

# TRENTE-CINQUIEME REUNION DES RESPONSABLES DU PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION DES CARAÏBES

Réunion virtuelle  
du 3 au 5 novembre 2021

RAPPORT FINAL

Trente-cinquième réunion des responsables du Programme élargi de vaccination des Caraïbes. Rapport final

OPS/FPL/IM/22-0002

**© Organisation panaméricaine de la Santé, 2022**

Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO) ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.fr>.

Aux termes de cette licence, cette œuvre peut être copiée, distribuée et adaptée à des fins non commerciales, pour autant que la nouvelle œuvre soit rendue disponible sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente et qu'elle soit citée de manière appropriée. Quelle que soit l'utilisation qui sera faite de l'œuvre, il ne devra pas être suggéré que l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) approuve une organisation, un produit ou un service particulier. L'utilisation de l'emblème de l'OPS est interdite.

L'OPS a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'OPS ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

## 1. Tables des matières

1. INTRODUCTION.....	1
2. OBJECTIFS DE LA RÉUNION.....	1
2.1 Objectifs généraux : .....	1
2.2 Objectifs spécifiques : .....	1
3. COUVERTURE VACCINALE UNIVERSELLE .....	2
3.1 Rapport du Groupe consultatif technique caribéen sur la vaccination .....	2
3.2 Résumé des recommandations de la réunion du GCT de juillet 2021 .....	2
3.3 Mise à jour sur le PEV dans les Amériques – 2020 .....	4
3.4 Aperçu du PEV dans les Caraïbes – 2020 .....	6
4. EXAMEN DE LA SURVEILLANCE DES MEV DANS LES CARAÏBES.....	7
4.1 Mise à jour sur la surveillance des MEV dans les Amériques – 2020.....	7
Surveillance de la poliomyélite.....	7
Surveillance de la rubéole et de la rougeole .....	8
Surveillance de la diphtérie.....	8
4.2 Mise à jour sur la surveillance des MEV dans les Caraïbes – 2020.....	8
4.3 Rapport national sur les défis rencontrés dans le cadre du Programme national de vaccination – Haïti.....	9
4.4 Mise à jour sur le Fonds renouvelable de l’OPS et prévision des demandes pour l’année 2022	9
5. PRÉSERVER LES ACQUIS RÉALISÉS DANS LE CONTEXTE DE LA PANDÉMIE DE COVID-19 .....	10
5.1 Situation épidémiologique régionale et mondiale de la COVID-19 .....	10
5.2 Examen des résultats des tests de laboratoire relatifs au coronavirus dans les Caraïbes .....	11
5.3 Vaccination anti-COVID-19 dans les Caraïbes.....	12
5.4 Rapports nationaux sur la mise en œuvre du vaccin anti-COVID-19 – Réalisations et défis .....	13
Jamaïque.....	13
Dominique.....	14
5.5 Recommandations du SAGE et du GCT et mise à jour sur les études d’efficacité réelle .....	14
6. SURVEILLANCE DE L’INNOCUITÉ DES VACCINS .....	15
6.1 Mise à jour sur l’état d’avancement du système de surveillance régionale des MAPI ...	15
6.2 Signes détectés en matière d’innocuité des vaccins anti-COVID-19.....	17
6.3 Analyse des points forts (SWOT) du système national de surveillance des ESAVI et des plans de surveillance sentinelle – la Barbade .....	18
6.4 Renforcer la surveillance des ESAVI au Belize – Défis et solutions .....	18

7.	STRATÉGIES DE COMMUNICATION POUR AMÉLIORER LE RECOURS AUX VACCINS .....	19
7.1	Mise en œuvre de plans nationaux de communication sur les risques en cas de crise pour renforcer la confiance dans les programmes de vaccination .....	19
7.2	Communication sur les MAPI en cas de crise – Quoi, quand et comment .....	20
7.3	Compte-rendu sur les préoccupations, les mentalités et les pratiques intentionnelles des agents de santé relativement au vaccin anti-COVID-19 dans l'enquête auprès des agents de santé des Caraïbes .....	21
7.4	Vaccination antigrippale dans le contexte de la COVID-19.....	23
7.5.	Rapports nationaux sur les plans d'administration du vaccin antigrippal dans le contexte de la COVID-19.....	25
	Trinité-et-Tobago.....	25
	Sainte-Lucie.....	26
7.6	Appuyer la santé numérique en matière de vaccination dans les Caraïbes .....	26
7.7	Rapports par pays et par territoire sur le renforcement et la mise en œuvre de solutions de santé numérique – Enseignements tirés.....	27
	Suriname .....	27
	Bermudes .....	28
8.	REMISES DE PRIX, RECOMMANDATIONS ET CLÔTURE DE LA RÉUNION.....	28
8.1	Système de surveillance des Caraïbes.....	28
8.2	La Coupe Henry Smith .....	29
8.3	Examen des recommandations du CITAG .....	29
8.4	Clôture de la réunion.....	30

## 1. INTRODUCTION

La 35<sup>e</sup> réunion des responsables du Programme élargi de vaccination (PEV) des Caraïbes s'est déroulée virtuellement du 3 au 5 novembre 2021. La réunion a rassemblé 71 participants de 28 pays et territoires des Caraïbes anglophones, néerlandaises et françaises. Parmi les participants figuraient des représentants des ministères de la Santé, de l'Agence de la santé publique des Caraïbes (CARPHA), de la Communauté des Caraïbes (CARICOM) et de l'Organisation panaméricaine de la Santé/Organisation mondiale de la Santé (OPS/OMS).

Le Dr Peter Figueroa, président de la réunion, a délivré l'allocution d'ouverture, remerciant la conseillère infrarégionale en matière de vaccination, le Dr Karen Broome, et toute l'équipe de l'OPS pour leur excellent travail d'organisation de cette réunion essentielle. Il a également remercié les responsables nationaux du Programme élargi de vaccination (PEV) de leur engagement, de leur dévouement et du travail considérable réalisé au cours des dix-huit derniers mois en riposte à la pandémie de COVID-19 ; il a également exprimé sa gratitude envers les membres du Groupe consultatif technique sur la vaccination des Caraïbes (CiTAG), tout en leur souhaitant la bienvenue.

Le Dr Cuauhtémoc Ruiz-Matus, chef de l'Unité d'immunisation intégrale de la famille au Siège de l'OPS (Washington, D.C.), a ensuite fait remarquer que l'équipe de l'OPS attend toujours cette réunion avec impatience, car elle constitue une occasion d'échanger avec les pays des Caraïbes et de tirer des enseignements de leur expérience. Il a rappelé qu'en raison de la pandémie de COVID-19, la réunion 2019 des responsables caribéens du PEV n'avait pas eu lieu et que, pour cette même raison, la réunion de cette année était virtuelle, tout en exprimant l'espoir que celle de l'année prochaine se tienne en présentiel. Il a enfin félicité les responsables du PEV de leur travail acharné pour maintenir les programmes de vaccination pendant la pandémie, malgré les défis rencontrés dans leurs activités professionnelles, dans leurs pays respectifs, ainsi que chez eux avec leurs familles.

Après avoir passé en revue les objectifs de la réunion, le Dr Ruiz a terminé en reconnaissant que, bien que toutes les réunions et tous les programmes relatifs à la vaccination soient inévitablement focalisés sur la pandémie de COVID-19, il est essentiel que le groupe cible également d'autres maladies évitables par la vaccination (MEV) afin de prévenir le risque d'épidémies futures.

## 2. OBJECTIFS DE LA RÉUNION

### 2.1 Objectifs généraux :

Analyser les réalisations de l'année 2020, examiner les défis des années 2020 et 2021 dans le contexte de la pandémie de COVID-19 et planifier les activités de l'année 2022, tout en partageant les expériences nationales sur le programme de vaccination.

### 2.2 Objectifs spécifiques :

- Examiner l'état d'avancement du PEV dans la Région des Amériques et celle des Caraïbes et déterminer les volets qui doivent être renforcés ;
- Discuter de l'état d'avancement des pays en matière de surveillance et de prise en charge des MEV et des volets qui doivent être renforcés ;
- Fournir une mise à jour sur la vaccination dans le contexte de la COVID-19 et examiner l'état et les besoins des PEV nationaux à la suite des activités de lutte contre les flambées associées à la COVID-19 ;
- Mettre à jour les informations sur certains sujets d'intérêts nationaux communs relativement à la vaccination, à la prestation des services vaccinaux et à la surveillance des MEV ;
- Partager les expériences nationales en matière de gestion de la pandémie de COVID-19.

### 3. COUVERTURE VACCINALE UNIVERSELLE

#### 3.1 Rapport du Groupe consultatif technique sur la vaccination des Caraïbes

Le CiTAG a été nommé en 2017 par le Conseil pour le développement humain et social (COHSOD) de la CARICOM afin de fournir aux pays des Caraïbes des orientations techniques sur la vaccination. Du 26 au 28 février 2018, il a tenu sa réunion inaugurale lors de la 33<sup>e</sup> réunion des responsables caribéens du PEV, à Trinité-et-Tobago.

Au cours de cette réunion inaugurale, le CiTAG a appelé les pays à renforcer leur cadre juridique de vaccination des enfants en s'assurant d'avoir un cadre législatif vaccinal qui exige les vaccins systématiques de l'enfance, ainsi que d'autres vaccins critiques, et délimite le budget consacré à la vaccination et à d'autres composantes vitales du PEV, notamment la surveillance et les tests de laboratoire. Alors que la confiance dans la vaccination des enfants est élevée, le CiTAG a exhorté les pays à ne pas la prendre pour acquise, d'autant plus que se font entendre dans les médias sociaux des voix mal informées, qui remettent en question la valeur pourtant éprouvée des vaccins. Le CiTAG a également fait remarquer qu'un cadre législatif efficace pourrait faciliter le paiement des vaccins en temps opportun et réduire les ruptures de stock dues aux retards de paiement.

Depuis sa création, le CiTAG s'est réuni à plusieurs reprises, a fait rapport aux ministres caribéens de la Santé et aux médecins-administrateurs en chef des Caraïbes et a soumis un rapport écrit au COHSOD recommandant le renforcement de la législation sur les vaccins. Tous les membres du CiTAG sont actifs dans la riposte à la pandémie de COVID-19.

Les membres du CiTAG comprennent le Dr Peter Figueroa, président du CiTAG, le Dr Philippe Duclos, le Dr Elizabeth Ferdinand, le Dr Tracy Evans-Gilbert, le Dr Gabriel Gonzales Escobar, le Dr Beryl Irons, le Dr. Karen Lewis-Bell, de l'OPS, et le Dr Karen Gordon-Boyle, de la CARICOM. Ces deux dernières forment le Secrétariat.

#### 3.2 Résumé des recommandations de la réunion du GCT de juillet 2021

La XXVI<sup>e</sup> réunion du Groupe consultatif technique (GCT) de l'OPS sur les maladies évitables par la vaccination s'est déroulée virtuellement du 14 au 16 juillet 2021. Les objectifs de cette réunion étaient d'élaborer des recommandations pour relever les défis actuels et futurs des programmes de vaccination dans les Amériques. Le Dr Figueroa a souligné les recommandations suivantes :

**Approbation par le GCT de la récente politique approuvée lors de la 168<sup>e</sup> session du Comité exécutif de l'OPS, *Revitalisation de la vaccination comme un bien public pour la santé universelle*** : Les gouvernements doivent assumer l'entière responsabilité de leurs programmes de vaccination en tant que priorité d'une importance majeure, investir les ressources nécessaires dans toutes les composantes de leur programme, garantir un cadre juridique approprié pour soutenir ce programme et promouvoir la vaccination complète tout au long du parcours de vie.

**Santé numérique et vaccination** : Les pays doivent mettre au point de nouveaux outils numériques au profit du PEV et d'autres programmes sanitaires, investir les ressources nécessaires pour assurer une infrastructure appropriée et une connectivité Internet suffisante, et promouvoir l'habileté numérique, et les formations en la matière, de tous les agents de santé.

**Rougeole** : Les gouvernements doivent prendre des mesures correctives urgentes pour assurer une couverture de 95 % par deux doses du vaccin ROR chez les enfants de moins de deux ans afin de répondre aux normes d'une surveillance très performante, et mener des campagnes de suivi ciblées et régulières dans les populations vulnérables et les cohortes de personnes d'un certain âge. Les pays sont aussi instamment priés de veiller à ce que la Région atteigne et maintienne une fois de plus l'objectif de l'OMS d'éliminer la rougeole et la rubéole.

**COVID-19** : Au 18 octobre 2021, les couvertures vaccinales anti-COVID-19 montrent que Cuba est en tête dans les Caraïbes avec 60 % de sa population entièrement vaccinée, suivi de la République dominicaine (47 %), Trinité-et-Tobago (41 %) et la Barbade (40 %). La plus faible couverture vaccinale est celle d'Haïti, soit 0,2 % de population complètement vaccinée. Les pays sont instamment priés de renforcer davantage la planification et la préparation, de former leur personnel de santé, d'étoffer le personnel de vaccination si nécessaire, d'installer des matériels de chaîne du froid, d'examiner et de déployer des plans locaux détaillés, de mettre en œuvre la feuille de route du Groupe consultatif stratégique d'experts (SAGE) pour hiérarchiser les populations en vue de la vaccination anti-COVID-19 et atteindre une couverture vaccinale élevée chez les agents de santé et ceux de première ligne, chez les personnes âgées et dans d'autres groupes à haut risque avant d'administrer des doses aux adolescents (12 à 15 ans). Il est essentiel d'administrer la première dose vaccinale au plus grand nombre de personnes possible afin de réduire les formes graves de COVID-19 et la mortalité connexe. Pour être entièrement protégées, les personnes doivent recevoir les deux doses vaccinales prévues d'un même vaccin. Enfin, les pays doivent investir dans la conception et la mise en œuvre d'études sur l'efficacité réelle de la vaccination anti-COVID-19, afin de recueillir des informations pour orienter le déploiement des vaccins dans la Région.

**Communications** : Les gouvernements doivent promouvoir activement la vaccination contre la COVID-19 auprès de leurs populations et fournir des informations précises et en temps opportun sur l'innocuité, l'efficacité réelle et la qualité des vaccins. Les pays doivent organiser des campagnes de communication coordonnées et des événements d'engagement social pour promouvoir la vaccination contre la COVID-19.

