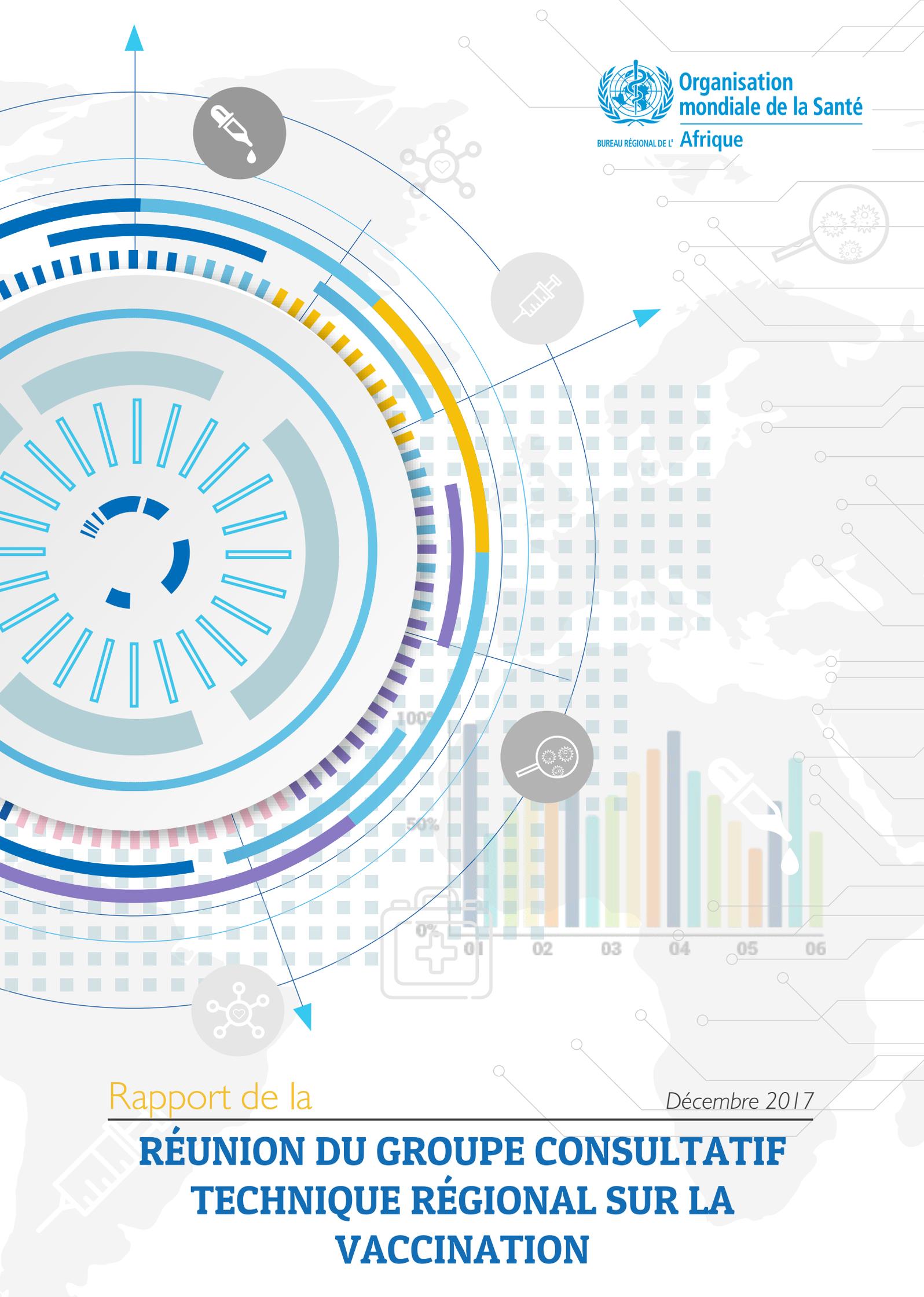




Organisation
mondiale de la Santé

BUREAU RÉGIONAL DE L'

Afrique



Rapport de la

RÉUNION DU GROUPE CONSULTATIF TECHNIQUE RÉGIONAL SUR LA VACCINATION

Décembre 2017

TABLE DES MATIÈRES

03

Résumé d'orientation

04

Recommandations

- Progrès annuel 4
- Examen à mi-parcours du Plan stratégique régional pour la vaccination 2014–2020 4
- Pays à revenu intermédiaire et achat de vaccins 4
- Éradication de la poliomyélite et stratégie de l'assaut final 5
- Lutte contre le choléra 5
- Élimination du tétanos maternel et néonatal (ETMN) 5
- Programme de recherche régional 5

06

Introduction

07

Résumé des Sessions Techniques

- Rapport de situation annuel sur la mise en œuvre du Plan stratégique régional pour la vaccination 7
- Rapport de l'examen à mi-parcours du Plan stratégique régional pour la vaccination 8
- Pays à revenu intermédiaire (MIC) : améliorer l'accès à des vaccins financièrement abordables 9
- Éradication de la poliomyélite dans la Région africaine : mises à jour et perspectives 11
- Groupe consultatif technique (TAG) du lac Tchad 12
- Stratégie postcertification 13
- Le choléra dans la Région africaine 16
- Atteindre et maintenir l'ETMN dans la Région africaine 19
- Schéma directeur en matière de recherche-développement (R-D) concernant la prévention des maladies à potentiel épidémique 21
- Cadre stratégique pour la recherche sur la vaccination dans la Région africaine de l'OMS 22

22

Conclusion

23

Les Membres du GTCV



Résumé d'orientation

La deuxième réunion 2017 du Groupe consultatif technique régional sur la vaccination (GTCV) - groupe consultatif principal du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique - s'est tenue à l'Hôtel Protea Balalaika Sandton, à Johannesburg, Afrique du Sud, du 5 au 7 décembre 2017. La réunion a porté essentiellement sur les progrès réalisés vers les objectifs régionaux relatifs à la vaccination, l'élimination du tétanos maternel et néonatal, l'éradication de la poliomyélite et les activités de la phase finale, les problèmes auxquels les pays à revenu intermédiaire sont confrontés, la lutte contre le choléra et la recherche sur les vaccins dans la Région africaine.

Le **rapport annuel de situation** sur la vaccination dans la Région africaine attire l'attention sur certains progrès réalisés en 2017 mais conclut qu'il reste beaucoup à faire si l'on veut atteindre les cibles régionales 2020 de vaccination. Les dix pays qui comptent collectivement pour 80% des enfants sous-vaccinés présentent un défi particulier. En outre, les données nationales peuvent masquer d'importantes variations de la couverture vaccinale au sein des pays, ce qui met en lumière la nécessité d'une cartographie et de répondre aux variations de la prestation des services à un niveau infranational plus détaillé.

En dépit des engagements de la Déclaration d'Addis-Abeba sur la vaccination, et bien que certains pays aient investi considérablement dans l'introduction de nouveaux vaccins, la proportion de pays qui subviennent aux besoins de leur programme de vaccination entièrement ou principalement au moyen de leurs ressources nationales demeure quasiment inchangée par rapport à l'année précédente. Avec le déclin du financement extérieur à mesure du retrait progressif de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP) et le fait que les pays en transition ne peuvent plus prétendre au soutien de l'Alliance GAVI, il est de plus en plus important que les pays respectent leurs engagements en matière d'investissement, et envisagent de recourir à des solutions innovantes pour renforcer le financement intérieur.

