



Contents

- 177 Second meeting of the GPEI Independent Monitoring Board
180 Progress towards meeting the 2012 hepatitis B control milestone: WHO Western Pacific Region, 2011

Sommaire

- 177 Deuxième réunion du Comité de suivi indépendant de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite
180 Progrès réalisés en vue de respecter l'échéance de 2012 concernant la lutte contre l'hépatite B: Région OMS du Pacifique occidental, 2011

Second meeting of the GPEI Independent Monitoring Board

The Independent Monitoring Board (IMB) convened its second meeting on 31st March and 1st April 2011 in Geneva, Switzerland. The IMB was established at the request of the World Health Assembly in 2010. It exists to monitor and guide the work of the Global Polio Eradication Initiative (GPEI) Strategic Plan 2010–2012. It meets every quarter and reports to the heads of WHO, UNICEF, Rotary International, the US Centers for Disease Control and Prevention (CDC) and the Global Health Program of the Bill & Melinda Gates Foundation.

The focus of the IMB's deliberations was threefold: (i) assessing the status of the GPEI Strategic Plan 2010–2012 milestones; (ii) defining the factors critical for success in global polio eradication, and the current status of each; (iii) analysing, through discussion with senior Ministry of Health representatives, the progress towards polio eradication being made in countries of particular strategic importance and/or concern.

Findings in each of these areas are described in the IMB's full report, available at http://www.polioeradication.org/Portals/0/Document/Data&Monitoring/IMB_Reports/IMB_Report_April.pdf. They are summarized here.

1. Status of GPEI Strategic Plan 2010–2012 milestones (at 1 April 2011)

The IMB judged progress against each of the major global milestones of the Strategic Plan as follows:

Countries with polio outbreaks: The Strategic Plan set a mid-2010 milestone for the cessation of all poliomyelitis outbreaks

Deuxième réunion du Comité de suivi indépendant de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite

Le Comité de suivi indépendant a tenu sa seconde réunion les 31 mars et 1^{er} avril 2011 à Genève (Suisse). Le Comité a été constitué à la demande de l'Assemblée mondiale de la Santé en 2010, afin de suivre et de guider l'application du plan stratégique 2010–2012 de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. Il se réunit tous les 3 mois et rend compte aux responsables de l'OMS, de l'UNICEF, du Rotary International, des *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) des États-Unis et du Global Health Program de la Fondation Bill & Melinda Gates.

L'objectif des délibérations du Comité est triple: i) faire le point des diverses étapes du plan stratégique 2010–2012 de l'Initiative; ii) définir les facteurs essentiels au succès de l'éradication mondiale de la poliomyélite et la situation actuelle de chacun d'entre eux; iii) analyser, par le biais de discussions avec les représentants de haut rang du ministère de la santé, les progrès accomplis en vue de l'éradication de la poliomyélite dans les pays qui présentent une importance stratégique et/ou suscitent des préoccupations particulières.

Les résultats obtenus dans chacun de ces domaines sont exposés dans le rapport complet du Comité, disponible à l'adresse suivante: http://www.polioeradication.org/Portals/0/Document/Data&Monitoring/IMB_Reports/IMB_Report_April.pdf. Ils sont résumés ci-après.

1. Le point de la situation concernant les étapes du plan stratégique 2010–2012 de l'Initiative (au 1^{er} avril 2011)

Le Comité a estimé les progrès accomplis pour chacune des principales étapes mondiales du plan stratégique comme suit:

Pays confrontés à des flambées de poliomyélite: Le plan stratégique a fixé à la fin du premier semestre 2010 l'échéance de

WORLD HEALTH
ORGANIZATION
Geneva

ORGANISATION MONDIALE
DE LA SANTÉ
Genève

Annual subscription / Abonnement annuel
Sw. fr. / Fr. s. 346.–

05.2011
ISSN 0049-8114
Printed in Switzerland

with onset in 2009. There were 15 such outbreaks. The current evidence suggests that all were stopped before mid-2010. The IMB congratulated the GPEI that this milestone is *on track*. The Strategic Plan set an additional ongoing milestone of stopping all subsequent polio outbreaks within 6 months of confirmation of the index case. Between the start of 2010 and 1 April 2011, 14 such outbreaks were reported. None has so far lasted longer than 6 months. This additional milestone was therefore also judged to be *on track*.

Countries with endemic infection: The Strategic Plan set a milestone of stopping poliovirus transmission in at least 2 of the 4 remaining endemic countries by the end of 2011. The IMB judged that India had a good likelihood of achieving this milestone. Although substantial and impressive progress had also been made in Afghanistan and Nigeria, the IMB judged that neither was on track to interrupt transmission by the end of 2011. The fourth endemic country, Pakistan, was judged to have made little progress. This milestone was therefore judged to be *at risk*.

Countries with re-established transmission: When the 2010–2012 Strategic Plan was formulated, there were 4 countries in which polio transmission had been successfully interrupted in the past, but had subsequently become re-established. These were Angola, Chad, Democratic Republic of the Congo (DRC) and Sudan. The Strategic Plan set a milestone of stopping transmission in these 4 countries by the end of 2010. The last reported case in Sudan was in 2009, but the other 3 countries have had polio cases in 2011. In Angola and Chad, virology confirms that these represent an ongoing chain of transmission. At the time of the IMB meeting, virology from DRC was awaited, but considered highly likely to confirm ongoing transmission in that country also. This milestone was therefore *missed*.

Global cessation of transmission by end 2012: The 2010–2012 Strategic Plan sets an ultimate milestone of stopping wild poliovirus transmission globally by the end of 2012. The board congratulated the GPEI on the clear and substantial progress that had been made towards its achievement. However, the achievement of this milestone was judged to be currently *at risk*.

2. Factors critical to successful global eradication

Based on its deliberations, the IMB developed a list of 7 factors critical to the success of global polio eradication. The full report analyses the current status of each and highlights areas of strength, but also explains why the end-2012 milestone is currently judged to be *at risk*.

The IMB judged that the GPEI's strongest capabilities in support of achieving the end-2012 goal are: i) the bivalent oral polio vaccine, introduced in late 2009, ii) strong strategies to enhance immunization coverage,

l'interruption de toutes les flambées de poliomyélite s'étant déclarées en 2009. Il y en a eu 15. Les données actuelles laissent à penser qu'elles ont toutes été interrompues avant cette date butoir. Le Comité a félicité l'Initiative pour cette étape qui est *en bonne voie*. Le plan stratégique a fixé une échéance supplémentaire consistant à interrompre toutes les flambées ultérieures de poliomyélite dans les 6 mois suivant la confirmation du cas initial, toujours en cours. Entre le début de l'année 2010 et le 1^{er} avril 2011, 14 flambées de ce type ont été notifiées. Jusqu'ici, aucune n'a duré plus de 6 mois. Cette étape supplémentaire a de ce fait également été considérée comme *en bonne voie*.

Pays confrontés à une infection endémique: Le plan stratégique a fixé pour échéance d'interrompre la transmission du poliovirus dans au moins 2 des 4 pays d'endémie restants d'ici à fin 2011. Le Comité a estimé que l'Inde avait de bonnes chances d'y parvenir. Bien que des progrès impressionnants aient également été enregistrés en Afghanistan et au Nigéria, le Comité a estimé que ni l'un ni l'autre n'était en voie d'interrompre la transmission d'ici la fin 2011. Le quatrième pays d'endémie, à savoir le Pakistan, semble avoir fait peu de progrès. Cette étape a par conséquent été considérée comme *à risque*.

Pays confrontés à une reprise de la transmission: Lorsque le plan stratégique 2010-2012 a été formulé, il y avait 4 pays dans lesquels la transmission de la poliomyélite avait été interrompue avec succès dans le passé, mais avait repris par la suite. Il s'agissait de l'Angola, de la République démocratique du Congo (RDC), du Soudan et du Tchad. Le plan stratégique s'est fixé pour échéance d'interrompre la transmission dans ces 4 pays d'ici la fin 2010. Le dernier cas notifié au Soudan l'a été en 2009, mais les 3 autres pays ont recensé des cas de poliomyélite en 2011. En Angola et au Tchad, la virologie confirme que ces cas représentent une chaîne de transmission persistante. Au moment où le Comité s'est réuni, on attendait la virologie de la RDC, mais on estimait très probable qu'elle vienne confirmer aussi une transmission persistante dans ce pays. Cette quatrième étape a donc été *manquée*.

