

Septième Réunion des directeurs de la santé : 3-5 avril 2019, Nadi, Fidji**Point 10.1 de l'ordre du jour – Vaccination et maladies à prévention vaccinale (Thématiques actuelles et futures orientations)**

L'augmentation mondiale de la réticence face à la vaccination met en péril les progrès réalisés dans la lutte contre les maladies à prévention vaccinale et les avancées en vue de les éliminer. On constate à l'échelle mondiale une résurgence de la rougeole due aux voyages internationaux, ainsi que des flambées de coqueluche et de diphtérie dans les communautés sous-vaccinées.

Des représentants de 19 États et Territoires insulaires océaniques ont pris part à la dixième réunion des gestionnaires de programmes de vaccination dans le Pacifique, qui s'est tenue à Nadi (Fidji) du 30 juillet au 3 août 2018. Il est apparu à cette occasion que plusieurs des objectifs régionaux de couverture vaccinale sont en passe d'être atteints, mais que la couverture est inégale aussi bien au sein des États et Territoires insulaires océaniques qu'entre eux, avec des taux élevés de couverture vaccinale à l'échelle nationale qui cachent parfois des districts sous-vaccinés. Les pays du Pacifique ont fait face à des flambées d'oreillons, d'hépatite A, de méningite à méningocoque, de coqueluche et de diarrhée à rotavirus au cours des dernières années.

La flambée de méningite à méningocoque du sérogroupe C aux Fidji et les flambées de poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale en Papouasie-Nouvelle-Guinée nous rappellent que tous les pays restent vulnérables face aux maladies infectieuses émergentes, et que la faible couverture vaccinale représente un risque préoccupant. Le [Groupe international de coordination \(GIC\) pour l'approvisionnement en vaccin anti-méningococcique](#) est un mécanisme de gestion et de coordination de l'approvisionnement de vaccins d'urgence contre la méningite à méningocoque. Les Fidji ont été le premier pays océanique à obtenir des vaccins au moyen de ce mécanisme.

Dix États et Territoires insulaires océaniques ont mis en place une surveillance des manifestations post-vaccinales indésirables (MAPI), mais ces manifestations sont encore largement sous-notifiées. Il est fondamental de faire participer les communautés aux systèmes de communication sur les risques afin de gérer la réticence face à la vaccination et de développer la résilience.

À l'heure actuelle, les formulations des vaccins utilisés sont variables à l'échelle du Pacifique, même si, dans le cadre de l'Initiative pour l'autonomie en matière de vaccins (VII) de l'UNICEF, les pays insulaires océaniques participants harmonisent les produits sélectionnés et disposent donc de formulations de vaccins communes. Les Directeurs de la santé sont invités à se pencher sur la question suivante : sommes-nous prêts à harmoniser les calendriers de vaccination dans toute l'Océanie ?

1. CONTEXTE

1.1 Objet du présent document

Le présent document a pour objet de transmettre aux Directeurs de la santé les dernières informations épidémiologiques à l'échelle mondiale et régionale sur les maladies à prévention vaccinale et la couverture vaccinale dans le Pacifique, de les informer des conclusions et des recommandations de la dixième réunion des gestionnaires de programmes de vaccination dans le Pacifique qui s'est tenue en 2018¹, et de leur donner des renseignements sur les défis émergents en matière de vaccination. Le présent document pose également question suivante : sommes-nous prêts à harmoniser les calendriers de vaccination dans toute l'Océanie ?

1.2 Progrès dans la réalisation des objectifs en matière de vaccination et interruption de la transmission des maladies à prévention vaccinale

Des progrès ont été obtenus dans la réalisation de nombre des cibles du [plan d'action mondial pour les vaccins](#) afin de concrétiser la vision de la Décennie de la vaccination en assurant un accès universel à la vaccination, mais des défis d'ampleur restent à relever. Par exemple, même si le nombre d'enfants sous-vaccinés a diminué de plus de 1,8 million entre 2010 et 2017 à l'échelle mondiale, presque 20 millions d'enfants étaient encore dans cette situation en 2017².

[La stratégie et le plan d'action régionaux pour l'élimination de la rougeole et de la rubéole dans le Pacifique occidental](#) exposent la feuille de route qui doit permettre d'interrompre durablement

¹ Bureau régional du Pacifique occidental de l'Organisation mondiale de la Santé et bureau de l'UNICEF pour le Pacifique. Meeting Report of the Tenth Pacific Immunisation Programme Managers Meeting, Nadi, Fiji, 30 July to 3 August 2018. <http://iris.wpro.who.int/bitstream/handle/10665.1/14336/RS-2018-GE-41-FJI-eng.pdf> (consulté le 23 février 2019).

