est propagée à des zones de la côte atlantique qui, selon l'OMS, n'étaient précédemment pas considérées comme étant à risque de fièvre jaune. Suite à un examen de la situation épidémiologique au Brésil et à l'intervention nationale face à la flambée, y compris la vaccination, le GCT a de nouveau insisté sur l'importance de la vaccination contre la fièvre jaune par le programme de vaccination systématique et du maintien de niveaux élevés de couverture vaccinale dans les populations de tous âges habitant dans des zones d'endémie, afin de prévenir les cas et les flambées de maladie. Le GCT a réaffirmé qu'une dose unique de vaccin anti-amaril suffisait à conférer une immunité à vie contre la maladie, sans nécessiter de dose de rappel.

En prévision de la pénurie mondiale de vaccin anti-amaril et en raison de la flambée actuelle au Brésil, qui a provoqué une pénurie régionale de vaccin, le GCT a recommandé que les pays où la fièvre jaune est endémique envisagent de reporter la vaccination des enfants dans les zones non-enzootiques pour pouvoir réattribuer les doses aux zones prioritaires jusqu'à ce que le vaccin soit plus facile à obtenir aux niveaux régional et mondial. Le GCT a aussi approuvé la recommandation de 2016 du groupe SAGE d'utiliser des doses fractionnées de vaccin contre la fièvre jaune (fvfj) en réaction aux flambées se produisant en situations d'approvisionnement limité en vaccin. Le groupe SAGE a estimé que les données probantes dont il dispose étaient suffisantes pour établir que le fractionnement des doses de vaccin contre la fièvre jaune à un cinquième de la dose standard (0,1 ml au lieu de 0,5 ml, administrée par voie sous-cutanée [SC]), pourrait constituer une option sûre et efficace pour les campagnes de vaccination de masse afin de contrôler les flambées urbaines en situations de pénurie aiguë de vaccin. Le GCT a fait valoir que les pays d'endémie ne doivent considérer la dose de fvfj que comme une mesure à court terme à ne pas utiliser pour la vaccination systématique, puisqu'on ne dispose pas de données suffisantes pour permettre de démontrer hors de tout doute que le fractionnement des doses pourrait conférer l'immunité à vie qu'offre la vaccination avec une dose complète. Ainsi, il est possible que les personnes qui reçoivent une dose de fvfj doivent être vaccinées de nouveau. Des études concernant la durée de l'immunité conférée par les doses de fvfj sont en cours.

Depuis la réunion ad hoc virtuelle du GCT, la flambée de fièvre jaune s'est propagée à neuf États fédéraux, dont le District fédéral du Brésil, et a touché 17 États fédéraux (en date du 31 mai 2017). Le ministère de la Santé a déclaré 3240 cas présumés, parmi lesquels 792 ont été confirmés en laboratoire et 519 font encore l'objet d'investigation. Les cas confirmés ont été déclarés par Goiás, le District fédéral, Mato Grosso, Tocantins, Pará, Minas Gerais, Espírito Santo, São Paulo et Rio de Janeiro. La région du sud-est a été touchée le plus grièvement : les États de Minas Gerais et d'Espírito Santo recensent 94 % des cas confirmés, avec 260 cas (33 %) à Espírito Santo et 487 (61 %) à Minas Gerais. São Paulo et Rio de Janeiro ont aussi été touchés, déclarant 20 (2,5 %) et 17 (2 %) de cas humains confirmés de fièvre jaune, respectivement. Parmi les 792 cas de fièvre jaune confirmés en laboratoire, 35 % (274) ont entraîné la mort (taux de létalité parmi les cas confirmés). En plus des cas de maladie humaine, 3850 cas de maladie épizootique ont été signalés jusqu'au 31 mai, parmi lesquels 642 (17 %) ont été confirmés comme étant liés au virus de la fièvre jaune. Depuis le 1^{er} mai 2017, aucun autre cas humain confirmé de fièvre jaune n'a été déclaré. Tous les cas déclarés correspondaient à la transmission par des animaux sauvages et aucune transmission urbaine de la fièvre jaune par *Aedes aegypti* n'a été confirmée jusqu'à maintenant.

En réaction à la flambée, les autorités sanitaires brésiliennes⁷ ont élargi la liste des zones où la vaccination contre la fièvre jaune est recommandée pour tous les résidents âgés de plus de 9 mois et les voyageurs de passage dans

⁷ Pour de plus amples renseignements sur la situation épidémiologique du Brésil, voir le rapport n° 43/2017 du Centre des opérations d'urgence en santé publique du ministère de la Santé, 31 mai 2017, disponible en portugais sur : <http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/junho/02/COES-FEBRE-AMARELA---INFORME-43---Atualiza---o-em-31maio2017.pdf>

ces zones, en ajoutant 240 nouvelles municipalités aux 3529 municipalités pour lesquelles les recommandations étaient déjà en place. Le ministère de la Santé a récemment décidé de maintenir ces nouvelles zones dans les recommandations relatives à la vaccination contre la fièvre jaune jusqu'à ce que la flambée soit sous contrôle. Par conséquent, la vaccination contre la fièvre jaune est actuellement recommandée dans plusieurs municipalités de l'État de Bahia, et dans toutes les municipalités d'Espirito Santo, de Rio de Janeiro et de São Paulo, à l'exception des municipalités urbaines situées dans les zones métropolitaines de São Paulo et de Rio de Janeiro.

De janvier à mai 2017, le ministère de la Santé a distribué environ 26,3 millions de doses de vaccin anti-amaril à Minas Gerais (7,5 millions), Espirito Santo (3,6 millions), São Paulo (5,7 millions), Bahia (2,2 millions) et Rio de Janeiro (6,3 millions) dans un effort pour intensifier la vaccination. De plus, environ 7 millions de doses ont été distribuées pour la vaccination systématique et les voyageurs à travers le pays. Le Brésil a aussi reçu 3,5 millions de doses de la réserve mondiale d'urgence du groupe international de coordination pour l'approvisionnement en vaccin anti-amaril et les a distribuées aux municipalités faisant l'objet des recommandations de vaccination.

Stratégie mondiale visant à éliminer les épidémies de fièvre jaune

Le 12 septembre 2016, une coalition de partenaires travaillant à mettre un terme aux flambées de fièvre jaune s'est réunie à Genève (Suisse) pour mettre au point la nouvelle stratégie EYE d'élimination des épidémies de fièvre jaune (de l'anglais *Eliminating Yellow Fever Epidemics*). La stratégie a pour objectifs de protéger les populations à plus haut risque, d'assurer la disponibilité de l'approvisionnement en vaccin anti-amaril, de renforcer la résilience des centres urbains et de prévenir la propagation internationale de la fièvre jaune. Il s'agit d'un partenariat entre l'OMS, Gavi, l'Alliance du Vaccin et l'UNICEF, et dont le principal objectif est de décider de l'affectation des stocks à des fins de vaccination préventive, préemptive et systématique. Lors de sa dernière réunion, en mai 2017, le Fonds renouvelable de l'OPS pour l'achat de vaccins a été invité à se joindre au groupe pour assurer l'accès équitable aux vaccins contre la fièvre jaune dans les Amériques. Il existe également une entente entre EYE et le groupe international de coordination pour aider les pays à réagir aux flambées.

