

Bulletin d'immunisation

Organisation panaméricaine de la Santé



Volume XLI Numéro 1

Protégez votre Famille par la Vaccination

Mars 2019

La Commission régionale de surveillance de la rougeole et de la rubéole post-élimination se réunit à l'OPS

Lors de la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine de l'OPS, tenue en 2017, un Plan d'action a été approuvé par les États Membres afin de surveiller la pérennité de l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale (SRC) des Amériques durant la période 2018-2023. Dans ce contexte, le Groupe consultatif technique (GCT) sur les maladies évitables par la vaccination de l'OPS a recommandé en 2018 de mettre sur pied un groupe d'experts chargé de surveiller la pérennité de l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du SRC dans la Région des Amériques. À cette fin, la Directrice de l'OPS a convoqué une Commission régionale de surveillance et de revérification de la rougeole et de la rubéole (MR-RMVC), laquelle a été instituée lors de sa première réunion, le 18 janvier 2019.

La Région des Amériques a éliminé le virus de la rougeole endémique en 2016, mais depuis 2017, la Région a connu dans divers pays des flambées de rougeole dues à des virus importés d'autres régions du monde.¹ La flambée la plus importante et la plus difficile à maîtriser a eu lieu au Venezuela et au Brésil. De nombreuses stratégies telles que la vaccination de masse et l'abaissement de l'âge de la vaccination ont été mises en œuvre par les ministères de la Santé de ces pays, avec le soutien de l'OPS, pour enrayer les flambées et prévenir une propagation accrue du virus de la rougeole chez les populations non vaccinées. Malgré ces efforts, la flambée de rougeole au Venezuela dure depuis plus de 12 mois, et la Région dans son ensemble ne peut plus prétendre être exempte de rougeole endémique.

Composée de huit experts renommés dans les domaines de l'épidémiologie, de la vaccination, de la virologie, de la biologie moléculaire et de la médecine clinique, la MR-RMVC a pour objectif de surveiller la pérennité de l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du SRC dans la Région des Amériques, ainsi que d'élaborer un nouveau cadre régional conforme au Plan d'action régional pour la pérennité de l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du SRC.

La Commission appuiera aussi les efforts réalisés en permanence par l'OPS pour sensibiliser les dirigeants au plus haut niveau politique, avec pour objectif de mettre un terme aux flambées de rougeole et vérifier les données probantes concernant le renouvellement de la certification des pays où la transmission endémique de la rougeole est réapparue. En outre, la MR-RMVC collaborera étroitement avec d'autres organes consultatifs régionaux et mondiaux tels que le GCT de l'OPS et le groupe de travail sur la rougeole et la rubéole du SAGE (OMS), notamment.

Depuis sa fondation, la Commission a tenu deux réunions virtuelles. Comme indiqué plus haut, la première réunion a eu lieu le 18 janvier 2019 ; lors de celle-ci, le Sous-directeur de l'OPS, le Dr Jarbas Barbosa da Silva, a officiellement nommé ses membres, dont le Dr Jon Andrus en tant que président. Au cours de cette réunion, on a notamment présenté une vue d'ensemble de la situation des flambées dans la Région, ainsi que les mesures que prendra la MR-RMVC pour élaborer un plan de travail et un échéancier en vue de mettre en œuvre ses activités.

La deuxième réunion de la Commission a eu lieu le 26 février 2019. Cette réunion était axée sur la flambée en cours au Brésil et les visites effectuées au Brésil et en Colombie, ainsi que sur la discussion et l'adoption du plan de travail et de l'échéancier. En conclusion, la MR-RMVC a aussi abordé l'ordre du jour de sa prochaine réunion, qui aura lieu à Cartagena (Colombie) en juillet dans le cadre de la 25^e réunion du GCT. ■

¹ On peut se reporter au numéro de septembre 2018 du Bulletin d'immunisation, disponible sur www.paho.org/immunization/bulletin

DANS CE NUMÉRO

- 1 La Commission régionale de surveillance de la rougeole et de la rubéole post-élimination se réunit à l'OPS
- 1 L'OPS et PATH lancent une nouvelle ressource pour améliorer l'utilisation des données pour la vaccination
- 4 Trois mythes sur la vaccination contre la grippe
- 5 Activités de santé menées en milieu scolaire en Argentine pour combattre la rougeole
- 7 Tableau 1. Prix des vaccins achetés par l'intermédiaire du Fonds renouvelable de l'OPS, 2019
- 7 Tableau 2. Prix des seringues achetées par l'intermédiaire du Fonds renouvelable de l'OPS, 2019
- 8 Ce que j'ai appris sur la vaccination contre la grippe saisonnière et la préparation à une pandémie... par Alba Maria Roperó A.

L'OPS et PATH lancent une nouvelle ressource pour améliorer l'utilisation des données pour la vaccination

Dans le contexte de la santé mondiale, il est généralement admis que les systèmes de santé performants reposent fondamentalement sur des données de qualité utile à la prise de décision. Pourtant, en dépit d'efforts internationaux visant l'amélioration de la qualité des données relatives à la santé, y compris dans le domaine de la vaccination, accroître l'utilisation des données aux fins de la prise de décision reste un défi, en particulier au niveau de la prestation des soins de santé.² Il importe de recenser les résultats des efforts existants pour renforcer les données de vaccination, distinguer les approches efficaces de celles qui ne le sont pas et identifier les lacunes éventuelles de la connaissance. Bien que les progrès de la technologie de l'information aient entraîné une augmentation continue de la quantité de données sur la santé disponibles, les données restent une ressource sous-utilisée dans la conception et la mise en œuvre des programmes de vaccination dans le monde.

L'Organisation panaméricaine de la santé (OPS) et PATH ont décidé de répondre à ces besoins et à ces préoccupations dans le cadre d'un projet conjoint financé par la Fondation Bill et Melinda Gates, qui a abouti à la publication d'un nouveau rapport intitulé « Données de vaccination : des preuves pour l'action (IDEA) : Examen réaliste : ce qui marche pour améliorer l'utilisation des données pour la vaccination. Données probantes des pays à revenu faible et intermédiaire », qui fournit à la communauté de la vaccination des stratégies claires et éprouvées pour améliorer la qualité et l'utilisation des données. En outre, la revue IDEA explique comment les bailleurs de fonds, les décideurs et les responsables de la mise en œuvre des programmes peuvent intégrer ces meilleures pratiques afin d'améliorer l'efficacité des programmes de vaccination nationaux, régionaux et d'état.

