

# Bulletin d'Immunisation

Organisation panaméricaine de la Santé



Volume XLIII Numéro 1

Protégez votre Famille par la Vaccination

Mars 2021

## L'OPS lance un Tableau de bord de la couverture vaccinale anti-COVID-19 pour la Région des Amériques

L'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) a lancé une plate-forme servant d'outil pour surveiller la couverture vaccinale, les indicateurs et les interventions déployées avec les vaccins anti-COVID-19 dans la Région des Amériques. Le Tableau de bord de la couverture vaccinale anti-COVID-19 pour les Amériques peut être consulté sur [https://ais.paho.org/imm/IM\\_DosisAdmin-Vacunacion.asp](https://ais.paho.org/imm/IM_DosisAdmin-Vacunacion.asp) ; il n'est actuellement disponible qu'en anglais.

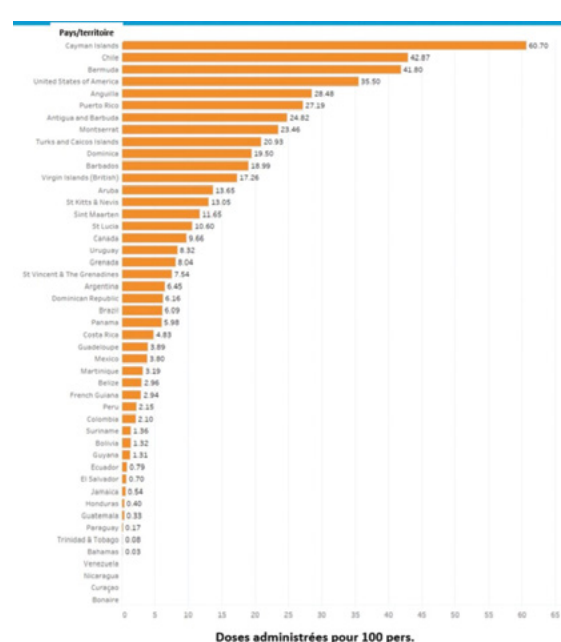
Mise à jour chaque vendredi, cette plate-forme bénéficie d'une approche combinée de collecte des données, qui intègre les données soumises chaque semaine par les pays des Amériques et des données colligées sur des sites officiels. À l'avenir, les données colligées comporteront les informations communiquées par les pays par l'intermédiaire du formulaire conjoint de notification électronique OPS-OMS/UNICEF (eJRF).

Parmi les indicateurs présentés dans ce tableau de bord :

- **Le nombre total de doses administrées** : nombre cumulé de toutes les doses de vaccins administrées depuis le début de la vaccination dans un territoire, un pays ou une région.
- **Première dose** : nombre cumulé de premières doses administrées lorsque le calendrier vaccinal comprend plus d'une dose.
- **Seconde dose** : nombre cumulé de secondes doses administrées lorsque le calendrier vaccinal comprend plus d'une dose.
- **Dose unique** : nombre cumulé de doses uniques administrées lorsque le calendrier vaccinal ne comprend qu'une seule dose.
- **Administration de tous les vaccins du calendrier** : nombre de personnes qui ont reçu la dernière dose recommandée d'un vaccin ou toutes les doses prévues au calendrier vaccinal ; ce nombre inclut la seconde dose si le calendrier comporte deux doses et n'inclut qu'une seule dose si le calendrier prévoit une dose unique.

L'OPS attend aujourd'hui avec intérêt de suivre sur ce tableau de bord les progrès de la vaccination anti-COVID-19 dans les Amériques, et de fournir en continu à toutes les personnes intéressées des informations actualisées en la matière. Ce tableau de bord régional de l'OPS complète le tableau de bord mondial de vaccination anti-COVID-19 de l'OMS, mis à disposition sur la page <https://covid19.who.int/>.

### Doses de vaccin anti-COVID-19 administrées pour 100 personnes



Mis à jour : 29 mars 2021.

## Le Dr Merceline Dahl-Regis, lauréate du Prix Héros de la Santé publique des Amériques de l'OPS, reçoit les honneurs de la Reine.<sup>1</sup>



Le Dr Merceline Dahl-Regis

Le Dr Merceline Dahl-Regis, première Caribéenne et deuxième Autochtone des Caraïbes à recevoir le prestigieux Prix Héros de la Santé publique des Amériques de l'OPS, a été nommée Compagnon du très distingué Ordre

de Saint-Michel et Saint-Georges (C.M.G.) par Sa Majesté la reine Elizabeth II, le 6 janvier 2021 à Nassau (Bahamas), pour l'excellence de ses services en santé publique et communautaire.

Originaire des Bahamas, le Dr Dahl-Regis a dirigé de nombreuses initiatives locales et internationales de santé publique.

Le Dr Dahl-Regis a joué un rôle déterminant dans le renforcement des services de santé de la mère et de l'enfant dans la Région, en particulier lorsqu'elle a travaillé au Centre latino-américain de périnatalogie, santé de la femme et santé reproductive de l'OPS. Elle a également créé à Nassau le *Comprehensive Adolescent Health Care Center* pendant son mandat de médecin-chef.

En 2010, le Dr Dahl-Regis a été nommée à la tête du Comité d'experts internationaux de l'OPS pour la vérification de l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale. Elle a beaucoup participé aux efforts régionaux visant à faire des Amériques la première Région au monde à être déclarée exempte de rougeole et de rubéole. La contribution du Dr Dahl-Regis au succès de l'initiative de double élimination comportait en particulier la prévention de la transmission mère-enfant de la syphilis et de l'infection à VIH.

Le Dr Dahl-Regis œuvre actuellement à titre de conseiller spécial du Premier Ministre dans le domaine de la santé et elle a joué un rôle important dans la riposte du pays à la COVID-19.