**Événements supposément attribuables aux vaccins ou à la vaccination (ESAVI)** : Les pays sont instamment priés de mettre en place ou de renforcer un système de surveillance électronique des ESAVI indésirables. Tous les événements indésirables graves doivent être notifiés et étudiés en temps opportun afin de déterminer leurs facteurs de risque associés et d'estimer leur fréquence d'occurrence. Le personnel doit être formé à reconnaître les symptômes et les signes cliniques d'une thrombose avec syndrome de thrombocytopénie et d'autres événements indésirables graves.

**Infections à pneumocoque** : En ce qui concerne la vaccination antipneumococcique, les pays doivent donner la priorité aux enfants de moins de 5 ans plutôt qu'aux adultes, et le personnel du PEV peut coadministrer le vaccin anti-COVID-19 et le vaccin antipneumococcique en administrant un vaccin dans chaque bras ; sinon, il est nécessaire de respecter un intervalle de 14 jours entre les deux administrations vaccinales.

**Poliomyélite** : Les pays sont instamment priés d'atteindre une couverture de 95 % par la troisième dose de vaccin antipoliomyélique (Polio3), et les gouvernements doivent investir des ressources à cette fin. Les pays qui ont déjà introduit deux doses de poliovirus inactivé (VPI) peuvent envisager d'adopter ce calendrier ou de respecter un intervalle de 4 mois entre la première et la deuxième dose de VPI. Les pays doivent continuer à utiliser le VPOb et ne doivent pas passer pour le moment à un calendrier comportant le seul VPI. Le VPIs et le VPIw sont interchangeable, et le VPIs est déconseillé pour une utilisation sous forme de doses fractionnées. S'il est impossible de prélever un échantillon de selles sur un cas de paralysie flasque aiguë (PFA) dans les 14 jours suivant l'apparition de la paralysie, ou si le laboratoire reçoit l'échantillon en mauvais état, il faut recueillir un échantillon de selles chez trois contacts (membres de la famille ou du foyer, voisins, compagnons de jeu [tous âgés de moins de 5 ans]). En outre, les pays doivent garantir une visite de contrôle à 60 jours pour évaluer l'existence d'une paralysie résiduelle, visite qui n'est actuellement réalisée que dans 20 % des cas.

Le rapport complet de la réunion 2021 du GCT est disponible sur :

### 3.3 Mise à jour sur le PEV dans les Amériques – 2020

Le monde connaissait un décrochage de la couverture vaccinale systématique avant même le début de la pandémie de COVID-19. L'OMS rapporte qu'en 2019, seuls 85 % des enfants dans le monde avaient reçu la troisième dose du vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC), ce qui laissait 19,7 millions d'enfants vulnérables aux MEV, dont près de la moitié en Afrique.

La Région des Amériques fait état d'une baisse constante de la couverture vaccinale depuis 2010. Le taux de couverture par le DTC3 est passé dans la Région de 94 % à 84 % entre 2010 et 2020. Ce déclin de la couverture est survenu dans la plupart des pays de la Région, ce qui a accru la population de personnes susceptibles d'être infectées par une MEV. Il y a de multiples raisons à ce déclin, notamment les catastrophes naturelles, les déplacements, l'urbanisation progressive, le contexte politique et les inégalités croissantes d'accès aux soins de santé. La pandémie de COVID-19 a exacerbé les tendances existantes et forcé les gouvernements à réorienter des ressources déjà limitées vers les interventions de riposte à cette urgence. L'accès aux services de santé reste limité en raison des exigences de la riposte à la pandémie. De ce fait, entre janvier 2019 et janvier 2020, les couvertures par le DTC3 et le ROR ont respectivement diminué de 33 % et 24 %. La pandémie de COVID-19 a également eu des répercussions sur les systèmes de surveillance des MEV. La réduction de la rapidité et de la qualité de la surveillance épidémiologique et de laboratoire a contribué aux flambées de rougeole, de rubéole, de coqueluche, de diphtérie, de fièvre jaune et d'autres MEV. Le rapport de la Commission économique des Nations Unies pour l'Amérique latine et les Caraïbes prévoit une baisse de 9,1 % du produit intérieur brut régional en 2021, ce qui aura un impact considérable sur le financement du secteur de la santé.

Malgré ces défis, de nombreux programmes nationaux de vaccination ont été en mesure de s'adapter et de continuer à offrir des services de vaccination systématique et de surveillance. De nombreux pays ont mis en œuvre des campagnes de vaccination de masse contre la rougeole/rubéole, la grippe, la fièvre jaune et la poliomyélite, afin de réduire le nombre d'enfants non vaccinés et d'éviter des épidémies de MEV. Cependant, malgré le rétablissement vers août 2020 des niveaux de couverture vaccinale antérieurs à la pandémie de COVID-19, le suivi des cohortes manquées a jusqu'à présent été lent et incomplet.

Le Plan d'action régional pour la vaccination (RIAP) 2016-2020 énumère 29 indicateurs, dont 15 ont été atteints, 9 sont en cours de réalisation et 5 ne sont pas en bonne voie. L'Unité d'immunisation intégrale de la famille (IM) de l'OPS travaille en étroite collaboration avec les bureaux de pays de l'OPS, les groupes consultatifs techniques nationaux sur la vaccination, les ministères de la Santé et le Fonds renouvelable pour l'accès aux vaccins de l'OPS (Fonds renouvelable), afin de mettre en œuvre les actions définies dans le RIAP. Le rapport ci-dessous examine l'état d'avancement de chaque indicateur, par objectif :

1. Préserver les acquis : Bien que la Région soit restée exempte de poliomyélite et que les activités de communication se poursuivent pour faire comprendre la valeur des vaccins aux personnes et aux communautés, la Région n'a pas récupéré son statut d'élimination de la rougeole et de la rubéole. En outre, elle n'a pas préservé ses acquis en matière de lutte contre les MEV.
2. Conclure le programme inachevé : La Région a éliminé le tétanos néonatal et accru l'accès équitable aux services de vaccination. Néanmoins, les taux de couverture vaccinale sont à la traîne par rapport aux objectifs fixés. Seuls 9 des 35 pays de la Région ont atteint l'objectif de couverture vaccinale de 95 % par le DTC3, tandis que 11 notifient

des taux de couverture inférieurs à 80 %. Par ailleurs, entre 2019 et 2020, 8 pays ont indiqué des réductions de 1 à 5 % du taux de couverture par le DTC3, et 19 des réductions supérieures à 5 %. Dans neuf pays les taux d'abandon relatifs au DTC1 et au DTC3 sont supérieurs à 10 %, et ils atteignent même 24 % au Panama et 26 % au Venezuela (République bolivarienne du). En 2020, le nombre d'enfants non vaccinés dans les pays d'Amérique latine et des Caraïbes s'élevait à près de 2,2 millions.

3. Relever les nouveaux défis : Au cours de cette période de cinq ans, plusieurs vaccins (soit les vaccins contre le rotavirus, le pneumocoque et le virus du papillome humain) ont été introduits de manière durable. Des efforts sont actuellement déployés pour fonder la prise de décision sur des données et des analyses d'impact d'excellente qualité. Le groupe de travail responsable de la résolution *Vaincre la méningite à l'horizon 2030* travaille sur une analyse panoramique de la charge de cette maladie dans la Région ; son objectif est de hiérarchiser les pays pour la mise en œuvre de la feuille de route.
4. Renforcer les services de santé : La Région est en bonne voie d'atteindre les résultats escomptés établis par les objectifs de développement durable (ODD) en matière de réduction de la mortalité infantile et maternelle. En outre, les approvisionnements sont offerts sur une base durable grâce aux ressources nationales. Cependant, le travail se poursuit pour renforcer les services de vaccination en tant que composante d'un service de santé complet et bien géré. Plus précisément, des efforts supplémentaires sont nécessaires pour garantir que : a) toutes les personnes ont un accès permanent aux vaccins, à commencer par les plus défavorisées, b) les pays mettent en œuvre une coordination interprogrammatique lorsqu'ils soumettent leurs demandes au Fonds renouvelable de l'OPS, c) la chaîne du froid et la logistique d'approvisionnement sont bien gérées et d) l'innocuité des vaccins est considérée comme primordiale à tous les niveaux du programme de vaccination.

Dans le futur, la Région des Amériques prévoit mettre en œuvre ses priorités stratégiques pour appuyer et maintenir ses programmes nationaux de vaccination. Les objectifs sont les suivants : a) réduire pour tous et toutes la mortalité et la morbidité dues aux MEV tout au long du parcours de vie, b) ne laisser personne pour compte en élargissant l'accès équitable et le recours aux vaccins nouveaux et existants et c) garantir la santé et le bien-être de tous et toutes en renforçant la vaccination dans le cadre des soins de santé primaires et en contribuant à la couverture sanitaire universelle et au développement durable.

En outre, compte tenu de la faiblesse persistante des programmes de vaccination et de la pandémie de COVID-19, les États Membres ont approuvé la politique *Revitalisation de la vaccination comme un bien public pour la santé universelle* lors de la 168<sup>e</sup> session du Comité exécutif de l'OPS (tenue du 21 au 25 juin 2021). Cette politique comprend six axes stratégiques d'intervention intégrés au nouveau *Plan d'action régional pour la vaccination 2021-2030* et alignés sur le *Programme pour la vaccination à l'horizon 2030* de l'OMS :

1. renforcer la gouvernance, le leadership et le financement des programmes de vaccination,
2. améliorer le suivi de la couverture vaccinale et la surveillance, en intégrant des stratégies d'intelligence numérique dans les analyses systématiques,
3. renforcer l'intégration des programmes de vaccination dans le système de soins de santé primaires en vue d'une santé universelle,
4. élaborer des approches innovantes et stratégiques en matière de communication afin de sensibiliser la société, de renforcer la confiance envers les vaccins et d'améliorer l'accès aux services,
5. renforcer les capacités des ressources humaines pour les programmes de vaccination,
6. utiliser des données scientifiques probantes pour éclairer la prise de décision et la mise en œuvre des programmes.

### 3.4 Aperçu du PEV dans les Caraïbes – 2020

Les Caraïbes ont été le chef de file mondial en matière d'élimination des maladies infantiles évitables par la vaccination. Cette sous-région a été la première à éliminer la poliomyélite, la rougeole, la rubéole, le syndrome de rubéole congénitale, la diphtérie et le tétanos néonatal grâce à la vaccination, et à maintenir l'élimination de ces maladies transmissibles sur des décennies. Les pays de la sous-région sont exempts de poliomyélite depuis 1982, de rougeole depuis 1991, de diphtérie depuis 1996 et de rubéole depuis 2002.

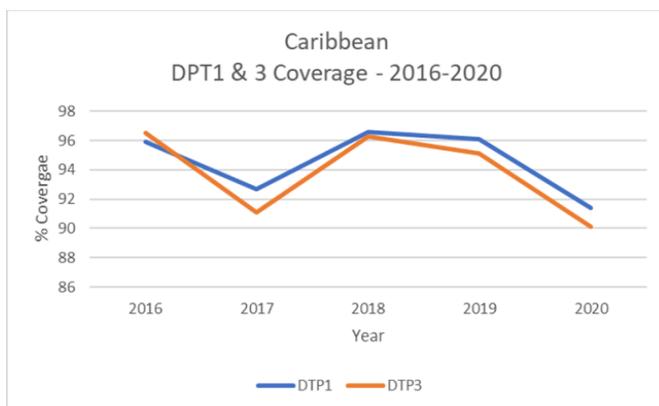
Le succès du PEV est dû à l'engagement de ses responsables et du personnel des programmes nationaux de vaccination (PNV), à un soutien politique et technique inébranlable, et à la reconnaissance par le public du fait que les vaccins préviennent les maladies et les décès. La prestation par l'OPS d'un appui technique et de conseils pour renforcer les PNV, avec un financement stratégique, ont également permis aux pays des Caraïbes de maintenir une couverture vaccinale élevée des enfants et, ce faisant, d'atteindre des objectifs historiques en matière de vaccination dans la Région.

Cependant, ces dernières années, la couverture vaccinale traditionnellement élevée des Caraïbes a diminué (figures 1 et 2), trop de districts indiquant une couverture par les vaccins administrés dans l'enfance inférieure à 80 % (objectif de couverture de 95 % dans chaque district).

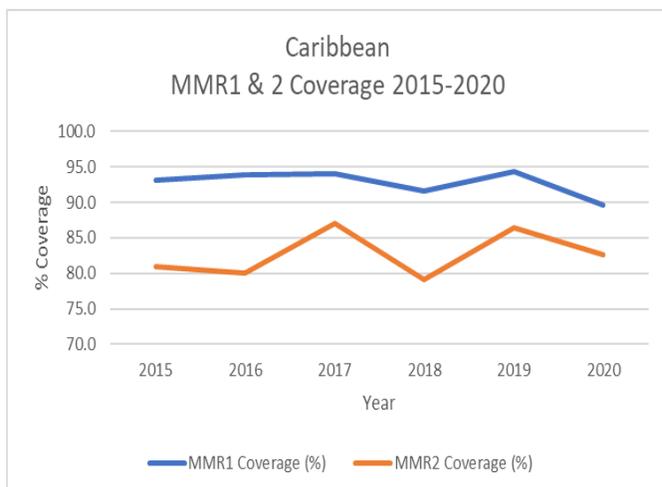
La baisse de la couverture vaccinale a été exacerbée par la pandémie de COVID-19. L'utilisation des ressources du PEV (humaines, matérielles et financières) pour gérer et lutter contre les cas de COVID-19 et pour déployer et administrer les vaccins anti-COVID-19, a gravement compromis certains des PNV.

La baisse de la couverture vaccinale de l'enfance et le nombre croissant de visiteurs du monde entier dans les Caraïbes risquent de réintroduire ces maladies infantiles auparavant éliminées, en particulier la rougeole, qui est à la fois très contagieuse et associée à des formes graves et au décès.

