

Bulletin d'Immunsation

Organisation panaméricaine de la Santé



Volume XLII Numéro 3

Protégez votre Famille par la Vaccination

Septembre 2020

Mise au point, distribution et approvisionnement des vaccins

La mise au point de vaccins est un processus prolongé et complexe, qui dure souvent entre 10 et 15 ans et, idéalement, nécessite une participation combinée des secteurs public et privé. Les vaccins sont fabriqués selon plusieurs méthodes différentes. Ils peuvent contenir des virus vivants qui ont été atténués (affaiblis ou modifiés de manière à ne pas entraîner de maladie), des organismes ou des virus inactivés ou tués, des toxines inactivées (pour les maladies bactériennes pour lesquelles ce sont les toxines générées par les bactéries qui sont à l'origine de la maladie, et non les bactéries elles-mêmes), ou simplement des segments de l'agent pathogène (vaccins sous-unités et vaccins conjugués).¹

Le processus de mise au point d'un vaccin passe par différentes études de recherche et donne la priorité à l'innocuité du vaccin, puis à son efficacité. Les études sont organisées selon des phases : la phase préclinique et les phases I, II, III et IV.²

- **Phase préclinique** : en termes d'efficacité et de tolérance, les résultats expérimentaux obtenus sur des modèles animaux appuient les travaux ultérieurs de recherche chez l'homme. Les études précliniques font appel à des systèmes de culture tissulaire ou cellulaire et à des tests réalisés sur des animaux, soit des souris ou des singes, pour établir l'innocuité du candidat-vaccin et sa capacité d'immunogénicité, ou capacité à provoquer une réponse immunitaire.
- **Phase I** : teste habituellement un nouveau vaccin à un stade expérimental chez un petit nombre d'humains, généralement moins de 100 adultes, dans le but d'évaluer son innocuité et ses effets biologiques initiaux, parmi lesquels l'immunogénicité. Cette phase peut comprendre des études de doses et de voies d'administration.
- **Phase II** : teste un vaccin qui a été considéré comme sûr lors de la phase I et nécessite un groupe plus important d'humains (habituellement entre 200 et 500) pour surveiller son innocuité. Ces essais déterminent également l'efficacité du vaccin. Les objectifs des essais de phase II sont d'étudier le candidat-vaccin sur le plan de son innocuité, de son immunogénicité, des doses vaccinales proposées et de sa méthode d'administration.
- **Phase III** : vise à évaluer de manière plus approfondie l'innocuité et l'efficacité du candidat-vaccin dans la prévention des maladies et fait participer un plus grand nombre de volontaires à une étude multicentrique correctement contrôlée. Les essais de phase III peuvent inclure des centaines à des milliers d'humains, répartis sur un seul pays ou sur plusieurs. Ils sont randomisés et à double insu, et utilisent le vaccin expérimental en le testant contre un placebo (qui peut être une solution saline, un vaccin contre une autre maladie, ou encore une autre substance). Il s'agit généralement de l'étape qui précède l'approbation d'un vaccin.
- **Phase IV** : il s'agit d'études qui se déroulent dans un ou plusieurs pays à l'issue de l'approbation d'un vaccin. Ces études visent à évaluer le fonctionnement du vaccin dans le « monde réel ». Ce sont généralement des études d'efficacité, qui continuent cependant de surveiller les éventuels événements indésirables.

La distribution et l'approvisionnement en vaccins dépendent de l'autorisation des marchés nationaux de vaccins. Les vaccins peuvent être autorisés directement dans les pays qui ont des autorités de réglementation très avancées, tandis que d'autres pays comptent sur l'autorisation de mise sur le marché dans le pays manufacturier, suivis d'examen et d'approbations par le pays final d'utilisation. Dans tous les cas, l'octroi d'une telle autorisation nécessite l'approbation du processus de fabrication et des installations de fabrication. Certains pays exigent également des évaluations. L'achat de vaccins par les organismes des Nations Unies (le Fonds renouvelable de l'OPS, dans la Région des Amériques) exige que le produit soit préqualifié par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Cela garantit une norme fiable de qualité des produits aux pays dont les organismes de réglementation sont moins élaborés et pour lesquels l'approvisionnement dépend de l'autorisation préalable de mise sur le marché du vaccin dans le pays manufacturier par une autorité considérée par l'OMS comme « fonctionnelle ».

Voir **VACCINS** page 2

Ce que j'ai appris en tant que conseiller en vaccination pendant la pandémie de COVID-19...

par Marc Rondy, point focal de l'OPS/OMS en vaccination au Guatemala

L'année 2020 restera extraordinaire pour tous, particulièrement pour ceux d'entre nous qui travaillent dans le domaine de la santé publique.

C'est, dans mon cas, une année particulièrement marquante, au cours de laquelle j'ai pu mettre en pratique tous mes acquis et toute mon expérience. Épidémiologiste en maladies infectieuses de formation, j'ai commencé à travailler sur les maladies évitables par la vaccination (MEV) aux Pays-Bas il y a 15 ans, dans le cadre du programme EPIET (European Programme for Intervention Epidemiology Training). À l'issue de ces deux années de formation, je suis retourné en France où j'ai rejoint les rangs d'EpiConcept, une entreprise dont la vision est de réunir les forces des instituts européens de santé publique pour mesurer l'impact et l'efficacité des vaccins. Nous avons mis en place des plateformes multicentriques pour étudier les vaccins antigrippal, antipneumococcique conjugué, anticoquelucheux et anti-papillomavirus humain, entre autres. Pendant ce temps, j'ai également été déployé en tant qu'épidémiologiste sur plusieurs situations d'urgence dues au choléra en Haïti, à la méningite au Niger et la maladie à virus Ebola en Guinée.

Je suis entré en fonction à l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) il y a deux ans, à titre de conseiller en vaccination au Guatemala. Compte tenu de mon expérience et de mes antécédents en épidémiologie et dans le domaine de la grippe, j'ai été nommé point focal de surveillance de la COVID-19 pour contribuer à renforcer la bonne équipe de surveillance du Guatemala, qui souffre d'un grand manque de personnel.

Ce poste de point focal de la surveillance m'a placé dans une situation intéressante pour appuyer la riposte à la COVID-19 en essayant de continuer la surveillance des MEV en tant que priorité. L'appui à la surveillance de la COVID-19 comprend une révision périodique des lignes directrices de surveillance (14 versions déjà !), notamment la définition de cas et la stratégie des tests, mais aussi le développement et la mise en œuvre de systèmes d'information de surveillance tels que Go.Data, la saisie et la gestion des données, l'élaboration et l'analyse de tableaux de bord, et la modélisation.

Voir **RONDY** page 8

¹ <https://www.historyofvaccines.org/content/articles/different-types-vaccines>

² Plotkin S et coll. Vaccine Volume 35, numéro 33, 24 juillet 2017, pages 4064-4071

DANS CE NUMÉRO

1 Mise au point, distribution et approvisionnement des vaccins

1 Ce que j'ai appris en tant que conseiller en vaccination pendant la pandémie de COVID-19... par Marc Rondy, point focal de l'OPS/OMS en vaccination au Guatemala

3 Programmes nationaux de vaccination pendant la pandémie de COVID-19 : situation au mois

5 Lignes directrices visant la planification du lancement du vaccin contre la COVID-19

VACCINS suite de la page 1

Candidats-vaccins anti-COVID-19 et accès à ces vaccins

Diverses technologies et plateformes sont utilisées pour mettre au point le vaccin anti-COVID-19 :

- **vaccins à base d'acides nucléiques (ADN, ARN)** : qui utilisent un ou plusieurs gènes du coronavirus pour déclencher une réponse immunitaire,
- **vaccins à vecteurs viraux** : qui utilisent un virus (un vecteur qui se réplique ou non) pour délivrer des gènes de coronavirus dans les cellules et déclencher une réponse immunitaire,
- **vaccins à base de protéines** : qui utilisent une protéine du coronavirus ou un fragment de protéine (sous-unité protéique) pour déclencher une réponse immunitaire,
- **vaccins à virus entier** : qui utilisent une version affaiblie (atténuée) ou inactivée du coronavirus pour déclencher une réponse immunitaire.