<sup>1</sup> Cet article a été publié à l'origine sur le site Web de l'OPS le 6 janvier 2021 : <https://www.paho.org/en/news/6-1-2021-dr-merceline-dahl-regis-paho-public-health-hero-americas-awardee-receives-queens>

## DANS CE NUMÉRO

- 1 L'OPS lance un Tableau de bord de la couverture vaccinale anti-COVID-19 pour la Région des Amériques
- 1 Le Dr Merceline Dahl-Regis, lauréate du Prix Héros de la Santé publique des Amériques de l'OPS, reçoit les honneurs de la Reine
- 2 Programme pour la vaccination à l'horizon 2030. Une stratégie mondiale pour ne laisser personne de côté
- 3 Stratégies pour promouvoir l'équité vaccinale : résumé d'études de cas menées en Guyana, Colombie et au Bolivie
- 5 Ressources de l'OPS/OMS sur la vaccination anti-COVID-19
- 6 Réunion du Groupe consultatif technique sur les maladies évitables par la vaccination de l'OPS
- 7 Classement final des cas, Région des Amériques, 2020

## Programme pour la vaccination à l'horizon 2030. Une stratégie mondiale pour ne laisser personne de côté

En août 2020, la Soixante-Treizième Assemblée mondiale de la Santé a approuvé le **Programme pour la vaccination à l'horizon 2030. Une stratégie mondiale pour ne laisser personne de côté (IA2030)** par la décision WHA73(9). Le Programme pour la vaccination à l'horizon 2030 définit les événements nécessaires pour concrétiser l'idéal d'« Un monde où chaque individu, où qu'il se trouve et quel que soit son âge, bénéficie pleinement des vaccins pour sa santé et son bien-être. »

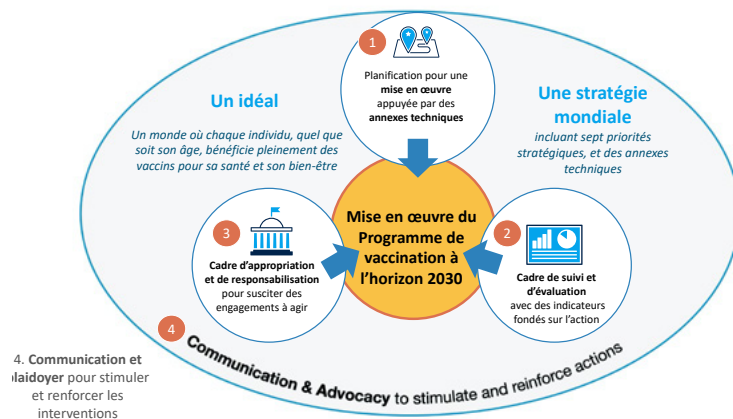
Ce programme est une **stratégie mondiale** qui intègre des initiatives de vaccination systématique et des initiatives vaccinales propres aux maladies. Il bénéficie d'une large adhésion par les parties prenantes et valorise la vaccination comme l'une des pierres angulaires des soins de santé primaires. Il harmonise les contributions et les réalisations entre les pays, les partenaires de développement et la société civile, en les alignant sur des priorités communes, d'autant plus critiques qu'une pandémie balaie les frontières.

Alors que l'OMS a été sollicitée pour diriger ce programme, des milliers de parties prenantes ont collaboré pour le créer, l'élaborer et, aujourd'hui, se l'approprier. Ce programme a été conçu pour répondre aux besoins de **chaque pays**, quels que soient son niveau de revenus et ses caractéristiques géographiques, et il vise à renforcer l'appropriation par les pays de la planification et de la mise en œuvre de programmes vaccinaux solides.

Le programme pour la vaccination à l'horizon 2030 a été élaboré pour anticiper les pandémies et les flambées, tout en ciblant de manière suivie l'amélioration progressive des programmes de vaccination sur la décennie. Les douze **annexes techniques** de la stratégie de ce programme,<sup>2</sup> une pour chaque priorité stratégique et chaque principe fondamental, fournissent des orientations pour éclairer les **ripistes à la COVID-19**.

Ce programme sera mis en œuvre par le biais d'un **cadre d'action**<sup>3</sup> appuyé par plus de 50 États Membres consultés en décembre 2020 et par les interventions de 24 États Membres (y compris des déclarations au nom de l'Union européenne et de la Région de l'Afrique) au Conseil exécutif de l'OMS de janvier 2021. Il comporte quatre éléments clés : des stratégies régionales et des stratégies nationales (planification des opérations), un mécanisme garantissant l'appropriation et la responsabilisation, ainsi qu'un cadre de suivi-évaluation pour guider la mise en œuvre dans les pays. Une approche coordonnée de communication et de plaidoyer vise à formuler les messages nécessaires pour stimuler et renforcer tout au long de la décennie les actions requises de la part de toutes les parties prenantes.

**Figure 1. Le Cadre d'action de l'IA2030 et les quatre éléments opérationnels guidant sa mise en œuvre**



Les **partenaires et les pays de la Région** affinent progressivement les stratégies, les priorités et les indicateurs de ce programme selon leurs

contextes respectifs. Les groupes consultatifs techniques éclairent les plans portant sur l'introduction des vaccins anti-COVID-19, la reprise des services systématiques et les priorités opérationnelles pour atteindre les cibles régionales de 2025 et 2030. Les partenaires régionaux utilisent des plateformes numériques pour tirer parti des conseils techniques et adapter de manière plus précise les stratégies et les priorités en collaboration avec les pays.

Le mécanisme **d'appropriation et de responsabilisation** renforce le rôle des structures existantes dans la surveillance des progrès réalisés et les interventions éventuelles relatives à la mise en œuvre de ce programme. Il comprend des mécanismes de surveillance au sein des pays et en mobilisant des tribunes socio-économiques et des comités régionaux. Des outils seront mis en place pour accroître la visibilité des contributions offertes par les partenaires de développement et les organisations de la société civile.

Conformément à l'objectif d'appropriation partagée entre les parties prenantes de la vaccination, la mise en place d'une nouvelle structure de gouvernance, le **Conseil de partenariat pour l'IA2030**, est proposée pour lancer la décennie de l'IA2030 avec trois objectifs clés :

1. élaborer, coordonner et plaider en faveur d'un soutien technique supplémentaire dans les domaines stratégiques prioritaires,
2. appeler à l'action pour atteindre les cibles de l'IA2030 en établissant un programme à l'échelle mondiale, se concentrer sur les lacunes identifiées et les hiérarchiser, et
3. surveiller le soutien des partenaires mondiaux relativement à leurs engagements.

Le conseil de partenariat sera limité à un mandat (3 ans), puis un examen de son efficacité déterminera son avenir.