Recommandations

- Le GCT demande aux pays d'endémie d'optimiser l'administration de la vaccination, de maintenir une couverture vaccinale élevée chez les groupes cibles et de renforcer la surveillance de la couverture vaccinale et des manifestations postvaccinales indésirables.
- Le GCT réitère son approbation de l'utilisation de vaccin fractionné contre la fièvre jaune administré par voie sous-cutanée pour combattre les flambées se produisant dans un contexte de disponibilité limitée du vaccin. L'OPS doit soutenir les pays d'endémie dans le déploiement et la mise en œuvre de la vaccination fractionnelle contre la fièvre jaune administrée par voie SC, selon les besoins.
- Le GCT rappelle également aux pays d'endémie qui, comme stratégie d'économie des doses de vaccin, ont temporairement différé la vaccination systématique de l'enfant dans les zones qui ne sont pas actuellement à risque élevé de fièvre jaune, qu'ils doivent reprendre la vaccination systématique dès que l'approvisionnement de vaccin le permettra.
- Dans le cas du Brésil, le GCT souligne l'importance de poursuivre les activités de vaccination des résidents et des voyageurs de passage dans toutes les zones touchées au-delà de la durée de la flambée. La priorité est de combler les lacunes vaccinales dans l'espoir d'atteindre une couverture de 95 % de tous les résidents admissibles à la vaccination. Le GCT félicite aussi le ministère de la Santé du Brésil pour avoir adopté le protocole à dose unique de vaccin anti-amaril et soutient sa décision d'adopter la vaccination universelle de tous les enfants admissibles à la vaccination dans le pays en 2018.
- Le GCT préconise vivement aux pays d'endémie de renforcer la surveillance épidémiologique, virologique, vectorielle et zoonotique de la fièvre jaune et de réévaluer le risque de fièvre jaune, en tenant notamment compte des facteurs écologiques, de la migration et d'autres déplacements de population, des niveaux de couverture vaccinale et des tendances entomologiques. L'évaluation doit aussi tenir compte du risque spécifique de ré-urbanisation de la fièvre jaune. Les informations provenant des activités de surveillance et de l'évaluation des risques doivent être utilisées pour établir la priorité des mesures de vaccination et de lutte.

XXIV^e réunion du GCT
Ville de Panama, Panama

- Le GCT approuve la stratégie mondiale EYE et reconnaît que l'initiative a accru la visibilité de la fièvre jaune dans le programme mondial de santé publique, tout en se félicitant que le Fonds renouvelable de l'OPS ait été inclus comme membre de son organe directeur.
- Dans le contexte de la pénurie mondiale de vaccins contre la fièvre jaune, le GCT reconnaît les efforts du Fonds renouvelable destinés à répondre aux besoins en vaccins des États Membres où la fièvre jaune est endémique.

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.⁸ 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 renaient 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 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.⁹

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

⁸ De Oliveira, PLOS ONE | DOI:10.1371/journal.pone.0166736

⁹ *Pneumococcal Conjugate Vaccine Product Assessment*; Kate O'Brien, April 2017. Disponible en anglais sur : www.ihsp.edu/research/centers-and-institutes/ivac/resources/pcv-product-assessment-april-25-2017.pdf

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 les tendances de la maladie, de mesurer l'impact du VPC et d'évaluer les sérotypes pneumococciques circulants.

Mise à jour sur les progrès en matière de renforcement de la qualité des données sur la vaccination et des registres électroniques de vaccination dans les Amériques

La Plan d'action mondial pour les vaccins (PAMV) et le Plan d'action régional pour la vaccination (RIAP) soulignent l'importance de collecter et de colliger des données fiables pour orienter les décisions opérationnelles, de gestion et stratégiques relatives à la vaccination. Il est également important de disposer de données fiables pour surveiller le rendement du PEV et réaliser les objectifs du PAMV, du RIAP et des plans d'action des pays.

Les pays ont obtenu des acquis incontestables concernant le renforcement de leurs systèmes d'information sur la vaccination. Avec l'appui de l'OPS, ils ont travaillé à l'amélioration de la qualité, de la disponibilité et de l'utilisation des données.

- Depuis 2006, 27 évaluations de la qualité des données ont été faites en Amérique latine et dans les Caraïbes, en plus de deux exercices pilotes menés en Bolivie et au Nicaragua en 2002.
- En 2013, l'OPS a élaboré et testé une trousse de surveillance de la couverture des interventions intégrées de santé publique,¹⁰ qui a depuis servi à former 442 agents de santé de huit pays de la Région.
- En termes de systèmes de Registre électronique de vaccination (REV) :
 - 13 pays se servent actuellement des systèmes de REV aux niveaux national, infranational et/ou local.¹¹
 - 8 pays sont en train de planifier, de concevoir, d'élaborer ou de mettre en œuvre ces systèmes.¹²

Pour guider les pays lors de l'évaluation, de l'introduction et de la mise en œuvre d'un REV, et en tenant compte de leurs stratégies de cybersanté, l'OPS a étroitement collaboré avec eux pour élaborer un document renfermant des considérations pratiques¹³ qui guident les pays envisageant de mettre en œuvre ces systèmes. Trois réunions régionales en Colombie (2011), au Brésil (2013) et au Costa Rica (2016) ont abouti à l'élaboration de ce document, qui a également bénéficié de l'apport des pays de l'OPS et d'autres régions de l'OMS ayant une expérience en matière d'établissement des REV.

Malgré les efforts des pays, certains problèmes perdurent concernant la disponibilité, la qualité et l'utilisation des données sur la vaccination pour surveiller les indicateurs de rendement du PEV. Les pays font face à des défis pour assurer la disponibilité de données systématiques, complètes et cohérentes qui répondent aux besoins en matière d'évaluation du PEV (par ex., la nécessité de tenir compte de tous les secteurs administrant des vaccins : secteur privé, organisations non gouvernementales, etc.) et de renforcer la collecte, l'analyse et l'utilisation des données à tous les niveaux de responsabilité, en commençant par assurer que les systèmes et les outils d'information employés (tant en version papier qu'électronique) soient efficaces et adaptables à différents types d'utilisateur.

Recommandations

- Le GCT reconnaît les progrès accomplis par la Région dans l'amélioration de la qualité des données sur la vaccination et dans l'établissement de registres électroniques de vaccination qui répondent aux besoins spécifiques des programmes de vaccination.
- Selon les besoins, les États Membres et l'OPS doivent collaborer pour renforcer les politiques et la gouvernance liées aux systèmes d'information sur la vaccination et à la qualité des données.

¹⁰ *Toolkit for monitoring coverage of integrated public health interventions*. Disponible en anglais sur : <http://www.paho.org/immunization-toolkit/>

¹¹ Argentine, Belize, Brésil, Chili, Colombie, Costa Rica, Grenade, Guatemala, Honduras, Panama, Uruguay, presque tous les États des États-Unis et certaines provinces canadiennes.