L'**examen à mi-parcours du Plan stratégique régional pour la vaccination**, réalisé par un panel d'experts indépendants, a été présenté à la réunion GTCV. Le Plan stratégique régional cherche à galvaniser les efforts visant à ce que tous les groupes cibles de la Région africaine bénéficient de la vaccination, notamment les populations mal desservies et difficiles d'accès. L'examen à mi-parcours a mis en lumière les domaines où des progrès ont été enregistrés mais a conclu que la Région n'était pas en voie de réaliser la plupart des objectifs de 2020. Le GTCV a fait bon accueil à l'examen à mi-parcours, et une fois que les réactions de ses membres auront été incorporées, le Groupe l'adoptera et ses recommandations seront entérinées.

Les **pays à revenu intermédiaire (PRI)** abritent les deux-tiers des populations les plus pauvres du monde, et les deux tiers des décès imputables à des maladies évitables par la vaccination surviennent dans ces pays. Les PRI n'ayant pas droit au soutien de l'Alliance GAVI et ceux affranchis de son soutien, y compris ceux dans la Région africaine, font face à des difficultés particulières. Celles-ci sont traitées dans une Stratégie pour les pays à revenu intermédiaire élaborée par l'OMS et ses partenaires, qui a été adoptée par le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination (SAGE), mais n'a pas encore été financée convenablement ni mise en œuvre.

Des mécanismes d'achats groupés pourraient faciliter l'accès aux vaccins dans ces pays. Il convient aussi de s'attaquer aux questions de réglementation susceptibles de gêner l'accès en temps opportun aux vaccins pour la vaccination systématique et d'urgence ainsi que pour l'évaluation des essais cliniques.

Les incidences des transitions GAVI sont préoccupantes, en particulier le risque que les pays concernés soient mal préparés à absorber l'augmentation des engagements de cofinancement et à assumer ultérieurement la pleine responsabilité des systèmes de vaccination. Ceci pourrait éventuellement faire échec à l'introduction des nouveaux vaccins.

Il existe un espoir réel d'éradication prochaine de la **poliomyélite** de la Région africaine. Depuis août 2016, aucun nouveau cas de poliovirus sauvage n'a été détecté. Le GTCV se félicite de l'action d'urgence menée au Nigeria et dans les pays riverains du lac Tchad. Les technologies et approches utilisées pourraient être appliquées à la lutte contre d'autres maladies infectieuses. Néanmoins, les préoccupations demeurent concernant la transmission éventuelle continue des poliovirus sauvages et l'émergence de poliovirus dérivés d'une souche vaccinale dans des zones où l'insécurité fait obstacle à une surveillance de qualité et à une couverture vaccinale élevée.

Comme le financement de l'IMEP décroît, il est essentiel que les plans de transition pour la poliomyélite préservent les fonctions essentielles de surveillance de la poliomyélite et d'autres maladies évitables par la vaccination et les activités de vaccination systématique, pour protéger les populations nationales et la sécurité sanitaire régionale. La baisse des ressources humaines et financières pour la surveillance dans la Région peut potentiellement compromettre la qualité et la complétude des données et remettre en cause la certification régionale de l'éradication de la poliomyélite, ainsi que compliquer les efforts visant à éliminer la rougeole et la rubéole.

Les **vaccins anticholériques oraux (OCV)** en association avec WASH (eau, assainissement et hygiène) et d'autres stratégies de lutte, représentent un nouvel outil précieux pour lutter contre le choléra qui doivent impérativement être utilisés efficacement dans la Région. Il est important que les procédures pour accéder à la réserve mondiale de vaccins anticholériques oraux facilitent un accès rapide dans les situations d'urgence, et en particulier n'imposent pas aux pays des collectes de données peu pratiques. Les pays doivent aussi faire en sorte que leur politique réglementaire en matière de vaccins permette l'importation rapide de vaccins anticholériques oraux en cas de besoin, ils doivent aussi établir des systèmes efficaces de surveillance pour étayer la lutte opportune contre la maladie, et recueillir et analyser les données requises pour élaborer des politiques et des programmes fondés sur des bases factuelles, y compris le recours aux vaccins anticholériques oraux pour atténuer le risque de flambées de choléra.

On a constaté de grands progrès vers la réalisation et le maintien de **l'élimination du tétanos maternel et néonatal (ETMN)**. Néanmoins, la Région n'est pas encore près d'atteindre sa cible d'élimination en 2020. Les sept pays qui n'ont pas encore atteint la cible d'élimination sont confrontés à des problèmes non négligeables, y compris des conflits civils et des flambées de maladies infectieuses, et nécessitent un appui durant la dernière ligne droite en vue de l'élimination. Il a été suggéré que l'élimination du tétanos maternel et néonatal pouvait être accélérée en ayant davantage recours aux dispositifs préremplis autobloquants qui peuvent être utilisés par des personnes avec une formation minimale et en améliorant l'accès aux populations difficiles à atteindre, toutefois il subsiste des questions concernant la demande réelle et le bien-fondé de cette technologie et la probabilité d'un approvisionnement fiable.

La **recherche**, autre thème important, a été abordée – en particulier la nécessité de mener des recherches axées sur les priorités locales avec la participation ou la direction de chercheurs africains. Il s'agit là des principes essentiels du projet de **Cadre stratégique pour la recherche sur la vaccination dans la Région africaine**. Une fois finalisé, le Cadre stratégique sera une ressource importante qui appuiera la production et l'utilisation des bases factuelles requises pour donner la priorité à la mise au point de nouveaux vaccins afin de renforcer les programmes nationaux de vaccination et d'en faire bénéficier un nombre plus grand de personnes, y compris celles qui échappent actuellement à la vaccination.

Recommandations

» Progrès Annuel

1.1 Cibler les Pays Prioritaires

Il convient d'élaborer et de mettre en œuvre pour les dix pays prioritaires qui abritent la plupart des enfants sous-vaccinés une stratégie de sensibilisation plus vigoureuse, y compris cibler les hauts responsables gouvernementaux, pour faire en sorte que chaque pays applique un plan d'action corrective et que les cibles régionales soient atteintes d'ici 2020

*Mesure du produit/résultat et calendrier : Projet de stratégie de sensibilisation à présenter au GTCV en juin 2018
Responsabilité principale : Bureau régional de l'OMS ; autres parties prenantes clés : pays, partenaires, GTCV*

1.2 Optimiser l'utilisation des Données Infranationales

Il convient d'aider les pays à utiliser les données infranationales pour repérer les zones et les populations peu couvertes (y compris les populations urbaines défavorisées), et mener des activités à l'intention de ces groupes et en évaluer l'impact

*Plan d'appui à présenter au GTCV en juin 2018
Responsabilité principale : Bureau régional de l'OMS ; autres parties prenantes clés : pays*

1.3 Obtenir un Engagement Politique

L'OMS devrait collaborer avec l'Union africaine pour demander aux États Membres des rapports de situation réguliers sur les engagements pris dans le cadre de la Déclaration d'Addis-Abeba, y compris les engagements financiers nationaux

Responsabilité principale : Bureau régional de l'OMS ; autres parties prenantes clés : Union africaine, pays ; dirigeants politiques, ministres de la santé, ministres des finances

1.4 Envisager le recours à des mécanismes de Financement Innovants

Il convient de faire un examen complet des meilleures pratiques en matière de financements nationaux innovants de la vaccination et d'autres aspects de la prestation des soins de santé et communiquer les résultats aux pays

*Présentation du projet d'examen au GTCV en décembre 2018
Responsabilité principale : Bureau régional de l'OMS ; autres parties prenantes clés : partenaires, économistes de la santé*

» Examen à mi-parcours du Plan Stratégique Régional pour la Vaccination 2014–2020

2.1 Examen à mi-parcours

Le GTCV doit formuler des observations concernant l'examen à mi-parcours, superviser sa finalisation et appuyer sa diffusion

*Finalisation de l'examen à mi-parcours d'ici la fin du mois de janvier 2018
Responsabilité principale : Bureau régional de l'OMS ; autres parties prenantes clés : GTCV, comité d'examen à mi-parcours*