Le **Cadre de suivi et d'évaluation** du programme dispose d'indicateurs fondés sur les actions, qui visent à renforcer la mise en œuvre de cycles de surveillance, d'évaluation et d'intervention, notamment des boucles de rétroaction efficaces aux niveaux national, régional et mondial :

- Les indicateurs des objectifs d'impact mesurent les résultats et leurs répercussions, et s'appliquent aussi bien à l'échelle mondiale qu'aux niveaux régional et national. Les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs d'impact seront évalués au regard de cibles prédéterminées.
- Les indicateurs relatifs aux objectifs stratégiques prioritaires sont conçus pour suivre les résultats au regard de l'objectif stratégique prioritaire vingt-et-un (21) du programme et à contribuer à la détermination des causes fondamentales possibles des succès et des échecs rencontrés, afin que des mesures d'amélioration des résultats du programme puissent être recommandées et mises en œuvre. Ces indicateurs combinent les données d'entrée, les processus, les données de sortie et les résultats, reflétant ainsi les besoins spécifiques de suivi des performances aux niveaux mondial, régional et national. Compte tenu des variations importantes existant entre les pays et entre les régions, aucune cible mondiale n'a été fixée pour les indicateurs des objectifs stratégiques prioritaires. Il est conseillé aux régions et aux pays d'établir, pour chaque indicateur, une base de référence et des cibles reflétant le contexte local.

Les principaux partenaires collaborent au **plaidoyer et à la communication** pour déclencher une prise de conscience, un sentiment d'appropriation et un soutien de ce programme tout au long de la décennie, par le biais de messages visant à stimuler et à renforcer les mesures requises de la part de diverses parties prenantes. Un **lancement du programme et un appel à l'action** sont prévus les jours précédant la Semaine mondiale de la vaccination, qui sera célébrée du 24 au 30 avril 2021. ■

<sup>2</sup> Mis à disposition sur le site de l'IA2030 : <http://www.immunizationagenda2030.org/>

<sup>3</sup> Mis à disposition sur le site de l'IA2030 : <http://www.immunizationagenda2030.org/>

## Stratégies pour promouvoir l'équité vaccinale : résumé d'études de cas menées en Guyana, Colombie et au Bolivie

Au cours des 40 années du Programme élargi de vaccination (PEV) dans les Amériques, les pays et les territoires d'Amérique latine et des Caraïbes ont fait des progrès extraordinaires en offrant à leurs populations une protection élargie contre les maladies évitables par la vaccination (MEV) et en promouvant une culture de la vaccination dans laquelle les vaccins sont considérés comme un bien public et un droit de chaque citoyen. Malgré ces réalisations, la couverture vaccinale nationale élevée notifiée dissimule souvent une réalité d'inégalités infranationales, telles que l'existence de groupes isolés vulnérables vivant dans des municipalités à faible couverture ou dans des zones mal desservies. Au cours de la période 2011-2019, il a été démontré que, depuis 2013, la couverture régionale en Amérique latine et des Caraïbes pour la troisième dose du vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC3) se maintient à 90 % environ, bien qu'elle ait diminué depuis 2018. Au cours de cette même période, il a également été observé qu'environ 50 % des municipalités de la Région n'avaient pas atteint une couverture supérieure à 95 %, cette disparité invisible étant par ailleurs passée à 66 % en 2019.



Guyana. Crédit photo : OPS

Des efforts multidimensionnels pour renforcer les programmes nationaux de vaccination systématique en obtenant une couverture vaccinale élevée et homogène à tous les niveaux du système de santé sont essentiels pour finaliser le programme de vaccination inachevé visant à prévenir et maîtriser les MEV en Amérique latine et aux Caraïbes, ainsi qu'à empêcher la réapparition de MEV déjà éliminées ou maîtrisées. De tels efforts sont également cruciaux pour parvenir à l'équité en matière de santé. Cette perspective de travail est clairement définie comme le troisième objectif stratégique du Plan d'action mondial pour les vaccins (GVAP) : « Les avantages de la vaccination sont équitablement étendus à tous les individus », qui stipule que « les progrès vers une plus grande équité peuvent être évalués à travers le suivi du pourcentage de districts où la couverture par trois doses de vaccin DTC3 est inférieure à 80 % et où il existe des écarts notables de couverture entre les quintiles de richesse supérieur et inférieur (ou autre indicateur d'équité approprié). » En 2020, l'Organisation mondiale de la Santé a fixé le *Programme pour la vaccination à l'horizon 2030*. Une stratégie mondiale pour ne laisser personne de côté, qui comprend des objectifs stratégiques prioritaires propres à la couverture et à l'équité, notamment pour parvenir à une couverture vaccinale élevée et équitable au niveau national et dans tous les districts, et pour accroître la couverture vaccinale parmi les populations les plus défavorisées. Le défi que doivent relever le GVAP, l'IA2030 et le Plan d'action régional pour la vaccination (RIAP) de l'OPS est que les avantages de la vaccination doivent bénéficier à tous de manière équitable, sans distinction de statut socio-économique, de religion, d'âge, de sexe, etc. Ce défi exige que les pays disposent en temps utile d'informations fiables pour élaborer des stratégies ciblées et définir des analyses et des priorités qui orientent des décisions solides, fondées sur des données probantes.

Les études de cas qualitatives examinées dans cet article ont utilisé une approche descriptive pour documenter les stratégies innovantes visant à promouvoir l'équité vaccinale parmi les populations mal desservies et sous-vaccinées de l'Amérique latine et des Caraïbes, en particulier de Bolivie, de Colombie et du Guyana. La méthodologie de l'étude de cas a été utilisée pour déterminer et documenter les expériences nationales et infranationales de mise en œuvre de stratégies vaccinales efficaces, qui augmentent l'accès équitable à la vaccina-

tion et le recours aux vaccins dans la Région des Amériques. La collecte de données s'est déroulée entre septembre 2019 et mars 2020 et comportait des revues documentaires, des entretiens approfondies et semi-structurées, des discussions de groupes thématiques et des observations lors de visites de sites doublées d'entretiens informels avec les parties prenantes concernées. Cette recherche a été possible grâce au financement de Gavi, l'Alliance du Vaccin.

Cet article résume les expériences du Guyana, de la Colombie et de la Bolivie en matière de promotion de l'équité vaccinale par une coordination à plusieurs niveaux et des partenariats stratégiques intersectoriels, la société civile et les communautés. Bien qu'il n'y ait pas assez de place dans cet article pour présenter tous les contextes, toutes les interventions stratégiques et une analyse de l'approche mise en œuvre par chaque pays, ce résumé donne un aperçu des axes de chaque étude de cas, tout en soulignant les défis rencontrés et les enseignements tirés. Les résultats fournissent des renseignements fondés sur des données probantes, utiles pour la planification, l'élaboration et la mise en œuvre de politiques et de pratiques vaccinales axées sur l'équité.