² Rapport d'évaluation 2018 du Plan d'action mondial pour les vaccins. Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/277487/WHO-IVB-18.11-fre.pdf> (consulté le 28 février 2019)

la transmission des virus de la rougeole et de la rubéole (élimination) dans tous les pays et toutes les zones de la Région du Pacifique occidental d'ici à 2020.

La sixième réunion des comités sous-régionaux combinés pour la certification de l'éradication de la poliomyélite et la vérification de l'élimination de la rougeole dans les pays et zones du Pacifique a eu lieu à Nadi (Fidji) du 1^{er} au 3 mai 2018³. Ces comités combinés font office de groupe d'experts pour répertorier tous les cas de paralysie flasque aiguë (PFA) notifiés dans les pays insulaires océaniques et rédigent le rapport annuel sur le statut « exempt de poliomyélite » du Pacifique, qui doit être remis à la Commission régionale de certification. Le deuxième de ces comités élabore également le rapport annuel sur les progrès accomplis en vue de l'élimination de la rougeole, qui doit être remis à la Commission régionale de vérification

1.3 Réapparition des maladies à prévention vaccinale dans la Région du Pacifique occidental

Rougeole

Entre 2016 et 2017, le nombre de cas de rougeole a augmenté de 31 % et la transmission endémique de la rougeole a repris en République bolivarienne du Venezuela, en Allemagne et en Fédération de Russie⁴.

Loin d'atteindre la cible fixée par la stratégie régionale, soit l'élimination de la rougeole et de la rubéole, la Région du Pacifique occidental est confrontée depuis 2013 à une réapparition de la rougeole dans tous les territoires. La propagation internationale de la maladie a entraîné des flambées épidémiques à grande échelle ou de multiples flambées plus modestes dans plusieurs pays dans lesquels la transmission de la rougeole avait été interrompue ou dans lesquels l'incidence de la maladie était faible. Au Japon par exemple, 222 cas de rougeole ont été notifiés en 2019 au cours des semaines épidémiologiques 1 à 7 (jusqu'au 17 février 2019), contre 282 cas notifiés pour toute l'année 2018⁵. De même, la République de Corée a recensé un total de 324 cas au cours des semaines 1 à 7 de 2019, contre moins de 30 cas par an entre 2015 et 2018⁶. L'aspect positif est que le comité sous-régional pour la certification de l'éradication de la poliomyélite¹ est arrivé à la conclusion qu'il

³ Bureau régional du Pacifique occidental de l'Organisation mondiale de la Santé. Sixth Meeting of the Combined Subregional Committees for the Certification of Poliomyelitis Eradication and Verification of Measles Elimination in Pacific Island Countries and Areas in Nadi, Fiji, 1 - 3 May 2018. <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1156340/retrieve> (consulté le 7 mars 2019).

⁴ Dabagh A, Laws RL, Steulet C, Dumolard L, Mulders MN, Kretsinger K, Alexander JP, Rota PA, Goodson JL. Progrès accomplis dans le monde en vue de l'élimination régionale de la rougeole, 2000-2017. *Relevé épidémiologie hebdomadaire* n° 48, 30 novembre 2018;93:649-660. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/276217/WER9348.pdf?ua=1> (consulté le 28 février 2019)

⁵ <https://www.niid.go.jp/niid/images/idsc/disease/measles/2019pdf/meas19-07.pdf> (consulté le 28 février 2019)

⁶ http://www.cdc.go.kr/CDC/eng/info/CdcKeDIDO.jsp?menuIds=HOME002-MNU0576-MNU0586&fid=9712&q_type=&q_value=&cid=143084&pageNum= (consulté le 28 février 2019)

sera possible d'éliminer la rougeole et la rubéole dans les pays insulaires océaniques d'ici 2022, conformément à ce qui a été fixé, si les progrès réalisés dans le Pacifique se consolident et concernent les pays insulaires océaniques qui n'ont pas encore atteint les cibles régionales de couverture par le vaccin contre la rougeole.

Flambées de poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale

La sous-vaccination chronique des populations au moyen du vaccin antipoliomyélitique a entraîné deux flambées distinctes dues au poliovirus circulant de type 1 dérivé d'une souche vaccinale (PVDVc1) en Papouasie-Nouvelle-Guinée⁷ et en Indonésie⁸. Le poliovirus sauvage reste endémique en Afghanistan, au Nigéria et au Pakistan, ce qui met durablement en péril son élimination⁹.

Pour ce qui est de la vaccination contre la poliomyélite, le comité sous-régional de vérification a recommandé que tous les pays de la Région du Pacifique occidental atteignent durablement une couverture vaccinale élevée contre la poliomyélite (>90 %), qu'ils poursuivent la surveillance de la PFA en respectant les normes de l'OMS et qu'ils mettent à jour leurs plans de préparation et de riposte concernant la poliomyélite afin d'inclure l'évaluation du risque dû à l'importation de la maladie.