Interruption mondiale de la transmission d'ici la fin 2012: Le plan stratégique 2010-2012 fixe une dernière échéance consistant à interrompre la transmission du poliovirus sauvage partout dans le monde d'ici la fin 2012. Le Comité a félicité l'Initiative pour les progrès réels et importants accomplis en vue de cet objectif. Toutefois, il a estimé que l'accomplissement de cette étape était actuellement *à risque*.

2. Facteurs déterminants du succès de l'éradication mondiale

En se fondant sur ses délibérations, le Comité a élaboré une liste de 7 facteurs déterminants pour le succès de l'éradication mondiale de la poliomyélite. L'ensemble du rapport analyse la situation actuelle de chaque pays et en souligne les points forts, mais explique également pourquoi l'échéance fixée à la fin 2012 est actuellement jugée comme étant *à risque*.

Le Comité a estimé que pour parvenir à l'objectif fixé pour la fin 2012, les atouts les meilleurs étaient les suivants: i) le vaccin antipoliomyélitique oral bivalent, introduit à la fin 2009; ii) des stratégies bien arrêtées pour renforcer la couverture vaccinale;

iii) a well-performing Global Polio Laboratory Network, and iv) the sophisticated and rapid collection of global surveillance data.

The IMB judged that several areas need development if polio eradication is to be achieved by end-2012. It judged the current US\$ 665 million funding gap as the single greatest threat to the GPEI's success. Given the expected net benefit of eradication (US\$ 50 billion over 25 years), the amount spent by the GPEI to date (US\$ 8 billion) and the high ongoing cost of maintaining low levels of polio until eradication is achieved, the IMB urged funding partners not to allow this funding gap to persist.

The IMB judged that polio eradication is not currently being given the urgency and priority of focus that it needs in order to succeed. In particular, it recommended that the World Health Assembly consider a resolution to declare the persistence of polio a global health emergency.

Other findings and recommendations are detailed in the IMB's full report.

3. Countries of particular strategic importance and/or concern

The IMB invited 6 affected countries to participate in its meeting. These were 3 of the 4 endemic countries (India, Nigeria and Pakistan) and the 3 countries with ongoing re-established transmission (Angola, Chad and DRC). The IMB focuses particularly on the quality and implementation of corrective action plans in countries where progress is at risk.

The IMB was most concerned about the situation in Chad, considering this an emergency. Chad has missed the milestone of interrupting transmission by the end of 2010. It has not developed an adequate corrective action plan. The IMB recommended that CDC and WHO urgently deploy a task force to enhance the technical support available to the country. The corrective actions plans of Angola and DRC were judged to be adequate.

The IMB saw considerable success in India, but reiterated the need to control outbreaks more rapidly and to avoid complacency. The board also judged Nigeria's progress to be impressive, but was concerned by evidence of ongoing gaps in vaccination and surveillance quality, and by a waning of political engagement in eradication activities, associated with the country's elections. The IMB judged Pakistan to be the country most at risk of preventing global eradication. The country's emergency action plan was considered to be strongly formulated, but in need of urgent and thorough implementation.

The IMB will next meet on 30 June and 1 July 2011, in London, United Kingdom. ■

iii) un réseau mondial des laboratoires de la poliomyélite fonctionnant bien; et iv) la collecte rapide et sophistiquée des données de la surveillance mondiale.

Il a estimé qu'il fallait développer plusieurs domaines si l'on veut parvenir à éradiquer la poliomyélite d'ici la fin 2012. Le déficit de financement actuel, qui est de US\$ 665 millions, constitue selon lui la menace la plus importante qui pèse sur les résultats de l'Initiative. Étant donné le bénéfice net attendu de l'éradication (US\$ 50 milliards en 25 ans), le montant dépensé par l'Initiative à ce jour (US\$ 8 milliards) et le coût actuellement élevé du maintien de la transmission à bas bruit de la poliomyélite jusqu'à ce qu'on parvienne à l'éradication, le Comité demande instamment aux partenaires du financement de ne pas laisser persister ce déficit.

Il a estimé que l'éradication de la poliomyélite ne bénéficiait pas actuellement du caractère d'urgence et de priorité qu'elle exige pour réussir. Il a notamment recommandé que l'Assemblée mondiale de la Santé envisage d'adopter une résolution déclarant que la persistance de la poliomyélite constituait une urgence sanitaire mondiale.

Le détail des autres résultats et recommandations figure dans le rapport complet du Comité.

3. Pays présentant une importance stratégique et/ou suscitant des préoccupations particulières

Le Comité a invité 6 pays touchés à participer à sa réunion. Il s'agissait de 3 des 4 pays d'endémie (l'Inde, le Nigéria et le Pakistan) et de 3 pays où une reprise de la transmission perdure (l'Angola, la RDC et le Tchad). Le Comité met particulièrement l'accent sur la qualité et la mise en œuvre des plans d'action visant à mettre en place des mesures correctives dans les pays où tout progrès est menacé.

Le Comité a été très préoccupé par la situation qui prévaut au Tchad, estimant qu'il s'agit d'une situation d'urgence. Le Tchad n'a pas réussi à interrompre la transmission avant la fin 2010. Il n'a pas élaboré de plan d'action approprié pour appliquer des mesures correctives. Le Comité a recommandé que les CDC et l'OMS déploient d'urgence un groupe spécial destiné à renforcer l'appui technique disponible dans ce pays. Les mesures correctives apportées en Angola et en RDC ont été jugées appropriées.

Le Comité a enregistré le succès considérable obtenu en Inde, mais a réaffirmé la nécessité de lutter plus rapidement contre les flambées et d'éviter de relâcher la vigilance. Il a également estimé que les progrès accomplis au Nigéria étaient impressionnants, mais s'est dit préoccupé par les lacunes persistantes de la vaccination et la qualité insuffisante de la surveillance, ainsi que par le désengagement politique progressif des activités d'éradication, associé aux échéances électorales dans ce pays. Le Comité a estimé que le Pakistan était le pays qui risquait le plus d'empêcher l'éradication mondiale. Le plan d'action d'urgence de ce pays a été considéré comme solidement établi, mais il est urgent de le mettre en œuvre de façon exhaustive.

Le Comité se réunira de nouveau les 30 juin et 1^{er} juillet 2011 à Londres (Royaume-Uni). ■

Progress towards meeting the 2012 hepatitis B control milestone: WHO Western Pacific Region, 2011

Of the WHO Regions, the Western Pacific Region has the highest burden of disease and death caused by chronic infection with hepatitis B virus (HBV). Almost 50% of global deaths from HBV-related cirrhosis and liver cancer – approximately 900 deaths per day – occur in this Region, which accounts for just 28% of the global population.¹ In 2005, all countries in the Region adopted a milestone with the aim of reducing the prevalence of chronic HBV infection to <2% among children aged ≥5 years (hereafter referred to as children) by 2012; and they also adopted a goal to reduce the prevalence to <1% at a target year to be agreed later.² The strategies for reaching these targets include: achieving high coverage of ≥3 doses of hepatitis B vaccine (HepB3), including a birth dose given within 24 hours of birth; measuring the prevalence of chronic HBV infection by conducting representative seroprevalence surveys; and verifying achievement of a reduced prevalence of chronic HBV infection by submitting country-level data to be reviewed by a regional verification panel.¹ This report describes the progress made towards reaching the 2012 regional milestone.

Important progress has been made towards achieving the hepatitis B control milestone in the Western Pacific Region; 27/37 countries and areas (hereafter referred to as countries)³ have reduced their estimated prevalence of chronic HBV infection in children from 8–10% in the pre-vaccine era to <2% after vaccine introduction. Achieving the milestone in the remaining countries will require high-level political commitment to maximize coverage of the vaccine among infants born in health facilities, reaching infants born at home with an integrated package of maternal and newborn care that includes the birth dose, and strengthening routine immunization services.