Centre de santé au Guyana. Crédit photo : OPS

### Guyana

En réponse aux flambées simultanées de rougeole, de diphtérie et de fièvre jaune dans la Région des Amériques, parallèles à l'augmentation des mouvements migratoires, l'OPS a déclaré une situation d'urgence au Guyana (ainsi qu'au Brésil, en Colombie et au Venezuela) le 22 mars 2018, et offert des conseils et un soutien technique pour évaluer les situations nationales et élaborer des plans de riposte. Le ministère guyanais de la Santé a réagi immédiatement, ciblant les zones frontalières pour mettre en place des interventions d'urgence favorisant l'équité. La recherche par étude de cas menée au Guyana s'est concentrée sur deux aspects principaux de ce processus : 1) la collaboration intersectorielle pour améliorer l'accès aux données et leur exactitude, l'établissement aux points d'entrée frontaliers de protocoles d'orientation et de vérification du statut vaccinal, et la consolidation des ressources limitées lors de la sensibilisation des communautés et des régions éloignées et difficiles d'accès, et 2) des partenariats communautaires pour le partage informel de données concernant les points d'entrée non officiels et des observations de surveillance des maladies faites par des non professionnels, mais aussi l'accès aux communautés et l'adhésion à la sensibilisation, ainsi que les barrières linguistiques entre les agents de santé et les populations migrantes et amérindiennes à risque.

Le Guyana a dû faire face à plusieurs défis au cours de cette urgence en raison de sa situation géographique et de son paysage uniques. L'accès aux collectivités éloignées et rurales, et leur sensibilisation, ont été complexes en raison de déplacements longs, sur un terrain difficile, et de complications liées aux conditions météorologiques. Ces défis ont eu un impact sur l'entretien de la chaîne du froid, ont mis à rude épreuve les ressources limitées en matière de transport et ont accru les rivalités relatives aux demandes faites aux agents de santé. Les responsables du PEV ont été en mesure d'atténuer certaines des répercussions de ces obstacles en harmonisant la planification des interventions d'urgence avec les activités courantes du programme, ce qui a permis une utilisation plus efficace des ressources limitées. De plus, la coordination des activités de sensibilisation avec un plan holistique qui incluait d'autres services que les services vaccinaux a permis la mise en commun du personnel et une économie de temps. La limitation des données sur les communautés frontalières

ÉQUITÉ suite de la page 3

et sur les populations migrantes a compliqué le suivi des patients et la prévision des approvisionnements, menaçant de ce fait l'exactitude des données notifiées dans le pays. Pour surmonter ce problème, le PEV a adopté la collaboration et l'échange de données entre les agents d'immigration aux points d'entrée, ainsi que l'échange d'informations et de données officielles du recensement avec les dirigeants communautaires locaux.



Dossiers médicaux pédiatriques au Guyana. Crédit photo : OPS

### Colombie

La mise en œuvre de stratégies de surveillance des inégalités vaccinales est cruciale pour éclairer plus efficacement la planification stratégique et la prise de décisions programmatiques visant à améliorer l'équité en matière de vaccination. La recherche faite en Colombie a documenté la diffusion d'autres approches de surveillance des inégalités sociales en matière de vaccination élaborées par l'OPS, conformément aux lignes directrices mondiales, et l'expérience développée par la Colombie en adoptant ces outils aux niveaux national et infranational. Les cibles spécifiques d'étude étaient : 1) l'OPS, le ministère de la Santé publique et la coordination infranationale pour le renforcement des capacités de détermination, de mesure et de suivi des inégalités sociales en matière de vaccination et 2) au niveau local, l'engagement des agents du PEV auprès des dirigeants locaux et des intervenants des populations et des collectivités mal desservies, afin d'améliorer la portée des interventions, la sensibilisation à la vaccination et l'utilisation des vaccins.

La Colombie a été confrontée à des défis majeurs qui sont documentés dans le rapport de l'étude de cas, notamment la difficulté d'assurer une capacité appropriée et ajustée en ressources humaines au niveau local pour effectuer un suivi des inégalités et donner suite aux conclusions de l'analyse sociodémographique d'inégalité ciblant l'équité vaccinale. Le pays a cependant pu faire face à l'obstacle constitué par l'insuffisance de soutien politique et financier pour surveiller les inégalités et les activités ciblées de vaccination, en mettant en œuvre des cadres réglementaires et institutionnels en faveur de l'équité qui soutiennent la prise de décisions de santé publique, ainsi que le suivi et la réduction des inégalités.



Atelier en Colombie. Crédit photo : OPS

### Bolivie

En Bolivie, la participation du public à la prise de décision, à la gestion et à la surveillance du système de santé publique est inscrite dans la constitution nationale. Le modèle de santé familiale, communautaire et interculturelle (Salud Familiar Comunitaria Intercultural) fournit pour cette participation un cadre directeur par la mise en place d'une structure sociale d'espaces de délibération participatifs pour évaluer les priorités de santé publique, la conformité aux politiques et la qualité des soins. Les recherches menées à Sucre (Bolivie) comportaient deux axes principaux : 1) la collaboration intersectorielle avec le secteur de l'éducation pour le partage de données, afin d'améliorer les prévisions d'approvisionnement et vérifier la qualité des données, ainsi que la promotion de la vaccination dans la communauté et parmi le personnel éducatif, et la mise en œuvre de campagnes de vaccination en milieu scolaire, et 2) les partenariats des communautés et de la société civile avec les conseils scolaires et les conseils de quartier pour éduquer et habiliter des responsables de confiance, qui pouvaient ensuite participer à la promotion de la vaccination communautaire et à l'échange d'information entre pairs dans leur domaine d'influence. Cette étude de cas offre des informations fondées sur des données probantes qui peuvent contribuer à optimiser le développement et le fonctionnement de telles alliances stratégiques et leurs répercussions sur l'équité vaccinale.

Les principaux défis rencontrés par la Bolivie sont documentés dans l'étude de cas ; nous en soulignons ici deux que le PEV a pu surmonter par des ripostes stratégiques. Premièrement, la garantie d'une fourniture adéquate et ajustée d'informations sur la vaccination, en particulier pour les publics non professionnels et la société civile, et la délivrance des informations à la communauté. Deuxièmement, lors de la mise en œuvre de la vaccination scolaire, un défi concernant la qualité des données, principalement lié à l'exactitude des dénominateurs en raison du cycle décennal de la collecte des données de recensement et de la migration au sein du pays. À Sucre, le PEV a pu surmonter ces obstacles et vérifier sa population cible en travaillant avec le secteur de l'éducation et en triangulant les données de santé avec celles du recensement de l'éducation.