Au 28 août, 33 candidats-vaccins anti-COVID-19 font l'objet d'une évaluation clinique, dont huit sont des évaluations de phase III. De plus, il y a 143 candidats-vaccins en phase préclinique. Le tableau ci-dessous présente six candidats-vaccins en phase III.³

Développeur (pays)	Sinovac (Chine)	Institut des produits biologiques de Wuhan/Sinopharm (Chine)	Institut des produits biologiques de Beijing/Sinopharm (Chine)	Université d'Oxford/AstraZeneca (R.-U.)	Moderna/NIAID (ÉUA)	BioNTech/Fosun Pharma/Pfizer (ÉUA)
Nom du candidat-vaccin	Vaccin Sinovac	CNBG Wuhan	BBIBP-CorV	ChAdOx1-S	mRNA-1273	BNT162b
Plateforme	Inactivé	Inactivé	Inactivé	Vecteur viral qui ne se réplique pas	ARN	ARN
Conception de l'étude	Phase 3, randomisée à double insu, 8870 participants, âge ≥ 18 ans (professionnels de la santé), 2 doses (0, 14 jours), IM Lieu : Brésil (collaboration avec l'Institut Butantan) Première date de finalisation : 30/09/21	Phase 3, randomisée à double insu, 15 000 participants, âge ≥ 18 ans, 2 doses (0, 14 jours ou 0, 21 jours), IM Lieu : Émirats arabes unis. Première date de finalisation : 15/07/21	Phase 3, randomisée à double insu, 15 000 participants, âge ≥ 18 ans, 2 doses (0, 14 jours ou 0, 21 jours), IM Lieu : Émirats arabes unis. Première date de finalisation : 15/07/21	Phase 3, randomisée en simple insu, 10 260 participants, 18 à 55 ans, 1 dose, IM Lieu : RU, Brésil (collaboration avec Fiocruz-BioManguinhos) et ÉUA Première date de finalisation : 01/10/21	Phase 3, randomisée à double insu, 30 000 participants, âge ≥ 18 ans, 2 doses (0, 28 jours) Lieu : ÉUA Première date de finalisation : 27/10/22	Phase 3, randomisée à triple insu, 24 481 participants âgés de 18 à 85 ans, 1 ou 2 doses (0, 28 jours) Lieu : Argentine, Brésil, ÉUA Première date de finalisation : 16/04/21
Numéro de l'essai (lien)	NCT044456595	ChiCTR2000034780	ChiCTR2000034780	ISRCTN89951424 NCT04516746 NCT04526990	NCT04470427	NCT04368728
Statut	Recrutement	Recrutement	Recrutement	Recrutement	Recrutement	Recrutement

Le Mécanisme pour un accès mondial aux vaccins contre la COVID-19 (COVAX) est une collaboration multilatérale mondiale visant à accélérer la mise au point et la production des vaccins anti-COVID-19, ainsi qu'à assurer un accès équitable à ces vaccins lorsqu'ils seront mis à disposition. Le Mécanisme COVAX est volet essentiel du Dispositif pour accélérer l'accès aux outils de lutte contre la COVID-19 (ou Accélérateur ACT), une collaboration mondiale sans précédent qui vise à accélérer la mise au point et la production des produits de diagnostic, de traitement et de vaccination relatifs à la COVID-19, ainsi qu'un accès équitable à ces produits. COVAX est codirigé par Gavi, la Coalition pour les innovations en préparation aux épidémies (CEPI) et l'OMS, en partenariat avec des fabricants de vaccins, qu'ils soient déjà mis au point ou en développement. L'objectif de COVAX est d'accélérer la mise au point et la fabrication des vaccins anti-COVID-19, et de garantir un accès juste et équitable à ces vaccins pour tous les pays du monde. Le Fonds renouvelable de l'OPS a travaillé en étroite collaboration avec COVAX pour assurer aux pays de la Région un accès équitable au vaccin anti-COVID-19, lorsque celui-ci sera mis à disposition.⁴

Introduction du vaccin anti-COVID-19 en Amérique latine et dans les Caraïbes

Tous les pays doivent élaborer un plan d'introduction du vaccin anti-COVID-19 qui devra être fondé sur les expériences antérieures d'introduction de nouveaux vaccins, ainsi que sur l'expérience acquise lors de l'utilisation du vaccin antigrippal au cours de la pandémie de grippe de 2009. L'objectif principal de cette planification est de mettre en œuvre des campagnes de vaccination de masse anti-COVID-19 pour réduire la morbidité et la mortalité graves. Les pays qui sont en phase avec les NITAG (Groupes consultatifs techniques nationaux de vaccination) devront donc définir leurs groupes prioritaires de vaccination en fonction de l'épidémiologie de la maladie.⁵

Le plan d'introduction d'un nouveau vaccin⁶ devra comporter plusieurs composantes, telles que la logistique de l'approvisionnement et de la distribution, la chaîne du froid, la formation du personnel de santé, la supervision, le suivi, la mise en œuvre d'un système de notification et d'enquête pour les événements supposément attribuables à la vaccination ou à l'immunisation (ESAVI) et, dans le cas de ce vaccin, les effets indésirables d'intérêt particulier (EASI), la surveillance de la couverture vaccinale puis, par la suite, les évaluations d'impact et d'efficacité.

Il est important de souligner que les vaccins sont reconnus comme l'une des mesures de santé publique les plus rentables, mais que l'hésitation vaccinale a été déclarée par l'OMS, en 2019, l'un des 10 risques mondiaux pour la santé. Des facteurs humains, tels que la compréhension de la maladie, la perception des risques et les facteurs sociaux qui influencent l'accès aux vaccins, sont au cœur de la couverture vaccinale. L'adhésion générale à ces vaccins est donc extrêmement importante. Cette adhésion n'est, elle-même, pas aussi facile que la simple mise à disposition de vaccins sûrs et efficaces. C'est un effort social complexe qui nécessite un engagement profond sur le plan humain.⁷ ■

³ Pour la liste actualisée des vaccins anti-COVID-19, veuillez consulter : <https://www.who.int/publications/m/item/draft-landscape-of-covid-19-candidate-vaccines>

⁴ <https://www.who.int/news-room/detail/15-07-2020-more-than-150-countries-engaged-in-covid-19-vaccine-global-access-facility>

⁵ <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52531>

⁶ <https://www.paho.org/immunization-toolkit/spanish/wp-content/uploads/2017/05/introduccion-e-implementation-de-nuevas-vacunas.pdf>

⁷ <https://www.cdc.gov/media/releases/2020/s0909-covid-19-vaccine.html>

Programmes nationaux de vaccination pendant la pandémie de COVID-19 : situation au mois de juillet 2020

Introduction

En décembre 2019, un nouveau coronavirus (SRAS-CoV-2) a été identifié comme l'agent causal d'une maladie respiratoire aiguë grave (COVID-19) à Wuhan (Chine).^{8,9} Le virus s'est propagé à divers pays et, le 11 mars 2020, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a déclaré l'état de pandémie.¹⁰

L'OMS et l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) ont recommandé que les services de vaccination, en tant que services de santé essentiels, ne soient pas interrompus.^{11,12} À cette fin, l'Unité d'immunisation intégrale de la famille (IM) de l'OPS a travaillé assidûment avec les pays de la Région pour maintenir de solides programmes nationaux de vaccination, et ce sur plusieurs aspects tels que l'élaboration de documents et de lignes directrices pour la poursuite de la vaccination dans le contexte de la COVID-19, la surveillance des répercussions de la maladie sur la couverture vaccinale, l'évaluation des effets du report des campagnes de vaccination contre la rougeole du fait de la pandémie (Bolivie [État plurinational de], Colombie, Honduras, Paraguay, République dominicaine) et le renforcement de la vaccination antigrippale saisonnière.