» Pays à revenu Intermédiaire et Achat de Vaccins

3.1 Stratégie des pays à Revenu Intermédiaire

Étant donné l'importance cruciale des PRI pour la réalisation des objectifs 2020, la stratégie des pays à revenu intermédiaire actuelle doit être étayée de toutes les ressources nécessaires et mise en œuvre

*Démarrage de la mise en œuvre de la stratégie d'ici la fin de 2018
Responsabilité principale : partenaires ; autres parties prenantes clés : Bureau régional de l'OMS, pays*

3.2 Phase de transition de l'Alliance GAVI

Dans les pays censés sortir du cadre de l'aide de l'Alliance GAVI, des plans doivent être mis en place au moins cinq ans en avance pour résoudre systématiquement toutes les questions pertinentes bien avant les étapes initiales de la transition

*Présentation au GTCV du dialogue proposé en juin 2018 ; prise de contact avec les pays d'ici la fin de 2018
Responsabilité principale : Bureau régional de l'OMS ; autres parties prenantes clés : pays, GAVI, autres partenaires*

3.3 Achats Groupés Régionaux

Il convient d'entreprendre une étude consultative sur les possibilités de recours à des mécanismes d'achat regroupés de vaccins, par exemple au niveau sous-régional, de recenser les obstacles potentiels à la mise en place de ces mécanismes et d'indiquer des solutions possibles

*Présentation de l'étude au GTCV en décembre 2018
Responsabilité principale : Bureau régional de l'OMS, Division des approvisionnements de l'UNICEF ; autres parties prenantes clés : pays, ONG participant à l'achat regroupé de produits pharmaceutiques*

3.4 Achat de Vaccins

Étudier le potentiel d'économies dans l'achat de vaccins et offrir aux pays un soutien pour analyser les options financières qui s'offrent à eux, y compris la transition vers les achats remboursables de l'UNICEF, et étudier aussi la possibilité de créer un fonds renouvelable pour permettre aux pays de faire des paiements anticipés

*Rapport à la consultation PRI sur l'analyse des options T1 2018
Responsabilité principale : Bureau régional de l'OMS, Division des approvisionnements de l'UNICEF ; autres parties prenantes clés : pays*

Éradication de la Poliomyélite et Stratégie de l'assaut Final

4.1 Exploitation des Pratiques Innovantes

Les pratiques et technologies innovantes mises en place au Nigeria et dans d'autres pays dans le cadre de l'IMEP doivent être consignées et échangées pour encourager leur adaptation à la lutte contre d'autres maladies évitables par la vaccination et aux activités d'élimination, y compris les actions d'urgence, et pour élargir la couverture vaccinale systématique des populations difficiles d'accès

*Présentation du plan d'enregistrement et de diffusion au GTCV en juin 2018
Responsabilité principale : Bureau régional de l'OMS ; autres parties prenantes clés : partenaires*

4.2 Planification de la Transition

Le GTCV doit examiner les synthèses des plans de transition relatifs à la poliomyélite pour les sept pays prioritaires de la Région africaine, pour évaluer leurs incidences sur la sécurité sanitaire régionale et notamment la surveillance

*Présentation des synthèses au GTCV en juin 2018
Responsabilité principale : Bureau régional de l'OMS ; autres parties prenantes clés : pays*

4.3 Surveillance de la Poliomyélite

L'établissement de rapports de notification au niveau infranational des cas de paralysie flasque aiguë, comme précisé dans les normes de surveillance de la poliomyélite recommandées par l'OMS, doit être obligatoire dans tous les pays du fait de son importance pour la certification régionale de l'éradication de la poliomyélite

*Suivi au moyen de l'examen annuel des données nationales de surveillance
Responsabilité principale : pays ; autres parties prenantes clés : Bureau régional de l'OMS*

Lutte Contre le Choléra

5.1 Demandes de Stocks

Le processus d'élaboration d'un dossier de demande de stocks de vaccins anticholériques oraux (OCV) doit être simplifié pour une riposte plus rapide aux flambées et aux situations d'urgence humanitaires

*Le Bureau régional de l'OMS entame le dialogue avec le Groupe de coordination international T1 2018
Responsabilité principale : Groupe de coordination international ; autres parties prenantes clés : Siège de l'OMS, partenaires des stocks OCV, Bureau régional de l'OMS*

5.2 Cadre Réglementaire

Les pays doivent faire en sorte que leur cadre réglementaire facilite l'importation rapide des OCV (et d'autres vaccins non homologués requis dans les situations d'urgence), en encourageant les fabricants à homologuer à l'avance les OCV et en adoptant les mécanismes établis par le Forum africain pour la réglementation des vaccins (AVAREF) pour l'utilisation des produits non homologués

*Démarrage du dialogue avec les autorités nationales de réglementation d'ici T2 2018 ; rapport sur les progrès accomplis soumis au GTCV en décembre 2018
Responsabilité principale : pays ; autres parties prenantes clés : Bureau régional de l'OMS, fabricants de vaccins OCV, AVAREF*

5.3 Surveillance du Choléra

Les pays à risque d'épidémies de choléra doivent renforcer leur capacité de surveillance de cette maladie au niveau du district, y compris la capacité de laboratoire, en intégrant de préférence la surveillance du choléra dans les activités régulières de surveillance, afin de faciliter des ripostes rapides aux flambées

*Le Bureau régional de l'OMS amorce la communication avec les pays T1 2018 ; rapport sur les progrès accomplis soumis au GTCV en décembre 2018
Responsabilité principale : pays ; autres parties prenantes clés : Bureau régional de l'OMS, partenaires*

5.4 Programme de Recherche OCV

Les pays à risque d'épidémies de choléra doivent désigner les preuves requises pour établir une stratégie nationale concernant l'utilisation des OCV et d'autres mesures, élaborer et mettre en œuvre un programme de recherche et d'évaluation de la lutte contre le choléra, et faire en sorte que les institutions et scientifiques africains jouent un rôle primordial dans ledit programme

*Le Bureau régional de l'OMS amorce la communication avec les pays T1 2018 ; rapport sur les progrès accomplis soumis au GTCV en décembre 2018
Responsabilité principale : pays ; autres parties prenantes clés : Bureau régional de l'OMS, partenaires*

Élimination du Tétanos Maternel et Néonatal (ETMN)

6.1 Mobilisation de Ressources Pour l'élimination du Tétanos Maternel et Néonatal

L'OMS devrait collaborer avec les partenaires pour faire en sorte que des ressources adéquates, notamment des ressources humaines, soient disponibles pour faire avancer les étapes finales de l'élimination du tétanos maternel et néonatal de la Région, y compris l'élaboration d'une analyse de rentabilisation pour justifier les efforts de financement.