### Enseignements tirés

L'un des principaux enseignements tirés de ces trois études de cas a été l'importance des approches intersectorielles et interinstitutionnelles pour la réduction des inégalités, et le fait que la promotion de l'équité vaccinale ne se limite pas au secteur de la santé. La collaboration intersectorielle et communautaire peut accroître la riposte à l'urgence que constitue l'équité, en améliorant la mise à disposition des données, en élargissant la promotion de la vaccination et l'orientation vers les vaccinateurs, et en assurant un soutien local pour coordonner les interventions vaccinales sur le terrain. En outre, sur le plan des activités régulières du PEV, l'organisation interne, la coordination de la coopération et l'inclusion sont essentielles pour promouvoir efficacement l'équité vaccinale par une collaboration intersectorielle, une participation de la société civile et un engagement communautaire. Le succès de la promotion généralisée de la vaccination est lié à l'autonomisation et à l'éducation de dirigeants communautaires de confiance, afin d'élargir la portée du PEV et d'établir un lien plus fort avec les communautés locales.

Dans un contexte d'urgence comme celui du Guyana, le partage à plusieurs niveaux de données intersectorielles relatives aux résultats d'évaluation rapide et à la surveillance des maladies, ainsi que d'autres rapports d'intervention d'urgence, est utile pour motiver des interventions actives et encourager la participation à tous les niveaux. L'utilisation des données pour guider les interventions du PEV en cas d'urgence est cruciale pour cibler les populations hautement prioritaires et à risque, déterminer les vulnérabilités et mobiliser des partenariats communautaires, surtout si les ressources financières et humaines sont limitées. Enfin, l'intégration des interventions d'urgence aux programmes de vaccination existants a été une excellente stratégie, permettant de tirer parti des flux de données existants, des réseaux de distribution et de la sensibilisation des communautés.

Les trois études de cas ont souligné l'importance, pour les décideurs à tous les niveaux, d'établir l'équité comme une priorité des politiques sanitaires. Même en l'absence d'un cadre réglementaire national, la sensibilisation à l'équité en matière de santé et sa promotion auprès des responsables de l'élaboration des politiques et des bailleurs de fonds peuvent constituer une étape précieuse pour renforcer la volonté politique. En outre, le déroulement d'une coopération technique à l'intérieur et à l'extérieur des frontières d'un pays est un enseignement clé de l'harmonisation des priorités. Il est essentiel de mettre l'accent sur le renforcement des capacités et le partage des données entre les niveaux

ÉQUITÉ suite de la page 4

régional, national et infranational pour planifier et suivre les stratégies axées sur l'équité. Il est important de promouvoir l'adoption par le PEV d'une prise de décision fondée sur des données probantes au niveau infranational pour renforcer une culture d'utilisation des données, mais cela dépend de la prise en compte des besoins des équipes et de la capacité à adopter une surveillance de l'équité vaccinale.

Enfin, cette recherche souligne que les alliances stratégiques sont relationnelles, dynamiques et suivies, et qu'elles nécessitent d'être entretenues en continu, sur le plan notamment du respect mutuel et de la participation systématique. En l'absence d'un suivi continu et d'une communication ouverte, les partenariats tissés par le PEV pourraient être moins efficaces au fil du temps pour atteindre leurs objectifs partagés. Les stratégies, interventions et analyses documentées utilisées par les pays établiront la base de données probantes mises à disposition et contribueront à l'élaboration d'approches plus efficaces pour lutter contre les inégalités en matière de vaccination.

Chacune de ces études présente des défis, des ripostes stratégiques et des enseignements tirés spécifiques, qui dépassent ce qu'il est possible de partager dans le cadre de cet article. Si vous souhaitez en savoir plus sur ces études, des résumés seront bientôt publiés [sur la page Web de l'Unité d'immunisation intégrale de la famille de l'OPS](#). L'OPS prévoit de diffuser les documents produits dans le cadre de cette recherche, afin que les pays puissent mieux comprendre les ressources utilisées, les facteurs facilitants et les obstacles contextuels rencontrés par le PEV lors de son travail pour réduire les inégalités. Les expériences nationales en ce domaine sont de plus en plus demandées, car de nombreux pays et organisations intensifient leurs travaux pour comprendre et résoudre les inégalités en matière de couverture vaccinale, inégalités exacerbées par la pandémie de COVID-19. Grâce à ce travail, l'OPS a l'occasion de partager des réalisations et des enseignements tirés, tout en appuyant les pays de la Région des Amériques et au-delà. ■

**Contribution de** Robin Mowson e Isabella Chan.

## Ressources de l'OPS/OMS sur la vaccination anti-COVID-19

L'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) ont publié de nombreuses ressources sur la vaccination anti-COVID-19 aux niveaux régional et mondial. Voici une liste de ces ressources selon des catégories thématiques. Pour y accéder directement en ligne ou

pour voir les ressources à venir, veuillez consulter les pages <https://www.paho.org/fr/vaccins-anti-covid-19> et <https://www.who.int/fr/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/covid-19-vaccines>. ■

### Plan national de déploiement et de vaccination

- [Orientations sur le déploiement et la planification de la vaccination contre la COVID-19](#)
- [Orientations pour l'élaboration d'un plan national de déploiement et de vaccination contre la COVID-19](#)
- [L'outil d'évaluation de l'état de préparation pour l'introduction du vaccin contre la COVID-19 \(VIRAT\)](#)
- [Lignes directrices visant la planification du lancement du vaccin contre la COVID-19, juillet 2020](#)

### Microplanification et populations prioritaires

- [Introduction du vaccin contre la COVID-19 : Orientations pour l'identification des groupes prioritaires et la micro-planification, janvier 2021](#)

### Approvisionnement et logistique

- [Vaccination contre la COVID-19 : orientations pour l'approvisionnement et la logistique : orientations provisoires, février 2021](#)

### Sécurité des vaccins

- [Orientations pour la mise en œuvre du système régional de surveillance des AEFI/AESI dans le contexte des vaccins contre la COVID-19](#)
- [La communication lors des crises liées à la sécurité vaccinale et l'innocuité des vaccins : orientations techniques orientations techniques orientations techniques](#)
- [La communication sur la sécurité vaccinale : orientations visant à aider les agents de santé à communiquer avec les parents, les soignants et les patients](#)

### Données et suivi

- [Couverture vaccinale contre le COVID-19 dans les Amériques](#)
- [Suivi de la vaccination contre la COVID-19 : considérations relatives à la collecte et à l'utilisation des données vaccinales](#)