Coverage of hepatitis B vaccination

Hepatitis B vaccine was introduced into routine immunization programmes in the Region beginning in the 1980s, when it was added by 14 countries (40%). Another 16 countries (46%) added it in the 1990s, and the 5 re-

Progrès réalisés en vue de respecter l'échéance de 2012 concernant la lutte contre l'hépatite B: Région OMS du Pacifique occidental, 2011

De toutes les Régions de l'OMS, celle du Pacifique occidental possède la charge de morbidité et la mortalité dues à l'infection chronique par le virus de l'hépatite B (VHB) les plus élevées. Près de 50% des décès dus à des cirrhoses et à des cancers hépatiques liés au VHB – soit environ 900 décès par an dans le monde – se produisent dans cette Région, qui ne compte que 28% de la population mondiale.¹ En 2005, tous les pays de la Région se sont fixé une échéance et un objectif: réduire la prévalence de l'infection chronique par le VHB à <2% chez les enfants âgés de ≥5 ans (auxquels il est fait référence ci-après sous le nom d'enfants) d'ici 2012; ils se sont également fixé pour but de réduire la prévalence à <1% avant une date butoir qui fera l'objet d'un accord ultérieur.² Les stratégies permettant d'atteindre ces objectifs sont les suivantes: parvenir à une couverture élevée d'au moins 3 doses de vaccin anti-hépatite B (HepB3), y compris 1 dose administrée en temps voulu dans les 24 heures suivant la naissance; mesurer la prévalence de l'infection chronique par le VHB en menant des enquêtes de séroprévalence représentatives; et vérifier que l'on est bien parvenu à réduire la prévalence de l'infection chronique par le VHB en soumettant pour examen à un groupe régional de vérification les données recueillies à l'échelon national.¹ Le présent rapport expose les progrès accomplis en vue de respecter l'échéance régionale de 2012.

Des progrès importants ont été réalisés par la Région du Pacifique occidental en vue de respecter l'échéance fixée pour la lutte contre l'hépatite B; 27 pays et territoires sur 37 (auxquels il est fait référence ci-après sous le nom de pays)³ ont réduit la prévalence estimée de l'infection chronique par le VHB chez les enfants, qui est passée de 8 à 10% avant l'introduction de la vaccination à <2% après. Pour respecter cette échéance dans les pays restants, il faudra un engagement politique à haut niveau afin de maximiser la couverture vaccinale chez les nourrissons nés dans des établissements de santé, atteindre ceux nés à domicile en offrant un ensemble intégré de soins maternels et néonataux comprenant la dose administrée à la naissance, et renforcer les services de vaccination systématique.

Couverture de la vaccination anti-hépatite B

Le vaccin anti-hépatite B a été introduit dans les programmes de vaccination systématique de la Région au début des années 1980 lorsque 14 (40%) des pays l'ont ajouté. Seize autres pays (40%) l'ont ajouté dans les années 1990 et les 5 pays restants

¹ Rani M, Yang B, Nesbit R. Hepatitis B control by 2012 in the WHO Western Pacific Region: rationale and implications. *Bulletin of the World Health Organization*, 2009, 87:707–713.

² *Measles elimination, hepatitis B control and poliomyelitis eradication (WPR/RC56.R8)*. Manila, World Health Organization Regional Office for the Western Pacific, 2005 (http://www.wpro.who.int/rcm/en/archives/rc56/rc_resolutions/wpr_rc56_r08.htm, accessed April 2011).

³ The WHO Western Pacific Region includes 37 countries and areas: Australia; Brunei Darussalam; Cambodia; China; China, Hong Kong Special Administrative Region; China, Macao Special Administrative Region; Japan; Malaysia; Mongolia; New Zealand; Lao People's Democratic Republic; Papua New Guinea; the Philippines; the Republic of Korea; Singapore; Viet Nam; and the Pacific Island countries and areas of American Samoa, the Commonwealth of the Northern Marianas Islands, Cook Islands, the Federated States of Micronesia, Fiji, French Polynesia, Guam, Kiribati, the Marshall Islands, New Caledonia, Niue, Nauru, Palau, the Pitcairn Islands, Samoa, the Solomon Islands, Tokelau, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, and Wallis and Futuna.

¹ Rani M, Yang B, Nesbit R. Hepatitis B control by 2012 in the WHO Western Pacific Region: rationale and implications. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 2009, 87: 707-713.

² *Measles elimination, hepatitis B control and poliomyelitis eradication (WPR/RC56.R8)*. Manille, Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé du Pacifique occidental, 2005 (http://www.wpro.who.int/rcm/en/archives/rc56/rc_resolutions/wpr_rc56_r08.htm, consulté en avril 2011).

³ La Région OMS du Pacifique occidental comprend les 37 pays et territoires suivants: Australie; Brunéi Darussalam; Cambodge; Chine, Région administrative spéciale de Hong Kong; Chine, Région administrative spéciale de Macao; Japon; Malaisie; Mongolie; Nouvelle-Zélande; Papouasie-Nouvelle Guinée; Philippines; République démocratique populaire lao; République de Corée; Singapour; Viet Nam; et les pays et territoires insulaires du Pacifique: Samoa américaines, Communauté des Îles Mariannes du Nord, Îles Cook, États fédérés de Micronésie, Fidji, Polynésie française, Guam, Kiribati, Îles Marshall, Nouvelle-Calédonie, Nioué, Nauru, Palaos, Îles Pitcairn, Samoa, Îles Salomon, Tokélaou, Tonga, Tuvalu, Vanuatu et Wallis-et-Futuna.

maining countries added it by 2005, with the exception of Japan. Japan has a targeted vaccination strategy: pregnant women are screened, and infants born to mothers with chronic HBV infection are vaccinated. All countries (except Japan and New Zealand) had introduced a universal birth dose of the vaccine by 2007.

Of the 37 countries in the Region, all but the Pitcairn Islands report official data on vaccination coverage using the WHO–UNICEF Joint Reporting Form (JRF). Therefore, data from the Pitcairn Islands are not included in this report. In addition, WHO and UNICEF systematically review data from sources including JRF reports, published and unpublished reports, and coverage surveys, and consult with local experts to derive annual estimates of national vaccine coverage (hereafter referred to as best estimates) including HepB3 but not hepatitis B birth dose.⁴ This report provides best estimates for coverage of HepB3 and official JRF figures for coverage of the birth dose.

The estimated coverage needed to reduce the prevalence of chronic HBV infection to <2% among children is ≥65% coverage of the birth dose and ≥85% coverage of HepB3, although the required coverage may vary depending on the country-specific epidemiology of the disease.⁵ Altogether 28 countries reached ≥65% coverage of the birth dose in 2009, and 29 countries reached ≥85% coverage of HepB3 (Table 1). In the Cook Islands and Palau, HepB3 coverage was <85% in 2009, but during 2005–2008 coverage was consistently >90%. Based on these coverage estimates, 9 countries are considered regional priorities for strengthening immunization programmes because they have not achieved the coverage levels needed to reduce the prevalence of chronic HBV infection to the target of <2% among children. The 9 countries are Cambodia, Kiribati, the Lao People's Democratic Republic, Papua New Guinea, the Philippines, the Solomon Islands, Samoa, Vanuatu and Viet Nam.

During 2005–2009, coverage of HepB3 and the birth dose varied in the 5 regional priority countries that are not Pacific Islands (Figure 1). Viet Nam reached birth dose coverage of 64% in 2006. However, after reports of adverse events following administration of the birth dose, coverage dropped to 29% in 2007 and 26% in 2008. These adverse events following immunization were investigated and were not found to be caused by the vaccine (unpublished data presented at the 19th Meeting of the Technical Advisory Group on Immunization and Vaccine-Preventable Diseases in the Western Pacific Region, Manila, Philippines, 24–27 August 2010). Cambodia

avaient fait de même en 2005, à l'exception du Japon. Le Japon a une stratégie de vaccination ciblée: les femmes enceintes sont soumises à un dépistage et les nourrissons nés de mères présentant une infection chronique par le VHB sont vaccinés. L'ensemble des pays (à l'exception du Japon et de la Nouvelle-Zélande) avaient introduit une dose universelle de vaccin administrée à la naissance en 2007.

Sur les 37 pays que compte la Région tous, à l'exception des Îles Pitcairn, font état de données officielles relatives à la couverture vaccinale au moyen du formulaire de déclaration commun OMS/ UNICEF. Aussi, les données des Îles Pitcairn ne figurent pas dans le présent rapport. En outre, l'OMS et l'UNICEF examinent systématiquement les données provenant de diverses sources: formulaires communs de notification, rapports publiés ou non, enquêtes de couverture et consultent des experts locaux pour en tirer des estimations annuelles de la couverture vaccinale nationale (auxquelles il est fait référence ci-après sous la mention meilleures estimations), y compris celle du HepB3 mais pas celle de la dose administrée à la naissance.⁴ Le présent rapport fournit les meilleures estimations de la couverture du HepB3 et les chiffres des rapports établis par les pays (formulaires communs), ainsi que les chiffres officiels de la couverture de la dose administrée à la naissance.