Des travaux ont également été menés pour surveiller le fonctionnement des services de vaccination et les principaux problèmes auxquels ils sont confrontés du fait de la pandémie. À ce jour, cinq enquêtes de pays ont été réalisées entre le 16 avril et le 6 juillet. Ce document résume leurs principales observations et perspectives.

Méthodes

Les données présentées ici ont été colligées dans le cadre d'une enquête envoyée toutes les deux semaines aux points focaux et aux conseillers d'IM dans des bureaux de pays de l'OPS dans la Région. La plateforme virtuelle SurveyMonkey a été utilisée et les données ont été analysées à l'aide d'outils MS Excel. Toutes les variables incluses dans l'enquête ont été décrites à l'aide des statistiques univariées appropriées. Les variables catégoriques ont été décrites sous la forme de proportions et de pourcentages. Les variables ordinales ont été décrites en utilisant la moyenne et la médiane.

Les réponses évoquées dans ce rapport reflètent les opinions des personnes ayant participé à l'enquête et non le contenu des rapports officiellement envoyés ou sollicités par l'OPS ; il convient donc d'interpréter ces données avec prudence.

Données et résultats

Depuis le premier questionnaire du 16 avril, cinq enquêtes ont été envoyées aux points focaux et aux conseillers de l'Unité d'immunisation dans les pays. Le taux de réponse est indiqué dans le tableau ci-dessous :

Date de l'enquête	Pays participant à l'enquête (hispanophones et lusophones)	Pays participant à l'enquête (francophones et anglophones)	Total
16 avril	13	3	16
4 mai	16	14	30
20 mai	16	17	33
3 juin	16	23	39
6 juillet	16	22	38

Les informations évoquées dans le présent résumé reflètent les réponses de 38 pays et territoires de la Région des Amériques reçues au 3 juillet 2020 et recueillies lors de la cinquième itération de l'enquête. Sur ces 38 pays, 16 se trouvent en Amérique latine, tandis que 22 sont des pays des Caraïbes, dont le Belize, le Guyana, Haïti et le Suriname (figure 1).

Statut du confinement et de la prestation de services de vaccination

Comme les confinements dans les pays de la Région se sont assouplis, les services systématiques de vaccination ont augmenté. Toutes les personnes interrogées ont indiqué que les services de vaccination étaient ouverts (figure 2).

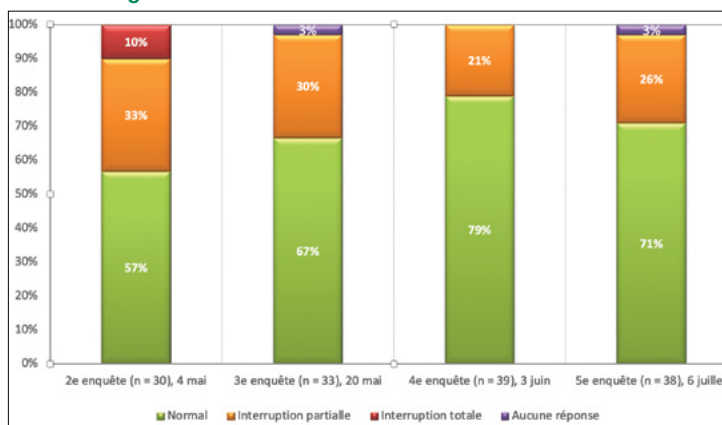
Demande de services de vaccination

Bien que l'offre de services se soit améliorée, la pandémie de COVID-19 et les politiques de confinement dans les pays de la Région ont eu une incidence sur

Figure 1. Pays participant à l'enquête

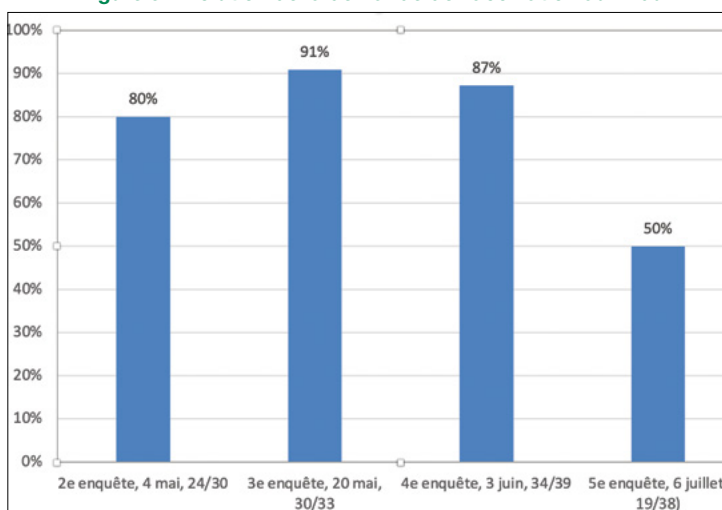


Figure 2. Fonctionnalité des services de vaccination



la demande de services de vaccination (figure 3). La principale cause invoquée pour expliquer cette réduction des demandes est la préoccupation des personnes relativement au risque d'exposition à la COVID-19 si elles font appel aux services. Les autres causes incluent des difficultés dues aux limitations des transports publics, au confinement, ou à la distanciation physique. Ces causes concordent avec les résultats d'une enquête similaire menée par l'OMS.¹³

Figure 3. Évolution de la demande de vaccination au fil du



⁸ Chan J.F., Yuan S., Kok K.H., To K.K., Chu H., Yang J., et al. A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. *Lancet*. 2020. 2. Novel, C. P. E. R. E. (2020)

⁹ The epidemiological characteristics of an outbreak of 2019 novel coronavirus diseases (COVID-19) in China. *Zhonghua liu xing bing xue za zhi= Zhonghua liuxingbingxue zazhi*, 41(2), 145. 3

¹⁰ Organisation mondiale de la Santé. Allocation d'ouverture du Directeur général de l'OMS lors du point presse sur la COVID-19, 11 mars 2020. Genève : OMS ; 2020. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>

¹¹ Organisation mondiale de la Santé. Coronavirus disease (COVID-19) technical guidance: Maintaining Essential Health Services and Systems. Guiding principles for immunization activities during the COVID-19 pandemic. Genève : OMS ; 2020. Disponible sur : <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/maintaining-essential-health-services-and-systems>

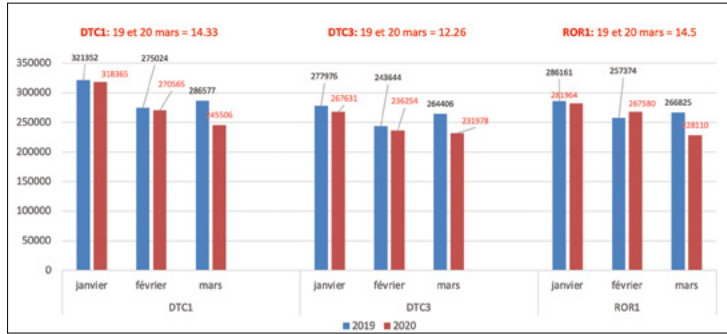
¹² Organisation panaméricaine de la Santé. The immunization program in the context of the COVID-19 pandemic. Version 2 (24 avril 2020). Disponible sur : <https://www.paho.org/en/documents/immunization-program-context-covid-19-pandemic-version-2-24-april-2020>

¹³ Organisation mondiale de la Santé. Pulse Polls and regional data collection to get a sense of the spread and magnitude of immunization. Genève : OMS ; 2020. Disponible sur : https://mcsusercontent.com/96624bb47e6454ad3af81463d/files/d8d70eac-2d08-40bf-8ca1-a9f12d1e074b/1_D4I_template_July2020.01.pdf

PROGRAMMES suite de la page 3

De même, le nombre de doses de vaccins DTC1, DTC3 et ROR1 administrées aux enfants a diminué comparativement à la même période l'an dernier, particulièrement en mars (figure 4).