### Évaluation de l'introduction des vaccins contre la COVID-19

- [Évaluation de l'efficacité des vaccins contre la COVID-19](#)
- [Calculateur de la taille de l'échantillon pour l'évaluation de l'efficacité des vaccins contre la COVID-19](#)

### Formation

- [Liste des formations relatives aux vaccins contre la COVID-19](#)
- [Dossier pour la mise en place de la vaccination anti-COVID-19](#)
- [Liste de contrôle pour le vaccin contre la COVID-19](#)
- [Formation à la vaccination contre la COVID-19 pour les agents de santé](#)
- [Organigramme de communication à l'intention des agents de santé pour la vaccination contre la COVID-19](#)
- [Orientations sur le déploiement et la planification de la vaccination contre la COVID-19](#)

### Communication des risques, participation communautaire et demande

- [Guide d'élaboration d'une stratégie de communication sur les risques concernant les vaccins contre la COVID-19 : une référence pour les pays des Amériques](#)
- [Besoins, perceptions et demande de la communauté : outil d'évaluation communautaire](#)
- [Pilotage de la participation communautaire pour les vaccins contre la COVID-19 : orientations provisoires](#)
- [Des données pour agir : comment parvenir à une large acceptation des vaccins contre la COVID-19 \(orientations provisoires\)](#)
- [Gestion de l'infodémie COVID-19 : communication des risques et défis de l'engagement communautaire](#)
- [Acceptation et demande de vaccins contre la COVID-19 : orientations provisoires](#)
- [Acceptation et demande de vaccins contre la COVID-19 : modèle de plan de communication](#)
- [La communication dans les crises liées à la sécurité vaccinale : orientations techniques](#)
- [La communication sur la sécurité vaccinale : orientations visant à aider les agents de santé à communiquer avec les parents, les soignants et les patients](#)
- [Organigramme de communication à l'intention des agents de santé pour la vaccination contre la COVID-19](#)

### Références spécifiques sur les vaccins

- [Projet de paysage et de suivi des vaccins candidats COVID-19](#)
- [Vaccin Janssen Ad26.COV2.S COVID-19 : orientations provisoires et autres informations](#)
- [Vaccin AstraZeneca et Université d'Oxford : recommandations provisoires et autres informations](#)
- [Vaccin Moderna mRNA-1273 : recommandations provisoires et autres informations](#)
- [Vaccin Pfizer-BioNTech : recommandations provisoires et autres informations](#)
- [Ressources spécifiques au vaccin COVID-19](#)

### Foire aux questions

- [Foire aux questions \(FAQ\) sur les vaccins expérimentaux contre la COVID-19 et les mécanismes d'accès](#)
- [Foire aux questions sur les vaccins contre la COVID-19](#)
- [Dix faits que les agents de santé doivent savoir en ce qui concerne les vaccins contre la COVID-19](#)
- [Démystifier les idées reçues sur les vaccins contre la COVID-19](#)

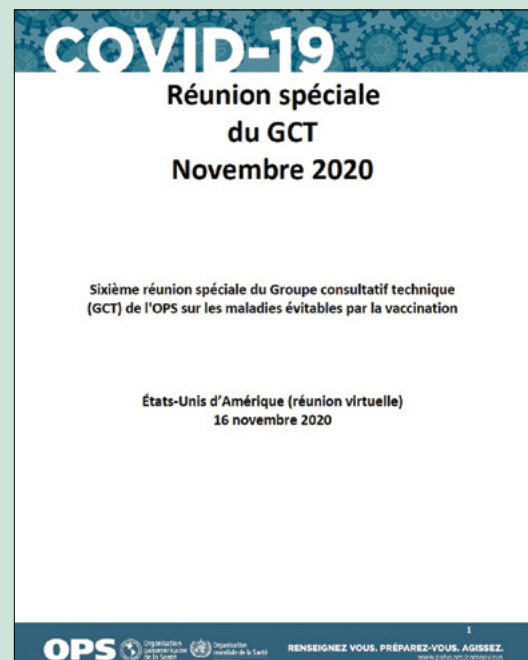
## Réunion du Groupe consultatif technique sur les maladies évitables par la vaccination de l'OPS

Le Groupe consultatif technique (GCT) sur les maladies évitables par la vaccination de l'OPS s'est réuni le 16 novembre 2020 pour donner suite à la dernière réunion virtuelle spéciale tenue trois mois avant la pandémie de COVID-19.<sup>4</sup> Les objectifs propres à cette réunion étaient de fournir une mise à jour épidémiologique concernant la COVID-19 et ses répercussions sur les programmes nationaux de vaccination dans les Amériques, d'examiner les recommandations du Groupe consultatif stratégique d'experts (SAGE) de l'OMS sur la

vaccination relativement au cadre des valeurs et à la feuille de route visant à définir des groupes prioritaires pour l'utilisation des vaccins anti-COVID-19 dans un contexte d'offre limitée, d'informer les participants sur les derniers progrès réalisés via des éléments de planification de l'introduction des vaccins anti-COVID-19 et de discuter des principales activités prioritaires pour soutenir les pays de la Région. ■