*Obtention des ressources d'ici T2 2018
Responsabilité principale : Bureau régional de l'OMS ; UNICEF, autres parties prenantes clés : partenaires, pays*

6.2 Rapports de Situation

Les sept pays hautement prioritaires, qui n'ont pas encore réalisé l'élimination du tétanos maternel et néonatal, doivent envoyer au GTCV une revue annuelle des progrès réalisés en vue de l'élimination du tétanos maternel et néonatal, y compris des données des districts sur la mortalité imputable au tétanos et à la diphtérie, et noter l'utilisation du vaccin Td recommandée par l'OMS, l'incidence et la couverture vaccinale

*Présentation du premier rapport de situation au GTCV en juin 2018
Responsabilité principale : Bureau régional de l'OMS ; autres parties prenantes clés : UNICEF, pays*

6.3 Dispositifs Préremplis Autobloquants Compacts

Un examen est nécessaire pour apporter des éclaircissements sur le prix, la disponibilité et la demande de dispositifs préremplis autobloquants compacts dans la Région, et faire la synthèse des opinions des fabricants et d'autres parties prenantes afin de trouver une issue à l'impasse actuelle

Responsabilité principale : Bureau régional de l'OMS ; autres parties prenantes clés : Siège de l'OMS, Comité consultatif des pratiques de vaccination, Division des approvisionnements de l'UNICEF, pays, partenaires, fabricants

Programme de Recherche Régional

7.1 Cadre Stratégique Pour la Recherche

Le GTCV doit établir un groupe de travail pour réviser le projet de Cadre stratégique pour la recherche sur la vaccination et veiller à sa diffusion dans la Région et au-delà en vue d'éveiller l'intérêt des organes de recherche et d'éventuels bailleurs de fonds

*Création du groupe de travail d'ici la fin 2017 ; présentation du projet révisé au GTCV en juin 2018
Responsabilité principale : Bureau régional de l'OMS ; autres parties prenantes clés : auteurs et consultants du cadre*

¹Angola, Guinée, Mali, Nigeria, République Centrafricaine, République Démocratique du Congo, Soudan du Sud

Introduction

Le Groupe consultatif technique régional sur la vaccination (GTCV) sert de groupe consultatif principal au Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique auquel il fournit des orientations stratégiques concernant les politiques et programmes régionaux de vaccination. Il se réunit deux fois l'an, en juin et en décembre. La réunion de décembre 2017 du GTCV a eu lieu à l'hôtel Protea Balaika Sandton, à Johannesburg, Afrique du Sud, du 5 au 7 décembre 2017.

La réunion a été présidée par le **Professeur Helen Rees**, présidente du GTCV et fondatrice et Directrice exécutive du Wits Reproductive Health and HIV Institute à l'Université de Witwatersrand, Johannesburg, Afrique du Sud, avec le **Dr Felicitas Zawaira**, Directrice du Groupe organique Santé familiale et génésique au Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique. Le **Dr Richard Mihigo**, Coordonnateur du programme de l'OMS, Vaccination et mise au point de vaccins, était présent durant toute la durée des travaux. Le Dr Zawaira a souhaité la bienvenue aux participants au nom de la Directrice régionale de l'OMS, le **Dr Matshidiso Moeti**, et un discours d'introduction a été prononcé au nom du Ministre de la Santé par le **Dr Yogan Pillay**, Directeur général adjoint de la santé en Afrique du Sud, chargé notamment de la santé maternelle et infantile et de la santé des femmes.

L'ordre du jour de la réunion comprenait:

- Un compte rendu des progrès annuels en vue des objectifs énoncés dans le Plan stratégique régional pour la vaccination 2014–2020, ainsi qu'un
- Examen à mi-parcours du Plan stratégique régional

Parmi les autres sujets abordés

- Citons les défis auxquels les pays à revenu intermédiaire sont confrontés
- l'éradication de la Poliomyélite,
- l'élimination du Tétanos Maternel et Néonatal,
- la lutte Contre le Choléra,
- et le programme de recherche régional.

Résumé des Sessions Techniques

Plan Stratégique Régional Pour la Vaccination 2014 – 2020

Rapport de situation annuel sur la mise en œuvre du Plan stratégique régional pour la vaccination

Dr Richard Mihigo, OMS/AFRO

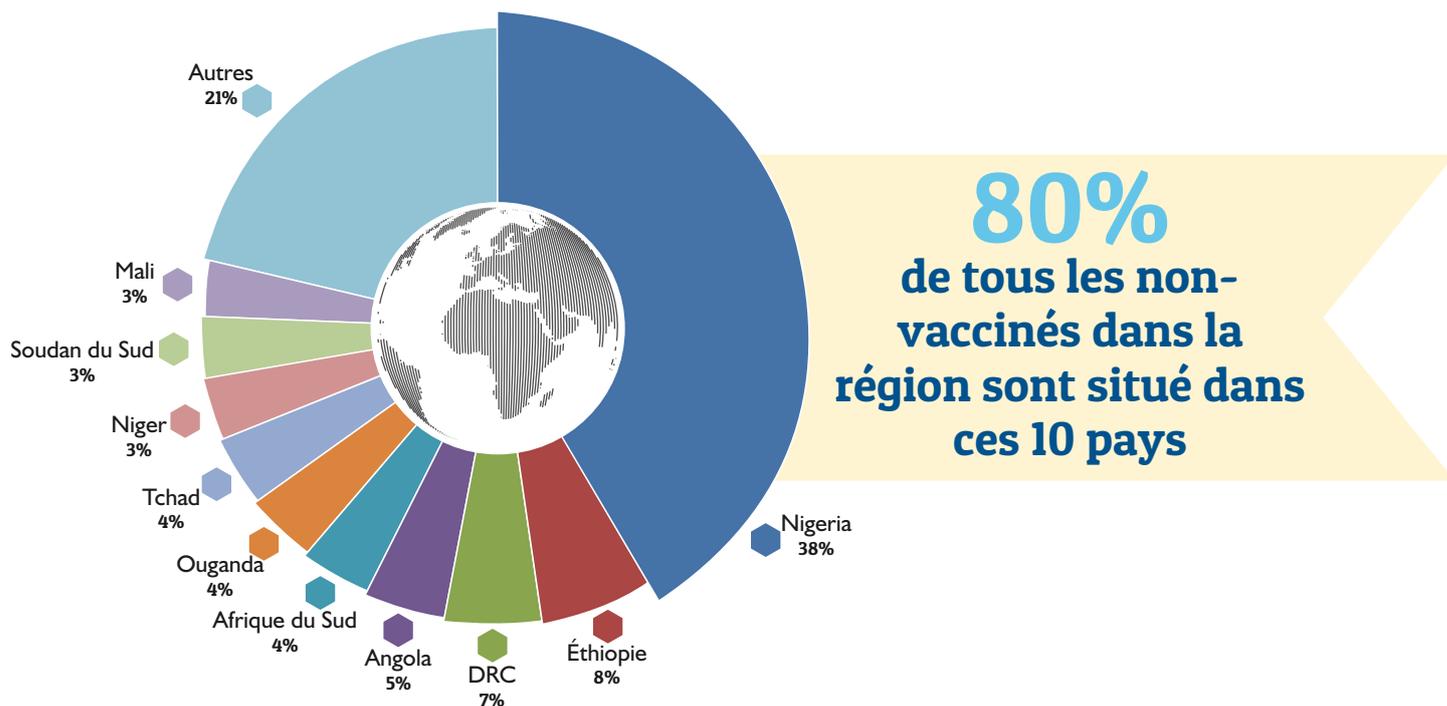
Les progrès effectués vers la réalisation des objectifs décrits dans le Plan stratégique régional pour la vaccination 2014–2020 sont lents dans un contexte ardu, une grande partie du continent étant touchée par des conflits et l'insécurité, les désastres naturels et les épidémies. Avec sa population relativement jeune, l'Afrique connaîtra aussi des changements démographiques importants dans les années à venir, ainsi qu'une migration massive vers les centres urbains.

Les maladies infectieuses constituent encore une menace majeure – pour la santé, le bien-être et le développement économique : quatre maladies évitables par la vaccination (maladies à pneumocoques, rougeole, rubéole et rotavirus) représentent à elles seules un fardeau économique annuel de US\$13 milliards. La Région est également confrontée au problème de la réduction graduelle des activités de l'IMEP et la cessation du financement d'ici 2020, alors que certains pays doivent dans le même temps sortir du cadre de l'aide de l'Alliance GAVI.