Le rapport génère déjà des retours positifs et facilite les échanges entre la communauté mondiale des données, les partenaires régionaux et les États Membres. « La Région des Amériques a l'un des taux de couverture vaccinale les plus élevés au monde, mais malgré cela, de nombreuses populations difficiles à atteindre sont encore laissées pour compte », a déclaré la Dr Martha Velandia, conseillère régionale en immunisation à l'OPS. « S'assurer que les praticiens ont accès à des données de vaccination rigoureuses est vital pour la conception et la mise en œuvre de programmes fondés sur des preuves qui, nous le savons, fonctionneront. L'examen d'IDEA est un

² Karuri J, Waiganjo P, Orwa D, Many A. DHIS2 : The tool to improve health data demand and use in Kenya. J Health Inform Dev Ctries [Internet]. 2014 Mar 18 [cited 2018 Sep 9];8(1). Sur : <http://www.jhidc.org/index.php/jhidc/article/view/113>

IDEA suite de la page 1

pas en avant important vers la compilation de ces preuves et la mise en évidence des domaines dans lesquels davantage de données sont nécessaires », a-t-elle ajouté.

En partenariat avec l'Organisation panaméricaine de la Santé, l'équipe PATH Health Systems Analytics a effectué un examen systématique « réaliste » des résultats de la recherche existante afin de répondre à deux questions fondamentales :

1. Quelles sont les interventions les plus efficaces pour améliorer l'utilisation des données aux fins de la décision programmatique et politique ayant trait à la vaccination ?
2. Pourquoi et comment ces interventions arrivent-elles aux résultats qu'elles produisent ?

L'examen réaliste, contrairement à l'approche systématique traditionnelle, n'exclut pas les « preuves » (indications ou données probantes) * sur la base du plan ou de la qualité de l'étude. En considérant l'information et les évidences factuelles d'un éventail plus large de sources, les examens réalistes sont bien adaptés à l'étude d'interventions complexes. PAHO et PATH ont élaboré une **théorie du changement (TdCh) (voir la figure 1)** basée sur un examen de l'information sanitaire existante et des cadres et modèles logiques d'utilisation des données, ainsi que sur l'examen systématique de sujets liés au renforcement des systèmes d'information sanitaire et à la prise de

décision « informée » pour guider notre étude. La TdCh formule leur hypothèse des mécanismes théorisés et des facteurs contextuels dont la combinaison aide les décideurs à traduire les données de vaccination en information, dans un but ultime d'action. PAHO et PATH ont identifiés les résultats intermédiaires comme les précurseurs indispensables de l'utilisation des données : la qualité et la disponibilité des données, leur analyse, leur synthèse et leur discussion. Les résultats ultimes qui nous intéressent dans cet examen sont les « actions » issues de l'utilisation des données d'après le cadre mondial de renforcement des données de vaccination et de surveillance pour la prise de décision défini par l'OMS. La TdCh définie a guidé leur analyse du comment les interventions ont conduit à une meilleure utilisation des données ; elle a aussi évolué itérativement au fil de l'examen, à mesure du recueil de nouvelles indications probantes.

PAHO et PATH ont examiné 426 documents de littérature publiée ou grise et identifié 10 catégories d'intervention propices à l'utilisation des données, qui se trouvent dans l'axe des y de la **matrice de cartographie des lacunes de données probantes (voir la figure 2)**. Ils ont partagé nos résultats préliminaires avec les parties prenantes de la vaccination à l'occasion d'un atelier organisé en mai 2018. D'après le retour obtenu, ils ont également identifié certains aspects auxquels s'appliquaient l'expérience et les données probantes d'autres secteurs de la santé et ils ont élargi leur

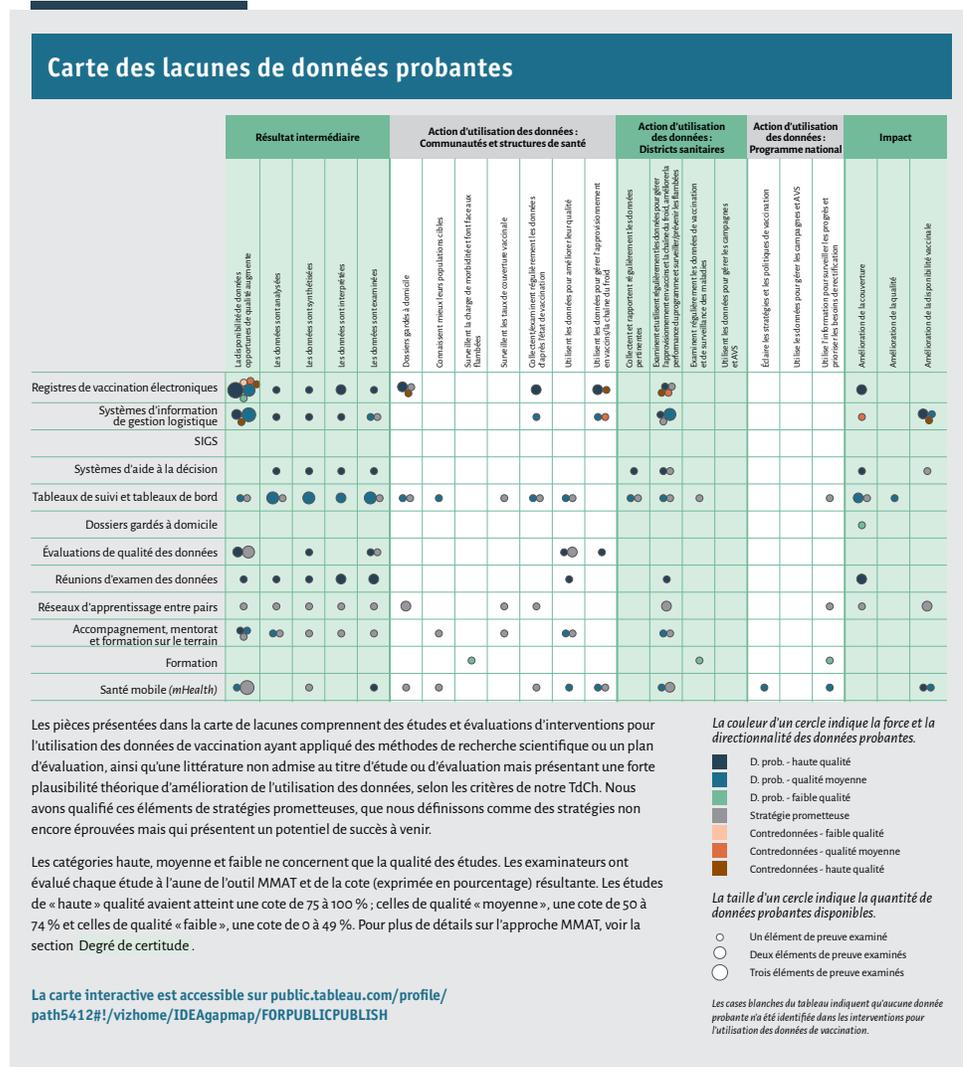
recherche, ajoutant 123 documents à la littérature examinée. L'état naissant du domaine fait que beaucoup de la connaissance du secteur de la vaccination concernant les interventions relatives à la qualité et à l'utilisation des données n'a pas encore été rigoureusement évaluée ni publiée. Outre les études et évaluations incluses d'après leur application de méthodes de recherche scientifiques ou d'un plan d'évaluation, PAHO et PATH ont également considéré la littérature non admise au titre d'étude ou d'évaluation mais présentant une forte plausibilité théorique d'amélioration de l'utilisation des données, selon les critères de la TdCh. Ils ont décrit ces éléments de stratégies prometteuses, qu'ils définissent comme des stratégies non encore éprouvées mais qui présentent un potentiel de succès à venir. Ils ont évalué la qualité des études à l'aide de l'outil *Mixed Methods Appraisal Tool* (MMAT), une liste de contrôle conçue par Pace et al. pour les examens de littérature systématiques, pour évaluer la qualité d'études quantitatives, qualitatives et à méthodes mixtes²³. Ils ont codé les documents inclus et synthétisé les données probantes en fonction des domaines de leur TdCh. Nous avons coté la certitude de ces données compte tenu du plan d'étude et de sa qualité, du nombre d'études et de leur concordance, et de la dépendance contextuelle des données. Les résultats sont résumés dans une matrice de cartographie des lacunes de données probantes et un tableau de synthèse (peut être trouvé à