¹² Équateur, Pérou, République dominicaine, Venezuela et certaines îles des Caraïbes, telles que les îles Turques et Caïques, Montserrat, Saint-Kitts-et-Nevis et Saint-Vincent-et-les-Grenadines.

¹³ *Electronic Immunization Registry: Practical Considerations for Planning, Development, Implementation and Evaluation*. Disponible en anglais sur : http://www.paho.org/immunization-toolkit/?page_id=7

XXIV^e réunion du GCT
Ville de Panama, Panama

- Avec le soutien de l'OPS, les États Membres doivent encourager l'analyse et l'utilisation des données à tous les niveaux des programmes de vaccination. La qualité des données peut être renforcée en formant des agents de santé à l'analyse de la couverture vaccinale, en surveillant l'administration des vaccins et leur approvisionnement, en faisant un suivi des populations cibles, en identifiant les inégalités en matière d'accès à la vaccination et en effectuant des analyses complémentaires établissant un lien entre les données du PEV et d'autres sources de données telles que les enquêtes menées auprès des ménages.
- Les pays doivent renforcer l'utilisation des outils de base disponibles, tels que les fiches, les carnets de suivi et les cartes de vaccination, en veillant à remplir adéquatement ces dernières, ainsi que l'utilisation d'outils plus complexes tels que les registres électroniques de vaccination.
- Les pays et l'OPS doivent partager les expériences et les pratiques exemplaires pour améliorer la qualité et l'utilisation des données.

Plan d'action pour maintenir l'élimination de la rougeole et de la rubéole dans les Amériques

Lors de la tenue du 55^e Conseil directeur de l'OPS du 27 septembre 2016, le comité international d'experts (CIE) chargé de documenter et de vérifier l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale (SCR) a annoncé qu'après avoir examiné toutes les données épidémiologiques présentées par les États Membres pour la période 2011-2016, la Région des Amériques avait éliminé la rougeole. La Région avait atteint l'objectif d'éliminer la transmission endémique du virus de la rougeole en 2002 et avait maintenu l'élimination pendant plus d'une décennie, malgré les importations constantes du virus d'autres régions du monde. Il est intéressant de noter qu'en raison de la flambée au Brésil qui a duré pendant plus d'un an, le dernier cas endémique dans les Amériques a été redéfini comme ayant eu lieu en juillet 2015.

Actuellement, les six régions de l'OMS ont fixé l'objectif d'éliminer la rougeole d'ici 2020 et deux se sont engagées à éliminer la rubéole la même année. Toutefois, à l'exception des Amériques, aucune autre région de l'OMS n'a atteint les cibles d'élimination de la rougeole et de la rubéole en 2015. Dans ce contexte mondial, l'OPS a lancé une alerte épidémiologique le 4 mai 2017 en raison de l'augmentation des cas déclarés de rougeole en Europe et dans d'autres régions. Du début janvier 2016 au 1^{er} mai 2017, 37 pays européens ont déclaré 7847 cas de rougeole, dont 34 % ont été déclarés en 2017. La Roumanie (3181 cas) et l'Italie (1549 cas) ont déclaré la plupart des cas. Cette situation met en péril la pérennité de l'élimination de la rougeole dans la Région des Amériques.

Le GCT a aussi remarqué que les situations en Haïti et au Venezuela sont très préoccupantes pour maintenir l'élimination de la rougeole et de la rubéole dans les Amériques. En conséquence, l'OPS va soutenir ces pays en mettant sur pied des campagnes de suivi et en renforçant les capacités de préparation et d'intervention en cas d'importations de cas de rougeole et de rubéole en provenance d'autres régions.

Un autre défi pour la pérennité de l'élimination de la rougeole concerne les flambées d'arbovirus (par ex., Zika, Chikungunya et la dengue) dans les Amériques. L'action coordonnée et l'analyse intégrée de la surveillance de maladie fébrile accompagnée d'exanthème doivent être renforcées, en raison des définitions de cas syndromiques partagées avec la rougeole.

Pour terminer, bien que la couverture régionale du ROR1 ait été de 93 à 94 % ces dernières années, il existe encore des variations des niveaux de couverture entre les pays et au sein même des pays au niveau municipal. Par conséquent, le GCT a réaffirmé les recommandations d'autres réunions, en soulignant la nécessité d'appliquer quatre critères de qualité, soit l'efficacité, l'efficience, l'homogénéité et l'occasion, dont l'OPS fait la promotion en planifiant, en exécutant et en évaluant les campagnes de suivi de vaccination. De même, il est important de retenir que l'abaissement de l'âge de la vaccination à 18 mois (ou l'âge auquel le pays administre le premier rappel du DTC) avec le ROR2 implique que les États Membres doivent garantir qu'au moins 95 % des enfants qui n'ont pas reçu cette dose par le programme de vaccination systématique ou lors de campagnes de suivi soient vaccinés.

L'OPS/OMS proposera un *Plan d'action pour la pérennité de l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale dans les Amériques 2018-2023* lors de la prochaine Conférence sanitaire panaméricaine de septembre 2017. Le plan vise à maintenir un niveau élevé d'immunité dans la population générale et à maintenir des systèmes de surveillance de haute qualité afin d'éviter la reprise de la transmission endémique. Le plan comporte quatre axes stratégiques d'intervention, ainsi que des objectifs et des indicateurs correspondants :

1) Garantir à la population visée par le programme de vaccination systématique et aux autres tranches d'âge à risque l'accès universel aux services de vaccination contre la rougeole et la rubéole.

Les États Membres doivent mettre en œuvre des activités pour atteindre une couverture homogène $\geq 95\%$ dans toutes les municipalités avec l'administration de deux doses de vaccin ROR chez les enfants de moins de 5 ans,

dans le cadre du programme de vaccination systématique des services de santé et des campagnes de suivi de vaccination qui ont été prévues et menées en utilisant des critères de haute qualité.

2) Renforcer les capacités des systèmes de surveillance épidémiologique de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale.

Les pays doivent mettre en œuvre des activités pour assurer l'exécution des indicateurs de surveillance, qui ont été mis à mal ces deux dernières années, particulièrement par la sous-déclaration des cas présumés de rougeole et de rubéole dans la plupart des pays.

3) Développer les capacités nationales et opérationnelles des pays afin d'éliminer durablement la rougeole et la rubéole.

Les rôles des comités nationaux et de la commission régionale doivent être conservés, en comportant de nouvelles attributions pour surveiller les plans de viabilité pour l'élimination de la rougeole et de la rubéole dans les années à venir.

4) Établir les mécanismes standard permettant une riposte rapide face aux cas importés de rougeole, de rubéole et de syndrome de rubéole congénitale en vue d'éviter la reprise de la transmission endémique dans les pays.