Il y a cependant une forte dynamique de changement. La Déclaration d'Addis-Abeba sur la vaccination, signée par les chefs d'État en janvier 2017, a signifié un engagement politique du plus haut niveau possible envers la vaccination en Afrique. Le programme de transformation mis en route par la Directrice régionale de l'OMS, le Dr Matshidiso Moeti, offre un nouvel élan et une nouvelle orientation stratégique aux activités de l'OMS. En outre, les retours potentiels sur investissements dans la vaccination sont immenses : de 2020 à 2030, la maîtrise de quatre maladies clés évitables par la vaccination pourrait épargner 1,9 million de vies, éviter 167 millions de cas de maladie, et réaliser US\$58 milliards en avantages économiques².

Bien que des progrès aient été réalisés en ce qui concerne les objectifs régionaux de vaccination, il reste encore beaucoup à faire. Les taux de couverture vaccinale demeurent inférieurs aux objectifs.

La figure ci-dessous indique où se trouvent les enfants qui n'ont pas reçu le vaccin DTC3 dans la Région africaine en 2016 (WUENIC)



Les pays à forte population posent un problème particulier – 10 pays abritent à eux seuls 80% des enfants non vaccinés. Les cibles d'égalité n'ont pas été atteintes non plus, alors que les deux sexes bénéficient également de la vaccination, le milieu rural/urbain, l'éducation et la fortune ont encore une forte incidence sur l'accès.

Des progrès considérables ont été constatés en matière d'éradication de la poliomyélite, le dernier cas de poliovirus sauvage ayant été notifié dans la Région en août 2016 (voir ci-dessous). Des flambées de poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale (PVDVc) ont été signalées dans un pays (République démocratique du Congo) en 2017 et la qualité de la surveillance dans la région du lac Tchad et du nord du Nigeria demeure préoccupante. Si la couverture par la première dose de vaccin à valence rougeole (MCV1) plafonne à environ 75%, la couverture par la deuxième dose est dans une nette trajectoire ascendante (bien que partie d'un niveau très bas). L'introduction de nouveaux vaccins est une réussite régionale – le vaccin antipneumococcique conjugué a été introduit par 39 pays et le vaccin antirotavirus par 32 pays.

Les études ont produit des données importantes sur l'impact des nouveaux vaccins en Afrique – le recours au vaccin antirotavirus, par exemple, a évité environ 135 000 hospitalisations et 21 000 décès en 2016. De plus, grâce au vaccin MenA, environ 300 000 cas de méningite A et 30 000 décès ont été évités.

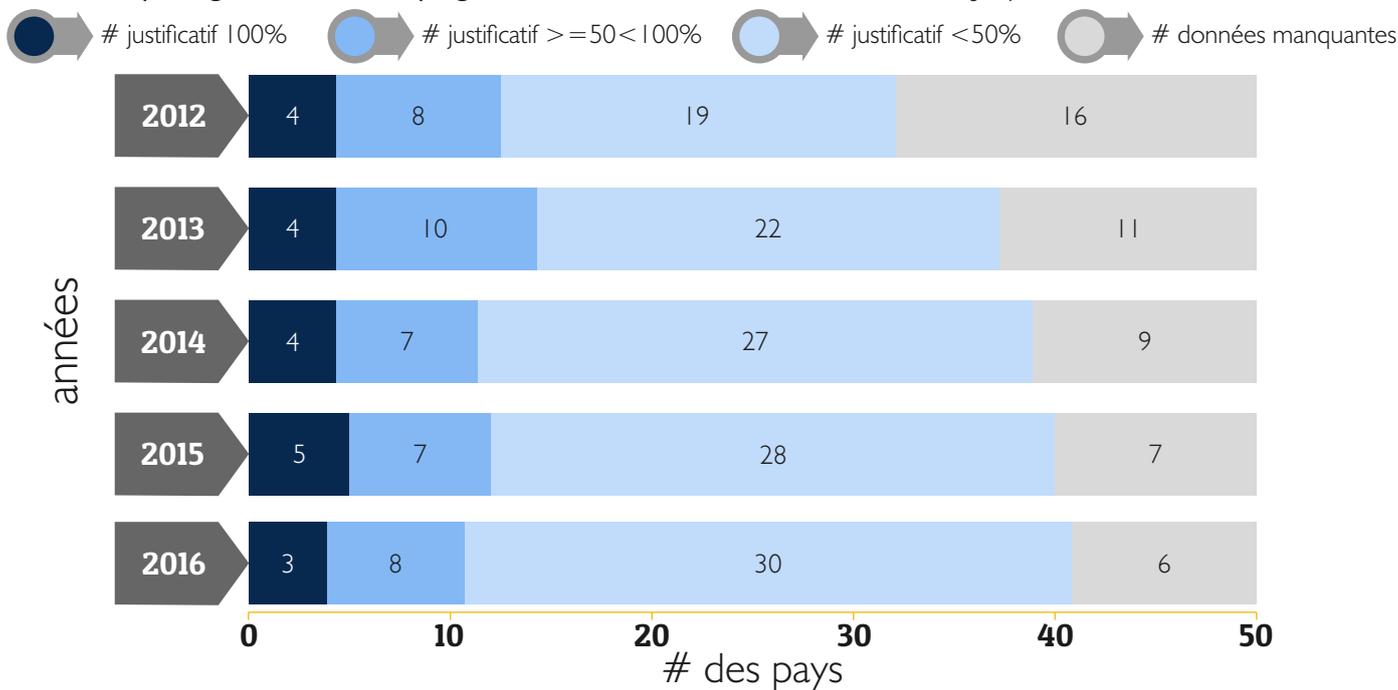
²Calculateur d'impact économique sur la santé de Deloitte, 2017.

On a constaté quelques progrès eu égard à la réalisation et au maintien de l'élimination du tétanos maternel et néonatal : 38 pays et une zone du Nigeria ayant été validés à décembre 2017 (voir ci-dessous). Cependant, la Région accuse encore du retard pour l'élimination d'ici 2020. Il existe une carte actualisée sur les risques de fièvre jaune, mais la couverture vaccinale demeure faible dans de nombreux pays à risque élevé.

Phénomène plus encourageant, le nombre de pays qui ont un comité consultatif national sur la vaccination (CCNV) a plus que doublé depuis 2012 ; 23 CCNV existent à présent, dont 13 ont atteint les six indicateurs de processus clés, ce qui donne à penser qu'ils fonctionnent efficacement.

Sur une note moins positive, la proportion de pays qui financent la plupart ou tous leurs programmes de vaccination n'a presque pas changé au cours des cinq dernières années, 11 pays seulement ont apporté un soutien financier de plus de 50% en 2016.

Financement par le gouvernement des programmes de vaccination nationaux, 2012-2016 (JRF)



Les pénuries de vaccins et les ruptures de stock ont augmenté, à cause souvent de facteurs internes tels que les retards dans le financement et les erreurs de prévision.

Pour ce qui est de l'avenir, la nouvelle stratégie de l'OMS élaborée par le Directeur général, le Dr Tedros, qui est fortement axée sur la couverture sanitaire universelle, devrait faire de la vaccination une priorité mondiale. Sur le terrain, le manuel révisé Atteindre chaque district, qui fournit des orientations actualisées sur la manière d'améliorer l'accès et de combler les retards sur le plan de l'équité, tout en remédiant aux occasions manquées de vacciner la population, peut contribuer à améliorer nettement la couverture systématique. Un programme important de collaboration avec les partenaires examine la qualité des données et la nécessité d'utiliser davantage les données infranationales là où elles ont été générées, alors que des efforts sont déployés pour intégrer la vaccination dans d'autres programmes de santé mondiaux tels que la sécurité sanitaire, le renforcement des systèmes de santé et/ou la couverture sanitaire universelle et les Objectifs de développement durable.