La couverture que l'on a estimée nécessaire pour réduire la prévalence de l'infection par le VHB à <2% chez les enfants est une couverture ≥65% de la dose administrée à la naissance et ≥85% du HepB3, même si elle peut varier en fonction de l'épidémiologie de la maladie dans un pays donné.⁵ En tout, 28 pays ont atteint une couverture ≥65% de la dose administrée à la naissance en 2009 et 29 pays une couverture du HepB3 ≥85% (Tableau 1). Dans les Îles Cook et à Palaos, la couverture du HepB3 a été <85% en 2009, mais régulièrement >90% entre 2005 et 2008. En se fondant sur ces estimations de la couverture, on peut considérer que 9 pays constituent des priorités régionales pour le renforcement des programmes de vaccination parce qu'ils n'ont pas atteint les degrés de couverture nécessaires pour réduire la prévalence de l'infection chronique par le VHB <2% chez l'enfant. Ces 9 pays sont les suivants: Cambodge, Kiribati, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Philippines, Îles Salomon, République démocratique populaire lao, Samoa, Vanuatu et Viet Nam.

Entre 2005 et 2009, la couverture du HepB3 et de la dose administrée à la naissance ont montré des variations dans les 5 pays prioritaires de la Région qui ne sont pas des pays insulaires du Pacifique (Figure 1). Le Viet Nam a presque atteint la couverture cible de la dose administrée à la naissance avec 64% en 2006. Toutefois, des rapports ayant fait état de manifestations indésirables suite à l'administration de la dose à la naissance, la couverture a chuté à 29% en 2007 et à 26% en 2008. Ces manifestations indésirables postvaccinales ont été étudiées et aucun lien de cause à effet n'a pu être établi avec le vaccin (données non publiées présentées lors de la 19^{ème} réunion du Groupe consultatif technique sur la vaccination et les maladies évitables

⁴ Burton A et al. WHO and UNICEF estimates of national infant immunization coverage: methods and processes. *Bulletin of the World Health Organization*, 2009, 87:535–541.

⁵ *Guidelines for certification of achievement of hepatitis B control goal in the Western Pacific Region*. Manila, World Health Organization Regional Office for the Western Pacific, 2007. (<http://www.wpro.who.int/internet/resources.ashx/EPI/docs/HepB/HepBControlCertifGuidelines.pdf>, accessed April 2011).

⁴ Burton A et al. WHO and UNICEF estimates of national infant immunization coverage: methods and processes. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 2009, 87: 535-541.

⁵ *Guidelines for certification of achievement of hepatitis B control goal in the Western Pacific Region*. Manille, Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé du Pacifique occidental, 2007 (<http://www.wpro.who.int/internet/resources.ashx/EPI/docs/HepB/HepBControlCertifGuidelines.pdf>, consulté en avril 2011).

Table 1 **Birth cohort and hepatitis B vaccination coverage, by country, WHO Western Pacific Region, 2009**Tableau 1 **Cohorte de naissance et couverture de la vaccination anti-hépatite B, par pays, Région OMS du Pacifique occidental, 2009**

Country or area – Pays ou territoire	Birth cohort ^a – Cohorte de naissance ^a	% births occurring in health facilities ^b – % des naissances survenues dans des établissements de santé ^b	Coverage (%) of timely birth dose of hepatitis B vaccine ^a – Couverture (%) de la dose de vaccin anti-hépatite B administrée en temps voulu à la naissance ^a	Coverage (%) of ≥3 doses hepatitis B vaccine ^a – Couverture (%) des ≥3 doses de vaccine anti-hépatite B ^a
American Samoa – Samoa Américaines	1 375	99	100	NR
Australia – Australie	269 577	99	NR	92
Brunei Darussalam – Brunéi Darussalam	7 798	100	100	99
Cambodia – Cambodge	367 070	44	55	91
China – Chine	18 293 807	96	93	95
China, Hong Kong Special Administrative Region – Chine, Région spéciale administrative de Hong Kong	55 908	100	96	96 ^d
China, Macao Special Administrative Region – Chine, Région administrative spéciale de Macao	4 462	100	100	92 ^d
Cook Islands – Îles Cook	280	100	100	82
Fiji – Fidji	17 504	99 ^c	NR	99
French Polynesia – Polynésie française	4 803	99	NR	99 ^d
Guam	3 209	87	100	NR
Japan – Japon	1 014 243	100	NR	NR
Kiribati	2 665	85	52	86
Lao People's Democratic Republic – République démocratique populaire lao	171 614	11	20	67
Malaysia – Malaisie	550 122	99	95	95
Marshall Islands – Îles Marshall	2 650	93	98	93
Micronesia, Federated States of – Micronésie, États fédérés de	2 746	80	88	88
Mongolia – Mongolie	50 249	100	98	97
Northern Mariana Islands – Îles Mariannes du Nord	1 113	NR	100	93 ^d
Nauru	362	97 ^c	100	99
New Caledonia – Nouvelle-Calédonie	4 027	88	99	98 ^d
New Zealand – Nouvelle-Zélande	58 585	95	NR	93
Niue – Nioué	28	100	100	99
Palau – Palaos	297	100	100	69
Papua New Guinea – Papouasie-Nouvelle Guinée	208 460	52	27	64
Philippines	2 245 087	44	34	85
Republic of Korea – République de Corée	450 154	99	95	94
Samoa	4 083	91	75	72
Singapore – Singapour	37 182	100	NR	97
Solomon Islands – Îles Salomon	15 621	85	45	81
Tokelau – Tokélaou	13	100	100	100 ^d
Tonga	2 809	98	99	99
Tuvalu	265	93	100	92
Vanuatu	7 145	92	55	59
Viet Nam	1 484 738	84	40	94
Wallis and Futuna – Wallis-et-Futuna	178	NR	100	100 ^d

NR, not reported. – NR, non rapporté.

^a Data shown are from the 2009 WHO–UNICEF Joint Reporting Form; official birth dose coverage and WHO/UNICEF best estimates for hepatitis B vaccine are also presented. – Les données présentées proviennent du formulaire de déclaration commun OMS/UNICEF de 2009; les données concernant la couverture officielle de la dose administrée à la naissance ainsi que les meilleures estimations de l'OMS/UNICEF en ce qui concerne le vaccin anti-hépatite B sont également présentées ici.

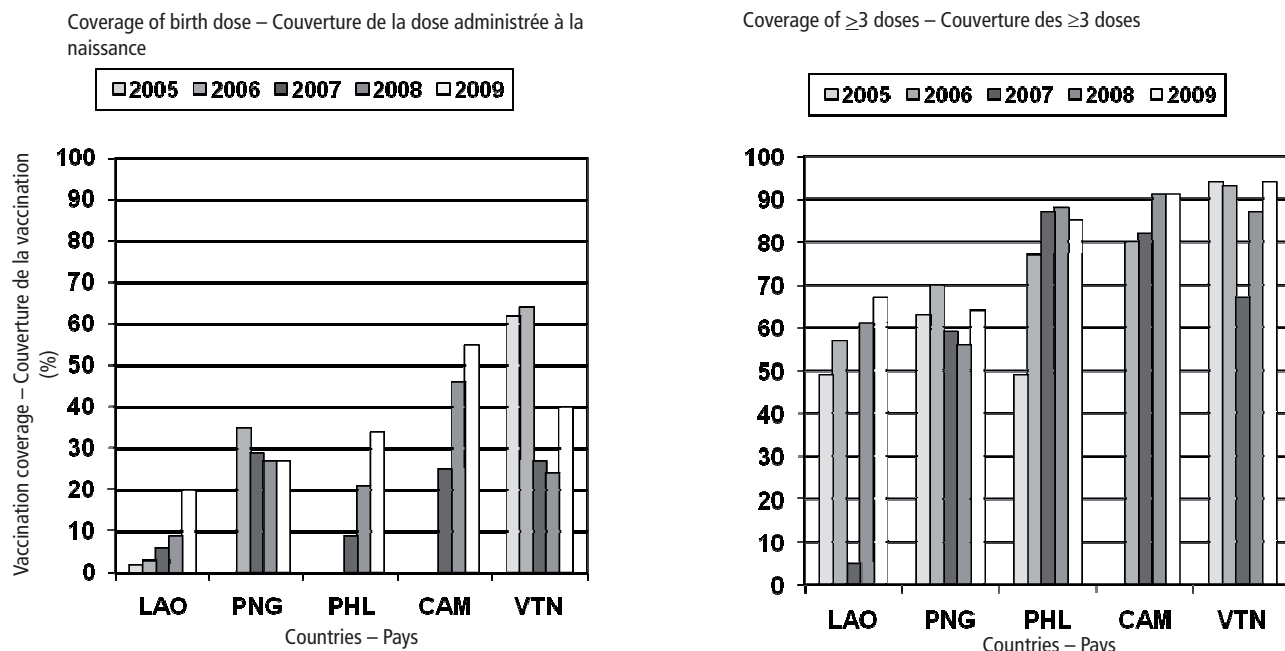
^b *Western Pacific country health information profiles, 2009*. Manila, World Health Organization, Regional Office for the Western Pacific, 2010 (also available from http://www.wpro.who.int/publications/PUB_9789290614913.htm). – *Western Pacific country health information profiles, 2009*. Manille, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional du Pacifique occidental, 2010 (également disponible à l'adresse suivante: http://www.wpro.who.int/publications/PUB_9789290614913.htm).