Figure 1. IDEA Théorie du changement



IDEA suite de la page 2

Figure 2. Cartes des lacunes de données probantes



findyourfinding.org).

Bien que l'on reconnaisse de plus en plus que les données de qualité, opportunes et accessibles sont essentielles à la capacité de chaque pays d'apporter efficacement la vaccination à sa population, peu d'interventions pour l'utilisation des données ont fait l'objet d'études ou d'évaluations rigoureuses. Il n'y a guère d'indications probantes sur la manière dont les données peuvent être utilisées efficacement pour soutenir l'action et la prise de décision. Plus de preuves ont été trouvées sur les résultats intermédiaires des interventions, au niveau de la qualité, de la disponibilité, de l'analyse, de la synthèse, de l'interprétation et de l'examen des données. L'information et les indications recueillies ont permis d'élaborer de plus solides théories éclairées concernant les approches « qui marchent » pour améliorer la qualité et l'utilisation des données, pour qui et dans quelles circonstances. Les conclusions suivantes ont été tirées :

1. Les interventions à composants multiples sont les plus courantes et elles sont souvent plus efficaces. Presque toutes les interventions examinées exploitaient plus d'une stratégie. Les stratégies plus complètes, qui levaient les obstacles aux différents stades de l'utilisation des données, étaient plus susceptibles de produire des résultats.

2. Les interventions dont l'approche repose sur les systèmes de santé pour institutionnaliser l'utilisation des données sont plus susceptibles de réussir de manière pérenne. Dans notre examen, ces approches prévoyaient des réunions régulières d'examen des données, établissaient des directives et des protocoles nationaux d'utilisation des données, engageaient des responsables des données à tous les niveaux du système de santé et incorporent l'apprentissage de cette utilisation dans les programmes de formation nationaux.

3. Les indications probantes sont limitées concernant l'efficacité des systèmes d'information pour la gestion de la santé (SIGS) — notamment les registres de vaccination électroniques (RVE) — sur l'utilisation des données, mais ces interventions restent prometteuses quand elles s'accompagnent d'activités complémentaires. La transition de l'enregistrement sur papier aux SIGS informatisés à tous les niveaux du système sanitaire améliore la disponibilité de données de meilleure qualité aux décideurs. L'introduction progressive des systèmes informatisés après l'établissement d'une infrastructure et de ressources humaines fiables améliore les chances de succès.

4. Les systèmes d'information de gestion logistique (SIGL) informatisés accroissent la disponibilité aux décideurs de données de meilleure qualité utiles à la gestion de la chaîne d'approvisionnement, au niveau du district et en amont surtout. Si une intervention limitée à la mise en œuvre d'un SIGL informatisé améliore à elle seule la qualité et l'utilisation des données, les gains sont plus grands encore quand le SIGL s'accompagne d'autres activités propices à l'utilisation des données.

5. Il existe un rapport dynamique cyclique entre la qualité des données et leur utilisation. Bien que les résultats de cet examen confirment que la qualité des données est un précurseur nécessaire à leur utilisation, il n'apparaît guère que les interventions à composant unique visant à améliorer cette qualité conduisent à une amélioration de l'utilisation. À l'inverse, des preuves plus solides ont été trouvées que la qualité des données s'est améliorée à la suite d'une utilisation accrue des données. L'utilisation accrue des données génère la demande de données de plus haute qualité, menant ainsi à l'action pour améliorer cette qualité ; et, à mesure de l'amélioration de la qualité, les utilisateurs se fient davantage aux données, renforçant dès lors leur utilisation.

Cet examen est limité par plusieurs facteurs. Notamment, les résultats reposent sur les rapports présentés dans la littérature, qui ne donnait pas toujours une description complète des facteurs ayant contribué au succès ou à l'échec d'une intervention, causant peut-être ainsi une omission de considérations contextuelles importantes. La concentration sur les données de vaccination de routine, utile à la gestion de la portée de l'étude, risque cependant d'isoler davantage les programmes de vaccination. L'examen a été élargie à la littérature d'autres secteurs de la santé (en particulier, le VIH et la santé maternelle et infantile). Ces efforts n'étaient cependant pas aussi complets et n'ont probablement pas capté toutes les données probantes disponibles. Peu d'études et d'évaluations ont inclus des analyses coût-efficacité et n'ont donc pas été en mesure d'examiner ce rapport pour les interventions incluses dans l'examen. Beaucoup d'études prometteuses, plus larges, de l'utilisation des données sont actuellement en cours. Tous les travaux réalisés doivent être considérés ensemble pour éclairer les investissements stratégiques et transprogrammatiques dans les interventions visant à améliorer l'utilisation des données.