Les membres du GTCV ont insisté sur l'importance de mener une action concernant la couverture dans les dix pays prioritaires qui abritent le plus grand nombre d'enfants sous-vaccinés. De plus, tandis que les populations rurales ont généralement été bien moins desservies que les populations urbaines, l'urbanisation rapide crée des populations urbaines marginalisées qui risquent d'être exclues des services de vaccination. Davantage de données infranationales de qualité doivent être analysées pour localiser les populations mal desservies, et déterminer les facteurs sociaux et environnementaux sous-jacents qui influent sur l'accès aux services. Ces données peuvent servir de base à des programmes de vaccination ciblés pour combler les lacunes et assurer une prestation de services équitable.

La réunion a souligné qu'il était important que les pays honorent leurs engagements en matière d'investissement dans la vaccination étant donné que l'on prévoit la baisse et l'arrêt du financement externe de sources comme l'IMEP. Il y aurait l'occasion d'examiner le recours à des approches innovantes du financement national, à savoir une plus grande participation du secteur privé, des programmes d'assurance-maladie, des fonds fiduciaires et la taxation, et d'élargir et d'approfondir la collaboration avec d'autres partenaires potentiels comme la Banque mondiale ou la Banque africaine de développement.

Les membres du GTCV ont aussi mis l'accent sur l'importance de la mobilisation et de l'engagement communautaire. La société civile peut jouer un rôle clé en stimulant la demande de vaccination mais aussi en promouvant la redevabilité politique. Il a aussi été suggéré qu'il vaudrait mieux mettre l'accent sur le changement des normes sociales plutôt que sur le changement de comportement des individus afin d'internaliser plus efficacement la valeur de la vaccination.

Rapport de l'examen à mi-parcours du Plan Stratégique Régional Pour la Vaccination

Professeur Jeffrey Mphahlele, South African Medical Research Council et Président du panel d'experts indépendants de l'examen à mi-parcours

Le prédécesseur du GTCV a demandé au Bureau régional de l'OMS de coordonner un examen à mi-parcours pour évaluer les progrès vers les objectifs régionaux concernant la vaccination, énoncés dans le Plan stratégique régional pour la vaccination 2014–2020. L'examen a été réalisé par un panel indépendant appuyé par le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique.

L'examen a confirmé la pertinence du Plan stratégique régional et sa conformité avec le Plan d'action mondial pour les vaccins, y compris son cadre de suivi et évaluation. Il a aussi fait état d'insuffisances dans la réalisation de plusieurs cibles stratégiques et recommandé leur révision compte tenu de l'état actuel des progrès.

³Afrique du Sud, Angola, Éthiopie, Mali, Niger, Nigeria, Ouganda, République démocratique du Congo, Soudan du Sud, Tchad.

S'agissant du premier objectif stratégique concernant la couverture vaccinale, le panel a constaté que la couverture par les vaccins traditionnels avait plafonné ces dernières années. Des progrès ont été réalisés vers le deuxième objectif stratégique, l'éradication de la poliomyélite. Le fait que le troisième objectif stratégique, à savoir l'élimination de la rougeole et la lutte contre la rubéole, pourrait ne pas être atteint d'ici 2020, cause une vive préoccupation. Enfin, pour ce qui est du quatrième objectif, à savoir la lutte contre d'autres maladies évitables par la vaccination, des progrès variables ont été constatés. Le Plan stratégique régional a aussi recensé six orientations stratégiques : engagements nationaux pour la vaccination, prise de conscience par les communautés, accès équitable, intégration à d'autres services de santé, financement et approvisionnement en vaccins, et recherche et développement. Des progrès inégaux ont été enregistrés dans ces domaines, et il pourrait s'avérer nécessaire d'élaborer une gamme d'indicateurs plus appropriés.

Le panel a formulé des recommandations précises concernant six domaines : 1) tirer pleinement parti des engagements pris dans la Déclaration d'Addis-Abeba ; 2) définir des approches centrées sur la communauté pour rendre l'accès plus équitable ; 3) promouvoir une approche de couverture sanitaire universelle qui place la vaccination au cœur des soins de santé primaires ; 4) améliorer la disponibilité et la qualité des données ; 5) faire participer de nouveaux protagonistes et recourir à de nouvelles approches pour renforcer les capacités des ressources humaines ; 6) employer des instruments novateurs pour pérenniser le financement.

Le GTCV a salué chaleureusement le rapport. Une fois que les observations des membres du GTCV seront incorporées, le rapport sera adopté et ses recommandations avalisées après une nouvelle phase d'examen.

Pays à Revenu Intermédiaire (MIC) : Améliorer l'accès à des Vaccins Financièrement Abordables

Tania Cernuschi, Siège de l'OMS

Les 107 MIC abritent les deux-tiers des personnes les plus pauvres du monde, et les deux-tiers des décès imputables aux maladies évitables par la vaccination ont lieu dans ces pays. Il y a aussi, au niveau mondial, des signes préoccupants de réduction de la couverture vaccinale dans les MIC qui ne peuvent prétendre au financement de l'Alliance GAVI. Sur les 65 MIC dans ce cas, dix se trouvent dans la Région africaine, y compris trois qui sont dans la phase transitoire⁴. Ces MIC ont un accès limité à d'autres sources d'appui financier, et pourraient avoir des difficultés à maintenir la distribution des nouveaux vaccins.

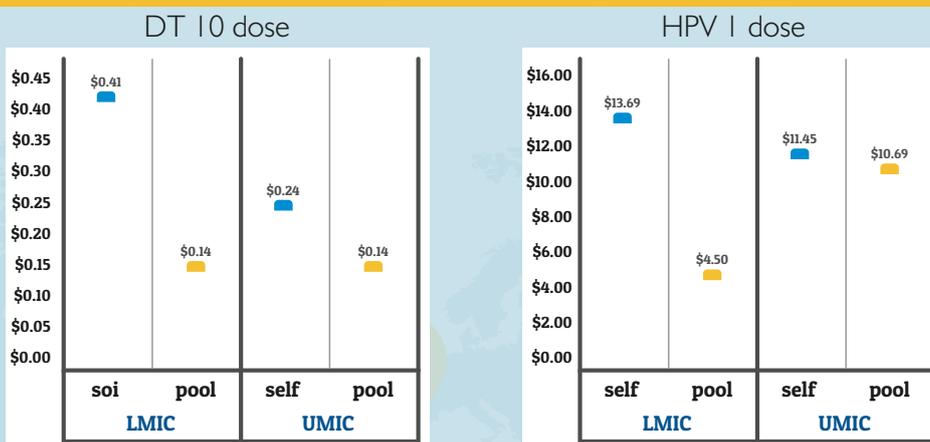
Eu égard aux problèmes auxquels ces pays sont confrontés, notamment en ce qui concerne l'achat des vaccins, l'OMS et des partenaires ont élaboré en 2015 une Stratégie à l'intention des pays à revenu intermédiaire dans le but de renforcer la couverture et de permettre l'introduction de nouveaux vaccins. Bien que la stratégie ait été approuvée par le Groupe SAGE en 2015, elle n'a été ni financée convenablement ni mise en œuvre.

Les vaccins représentent l'élément le plus important du budget des programmes nationaux de vaccination. Les pays pouvant prétendre au soutien de l'Alliance GAVI bénéficient également de ses mécanismes d'achat de vaccins, le Fonds de roulement de l'Organisation panaméricaine de la Santé s'occupe d'achats groupés pour la Région des Amériques, et les pays peuvent aussi utiliser le mécanisme d'achat remboursable de l'UNICEF. En revanche, de nombreux pays s'approvisionnent directement auprès des fournisseurs.

Le manque d'informations sur les marchés est un grand désavantage pour les pays qui font leurs achats indépendamment. Pour rendre les prix plus transparents, l'OMS a développé une base de données sur le prix des vaccins, les produits et les achats (V3P) qui se trouve à l'adresse : (www.who.int/immunization/programmes_systems/procurement/v3p/platform/en/) et qui recueille des informations sur les prix, les volumes, les méthodes d'achat et d'autres données importantes. À fin 2017, quelque 144 pays alimentaient la base de données, y compris tous les pays de la Région africaine sauf un.