^c Data on the percentage of births attended by skilled health personnel are shown when the percentage of births in health facilities was not available. – Les données relatives au pourcentage de naissances assistées par du personnel de santé qualifié sont indiquées lorsque le pourcentage de naissances ayant eu lieu dans des établissements de santé n'était pas disponible.

^d Data from 2008 are shown when data from 2009 were missing. – Lorsque les données manquaient pour 2009, on a utilisé celles de 2008.

Fig. 1 Coverage of birth dose and ≥ 3 doses of hepatitis B vaccine,^a non-Pacific Island countries designated as priorities for strengthening immunization services, WHO Western Pacific Region, 2005–2009

Figure 1 Couverture de la dose administrée à la naissance et des ≥ 3 doses de vaccin anti-hépatite B,^a pays autres que les pays insulaires du Pacifique désignés comme prioritaires pour le renforcement des services de vaccination, Région OMS du Pacifique occidental, 2005-2009



LAO: Lao People's Democratic Republic – République démocratique populaire lao; PNG: Papua New Guinea – Papouasie-Nouvelle Guinée; PHL: Philippines; CAM: Cambodia – Cambodge; VTN: Viet Nam

^a WHO/UNICEF best estimates for coverage of 3 doses of hepatitis B vaccine and official figures for coverage of the birth dose are presented. – Sont présentées ici les meilleures estimations de l'OMS et de l'UNICEF pour la couverture par les 3 doses de vaccin anti-hépatite B et les chiffres officiels pour la couverture de la dose administrée à la naissance.

steadily increased coverage of the birth dose (reaching 55% in 2009) and HepB3 (reaching 91% in 2009). The Philippines introduced a birth dose in 2007, and coverage has steadily increased from 9% at that time to 34% in 2009. However, even with this increase, 1.5 million neonates did not receive a birth dose in 2009.

The Lao People's Democratic Republic and Papua New Guinea have not reached the targets for coverage of the birth dose or HepB3. Coverage of the birth dose in the Lao People's Democratic Republic increased from 2% in 2005 to 20% in 2009, and HepB3 coverage increased from 49% in 2005 to 67% in 2009. Papua New Guinea has not shown a steady increase of birth dose coverage (35% in 2006 to 27% in 2009) or HepB3 coverage (63% in 2005 to 64% in 2009).

Prevalence of chronic HBV infection

The prevalence of chronic HBV infection from before the introduction of hepatitis B vaccine and after that time (2009) is shown in *Map 1*. It is estimated that the prevalence of chronic HBV infection among children has dropped from 8–10% in the pre-vaccine era to <2% in 27/37 countries in 2009.

par la vaccination dans la Région du Pacifique occidental, Manille (Philippines), 24-27 août 2010. Le Cambodge a régulièrement étendu la couverture de la dose administrée à la naissance (pour atteindre 55% en 2009) et du HepB3 (pour atteindre 91% en 2009). Les Philippines ont introduit une dose administrée à la naissance en 2007 et la couverture de cette dernière a régulièrement progressé, passant de 9% à l'époque à 34% en 2009. Toutefois, même avec une telle progression, 1,5 million de nouveau-nés n'ont pas reçu de dose à la naissance en 2009.

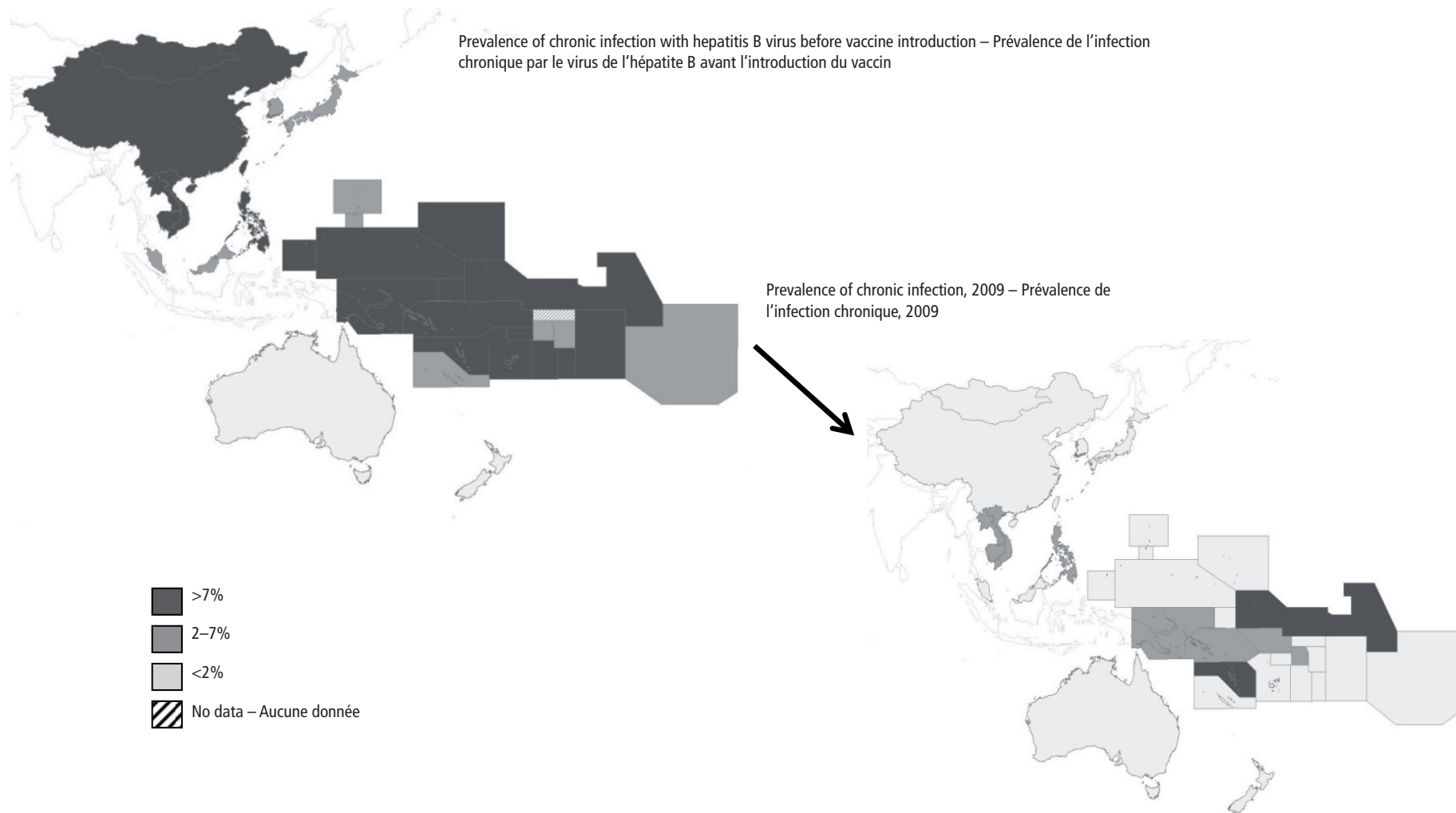
La République démocratique populaire lao et la Papouasie-Nouvelle-Guinée n'ont pas atteint les objectifs de couverture pour la dose à la naissance ni pour le HepB3. En République démocratique populaire lao, la couverture de la dose à la naissance est passée de 2% en 2005 à 20% en 2009 et celle du HepB3 de 49% en 2005 à 67% en 2009. La Papouasie-Nouvelle-Guinée n'a montré aucune progression régulière en matière de couverture, qu'il s'agisse de la dose à la naissance (la couverture est passée de 35% en 2006 à 27% en 2009) ou du HepB3 (la couverture est passée de 63% en 2005 à 64% en 2009).

Prévalence de l'infection chronique par le VHB

On trouvera à la *Carte 1* le diagramme de la prévalence de l'infection chronique par le VHB avant l'introduction du vaccin anti-hépatite B et après (2009). On estime que cette prévalence a chuté chez les enfants, passant de 8% à 10% avant l'introduction du vaccin à <2% dans 27 pays sur 37 en 2009.