Figure 4. Comparaison des doses administrées, premiers trimestres de 2019 et 2020



Stratégies de vaccination

Les pays de la Région ont mis en œuvre diverses stratégies innovantes pour continuer à vacciner la population, notamment la vaccination institutionnelle dans le véhicule, dans des centres mobiles, à domicile, avec rendez-vous préalable, la vaccination selon le sexe ou le numéro de carte d'identité, la vaccination dans des lieux stratégiques, ainsi que la vaccination de suivi en utilisant le registre électronique de vaccination. En même temps, les pays ont maintenu des stratégies de réseautage social et de communication numérique afin de souligner l'importance, pour la population, de se faire vacciner en cas de pandémie.



Crédit : Karina Zambrana/OPS

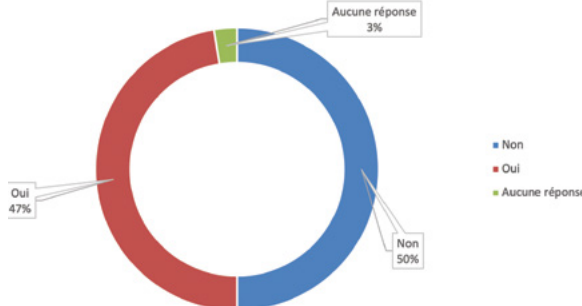
Campagnes retardées

L'OPS suit de près le report des campagnes de vaccination contre la rougeole du fait de la pandémie de COVID-19 dans cinq pays (Bolivie [État plurinational de], Colombie, Honduras, Paraguay et République dominicaine). Le Brésil, le Chili et le Mexique continuent d'étudier la possibilité de reprendre leurs campagnes d'ici à la fin 2020. De même, la Bolivie [État plurinational de] et la Colombie ont retardé leurs campagnes de vaccination contre la fièvre jaune.

Fournitures et seringues

Dix-huit pays (47 %) ont indiqué qu'ils avaient rencontré des difficultés de livraison des vaccins et des fournitures pour leurs programmes nationaux de vaccination (figure 5). Sur ces 18 pays, 16 ont signalé des problèmes relatifs à d'autres fournitures, telles que les seringues. Les pays ont également indiqué que ces difficultés étaient dues à la fermeture des frontières internationales et à des problèmes de transports internationaux (figure 6).

Figure 5. Problèmes de livraison des vaccins et des fournitures



Surveillance des maladies à prévention vaccinale

Dix-sept pays ont signalé que la surveillance épidémiologique a été affectée

par la pandémie. Dans la plupart des pays, cela est dû aux modifications de priorités, qui ont ciblé les cas d'infection par le SRAS-CoV-2. Les pays indiquent également que les notifications de cas ont considérablement diminué.

Parmi les autres facteurs qui pénalisent la surveillance épidémiologique, il faut mentionner la diminution des ressources humaines, la réduction des enquêtes sur le terrain et du dépistage des maladies à prévention vaccinale (MEV), ainsi qu'un arrêt de l'envoi d'échantillons aux fins d'analyse (figure 7).

À la date de la cinquième enquête, six pays de la Région (Argentine, Brésil, Guatemala, Haïti, Mexique et Venezuela [République bolivarienne du]) ont signalé des flambées de MEV, dont certaines comportaient plus d'une maladie.

Figure 6. Problèmes de livraison des vaccins et des fournitures

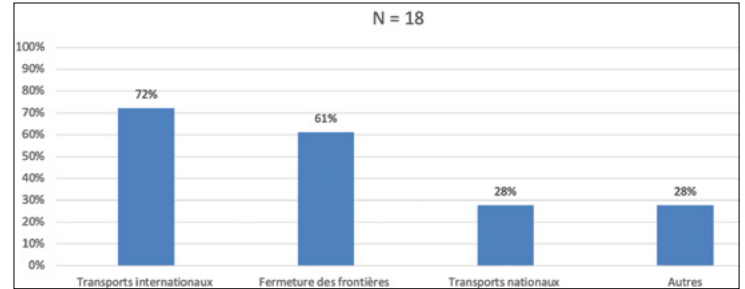
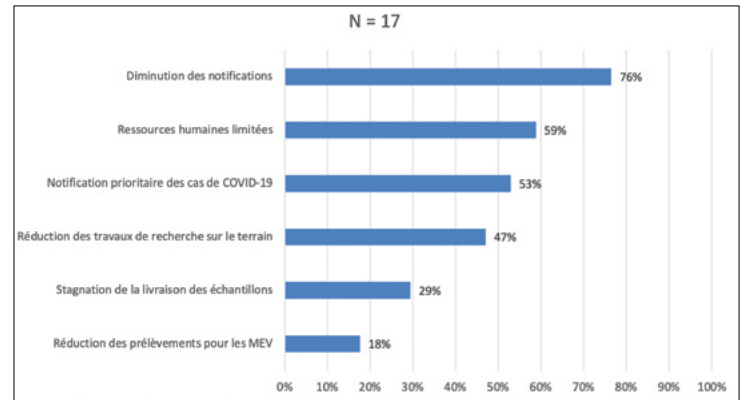


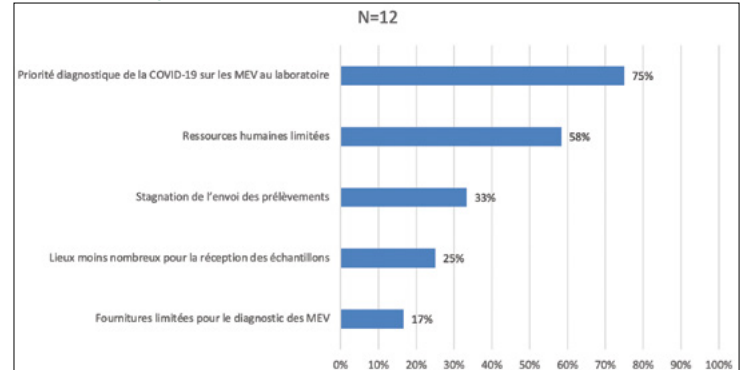
Figure 7. Problèmes de surveillance épidémiologique des MEV



Laboratoires pour le diagnostic des MEV

Sur les 38 pays qui ont répondu à cette enquête, 12 ont souligné que les services et les activités de laboratoire visant à appuyer la surveillance des MEV ont été affectés. Comme pour la surveillance, la principale raison de cette perturbation a été la réorientation prioritaire des activités, qui a ciblé les diagnostics de COVID-19 (figure 8).

Figure 8. Facteurs qui pénalisent la surveillance



Conclusion

Les pays signalent qu'à mesure que les politiques de confinement ont diminué ou été assouplies, l'offre de services de vaccination s'est améliorée. Malheureusement, la demande a aussi diminué, avec une réduction conséquente de la couverture vaccinale et une expansion des lacunes existantes.

Il est donc important que les pays continuent de mettre en œuvre des mesures et des stratégies innovantes pour atteindre les personnes qui n'ont pas été vaccinées. Cette approche devra s'accompagner de plans et de lignes directrices visant à combler les lacunes et comprendre un plus grand nombre d'initiatives en matière de communication sociale. Il est nécessaire de délivrer des messages à la population quant à l'importance de la vaccination pour maintenir les personnes en bonne santé et les protéger contre les MEV. ■

Lignes directrices visant la planification du lancement du vaccin contre la COVID-19

Version 1 : 10 juillet 2020

Contexte

La COVID-19 est une maladie infectieuse causée par un nouveau coronavirus d'apparition récente (SARS-CoV-2). L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a déclaré le 11 mars 2020 que l'épidémie de COVID-19 était devenue une pandémie, la première pandémie non liée à la grippe (Influenza), qui a déjà touché plus de 200 pays et plus de 25 millions de personnes au 31 août. Environ plus de la moitié des cas ont été rapportés dans la Région des Amériques. Le monde entier espère bientôt pouvoir disposer de vaccins contre la COVID-19, car ils représentent l'une des mesures les plus rentables pour maîtriser la pandémie et en réduire les répercussions sanitaires, économiques et sociales.