L'analyse des données V3P montre que les pays qui font leurs propres achats paient beaucoup plus pour la plupart des vaccins. Pour de nombreux vaccins, les pays de la Région africaine paient des prix plus élevés que des pays équivalents dans d'autres régions.

Variation des prix des vaccins Pool-procurement comparé à l'auto-appvisionnement



Variation des prix des vaccins. PRI non-GAVI d'AFRO comparés aux pays d'autres régions



⁴MIC ne pouvant pas prétendre au financement de l'Alliance GAVI: Afrique du Sud, Algérie, Botswana, Cabo Verde, Gabon, Guinée équatoriale, Maurice, Namibie, Seychelles et Swaziland. Pays en phase de transition: Angola, République du Congo et Nigeria.

Les données V3P indiquent aussi que le volume à lui seul n'est pas un bon indicateur du prix – des facteurs comme la durée du contrat et le rythme des paiements jouent pour beaucoup.

L'OMS offre une gamme de mécanismes à l'aide d'achats plus efficaces. D'autres options incluent l'adoption des achats remboursables de l'UNICEF ou les accords sous-régionaux d'achats groupés comme ceux utilisés avec succès par les petits États Baltes dans la Région européenne pour réaliser des économies de coût.

Les membres du GTCV ont examiné plus particulièrement la possibilité d'instaurer un mécanisme d'achats groupés pour les vaccins dans la Région africaine. La tentative de la Région de la Méditerranée orientale de mettre en place un tel mécanisme n'a pas réussi à ce jour, et une consultation qui a eu lieu dans la Région africaine en 2008 a décelé des obstacles importants aux achats groupés. Cependant, la collaboration sous-régionale s'est améliorée (grâce aux communautés économiques régionales comme la Communauté économique des États d'Afrique de l'Ouest et la Communauté de développement de l'Afrique australe), ce qui semble indiquer qu'il pourrait y avoir de nouvelles possibilités de coopération pour les achats.

On a aussi proposé que les pays soient aidés à effectuer une analyse des options, comme celle menée par le Swaziland, pour étudier les avantages éventuels du dispositif d'achats remboursables de l'UNICEF. Il faudrait sans doute des mécanismes de financement novateurs pour surmonter un obstacle potentiel à ce dispositif – le fait de devoir payer à l'avance. Il a aussi été suggéré que des enseignements précieux pourraient être tirés des ONG ayant une expérience de l'achat de produits pharmaceutiques et qu'il serait utile de collaborer avec elles.

Les débats ont aussi traité de l'importance de simplifier les processus des systèmes nationaux de réglementation pour faciliter l'accès en temps opportun aux vaccins pour leur utilisation systématique et en cas d'urgence et pour leur évaluation dans le cadre des essais cliniques. Lors de l'épidémie de maladie à virus Ebola en 2016, il est apparu clairement que grand nombre d'autorités nationales de réglementation (ANR) et de comités d'éthique ne disposaient pas de politiques et de procédures pour autoriser rapidement les essais cliniques nécessaires. En outre, dans certains pays, la réticence de l'industrie à faire une demande d'homologation a entravé l'accès aux vaccins anticholériques. Le cadre juridique régissant les ANR de la Région ainsi que certaines pratiques de réglementation pourraient dissuader les fabricants de faire une demande d'homologation pour des vaccins importants (un ratio coût/production défavorable et la complexité de l'homologation par rapport au retour financier attendu). Si un nombre limité de produits vaccinaux sont homologués dans un pays, ce pays pourrait se retrouver dépendant d'un petit nombre de fournisseurs et donc davantage à risque de rupture de stock. Pour tirer parti des activités déployées actuellement par l'OMS pour renforcer les ANR par le biais du réseau AVAREF, les pays doivent éliminer les obstacles réglementaires inutiles qui limitent la disponibilité des vaccins. De plus, l'harmonisation des systèmes de réglementation des différents pays peut permettre des gains d'efficacité et générer des marchés de vaccins plus viables.

Les membres du GTCV ont accueilli avec satisfaction la reconnaissance par l'Alliance GAVI des problèmes auxquels certains pays (y compris ceux de la Région africaine) sont confrontés du fait de la transition. Un éventail de mesures de soutien a été annoncé, dont l'élaboration d'un plan sur mesure pour le Nigeria, la possibilité de financer l'introduction des nouveaux vaccins et un appui technique ciblé durant les transitions, ainsi qu'une analyse des risques pour des transitions réussies en Angola et en République du Congo.

ÉTUDE DE CAS NATIONALE

Swaziland : Expérience Relative à l'achat de Vaccins

Dr Njabuliso Lukhele, Ministère de la Santé, Swaziland

Le Swaziland fait partie des pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure mais n'a pas droit au soutien de l'Alliance GAVI. Le Gouvernement finance entièrement l'achat des vaccins et 96% des coûts de la vaccination systématique. Les dépenses encourues pour la vaccination ont grandement augmenté depuis 2010.

Étant un pays relativement petit, le Swaziland fait face à de nombreuses difficultés pour l'achat des vaccins. Les commandes sont petites et les paiements parfois différés, ce qui décourage certains fournisseurs. De ce fait, le pays dépend d'un petit nombre de fournisseurs et a donc de la difficulté à négocier des prix raisonnables.

Des représentants de la Division des approvisionnements de l'UNICEF se sont rendus dans le pays en avril 2017 pour essayer de trouver des méthodes d'achat plus efficaces. Un groupe de travail interdépartemental comprenant l'OMS et des partenaires externes a été créé et des prévisions en matière de besoins en vaccins ont été faites. À la suite de la signature d'un mémorandum d'accord entre le Ministère de la Santé et l'UNICEF, cette information a été utilisée pour produire des estimations de coût pour l'approvisionnement en vaccins par l'intermédiaire de l'UNICEF.

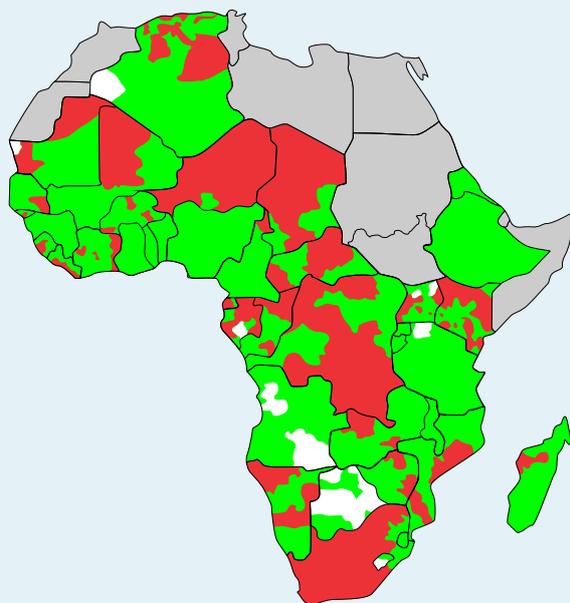
Une analyse préliminaire indique que le système d'achat remboursable de l'UNICEF permettrait de réaliser des économies annuelles de plus de US\$1 million (environ 25% du budget total pour les vaccins). Si le Swaziland adopte ce mécanisme, il lui faudra modifier certaines de ses politiques et procédures, étant donné que l'UNICEF demande le paiement intégral anticipé et que des exemptions sont requises pour répondre aux règles d'adjudication.