Cet examen s'adresse à différents publics et cherche à apporter, données probantes à l'appui, une information pertinente sur les pratiques les plus efficaces, pour que les décideurs politiques et programmatiques, de même que les bailleurs de fonds et les exécutants, puissent choisir et mettre en œuvre les approches d'impact maximum sur l'utilisation des données, pour élargir la couverture et l'équité de la vaccination dans le but ultime de réduire, voire d'éliminer les maladies qu'elle permet d'éviter. PAHO et PATH pensent que ces résultats pourront intéresser aussi les chercheurs et les évaluateurs dans la priorisation des lacunes de la connaissance actuelle. Les recommandations sont segmentées par public groupe pour encourager l'action et peuvent être pleinement explorés à findyourfinding.org. ■

Trois mythes sur la vaccination contre la grippe

Mythe

1

La grippe, c'est la même chose qu'un :
FAUX



La grippe est une maladie qui peut se manifester par une forte fièvre, de la toux, des frissons, des douleurs musculaires et articulaires, des maux de tête, et qui peut présenter des complications graves susceptibles de requérir une hospitalisation, voire d'entraîner la mort.³
VRAI

- Le rhume est causé par d'autres virus qui provoquent habituellement un écoulement nasal, une irritation de la gorge et peut-être une fièvre intermittente, mais il est peu probable qu'il cause des complications susceptibles de requérir une hospitalisation.
- Certains groupes de population comme les jeunes enfants, les femmes enceintes, les personnes âgées et les personnes souffrant de maladies chroniques (diabète, maladie pulmonaires ou cardiaque) font face à un risque plus élevé de complications dues à la grippe, mais c'est parfois le cas aussi pour les enfants et les jeunes sans facteurs de risque. On a constaté que des patients hospitalisés en raison de la grippe et qui n'avaient pas été vaccinés faisaient face à un risque de décès de deux à cinq fois plus élevé que ceux qui avaient été préalablement vaccinés.⁴
- Au Chili, le nombre annuel d'hospitalisations liées à la grippe est estimé entre 4000 et 6500 (en majorité des personnes de plus de 65 ans et des enfants de moins de 5 ans) alors que le nombre de décès est estimé entre 450 et 500 (en majorité des personnes de plus de 65 ans).⁵

Mythe

3

Le vaccin contre la grippe n'est pas :
FAUX



L'efficacité (c'est-à-dire la protection) du vaccin est souvent modérée (de 40 à 60 % env.)⁷ et varie d'une année à l'autre, suivant l'âge, l'état de santé et si les virus en circulation sont similaires à ceux du vaccin.
VRAI

- Le virus change constamment, ce qui rend nécessaire une mise à jour annuelle de la composition du vaccin et la vaccination annuelle des groupes à risque.
- Le personnel de santé doit se faire vacciner pour éviter tout risque d'infection et ne pas transmettre la grippe aux patients. En outre, il joue un rôle essentiel pour recommander la vaccination.⁸
- La vaccination antigrippale n'est pas recommandée pour les enfants de moins de six mois (car ils n'ont pas la capacité de générer une réponse immunologique au vaccin), raison pour laquelle la vaccination des femmes enceintes est essentielle pour la protection des enfants lors des premiers mois.
- Aux États-Unis, on estime qu'au cours de la saison 2017-18 le vaccin a permis d'éviter à 7 millions de personnes de contracter la grippe, ainsi que 109 000 hospitalisations et 8000 décès liés à la grippe.
- Les données factuelles suggèrent que si une personne se fait vacciner contre la grippe et contracte quand même la maladie, les symptômes seront moins graves que si elle ne s'était pas fait vacciner (c'est-à-dire qu'il sera possible d'éviter des complications, une hospitalisation, voire la mort).⁹ ■

Mythe

2

Le vaccin contre la grippe peut provoquer la grippe :
FAUX



Les vaccins contre la grippe sont utilisés depuis des décennies : ils sont sûrs et ne peuvent pas provoquer la grippe. VRAI

- Les vaccins contre la grippe administrés par une piqûre sont issus de virus inactivés (morts) ou sont produits à partir d'un gène du virus (recombinant) : dans un cas comme dans l'autre, il est impossible que la personne vaccinée puisse contracter la grippe à cause du vaccin.
- Le vaccin contre la grippe administré par un vaporisateur nasal⁶ est issu de virus vivants (atténués) mais incapable de se reproduire et d'infecter les poumons ou tout autre environnement à température élevée et de provoquer la grippe.
- Il faut deux semaines pour que l'organisme soit protégé après la vaccination et, au cours de cette période, la personne peut contracter le virus grippal ou d'autres virus respiratoires pouvant causer des symptômes semblables à la grippe.
- Les effets indésirables les plus fréquents liés au vaccin sont mineurs (douleur et rougeur au point d'injection).

OPSA

PROTÈGE TA
COMMUNAUTÉ
CONTRE LA GRIPPE

Fais ta part

#LesVaccinsçaMarche

www.paho.org/vwa

³ Harrison P. 5 Persisting Myths About Flu and the Flu Vaccine. [Internet]. Medscape Public Health. 2019. Disponible sur : https://www.medscape.com/viewarticle/907804#vp_3 [en anglais]

⁴ Arriola C, Garg S, Anderson E et al. Influenza vaccination modifies disease severity among community-dwelling adults hospitalized with influenza. Clin Infect Dis. 2017; 65:1289-97 [en anglais]

⁵ Sotomayor V, Fasce RA, Vergara N, De la Fuente F, Loayza S, Palekar R. Estimating the burden of influenza-associated hospitalizations and deaths in Chile during 2012-2014. Infl Other Respi Viruses. 2018; 12:138-45 [en anglais]

⁶ Il n'est pas fréquemment utilisé dans les pays d'Amérique latine et des Caraïbes.

⁷ US Centers for Disease Control and Prevention. Vaccine Effectiveness - How Well Does the Flu Vaccine Work? [Internet]. 2018. Disponible sur : <https://www.cdc.gov/flu/about/qa/vaccineeffect.htm> [en anglais]

⁸ Ropero-Álvarez AM, El Omeiri N, Kurtis HJ, Danovaro-Holliday MC, Ruiz-Matus C. Influenza vaccination in the Americas: Progress and challenges after the 2009 A(H1N1) influenza pandemic. Hum Vaccines Immunother. 2016;12(B):2206-14 [en anglais]

⁹ US Centers for Disease Control and Prevention. 2017-2018 Estimated Influenza Illnesses, Medical visits, and Hospitalizations Averted by Vaccination in the United States [Internet]. 2019. Disponible sur : <https://www.cdc.gov/flu/about/burden-averted/averted-estimates.htm> [en anglais]

Activités de santé menées en milieu scolaire en Argentine pour combattre la rougeole

Au cours des mois d'octobre et novembre 2018, une campagne nationale de vaccination contre la rougeole, la rubéole et les oreillons a été réalisée à Buenos Aires chez les enfants de 13 mois à 4 ans, dans le but de maintenir l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale en Argentine.