**Figure 1. Couverture par les première et troisième doses du vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche, 2016-2020**



**Figure 2. Couverture par les première et deuxième doses du vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole, 2016-2020**



## 4. EXAMEN DE LA SURVEILLANCE DES MEV DANS LES CARAÏBES

### 4.1 Mise à jour sur la surveillance des MEV dans les Amériques – 2020

#### Surveillance de la poliomyélite

Après la certification de l'éradication mondiale des poliovirus sauvages de type 2 et 3 (PVS2 et PVS3), en 2015 et 2019 respectivement, la déclaration en 2020 que l'Afrique était exempte de poliovirus sauvage a donné un nouvel espoir d'atteindre l'éradication mondiale. L'année 2020 a été marquée par une réduction du nombre de cas confirmés dus au PVS de type 1 en Afghanistan et au Pakistan. Néanmoins, l'élargissement de la circulation du poliovirus dérivé d'une souche vaccinale de type 2 (PVDVc2) à des zones auparavant exemptes de poliomyélite,<sup>1</sup> l'augmentation du nombre de flambées de PVDVc2 principalement en Afrique, mais aussi en Afghanistan et au Pakistan, et une nouvelle urgence de PVDVc1 à Madagascar, ont eu des répercussions négatives sur le programme.

Au cours du premier semestre 2021, il n'y a eu aucun cas confirmé de poliomyélite dû au PVS de type 1, et il y a eu une réduction du nombre de cas confirmés dus au PVDVc2 ; toutefois, la surveillance environnementale se poursuit afin de permettre d'identifier des isolats positifs sur plusieurs sites.

Depuis 2019, une tendance régionale à la baisse a été observée relativement aux indicateurs de surveillance de la PFA : taux de notification, enquête dans les 48 heures et échantillonnage suffisant. Seuls quatre pays (Costa Rica, Mexique, Nicaragua et Paraguay) ont concrétisé les indicateurs susmentionnés. Deux pays (Bolivie [État plurinational de] et Haïti) et six autres ont été respectivement identifiés comme présentant des risques très élevés et élevés lors d'une évaluation des risques menée en 2020 par la Commission régionale de certification. L'évaluation a porté sur les composantes suivantes : couverture vaccinale, surveillance, déterminants de la santé, état du confinement et préparation à la riposte en cas de flambée.

Depuis 2016, le ministère de la Santé d'Haïti, avec le soutien des Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC) des États-Unis et de l'OPS, a mis en place une surveillance environnementale de la poliomyélite pour compléter la surveillance de la PFA. La collecte

<sup>1</sup> Organisation mondiale de la Santé. Réunion du Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination, octobre 2020 – conclusions et recommandations. Relevé épidémiologique hebdomadaire, 2020;95(48):585-607. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/337109>

mensuelle des eaux usées sur 10 sites situés dans quatre villes a été maintenue. En juillet 2021, grâce à cette surveillance, aucun PVDV ou PVS de type 1 n'avait été détecté en Haïti.

### **Surveillance de la rubéole et de la rougeole**

La notification des cas confirmés de rubéole et de rougeole a diminué à l'échelle mondiale, probablement en raison de la pandémie de COVID-19. Cependant, ces virus circulent encore dans plusieurs pays. En 2020, un cas de rubéole importée a été signalé par les États-Unis d'Amérique. La Région des Amériques conserve cependant son statut de région exempte de rubéole.

Un nombre moindre de cas présumés signalés en 2020 (car moins de pays ont atteint le taux de notification) s'est traduit par un nombre moindre d'échantillons prélevés (sérum, prélèvement dans le nez/ la gorge, urine) et testés.

Un total de 8734 cas confirmés de rougeole ont été notifiés en 2020 par neuf pays de la Région. À la semaine épidémiologique 42 de 2021, le Brésil présente toujours une propagation endémique du virus de la rougeole (618 cas), principalement dans les États de l'Amapá et du Pará, au nord du pays. Les États-Unis ont notifié 45 cas confirmés de rougeole associés à une importation. La Guyane française a signalé 3 cas confirmés de rougeole. Le génotype D8 a été associé à la flambée au Brésil et le génotype B3 aux multiples cas importés signalés par les États-Unis.

### **Surveillance de la diphtérie**

En 2020, 81 cas confirmés de diphtérie, dont 20 décès, ont été notifiés par six pays (Brésil 2, Chili 1, Haïti 66, Pérou 4, République dominicaine 3 et Venezuela [République bolivarienne du] 5) de la Région des Amériques.

En 2021, des données provisoires ont confirmé 30 cas de diphtérie et 13 décès dans quatre pays (Brésil 1, Colombie 1, Haïti 12 et République dominicaine 16). En République dominicaine, 50 % des cas confirmés sont survenus chez des enfants âgés de 1 à 4 ans, dont 62,5 % chez des garçons. Pour tous les cas, le statut vaccinal était incomplet.

## **4.2 Mise à jour sur la surveillance des MEV dans les Caraïbes – 2020**

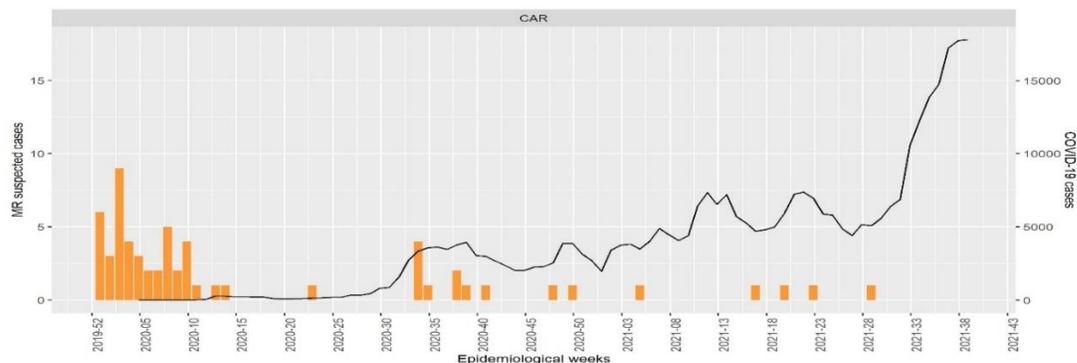
La surveillance des cas présumés de rougeole, de rubéole et de poliomyélite dans les Caraïbes a continué de diminuer en 2020, seuls 5 des 22 pays notifiant des cas d'éruptions cutanées, de fièvre et de PFA en 2020. L'objectif d'éruption cutanée et de fièvre de 2/100 000 habitants (figure 3) et l'objectif de PFA de 1/100 000 enfants de moins de 5 ans n'ont pas été atteints en 2020.

La Commission caribéenne de surveillance et de revérification de l'élimination de la rougeole et de la rubéole a déclaré dans le Rapport sur la surveillance et la revérification de la durabilité de l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale 2016-2020 qu'elle n'est pas satisfaite des couvertures vaccinales par le ROR1 et le ROR2 (90 % et 83 %, respectivement) dans les Caraïbes et des résultats des indicateurs d'éruption cutanée et de fièvre (taux d'éruptions cutanées et de fièvre : 0,69/100 000). Elle a donc appelé tous les pays des Caraïbes à donner la priorité à la surveillance des éruptions cutanées et de la fièvre et à mettre en œuvre des campagnes de rattrapage et de rattrapage pour vacciner les enfants ayant échappé aux vaccinations systématiques de l'enfance en 2020-2021 et au cours des années précédentes du fait des défis associés à la pandémie de COVID-19.

Le Comité infrarégional de certification a déclaré dans son rapport annuel de 2020 sur la documentation sur l'état d'éradication de la poliomyélite qu'il n'était pas satisfait de la couverture vaccinale par la troisième dose de vaccin antipoliomyélique (89 %) dans les Caraïbes et des résultats des indicateurs de PFA (taux de PFA – 0,22/100 000). Il a donc appelé tous les pays des Caraïbes à donner la priorité à la surveillance des MEV et à mettre en œuvre des campagnes

de ratissage et de rattrapage pour vacciner les enfants ayant échappé aux vaccinations systématiques de l'enfance en 2020-2021, et au cours des années précédentes, du fait des défis associés à la pandémie de COVID-19.

**Figure 3. Surveillance des éruptions cutanées et de la fièvre dans le contexte de la pandémie de COVID-19**



#### 4.3 Rapport national sur les défis rencontrés dans le cadre du Programme national de vaccination – Haïti

Le PNV d'Haïti présente des défis relativement à la gestion de la chaîne du froid et des vaccins, au système d'information pour une surveillance intégrée (ISIS), à la communication et à la surveillance. En ce qui concerne la chaîne du froid et la gestion des vaccins, il est difficile de contrôler la température du vaccin antipneumococcique conjugué (VPC), du Bacille Calmette-Guérin (BCG), du vaccin anti-ourlien et anti-rubéoleux (RR), du vaccin antitétanique et antidiphtérique (Td) et du VPI ; l'outil de gestion des stocks de fournitures vaccinales au niveau départemental est à peine utilisé ; et il est difficile d'appliquer les normes et les procédures de gestion et d'administration des stocks au niveau opérationnel. En ce qui concerne ISIS, il existe des problèmes de disponibilité d'un appui à la gestion des données à tous les niveaux, tels que recevoir à temps des données complètes et de qualité, effectuer un contrôle régulier de la qualité des données, surveiller les résultats en continu, utiliser les données aux fins d'intervention et établir un partage continu du système d'information. Le pays manque également de formation à la promotion de la santé et de financement pour les activités de communication. En ce qui concerne la surveillance, la détection précoce des cas de PFA est difficile, tout comme la soumission en temps opportun des résultats de laboratoire, en particulier pour les cas de PFA, et la riposte aux flambées de diphtérie continue de poser problème. Parmi les autres défis, citons le manque d'appropriation par le pays de son programme de vaccination, le manque d'expertise au sein du ministère de la Santé pour la gestion de ces programmes, un manque de formation en matière de vaccination pour les diplômés du domaine de la santé et les professionnels travaillant dans le programme, une difficulté à trouver des experts nationaux en vaccination, une forte dépendance du programme de vaccination à l'égard des experts internationaux et des partenaires techniques, un cadre de financement du programme qui soit à la fois complet et transparent, une gestion systématique du programme dans le contexte de la COVID-19, et le fait qu'Haïti soit le seul pays francophone de la Région.

#### 4.4 Mise à jour sur le Fonds renouvelable de l'OPS et prévision des demandes pour l'année 2022

Le Fonds renouvelable pour l'accès aux vaccins de l'OPS destinés au PEV constitue toujours un pilier de la réalisation des objectifs régionaux de vaccination dans les Amériques. Grâce au Fonds renouvelable, les 41 pays et territoires participants d'Amérique latine et des Caraïbes ont accès

à bas prix à des vaccins de qualité pour leur PNV. Les plans annuels de vaccination, les prévisions précises des demandes nationales en vaccins et les paiements rapides au Fonds renouvelable ont été soulignés en tant qu'éléments clés d'un approvisionnement en temps opportun.

Les participants à la réunion ont reçu une mise à jour sur différents sujets : planification des demandes nationales et la situation financière, perspective du marché des vaccins mettant l'accent sur les vaccins préoccupants, ce qui est à prévoir avec le mécanisme COVAX en tant que pays autofinancé et en tant que pays éligible aux engagements d'achats à terme, et mise en place par le Fonds renouvelable de l'accès à un vaccin anti-COVID-19 supplémentaire qui vient compléter le Mécanisme COVAX, les accords bilatéraux, l'African Vaccine Acquisition Trust, ainsi que d'autres initiatives.

En 2020, 750 millions de vaccins ont été achetés par l'intermédiaire du Fonds renouvelable. En 2021, ce fonds prévoit de dépasser le milliard de dollars en valeur d'achats pour le programme systématique de vaccination et la vaccination anti-COVID-19. C'est une première dans l'histoire du Fonds renouvelable.

Au 1<sup>er</sup> novembre 2021, l'expédition de vaccins anti-COVID-19 concernait 33 pays d'Amérique latine et incluait 64,2 millions de doses, comparativement à 433 millions de doses au niveau mondial. En ce qui concerne les demandes pour l'année 2021, le Fonds renouvelable surveille les résultats relativement à ces demandes, l'élément clé étant le nombre nécessaire de seringues pour répondre à l'approvisionnement en vaccins anti-COVID-19 dans les Caraïbes.

Les vaccins qui font l'objet d'une attention particulière comprennent les vaccins anti-malaria, les vaccins à valence rougeole, et les vaccins contre le virus du papillome humain, le virus grippal, le VPI, le PCV et le rotavirus.

Le Plan d'action régional de l'OPS pour garantir un accès durable aux vaccins anti-COVID-19 comprend une approche à trois volets :

- engagement COVAX de 35 pays, les facteurs de réussite incluant : 1) la fourniture par les producteurs des vaccins prévus/contractuels, 2) les besoins exprimés par les pays et 3) l'état de préparation opérationnelle et financière ;
- dons, les facteurs de réussite incluant : 1) l'orientation des ressources vers les vaccins les plus nécessaires, 2) la participation proactive à la planification et aux interventions, 3) la délivrance de conseils techniques et 4) la réduction et la suppression des goulets d'étranglement avec les donateurs ;
- accès supplémentaire par le biais du Fonds renouvelable, les facteurs de réussite incluant : 1) l'engagement des États Membres, 2) l'approche par portefeuille de produits (engagement personnalisé des fournisseurs) et 3) l'établissement d'accords d'approvisionnement avec les fabricants.

## **5. PRÉSERVER LES ACQUIS RÉALISÉS DANS LE CONTEXTE DE LA PANDÉMIE DE COVID-19**

### **5.1 Situation épidémiologique régionale et mondiale de la COVID-19**

Au 4 novembre 2021, le monde avait enregistré 250 millions de cas de COVID-19 et plus de 5 millions de décès liés à cette maladie, dont 93 millions de cas et 2,3 millions de décès dans la Région des Amériques. À l'échelle mondiale, une tendance générale à la baisse du nombre de cas a été observée, excepté en Europe où le nombre de cas a augmenté ces dernières semaines. Un découplage entre l'incidence et la mortalité a également été observé, qui était prévu. Les études ont montré qu'à mesure que la couverture vaccinale augmente, il y a une diminution du port du masque et de la distanciation sociale. Globalement, il existe trois schémas épidémiques

fondamentaux de COVID-19 : l'un de transmission soutenue, l'autre de vagues qui se succèdent, et un dernier de suppression initiale, mais non maintenue.