Il est essentiel que chaque pays crée, maintienne ou réactive un groupe d'intervention immédiate, offrent une formation sur les mécanismes standards de déclaration, de recherche et de résolution des flambées pour la rougeole et la rubéole, afin d'assurer et de vérifier l'interruption de la transmission virale. L'OPS va mettre à la disposition des pays les outils nécessaires pour améliorer la qualité et le délai des interventions en cas de flambées de rougeole et de rubéole, en commençant par les cas importés de ces virus.

Recommandations

- Le GCT prie instamment les États Membres de se préparer à mettre en œuvre le Plan d'action pour la pérennité de l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale dans les Amériques 2018-2023 après son adoption par la Conférence sanitaire panaméricaine de septembre 2017.
- Le GCT insiste sur l'importance d'atteindre et de maintenir une couverture vaccinale $\geq 95\%$ avec deux doses de vaccin antirougeoleux et antirubéoleux.
- Les États Membres doivent respecter le protocole recommandé précédemment qui comprend l'administration de la seconde dose de vaccin contre la rougeole et la rubéole à l'âge de 18 mois.
- Le GCT conseille vivement aux États Membres d'introduire la seconde dose du vaccin contenant une valence rougeole, s'ils ne l'ont pas déjà fait. La série de deux doses doit être complétée par des campagnes périodiques de suivi de la vaccination pour combler les lacunes immunitaires, le cas échéant.
- Le GCT met l'accent sur la nécessité de renforcer la surveillance de la fièvre et de l'exanthème pour la rougeole et la rubéole, et de l'intégrer à celle des virus de la dengue, Zika, Chikungunya et d'autres maladies qui emploient la même définition syndromique, en tenant compte de l'épidémiologie de chacune des maladies dans chaque pays.
- Les États Membres doivent continuer de renforcer la capacité de détection précoce des cas importés et d'intervention subséquente rapide.
- Le GCT recommande avec insistance aux États Membres d'effectuer des évaluations des risques et d'identifier les populations susceptibles qui devront être ciblées par les interventions vaccinales, telles que les campagnes de suivi de la vaccination contre la rougeole et la rubéole lorsque cela est indiqué. Ces activités doivent réduire ou atténuer le risque d'importation, ainsi que le rétablissement subséquent de la rougeole et de la rubéole dans la Région.

Mise à jour sur la riposte à la coqueluche dans les Amériques

Suite à la mise en œuvre de la vaccination par le vaccin antidiphthérique-antitétanique-anticoquelucheux (DTC), on a connu une réduction accélérée des cas de coqueluche au début des années 1980. On a néanmoins noté une évolution du nombre de cas depuis 2004, qui se chiffre en moyenne à 41 068 cas déclarés par an. Bien que tous les groupes d'âge soient touchés, les enfants âgés de moins d'un an représentent 23 % des cas déclarés et les enfants de moins de 5 ans représentent 85 % des décès totaux déclarés de 2008 à 2015 (figures 1 et 2).

Les cycles épidémiques de la maladie se manifestent tous les quatre à six ans. La diminution de l'incidence n'a pas eu d'effet sur le rythme des cycles épidémiques, ce qui semble indiquer une circulation continue de *Bordetella pertussis*.

Figure 1. Incidence déclarée de la coqueluche par groupe d'âge, Région des Amériques, 2006 à 2015

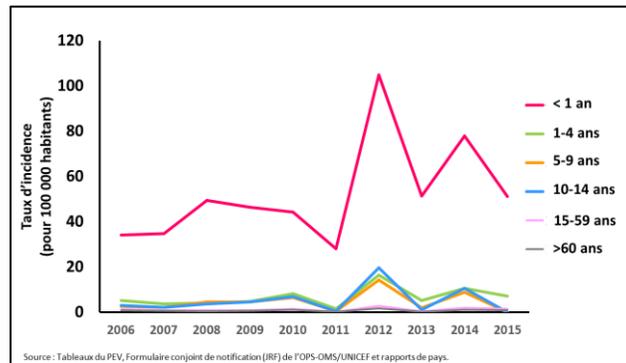
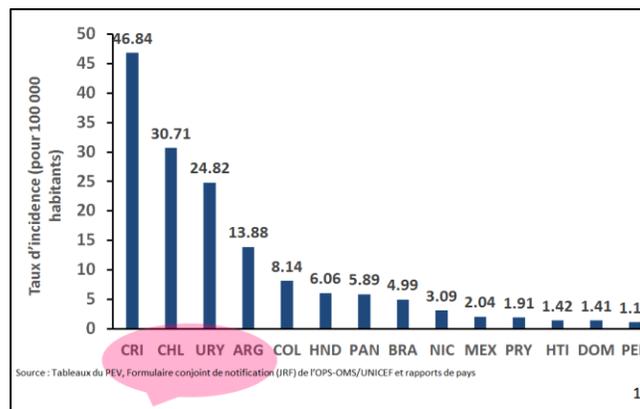


Figure 2. Incidence déclarée de la coqueluche chez les enfants âgés de moins de 12 mois, Région des Amériques, 2006 à 2015



Pour ce qui est du calendrier de vaccination, le GCT a recommandé en 2009 aux États Membres d'ajouter une 4^e dose de rappel du DTC afin de prolonger l'immunité et a indiqué qu'il faut surveiller la couverture atteinte avec cette dose de rappel. En 2012, le GCT a recommandé aux États Membres qui utilisent le vaccin anticoquelucheux à germes entiers dans le cadre du programme de vaccination systématique de ne pas envisager de passer à un vaccin acellulaire, en raison d'indications selon lesquelles une immunité de plus courte durée serait conférée par ce vaccin.

En plusieurs occasions, le GCT a fait des recommandations sur l'importance de vacciner dans les délais prescrits, sur l'atteinte d'une couverture homogène $\geq 95\%$ et sur l'intensification de la surveillance épidémiologique,

XXIV^e réunion du GCT
Ville de Panama, Panama

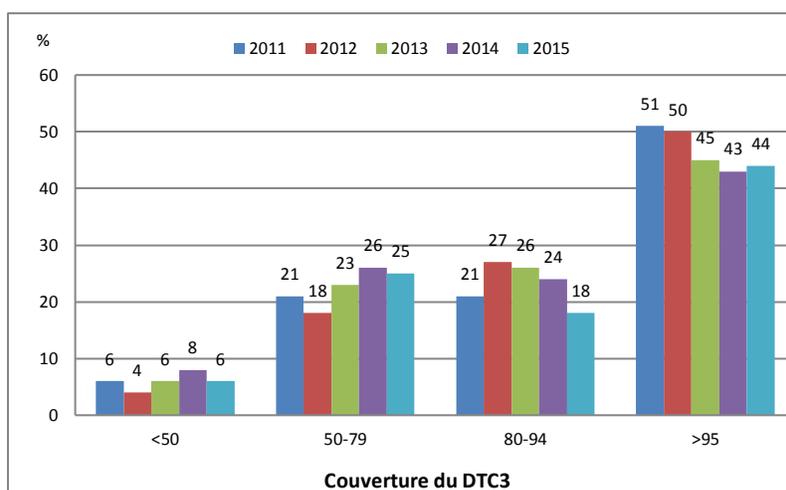
notamment de l'enquête et de la documentation sur les flambées. Néanmoins, la surveillance de la maladie dans l'ensemble de la Région s'avère être un défi continu, en partie parce que les pays emploient des définitions de cas et des types de surveillance épidémiologique différents.