Les maladies à prévention vaccinale dans le Pacifique

D'après les données de 2017 sur les maladies à prévention vaccinale tirées du processus de notification commun UNICEF/OMS¹⁰, 10 695 cas de rougeole, plus de 4 000 cas de rubéole et 22 cas de syndrome de rubéole congénitale, près de 335 000 cas d'oreillons, 27 624 cas de coqueluche et 141 cas de diphtérie ont été recensés dans la région du Pacifique oriental de l'OMS.

La dernière flambée épidémique de rougeole dans le Pacifique s'est produite en 2014¹, avec trois pays touchés. L'analyse du génotype a confirmé que le génotype B3 responsable de la flambée dans les États fédérés de Micronésie trouvait son origine aux Philippines. La flambée des Îles Salomon provenait de Papouasie-Nouvelle-Guinée et la flambée de Vanuatu avait un lien épidémiologique avec celle des Îles Salomon.

⁷ Bulletin d'information sur les flambées épidémiques. Poliovirus circulant de type 1 dérivé d'une souche vaccinale – Papouasie-Nouvelle-Guinée. 20 février 2019. <https://www.who.int/csr/don/20-February-2019-polio-png/fr/> (consulté le 28 février 2019)

⁸ Bulletin d'information sur les flambées épidémiques. Poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 1 – Indonésie. 27 février 2019. <https://www.who.int/csr/don/27-february-2019-polio-indonesia/fr/> (consulté le 28 février 2019)

⁹ Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. Global Wild Poliovirus 2014-2019. <http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2019/02/global-wild-poliovirus-2013-2019-20190219.pdf> (consulté le 28 février 2019)

¹⁰ Organisation mondiale de la Santé. Immunisation, Vaccine and Biologicals https://www.who.int/immunisation/monitoring_surveillance/data/gs_wprprofile.pdf?ua=1 (consulté le 23 février 2019).

En 2017, six pays insulaires océaniques ont transmis des rapports de surveillance¹¹ pour le syndrome de rubéole congénitale, la diphtérie et la coqueluche (0 cas pour ces maladies) ; ils étaient sept pour la rougeole et la rubéole (10 cas notifiés par deux pays) – dont les Fidji¹², qui ont notifié des cas de rougeole/rubéole écartés – et pour le tétanos néonatal (0 cas) ; enfin, ils étaient six pour les oreillons (23 cas). L'incidence de la rougeole en 2017 était inférieure à un cas pour un million d'habitants³. La Région du Pacifique occidental est restée exempte de poliovirus sauvage. Les données de surveillance des maladies à prévention vaccinale dans le Pacifique montrent une sous-notification importante par pays et par maladie (par exemple, étant donné le grand nombre de cas d'oreillons diagnostiqués en 2017). La surveillance du syndrome de rubéole congénitale est faible voire inexistante dans tous les pays insulaires océaniques. Aucune cible n'a été définie pour l'élimination de la rubéole dans les pays insulaires océaniques³.

2. PROGRÈS ET RÉSULTATS

2.1 Synthèse des principales conclusions du processus de notification commun sur la vaccination en 2017

D'après les données de couverture vaccinale pour 2017 tirées du processus de notification commun UNICEF/OMS, la réalisation de six des huit objectifs régionaux en matière de vaccination est en bonne voie dans le Pacifique, même si, dans la région, les avancées générales sur cette question sont lentes. Seuls huit pays insulaires océaniques (40 %) ont atteint les cibles régionales pour la couverture vaccinale à l'échelle des districts.

En 2017, sur les 17 pays insulaires océaniques¹³ ayant rempli le formulaire commun de notification, huit avaient atteint le niveau de couverture d'au moins 95 % préconisé par l'OMS pour le vaccin antidiphtérique-antitétanique-anticoquelucheux (DTC3), et deux autres pays avaient atteint un niveau de couverture de 90 % à l'échelle nationale, soit la cible fixée par le plan d'action mondial pour les vaccins.

En ce qui a trait au vaccin antirougeoleux, huit pays insulaires océaniques ont notifié en 2017 une couverture supérieure à 95 % pour la première dose, mais un seul d'entre eux atteignait également le seuil de couverture de 95 % pour la deuxième dose. Néanmoins, étant donné que la rougeole est

¹¹ Organisation mondiale de la Santé. Reported incidence time series.
http://www.who.int/entity/immunisation/monitoring_surveillance/data/incidence_series.xls?ua=1 (consulté le 7 mars 2019).

¹² Organisation mondiale de la Santé. Measles and Rubella Surveillance Data.
https://www.who.int/immunisation/monitoring_surveillance/burden/vpd/surveillance_type/measlesreportedc asesbycountry.xls?ua=1 (consulté le 7 mars 2019).