Parallèlement à la réalisation de progrès relativement à la mise au point et à la production de vaccins contre la COVID-19, les pays doivent faire avancer la planification du lancement de ce nouveau vaccin et déterminer quels éléments clés pourront permettre de renforcer l'état de préparation à la vaccination contre cette pandémie. Les expériences acquises dans la Région des Amériques dans le domaine de la vaccination contre la pandémie de grippe H1N1 en 2009, la vaccination annuelle contre la grippe saisonnière, les campagnes de vaccination contre la rougeole et la rubéole, la polio et la fièvre jaune, entre autres, devront être mises à profit pour élaborer des plans nationaux de vaccination contre la COVID-19.

Parmi les principaux défis prévisibles liés à la vaccination contre la COVID-19 figurent un accès opportun et équitable à une quantité suffisante de vaccins, les aspects techniques et logistiques, comme la mise au point de vaccins au moyen de nouvelles technologies, la définition des groupes prioritaires, le nombre de doses à administrer pour conférer une protection adéquate, ainsi que l'innocuité et l'efficacité du vaccin. En outre, d'autres défis programmatiques pourraient se présenter, par exemple, les besoins concernant la chaîne du froid et la création d'une demande relative à la vaccination. Cependant, en tenant compte des données dont nous disposons à l'heure actuelle et en supposant que certains pays de la Région disposeront d'un vaccin à compter de 2021, il est important de commencer à préparer l'infrastructure et les composantes essentielles au lancement de la campagne de vaccination dans tous les pays, en donnant la priorité aux composantes pour lesquelles des progrès sont possibles.

Le présent document vise à fournir des lignes directrices aux programmes nationaux de vaccination (PNV) afin de leur permettre d'élaborer leurs propres plans de vaccination contre la COVID-19. Il est crucial que les Groupes consultatifs techniques nationaux sur la vaccination (NITAG) participent à l'élaboration de ces plans, tout comme il est important de tenir compte des recommandations déjà publiées par l'OPS/OMS concernant les mesures de sécurité visant le personnel de santé et le reste de la population à propos de la COVID-19.

Le texte qui suit présente diverses composantes dont il faudra tenir compte lors de l'élaboration des plans nationaux de vaccination contre la COVID-19 :

Composantes techniques	Composantes opérationnelles
Objectifs de la vaccination	Organisation et coordination
Bases juridiques	Planification et microplanification
Recommandations techniques	Chaîne du froid et d'approvisionnement
Définition des groupes cibles et des objectifs	Système d'information
Vaccins contre la COVID-19	Sécurité de la vaccination
Autorités nationales de réglementation	Surveillance, supervision et évaluation
Accès aux vaccins et distribution	Communication, information et mobilisation sociale
	Ressources humaines
	Formation
	Recherche opérationnelle
	Gestion des déchets
	Clôture de la campagne
	Budget et échéancier

1. Objectifs de la vaccination

Les pays devront établir des cibles de vaccination contre la COVID-19, en tenant compte du contexte épidémiologique, des populations exposées au risque le plus élevé et de l'accès au vaccin. En cas d'accès limité au vaccin, la vaccination devra se faire selon un ordre de priorités et par étapes, conformément aux objectifs suivants :

- **Protéger l'intégrité et l'infrastructure du système de soins de santé afin d'assurer la continuité des services essentiels** : vacciner le personnel de santé à tous les niveaux de soins de même que le personnel d'autres services essentiels, tels qu'établis par le pays.
- **Réduire la morbidité grave et la mortalité associées à la COVID-19 en protégeant les populations les plus à risque** : vacciner les groupes les plus exposés en fonction de la situation épidémiologique.
- **Réduire la transmission de l'infection dans la collectivité et générer une immunité collective**. La vaccination d'autres groupes sera effectuée en

fonction de l'accroissement de la disponibilité du vaccin dans le pays concerné.

2. Bases juridiques

- Passer en revue les lois, résolutions et décrets en lien avec les processus décisionnels, le lancement des vaccins, les acquisitions, les urgences de santé publique, etc.

3. Recommandations techniques

Les pays prendront la décision de lancer le nouveau vaccin, en respectant des critères d'ordre technique, programmatique, social et économique. En ce qui concerne les aspects techniques, ils s'appuieront sur les recommandations des groupes consultatifs à l'échelle mondiale, régionale et nationale.

Voici les principaux groupes consultatifs sur la vaccination :

- échelle mondiale : Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination (SAGE)
- échelle mondiale : Comité consultatif mondial sur la sécurité des vaccins (GACVS)
- échelle régionale : Groupe consultatif technique (GCT) sur les maladies évitables par la vaccination
- échelle nationale : Groupes consultatifs techniques nationaux sur la vaccination (NITAG) et comités d'éthique

Les recommandations des différents groupes consultatifs techniques concernant la définition des populations ciblées pour la vaccination seront fondées sur les données probantes disponibles, lesquelles prendront en compte les caractéristiques du vaccin (innocuité, immunogénicité, efficacité et durée de protection), les groupes à risque (personnes âgées ou atteintes de maladies chroniques) et d'autres états de santé, comme la grossesse. De même, les recommandations concernant le nombre de doses requises, l'administration en concomitance avec d'autres vaccins, ainsi que les événements devant faire l'objet d'une surveillance, dépendront des données probantes accessibles et seront mises à jour de manière continue.

4. Définition des groupes cibles et des objectifs

En s'appuyant sur les recommandations techniques formulées par les groupes consultatifs, les pays élaboreront des directives techniques définissant :

- les groupes à vacciner en priorité,
- les objectifs de la vaccination à l'échelle nationale, infranationale et locale.

À des fins de référence, il faudra inclure les estimations des populations pour les groupes à risque (personnel de santé [3 %], personnes âgées ou personnes atteintes de maladies chroniques [20 %]) effectuées par l'OMS. Les pays pourront utiliser diverses sources d'information pour calculer ces populations à risque : recensements nationaux, plans nationaux de vaccination contre la grippe saisonnière (qui incluent différents groupes à risque), listes du personnel de santé des secteurs public et privé, enquêtes sur la prévalence des maladies chroniques, etc.

5. Vaccins contre la COVID-19

- Décrire les caractéristiques des vaccins contre la COVID-19 qualifiés au préalable par l'OMS et de ceux approuvés par les autorités nationales de réglementation (ANR) comme la Food and Drug Administration (FDA) des États-Unis ou l'Agence européenne des médicaments (EMA).

6. Autorités nationales de réglementation

- Passer en revue les aspects juridiques et réglementaires s'appliquant aux vaccins achetés et donnés.
- Examiner les processus et les documents requis pour l'importation, l'obtention d'une licence et l'enregistrement d'un vaccin à l'échelle nationale.
- Passer en revue les processus d'importation et d'approbation d'un vaccin dans une situation d'urgence.

7. Accès aux vaccins et distribution

- Estimer les besoins préliminaires en vaccins (envisager des scénarios d'administration d'une ou deux doses), en seringues et en fournitures, à l'aide des données sur les différents groupes de risque fournies par les plans nationaux de vaccination.
- Établir des prévisions de la demande de vaccins par le biais du Fonds renouvelable de l'OPS.
- Passer en revue les processus reliés aux acceptations de dons par l'entremise de l'OMS ou d'autres institutions et agences.