Map 1 **Estimated prevalence of chronic infection with hepatitis B virus among children aged ≥ 5 years before introduction of hepatitis B vaccine and after introduction (2009), WHO Western Pacific Region (see text for description of methods)**

Carte 1 **Prévalence estimée de l'infection chronique par le virus de l'hépatite B chez les enfants âgés de ≥ 5 ans avant et après l'introduction du vaccin anti-hépatite B (2009), Région OMS du Pacifique occidental (se reporter au texte pour la description des méthodes)**



The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement. – Les frontières et les noms indiqués et les appellations employées sur cette carte n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

Prevalence estimates in *Map 1* come from 2 sources: results from (i) serological surveys measuring hepatitis B surface antigen (HBsAg) as a marker for the prevalence of chronic HBV infection and, when that is not available, (ii) mathematical modelling of prevalence based on vaccination coverage.⁶ The prevalence estimates for the pre-vaccine era have been estimated previously.⁷

For the period since the introduction of vaccination, data on the HBsAg seroprevalence among children were available from published and unpublished serological surveys from 10 countries (American Samoa; Cambodia; China, Hong Kong Special Administrative Region and Macao Special Administrative Region; the Republic of Korea, Malaysia, Mongolia, Palau and Singapore). For countries without serological surveys of HBsAg, the prevalence of chronic infection was modelled using the prevalence of hepatitis B e antigen (HBeAg) among HBsAg-positive women of childbearing age, antibody to hepatitis B core antigen (anti-HBc) at 5 years of age and coverage of the 2009 birth dose and HepB3 vaccination. A literature review was conducted to obtain the most recent prevalence estimates of HBeAg and anti-HBc. If these data were not available, HBeAg prevalence was assumed to be 30% and anti-HBc prevalence was assumed to be 25%.

Verifying achievement of the regional control milestone

In 2007, the Region established a process to ascertain whether countries have met the regional control targets. A regional hepatitis B expert panel was established in 2007 to serve on verification panels for countries and to facilitate progress towards achieving the regional control targets.

In 2007, 2 jurisdictions were verified as having reduced the prevalence of chronic HBV infection among children aged ≥ 5 years to $<1\%$: China, Macao Special Administrative Region and the Republic of Korea. An additional 25 countries are estimated to have achieved the 2012 regional milestone of $<2\%$ prevalence of chronic HBV infection, based on serological data or on their reported coverage of the birth dose and HepB3 vaccinations, but have not yet initiated or completed the verification process. During a consultation in February 2011, the expert panel recommended that the process used to assess whether countries have met regional targets be referred to as 'verification' in order to reflect the continuum of hepatitis B control. In addition, the panel recommended that steps be taken to simplify and increase the transparency of the verification process.

Editorial note. The Western Pacific Region has made important progress in reducing chronic hepatitis B in-

Les estimations de la prévalence de la *Carte 1* proviennent de 2 sources, à savoir des résultats: i) des enquêtes sérologiques mesurant l'antigène de surface du virus de l'hépatite B (HBsAg) en tant que marqueur de la prévalence de l'infection chronique par le VHB et, lorsqu'on ne dispose pas de telles enquêtes, ii) de la modélisation mathématique de la prévalence basée sur la couverture vaccinale.⁶ Les estimations de la prévalence relatives à la période précédant l'introduction du vaccin ont été réalisées précédemment.⁷

Concernant la période faisant suite à l'introduction du vaccin, les données sur la séroprévalence du HBsAg chez les enfants ont été disponibles dans des enquêtes sérologiques publiées ou non, réalisées dans 10 pays (Cambodge, Chine, Malaisie, Mongolie, Palaos, Région administrative spéciale de Hong Kong et Région administrative spéciale de Macao, République de Corée, Samoa américaines et Singapour). Pour les pays ne disposant pas d'enquêtes sérologiques quantifiant la présence du HBsAg, on a modélisé la prévalence de l'infection chronique au moyen de la prévalence de l'antigène du virus de l'hépatite B (HBeAg) chez les femmes HBsAg-positives en âge de procréer, de l'anticorps anti-antigène central du virus de l'hépatite B (anti HBc) à l'âge de 5 ans et de la couverture pour 2009 de la dose administrée à la naissance et du vaccin HepB3. On a effectué un examen de la littérature afin d'obtenir les estimations les plus récentes de la prévalence du HBeAg et de l'anti-HBc. Si l'on ne disposait pas de ces données, on a supposé que la prévalence du HBeAg était de 30% et celle de l'anti-HBc de 25%.

Vérification du respect de l'échéance régionale pour la lutte

En 2007, la Région a mis en place un processus permettant de vérifier si les pays avaient atteint leurs objectifs régionaux de lutte. Un tableau régional d'experts de l'hépatite B a été créé en 2007 pour fournir des membres aux groupes de vérification des pays ou pour faciliter la progression en vue d'atteindre les objectifs régionaux de la lutte.

En 2007, on a pu vérifier que 2 juridictions avaient réduit la prévalence de l'infection chronique par le VHB à $<1\%$ chez les enfants âgés de ≥ 5 ans: il s'agissait de la Chine, Région administrative spéciale de Macao et de la République de Corée. Selon les données sérologiques ou la couverture de la dose administrée à la naissance et de la vaccination HepB3 rapportées, on estime que 25 autres pays ont respecté l'échéance régionale pour 2012, à savoir une prévalence de l'infection chronique par le VHB $<2\%$, mais ils n'ont pas encore commencé ou achevé le processus de vérification. Au cours d'une consultation tenue en février 2011, le tableau d'experts a recommandé de faire référence au processus utilisé pour évaluer si les pays ont atteint les objectifs régionaux en parlant de vérification, de façon à traduire la continuité de la lutte anti-hépatite B. De plus, il a recommandé de prendre des mesures pour simplifier le processus de vérification et accroître sa transparence.

Note de la rédaction. La Région du Pacifique occidental a accompli des progrès importants pour réduire l'infection chro-

⁶ Goldstein ST et al. A mathematical model to estimate global hepatitis B disease burden and vaccination impact. *International Journal of Epidemiology*, 2005, 34:1329-1339.

⁷ *Preventing mother-to-child transmission of hepatitis B: operational field guidelines for delivery of the birth dose of hepatitis B vaccine*. Manila, World Health Organization Regional Office for the Western Pacific, 2006 (also available from <http://www.wpro.who.int/internet/resources.ashx/EPI/docs/HepB/HepBBirthDoseFieldGuidelines.pdf>).

⁶ Goldstein ST et al. A mathematical model to estimate global hepatitis B disease burden and vaccination impact. *International Journal of Epidemiology*, 2005, 34: 1329-1339.

⁷ *Preventing mother-to-child transmission of hepatitis B: operational field guidelines for delivery of the birth dose of hepatitis B vaccine*. Manille, Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé du Pacifique occidental, 2006 (également disponible à l'adresse suivante: <http://www.wpro.who.int/internet/resources.ashx/EPI/docs/HepB/HepBBirthDoseFieldGuidelines.pdf>).

fection in children through successful delivery of the birth dose of hepatitis B vaccine and routine immunization programmes. Estimates suggest that 27 countries, comprising 87% of the Region's population, have reached the 2012 milestone of reducing chronic HBV infection among children to <2%. As a result, HBV-related deaths among the regional cohort of children aged 5 years in 2011 will be reduced by approximately 80% compared with what would have occurred during their lifetime in the absence of vaccination.⁷

Even with this progress, significant work remains, especially to increase equity and access to vaccination. Nine countries have been designated as priorities for strengthening delivery of the birth dose and their routine immunization programmes because they have not yet achieved the levels of coverage needed to reduce rates of chronic infection to <2%. Substantial perinatal transmission and early childhood transmission of HBV continue to occur in these countries given that the prevalence of chronic HBV infection among women of child-bearing age is 8–10%. In several countries, a high proportion of births do not take place in health facilities – 89% of births in Lao People's Democratic Republic, 61% in Cambodia, 58% in the Philippines, 48% in Papua New Guinea – thus efforts must be made to increase facility births or reach infants delivered at home. In addition, the high proportion of rural and hard-to-reach populations in the Lao People's Democratic Republic and Papua New Guinea lead to a heavy reliance on periodic outreach vaccination sessions to provide routine immunization services: this may limit opportunities to provide the timely second and third doses of the vaccine needed to prevent transmission of HBV during the perinatal and early childhood periods. Improving coverage of a timely birth dose and strengthening routine immunization systems in countries designated as priorities will require advocacy, political commitment, resources and technical efforts to build capacity.