¹³ Îles Cook, Fidji, Kiribati, Îles Mariannes du Nord (Commonwealth des), Îles Marshall (République des), Micronésie (États fédérés de), Nauru, Niue, Nouvelle-Calédonie, Palau, Polynésie française, Îles Salomon, Samoa, Tonga, Tuvalu, Vanuatu et Wallis et Futuna.

très contagieuse, une **couverture immunologique** supérieure à 95 % est nécessaire pour éviter la transmission. Certains pays et territoires océaniques n'ont été touchés par aucune flambée épidémique de rougeole depuis 2014 grâce à une approche combinant la vaccination systématique et la vaccination supplémentaire. Il est essentiel de conserver des niveaux de couverture immunologique optimaux afin de prévenir la réapparition de la rougeole dans le Pacifique en raison des tendances mondiales et régionales inquiétantes en matière de transmission de la maladie.

En 2017, le pourcentage de cas de paralysie flasque aiguë (PFA) ayant fait l'objet d'une enquête dans les 48 heures (81 %) a baissé par rapport à 2016 (100 %) ; on a également constaté une chute importante du pourcentage de cas de PFA bénéficiant d'un suivi pendant 60 jours (31 % en 2017 contre 80 % en 2016). En revanche, la collecte d'échantillons fécaux pour les tests virologiques a été plus rapide et de meilleure qualité.

2.2 Accès aux vaccins d'urgence

Le Pacifique a utilisé à plusieurs reprises des vaccins d'urgence pour endiguer des flambées épidémiques, en particulier pour lutter contre la rougeole, la fièvre typhoïde et l'hépatite A. En outre, les Fidji ont récemment eu recours à des vaccins d'urgence pour lutter contre l'infection invasive à méningocoque du séro groupe C. L'OMS a créé en 1999 le [Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination \(SAGE\)](#), qui est la principale source de conseils sur les vaccins et la vaccination. Le SAGE a rédigé des notes de synthèse sur la vaccination d'urgence visant à endiguer des flambées d'hépatite A¹⁴, de rougeole¹⁵ et de typhoïde¹⁶, entre autres.

Dans le cadre de l'[initiative pour l'indépendance en matière de vaccins de l'UNICEF](#), 13 pays insulaires océaniques conservent conjointement un stock de vaccins de réserve à Nadi, aux Fidji, afin d'assurer la sécurité de l'approvisionnement en cas de pénurie due à des événements imprévus (catastrophes naturelles et problèmes de chaîne du froid) ou à des prévisions erronées. Le stock de réserve de cette initiative unique en son genre en matière de vaccins est une bonne pratique qui porte ses fruits. Ce stock de réserve s'appuie sur le régionalisme océanique, la coopération Sud-Sud et les principes de résilience dans les situations d'urgence mais, surtout, il est détenu et financé par les pays insulaires océaniques. L'UNICEF gère le stock de réserve conformément aux dispositions de l'accord officiel régissant l'initiative pour l'indépendance en matière de vaccins entre les pays et l'UNICEF.

¹⁴ Note de synthèse : position de l'OMS concernant les vaccins contre l'hépatite A – Juin 2012. *Relevé épidémiologique hebdomadaire* N° 28-29, 2012;87:261–276.
https://www.who.int/wer/2012/wer8728_29.pdf?ua=1

¹⁵ Note de synthèse de l'OMS sur les vaccins contre la rougeole – avril 2017. *Relevé épidémiologique hebdomadaire* N° 17, 2017;92:205–228.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255149/WER9217.pdf?sequence=1>

¹⁶ Vaccins antityphoïdiques : note de synthèse de l'OMS – mars 2018. *Relevé épidémiologique hebdomadaire* N° 13, 2018;93:153–172. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272272/WER9313.pdf?ua=1>

En 2017, les Fidji et le Samoa ont utilisé le stock de réserve pour leurs campagnes nationales de vaccination contre la rougeole et la rubéole.

Le [Groupe international de coordination \(GIC\) pour l'approvisionnement en vaccin anti-méningococcique](#) a été créé en 1997 à la suite de flambées épidémiques de grande ampleur en Afrique. Le stock du GIC est destiné à fournir des vaccins d'urgence afin de contenir les flambées d'infection à méningocoque, de fièvre jaune et de choléra. Le Secrétariat du GIC est assuré par le Siège de l'OMS à Genève (Suisse), et l'UNICEF, Médecins sans frontières et la Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge sont des membres permanents du Groupe. La Division des approvisionnements de l'UNICEF, basée à Copenhague (Danemark), est chargée de la négociation des prix, des achats et des opérations logistiques pour les stocks de vaccins. En 2018, l'OMS et l'UNICEF ont aidé le ministère fidjien de la Santé et des Services médicaux à obtenir des vaccins conjugués contre le méningocoque de séro groupe C par l'intermédiaire du mécanisme du GIC, car ce produit est en rupture de stock à l'échelle mondiale et l'approvisionnement est par conséquent réglementé.