8. Organisation et coordination

- Appliquer et renforcer les mécanismes de coordination interinstitutionnelle et multisectorielle.
- Décrire l'organisation et la coordination de la campagne de vaccination.
- Définir la structure organisationnelle : comités nationaux et infranationaux, politiques, techniques et d'urgence, en définissant leurs rôles et responsabilités.
- Coordonner les activités avec le ministère de l'Éducation et définir le rôle des enseignants, des universités, etc.

VACCINATION CONTRE LE COVID-19 suite de la page 5

- Coordonner les activités avec le ministère du Travail et définir le rôle des employeurs, des secteurs public et privé, des travailleurs essentiels, etc.
- Coordonner les activités avec les gouvernements locaux (gouverneurs, maires, secrétaires à la Santé).
- Coordonner les activités avec les institutions ou les organes consultatifs qui participeront à la campagne : NITAG, ANR, associations professionnelles, associations scientifiques, organisations non gouvernementales (ONG), ministère des Finances, ministère du Transport, ministère du Tourisme, aéroports, organisations publiques, églises, représentants de la collectivité, armée, etc.
- Organiser des comités opérationnels pour assurer la mise en œuvre de la campagne de vaccination.

9. Planification et microplanification

- Définir la population à vacciner en fonction des objectifs et des groupes prioritaires au niveau du pays, des départements, des districts/municipalités, des quartiers/collectivités, etc.
- Définir des dénominateurs : se reporter aux estimations des recensements de population, des registres d'état civil, des plans de vaccination contre la grippe, des registres et études sur la prévalence des maladies chroniques, des groupes de soutien aux personnes atteintes de diabète, d'hypertension et d'autres maladies chroniques, des recensements et listes des personnels de santé des secteurs public et privé, des services essentiels, etc.
- Évaluer la capacité des services de vaccination (ressources humaines, capacité et conditions de stockage de la chaîne du froid, équipement de protection individuelle [EPI] disponible, etc.).
- Déterminer les phases de la campagne selon la disponibilité des vaccins.
 - Décrire les stratégies et tactiques utilisées pour la vaccination, selon les phases, les groupes prioritaires et les échéanciers, notamment :
 - i. Ateliers organisés pour chaque groupe à risque défini au préalable
 - ii. Vaccination organisée par les divers établissements
 - iii. Vaccination dans certains lieux particuliers : pharmacies, supermarchés, banques, centres de travail, etc.
 - iv. Vaccination mobile
 - v. Vaccination au volant (libre-service)
 - vi. Vaccination sur rendez-vous
 - vii. Vaccination porte-à-porte
 - viii. Vaccination aux frontières
- Adapter les services de vaccination au scénario local de transmission du virus responsable de la COVID-19.
- Définir les besoins, les rôles et les responsabilités du personnel au niveau local.
- Déterminer le nombre nécessaire d'équipes ou de brigades de vaccination ainsi que de superviseurs.
- Estimer les besoins en vaccins, notamment les facteurs de pertes, les seringues et les fournitures (réceptacles de sécurité, boîtes thermos pour les vaccins, boîtes, packs réfrigérants, sacs, feuilles ou livrets d'enregistrement, EPI, masques, savon, gel désinfectant) au niveau national et infranational.

10. Chaîne d'approvisionnement et du froid

- Définir les fonctions de base et les responsabilités du responsable de la logistique.
- Déterminer les données de base pour le plan logistique et la chaîne d'approvisionnement.
- Décrire les caractéristiques des différents vaccins et des seringues nécessaires.
- Faire l'inventaire des capacités de stockage de la chaîne du froid à tous les niveaux de responsabilités.
- Déterminer les exigences de la chaîne du froid, les lacunes et les enjeux.
- Accroître les capacités de la chaîne du froid (équipement et fournitures), au besoin, afin de pouvoir inclure les vaccins à tous les niveaux de gestion.
- Mettre à jour les plans d'urgence pour la conservation des vaccins.
- Élaborer un plan de distribution jusqu'au niveau local; adapter les besoins en vaccins, seringues et réceptacles de sécurité à la planification des étapes ou phases de la campagne de vaccination en fonction des vaccins disponibles.
- Prévoir le transport des vaccins et des autres fournitures à tous les niveaux.
- Mettre en place des systèmes de surveillance de la distribution des vaccins et des inventaires à l'aide d'un logiciel de logistique intégré aux systèmes et à la technologie existants (codes à barre, suivi électronique, etc.).
- Définir des indicateurs permettant d'évaluer la chaîne d'approvisionnement aux niveaux international, national et local (7 jours après l'arrivée dans le pays).

11. Système d'information

- Désigner un système d'information permettant de procéder à une évaluation de la couverture vaccinale jusqu'au niveau le plus détaillé possible (quartier, communauté).

- Mettre à jour les registres électroniques de vaccination, les cartes de vaccination par groupe de risque et la normalisation de la communication des données.
- Utiliser des technologies qui facilitent la collecte de données en temps réel et qui orientent la mise en œuvre de ces technologies en cas d'urgence de santé publique.
- Établir des alliances avec le ministère des Technologies de l'information et des communications.
- Établir des procédés permettant la circulation périodique de l'information du niveau local au niveau national.
- Effectuer un suivi et une analyse de la couverture vaccinale par groupes de risque, plateformes numériques, systèmes de référence géographique, détection des inégalités.

12. Sécurité de la vaccination**Surveillance des ESAVI**

- Convoquer un comité national sur la sécurité de la vaccination auquel participent des membres de sociétés scientifiques, d'ANR, le programme de vaccination et le sous-comité responsable de la classification nationale des événements supposément attribuables à la vaccination ou l'immunisation (ESAVI).
- Renforcer ou mettre en œuvre la surveillance des ESAVI et des événements indésirables d'intérêt particulier (EIIP).
- Préparer la surveillance des EIIP potentiels prévus afin d'établir les taux d'incidence, avant le lancement du ou des vaccins anti-COVID-19.
- Définir les exigences visant à renforcer la surveillance passive et la surveillance active (réseau d'hôpitaux sentinelles) intensifiées.
- Participer au système régional de surveillance des ESAVI avec signalement des cas aux niveaux local, régional et national.
- Préparer un plan de communication des risques et un plan de gestion de la crise.

Sécurité des injections

- Établir des lignes directrices sur la sécurité des injections portant sur les trois aspects pertinents (les personnes vaccinées, le personnel de santé et l'environnement) dans le contexte de la pandémie.

13. Surveillance, supervision et évaluation

- Mettre sur pied un comité responsable de la surveillance, de la supervision et de l'évaluation de la campagne :
 - réserver une salle dédiée à l'analyse de la situation et à la surveillance,
 - examiner les données actualisées sur les doses administrées par district/municipalité, dans les établissements de soins de santé et dans les collectivités; ces données doivent être subdivisées selon les groupes de population prioritaires,
 - passer en revue les données démographiques,
 - constituer un tableau de bord pour surveiller la couverture et d'autres indicateurs de suivi de la mise en œuvre de la vaccination à chacune des étapes.
- Définir les critères et les indicateurs de campagnes de grande qualité (efficacité, homogénéité, occasions et efficience).
- Désigner un vaccinomètre numérique et manuel en tant que mécanisme permettant de repérer au niveau local l'atteinte des objectifs quotidiens et hebdomadaires, de résumer ou de rajuster les stratégies et les programmes et de mettre à jour les écarts entre les populations cibles qui n'ont pas été vaccinées.
- Mettre en place des mécanismes de supervision et de surveillance à tous les niveaux de responsabilités.
- Élaborer un guide de supervision, former les équipes qui seront chargées de la supervision, par niveau et par échéancier.
- Évaluer le plan de lancement du vaccin pour chaque phase et à tous les niveaux du système de santé.
- Évaluer les motifs pour lesquels les gens ne sont pas vaccinés, notamment les différentes sources d'information, les enquêtes, les groupes d'opinion, etc.
- Établir une liste de contrôle permettant de surveiller et d'évaluer la mise en œuvre du plan de lancement.