En octobre 2016, en réaction à la recommandation du GCT de normaliser la surveillance de la coqueluche, l'OPS/OMS a convoqué un groupe de travail pour mettre à jour le guide existant de l'OPS portant sur la surveillance de la coqueluche publié en 2005 (disponible en anglais, *PAHO Field Guide on Pertussis Surveillance*). Le guide pratique, qui doit être achevé en 2018, proposera des stratégies de surveillance épidémiologique, notamment des définitions de cas, des types de tests de diagnostic et des indicateurs de surveillance qui devront être utilisés. En outre, compte tenu du fait que l'OMS procède actuellement à la révision de l'ensemble des lignes directrices sur la surveillance de la coqueluche et le GCT examinera par conséquent la proposition régionale de normalisation et de renforcement de la surveillance de la coqueluche et émettra des recommandations à ce sujet une fois que l'OMS aura achevé son processus de révision.

Surveillance des inégalités en matière de couverture vaccinale dans les Amériques

Le PAMV et le RIAP ont tous deux établi un indicateur de couverture au niveau municipal. L'objectif du RIAP est que d'ici 2020, 35 pays ou territoires atteignent une couverture minimale de 80 % pour le DTC3 dans tous leurs districts ou zones équivalents. En date de 2015, 13 pays avaient atteint l'objectif d'une couverture > 80 % dans 100 % de leurs municipalités. L'analyse temporelle de cet indicateur est largement tributaire de facteurs tels que le manque de volonté politique d'accorder la priorité à la vaccination au niveau municipal et la mauvaise coordination entre les divers niveaux administratifs, avec pour résultat des chevauchement de responsabilités et le manque de consistance des activités de surveillance et de responsabilisation.

**Figure 1. Pourcentage des municipalités par niveau de couverture (DTC3)
Région des Amériques, 2011 à 2015**



Environ la moitié des 15 000 municipalités de la Région présentent des niveaux de couverture < 95 % et, dans certains pays, des municipalités ont une couverture inférieure à 50 % (Figure 1).

À la lumière du plan stratégique de l'OPS et de la vision du PAMV et du RIAP, il faudrait assurer que la vaccination parvienne à chaque personne, quel que soit son lieu de naissance, qui qu'elle soit et quel que soit l'endroit où elle vit. C'est la raison pour laquelle en plus d'une analyse de données municipales agrégées, l'OPS a fait la promotion de l'analyse des inégalités en matière de vaccination.

Bien que la vaccination systématique ait atteint environ 90 % des enfants de la Région, avec pour résultat des accomplissements tels que l'élimination de la polio, de la rougeole, de la rubéole et du SRC, force est de constater que 10 % de la population n'a pas été protégés. Pour remédier à ces inégalités en matière de vaccination, il est nécessaire de mieux comprendre les déterminants sociaux qui sont liés à l'exécution des programmes de vaccination. De même, en 2008, la Commission sur les déterminants sociaux de la Santé a fait trois recommandations générales sur le travail dans le secteur de la santé : 1) prioriser l'universalité de la santé, 2) concevoir toutes les politiques en termes de santé et 3) organiser les données probantes, comme par exemple mesurer l'amplitude du problème en employant une double approche, en évaluant la santé de la population en fonction des changements en matière d'iniquité sociale : *améliorer la santé générale de la population par la réduction des inégalités*.

Une analyse exploratoire menée par le Programme de développement durable de l'OPS a révélé des inégalités de couverture du DTC3 entre les pays par niveau de revenus, tant à l'échelle mondiale que régionale (figures 2 et 3) ; les constatations suivantes ont été faite pour la période 2000 à 2015 :

- 1) Pendant cette période, la Région des Amériques a maintenu une couverture de 91 %, tandis que la couverture mondiale passait de 72 % en l'an 2000 à 86 % en 2015.
- 2) Dans le monde entier et dans les Amériques, la couverture du DTC3 est demeurée bien plus faible pour les deux quintiles à plus faibles revenus, tant en l'an 2000 qu'en 2015.
- 3) L'écart absolu entre le premier et le cinquième quintiles (par revenu) dans les Amériques était presque de 20 points en 2000, mais a diminué à 13 points en 2015 (cette différence est statistiquement significative).
- 4) Des inégalités persistent à travers le monde. Toutefois, l'écart absolu en matière de couverture vaccinale a diminué, passant de 30 à 12 points de pourcentage au cours de la même période, ce qui démontre que le monde a fait des progrès majeurs en améliorant la couverture dans les pays et les quintiles les plus pauvres. L'impact de la coopération internationale dans d'autres régions du monde telles que l'Afrique est évident dans ce cas.

Figure 2. Inégalités de la couverture du DTC3 par revenu, Amérique latine et Caraïbes, 2000 à 2015

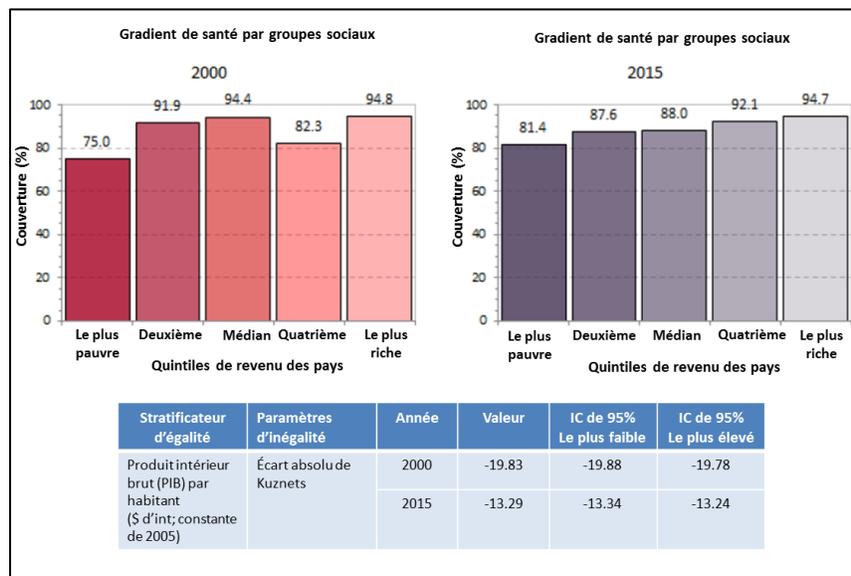
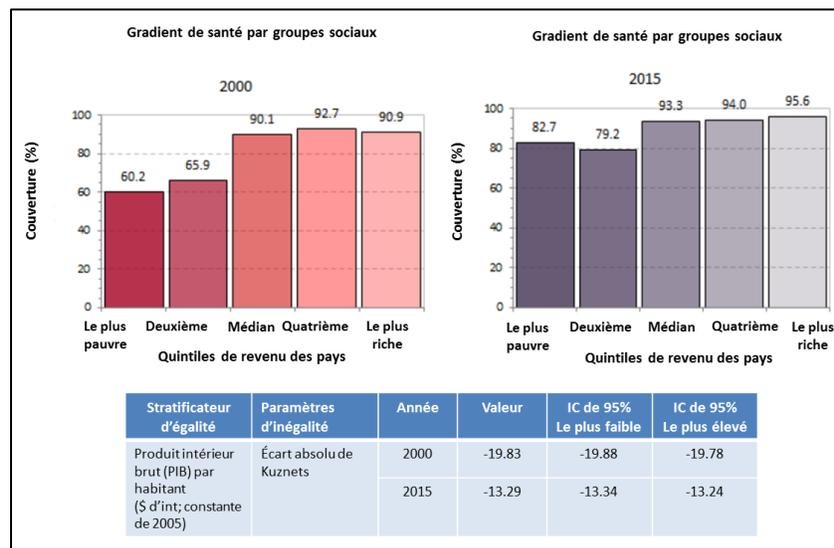