En plus des notes de synthèse de l'OMS sur la vaccination, le document de l'OMS intitulé « [Vaccination en situation d'urgence humanitaire aiguë : Cadre pour la prise de décision](#) » est un outil précieux d'évaluation des risques permettant d'orienter les décisions relatives à l'opportunité de l'utilisation de la vaccination d'urgence pour juguler une flambée épidémique.

3. DÉFIS

3.1 Maladies à prévention vaccinale émergentes

En 2017-2018, les Fidji ont fait face à leur première flambée d'infection invasive à méningocoque (IIM) de séro groupe C. La flambée épidémique a été déclarée le 20 mars 2018 et s'est prolongée pendant plusieurs mois. Sur l'ensemble des cas confirmés et probables, 90 % étaient des enfants ou des jeunes âgés de 0 à 19 ans. Cette flambée a entraîné trois groupes institutionnels ainsi que la transmission au sein des communautés et a touché les quatre divisions des Fidji. Tous les isolats du séro groupe C appartenaient au complexe clonal ST-4821, dont le potentiel épidémique a été découvert pour la première fois en Chine en 2003.

Pour endiguer la flambée d'IIM, les Fidji ont reçu en urgence 124 800 doses de vaccin monovalent conjugué contre le méningocoque de séro groupe C grâce au Groupe international de coordination pour l'approvisionnement en vaccin anti-méningococcique, et 200 000 doses supplémentaires ont été obtenues par l'intermédiaire de la Division des approvisionnements de l'UNICEF pour la vaccination de masse des populations les plus à risque. La campagne s'est déroulée entre le 14 mai et le 31 octobre 2018. La couverture vaccinale en janvier 2019 a été évaluée à 91 %

sur une population cible de plus de 309 000 individus âgés de 1 à 19 ans dans les quatre divisions. Le dernier cas confirmé s'est produit en septembre 2018 et la fin de la flambée épidémique a été déclarée en décembre 2018.

Si cela s'avérait nécessaire dans d'autres parties du Pacifique, les partenaires techniques aideront les pays à mener une analyse épidémiologique détaillée et à procéder à la microplanification nécessaire pour justifier l'accès au stock.

Les défis suivants se sont posés à l'heure de mettre en place une campagne de vaccination de masse de cette ampleur : la nécessité de préparer des microplans détaillés pour une approche progressive, la logistique des transports, la formation du personnel pour l'administration de différentes formulations du vaccin, des exigences de la chaîne du froid dépassant la capacité normale du Fiji Pharmaceutical and Biomedical Services Centre (FPBS), la communication sur les risques et la mobilisation des communautés, ainsi que le suivi et l'évaluation.

3.2 Obstacles pour atteindre les cibles régionales de vaccination dans le Pacifique

Les études de cas présentées lors de la dixième réunion des gestionnaires de programmes de vaccination dans le Pacifique¹ ont permis de mettre au jour un certain nombre d'obstacles qui empêchent d'atteindre durablement les cibles régionales de vaccination : main d'œuvre limitée et forte rotation du personnel ; nécessité de suivre activement au moyen de services de proximité les patients abandonnant entre deux doses de vaccin ; localisation des familles très mobiles ; accès à des flux financiers et à des ressources ininterrompus pour la vaccination ; difficultés logistiques comme le transport vers les îles périphériques et pour d'autres besoins opérationnels comme les visites de supervision ; systèmes de chaîne du froid inadaptés ; systèmes de gestion de l'information lacunaires.

Même si, d'après les indicateurs de couverture vaccinale, le Pacifique est actuellement sur la bonne voie pour atteindre les objectifs mondiaux et régionaux, les pays insulaires océaniques rencontrent de grandes difficultés de gestion de la chaîne d'approvisionnement en vaccins et de la chaîne du froid, car la géographie et la logistique sont complexes et que les ressources sont limitées. Si les indicateurs de couverture vaccinale témoignent du pourcentage d'enfants vaccinés, des systèmes de chaîne du froid de grande ampleur sont nécessaires pour garantir l'efficacité des vaccins inoculés aux enfants. Si la chaîne du froid n'est pas fiable, les vaccins peuvent perdre de leur activité (efficacité), donc les enfants pourraient être vaccinés sans être immunisés. Pour que les vaccins restent actifs, la température à laquelle ils sont transportés et stockés doit être strictement contrôlée et être comprise entre 2 °C et 8 °C.