La ville de Buenos Aires est une des 24 juridictions du pays et est divisée en 12 zones programmatiques. La cible de population à vacciner au cours de la campagne à Buenos Aires était de 159 164 enfants.

La zone programmatique de l'hôpital Piñero est une des plus grandes du pays et une des plus vulnérables de toute la ville (elle représente un cinquième de la superficie totale de la ville), avec une population d'environ 330 000 personnes, réparties sur 35 kilomètres carrés. Elle couvre des établissements et des communes avec des réalités hétérogènes et des besoins divers. La problématique de cette zone est complexe, ce qui nécessite l'établissement de liens solides entre les différentes équipes qui y travaillent.

Cette zone programmatique compte 12 centres de santé, la Division de la promotion et de la protection de la santé, le programme de couverture Porteña et le programme de santé scolaire (établi par décret n°3362 en 1989), dont relèvent 132 écoles publiques, 71 écoles privées et 29 centres de petite enfance (CPI).

Comme aucune information de recensement sur la population à charge géoréférencée dans la zone programmatique de l'hôpital Piñero n'était disponible, le niveau central pour la vaccination a défini la cible pour la zone, calculée sur la base de la cohorte d'enfants vaccinés avec une première dose de vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (ROR) par année, au cours de la période 2014-2018. La population cible, déterminée conjointement avec le programme de vaccination, représentait 10% des enfants de la ville (17 848 enfants), et l'objectif était de parvenir à une couverture de 95 %.

Dans le cadre des activités de santé scolaire menées afin d'atteindre la population ciblée des enfants de 3 et 4 ans, différentes stratégies ont été élaborées, comme la vaccination extramurale dans les établissements scolaires et les CPI. Pour cette campagne, l'équipe en charge de la zone a ciblé des enfants représentatifs du groupe d'âge à vacciner dans 48 écoles publiques, 28 CPI et 39 écoles privées. La coordination du programme de santé scolaire de la zone a mené différentes activités pour renforcer l'efficacité de la campagne et a réalisé une micro-planification supervisée par le programme de vaccination de Buenos Aires, avec lequel elle a collaboré. L'hôpital de référence et tous ses centres de santé avaient auparavant reçu la liste des écoles, établissements privés ou CPI où il fallait mener les activités de vaccination.

En juin 2018, toutes les écoles publiques et privées et tous les CPI de la zone ont été priés de fournir des listes avec les nom et prénom de chaque élève, par salle, ainsi que le numéro de leur document national d'identité et date de naissance aux fins d'enregistrement de la

population dans le but d'évaluer la situation et d'élaborer les activités.

Des réunions ont été tenues avec les responsables des centres de santé dont relevaient les établissements scolaires, ainsi que les pédiatres et le personnel infirmier des services sanitaires pour leur donner des directives claires sur les tâches à accomplir. D'autres réunions ont été tenues avec les responsables des établissements scolaires pour expliquer les objectifs de la campagne et solliciter leur collaboration puisque la responsabilité était partagée à parts égales entre l'équipe sanitaire et l'équipe pédagogique.

Durant la campagne, le progrès a été mesuré par un suivi hebdomadaire des doses administrées, par âge et service de santé, tant au niveau local que central. Ce suivi a permis de mesurer le progrès spécifique de la zone.

De plus, un suivi spécifique de la santé scolaire a été mis en œuvre concernant les doses administrées dans les établissements scolaires et les CPI, ce qui a permis d'établir si ces derniers devaient faire l'objet d'une autre visite pour rechercher les enfants non vaccinés.

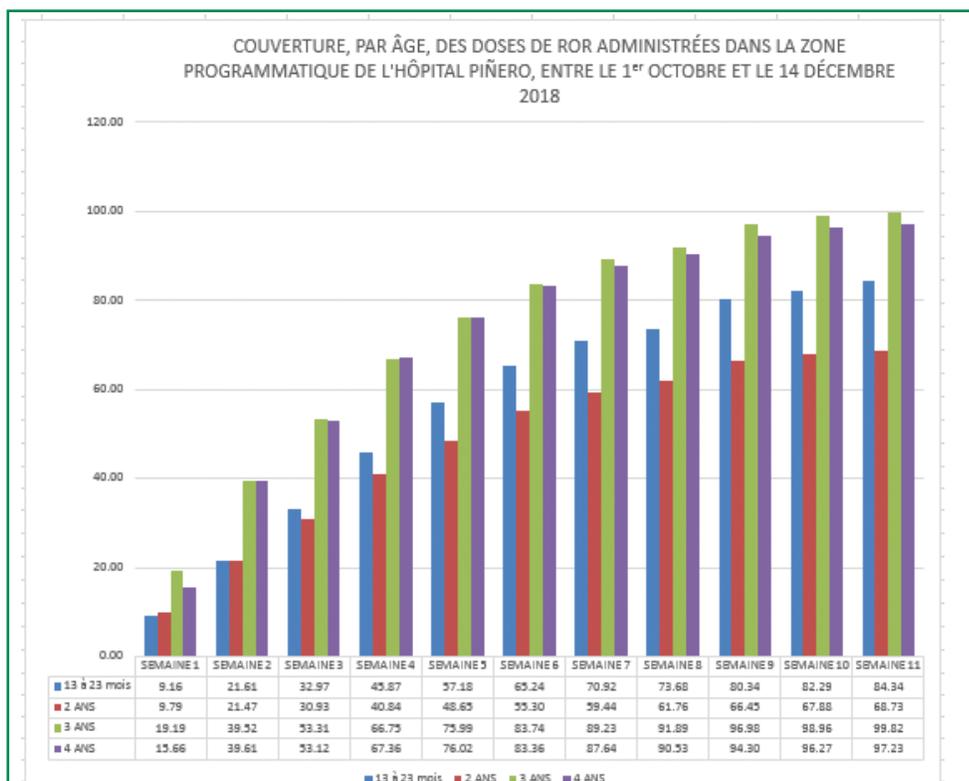
Pour optimiser cette tâche, le programme de santé scolaire a mis au point une liste de consolidation de la zone, avec les informations suivantes : nom de l'école, adresse, numéro de téléphone, population à vacciner, enfants vaccinés par la zone, enfants vaccinés par un autre service de santé, services non autorisés, total des enfants vaccinés, pourcentage de couverture vaccinale et nombre d'élèves restant à vacciner. Cette liste était mise à jour chaque semaine conformément à l'évolution de l'information.