Figure 3. Inégalités de la couverture du DTC3 par revenu, dans le monde, 2000 à 2015



Recommandations

- La Région s'engage dans la couverture vaccinale universelle, fondée sur les principes d'équité et de solidarité, dans le contexte d'atteinte de la couverture sanitaire universelle. Les États Membres doivent faire preuve de leur engagement en investissant et en soutenant tous les domaines des programmes de vaccination.
- Le GCT recommande que les programmes de vaccination et les services de santé intègrent leurs interventions afin d'accroître l'accès à la vaccination.
- Le GCT prie instamment les États Membres de renforcer les stratégies de surveillance des inégalités en matière de vaccination, d'identifier les sous-populations insuffisamment desservies et d'atteindre ces groupes grâce à des stratégies adaptées de vaccination.

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. 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'Haiti 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.

XXIV^e réunion du GCT
Ville de Panama, Panama

- 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.

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

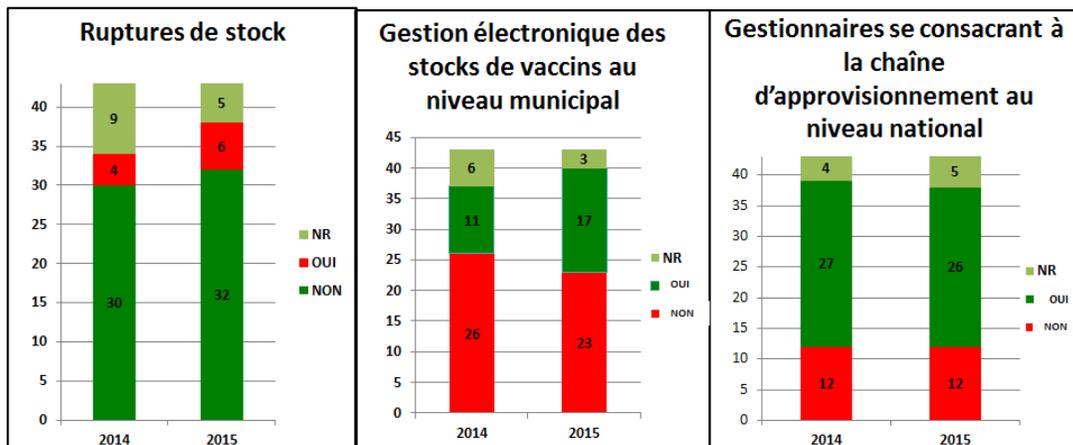
Depuis la création du PEV en 1977, l'expansion des opérations de la chaîne du froid et de la chaîne d'approvisionnement a été un pilier essentiel pour assurer le maintien de la puissance des vaccins avant leur administration et a ainsi permis de réaliser de nombreux accomplissements en santé publique. 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.

Mise à jour sur l'utilisation des vaccins contre le VPH dans les Amériques

En date de juin 2017, 29 pays et territoires des Amériques ont introduit le vaccin contre le virus du papillome humain (VPH) dans leurs programmes de vaccination financés par l'État. Un pourcentage évalué à 80 % d'une cohorte de naissance typique d'adolescentes âgées de 9 ans a accès, par le biais du programme de vaccination systématique, au vaccin anti-VPH dans les Amériques. Bien que l'administration de plus de 1,7 million de doses de vaccin anti-VPH ait été déclarée, les données réelles sur la couverture vaccinale au niveau national ne sont pas facilement accessibles. En 2016, seuls 14 des 29 pays et territoires ont déclaré une couverture vaccinale anti-VPH avec la série complète recommandée de leurs programmes nationaux, avec soit deux ou trois doses. Parmi ces pays, la couverture la plus élevée conférée par l'administration de la série complète était de 86 % et la plus faible de 6 %, la médiane se situant dans une fourchette de 47 à 55 %. Une certaine confusion règne sur la sélection des populations à utiliser comme dénominateur pour chaque dose de la série, et des difficultés supplémentaires compliquent la comparaison entre les pays et en leur sein, en raison de populations cibles différentes.

Bien que les Amériques aient en général été les premières à introduire de manière accélérée les nouveaux vaccins, de nombreux pays de la Région ont tardé à introduire le vaccin anti-VPH. La couverture sous-optimale atteinte au niveau des pays témoigne de la sous-utilisation du vaccin anti-VPH. Depuis 2015, seuls six pays ou territoires supplémentaires ont adopté le vaccin. Néanmoins, nombre de pays et territoires de la sous-région des Caraïbes ont récemment introduit le vaccin ou prévoient le faire en 2017. Il existe encore des obstacles réels ou perçus à l'introduction, notamment l'abordabilité, les problèmes de communication et la réalisation des priorités sanitaires et vaccinales. L'OPS et les États Membres font front commun pour surmonter ces obstacles.

Bien que les préoccupations relatives à l'abordabilité soient réelles, particulièrement dans les Amériques, les coûts du vaccin anti-VPH ont été un obstacle majeur à l'introduction, s'il n'eût été des négociations sur l'acquisition du vaccin menées par le Fonds renouvelable de l'OPS avec les fabricants qui ont abouti à garantir des prix plus faibles. Plus de dix pays des Amériques ont mené des évaluations économiques pour étayer les décisions relatives au vaccin anti-VPH, et les résultats ont démontré sans équivoque que la vaccination anti-VPH est une mesure très rentable pour prévenir le cancer du col de l'utérus. Il est prévu que les prix plus faibles combinés au protocole à deux doses vaccinales, c.-à-d., le protocole révisé recommandé par le GCT et le groupe SAGE, apaisent certaines craintes relatives à l'abordabilité initiale et la viabilité à long terme de l'introduction du vaccin anti-VPH dans le programme de vaccination systématique.