Des améliorations considérables ont été obtenues en ce qui concerne le renforcement des systèmes de chaîne du froid pour les vaccins aux Fidji, à Vanuatu, aux Îles Salomon et à Kiribati, avec

plus de 85 % des points de vaccination (établissements de santé) progressivement couverts par la chaîne du froid au cours des quatre dernières années en dépit de la situation logistique relativement complexe de ces pays.

3.3 Réticence face à la vaccination

La réticence face à la vaccination est une préoccupation grandissante à l'échelle mondiale. Le groupe de travail du SAGE sur la réticence face à la vaccination¹⁷ définit ce concept comme « le retard dans l'acceptation ou le refus des vaccins malgré la disponibilité de services de vaccination ». Le SAGE a noté que la réticence face à la vaccination dépend du contexte, du moment, du lieu et des vaccins, et qu'elle est influencée par des facteurs comme la confiance dans le programme de vaccination, la baisse de vigilance et la commodité. La réticence face à la vaccination a tendance à se renforcer après des manifestations post-vaccinales indésirables (MAPI) graves.

En générant l'adhésion et la demande vis-à-vis de la vaccination, on fait en sorte que les parents, les soignants, les communautés et les autres parties prenantes disposent des connaissances, de la motivation et des occasions nécessaires pour faire la démarche de la vaccination et pour suivre le calendrier sans retards. La confiance dans l'innocuité et la qualité des vaccins et des programmes de vaccination, notamment par la notification des MAPI, les enquêtes sur ces manifestations indésirables, ainsi que la communication proactive sur les risques et la participation des communautés, est essentielle pour maintenir l'acceptation de la vaccination et la demande en la matière. À cet effet, il convient d'envisager de s'appuyer sur les partenaires pour améliorer la notification, mener des enquêtes rapides et complètes, et analyser les données.

4. ORIENTATIONS FUTURES

4.1 Sommes-nous prêts à harmoniser les calendriers de vaccination dans le Pacifique ?

À l'heure actuelle, les formulations des vaccins utilisés, les âges auxquels il est recommandé de vacciner et le nombre de doses préconisées pour chaque vaccin divergent dans le Pacifique, même si, dans le cadre de l'Initiative en matière de vaccins de l'UNICEF, les pays insulaires océaniques participants harmonisent les produits sélectionnés et disposent donc de formulations de vaccin harmonisées. Pour ce qui est des vaccins à valence rougeole, par exemple, il existe neuf schémas de vaccination dans 18 des 20 pays insulaires océaniques qui ont adopté un schéma à deux doses, alors que deux pays n'ont pas encore mis en œuvre ce schéma de vaccination contre la rougeole en

¹⁷ MacDonald NE and the SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants, *Vaccine* 2015; 33:4161–4164.

deux doses. En outre, 14 des 20 pays insulaires océaniques utilisent le ROR (vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole), alors que 6 utilisent le RO (vaccin contre la rougeole et les oreillons) (voir le tableau).

À l'échelle mondiale, les variations dans les calendriers de vaccination s'expliquent par les différences dans l'épidémiologie des maladies à prévention vaccinale dans chaque pays, par l'histoire de chaque calendrier de vaccination, ainsi que par les différences dans la façon dont les pays décident quels vaccins proposer. En 2019, le Pacifique peut être considéré comme une unité épidémiologique en ce qui concerne les maladies à prévention vaccinale devant pouvoir être éliminées.

En harmonisant davantage l'approche de la vaccination, il devrait être possible de lever dans une certaine mesure quelques difficultés régionales qui pourraient empêcher le Pacifique d'atteindre les objectifs de vaccination fixés par le plan d'action mondial pour les vaccins. L'UNICEF et l'OMS collaborent avec les pays insulaires océaniques pour renforcer les chaînes nationales d'approvisionnement en vaccins, qui sont incapables de suivre la complexification et l'évolution des programmes de vaccination. Depuis les années 1980, les programmes de vaccination ont été mis à rude épreuve pour répondre au besoin de protection contre des maladies 2,5 fois plus nombreuses qu'auparavant, pour administrer trois fois plus de doses de vaccin à chaque personne et pour desservir une population dont la taille a doublé. Tous les pays insulaires océaniques devraient, au cours des années à venir, mettre davantage l'accent sur le renforcement de leurs chaînes d'approvisionnement en vaccins et sur l'infrastructure de chaîne du froid, et y consacrer les ressources suffisantes. Des orientations techniques structurées peuvent être proposées par l'intermédiaire de l'[Initiative pour la gestion efficace des vaccins](#), sous la houlette de l'OMS et de l'UNICEF.