Le programme de santé scolaire n'a pas seulement effectué un suivi des avancées du groupe d'âge, mais a aussi dressé une liste nominale de chaque école, en contrôlant, par le biais des services de santé, quels enfants n'avaient pas encore été vaccinés, localisés par nom, prénom et établissement scolaire.

L'identification des enfants non vaccinés, ainsi que les motifs de la non vaccination, ont permis de créer de nouvelles stratégies permettant d'optimiser les activités de vaccination en vue d'atteindre l'objectif fixé. Au nombre de ces stratégies figurait la vaccination en priorité à l'arrivée des enfants, afin de bénéficier de la présence des parents, la référence protégée vers des établissements de santé, etc.

Le service de promotion et de protection de même que le programme de santé scolaire ont dû relever le défi d'identifier les obstacles à l'accès de la population et de déterminer le pourcentage manquant pour atteindre l'objectif de couverture établi, au moyen du suivi des indicateurs par niveau, de la supervision, de l'évaluation et de l'analyse de l'information.

Il est très difficile de connaître la couverture réelle de la zone programmatique car il n'existe pas de recensement actualisé de la population : il est donc plus facile d'obtenir l'information réelle des écoles car ces populations sont déjà définies.



Source : zone programmatique de l'Hôpital Piñero.

ARGENTINE suite de la page 5



Activités dans les établissements scolaires. Source : Patricia Mancini (Santé scolaire, promotion et protection de la santé, zone programmatique de l'hôpital général de soins intensifs Parmenio Piñero, Buenos Aires).



Activités dans les établissements scolaires. Source : Patricia Mancini (Santé scolaire, promotion et protection de la santé, zone programmatique de l'hôpital général de soins intensifs Parmenio Piñero, Buenos Aires).



Activités dans les établissements scolaires. Source : Patricia Mancini (Santé scolaire, promotion et protection de la santé, zone programmatique de l'hôpital général de soins intensifs Parmenio Piñero, Buenos Aires).

Pour atteindre la population captive dans les établissements scolaires, la majeure partie des activités de vaccination ont été réalisées sur le terrain, en fonction d'un chronogramme défini au préalable, qui privilégiait l'accès de l'équipe de vaccination aux établissements sur la base d'heures et de jours convenus.

En ce qui concerne les établissements scolaires privés, des activités de vaccination ont été menées dans certains et, dans le reste, un suivi efficace des activités de vaccination a été mené en examinant les certificats des vaccins administrés. Les pédiatres de l'équipe de santé scolaire ont assuré un suivi permanent des listes d'élèves de chaque établissement, avec pour effet un travail intersectoriel considérable avec les établissements.

Résultats

À la fin de la campagne, la zone programmatique de Piñero a réussi à vacciner la population cible définie. La stratégie extramurale dans les établissements scolaires a représenté 37 % de la couverture vaccinale de la zone programmatique de l'hôpital Piñero.

Concernant l'objectif hebdomadaire, le succès a été atteint avec 99 et 97 % de couverture pour les groupes de 3 et 4 ans, respectivement, contre 84 et 68 % de couverture pour les groupes de 1 et 2 ans, respectivement, qui n'avaient pas bénéficié de ce type d'intervention. À la fin de la campagne, l'équipe de santé scolaire a utilisé la stratégie de suivi rapide de la vaccination pour identifier les enfants non vaccinés. Quinze centres scolaires ont été sélectionnés, dont quatre écoles, cinq CPI et six maternelles. Parmi les 676 enfants identifiés comme non vaccinés par le suivi rapide, 258 ont été vaccinés. Parmi les 418 enfants non vaccinés, pour 9,2 % les parents

n'ont pas autorisé la vaccination, 1,5 % étaient malades, pour 0,5 % les pédiatres n'ont rien indiqué et pour 17 % la non vaccination a été justifiée par d'autres raisons.

Il convient de mettre en évidence l'excellente coordination entre les membres de l'équipe de la zone programmatique, le service de promotion et de protection de la santé et le programme de santé scolaire de l'hôpital. Cette coordination a été des plus efficaces et fluides dans cette campagne, grâce à la formation d'un réseau personnalisé entre l'équipe centrale et les divers centres de santé, la participation de professionnels de différentes spécialités et un travail d'équipe interdisciplinaire, ce dernier étant un des aspects les plus essentiels pour obtenir des résultats.

Contributions de :

Mariana Dunaiwsky, Patricia Mancini, Marcela Aramburu, Mónica Franco, Cristina Pinelli, Graciela Muiño, Silvia Briones, Edgardo Knopoff (Santé scolaire, promotion et protection de la santé, zone programmatique de l'hôpital général de soins intensifs Parmenio Piñero, Buenos Aires), Alejandra Marcos (Programme de vaccination, ministère de la Santé, Buenos Aires), Samia Samad (OPS).



Équipe de travail de l'hôpital Piñero et du programme de vaccination. Source : Patricia Mancini (Santé scolaire, promotion et protection de la santé, zone programmatique de l'hôpital général de soins intensifs Parmenio Piñero, Buenos Aires).



Plan élaboré par zone programmatique de l'hôpital Piñero à Buenos Aires (Argentine). Disponible sur <http://goo.gl/maps/FG7JLrcogm> [en espagnol]

Tableau 1. Prix des vaccins achetés par l'intermédiaire du Fonds renouvelable de l'OPS, 2019 (prix en dollars US)