Plusieurs types de facteurs déterminent la transmission du virus, notamment : 1) des facteurs sociaux et socioéconomiques, difficiles à démêler et non encore parfaitement caractérisés, 2) des facteurs climatiques saisonniers, observés en zones tempérées, mais sans données probantes définitives à ce jour, 3) la poursuite de l'évolution du virus et l'émergence potentielle de nouveaux variants, 4) des modifications d'immunité de la population, induites au départ par l'infection naturelle ou par la vaccination, 5) des modifications de directives concernant les mesures sociales et de santé publique et leur respect par la population et 6) une infodémie, soit des messages contradictoires, des informations erronées, voire une désinformation.

En ce qui concerne l'évolution du virus et l'émergence potentielle de nouveaux variants, il faut garder à l'esprit que les mutations sont une caractéristique prévisible de tous les virus au cours de leur évolution. Les variants renvoient à des combinaisons propres à une ou plusieurs mutations. Certains sont classés comme des variants préoccupants parce qu'ils sont associés à des modifications d'importance en termes de santé publique. Les variants préoccupants peuvent présenter une transmission accrue ou une plus grande virulence, ou entraîner des manifestations cliniques plus importantes. À ce jour, il existe quatre variants préoccupants, soit Alpha, Bêta, Gamma et Delta. Ce qui est clairement établi est qu'il existe une augmentation de la transmission et que le variant Delta est trois fois plus transmissible que les autres variants, et deux fois plus transmissible que la lignée originale de SARS-CoV-2. Dans la Région des Amériques, le variant Delta est maintenant le variant dominant dans toutes les sous-régions.

La théorie de l'immunité collective est complexe en ce sens que les hypothèses importantes de cette théorie envisagent des populations élargies, bien mélangées et homogènes, ce qui peut ne pas être le cas dans de nombreux contextes, en particulier dans les petits pays où la population est limitée. L'immunité humorale est le type d'immunité qui protège éventuellement les personnes contre l'infection, mais cette immunité peut s'atténuer avec le temps. En outre, les variants plus infectieux du SRAS-CoV-2, comme le variant Delta, nécessitent des niveaux plus élevés d'immunité de la population. La question de la réticence vaccinale peut aussi empêcher d'atteindre la couverture nécessaire. Il ne s'agit pas d'un concept binaire entre une protection complète ou une absence de protection de la population – des niveaux croissants d'immunité de la population devraient limiter de plus en plus la transmission (tout en ne l'arrêtant pas complètement si d'autres mesures ne sont pas respectées).

Bien que la pandémie de COVID-19 puisse prendre fin, la transmission du SRAS-CoV-2 devrait se poursuivre dans un avenir proche. Il existe ainsi trois scénarios possibles de pandémie de COVID-19 à court et moyen termes : 1) une pandémie prolongée, étant donné que de nouveaux variants continuent d'émerger et que certains échappent à l'immunité (dans ce cas, les vaccins devraient être mis à jour régulièrement), 2) une transmission communautaire plus limitée, mais des épidémies périodiques, avec des formes graves de la maladie ciblant les groupes de population qui ne sont pas vaccinés ou ne sont pas suffisamment protégés par la vaccination et 3) des flambées locales dans un contexte de transmission communautaire très faible, absente ou silencieuse, par exemple dans des « environnements fermés ». Ces différents scénarios se produiront probablement simultanément sur l'ensemble de la Région, et même au sein des grands pays.

## **5.2 Examen des résultats des tests de laboratoire relatifs au coronavirus dans les Caraïbes**

En 2020, un total de 37 930 tests de dépistage du SRAS-CoV-2 ont été effectués pour les États Membres des Caraïbes, le mois d'août comportant le plus grand nombre d'échantillons testés,

soit 7601. Les plus grands nombres de cas positifs ont été enregistrés au cours des mois d'août, septembre et octobre, soit respectivement 925, 1479 et 1110.

En 2021, un total de 45 804 tests de dépistage du SRAS-CoV-2 ont été effectués pour les États Membres des Caraïbes, le mois d'août comportant le plus grand nombre d'échantillons testés, soit 5694. Pour les mois de mai, juin, juillet, août et septembre, il y a eu plus de 1000 cas positifs, septembre comportant le nombre le plus élevé à ce jour, soit 3094.

Tous les États Membres des Caraïbes ont mis en œuvre des tests de dépistage du SRAS-CoV-2 dans leur pays. La CARPHA a contribué aux tests en cas de recrudescence du nombre de cas présumés dans un pays ou d'épuisement des réactifs.

La riposte à la pandémie du Laboratoire de microbiologie médicale (CMML) de la CARPHA inclut : la collaboration avec l'OPS pour élargir la capacité de tests du CMML, l'acquisition des amorces/sondes et des réactifs moléculaires appropriés, la vérification interne du protocole de l'OMS et la formation du personnel, ainsi que la réalisation des tests le 10 février 2020. Tous les États Membres de la CARPHA ont été informés.

Le dépistage de tous les cas présumés est disponible, et la priorité a été donnée aux personnes ayant des antécédents de voyage et, à l'issue de leur identification dans le pays, à la recherche des contacts, symptomatiques ou asymptomatiques. Les tests initiaux ont été suivis de tests de surveillance. Au début de l'épidémie, les résultats ont été diffusés aux médecins-administrateurs en chef avant d'être notifiés aux laboratoires nationaux de santé publique.

En ce qui concerne le séquençage des gènes, en décembre 2020, un projet conjoint entre l'Université des Indes orientales et la CARPHA a commencé à déterminer les différentes lignées/divers variants circulant dans la sous-région des Caraïbes. Le 15 novembre 2021, la CARPHA commencera le séquençage du génome entier pour déterminer la présence des divers variants du virus de la COVID-19 (SARS-CoV-2).

### **5.3 Vaccination anti-COVID-19 dans les Caraïbes**

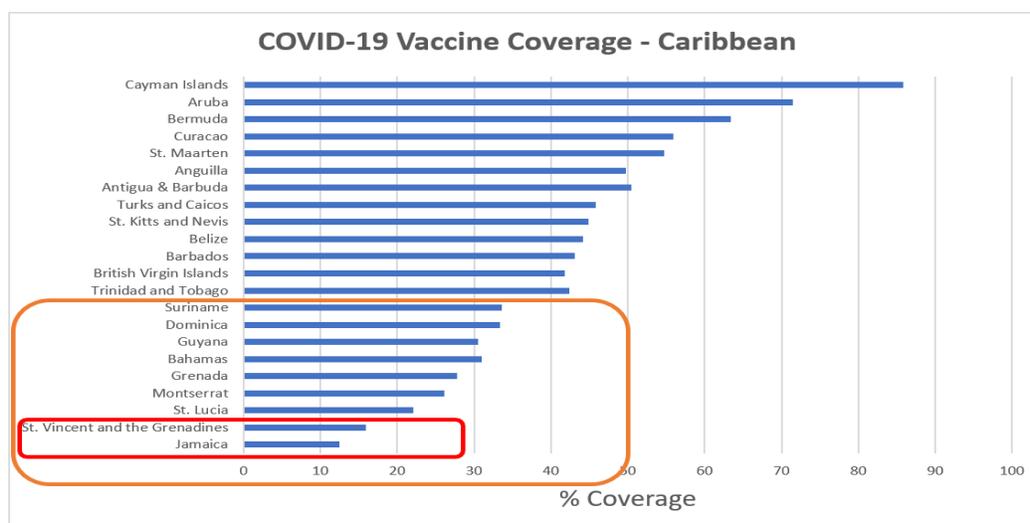
L'OPS et l'OMS continuent de travailler en étroite collaboration avec les pays des Caraïbes pour s'assurer qu'ils sont toujours prêts à recevoir, à déployer et à administrer les vaccins anti-COVID-19. Les pays des Caraïbes ont obtenu et reçu des vaccins grâce à des dons, à des accords bilatéraux et au Mécanisme COVAX. Cela a permis d'atteindre des taux nationaux de vaccination qui, à l'heure actuelle, varient de 12 % à 86 % (au 29 octobre 2021) dans la sous-région des Caraïbes.

Neuf des 22 pays et territoires des Caraïbes n'ont pas encore atteint l'objectif de couverture de 40 % fixé pour la fin 2021, et 2 pays n'ont réussi à vacciner que moins de 20 % de leur population avec le vaccin anti-COVID-19 (figure 4).

Les pays des Caraïbes ont fait part de nombreux obstacles à la vaccination anti-COVID-19, qui vont d'un accès difficile au vaccin à la réticence vaccinale. Malgré la faible couverture dans les Caraïbes, plusieurs pays ont signalé l'élimination de milliers de doses de vaccin anti-COVID-19 expirées en raison de la faible demande de vaccination dans leurs populations.

La campagne de vaccination anti-COVID-19 a également été très pénalisée par l'épuisement professionnel des agents de santé, submergés par les activités des PNV, ce qui a eu des répercussions négatives sur les activités de vaccination systématique des enfants.

#### **Figure 4. Couverture vaccinale anti-COVID-19 dans les Caraïbes (au 29 octobre 2021)**



## 5.4 Rapports nationaux sur la mise en œuvre du vaccin anti-COVID-19 – Réalisations et défis

### Jamaïque

La Jamaïque a commencé à planifier, à organiser en détail et à établir sa stratégie de vaccination anti-COVID-19 avant même l'arrivée sur le marché des vaccins anti-COVID-19. Le processus a été piloté par un comité national de coordination et appuyé par quatre sous-comités établis aux niveaux national et régional. Une commission vaccinale composée d'un ensemble multisectoriel de personnes a par ailleurs été créée pour assurer la surveillance du processus. Ces comités relevaient de la haute direction du ministre de la Santé et du Bien-être et de son cabinet. Un groupe de travail a ensuite été créé par le Premier ministre pour contribuer à la logistique de distribution des vaccins.

Susciter le recours au vaccin et communiquer sur le sujet ont été des priorités, tout comme gérer la désinformation, autonomiser le personnel, délivrer des messages cohérents, communiquer avec les médias de manière suivie et assurer une veille médiatique. Tout le personnel en charge de la distribution des vaccins a été formé, et environ 60 à 70 % des autres membres du personnel ont reçu une formation sur les composantes de cette distribution. Une évaluation de la chaîne du froid et de la logistique a également été réalisée. La collaboration avec le secteur privé a été essentielle au succès de l'introduction des vaccins anti-COVID-19.

Les défis liés à l'acquisition des vaccins ont inclus : des approvisionnements limités par le biais du Mécanisme COVAX, des dates de péremption limitées dans le temps, un processus fastidieux de transfert entre pays, une incertitude quant à l'arrivée des vaccins et, de fait, de nombreux retards. Les défis liés à l'administration des processus ont inclus : les ratés d'Amber et de CommCare, l'accès aux vaccins, le surpeuplement des sites de vaccination, ainsi que l'absentéisme, l'épuisement et les maladies des professionnels. Parmi les autres défis figuraient la réticence vaccinale, la désinformation et les mythes, les médias, les ESAVI, les préférences en matière de vaccin, le gaspillage et la gestion des déchets.

À ce jour, la Jamaïque a reçu 2 319 290 doses de vaccins anti-COVID-19, la grande majorité d'AstraZeneca et le reste de Johnson and Johnson et Pfizer, et 50,5 % de la population cible a été vaccinée, qui représente 65 % de la population générale.

## Dominique

Entre mars et juillet 2021, la Dominique a signalé un total de 218 cas confirmés et aucun décès ; le premier cas de COVID-19 dans ce pays a été notifié le 22 mars. La plupart des cas étaient importés, avec une transmission communautaire limitée, et tous les cas ont été immédiatement isolés et traités. Parmi les raisons du bon contrôle de la première vague, citons : un confinement total du pays, une formation de tout le personnel sur la lutte contre les infections, la réalisation de tests antigéniques, le dynamisme de l'équipe recherchant les contacts, l'isolement de tous les cas et des contacts principaux, l'élaboration de protocoles et de lignes directrices pour la réouverture des entreprises, et la reprise progressive de l'activité économique, avec une réouverture complète en août 2020. Les protocoles de voyage exigeaient le téléchargement d'un test de réaction en chaîne par polymérase (PCR) négatif, effectué au plus tard dans les 3 jours précédant le voyage, et une quarantaine obligatoire de 14 jours. La deuxième vague de cas de COVID-19 s'est produite en août 2021 en raison du non-respect des protocoles et de la lassitude vis-à-vis de la quarantaine. Le nombre total de cas confirmés entre le 6 août et le 29 octobre 2021 était de 4605, avec un total de 32 décès. La Dominique a commencé à vacciner en février 2021 et propose les vaccins AstraZeneca, Sinopharm et Pfizer.

Les défis liés à la mise en œuvre de la vaccination ont inclus : des pénuries de personnel à tous les niveaux, qui ont entraîné un épuisement du personnel et un risque accru d'infection par la COVID-19, un personnel démotivé et démoralisé, des espaces limités dans les centres de quarantaine, des contraintes budgétaires, le besoin accru de désinfection, le transport des cas, et la réticence vaccinale d'une partie du personnel médical et infirmier, qui a refusé de se faire vacciner et a également encouragé le public à ne pas se faire vacciner. La couverture vaccinale n'était ainsi que de 32 %. Il y avait des problèmes de gestion des données, en particulier au niveau du programme et de la gestion de la vaccination sur le site du complexe de soins dédié à la COVID. Parmi les autres problèmes, citons le manque de communication entre les équipes, l'affectation du personnel à des tâches liées à la COVID-19, entraînant la suspension de services réguliers, l'ingérence politique dans la gestion de la pandémie, plus ou moins bien perçue, le manque de soutien en santé mentale et la stigmatisation. À l'heure actuelle, le nombre de cas a enfin commencé à diminuer et les restrictions à la circulation des personnes ont été levées. En août 2021, seuls 48 % de la population étaient complètement vaccinés.