La proposition d'introduction de nouveaux vaccins est l'occasion de réviser le calendrier de vaccination dans son ensemble et d'apprendre des expériences des autres pays. Une approche commune de la vaccination – au moins pour certains vaccins – dans l'ensemble du Pacifique pourrait être avantageuse, notamment en multipliant les possibilités d'achats groupés, ce qui permet de réaliser des économies d'échelle, et en simplifiant la gestion des programmes de vaccination individuels pour les enfants très mobiles.

4.1 Recommandations à l'intention des gouvernements

Les directeurs de la santé sont invités à :

- i. prendre note des grandes évolutions mondiales concernant la réapparition de certaines maladies à prévention vaccinale et les risques liés aux maladies à prévention vaccinale

émergentes, la couverture par certains vaccins dans le Pacifique, ainsi que les avancées et les défis en matière de prestation de services de vaccination ;

- ii. estimer s'il se justifierait d'harmoniser les calendriers de vaccination dans le Pacifique dans la mesure du possible, tout en reconnaissant que cela n'est peut-être pas faisable pour tous les pays et tous les vaccins.

Tableau – Vaccinations proposées classées par antigène pour 13 pays insulaires océaniens

COK, FJI, KIR, MHL, FSM, NRU, NIU, PLW, WSM, SLB, TON, TUV, VUT. Certains pays utilisent plusieurs formulations

Pays	Antigènes	Calendrier
Îles Cook	BCG	naissance
	DTCe	4 ans
	DTCeHibHepB	6 semaines ; 3, 5 mois (dans une partie du pays)
	HepB_pédiatrique	naissance
	VPH	9 ans
	VPI	5 mois
	ROR	15 mois ; 4 ans
	VPO	6 semaines ; 3, 5 mois
	Pneumo_conj	À partir de 2020
	Rotavirus	À partir de 2020
	Td	11 ans
Fidji	BCG	naissance
	DTCeHibHepB	6, 10, 14 semaines
	HepB_pédiatrique	naissance
	VPH	8-13 ans ; + 6 mois
	VPI	14 semaines
	RO	12, 18 mois
	VPO	6, 10, 14 semaines ; 18 mois
	Pneumo_conj	6, 10, 14 semaines
	Rotavirus	6, 14 semaines
	Td	6, 11 ans (enfants d'âge scolaire et femmes enceintes)
Kiribati	BCG	naissance
	DTCe	6 ans
	DTCeHibHepB	6, 10, 14 semaines
	HepB_pédiatrique	naissance
	VPI	14 semaines
	RO	12 mois ; 6 ans
	VPO	6, 10, 14 semaines
	Pneumo_conj	6, 10, 14 semaines
	Rotavirus	6, 10 semaines
	Td	13 ans
Îles Marshall	BCG	naissance
	DTCaHepBVPI	2, 4, 6, 12 mois ; 4-6 ans
	DTCaHibVPI	2, 4, 12 mois
	DTCaVPI	4-5 ans
	HepB_pédiatrique	naissance ; 2, 6 mois
	Hib	2, 4, 12 mois
	VPH	11-12 ans
	Grippe pédiatrique	6 mois -4 ans
	VPI	2, 4, 6 mois ; 4-6 ans
	ROR	12, 13 mois
	Pneumo_conj	2, 4, 6, 12 mois
	Rotavirus	2, 4, 6, 12 mois
	Tdca	11-12 ans

États fédérés de Micronésie	BCG	naissance
	DTCa	12 mois ; >= 4 ans
	DTCaHepBVPI	2, 4, 6 mois
	HepB_pédiatrique	naissance
	Hib	2, 4, 12 mois
	VPH	9 ans ; +6 mois
	VPI	>= 4 ans
	ROR	12, +1 mois
	Pneumo_conj	2, 4, 6, 13 mois
	Rotavirus	2, 4, 12 mois
	Td	>10 ans
	Tdca	>11 ans
Nauru	BCG	naissance
	DTCe	18 mois
	DTCeHibHepB	6, 10, 14 semaines
	HepB_pédiatrique	naissance
	VPH	À partir de 2020
	VPI	14 semaines
	RO	12, 15 mois
	ROR	À partir de 2020
	VPO	6, 10, 14 semaines ; 18 mois ; 4 ans
	Pneumo_conj	À partir de 2020
	Rotavirus	À partir de 2020
	Td	4 ans
Niue	BCG	naissance
	DTCaHibHepBVPI	6 semaines ; 3, 5 mois
	DTCaVPI	4 ans
	HepB_pédiatrique	naissance
	Hib	15 mois
	VPH	À partir de 2020
	ROR	15 mois ; 4 ans
	Pneumo_conj	6 semaines ; 3, 5, 15 mois
	Rotavirus	6 semaines ; 3 mois
	Td	11 ans
Palau	DTCa	4, 15 mois ; 4-6 ans
	DTCaHepBVPI	2, 6 mois
	HepB_pédiatrique	naissance
	Hib	2, 4, 6, 12 mois
	VPH	9-26 ans ; +6 mois
	VPI	3 mois ; 4-6 ans
	ROR	12, 15 mois
	Pneumo_conj	3, 5, 7, 15 mois
	Rotavirus	2, 4, 6 mois
	Td	>= 7 ans
Samoa	BCG	naissance
	DTCe	5 ans
	DTCeHibHepB	6, 10, 14 semaines
	HepB_pédiatrique	naissance
	VPH	À partir de 2020
	VPI	14 semaines