VACCIN		DOSES PAR FLACON	COÛT MOYEN PAR DOSE
BCG		10	\$0,2200
Choléra		1	\$1,7000
DTC		10	\$0,1757
DT	pédiatrique	10	\$0,1600
DTa triple acellulaire	pédiatrique	1	\$15,0000
DTCa-VPI	tétravalent acellulaire (seringue préremplie)	1	\$12,0000
DTCa-VPI-Hib	pentavalent acellulaire (seringue préremplie)	1	\$14,8000
DTCa-VPI-hép B-Hib	hexavalent acellulaire	1	\$21,1200
DTC	Hib lyophilisé	1	\$2,6500
DTC hépatite B Hib (pentavalent)	liquide	1	\$1,0905
Fièvre jaune		10	\$1,4300
Fièvre typhoïde polysaccharidique		20	\$10,0000
Grippe saisonnière trivalent hémisphère sud 2019	adulte - origine coréenne	1	\$3,2900
	adulte - origine coréenne	10	\$2,1900
	adulte - origine française	10	\$2,6500
	pédiatrique - origine coréenne	20	\$1,0950
	pédiatrique - origine française	20	\$1,3250
Grippe saisonnière quadrivalent hémisphère sud 2019	adulte - origine coréenne	10	\$4,4000
	adulte - origine coréenne	1	\$5,4000
	adulte - origine française	10	\$5,1400
Hépatite A	pédiatrique	1	\$8,1420
	adulte (flacon et seringue préremplie)	1	\$13,2779
Hépatite B (recombinant)	adulte	10	\$0,2400
	adulte	1	\$0,3264
	pédiatrique	1	\$0,2165
Hib	lyophilisé	1	\$2,0500
Méningococcique ACYW135		1	\$20,3000
Pneumococcique conjugué pédiatrique	10-valent (PCV-10)	1	\$12,8500
	13-valent (PCV-13)	1	\$14,5000

VACCIN		DOSES PAR FLACON	COÛT MOYEN PAR DOSE
Pneumococcique non conjugué	23-valent adulte	1	\$8,3000
Polio inactivé (VPI)		1	\$5,5000
		5	\$3,1000
Polio oral bivalent (VPOb)		10	\$0,1700
		20	\$0,1292
Rougeole-rubéole		1	\$2,4800
		10	\$0,6560
Rougeole/oreillons (souche Jeryl-Lynn)/rubéole		1	\$5,5900
Rougeole/oreillons (souche Zagreb)/rubéole		1	\$2,7500
		5	\$1,4300
Rage, à usage humain (cellules Vero)		1	\$13,0000
Rotavirus, liquide	calendrier de vaccination à deux doses	1	\$6,5000
Td	adulte	10	\$0,0963
Tdap triple acellulaire	adolescent/adulte	1	\$12,7180
Varicelle		1	\$16,5894

Modification I des prix des vaccins de 2019

Les États Membres seront facturés selon ces prix, à défaut d'une disposition contraire stipulée dans les accords conclus avec le pays. Les factures de l'OPS comprendront le coût du vaccin, des frais de service de 4,25 % (Contribution de 3% au compte capital de RF et 1,25% des frais de l'OPS, ne s'appliquant qu'au coût du produit biologique) et les frais réels d'emballage, de port et d'assurance.

On recommande aux représentants de l'OPS/OMS d'émettre des factures proforma basées sur les prix FCA moyens « franco transporteur » (indiqués dans la liste de prix). Pour estimer le coût d'emballage, d'assurance et de port, il faut calculer 15 % de la valeur des produits biologiques à des fins budgétaires. Cela est attribuable, en partie, à l'origine du produit. Le coût réel de ces services peut varier et figurera dans la facture de l'OPS, qui est émise environ 30 jours après la livraison de la commande. Le délai de livraison est d'environ 60 jours suivant la réception de la demande par le Service de gestion des achats et des approvisionnements (PRO) de l'OPS. Nous vous prions de continuer de travailler étroitement avec le Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins en actualisant les besoins trimestriels en vaccins des États Membres. L'exactitude et la disponibilité de ces informations sont essentielles au travail qu'accomplit l'OPS avec les fournisseurs afin d'assurer la fabrication et la disponibilité des produits en temps utile.

Tableau 2. Prix des seringues achetées par l'intermédiaire du Fonds renouvelable de l'OPS, 2019 (prix en dollars US)

SERINGUES JETABLES		
TAILLE	NOMBRE PAR CAISSE	PRIX UNITAIRE*
1cc 22G x 1 1/2"	2400	\$0,0232
	2000	\$0,0311
	1400	\$0,0290
1cc 23G x 1"	3200	\$0,0208
	2000	\$0,0245
	1400	\$0,0290
3cc 23G x 1***	1800	\$0,0330
	1800	\$0,0311
	2400	\$0,0232
5cc 22G x 1 1/2***	1800	\$0,0330
	1800	\$0,0255
	1200	\$0,0235

SERINGUES AUTODESTRUCTIBLES		
TAILLE	NOMBRE PAR CAISSE	PRIX UNITAIRE*
0.5cc 25G x 5/8***	3000	\$0,0380
	3000	\$0,0390
	3000	\$0,0282
0.5CC 23G X 1***	3000	\$0,0299
	3000	\$0,0338
	3000	\$0,0282
	4000	\$0,0300
0.5cc 22G x 1 1/2***	3000	\$0,0480
	3000	\$0,0656
0.1cc 27G x 3/8***	3000	\$0,0380
	3000	\$0,0390
0.05CC 26G X 3/8"	3000	\$0,0380

* Prix FCA (franco transporteur) pour chaque seringue.

** En cas de quantité et de taille de seringues identiques mais avec des prix différents, cela est généralement dû à des fournisseurs différents.

Source: www.paho.org/revolvingfund

Modification I des prix des seringues de 2019

Les États Membres seront facturés selon ces prix. Les factures de l'OPS comprendront le coût des seringues, des frais de service de 4,25 % (ne s'appliquant qu'au coût des seringues) et les frais réels d'emballage, de port et d'assurance.

On recommande aux représentants de l'OPS/OMS d'émettre des factures proforma basées sur les prix FCA « franco transporteur ». Pour estimer le coût d'emballage, d'assurance et de port, il faut calculer 25 % de la valeur des seringues dans le cas des expéditions maritimes et 110 % dans le cas des expéditions aériennes. Cela est attribuable, en partie, à l'origine du produit, au poids et au mode d'expédition, soit par transport aérien ou maritime. Le coût réel de ces services peut varier et figurera dans la facture de l'OPS, qui est émise environ 30 jours après la livraison de la commande. Le délai de livraison est d'environ 30 jours par transport aérien et de 100 jours par transport maritime suivant la réception de la demande par le Service de gestion des achats et des approvisionnements (PRO) de l'OPS.

Nous vous prions de continuer de travailler étroitement avec le Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins en actualisant les besoins trimestriels en seringues des États Membres. L'exactitude et la disponibilité de ces informations sont essentielles au travail qu'accomplit l'OPS avec les fournisseurs afin d'assurer la fabrication et la disponibilité des seringues en temps utile. ■

Nous célébrons les 40 ans de Bulletin d'immunisation (1979-2019)!

Le *Bulletin d'immunisation* est publié quatre fois par an en anglais, espagnol, portugais et français par l'Unité d'immunisation intégrale de la famille de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS), le Bureau régional pour les Amériques de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Son objet est de faciliter l'échange des idées et de l'information concernant les programmes de vaccination dans la Région afin de permettre une connaissance accrue des problèmes auxquels la Région et au-delà.