### **5.5 Recommandations du SAGE et du GCT et mise à jour sur les études d'efficacité réelle**

La pandémie de COVID-19 a causé une morbidité et une mortalité importantes dans le monde entier, ainsi que des perturbations sociales, éducatives et économiques majeures. Les pays à revenu élevé ont administré 35 fois plus de vaccins anti-COVID-19 que les pays à faible revenu. Cinquante-six pays n'ont pas réussi à atteindre l'objectif minimal de 10 % de la population vaccinée en septembre 2021, en raison d'un manque d'approvisionnement en vaccins. Toutes les régions ont connu une baisse de la couverture vaccinale systématique des enfants, l'amplitude du phénomène et la vitesse de rétablissement variant cependant d'une région à l'autre. Le *Programme pour la vaccination à l'horizon 2030*, stratégie mondiale de vaccination, est en cours d'adaptation régionale dans le but d'atteindre une couverture de 70 % dans tous les pays d'ici à juin 2022. Le principal objectif immédiat de la vaccination contre la COVID-19, surtout dans les pays à revenu faible ou intermédiaire où l'approvisionnement en vaccins est limité, est de protéger contre les formes sévères de cette maladie et les décès.

Le SAGE de l'OMS recommande de donner la priorité aux personnes les plus vulnérables conformément à la feuille de route vaccinale anti-COVID-19. Les autres recommandations sont les suivantes :

1. interchangeabilité des vaccins : SAGE recommande de respecter des schémas homologues. Dans les situations de pénurie ou de manque de vaccins, des schémas hétérologues peuvent être envisagés, tels que l'utilisation du vaccin AstraZeneca pour la première dose et d'un vaccin à ARNm (Pfizer/Moderna) pour la deuxième dose ;
2. une dose supplémentaire doit être administrée aux personnes qui présentent une immunodépression modérée à sévère, au moins 1 mois et dans les 3 mois suivant la série vaccinale primaire selon l'évaluation d'un médecin traitant, et pour les personnes âgées (> 60 ans) ayant reçu une série primaire standard de 2 doses de Sinovac ou Sinopharm, en respectant un intervalle de 3 à 6 mois entre la deuxième et la troisième dose ;
3. pendant la grossesse et l'allaitement, la vaccination est recommandée lorsque le bénéfice de la vaccination pour la femme enceinte l'emporte sur les risques potentiels des vaccins à utiliser ; cela devrait s'inscrire dans les autorisations d'utilisation d'urgence selon le protocole OMS de la liste d'utilisation d'urgence ;
4. la vaccination des enfants et des adolescents ne devrait s'adresser prioritairement qu'à ceux qui présentent des comorbidités chroniques graves les exposant à un risque significativement plus élevé de forme grave de la maladie ;
5. vaccination antigrippale pendant la pandémie : la coadministration d'un vaccin antigrippal saisonnier inactivé et de tout vaccin anti-COVID-19 inscrit sur la liste d'utilisation d'urgence de l'OMS est acceptable et optimise le recours aux deux vaccins.

Le GCT recommande fortement aux gouvernements de mettre en œuvre la feuille de route du SAGE pour établir les priorités de l'administration des vaccins anti-COVID-19 et atteindre une couverture vaccinale élevée chez les agents de santé et ceux de première ligne, chez les personnes âgées et dans d'autres groupes à haut risque avant d'administrer des doses aux adolescents (12 à 15 ans). Le GCT approuve toutes les recommandations du SAGE et encourage les pays, dans la mesure du possible, à mettre en œuvre des études sur l'efficacité réelle du vaccin anti-COVID-19. Il est important de souligner que toutes les recommandations du SAGE et du GCT ont été mises à jour conformément aux nouvelles données probantes sur les vaccins et sur l'épidémiologie de la maladie.

Études d'efficacité vaccinale : En octobre 2021, 119 études d'efficacité vaccinale réalisées dans 19 pays avaient atteint les critères d'inclusion de l'OMS. Une revue systématique a trouvé des données probantes solides d'efficacité vaccinale élevée des vaccins anti-COVID-19 en termes d'efficacité potentielle et d'efficacité réelle. Toutes les plateformes de vaccination ont montré que la protection contre les formes graves de la maladie ou le décès dans la population générale était d'au moins 80 %, et souvent de près de 100 %. L'efficacité vaccinale contre la maladie symptomatique est plus hétérogène, mais toujours supérieure à 65 %, et souvent proche de 90 %. En outre, la plupart des études ont démontré un effet indirect. La plupart des vaccins ont conféré un niveau élevé de protection vis-à-vis de la plupart des variants du SRAS-CoV-2.<sup>2</sup>

## **6. SURVEILLANCE DE L'INNOCUITÉ DES VACCINS**

### **6.1 Mise à jour sur l'état d'avancement du système de surveillance régionale des MAPI**

Au 29 octobre 2021, plus de 1,2 milliard de doses de COVID-19 avaient été administrées dans 51 pays et territoires des Amériques. Dans les Caraïbes anglophones, plus de 5 millions de doses vaccinales anti-COVID-19 ont été administrées dans 25 pays et territoires et de nombreux ESAVI, légers ou graves, n'ont pas été notifiés.

---

<sup>2</sup> Higdon MM, Wahl B, Jones CB, Rosen JG, Truelove SA, Baidya A et al. A systematic review of COVID-19 vaccine efficacy and effectiveness against SARS-CoV-2 infection and disease. medRxiv 2021:21263549 ; doi : <https://doi.org/10.1101/2021.09.17.21263549>

À ce jour, 10 pays ont été formés à la surveillance sentinelle active conformément au protocole de surveillance sentinelle de l'OPS, et tous les pays et territoires d'Amérique latine et des Caraïbes (excepté Anguilla, Curaçao, les Îles Turques et Caïques, Sint-Maarten et l'Uruguay) ont été formés à la surveillance passive des ESAVI relatifs aux vaccins anti-COVID-19, conformément aux manuels de l'OMS et de l'OPS.

À la suite de cette formation, l'OPS a demandé à tous les pays de commencer à partager certaines données de base agrégées, ainsi que des données relatives aux doses de vaccins anti-COVID-19 telles que les groupes d'âge d'administration, la première et la deuxième doses, et la gravité des ESAVI selon les mêmes variables.

En mai 2021, le Dr Jarbas Barbosa, Sous-directeur de l'OPS, a invité tous les ministres de la Santé de la Région à participer au Système régional de surveillance des ESAVI, partageant ainsi leur base de données des ESAVI pour mettre en œuvre une surveillance basée sur les cas. À ce jour, 11 pays et territoires ont partagé leur base de données avec l'OPS : Barbade, Bolivie (État plurinational de), Brésil, Chili, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Paraguay, Pérou et Porto Rico. Quatre autres pays et territoires ont accepté de partager des données fondées sur les cas : Argentine, Équateur, Îles Turques et Caïques, Mexique et Uruguay.

L'OPS a invité 13 pays de la Région à participer, avec 38 hôpitaux sentinelles, à un réseau régional de surveillance sentinelle. Parmi ceux-ci, un hôpital en Jamaïque a reçu la formation nécessaire et deux autres hôpitaux à la Barbade et au Belize se joindront à ce réseau dès que possible.

Le rôle de ce réseau régional est d'émettre des signaux d'alerte rouge à chaque ESAVI grave associé dans le temps à un vaccin anti-COVID-19. À cette surveillance spécialisée et proactive collaborent de nombreux spécialistes cliniques et des services de laboratoire et d'imagerie, ce qui favorise la réalisation d'une enquête complète sur les ESAVI graves et sur certains ESAVI qui le sont moins. Ces rapports sont envoyés directement au niveau national et à l'OPS, afin de faciliter un suivi permanent de ces événements et de convoquer un comité régional chargé d'analyser avec les pays les événements rares dès que possible.

Selon les résultats de l'enquête régionale visant à évaluer la maturité des systèmes de surveillance des ESAVI dans la Région, menée par l'OPS entre octobre 2020 et janvier 2021 dans 23 pays de la sous-région anglophone des Caraïbes :

- 87 % des pays disposaient de personnel pour appuyer les activités de surveillance des ESAVI,
- 56,5 % des pays disposaient d'un guide ou d'un manuel national pour la surveillance des ESAVI,
- 39 % des pays utilisaient des normes nationales d'ESAVI, entre autres par exemple pour la codification du diagnostic clinique, des vaccins et des médicaments,
- et environ 5 % des pays avaient un comité national d'innocuité des vaccins.

Les progrès réalisés relativement aux indicateurs des systèmes de surveillance des ESAVI dans les pays caribéens peuvent être résumés comme suit : 1) avec l'introduction des vaccins anti-COVID-19, certains pays ont amélioré leur système électronique de notification des ESAVI, 2) d'autres pays ont créé leur propre comité d'innocuité vaccinale, 3) presque tous les pays caribéens ont reçu par l'OPS une formation à la surveillance passive des ESAVI, 4) des consultants ont été embauchés pour soutenir les ministères de la Santé dans leur objectif de renforcer la surveillance des ESAVI et 5) certains pays ont exprimé leur volonté politique de partager les données relatives aux ESAVI fondées sur des cas.

## 6.2 Signes détectés en matière d'innocuité des vaccins anti-COVID-19

Après l'introduction des vaccins anti-COVID-19, certains signaux ont été détectés, qui sont actuellement soumis à une surveillance et des travaux de recherche soutenus.

Un signal est défini comme toute « information provenant d'une ou de plusieurs sources (notamment les observations et les expériences) qui laisse supposer un nouveau lien potentiel de cause à effet, ou un nouvel aspect d'un lien connu, entre une intervention et un effet ou un ensemble d'effets associés, qu'ils soient indésirables ou bénéfiques, considérés comme suffisamment probables pour justifier des mesures de vérification. »<sup>3</sup>

Un signal peut avoir plusieurs sources, tels que des essais cliniques, des études observationnelles, des rapports de cas ou des analyses de données agrégées provenant de systèmes de surveillance passive comme les systèmes de surveillance des ESAVI que les pays devraient avoir mis en œuvre. Une fois détecté, le signal doit être confirmé ou infirmé par un examen approfondi de l'information notifiée. Dès le signal validé, certaines actions immédiates peuvent suivre, comme l'arrêt de l'utilisation du vaccin si le risque est suffisamment élevé. On peut aussi prendre des décisions moins radicales comme définir un plan de recherche et de surveillance pour produire d'autres données probantes et mieux comprendre le mécanisme de l'événement.

L'objectif principal des mesures prises est de pouvoir évaluer objectivement le rapport bénéfice-risque du vaccin afin de fournir des recommandations aux autorités et au public.

À l'aide de l'historique des déclarations du Comité consultatif mondial pour la sécurité des vaccins relativement aux vaccins anti-COVID-19, on peut observer l'utilité de la surveillance de l'innocuité des vaccins, la façon dont les informations sont produites, et comment les décisions sont prises une fois des signaux détectés.

Quelques conclusions importantes sur les signaux évalués :

1. Décès chez les personnes âgées fragiles après administration du vaccin à ARNm BioNTech de Pfizer : aucun lien de causalité direct ne peut être démontré. Les effets indésirables du vaccin pourraient s'ajouter à un processus progressif préexistant de détérioration qui conduit au décès et qui est, par hasard, associé au seul vaccin. Les bénéfices pour les personnes âgées l'emportent sur les risques.
2. Syndrome grippal après une vaccination anti-COVID-19 : ces symptômes sont prévisibles et doivent être portés à la connaissance de la personne vaccinée. Étant donné que ces symptômes peuvent entraîner un congé de maladie, il est important de planifier le moment de la vaccination pour les agents de santé fournissant des services essentiels.
3. Thrombose avec syndrome de thrombocytopenie : les données probantes font évoquer un lien plausible avec les vaccins adénoviraux ; cependant, les bénéfices de ces vaccins l'emportent de loin sur leurs risques. D'autres travaux de recherche sont nécessaires pour mieux comprendre les mécanismes et l'association épidémiologique. Des lignes directrices de pratique clinique doivent être mises en œuvre dans les pays, car des interventions appropriées pourraient sauver des vies.
4. Myocardite et péricardite : d'autres données probantes provenant d'études contrôlées sont nécessaires pour analyser le lien avec les vaccins. Pour le moment, les bénéfices l'emportent sur les risques. Des soins de santé immédiats doivent être garantis pour ceux qui présentent des signes et des symptômes compatibles avec une myocardite.

---

<sup>3</sup> Conseil des Organisations Internationales des Sciences Médicales. Practical aspects of signal detection in pharmacovigilance. Genève : CIOMS ; 2010.

5. Syndrome de Guillain-Barré : d'autres données probantes provenant d'études contrôlées sont nécessaires pour évaluer le lien avec les vaccins. Pour le moment, les bénéfices l'emportent sur les risques. Des soins de santé immédiats doivent être garantis pour ceux qui présentent des signes et des symptômes compatibles avec ce syndrome.

### **6.3 Analyse des points forts, des points faibles, des possibilités et des risques du système national de surveillance des ESAVI et des plans de surveillance sentinelle – la Barbade**

Au 30 octobre 2021, plus de 17 000 cas et 153 décès avaient été notifiés à la Barbade. Le système de surveillance des ESAVI est passif, basé sur la population, les ESAVI présumés relatifs à la COVID-19 étant signalés à un système de saisie de données en ligne, enregistrés dans une application du système d'information sanitaire et étudiés par un agent de pharmacovigilance. La notification se fait en temps opportun et les rapports des ESAVI classés comme graves ou importants sur le plan médical font l'objet d'une enquête, d'une analyse et d'une documentation par le comité de pharmacovigilance.

Les principales faiblesses du système incluent l'absence de restrictions dans l'outil de saisie des données autodéclarées en ligne, ce qui entraîne une insuffisance de saisie des données nécessaires et des biais de déclaration à divers degrés, notamment une sous-déclaration. Les menaces qui pèsent sur le système incluent : une réponse tardive à des problèmes réels ou perçus d'innocuité des vaccins, des allégations anecdotiques négatives sur l'innocuité des vaccins, qui contribuent à la réticence vaccinale, des messages de personnes anti-vaccins l'emportant sur les communications de santé publique relatives au vaccin anti-COVID-19, et le manque de viabilité du programme.