Alors que la charge mondiale de morbidité liée au VPH est considérée comme un important problème de santé publique, le fardeau du cancer du col de l'utérus représente 84 % de tous les cancers liés au VPH et il doit par conséquent demeurer le point de convergence de la vaccination anti-VPH. Tous les pays et territoires d'Amérique latine et des Caraïbes qui ont introduit le vaccin anti-VPH priorisent la vaccination des cohortes d'adolescentes âgées de 9 à 14 ans. De plus, six pays et territoires ont inclus les adolescents de sexe masculin comme groupe cible secondaire. Certaines décisions politiques d'inclure le sexe masculin comme cible du programme de vaccination anti-VPH visent à réduire les préoccupations en matière d'équité. Il ressort toutefois que l'atteinte de taux élevés de couverture vaccinale chez les filles (> 80 %) confère indirectement des avantages aux populations non vaccinées (par ex., les garçons).

La communication et la préparation à l'intervention en cas de crise se sont avérées être des composantes essentielles de la réussite de tout plan d'introduction du vaccin anti-VPH. Bien que l'abondance des données probantes affirme l'innocuité et l'efficacité des vaccins anti-VPH, le refus public croissant du vaccin dans certains pays et territoires et sous-régions, dû à des rumeurs, à des renseignements erronés ou à des interventions de gestion de crise mal préparées, menace d'anéantir les accomplissements réalisés grâce à l'introduction du vaccin anti-VPH dans la Région. Il est possible que la demande en vaccin ait chuté en partie à cause de l'anxiété cristallisée qui est liée à l'événement de vaccination anti-VPH qui a été observé dans certains pays. Sans plans adéquats de communication et de préparation à la gestion des crises et une action rapide dans l'éventualité de tels problèmes, les plans d'introduction du vaccin anti-VPH et d'élargissement aux niveaux national et régional

continueront de produire des résultats sous-optimaux. Avec l'appui de partenaires, l'OPS travaille avec les États Membres à la préparation de plans adéquats de communication et d'intervention en cas de crise.

En avril 2017, le groupe SAGE a réaffirmé que les données probantes dont on dispose actuellement appuient le bien-fondé du protocole à deux doses (avec le VPH2 ou le VPH4) administrées à six mois d'intervalle aux personnes recevant la première dose avant l'âge de 15 ans. Il est indiqué d'employer des intervalles de moins de 12 à 15 mois afin d'assurer l'achèvement rapide du protocole avant le début de l'activité sexuelle. Les protocoles à trois doses ne sont recommandés que pour les personnes qui commencent la vaccination après l'âge de 15 ans, ou pour les personnes de tous âges qui sont immunodéprimés ou qui sont séropositifs pour le VIH. Le GCT et le groupe SAGE ont remarqué le besoin de mener des recherches plus approfondies sur un protocole réduit à dose unique, ainsi que sur l'administration du vaccin aux enfants âgés de moins de 9 ans. En attendant de disposer de plus d'informations, les pays et territoires doivent mettre en œuvre et surveiller la stratégie à deux doses.

Ayant à leur actif plus de dix ans d'expérience et l'administration de plus de 200 millions de doses de vaccin anti-VPH, les programmes de vaccination ont produit des données probantes concernant l'innocuité et l'efficacité substantielle des vaccins, y compris leur impact sur la réduction de la prévalence du VPH et des lésions précancéreuses du col de l'utérus associées chez les jeunes femmes. La vaccination de masse anti-VPH avec des niveaux de couverture élevés et soutenus peut réduire de façon substantielle la charge de morbidité du cancer du col de l'utérus et des autres maladies liées au VPH en une seule génération. Des efforts concertés seront essentiels pour mettre au point et diffuser des messages de communication ciblés pour les auditoires pertinents sur l'innocuité et l'efficacité des vaccins afin de continuer de progresser en assurant la protection contre les maladies liées au VPH dans l'ensemble de la Région.

Recommandations

- Le GCT félicite les États Membres de l'OPS qui ont récemment décidé d'introduire le vaccin anti-VPH dans leur programme de vaccination systématique. Le GCT réitère l'importance de prioriser une couverture élevée de la cohorte des adolescentes âgées de 9 à 14 ans afin d'assurer la protection complète contre le VPH dans les et d'induire une immunité collective dans les populations adolescentes de sexe masculin. Les vaccins dont on dispose actuellement ont des profils d'innocuité comparables et offrent une protection semblable contre le cancer du col de l'utérus.
- Compte tenu des bienfaits sanitaires importants de la vaccination anti-VPH, le GCT encourage les États Membres qui n'ont pas encore introduit le vaccin dans leur programme de vaccination systématique d'évaluer sa faisabilité, sa rentabilité et d'autres critères pertinents à la prise de décision au niveau national pour envisager d'inclure ce vaccin dans le programme de vaccination systématique.
- Le GCT prie instamment les États Membres de l'OPS d'examiner soigneusement leurs approches de communication concernant le vaccin anti-VPH, en s'assurant de produire des messages ciblant des auditoires particuliers. De plus, le GCT demande à l'OPS de soutenir les échanges entre les pays concernant les enseignements tirés sur la communication relative à l'innocuité du vaccin anti-VPH et la gestion des crises.
- Le GCT demande que l'OPS soutienne les efforts des États Membres visant à mieux documenter la couverture vaccinale anti-VPH aux niveaux infranational et national, et à se servir de ces données pour cibler des stratégies et atteindre une couverture optimale dans les groupes cibles en administrant la série de vaccination complète.
- Dans la mesure du possible, les États Membres doivent surveiller l'impact de la vaccination anti-VPH.

Utilisation du vaccin contre le méningocoque dans le programme de vaccination systématique

Bien que l'épidémiologie de la méningococcie varie de façon substantielle selon le groupe capsulaire, elle est un problème mondial qui touche tous les pays. Les souches virulentes de *Neisseria meningitidis* possèdent une capsule polysaccharidique qui constitue le facteur majeur de la virulence de cette bactérie. Il existe 13 différentes capsules polysaccharidiques, mais seules celles des sérogroupes A, B, C, W et Y provoquent de façon courante des infections invasives.

Les informations dont on dispose sur l'épidémiologie de la méningococcie sont incomplètes, en partie en raison de l'absence de surveillance dans de nombreux pays et de méthodes inadéquates de détection des bactéries. En raison de la nature dynamique de l'épidémiologie de la méningococcie invasive, la répartition mondiale des différents sérogroupes de *N. meningitidis* peut évoluer au fil du temps.

L'incidence de la méningococcie invasive est la plus élevée chez les bébés de moins d'un an et elle demeure relativement élevée jusqu'à l'âge d'environ 5 ans. Bien que l'incidence ait tendance à diminuer chez les enfants plus âgés, elle a tendance à augmenter fortement à l'adolescence et chez les jeunes adultes lorsque les personnes vivent confinées à l'intérieur. L'incidence diminue de nouveau chez les adultes plus âgés.