To help countries implement or strengthen programmes to prevent perinatal transmission of HBV, in 2006 the Region developed guidelines for delivering the birth dose.⁷ Strategies for increasing coverage of timely delivery of the birth dose were the topic of a WHO consultation held in 2010; an outcome of the meeting was a document that emphasized the range of strategies available to prevent HBV transmission to neonates.⁸ Strategies include: increasing the number of births occurring in health facilities; ensuring high coverage of the birth dose among infants born at health facilities; providing an integrated package of maternal and neonatal care that includes a birth dose delivered to infants born at home; if appropriate, transporting and storing the vaccine at ambient temperature for a limited period

nique par le virus de l'hépatite B chez les enfants grâce à l'administration d'une dose de vaccin anti hépatite B à la naissance et aux programmes de vaccination systématique. Les estimations laissent à penser que 27 pays, renfermant 97% de la population régionale, ont respecté l'échéance fixée pour la réduction de l'infection chronique à VHB chez les enfants en 2012, à savoir <2%. De ce fait, les décès liés au VHB dans la cohorte régionale des enfants âgés de 5 ans en 2011 chuteront d'environ 80% par comparaison à ce qui se serait produit au cours de leur vie en l'absence de vaccination.⁷

Même avec un tel succès, il reste encore beaucoup à faire, en particulier pour accroître l'équité et l'accès à la vaccination. Neuf pays ont été désignés comme pays prioritaires pour le renforcement de l'administration de la dose de vaccin à la naissance et des programmes de vaccination systématique parce qu'ils n'ont pas encore atteint les degrés de couverture nécessaires pour réduire les taux d'infection chronique à <2%. Une importante transmission du VHB, dans la période périnatale et au cours de la petite enfance, continue de se produire dans ces pays étant donné que la prévalence de l'infection chronique par le VHB chez les femmes en âge de procréer est de 8 à 10%. Dans plusieurs d'entre eux, une forte proportion des naissances n'ont pas lieu dans des établissements de santé (89% des naissances en République démocratique populaire lao; 61% des naissances au Cambodge; 58% des naissances aux Philippines; 48% des naissances en Papouasie-Nouvelle-Guinée), et il faut donc faire des efforts pour améliorer les conditions d'accouchements et atteindre les nourrissons nés à domicile. En outre, la forte proportion de populations rurales et difficiles d'accès en République démocratique populaire lao et en Papouasie-Nouvelle-Guinée a conduit à compter essentiellement sur des séances de vaccinations périphériques organisées périodiquement pour assurer les services de vaccination systématique: cela limite parfois les occasions de fournir en temps voulu les deuxième et troisième doses de vaccin nécessaires pour prévenir la transmission du VHB au cours de la période périnatale et de la petite enfance. Pour accroître la couverture d'une dose administrée en temps voulu à la naissance et renforcer les systèmes de vaccination systématique dans les pays prioritaires, il faudra des efforts de sensibilisation, un engagement politique, des ressources et un renforcement des capacités techniques.

Afin d'aider les pays à mettre en œuvre ou à renforcer la prévention de la transmission périnatale du VHB, la Région a élaboré en 2006 des lignes directrices relatives à l'administration de la dose à la naissance.⁷ Les stratégies visant à accroître la couverture de l'administration en temps voulu de la dose à la naissance étaient le thème d'une consultation OMS tenue en 2010; cette réunion a débouché sur un document soulignant l'éventail des stratégies disponibles pour prévenir la transmission du VHB aux nouveau-nés.⁸ Ces stratégies consistent à accroître le nombre de naissances ayant lieu dans des établissements de santé; à assurer une couverture élevée de la dose administrée à la naissance chez les nourrissons nés dans des établissements de santé; à fournir un ensemble intégré de soins maternels et néonataux comprenant l'administration de la dose à la naissance aux nourrissons nés à domicile; si cela est néces-

⁷ *Melbourne statement on prevention of perinatal transmission of hepatitis B virus: a call for the consideration of all available strategies.* Melbourne, Australia, Burnet Institute, 2010 ([http://www.burnet.edu.au/freestyler/gui/media/Melbourne%20Statement%20on%20Prevention%20of%20Perinatal%20Transmission%20of%20Hepatitis%20B%2029%20Mar%202011\(1\).pdf](http://www.burnet.edu.au/freestyler/gui/media/Melbourne%20Statement%20on%20Prevention%20of%20Perinatal%20Transmission%20of%20Hepatitis%20B%2029%20Mar%202011(1).pdf), accessed April 2011).

⁸ *Melbourne statement on prevention of perinatal transmission of hepatitis B virus: a call for the consideration of all available strategies.* Melbourne, Australia, Burnet Institute, 2010 ([http://www.burnet.edu.au/freestyler/gui/media/Melbourne%20Statement%20on%20Prevention%20of%20Perinatal%20Transmission%20of%20Hepatitis%20B%2029%20Mar%202011\(1\).pdf](http://www.burnet.edu.au/freestyler/gui/media/Melbourne%20Statement%20on%20Prevention%20of%20Perinatal%20Transmission%20of%20Hepatitis%20B%2029%20Mar%202011(1).pdf), consulté en avril 2011).

or using alternative vaccine-delivery devices such as the Uniject™ manufactured by Becton Dickinson, United States; and further pursuing technological innovations that would allow people with minimal training to administer the vaccine safely.

The countries in the Region provide examples of the feasibility and impact of some of these immunization strategies. China has successfully promoted and supported births in health facilities.⁹ In China's western provinces, the proportion of infants born in health facilities increased from 58% in 2000 to 74% in 2005, an increase of 16% in 5 years. This facilitated delivery of the birth dose as well as other services for mothers and neonates. Cambodia began an incentive programme to encourage midwives to deliver babies in health facilities in 2007, and the programme was scaled-up nationally in 2009; preliminary data from the 2010 Demographic and Health Survey suggest an increase in births in health facilities.¹⁰ The Philippines has shown the value of making the birth dose an essential part of neonatal care and conducting hospital assessments to ensure high coverage of the birth dose in health facilities.¹¹

The situation in Viet Nam provided a valuable lesson about the impact that adverse events following immunization can have on immunization programmes despite the findings of a WHO–UNICEF international evaluation team that concluded the adverse events were not caused by vaccination. Being prepared for adverse events following immunization is particularly important when delivering hepatitis B vaccine, since 56% of neonatal deaths occur during the first day of life, resulting in a high likelihood of coincidental deaths.¹² Prompt investigation and rapid responses to media coverage are important steps to be taken to mitigate the impact that adverse events may have on a vaccination programme.

The Regional Office for the Western Pacific recommends that countries conduct at least one national serological survey that measures the prevalence of HBsAg (a marker for chronic HBV infection) to verify whether countries have reached regional prevalence targets.⁵ Although modelling the prevalence of chronic infection using vaccination coverage is an important interim exercise, results should be validated with serological surveys since measures of vaccination coverage could be inac-

saire, à transporter et stocker le vaccin à température ambiante pendant une période limitée et, le cas échéant, à utiliser d'autres dispositifs d'administration du vaccin comme l'Uniject (produit par Becton Dickinson, Etats-Unis); et enfin, à poursuivre la recherche d'innovations technologiques qui permettraient à des gens ayant une formation minimale d'administrer le vaccin en toute sécurité.

Les pays de la Région fournissent des exemples de la faisabilité et des effets de certaines de ces stratégies vaccinales.⁹ La Chine a fait la promotion et soutenu avec succès les naissances dans les établissements de santé. Dans ses provinces de l'ouest, la proportion de nourrissons nés dans des établissements de santé est passée de 58% en 2000 à 74% en 2005, soit une augmentation de 16% en 5 ans. Cela a facilité l'administration de la dose de vaccin à la naissance, de même que la prestation d'autres services prodigués aux mères et aux nouveau-nés. Le Cambodge a lancé en 2007 un programme incitant les sages femmes à faire naître les enfants dans des établissements de santé et ce dernier a été élargi au plan national en 2009; les données préliminaires de l'enquête démographique et sanitaire de 2010 laissent à penser qu'il y a eu une augmentation du nombre de naissances dans les établissements de santé.¹⁰ Les Philippines ont montré l'intérêt qu'il y avait à faire de la dose administrée à la naissance une partie essentielle des soins néonataux et à effectuer des évaluations à l'hôpital pour garantir une couverture élevée de cette dose à la naissance dans les établissements de santé.¹¹

La situation qui prévaut au Viet Nam a fourni un enseignement précieux concernant les effets que peuvent avoir les manifestations indésirables postvaccinales sur les programmes de vaccination, malgré les résultats d'une équipe d'évaluation internationale OMS-UNICEF ayant conclu que ces manifestations n'étaient pas dues au vaccin. Il est particulièrement important d'être préparé à la survenue de manifestations indésirables postvaccinales lorsqu'on administre le vaccin anti-hépatite B puisque 56% des décès néonataux se produisent au cours des premiers jours de la vie, entraînant une forte probabilité pour que les décès soient le fruit d'une pure coïncidence.¹² Une étude rapide des cas et des réponses apportées dans de brefs délais aux médias sont des mesures importantes à prendre pour atténuer l'effet que ces manifestations indésirables peuvent avoir sur le programme de vaccination.