Le CDC prévoit d'appuyer l'élaboration et le déploiement du plan de riposte aux événements liés aux vaccins, et l'OPS prévoit d'offrir des formations pour améliorer la qualité des notifications, des enquêtes et des analyses de causalité, et appuyer l'élaboration d'un plan de surveillance. Le bureau régional du CDC aux Caraïbes et le Task Force for Global Health fournissent actuellement une assistance technique et financière à la Barbade en matière de planification, de mise en œuvre et d'évaluation des programmes de vaccination.

### **6.4 Renforcer la surveillance des ESAVI au Belize – Défis et solutions**

La surveillance des ESAVI au Belize a été mise en œuvre en 2007, et 61 sites sentinelles y participent. Un cas d'ESAVI lié au vaccin ROR a été détecté en 2019, et deux cas d'ESAVI liés au vaccin contre l'hépatite B ont été détectés en 2021. Les défis du système de surveillance des ESAVI incluent : une pénurie en ressources humaines, une diminution du recours aux vaccins dans d'autres programmes de vaccination, le manque de spontanéité des patients pour se déplacer vers les établissements de santé, et la surcharge liée à la COVID-19 des canaux de communication privés et publics au sein du système de santé.

Les stratégies visant à renforcer la surveillance incluent : le maintien d'équipes de surveillance actives dans chaque région du pays pour déterminer les cas présumés, la poursuite de la collaboration avec le secteur privé pour notifier les ESAVI, le maintien des relations avec les agents de santé communautaires afin d'assurer une surveillance active dans les communautés, la participation de la communauté par le biais de la Plateforme communautaire Mésoamérique, l'éducation des parents sur les sites de vaccination quant aux signes et aux symptômes des ESAVI et à la manière de les signaler, l'organisation de séances de perfectionnement professionnel continu pour connaître les stratégies les plus récentes relativement aux ESAVI, l'amélioration des relations avec les organismes régionaux chargés de la notification des ESAVI, la réalisation d'un suivi à l'issue de la recommandation et d'une documentation des résultats pour chaque cas d'ESAVI, la création d'une base de données numérique des occurrences d'ESAVI et

le maintien d'une image positive des vaccins pour renforcer la confiance du public dans la vaccination.

## **7. STRATÉGIES DE COMMUNICATION POUR AMÉLIORER LE RECOURS AUX VACCINS**

### **7.1 Mise en œuvre de plans nationaux de communication sur les risques en cas de crise pour renforcer la confiance dans les programmes de vaccination**

La réticence vaccinale et le refus de se faire vacciner ne sont pas nouveaux. Cependant, ils sont actuellement amplifiés par une « infodémie » d'informations erronées et de désinformation qui se propage aussi rapidement que le virus de la COVID-19, entraînant un doute et une méfiance, même chez les agents de santé. Une planification des messages est donc essentielle avant toute communication, en particulier lorsqu'il s'agit d'aider les personnes à prendre des décisions dans un contexte de crise, tout en tenant compte de la puissance des plateformes sociales et numériques pour délivrer des messages positifs, mais aussi pour transmettre des informations non conventionnelles et trompeuses, voire parfois une désinformation délibérée sur les vaccins. Cette difficulté survient également en un temps où les personnes sont moins susceptibles de se souvenir des succès vaccinaux du passé et des maladies que les vaccins ont éliminées, qui redeviennent actuellement une menace en raison de la réticence vaccinale et du refus de la vaccination. Pour lutter contre cette réalité, une communication sur les risques est recommandée dans tous les pays, qui inclut une communication réciproque et multidirectionnelle avec les populations concernées afin qu'elles puissent prendre des décisions éclairées pour se protéger et protéger leurs proches. Les objectifs de changement de comportement et de communication sur les risques sont ainsi : 1) délivrer rapidement les bonnes informations - soit les risques possibles et les mesures prises en cas d'urgence, 2) avoir un impact en termes de modification des comportements et 3) aider les personnes, les dirigeants et les communautés à faire face, à prendre de bonnes décisions et à amorcer le retour à une vie normale.

Une crise conduit à des rumeurs, des spéculations, de l'incertitude et du danger. Pour faire face aux événements qui surviennent et à l'évolution de la réalité, à l'anxiété et aux effets socioéconomiques, les éléments fondamentaux de la communication sur les risques sont déterminés comme étant la confiance, les informations techniques, la crédibilité, l'empathie et les valeurs partagées.

Les comportements à modifier incluent la réticence à accepter les vaccins, notamment les vaccins anti-COVID-19, et les réponses à certaines questions telles que : Dois-je recevoir le vaccin ? Qui doit le recevoir ? Quand devrais-je recevoir le vaccin ? Quel vaccin devrais-je recevoir ? Que va-t-il ensuite se passer ? Qu'en est-il des effets secondaires à court et long termes et des précautions à prendre par la suite ?

L'approche de communication actuelle, élaborée et diffusée par l'OPS, est fondée sur l'écoute sociale et les travaux de recherche, ainsi que sur la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Elle se situe dans le cadre du marketing social pour le comportement et le changement social. Cette approche met l'accent sur le renforcement de l'action communautaire et le développement des compétences personnelles ; elle souligne que l'OPS est à l'écoute des préoccupations des personnes qui hésitent à se faire vacciner, en élaborant une plateforme grâce à laquelle elles peuvent obtenir les réponses dont elles ont besoin, délivrées par un personnel médical en lequel elles ont confiance et auquel elles s'identifient. L'approche comprend également l'organisation d'une campagne mettant en valeur les histoires de personnes ordinaires vulnérables qui évoquent comment elles ont pu faire face à leurs peurs et se faire vacciner, et ce conformément à la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé ; cela renforce l'action communautaire et développe les compétences personnelles.

## 7.2 Communication sur les ESAVI en cas de crise – Quoi, quand et comment

Les objectifs de la communication de crise concernant les ESAVI sont les suivants : 1) communiquer selon les trois phases de gestion de crise de la communication sur l'innocuité des vaccins, 2) connaître les déterminants de la vaccination, 3) déterminer les interventions et les acteurs clés, 4) engager le dialogue pour renforcer la confiance et 5) partager des conseils pratiques. Le principal objectif de communication lors d'une crise concernant les vaccins est d'établir, de maintenir ou de rétablir la confiance dans l'importance des vaccins, dans les avantages de la vaccination et de l'immunisation, et dans les autorités qui les délivrent.

La phase de préparation inclut :

- acquérir les données probantes, dialoguer avec les acteurs clés, mettre en place des mécanismes d'intervention, informer le public pour renforcer sa résilience, surveiller et évaluer ;
- comprendre les déterminants de la vaccination et l'écart de perception des risques – la responsabilité de la compréhension du message incombe à l'expéditeur et non au destinataire ;
- créer une base d'écoute des perceptions de l'innocuité vaccinale – aspects méthodologiques pertinents ;
- travailler avec les acteurs clés – questions pour les identifier ;
- mettre au point des mécanismes de coordination – établir une stratégie interne de coordination ;
- élaborer un processus de riposte à un événement – résumé du processus pour une réponse ajustée : comprendre l'événement, classer le type d'événement, classer son impact, élaborer une communication de riposte.

La phase de mise en œuvre inclut :

- coordonner et s'engager, mettre au point la riposte, mettre en œuvre les stratégies de communication, partager l'information, suivre et poursuivre la riposte ;
- événements devant lesquels s'attendre à une crise – ESAVI, campagne de vaccination, modification d'un programme de vaccination, publications, débat sur la vaccination ;
- coordonner et s'engager – rassembler le groupe de riposte et partager l'information ;
- le plan de riposte comprend l'identification des publics clés, la définition des objectifs de communication, l'adaptation ou l'ajustement des messages et la sélection des canaux de communication ;
- partager – aider le porte-parole à se préparer, informer le public, informer les médias ;
- surveiller l'opinion publique et les médias.

La phase d'évaluation inclut :

- évaluer,
- partager les enseignements tirés,
- réviser le plan de communication.

Messages clés :

- Se préparer aux événements concernant l'innocuité vaccinale. Transmettre des informations correctes, qui calment les esprits. Reconnaître les préoccupations du public. Informer sur l'existence d'un système qui surveille les occurrences d'ESAVI dans le pays et dans la Région.
- Examiner attentivement la réponse faite aux groupes réticents et aux groupes anti-vaccins.

- Être prêt à une crise. Elle arrivera. Une crise peut nuire à la **confiance** du public dans les vaccins et la vaccination.

### **7.3 Compte-rendu sur les préoccupations, les mentalités et les pratiques intentionnelles des agents de santé relativement au vaccin anti-COVID-19 dans l'enquête auprès des agents de santé des Caraïbes**

Les agents de santé constituent un groupe prioritaire pour la vaccination contre la COVID-19 ; ce sont aussi des influenceurs importants et respectés en matière de mentalités et de comportements liés à la santé dans la sphère publique. Des taux élevés de réticence vaccinale ayant été notifiés chez les agents de santé, il est nécessaire d'évaluer et de comprendre les préoccupations, les mentalités et les pratiques intentionnelles des agents de santé caribéens à l'égard des vaccins anti-COVID-19, afin de concevoir et de mettre en œuvre des campagnes de communication ciblées en s'assurant que les messages répondent de manière ajustée à leurs préoccupations et à leurs questions. Ces témoignages peuvent amener les décideurs impliqués dans l'élaboration des politiques publiques à établir des mesures adéquates pour améliorer l'impact de cette communication.

Le but de cette enquête était d'accroître un peu plus l'acceptation de la vaccination par les agents de santé et à améliorer leur confiance dans les vaccins, permettant ainsi aux programmes de concevoir, cibler et évaluer des interventions visant à obtenir un impact plus important de manière plus efficace, et d'examiner et comprendre des tendances comparables au fil du temps.

Les objectifs de l'enquête étaient les suivants : 1) recueillir et utiliser des données de qualité sur les facteurs comportementaux et sociaux de la vaccination, notamment anti-COVID-19, chez les agents de santé caribéens, et 2) améliorer les stratégies de mise en œuvre et ajuster les approches de communication sur les vaccins anti-COVID-19, et les vaccins en général, dans les Caraïbes.

Pour ce qui est de la méthodologie, l'OPS a mené une étude transversale comportant une enquête en ligne auprès des agents de santé dans les Caraïbes (mars et avril 2021). L'enquête était composée de quatre sections : mentalité à l'égard des vaccins, réceptivité à la vaccination, mentalité à l'égard des vaccins anti-COVID-19 et mentalité à l'égard des vaccins antigrippaux.

Les données produites étaient issues des réponses de 1197 agents de santé issus de 14 pays des Caraïbes (Antigua-et-Barbuda, Bahamas, Barbade, Belize, Dominique, Grenade, Guyana, Haïti, Jamaïque, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-les Grenadines, Sainte-Lucie, Suriname et Trinité-et-Tobago). Quarante-trois pour cent des participants étaient des médecins, 75 % étaient des femmes et 25,8 % (309) étaient des personnes âgées de 21 à 32 ans.

Les résultats concernant la réceptivité à la vaccination sont les suivants :

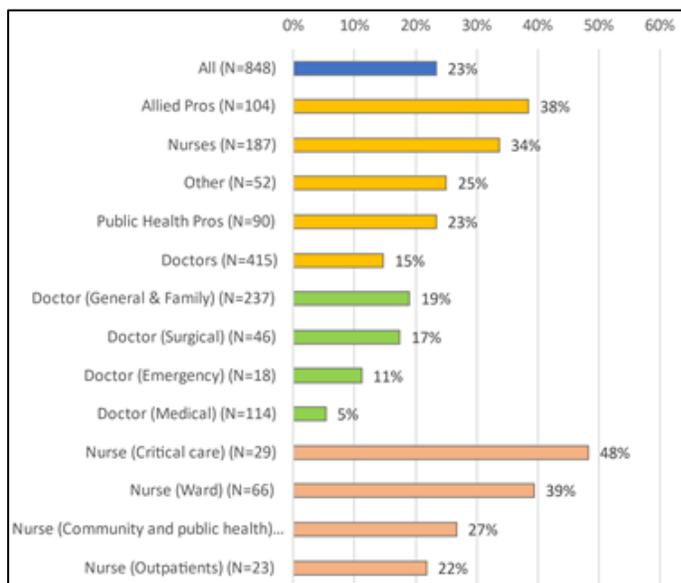
- 56 % de tous les répondants sont d'accord pour affirmer que les nouveaux vaccins comportent plus de risques que les vaccins précédents ; le personnel infirmier est plus sceptique à l'égard des nouveaux vaccins (65 %) que les médecins (48 %) ;
- 82 % du personnel infirmier affirme qu'il est préoccupé par les effets indésirables graves des vaccins, les médecins affichant quant à eux le niveau de préoccupation le plus faible à cet égard (73 %) ;
- 81 % des répondants les plus jeunes (quartile d'âge : 21 à 32 ans) sont préoccupés par les effets secondaires indésirables, comparativement à 75 % des répondants plus âgés (quartile d'âge : 51 à 87 ans).

Les résultats relatifs aux mentalités à l'égard des vaccins anti-COVID-19 font apparaître que :

- 23 % des répondants font preuve d'une certaine réticence à l'égard de la vaccination lorsqu'on évalue leur réceptivité à la vaccination anti-COVID-19 ;

- 15 % des médecins ne sont pas d'accord pour affirmer qu'ils ont l'intention de se faire vacciner contre la COVID-19 dès que possible, comparativement à 34 % des infirmières ;
- La réticence vaccinale (figure 5) est plus fréquente chez les jeunes agents de santé, dont 36 % dans le quartile d'âge de 21 à 32 ans n'ont pas l'intention de se faire vacciner dès que possible contre la COVID-19, comparativement aux groupes d'agents plus âgés (15 % dans le quartile d'âge de 51 à 87 ans) ;
- 92 % des répondants conviennent qu'un vaccin anti-COVID-19 protège contre une forme infectieuse grave de COVID-19 ; les médecins sont à cet égard les plus confiants des agents de santé (96 %, comparativement à 85 % des infirmières) ;
- Les répondants les plus jeunes (quartile d'âge de 21 à 32 ans) sont moins nombreux à croire en l'efficacité d'un vaccin anti-COVID-19 (86 %) que les répondants plus âgés ;
- Seuls 4 % de tous les participants ont déclaré avoir l'intention de refuser purement et simplement de recevoir un vaccin anti-COVID-19 (8 % d'hommes par rapport à 3 % de femmes) ;
- 48 % des répondants déclarent que le pays de fabrication d'un vaccin anti-COVID-19 donné influence fortement leur opinion sur ce vaccin, et 47 % d'entre eux sont d'accord que la mise au point des vaccins anti-COVID-19 a peut-être été précipitée ou que les vaccins peuvent ne pas avoir été testés de manière approfondie ;
- 30 % des répondants s'accordent par ailleurs sur le fait qu'ils n'en savent pas encore assez sur les vaccins pour faire leur choix ;
- 30 % des répondants déclarent que les informations recueillies sur les médias sociaux influencent fortement leur opinion sur un vaccin anti-COVID-19 donné.