14. Communication, information et mobilisation sociale

Définir une stratégie relative à la demande pour la vaccination contre la COVID-19 passant par le renforcement des connaissances, de la sensibilisation de la population et de la confiance à l'égard de la vaccination. De même, coordonner les activités avec tous les partenaires stratégiques (société civile, dirigeants politiques et communautaires, ONG, etc.) de manière à ce qu'ils contribuent à un dialogue positif au sujet de la vaccination et du vaccin anti-COVID-19.

Désigner des porte-paroles, des chaînes de commandement, des types de messages, la gestion des relations avec les médias, l'utilisation des réseaux sociaux, notamment l'analyse et la gestion des rumeurs, la surveillance des médias internationaux, nationaux, locaux et autres.

VACCINATION CONTRE LE COVID-19 suite de la page 6

Activités particulières

- Mettre sur pied une campagne de communication afin de susciter la confiance à l'égard du vaccin et la demande de vaccination (définir les phases, les messages, les médias et les réseaux sociaux).
- Définir une stratégie de mobilisation sociale et d'engagement communautaire (en collaboration avec des dirigeants communautaires), afin de créer et de maintenir la demande de vaccination contre la COVID-19 et d'une vaccination systématique (sociétés scientifiques, collectivités et leaders d'opinion).
- Définir un plan de gestion de crise comportant une stratégie de communication véhiculant des messages conçus pour répondre à des scénarios précis et fournir les outils et la formation adéquate aux principaux porte-paroles.
- Fournir une description des facteurs nécessaires pour permettre l'établissement d'une communication fluide entre les établissements et les agences afin de soutenir le déploiement et la mise en œuvre de la vaccination, et d'anticiper les défis.
- Établir une coordination avec les partenaires afin d'assurer la cohérence des messages.
- Collaborer avec les médias pour former, informer et encourager la production de rapports responsables sur la vaccination.
- Repérer les besoins visant à consolider la confiance de la population envers le(s) vaccin(s) contre la COVID-19 et la demande à cet égard.
- Élaborer du matériel pour les différents auditoires, ainsi que du matériel de sensibilisation destiné aux autorités locales, gouverneurs, alliés stratégiques, dirigeants communautaires, médias, etc., en tenant compte de l'interculturalité.
- Valider le matériel élaboré auprès de divers auditoires par le biais de consultations, de groupes de discussion et d'autres mécanismes.
- Organiser des réunions avec les médias et des leaders d'opinion à des fins de sensibilisation et de coordination.
- Mener des enquêtes et des sondages d'opinion sur le vaccin au sein de groupes particuliers et à l'échelle de la population.
- Effectuer un suivi de l'information se rapportant au vaccin auprès des médias et des plateformes des réseaux sociaux.
- Évaluer les stratégies de communication et toute autre intervention mises en œuvre pour accroître la couverture et l'acceptation de la vaccination.

15. Ressources humaines

- Évaluer les ressources humaines nécessaires pour mettre en œuvre, gérer et coordonner la supervision, le registre d'information et les activités liées à la vaccination contre la COVID-19.
- Déterminer la disponibilité des ressources humaines et les besoins existants à chaque niveau de soins afin de procéder rapidement à la vaccination.
- Identifier les établissements d'enseignement afin de former les professionnels de la santé, ainsi que les secteurs public et privé, qui pourraient constituer un bassin de ressources humaines.

16. Formation

- Déterminer le type de formation adapté aux différents publics, les plateformes virtuelles et les mécanismes de supervision, d'évaluation, d'accréditation et de surveillance.
- Établir le contenu de la formation, notamment les directives techniques nationales pour la vaccination contre la COVID-19, les manuels destinés aux vaccinateurs et aux superviseurs, les techniques d'administration et de surveillance, la déclaration des ESAVI et des EIIP, ainsi que la mise en œuvre des opéra-

tions.

- Concevoir le matériel de formation qui sera utilisé sur les différentes plateformes virtuelles.
- Élaborer un plan de formation national.
- Définir l'échéancier.

17. Recherche opérationnelle

- Définir un programme de recherche opérationnelle en s'appuyant sur l'information disponible au sein du PNV (en recensant les lacunes dans les connaissances et l'information afin d'orienter les interventions qui aideront à atteindre les objectifs liés à la vaccination).
- Coordonner les activités avec les universités et les établissements de recherche afin de mener des recherches opérationnelles sur la mise en œuvre de la vaccination, notamment les déterminants sociaux et comportementaux, les attitudes, les connaissances et les pratiques en lien avec la vaccination contre la COVID-19.
- Envisager de recourir aux plateformes de surveillance sentinelle en place pour d'autres virus respiratoires (SARINET/REVELAC-i) afin d'évaluer l'efficacité et les répercussions du vaccin contre la COVID-19. Noter que la COVID-19 et la grippe font actuellement l'objet d'un programme de surveillance intégrée.

18. Gestion des déchets

- Passer en revue les normes nationales sur la gestion des déchets.
- Établir des lignes directrices sur la gestion des déchets solides : a) estimation des volumes de déchets, b) gestion et modes d'élimination dans les établissements, c) gestion extramurale et modes d'élimination, d) coordination avec les unités de traitement et les autorités sanitaires locales et e) méthodes d'élimination des déchets.

19. Clôture de la campagne

- Déclarer la clôture officielle de la campagne de vaccination.
- Faire un bilan de la campagne en se basant sur des critères de grande qualité et sur les indicateurs établis.
- Présenter aux autorités un rapport sur les résultats de la campagne, notamment la couverture par groupe d'âge et par sexe, l'homogénéité de la couverture, la couverture par groupe de risque, le résumé des événements indésirables légers, modérés et graves rapportés et soumis à une enquête, le résumé des indicateurs de surveillance épidémiologique, les enseignements tirés et les bonnes pratiques.
- Présenter les résultats de la recherche opérationnelle et des études sur l'efficacité et les retombées de la vaccination.
- Décrire l'investissement en faisant ressortir les ressources nationales et externes.

20. Budget

- Fournir une description de chaque composante du budget.
- Déterminer les fonds disponibles et évaluer les lacunes pour chaque composante en repérant les sources de financement.
- Mobiliser les ressources provenant de sources nationales et externes.

21. Échéancier

- Décrire la période prévue pour l'exécution des activités principales pour chaque composante et définir les rôles et les responsabilités. ■