### Au cours de cette réunion ont été émises les recommandations suivantes

- Le GCT prend note de la pandémie en cours et de son lourd tribut, et souligne l'importance des mesures non pharmaceutiques pour réduire la transmission de la COVID-19.
- Le GCT prend note de l'importance cruciale d'une communication plus efficace expliquant comment la puissance de l'infection qui accompagne les poussées ou les vagues croissantes de cas entraîne une plus grande gravité des cas et une mortalité accrue.
- Le GCT apprécie le travail de l'équipe de l'OPS et des équipes nationales et encourage la poursuite des efforts visant à améliorer la couverture vaccinale et à accroître la demande de vaccins, ainsi que les efforts pour améliorer la surveillance des maladies transmissibles concernées par la vaccination.
- Le GCT prend note de l'analyse estimant les populations les plus à risque en raison d'affections préexistantes et constate la valeur de ces estimations pour la riposte à la COVID-19, ainsi que pour l'allocation des vaccins. Il serait utile d'étudier quelles affections préexistantes prédisent le mieux de mauvais résultats en matière de santé, afin que la hiérarchisation des populations à vacciner et l'allocation des vaccins puissent être affinées, dans la mesure du possible.
- Le GCT soutient l'adoption du cadre des valeurs du SAGE de l'OMS pour l'allocation et la hiérarchisation de la vaccination anti-COVID-19 et de la feuille de route pour la hiérarchisation des groupes de population à vacciner contre la COVID-19, et il prie instamment de les utiliser pour orienter la planification et la prise de décisions dans les pays.
- Le GCT encourage les pays et souligne qu'il est nécessaire qu'ils commencent leur planification en utilisant le cadre des valeurs et la feuille de route de hiérarchisation, et qu'ils fassent participer les NITAG et toutes les parties prenantes à un processus transparent de planification de l'administration des vaccins anti-COVID-19. Il est important de faire participer toutes les parties prenantes et le public à un dialogue renforçant la confiance dans les vaccins anti-COVID-19 et dans les vaccins protégeant contre d'autres maladies.
- Le GCT soutient la vaccination des agents de santé, des personnes âgées et des adultes atteints de comorbidités en tant que priorité pour réduire la morbidité et la mortalité dues à l'infection par le SRAS-CoV-2.
- Le GCT souligne l'importance d'une microplanification minutieuse, compte tenu des caractéristiques propres aux vaccins anti-COVID-19 mis à disposition, en portant une attention particulière à tous les aspects de la chaîne du froid, de la logistique et des systèmes d'information (électronique ou sur papier), notamment la fourniture d'une fiche de vaccination aux personnes vaccinées.
- Le GCT prend note de la nécessité de renforcer les capacités nationales de surveillance des ESAVI liés aux vaccins anti-COVID-19 ou à d'autres vaccins, et soutient la mise en place d'un système régional de surveillance des ESAVI.
- Le GCT recommande de préparer des études particulières pour surveiller les cohortes de personnes vaccinées afin de déterminer l'innocuité des vaccins anti-COVID-19 et la durée de la protection vaccinale générée. Le GCT soutient également la création d'un comité régional sur l'innocuité des vaccins anti-COVID-19.
- Le GCT met l'accent sur le rôle crucial de la communication, notamment par les médias sociaux, mais aussi en faisant appel, après les avoir identifiés, à des personnalités et des influenceurs nationaux, ainsi qu'à des champions et à des ambassadeurs régionaux, pour promouvoir la vaccination anti-COVID-19 une fois les vaccins mis à disposition.
- Le GCT note que le VIRAT est un outil utile pour suivre l'état de préparation des pays et l'élaboration de leurs plans nationaux de vaccination, et il soutient fermement l'intégration de cet outil et du cadre de préparation vaccinale (VRAF) de la Banque mondiale en un seul outil permettant de surveiller la préparation des pays et de faciliter l'élaboration des plans nationaux de vaccination.
- Le GCT apprécie le rôle essentiel du Fonds renouvelable de l'OPS et du Mécanisme COVAX et appuie dans les accords les clauses clients les plus favorables au prix le plus bas. Le GCT soutient les mesures et les efforts visant à assurer une répartition mondiale équitable des vaccins à un juste prix.
- Le GCT note qu'il est important pour l'OPS de suivre et de surveiller les caractéristiques des vaccins à mesure de leur mise à disposition, et de travailler avec diligence à l'obtention des meilleures solutions pour les pays.
- Le GCT souligne l'importance d'avoir suffisamment de ressources humaines en place et de former suffisamment de personnel pour se préparer à l'introduction des vaccins anti-COVID-19, ainsi que pour s'assurer que les programmes de vaccination systématique sont poursuivis.
- Le GCT exhorte l'OPS à continuer de surveiller les progrès réalisés par les pays au niveau de leurs plans d'introduction des vaccins.
- Le GCT recommande que l'OPS surveille les données sur l'efficacité et l'innocuité des candidats-vaccins anti-COVID-19 en cours d'essais cliniques, afin d'émettre des recommandations régionales ciblées relativement aux stratégies et à la politique de vaccination.
- Envisageant la possibilité que les vaccins contre la grippe et la COVID-19 aient les mêmes populations cibles et populations à risque, le GCT recommande aux pays d'utiliser leur infrastructure établie de vaccination antigrippale pour se préparer à l'introduction des vaccins anti-COVID-19.



Réunion du GCT, novembre 2020, rapport final.

<sup>4</sup>Pour obtenir un rapport complet sur cette réunion, veuillez consulter la page <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53285>

## Classement final des cas, Région des Amériques, 2020

Pays	Total de cas présumés notifiés	Cas confirmés de rougeole			Cas confirmés de rubéole			Cas de syndrome de rubéole congénitale (SRC)		Cas notifiés d'oreillons	Cas notifiés de coqueluche
	2020	2020			2020			2020		2019	2019
	Rougeole/rubéole	Clinique	Laboratoire	Total	Clinique	Laboratoire	Total	Suspects	Confirmés	2019	2019
Anguilla	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Antigua-et-Barbuda	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Argentine	326	0	61	61	0	0	0	0	0	9,278	075
Aruba	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Bahamas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Barbade	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
Belize	2	0	0	0	0	0	0	0	0	13	0
Bermudes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
BES*	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Bolivie	127	0	2	2	0	0	0	0	0	13	29
Brésil	17,406	2,824	5,624	8,448	0	0	0	36	0	—	1,423
Canada	—	—	1	1	—	0	0	0	0	183	2,514
Chili	49	0	2	2	0	0	0	0	0	4,829	350
Colombie	653	0	1	1	0	0	0	331	0	15,125	347
Costa Rica	103	0	0	0	0	0	0	128	0	7	51
Cuba	1,540	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Curaçao	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1
Dominique	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Équateur	136	0	0	0	0	0	0	0	0	2,701	57
El Salvador	191	0	0	0	0	0	0	181	0	2,264	3
États-Unis d'Amérique	—	—	13	13	—	1	1	—	—	3,780	18,617
Grenade	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Guadeloupe	0	0	0	0	—	—	—	—	—	—	—
Guatemala	72	0	0	0	0	0	0	1	0	119	60
Guyane	0	0	0	0	—	—	—	—	—	—	—
Guyana	7	0	0	0	0	0	0	12	0	0	0
Haïti	142	0	0	0	0	0	0	49	0	—	0
Honduras	118	0	0	0	0	0	0	10	0	10,083	78
Îles Caïman	0	0	0	0	0	0	0	0	0	—	—
Îles Turques et Caïques	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Îles Vierges Britanniques	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jamaïque	29	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Martinique	0	0	0	0	—	—	—	—	—	—	—
Mexique	2,504	0	196	196	0	0	0	0	0	8,009	874
Montserrat	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nicaragua	125	0	0	0	0	0	0	23	0	6	8
Panama	28	0	0	0	0	0	0	0	0	185	108
Paraguay	573	0	0	0	0	0	0	6	0	699	26
Pérou	76	0	0	0	0	0	0	0	0	3,969	414
Porto Rico	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
République Dominicaine	47	0	0	0	0	0	0	0	0	1,848	123
Saint-Kitts-et-Nevis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Saint-Vincent-et-Grenadines	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sainte-Lucie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
St. Maarten (partie Hollandaise)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	—	—
Suriname	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Trinité-et-Tobago	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Uruguay	11	0	2	2	0	0	0	0	0	835	69
Venezuela	911	0	0	0	0	0	0	0	0	125	217
	<b>25,193</b>	<b>2,824</b>	<b>5,902</b>	<b>8,726</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>777</b>	<b>0</b>	<b>64,076</b>	<b>26,351</b>

...Aucune information n'a été fournie

Sources : systèmes ISIS et MESS et rapports par pays.