**Figure 5. Réticence à la vaccination par catégorie d'agents de santé : personnes qui répondent être en désaccord ou fortement en désaccord avec le fait de se faire vacciner contre la COVID-19 le plus tôt possible**



Les analyses qualitatives mettent en évidence que :

- l'étude a identifié 24 construits (facteurs) comportementaux ou sociaux dans les quatre domaines suivants : réflexion et ressenti, processus sociaux, questions pratiques et motivation ;
- les déclarations des répondants s'inscrivent principalement dans le domaine **Réflexion et ressenti** ;
- le principal construit identifié est lié aux doutes concernant l'innocuité des vaccins (33 %) ;
- les agents de santé expriment des opinions et des raisons se rattachant surtout aux thèmes suivants : « (manque de) confiance dans les avantages du vaccin », « (absence de) perception d'un risque de maladie – pour eux-mêmes », « (manque de) confiance dans l'innocuité des vaccins » et « (manque de) confiance dans les nouveaux vaccins » (domaine Réflexion et ressenti) ;
- les répondants ont également mentionné un « (manque de) confiance dans les autorités sanitaires » (domaine des processus sociaux) et des « besoins d'information (non satisfaits) » (domaine des questions pratiques) ;
- l'étude a également identifié, dans le domaine Réflexion et ressenti, un nouveau construit lié à la confiance dans des vaccins de certaines marques, dans la mesure où les répondants indiquent que leur intention de se faire vacciner pourrait changer si un vaccin anti-COVID-19 de marque différente était offert.

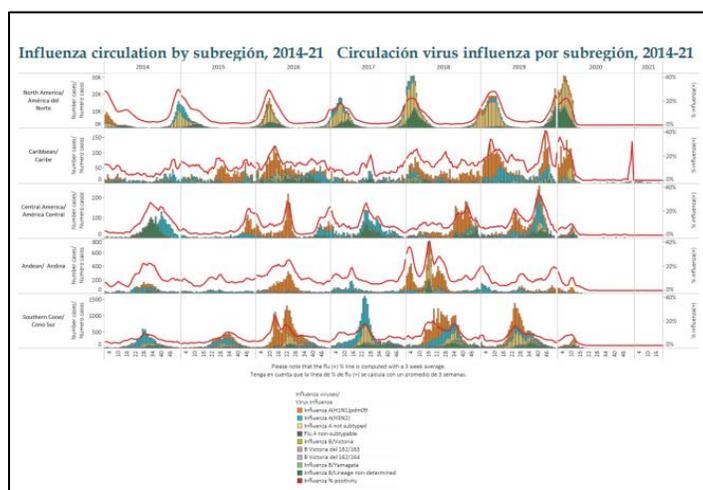
Les interventions visant à lutter contre la réticence vaccinale chez les agents de santé des Caraïbes incluent :

- des campagnes éducatives ciblant des catégories et des sous-catégories particulières d'agents de santé, ainsi que différents groupes d'âge, sous la forme d'affiches, de lettres, de matériel éducatif ou autres, qui augmentent la perception du risque de maladie par rapport au risque moindre lié à la vaccination ;
- une communication bidirectionnelle : qui permet aux agents de santé d'exprimer des doutes et de poser des questions sans se sentir jugés et qui délivre des réponses transparentes et informatives, tout en identifiant des porte-parole fiables parmi les agents de santé ;
- un renforcement des capacités et une formation des agents de santé sur la communication relative aux vaccins et à la vaccination : séminaires en cours d'emploi, séances éducatives de groupe, modèle de formation des formateurs, conférences, cours virtuels ;
- une participation des agents de santé à la conception des interventions de vaccination ;
- une amélioration de l'accès à la vaccination pour les agents de santé : offrir des services de vaccination sur le lieu de travail et à des heures opportunes, accorder aux agents des congés après la vaccination, au besoin ;
- des interventions motivationnelles : faire appel à des champions des vaccins et des porte-parole fiables pour répondre aux préoccupations des agents de santé concernant la vaccination.

#### **7.4 Vaccination antigrippale dans le contexte de la COVID-19**

Bien qu'il soit nécessaire de rester concentré sur la riposte à la COVID-19, les virus de la grippe restent les agents pathogènes les plus probables en matière de pandémie, qui provoquent toujours des épidémies saisonnières entraînant chaque année une lourde charge sanitaire et économique. Avant la pandémie de COVID-19, la grippe saisonnière était associée à environ 36 500 décès et 400 000 hospitalisations chaque année dans la Région. En même temps, les données de surveillance indiquent que, depuis mars 2020, la transmission de la grippe se situe à des niveaux historiquement bas, et qu'elle a même disparu dans certaines zones tempérées de la Région (figure 6).

**Figure 6. Circulation de la grippe par sous-région des Amériques, 2014-2021**



Source : Organisation panaméricaine de la Santé. Regional Update, Influenza. Epidemiological Week 42 – November 3 2021. Washington, DC : OPS ; 2021 [consulté le 27 janvier 2022]. Disponible sur :

<https://www.paho.org/en/documents/regional-update-influenza-epidemiological-week-42-november-3-2021>.

En 2004, le GCT de l'OPS a recommandé pour la première fois que tous les pays établissent une politique de vaccination antigrippale donnant la priorité aux groupes à haut risque : les enfants de 6 à 23 mois, les femmes enceintes, les personnes atteintes de maladies sous-jacentes, les personnes âgées et les agents de santé. En 2012, le SAGE de l'OMS sur la vaccination a identifié les femmes enceintes comme le groupe le plus prioritaire pour cette vaccination puis, dans le désordre, les enfants, les personnes âgées, les personnes souffrant de maladies sous-jacentes et les agents de santé. En 2019,<sup>4</sup> 39 des 51 (76 %) pays et territoires des Amériques disposaient d'une politique de vaccination antigrippale qui ciblait au moins l'un des cinq groupes à haut risque. Parmi ceux-ci, 39 (76 %) avaient une politique ciblant la vaccination des agents de santé, 37 (73 %) une politique de vaccination des personnes atteintes de maladies chroniques, 33 (65 %) une politique de vaccination des personnes âgées, 33 (65 %) une politique de vaccination des femmes enceintes et 30 (59 %) une politique de vaccination des enfants.

Dans le contexte de la pandémie de COVID-19, le maintien des programmes de vaccination antigrippale, en particulier pour les groupes à haut risque, est essentiel pour réduire la morbidité liée à la grippe et prévenir une surcharge supplémentaire du système de santé. Les recommandations du SAGE de septembre 2020 sur la vaccination des groupes à haut risque contre la grippe saisonnière dans le contexte de la COVID-19 ont mis l'accent sur les agents de santé et les personnes âgées, afin de réduire au minimum la perturbation des services de santé, la charge liée à la maladie et la surcharge des systèmes de soins de santé.<sup>5</sup>

Certains des groupes à haut risque de grippe courent également un risque élevé d'exposition au SRAS-CoV-2 (par ex. les agents de santé) ou de forme grave de COVID-19 (par ex. les

<sup>4</sup> Vicari AS, Olson D, Vilajeliu A, Andrus JK, Ropero AM, Morens DM, Santos JI, Azziz-Baumgartner E, Berman S. Seasonal Influenza Prevention and Control Progress in Latin America and the Caribbean in the Context of the Global Influenza Strategy and the COVID-19 Pandemic [Internet]. Am J Trop Med Hyg. 2021;105(1):93-101. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.21-0339>

<sup>5</sup> Organisation mondiale de la Santé. WHO SAGE seasonal influenza vaccination recommendations during the COVID-19 Pandemic, interim guidance, 21 September 2020 [Internet]. OMS ; 2020 [consulté le 27 janvier 2021]. Disponible sur : [https://www.who.int/immunization/policy/position\\_papers/Interim\\_SAGE\\_influenza\\_vaccination\\_recommendations.pdf](https://www.who.int/immunization/policy/position_papers/Interim_SAGE_influenza_vaccination_recommendations.pdf)

personnes âgées, les personnes atteintes de maladies chroniques et les femmes enceintes). Compte tenu du chevauchement avec les groupes prioritaires pour la vaccination anti-COVID-19, le SAGE a recommandé de respecter un intervalle de 14 jours entre l'administration d'un vaccin anti-COVID-19 et celle de tout autre vaccin, notamment le vaccin antigrippal. Cette recommandation a été réexaminée par le SAGE le 21 octobre 2021, alors que de nouvelles données sur la coadministration avec d'autres vaccins étaient disponibles, qui ont permis de conclure que :

- la coadministration de vaccins anti-COVID-19 et de vaccins inactivés est acceptable en termes d'immunogénicité et de réactogénicité ; il n'existe par ailleurs aucune donnée avec les vaccins antigrippaux vivants atténués administrés à forte dose ;
- les données concernant d'autres vaccins ne visant pas la COVID-19 permettent rarement de conclure à une diminution de l'immunogénicité et une augmentation de la réactogénicité.<sup>6</sup>

Les recommandations du SAGE sont essentielles, même dans le contexte d'une absence presque totale d'activité grippale en 2020-2021, principalement due aux mesures de santé publique. On ne sait pas dans quelle mesure la diminution de l'immunité de la population aura une incidence sur les saisons grippales à venir au fur et à mesure que ces mesures seront levées. Le risque de circulation concomitante de la COVID-19 et de la grippe peut entraîner une surcharge au niveau des systèmes de santé.

## **7.5. Rapports nationaux sur les plans d'administration du vaccin antigrippal dans le contexte de la COVID-19**

### **Trinité-et-Tobago**

À Trinité-et-Tobago, la saison grippale s'étale généralement d'octobre à mai. Le programme de vaccination contre la grippe saisonnière a été introduit dans le pays en 2009 pour protéger les personnes les plus vulnérables du risque de grippe et de la morbidité associée aux virus grippaux. Les notifications indiquent que les personnes atteintes de maladies chroniques semblent se présenter pour se faire vacciner, tandis que d'autres groupes à haut risque de la population ne semblent pas avoir accès au vaccin de la même manière. L'un des principaux objectifs de la campagne est la couverture des groupes de population à haut risque. Les menaces qui pèsent sur le programme incluent la fatigue liée à la COVID-19 chez les agents de santé et dans la population, ainsi que le mouvement anti-vaccin. La stratégie nationale du programme de lutte contre la grippe comprend un solide plan de vaccination pour gérer efficacement le virus grippal dans le contexte de la pandémie de COVID-19. Pour ce faire, le ministère de la Santé a l'intention d'accroître l'accessibilité des vaccins antigrippaux à la population en utilisant les systèmes existants et établis de distribution des vaccins anti-COVID-19. Il prévoit de fournir au public des solutions pratiques et efficaces pour réduire la probabilité de maladie associée au virus grippal et d'accroître l'éducation et la sensibilisation du public sur l'importance de se faire vacciner, sur le type de virus grippal et sur l'emplacement des sites de vaccination. Pour déployer la vaccination antigrippale, il est prévu de lancer un programme de vaccination à la télévision nationale, de distribuer des vaccins (anti-COVID-19, antigrippaux), de dépister les cancers, le diabète et l'hypertension artérielle dans les 109 établissements de santé et de lancer un Salon des soins de santé national les 29 et 30 octobre 2021 sur tous les sites de vaccination de masse. Les stratégies de la campagne incluent : une éducation en matière de santé et des messages relatifs à la santé, avec le slogan « N'attrapez pas la grippe – Ne transmettez pas la grippe », des

---

<sup>6</sup> Organisation mondiale de la Santé. Coadministration of seasonal inactivated influenza and COVID-19 vaccines, interim guidance, 21 October 2021 [Internet]. OMS ; 2021 [consulté le 27 janvier 2021]. Disponible sur : [https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-vaccines-SAGE\\_recommendation-coadministration-influenza-vaccines](https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-vaccines-SAGE_recommendation-coadministration-influenza-vaccines)

entretiens télévisés et radiophoniques, des conférences de presse du ministère de la Santé, des affichages à bande déroulante, des affichages numériques, des annonces dans les journaux et le partage de messages sur les médias sociaux et sur le site Web du ministère de la Santé.

### **Sainte-Lucie**

Sainte-Lucie a connu une réduction significative de l'acceptation et du recours au vaccin antigrippal pendant la pandémie de COVID-19. Comme pour le vaccin anti-COVID-19, le niveau national de réticence est élevé. Après réexamen, les stratégies et les activités continueront de mettre l'accent sur :

- le renforcement du programme de vaccination antigrippale – accroître la promotion aux niveaux régional et communautaire, améliorer la mise à disposition et l'accessibilité du vaccin, mobiliser les établissements de santé et les pharmacies du secteur privé, et vacciner à l'extérieur des établissements de soins afin de contribuer à renforcer l'accès à la vaccination pour certaines populations ou dans certaines situations ;
- le renforcement de l'éducation et de la communication sur le vaccin antigrippal pour rétablir la confiance dans le vaccin – clarifier les idées fausses et contrer les informations erronées qui réduisent l'acceptation du vaccin, sensibiliser le public à l'importance, à l'innocuité et à l'efficacité du vaccin, assurer une forte présence dans les médias du matériel éducatif mis au point, et élaborer et diffuser des messages d'intérêt public qui expliquent la différence entre le vaccin antigrippal et le vaccin anti-COVID-19 ;
- le renouvellement de l'éducation et la formation du personnel de soins primaires – nouvelle formation du personnel sur le vaccin pour accroître ses connaissances et sa capacité à éduquer les clients et à dissiper les idées fausses, et point sur l'administration du vaccin antigrippal (coadministration).