Le Bureau régional du Pacifique occidental recommande que les pays effectuent au moins une enquête sérologique nationale pour mesurer la prévalence du HBsAg (un marqueur de l'infection chronique par le VHB), afin de vérifier si les pays ont atteint les objectifs de prévalence régionaux.⁵ Bien que la modélisation de la prévalence de l'infection chronique au moyen de la couverture vaccinale soit un exercice intermédiaire important, les résultats doivent être validés par des enquêtes sérologiques car les mesures de la couverture vaccinale peuvent être

⁹ Yanqui G, Ronsmans C, Lin A. Time trends and regional differences in maternal mortality in China from 2000 to 2005. *Bulletin of the World Health Organization*, 2009, 87:913–920.

¹⁰ *Demographic and health surveys: Cambodia 2010*. Calverton, MD, 2011 (http://www.measuredhs.com/countries/country_main.cfm?ctry_id=63&c=Cambodia, accessed April 2011).

¹¹ Sobel HL et al. Implementing a national policy for hepatitis B birth dose vaccination in Philippines: lessons for improved delivery. *Vaccine*, 2011, 29:941–945.

¹² *Tackling newborn death and illness*. Partnership for Maternal, Newborn & Child Health. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://www.who.int/pmnch/media/press_materials/fs/fs_newborndeath_illness/en/index.html, accessed April 2011).

⁹ Yanqui G, Ronsmans C, Lin A. Time trends and regional differences in maternal mortality in China from 2000 to 2005. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 2009, 87: 913-920.

¹⁰ *Demographic and health surveys: Cambodia 2010*. Calverton, MD, 2011 (http://www.measuredhs.com/countries/country_main.cfm?ctry_id=63&c=Cambodia, consulté en avril 2011).

¹¹ Sobel HL et al. Implementing a national policy for hepatitis B birth dose vaccination in Philippines: lessons for improved delivery. *Vaccine*, 2011, 29: 941-945.

¹² *Tackling newborn death and illness*. Partnership for Maternal, Newborn & Child Health. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011 (http://www.who.int/pmnch/media/press_materials/fs/fs_newborndeath_illness/en/index.html, consulté en avril 2011).

curate, coverage may not be uniform throughout the country or among different populations, and the vaccine's effectiveness may be affected by freezing or exposure to excessive heat.

Partners are an integral part of the efforts to control hepatitis B in the Region. The governments of Australia and New Zealand provided financial support, and WHO and UNICEF provided technical support, for the introduction of hepatitis B vaccine in 13 Pacific Island countries in the mid-1990s through a project called Control of Hepatitis B Infection in Pacific Island Countries Project. This project provides a model of sustainable donor support that can have an impact. Starting in 2002, and during the next few years, the GAVI Alliance began supporting the introduction of the vaccine or expansion of its use in 7 countries in the Region (Cambodia, China, Kiribati, the Lao People's Democratic Republic, Papua New Guinea, the Solomon Islands and Viet Nam). Other key partners have included the Burnet Institute of Australia, the governments of Japan and Luxembourg, PATH, the Asian Liver Center at Stanford University's School of Medicine (Palo Alto, CA), UNICEF, the United States Centers for Disease Control and Prevention, and the Zeshan Foundation in China, Hong Kong Special Administrative Region. In addition, the Victorian Infectious Diseases Reference Laboratory in Melbourne, Australia, was established as the Western Pacific Region's regional reference laboratory for hepatitis B in 2010.

The next steps in controlling hepatitis B in the Region include supporting the priority countries to increase coverage of the birth dose and routine immunization, establishing a target year for achieving the goal of reducing the prevalence of chronic HBV infection among children to <1%, and strengthening components of hepatitis B control beyond childhood vaccination. At present, vaccinating neonates and infants against HBV infection serves as the cornerstone of this public health effort. However, vaccination programmes do not have an impact on the millions of adults with chronic HBV infection in the Region. As the health gains from immunization programmes are increasingly realized, and treatment of HBV infection becomes more accessible,¹³ a comprehensive approach to preventing and controlling hepatitis B and other types of viral hepatitis will be developed in accordance with the 2010 World Health Assembly resolution on viral hepatitis.¹⁴ ■

inexactes, celle-ci peut ne pas être uniforme dans tout le pays ou dans différentes populations, et l'efficacité des vaccins peut être modifiée par la congélation ou l'exposition à une chaleur excessive.

Les partenaires font partie intégrante des efforts de lutte contre l'hépatite B dans la Région. Les gouvernements australien et néo-zélandais ont fourni un appui financier et l'OMS et l'UNICEF un appui technique pour introduire le vaccin anti-hépatite B dans 13 pays insulaires du Pacifique au milieu des années 1990, par le biais d'un projet appelé Projet de lutte contre l'hépatite B dans les pays insulaires du Pacifique. Ce projet offre un modèle de soutien durable des donateurs, qui pourrait avoir des retombées. À partir de 2002 et au cours des quelques années qui ont suivi, l'Alliance GAVI a commencé à soutenir l'introduction du vaccin ou l'extension de son utilisation dans 7 pays de la Région (Cambodge, Chine, Îles Salomon Kiribati, Papouasie-Nouvelle-Guinée, République démocratique populaire lao et Viet Nam). Parmi les autres partenaires importants, on peut citer le Burnet Institute australien, les gouvernements du Japon et du Luxembourg, PATH, l'Asian Liver Center de la Stanford University School of Medicine (Palo Alto, CA), l'UNICEF, les *Centers for Disease Control and Prevention* des États-Unis et la Fondation Zeshan en Chine, Région administrative spéciale de Hong Kong. En outre, le Victorian Infection Disease Reference Laboratory de Melbourne a été désigné laboratoire régional de référence de la Région du Pacifique occidental pour l'hépatite B en 2010.

Les prochaines étapes de la lutte contre l'hépatite B dans la Région comprennent le soutien aux pays prioritaires afin qu'ils élargissent la couverture de la dose administrée à la naissance et de la vaccination systématique, en fixant une date butoir pour atteindre l'objectif d'une réduction de la prévalence de l'infection chronique par le VHB chez les enfants à <1%, et en renforçant les autres composantes de la lutte contre l'hépatite B. À l'heure actuelle, la vaccination des nouveau-nés et des nourrissons contre l'infection à VHB constitue le fondement de cet effort de santé publique. Cependant, les programmes de vaccination n'ont pas d'impact sur les millions d'adultes atteints d'une infection chronique par le VHB dans la Région. Au fur et à mesure que l'on réalise les avantages à tirer des programmes de vaccination et que le traitement de cette infection devient plus accessible,¹³ une stratégie globale de prévention et de lutte va être élaborée contre l'hépatite B et d'autres types d'hépatites virales, conformément à la résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé de 2010 sur l'hépatite virale.¹⁴ ■

¹³ Wiersma ST et al. Treatment of chronic hepatitis B virus infection in resource-constrained settings: expert panel consensus. *Liver International*, 2010, doi: 10.1111/j.1478-3231.2010.02373.

¹⁴ World Health Organization. *63rd World Health Assembly, May 2010 (WHA63.18)* http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63-REC1/WHA63_REC1-P2-en.pdf (see pages 34–37); accessed April 2011.

¹³ Wiersma ST et al. Treatment of chronic hepatitis B virus infection in resource-constrained settings: expert panel consensus. *Liver International*, 2010, doi: 10.1111/j.1478-3231.2010.02373.

¹⁴ *Organisation mondiale de la Santé, Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé, mai 2010 (WHA63.18)* http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63-REC1/WHA63_REC1-P2-en.pdf [voir pages 34 à 37 (disponible en anglais seulement); consulté en avril 2011].