	ROR	12, 15 mois
	VPO	6, 10, 14 semaines
	Pneumo_conj	À partir de 2020
	Rotavirus	À partir de 2020
	Td	28 semaines ; +2, +3 mois ; +1, +1 an
Îles Salomon	BCG	naissance
	DTCeHibHepB	6, 10, 14 semaines
	HepB_pédiatrique	naissance
	VPH	9 ans ; +6 mois (introduction prévue pour juin 2019)
	VPI	14 semaines
	RO	12 mois
	VPO	6, 10, 14 semaines
	Pneumo_conj	6, 10, 14 semaines
	Rotavirus	À partir de 2020
	Td	Premier contact pendant la grossesse ; +1, +6 mois ; +1, +6 ans
Tonga	BCG	naissance
	DTCe	18 mois ; 5-6 ans
	DTCeHibHepB	6, 10, 14 semaines
	HepB_pédiatrique	naissance
	VPH	À partir de 2020
	VPI	14 semaines
	ROR	À partir de 2020
	RO	12, 18 mois
	VPO	6, 10, 14 semaines
	Pneumo_conj	À partir de 2020
	Rotavirus	À partir de 2020
	Td	16 ans (enfants quittant l'école et femmes enceintes)
Tuvalu	BCG	naissance
	DTCe	5-6 ans
	DTCeHibHepB	6, 10, 14 semaines
	HepB_pédiatrique	naissance
	VPH	À partir de 2020
	VPI	6, 10, 14 semaines ; 12 mois
	RO	12, 18 mois
	ROR	À partir de 2020
	Pneumo_conj	À partir de 2020
	Rotavirus	À partir de 2020
	Td	Premier contact ; +4 semaines ; +6 mois (femmes enceintes)
Vanuatu	BCG	naissance
	DTCeHibHepB	6, 10, 14 semaines
	HepB_pédiatrique	naissance
	VPI	14 semaines
	VPH	À partir de 2020
	RO	12 mois (introduction d'une deuxième dose prévue pour 2020)
	VPO	6, 10, 14 semaines ; 6, 12 ans
	Pneumo_conj	À partir de 2020
	Rotavirus	À partir de 2020
	Td	6, 12 ans
	Td	Premier contact ; +2, +6 mois ; +1, +2 ans (femmes

enceintes)

WHO vaccine-preventable diseases: monitoring system. Dernière mise à jour 22 octobre 2018
(données au 18 septembre 2018)

http://apps.who.int/immunisation_monitoring/globalsummary/diseases

BCG	Bacille Calmette-Guérin (vaccin)
DTCe	Vaccin antidiphtérique, antitétanique et antioquelucheux à germes entiers
DTCa	Vaccin antidiphtérique, antitétanique et antioquelucheux (acellulaire)
DTCaHepBVPI	Vaccin antidiphtérique, antitétanique, antioquelucheux et contre l'hépatite B, et VPI
DTCaHibHepB	Vaccin antidiphtérique, antitétanique et antioquelucheux (acellulaire), Hib et contre l'hépatite B
DTCaHibHepBVPI	Vaccin hexavalent antidiphtérique, antitétanique et antioquelucheux (acellulaire), Hib, contre l'hépatite B et VPI
DTCaHibVPI	Vaccin antidiphtérique, antitétanique et antioquelucheux (acellulaire), Hib et VPI
DTCaVPI	Vaccin antidiphtérique, antitétanique et antioquelucheux (acellulaire) et VPI
HepB_pédiatrique	Vaccin contre l'hépatite B à dose pédiatrique
Hib	Vaccin anti-Haemophilus influenzae type b
VPH	Vaccin contre le virus du papillome humain
VPI	Vaccin antipoliomyélitique inactivé
ROR	Vaccin antirougeoleux-antiourlien-antirubéoleux
RO	Vaccin antirougeoleux-antirubéoleux
VPO	Vaccin antipoliomyélitique oral
Pneumo_conj	Vaccin antipneumococcique conjugué
Rotavirus	Vaccin antirotavirus
Tdca	Vaccin antitétanique, antidiphtérique et antioquelucheux (acellulaire)
Td	Vaccin antitétanique-antidiphtérique