Bibliographie

1. Novel, C. P. E. E. (2020). The epidemiological characteristics of an outbreak of 2019 novel coronavirus diseases (COVID-19) in China. *Zhonghua liu xing bing xue za zhi*, 41(2), 145.
2. Organisation mondiale de la Santé. Allocation liminaire du Directeur général de l'OMS lors du point de presse sur la COVID-19 – 11 mars 2020. Genève, 2020 [Disponible sur : <https://www.who.int/tr/og/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19--11-march-2020>].
3. Organisation mondiale de la Santé. 2019 Novel Coronavirus. Global Research and Innovation Forum: Towards a Research Roadmap/report. [Disponible sur : <https://www.who.int/blueprint/priority-diseases/key-action/novel-coronavirus/en/>].
4. Organisation mondiale de la Santé. DRAFT landscape of COVID-19 candidate vaccines – 2 juillet 2020. [Disponible sur : <https://www.who.int/publications/m/item/draft-landscape-of-covid-19-candidate-vaccines>].
5. Organisation mondiale de la Santé. Coronavirus disease (COVID-19) technical guidance: Maintaining Essential Health Services and Systems. Guiding principles for immunization activities during the COVID-19 pandemic. Mars 2020. [Disponible sur : <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/maintaining-essential-health-services-and-systems>].
6. Organisation mondiale de la Santé. Guiding principles for immunization activities during the COVID-19 pandemic Interim guidance 26 mars 2020. [Disponible sur : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331590/WHO-2019-nCoV-immunization_services-2020.1-eng.pdf].
7. Organisation panaméricaine de la Santé. Requirements and technical specifications of personal protective equipment (PPE) for the novel coronavirus (2019-ncov) in healthcare settings. Février 2020 [Disponible sur : <https://www.paho.org/en/documents/requirements-and-technical-specifications-personal-protective-equipment-ppe-novel>].
8. Organisation mondiale de la Santé. Rational use of personal protective equipment (PPE) for coronavirus disease (COVID-19). Mars 2020 [Disponible sur : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331498/WHO-2019-nCoV-IPCPE_use-2020.2-eng.pdf].
9. Organisation mondiale de la Santé. Advice on the use of masks in the context of COVID-19. 6 April 2020 [Disponible sur : [https://www.who.int/publications-detail/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)-outbreak](https://www.who.int/publications-detail/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-(2019-ncov)-outbreak)].
10. Organisation panaméricaine de la Santé. Ethics guidance for the use of scarce resources in the delivery of critical health care during the COVID-19 pandemic. April 2020. [Disponible sur : <https://www.paho.org/en/documents/ethics-guidance-use-scarce-resources-delivery-critical-health-care-during-covid-19>].
11. Organisation panaméricaine de la Santé. The Immunization Program in the Context of the COVID-19 Pandemic Version 2: 24 avril 2020. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52056/PAHOFPLIMCOVID19200008_eng.pdf?sequence=5&isAllowed=y
12. Organisation mondiale de la Santé. Immunization in the context of COVID-19 pandemic Frequently Asked Questions. Avril 2020 [Disponible sur : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331818/WHO-2019-nCoV-immunization_services-FAQ-2020.1-eng.pdf].
13. Organisation mondiale de la Santé. Lutte anti-infectieuse lors de la prise en charge des patients chez lesquels on suspecte une infection par un nouveau coronavirus. Mars 2020. [Disponible sur : [https://www.who.int/fr/publications/item/infection-prevention-and-control-during-health-care-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected-20200125](https://www.who.int/fr/publications/item/infection-prevention-and-control-during-health-care-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected-20200125)].
14. Organisation mondiale de la Santé. My 5 Moments for Hand Hygiene [Disponible sur : <https://www.who.int/infection-prevention/campaigns/clean-hands/5moments/en/>].
15. Organisation mondiale de la Santé. Bacille Calmette-Guérin (BCG) vaccination and COVID-19. Scientific Brief. 12 avril 2020. [Disponible sur : [https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/bacille-calmette-gu%C3%A9rin-\(bcg\)-vaccination-and-covid-19](https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/bacille-calmette-gu%C3%A9rin-(bcg)-vaccination-and-covid-19)].
16. Organisation mondiale de la Santé. The use of oral polio vaccine (OPV) to prevent SARS-CoV2. Avril 2020. [Disponible sur : <http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2020/03/Use-of-OPV-and-COVID-20200421.pdf>].
17. Organisation panaméricaine de la Santé. Technical Guidelines for Vaccination against the Pandemic Influenza Virus https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51889/Guideinfluvirus2009_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
18. Organisation panaméricaine de la Santé. Introduction and Implementation of New Vaccines: Field Guide. Washington, D.C. : OPS; 2009. [Disponible sur : <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49176>].
19. Organisation panaméricaine de la Santé. Vacunación Segura: Módulos de Capacitación (seulement en espagnol); 2007. [Disponible sur : <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34951>].
20. Organisation mondiale de la Santé. Guidance on Development and Implementation of a National Deployment and Vaccination Plan for Pandemic Influenza Vaccines. [Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/75246>].
21. Organisation mondiale de la Santé. A checklist for pandemic influenza risk and impact management, 2018 update. [Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259884/9789241513623-eng.pdf?sequence=1>].

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

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

ISSN 1814-6260

Volume XLII Numéro 3 • Septembre 2020

Éditeurs : Octavia Silva, Martha Velandia et Cuauhtemoc Ruiz Matus

©Organisation panaméricaine de la Santé, 2020

Tous droits réservés.

Unité d'immunisation intégrale de la famille

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



OPS

RONDY suite de la page 1

Bien que j'aie déjà travaillé sur diverses urgences sanitaires, celle-ci est unique par bien des aspects, ayant des répercussions au niveau personnel comme professionnel :

1. Contrairement à d'autres situations où j'ai travaillé comme épidémiologiste, nous sommes tous vulnérables à la COVID-19, soit parce que nous sommes à risque d'infection grave ou parce que nos proches le sont. La plupart d'entre nous connaissent quelqu'un qui a souffert ou est mort d'une forme grave de COVID-19. Travailler dans un contexte de stress professionnel comportant cette vulnérabilité supplémentaire est un défi, et maintenir des relations interpersonnelles saines est indispensable pour éviter l'épuisement professionnel.
2. Jusqu'à présent, aucune solution durable à cette épidémie n'a été trouvée. Sur le plan des solutions pharmaceutiques, il n'existe encore ni remèdes efficaces ni vaccins. Sur le plan des approches non pharmaceutiques, bien que le confinement total se soit montré efficace dans les contextes européens et asiatiques, ses aspects économiques rendent difficile sa mise en œuvre dans de nombreux pays d'Amérique latine et il ne peut constituer de ce fait qu'une solution transitoire. La situation d'urgence actuelle va donc durer beaucoup plus longtemps que les urgences infectieuses typiques.

Les seules solutions efficaces existantes ou planifiées sont directement liées à mon rôle de conseiller en vaccination :

- Première étape, une approche d'atténuation : pour la première fois au Guatemala, la vaccination



Marc Rondy.

antigrippale sera offerte à toute personne âgée de 60 ans ou plus. Cela devra aider à atténuer la charge de la saison grippale 2020-2021 sur le système de soins de santé.

- Deuxième étape, surveiller et gérer les attentes d'une solution plus durable : plus de 100 vaccins anti-COVID-19 sont actuellement en développement, 33 sont en phase d'évaluation clinique et huit vaccins sont déjà aux études de phase 3 (au 28 août 2020).

Pour faire face à cette riposte d'urgence, soutenir le programme de vaccination est donc un aspect crucial de mes activités actuelles et à venir. Tout en travaillant aujourd'hui sur les révisions des commandes de vaccins antigrippaux, nous devons planifier des tactiques de vaccination compatibles avec le contexte de la COVID-19. Mais il existe un autre défi difficile :

comment vacciner contre la grippe les adultes de plus de 60 ans dans la communauté sans leur faire courir le risque d'être infectées par le SRAS-CoV2 ? Heureusement, nous avons le grand avantage de pouvoir examiner de près la façon dont nos collègues sud-américains ont géré la situation en mars-avril et tirer des enseignements de leur expérience. En attendant, et à partir de l'expérience de la campagne vaccinale anti-A(H1N1)pdm09, nous allons commencer à planifier une campagne de vaccination anti-COVID-19 de masse à mettre en œuvre...quelle qu'en soit la date !

Combiner mes compétences en épidémiologie et en vaccination est un exercice très stimulant dans le cadre du soutien de l'OPS au ministère guatémaltèque de la Santé. C'est aussi une excellente occasion de mieux connaître la famille de l'OPS et de tirer parti d'échanges d'expériences avec les collègues des autres agences nationales, tant en matière de vaccination que de surveillance.

Travailler avec l'incroyable soutien technique des unités IM et PHE/IHM du Siège est une base solide qui nous permet d'aller de l'avant, de proposer, de discuter et de se mettre d'accord sur des conseils.

Je crois réellement que, malgré les temps difficiles qu'elle nous fait vivre, cette urgence nous rendra plus forts et plus qualifiés en tant que professionnels de santé publique, et en tant qu'organisation. L'année 2020 restera définitivement une étape importante dans nos histoires professionnelles et personnelles. ■

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