Bien que l'incidence actuelle de la méningococcie endémique dans les pays latino-américains soit de façon typique < 2 cas/100 000 habitants par an, la maladie épidémique a sévi dans toutes les parties de l'Amérique latine à divers moments au cours des 40 dernières années. Les données dont on dispose mettent en lumière la survenue d'épidémies de méningococcie dans des pays d'Amérique latine associées à différents sérogroupes et reflète la nature imprévisible de l'épidémiologie de la maladie. Les taux d'incidence les plus élevés ont été déclarés en Argentine, au Brésil, au Chili et en Uruguay, qui sont en outre des pays dotés de systèmes de surveillance bien établis. Le Brésil est le seul pays détenant des informations sur les taux d'incidence ventilés par groupes d'âge. Ces dernières années, les taux d'incidence sont demeurés stables dans les pays d'Amérique latine et ont varié de 1,5 à 1,8 cas pour 100 000 habitants.

Entre 2008 à 2010, l'incidence en Argentine était de 0,4 à 0,7 cas pour 100 000 habitants. Parmi les isolats disponibles, 71 % étaient du séro groupe B, 12 % du séro groupe C et 10 % du séro groupe Y. En Uruguay, les taux d'incidence déclarés variaient de 1,5 à 2 cas pour 100 000 habitants. Le Venezuela a déclaré des taux d'incidence compris entre 0,2 et 0,4 cas pour 100 000 habitants au cours de la dernière décennie. À Cuba, de 1998 à 2003, l'incidence annuelle déclarée de méningite à méningocoques chez les enfants âgés de 1 à 18 ans variait de 0,6 à 0,7 cas pour 100 000 habitants entre 1998 et 2000, pour passer à 0,3 cas pour 100 000 habitants en 2003.

Le taux de létalité est élevé en Amérique latine, variant de 10 à 20 % ces dernières années dans plusieurs pays d'Amérique latine, dont l'Argentine (7 % à 15 %), le Chili (14 % en 2010), le Mexique (18 % de 2005 à 2008), le Panama (12 à 15 %) et l'Uruguay (15 %). Au Brésil, avant l'introduction du vaccin conjugué contre le méningocoque de séro groupe C, le taux de létalité pendant les flambées frôlait les 40 % chez les personnes infectées par ce séro groupe. De nombreux survivants sont atteints de séquelles permanentes débilitantes, telles que la perte auditive, la perte de membres ou des dysfonctionnements neurologiques.

Les vaccins antiméningococciques contre les sérogroupes A, C, W et Y dont on dispose renferment à la fois des vaccins dirigés contre les polysaccharides et des vaccins dirigés contre le conjugué de polysaccharide-protéine de la capsule méningococcique. Dans le cas du vaccin dirigé contre le séro groupe B, le développement du vaccin comprenait des protéines vaccinales provenant de vésicules de membrane externe méningococciques, et l'application de nouvelles approches de génomique et de protéomique a mené à l'identification d'un grand nombre de nouveaux antigènes protéiques vaccinaux pour prévenir la méningococcie.

Vaccins polysaccharidiques : l'usage de ces vaccins est maintenant limité parce qu'ils n'induisent pas de réponse immunitaire adéquate chez les enfants âgés de moins de 2 ans. De plus, parmi les patients âgés de plus de 2 ans,

les vaccins polysaccharidiques confèrent une protection d'une durée limitée et n'induisent pas de mémoire immunitaire.

Vaccins conjugués polysaccharidiques-protéiniques : les vaccins conjugués couplent une protéine porteuse à l'antigène polysaccharidique pour le présenter au système immunitaire, de façon à induire une réponse immunitaire des lymphocytes T. Bien que ces vaccins aient un bon profil d'innocuité, de nombreuses questions subsistent quant à leur efficacité à long terme et à la manière d'optimiser les programmes de vaccination.

Jusqu'à présent en Amérique latine, quatre pays utilisent le vaccin antiméningococcique dans leurs programmes de vaccination systématique : l'Argentine (conjugué ACWY), le Brésil (conjugué C), le Chili (conjugué ACWY) et Cuba (polysaccharide B).

Au Brésil, la vaccination systématique des nourrissons avec le vaccin conjugué contre le méningocoque de sérotype C (VCMC) a débuté en novembre 2010 ; elle est prévue aux âges de 3 et 5 mois, suivie d'une dose de rappel administrée entre l'âge de 12 à 15 mois sans rattrapage. Des études récentes ont montré que la vaccination des nourrissons et des tout-petits réduisait la maladie méningococcique C invasive dans la population cible et que la dose ultérieure de rattrapage administrée entre l'âge de 12 à 13 ans accélérera la diminution des taux d'incidence de la méningococcie C chez les adolescents.

Les vaccins disponibles sont généralement coûteux. Compte tenu du prix élevé de l'introduction de ce vaccin dans les programmes de vaccination systématique, les pays qui envisagent de l'inclure dans le calendrier de vaccination systématique devront tenir compte du maintien de l'efficacité au fil du temps et veiller à ce que d'autres aspects du programme de vaccination tels que la formation, la supervision et les activités visant à accroître la couverture vaccinale et la surveillance épidémiologique ne soient pas affectés par l'introduction du vaccin.

Le Fonds renouvelable doit jouer un rôle clé dans la négociation des prix des vaccins avec les fabricants, de manière à obtenir des prix plus abordables pour les pays qui envisagent d'introduire le vaccin antiméningococcique dans leur programme de vaccination systématique. L'absence d'autres fabricants pour stimuler la concurrence constitue toutefois un obstacle majeur à la réussite des négociations.

Recommandations

- Le GCT prie instamment les États Membres d'élargir la surveillance sentinelle de la méningite bactérienne à une surveillance à l'échelle nationale afin de mieux comprendre l'épidémiologie de la maladie (y compris la répartition en fonction de l'âge et des sérogroupes) et déceler les flambées en temps utile.
- Le GCT rappelle aux États Membres qu'avant de prendre la décision d'introduire le vaccin antiméningococcique, ils doivent étudier l'épidémiologie de la maladie, sa charge de morbidité, son coût, l'efficacité du vaccin, son innocuité, son prix et la durée de la protection conférée, ainsi que les aspects logistiques et opérationnels du programme de vaccination.
- Le GCT recommande aux États Membres d'inclure des évaluations des séquelles à long terme de la méningococcie dans ces analyses, afin d'obtenir une évaluation plus exacte du rapport coût-efficacité du vaccin.
- Le GCT rappelle aux États Membres que des études sur le portage (microbisme latent) fournissent de précieuses informations sur la transmission de la maladie. Ces études ne sont toutefois pas essentielles pour prendre des décisions sur l'utilisation d'un vaccin ; elles tendent à être coûteuses, compliquées et difficiles à interpréter.

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 procuré 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 allocution 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.

XXIV^e réunion du GCT
Ville de Panama, Panama

- 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.

XXIV^e réunion du GCT
Ville de Panama, Panama

Cette publication a été appuyée par la subvention ou le numéro de l'accord coopératif, **GH001191-04**, financé par les Centres pour le contrôle et la prévention des maladies. Son contenu est uniquement la responsabilité des auteurs et ne représente pas nécessairement les opinions officielles des Centres de contrôle et de prévention des maladies ou du Département de la santé et des ressources humaines.