### **7.6 Appuyer la santé numérique en matière de vaccination dans les Caraïbes**

L'utilisation de technologies numériques, mobiles et sans-fil pour appuyer l'atteinte des objectifs de santé est connue sous le nom de santé numérique. C'est une solution pratique pour faire face à divers problèmes auxquels sont confrontés les programmes de vaccination. La santé numérique est aujourd'hui d'un intérêt primordial, et des résolutions et des documents à l'appui de sa mise en œuvre ont été élaborés, notamment :

- les résolutions 73/218 (2019) et 70/125 (2016) de l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies,
- les ODD,
- la résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé sur la santé numérique, approuvée à l'unanimité par les États Membres de l'OMS en mai 2018,
- le Programme pour la vaccination à l'horizon 2030,
- les résolutions de l'OPS :
  - *Feuille de route pour la transition numérique du secteur de la santé dans les Amériques* [[CD59.R1](#)],
  - *Politique concernant l'application de la science des données à la santé publique grâce à l'intelligence artificielle et d'autres technologies émergentes* [[CD59.R2](#)],
  - *Revitalisation de la vaccination comme un bien public pour la santé universelle* [[CD59.R13](#)].

Bien que la santé numérique puisse être utile dans n'importe quel domaine de la santé, son application pour renforcer les programmes de vaccination constitue une opportunité dont les pays de la Région des Amériques doivent profiter.

Sur la base de la théorie du changement présentée à la réunion 2019 du GCT, il est proposé d'inclure les huit principes directeurs pour la transformation numérique du secteur de la santé,

qui doivent encadrer et renforcer l'utilisation et la qualité des données sur les vaccinations tout au long du parcours de vie. Ces huit principes directeurs sont les suivants :

1. Garantir une connectivité universelle dans le secteur de la santé d'ici à 2030,
2. Créer en collaboration des biens de santé publique numérique pour un monde plus équitable,
3. Accélérer l'évolution vers une santé numérique inclusive mettant l'accent sur les plus vulnérables,
4. Mettre en œuvre des systèmes d'information et de santé numériques interopérables, ouverts et durables,
5. Intégrer les droits de l'homme à tous les domaines de la transformation numérique en matière de santé,
6. Participer à la coopération mondiale concernant l'intelligence artificielle et toute technologie émergente,
7. Établir des mécanismes de confiance et de sécurité informationnelle dans l'environnement numérique de la santé publique,
8. Concevoir une architecture de la santé publique à l'ère de l'interdépendance numérique.

Ces principes directeurs doivent permettre des améliorations dans la gestion, la demande, l'acceptabilité et la confiance relatives aux vaccins dans les Amériques et dans le monde, pour lesquelles les gouvernements doivent donner la priorité, le cas échéant, au déploiement, à l'évaluation, à la mise en œuvre et à l'élargissement de l'utilisation des technologies numériques, tout en réalisant des interventions de santé numérique fondées sur des données probantes.

Une intervention en santé numérique est une fonctionnalité distincte de technologie numérique utilisée pour atteindre des objectifs sanitaires et mise en œuvre dans les applications de santé numérique et les systèmes de technologie de l'information et des communications, notamment les canaux de communication. L'OMS a récemment élaboré la classification des interventions de santé numérique en fonction de leur objectif. Certaines des interventions intégrées à cette classification sont adaptables aux différentes composantes d'un programme de vaccination. Il est important de noter que les interventions en santé numérique sont transversales sur l'ensemble du parcours de vie.

## **7.7 Rapports par pays et par territoire sur le renforcement et la mise en œuvre de solutions de santé numérique – Enseignements tirés**

### **Suriname**

L'OPS contribue à renforcer les systèmes d'information sanitaire du Suriname et a conclu un accord avec l'Université d'Oslo pour donner accès à des modules spécifiques développés au sein de la plateforme DHIS2. À l'heure actuelle, les dossiers des patients sont en cours de nettoyage et de finalisation en vue de leur importation dans le système DHIS2. Les populations cibles de la vaccination anti-COVID-19 sont identifiées par district et par communauté, et l'outil est adapté pour inclure les vaccins AstraZeneca, Moderna, Pfizer et Sinopharm. Soixante utilisateurs ont été formés à l'utilisation du système, et la mise en œuvre pilote de l'utilisation de la base de données a débuté dans 24 établissements de soins offrant la vaccination anti-COVID-19. Deux membres de l'équipe de gestion des données ont été formés à la traduction du système ; et les données relatives à la population cible ont été mises à jour pour intégrer les données relatives aux enfants de 12 à 18 ans.

Les défis posés par l'outil incluent en particulier le fait que la plupart des sites qui travaillent déjà avec le DHIS2 n'ont pas accès à Internet ou à un nombre suffisant d'ordinateurs ; par conséquent, les admissions sont réalisées au besoin sur document en papier. De plus, le processus d'admission à l'aide du DHIS2 est lent, en raison de la quantité d'informations à saisir dans le système ; les données sur la vaccination de février à juillet ont été nettoyées et formatées aux

fins d'importation dans le DHIS2. L'Université d'Oslo a reçu le premier ensemble de données de 180 360 enregistrements à importer dans le système et les données restantes pour les mois d'août et de septembre sont toujours en attente du formatage permettant leur importation dans le DHIS2. Le processus est en cours.

Les enseignements tirés mettent en évidence la nécessité de disposer d'une équipe de base dédiée, qui travaille main dans la main avec des homologues techniques externes pour élaborer un plan directeur comportant des échéanciers. Une évaluation des besoins doit être effectuée sur des indicateurs de base et des normes de saisie des données doivent être définies. Lorsque les données notifiées sont saisies dans le système, des précautions doivent être prises pour éviter les retards inutiles.

### **Bermudes**

Le système numérique a été initialement développé pour documenter les vaccinations dans le cadre du PEV. Le registre électronique de vaccination a été conçu en 2019 avec le soutien de l'OPS. La mise en œuvre de la campagne de vaccination contre la COVID-19 a débuté en janvier 2021. Les Bermudes continuent de travailler sur les processus relatifs aux systèmes numériques et aux règlements, qui incluent un plan de sécurité informatique, le système d'information sur la vaccination des Bermudes, l'établissement de directives de confidentialité et de sécurité, et des commentaires émis par le Bureau du Procureur général.

Le registre électronique de vaccination a été utilisé au début de la campagne sur la COVID-19 pour documenter les vaccins ; une formation a été réalisée pour les personnes désignées, et l'on s'est accordé sur les normes de conformité pour utiliser le système. Le système ResQwest a été initialement utilisé à des fins de tests relatifs à la COVID-19. Il a été lancé pour les vaccins en mars 2021.

Parmi les défis, citons : l'impossibilité de tester les technologies, les changements apportés à deux systèmes (registre électronique de vaccination et ResQwest), des problèmes relatifs au processus d'inscription en ligne, l'aptitude à se servir des outils numériques parmi le public, les obstacles à l'accès, la question de la confiance, les répercussions en matière de ressources humaines et la connectivité Internet.

Les enseignements tirés incluent la nécessité d'utiliser une approche systémique pour tous les vaccins et toutes les composantes logistiques des notifications, d'établir des relations hiérarchiques pour l'échange de données, d'établir des liens avec les parties prenantes et de sensibiliser le public au numérique.

## **8. REMISES DE PRIX, RECOMMANDATIONS ET CLÔTURE DE LA RÉUNION**

### **8.1 Système de surveillance des Caraïbes**

Le Prix annuel du Système de surveillance des Caraïbes a été créé pour honorer les pays ayant obtenu des résultats exceptionnels dans le volet surveillance de leur programme au cours de l'année précédente. L'attribution de ce prix est fondée sur les critères suivants : 1) rapidité des notifications, 2) pourcentage de sites notificateurs, 3) nombre de cas de fièvre et d'éruption cutanée signalés par rapport au nombre présumé, 4) taux de fièvre et d'éruptions cutanées, 5) adéquation de l'enquête sur les cas notifiés (pourcentage d'échantillons sanguins prélevés, pourcentage faisant l'objet d'une enquête ciblée, niveau d'exhaustivité des formulaires d'enquête) et 6) qualité des rapports de surveillance hebdomadaires, incluant la déclaration d'autres MEV.

Le prix consiste en un certificat et une inscription du nom du pays gagnant sur une plaque conservée par le pays toute l'année qui suit, jusqu'à ce qu'un nouveau pays soit sélectionné pour recevoir ce prix. Pour 2021, le prix de la surveillance a été remis à la Grenade. Les prix pour la deuxième et la troisième places ont respectivement été attribués à la **Barbade** et la **Jamaïque**.

## 8.2 La Coupe Henry Smith

La Coupe Henry C. Smith est décernée en l'honneur de M. Henry C. Smith, premier agent technique du PEV de l'OPS pour la sous-région des Caraïbes, dont le mandat dans la sous-région a duré 18 ans. Ce prix est décerné au pays dont le PEV a permis le plus grand nombre d'améliorations au cours de l'année écoulée. Il a été remis à **Saint-Kitts-et-Nevis**, sur la base de sa couverture vaccinale de l'année 2020.

Les participants à la 35<sup>e</sup> réunion des gestionnaires caribéens ont sincèrement félicité les pays gagnants d'avoir reçu ces prix et salué tous les agents de santé pour leur dévouement et les résultats exceptionnels obtenus au cours de l'année écoulée.

## 8.3 Examen des recommandations du CiTAG

Le président de la réunion et le CiTAG félicitent les pays des Caraïbes, les gestionnaires du PEV et leurs équipes pour leur travail acharné, leur engagement sans faille et leur dévouement exceptionnel, et exhortent les pays à :

- donner la priorité à la pandémie de COVID-19, et y répondre efficacement, tout en maintenant les acquis historiques réalisés au fil des ans grâce au PEV ;
- atteindre les enfants qui ont échappé à la vaccination systématique, compter les doses supplémentaires administrées et rappeler de combler les lacunes de couverture vaccinale ;
- atteindre et maintenir une couverture vaccinale de plus de 95 % dans tous les districts, malgré les difficultés ;
- maintenir une surveillance de haut niveau, en particulier de la PFA, et une surveillance des éruptions cutanées et de la fièvre ; c'est important parce que le monde est encore en cours d'élimination finale de la poliomyélite, avec le poliovirus sauvage de type un (PVS1) qui circule toujours en Afghanistan et au Pakistan, une flambée de poliomyélite dérivée d'un vaccin circulant de type deux (PVDVc2) au Nigéria, la rougeole circulant au Brésil et ailleurs, et la diphtérie en Haïti et en République dominicaine ;
- dans le contexte de la crise actuelle, les gestionnaires et les responsables supérieurs du PEV doivent amener la gestion et le leadership à un niveau supérieur en déléguant, en transférant les tâches, en supervisant, en formant, en surveillant et en assurant la qualité ; cela nécessite d'ajuster les mentalités et de modifier les approches pour gérer la riposte à la pandémie de COVID-19 de manière plus efficace et efficiente ;
- recruter d'autres vaccinateurs aux origines diverses, notamment des médecins, du personnel infirmier, des sages-femmes, des dentistes, des infirmières dentaires, des pharmaciens, des bénévoles et du personnel à la retraite ;
- faire pleinement participer le secteur privé de la santé aux niveaux national et local du déploiement de la campagne de vaccination contre la COVID-19 ;
- faire pleinement participer tous les secteurs, les organisations gouvernementales, privées, non gouvernementales, la société civile, les services de sécurité et les bénévoles à toutes les composantes du programme de riposte à la pandémie et du programme de vaccination aux niveaux national et local ;
- construire une infrastructure durable pour la vaccination des adultes tout en maintenant et en renforçant le programme de vaccination des enfants ;
- faire que les gestionnaires du PEV et les autres cadres supérieurs s'assurent de doser leurs efforts et ceux du personnel pour éviter l'épuisement professionnel ;
- déployer les vaccins anti-COVID-19 pour le plus grand nombre de personnes possible grâce à une planification détaillée et minutieuse, afin d'atteindre le plus haut niveau d'immunité de la population et de réduire les décès, réduire le nombre de cas graves et veiller à ce que les services de santé ne soient pas surchargés ;

- responsabiliser les équipes de vaccination, les soutenir et les accompagner sans s'attacher à des détails de gestion ;
- développer la confiance au sein de la population en étant complètement transparent et ouvert et en faisant participer des personnes d'influence crédibles aux yeux de tous ; les personnes d'influence peuvent être des médecins, des infirmières ou des infirmiers, ainsi que des chefs religieux haut placés, entre autres ;
- promouvoir le vaccin antigrippal qui peut être administré, dans un bras différent, conjointement à n'importe lequel des vaccins anti-COVID-19 de la liste d'utilisation d'urgence de l'OMS ;
- renforcer le système national de surveillance des ESAVI pour détecter, notifier, investiguer, analyser et classer tous les cas graves ; faire partie de la surveillance panaméricaine des ESAVI relatifs aux vaccins anti-COVID-19 ; la boîte à outils de coopération technique de l'OPS est mise à disposition pour renforcer les capacités nationales de surveillance des ESAVI et produire des données scientifiques régionales sur l'innocuité des vaccins ;
- promouvoir la transition vers la santé numérique par une prise de décision fondée sur des données probantes pour mettre en œuvre des composantes de santé numérique compatibles avec le degré de maturité du contexte numérique ; combler les lacunes en matière d'infrastructure et de technologie, et tirer parti des outils et des interventions de santé numérique pour renforcer les systèmes de vaccination ;
- continuer d'appuyer les mesures sociales et de santé publique telles que le port du masque, l'hygiène des mains et la distanciation physique, en particulier dans les espaces intérieurs.

#### **8.4 Clôture de la réunion**

Le Dr Figueroa et le Dr Broome ont conclu la réunion en rendant un hommage particulier au Dr Cuauhtémoc Ruiz-Matus, qui prendra sa retraite de l'OPS en janvier 2022. Ils ont exprimé leurs sincères remerciements et leur gratitude pour son leadership, son soutien et l'esprit de solidarité que celui-ci a manifesté au fil des ans.