Les références faites à des produits commerciaux et la publication d'articles signés dans ce *Bulletin* ne signifient en aucun cas qu'ils sont sanctionnés par l'OPS/OMS et ne représentent pas forcément la politique de l'organisation.

ISSN 1814-6260

Volume XLI Numéro 1 • Mars 2019

Éditeurs : Octavia Silva, Martha Velandia et Cuauhtemoc Ruiz Matus

©Organisation panaméricaine de la Santé, 2019

Tous droits réservés.

Unité d'immunisation intégrale de la famille

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



OPS

Ce que j'ai appris sur la vaccination contre la grippe saisonnière et la préparation à une pandémie...

par Alba María Roper, conseillère régionale auprès de l'OPS/OMS concernant la vaccination contre la grippe, l'hépatite et la fièvre jaune, ainsi que la vaccination maternelle

Nous savons que la grippe saisonnière provoque chaque année décès et maladies partout dans le monde. Les pandémies de grippe ont également un impact considérable sur la santé et la société en général. Le monde doit être préparé à affronter une grave pandémie. Mais comment se préparer quand on ignore quand la pandémie surviendra ?

Les vaccins antigrippaux sont le meilleur outil pour prévenir la grippe saisonnière et faire face à une pandémie. Ce type de vaccination constitue un défi énorme pour les pays. Il faut vacciner chaque année des groupes de population qui ne bénéficient pas de la vaccination systématique destinée aux enfants, tels les personnes atteintes de maladies chroniques, les personnes âgées, les femmes enceintes et les agents de santé.

Lorsqu'en 2009 la Région des Amériques a été la première à faire face à la pandémie de grippe H1N1, plusieurs concepts ont été confirmés. D'une part, les pandémies sont inévitables jusqu'à un certain point. D'autre part, la vaccination contre la grippe saisonnière contribue à la préparation des pays à une éventuelle pandémie.

Nous en avons été convaincus lorsque, au cours de cette pandémie, nous avons constaté que les pays dotés de programmes de vaccination contre la grippe saisonnière avaient mis en œuvre la vaccination contre la grippe A (H1N1) plus rapidement et plus efficacement que les autres. La raison ? Ces pays disposaient déjà de l'infrastructure et de la capacité installée permettant d'atteindre les groupes n'étant pas traditionnellement la cible des programmes de vaccination.

Ces pays n'étaient pas préparés par hasard. Six ans auparavant, l'Assemblée mondiale de la Santé, dans sa résolution WHA56.19, avait recommandé l'utilisation du vaccin antigrippal non seulement pour réduire année après année le fardeau de la maladie, mais

également pour permettre une meilleure préparation pour affronter une future pandémie de grippe. La recommandation n'est pas tombée dans l'oreille d'un sourd et le pari de la vaccination contre la grippe saisonnière a porté ses fruits lorsqu'il a fallu répondre à la pandémie.

Après la pandémie de 2009, l'utilisation du vaccin antigrippal dans les Amériques a considérablement progressé par rapport aux autres régions de l'Organisation mondiale de la Santé. Les pays ont poursuivi leurs efforts pour maintenir ou augmenter la vaccination des groupes à risque, en particulier les femmes enceintes.

Un autre facteur important est l'existence, depuis 2004, des recommandations concernant la vaccination antigrippale du groupe consultatif technique (GCT) sur les maladies évitables par la vaccination de l'OPS, ainsi que le renforcement des groupes consultatifs techniques nationaux sur la vaccination (NITAG), qui guident les ministères de la Santé concernant l'introduction du vaccin. De même, le renforcement de la surveillance épidémiologique de la grippe dans la Région, grâce au développement du réseau SARINET, et les études sur la charge de morbidité dans de nombreux pays de la Région contribuent également aux efforts qui visent à renforcer la capacité de réaction des pays de la Région. Le développement de REVELAC-i, le réseau d'évaluation de l'efficacité du vaccin antigrippal en Amérique latine et dans les Caraïbes, a également constitué une avancée très importante.

Dans ce contexte, l'accès aux vaccins antigrippaux est aussi un élément clé. Le Fonds renouvelable de l'OPS a joué un rôle fondamental en facilitant l'accès aux vaccins antigrippaux dans la



Alba María Roper.

Région pour la vaccination systématique, suite à des appels d'offre spécifiques chaque année pour l'achat de vaccins trivalents et quadrivalents avec composition pour l'hémisphère Nord et pour l'hémisphère Sud. Au cours de la pandémie de 2009, le Fonds renouvelable a mené des négociations pour le compte des pays, et en particulier pour les pays ne disposant pas de capacité de production. Cela a permis d'avoir accès au vaccin plus rapidement que dans d'autres régions.

Malgré ces progrès, nous reconnaissons que d'importants défis restent à relever pour améliorer l'utilisation du vaccin. Il nous faut encore élargir la couverture vaccinale pour certains groupes à risque, tels que les personnes atteintes de maladies chroniques, les personnes âgées et les agents de santé. Nous avons identifié les difficultés d'accès et le manque de confiance dans les vaccins comme raisons incitant certains groupes à se montrer plus réticents face à la vaccination. Il faut concevoir des stratégies de communication adaptées au contexte culturel et qui s'adressent aux populations spécifiques pour inverser cette situation. Cela nécessite également de dispenser une formation continue au personnel de santé, qui reste l'une des sources les plus fiables pour encourager les personnes à se faire vacciner.

Pour conclure, notre expérience nous a montré que des programmes de vaccination solides et durables contre la grippe saisonnière seront essentiels pour atténuer une future pandémie. Les capacités existantes pour identifier les groupes à vacciner et résoudre les aspects tels l'accès au vaccin, la réglementation, la distribution, l'administration, le suivi et l'évaluation de la performance du vaccin seront essentiels pour pouvoir vacciner rapidement et ainsi prévenir les cas et les décès dus à la grippe. Lors d'une pandémie, nous n'aurons pas le temps de mettre en place de nouveaux systèmes de distribution, d'administration et d'évaluation des vaccins. C'est pourquoi il est primordial que ces mécanismes soient établis à l'avance et leurs capacités testées à travers des exercices qui permettront aux pays d'affiner leurs plans de préparation à la pandémie. Pour ces préparatifs, la vaccination saisonnière joue un rôle fondamental. ■

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

Nous célébrons les 40 ans de Bulletin d'immunisation (1979-2019)!