\*Bonaire, Saint-Eustache et Saba

Mis à jour 19 mars 2021.

Source: USA mumps and pertussis data, National Notifiable Diseases Surveillance System (NNDSS) mumps -

<https://wonder.cdc.gov/nndss/static/2020/53/2020-53-table1y.html>; pertussis - <https://wonder.cdc.gov/nndss/static/2020/53/2020-53-table1z.html>

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 XLIII Numéro 1 • Mars 2021

#### Article recommandé:

Bulletin d'Immunisation: Conserver le capital confiance : lutter contre les informations fausses sur les vaccins [Internet]. Washington, D.C.: Organisation panaméricaine de la Santé. Volume XLII Numéro 4, Décembre 2020. Disponible sur: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53233>

Éditeurs : Octavia Silva, Martha Velandia et Cuauhtemoc Ruiz Matus

©Organisation panaméricaine de la Santé, 2021  
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

DAHL-REGIS suite de la page 1

### Le Dr Marceline Dahl-Regis nommée Héros de la Santé publique des Amériques par l'OPS<sup>5</sup>

Le Dr Marceline Dahl-Regis, une pionnière bahamienne de la santé publique connue pour ses travaux visant à faire progresser les efforts régionaux d'élimination des maladies et à vérifier leurs résultats, a été nommée Héros de la Santé publique des Amériques par l'Organisation panaméricaine de la Santé/ Organisation mondiale de la Santé (OPS/OMS).

« La liste des réalisations du Dr Dahl-Regis est longue. Au-delà de leur quantité cependant, il y a quelque chose d'assez spécial qui les caractérise, en cela que ses plus importantes réalisations dans les domaines de la vaccination et de l'élimination de la transmission mère-enfant de l'infection à VIH et de la syphilis congénitale sont également des réussites régionales. Ce sont des étapes historiques de la santé publique dans les Amériques », a déclaré le Dr Carissa F. Etienne, Directrice de l'OPS, lors de la cérémonie de remise du prix. « Elle a poursuivi cette tradition bahamienne de leadership en matière d'objectifs collectifs ambitieux de santé, et ce au sein de la sous-région de la CARICOM, sur l'ensemble des Amériques, et plus récemment au niveau mondial ».

Le Dr Dahl-Regis a été l'une des premières femmes à obtenir son diplôme de médecin aux Bahamas dans les années 1960. Au début de sa carrière, elle a reconnu très vite le rôle essentiel des soins de santé primaires et de l'accès universel à l'eau potable, l'assainissement, une bonne alimentation et la vaccination, et elle a dédié ses travaux à la santé et au bien-être des populations de l'ensemble des

Amériques et au-delà.

« Elle n'est que la seconde des ressortissants des Caraïbes et la première Caribéenne à recevoir ce prix prestigieux », a ajouté le Dr Etienne. « Le titre de Héros de la Santé publique des Amériques n'est pas un titre décerné à la légère, mais je sais que ceux d'entre nous qui ont travaillé avec le Dr Dahl-Regis, ou étudié avec elle, ou été pris en charge ou encore encadrés par elle, conviendront qu'elle mérite une place au sein de ce groupe remarqué de fonctionnaires de la santé publique ».

« Cette reconnaissance du travail que j'ai accompli en santé publique n'appartient pas qu'à moi seule. Je n'aurais pas pu réaliser ces accomplissements sans la contribution d'un grand nombre de personnes, en particulier des agents de santé sur le terrain, du personnel à tous les niveaux, de ma famille, de mes amis, ni sans beaucoup de foi et de prières », a déclaré le Dr Dahl-Regis. « Je suis vraiment reconnaissante d'être honorée ».

Le Dr Dahl-Regis a dirigé diverses initiatives de santé révolutionnaires dans la Région. Elle a été une ardente défenseuse des services de santé de la mère et de l'enfant, travaillant sans relâche avec le Centre latino-américain de périnatalogie, santé de la femme et santé reproductive de l'OPS pour garantir des améliorations dans ces domaines. En tant que médecin-chef aux Bahamas, le Dr Dahl-Regis a également créé à Nassau le *Comprehensive Adolescent Health Care Center*, qui offre une approche holistique de la santé et du développement.

Grâce, en grande partie, au leadership exceptionnel

du Dr Dahl-Regis, à son engagement inlassable et à sa compréhension holistique des besoins et des réalités propres aux pays, les Amériques sont devenues, au cours de son mandat, la première Région au monde à être déclarée exempte de rougeole et de rubéole.

Le Dr Dahl-Regis a reçu de nombreuses distinctions honorifiques au cours de sa carrière, dont le Prix de l'OPS pour l'Administration, qui a reconnu sa contribution exceptionnelle à la gestion et à la recherche en matière de soins de santé, ainsi qu'à la formation médicale continue en soins de santé primaires.

L'initiative Héros de la Santé publique de l'OPS choisit ses lauréats pour leurs contributions inestimables à la santé publique dans les Amériques. Parmi les héros précédents figurent, entre autres, le Dr Mirna Cunningham (Nicaragua), qui a travaillé comme défenseuse des droits de la personne, des droits collectifs des peuples autochtones et de la santé des femmes, et le Dr Maria Isabel Rodriguez (El Salvador), première femme ministre de la Santé de son pays, qui a dirigé la transformation du secteur national de la santé en un système universel, équitable et d'excellente qualité, fondé sur les droits de la personne. ■

#### Autres matériels

- [Vidéo du Dr Marceline Dahl-Regis, Héros de la Santé publique](#)
- [Héros de la Santé publique de l'OPS](#)

<sup>5</sup> Cet article a été publié à l'origine sur le site Web de l'OPS : <https://www.paho.org/en/public-health-heroes/dr-marceline-dahl-regis>