Dr Pascal Mkanda, OMS/AFRO

La perspective de la certification de l'éradication de la poliomyélite dans la Région africaine a été évoquée du fait de l'absence de cas confirmés de poliovirus sauvage depuis août 2016. Des cas de poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 (PVDVc2) ont toutefois été détectés dans la région du lac Tchad en 2016 et en République démocratique du Congo en 2017. Néanmoins, dans une grande partie de la Région africaine, l'impact des conflits civils, de l'insécurité et des déplacements de population sur la couverture vaccinale et la surveillance des maladies évitables par la vaccination met en péril l'éradication de la poliomyélite. En outre, la substitution du VPOt par le VPOb associée à la faible couverture vaccinale a augmenté le risque de PVDVc comme l'a montré la flambée en RDC.

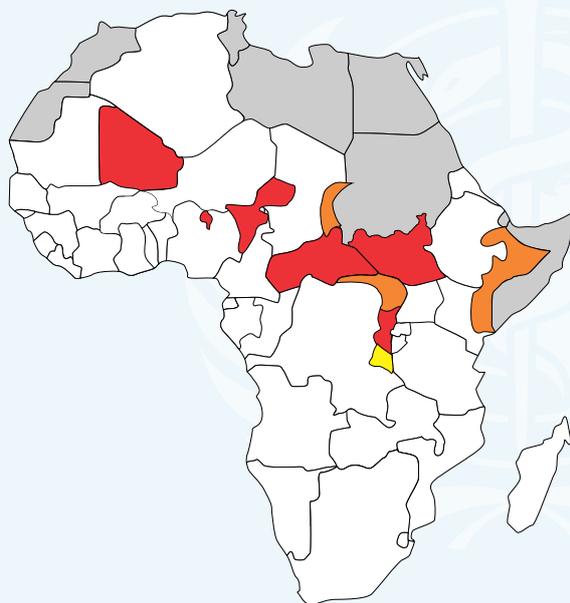
La situation de la surveillance de la poliomyélite est préoccupante du fait de lacunes locales dans la détection des cas de PAF et des échantillons de selles adéquats, qui sont pour la plupart attribuées à l'insécurité (inaccessibilité) et à l'insuffisance des réseaux de surveillance, notamment au niveau infranational.

Échantillon de selles adéquats de cas de PFA dans la Région africaine



Zones où Sévit l'insécurité Dans la Région Africaine

- » L'inaccessibilité dans ces domaines contribue à faible performance de surveillance
- » La situation de sécurité est fluide et imprévisible
- » Contribue au déplacement des populations et un risque accru de transmission
- » Complique les problèmes de dénominateur
- » Domaines prioritaires pour l'innovation



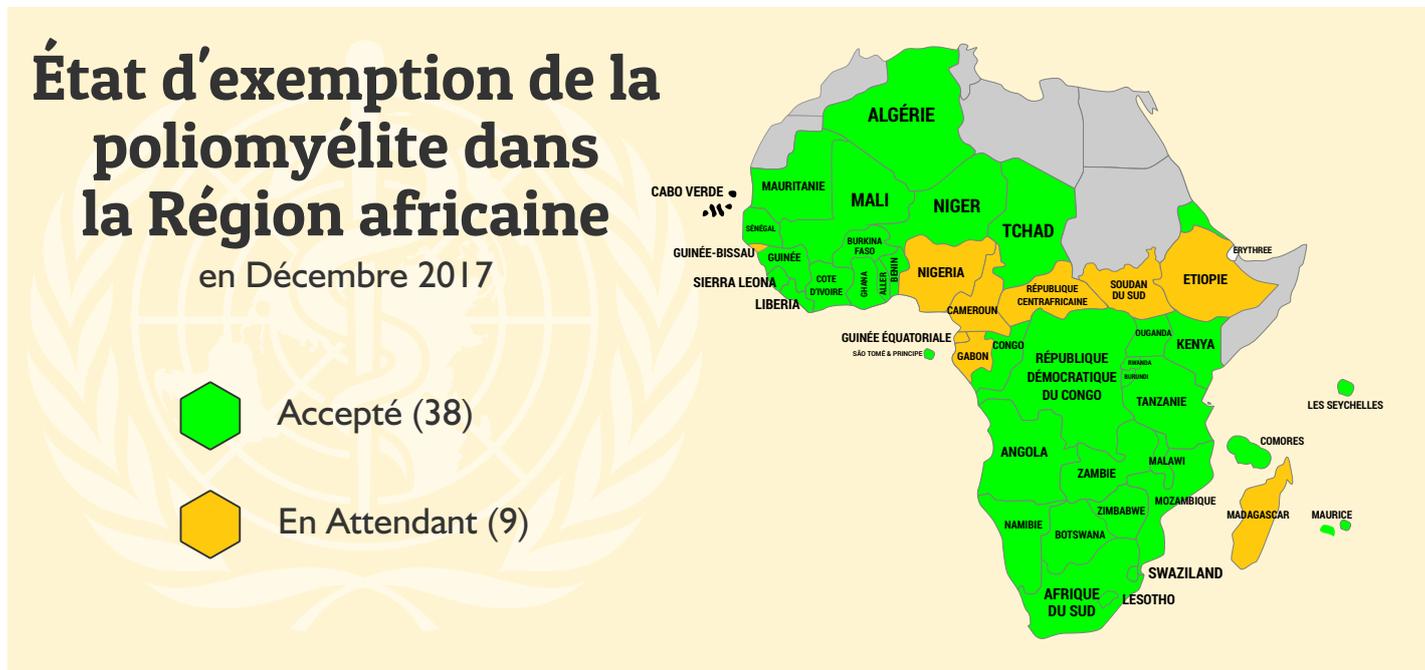
Plusieurs innovations ont été introduites pour améliorer la surveillance. Par exemple, dans les zones où les systèmes de santé sont faibles, l'application de détection et notification auto-visuelle de la PAF (AVADAR) permet aux membres des communautés locales de signaler pour investigation les cas de PAF au moyen de leur téléphone portable. Des approches fondées sur des systèmes d'information géographique (SIG), comme eSurv et Integrated Supported Supervision (ISS), ont été utilisés pour renforcer la surveillance et recueillir des données sur les établissements dispensant des services de vaccination dans plus de 20 pays. Ces outils ont rendu possible le repérage des cas de PAF qui n'ont pas été détectés par le système de surveillance conventionnel, et ont amélioré la notification des zones où prévaut l'insécurité et des districts silencieux.

Une action d'urgence a été menée au Nigeria et dans les pays autour du lac Tchad à la suite de la détection de poliovirus sauvages dans le nord du Nigeria en août 2016. Une évaluation de la riposte aux flambées a été effectuée dans ces pays ainsi qu'en République démocratique du Congo et en République centrafricaine en octobre 2017. En décembre 2017, le Groupe consultatif technique du lac Tchad a mis en lumière le risque permanent de transmission, et recommandé que les efforts de lutte soient poursuivis jusqu'à mi-2018, au moyen de diverses approches novatrices pour atteindre les populations difficiles d'accès dans des conditions éprouvantes (voir encadré).

Le vaccin inactivé antipoliomyélique (VIP) a été largement introduit dans la Région africaine, et les onze pays restants se sont engagés formellement à l'introduire. Dix pays ont subi des ruptures de stock de VIP en 2017, mais l'approvisionnement mondial devrait s'améliorer en 2018. Pour pallier les pénuries de VIP, il a été recommandé d'administrer des doses fractionnées intradermiques ; à mesure que l'approvisionnement s'améliore, certains pays reviennent à l'administration de la dose intramusculaire complète, bien que le dosage fractionné soit toujours envisageable quand on dispose d'agents de santé dûment formés.

La mise en œuvre du Plan d'action mondial pour le confinement des poliovirus (GAP III) a continué à progresser. Un seul pays doit encore achever la mise en œuvre des phases I a et I b. L'Afrique du Sud est le seul pays de la Région qui prévoit de conserver des échantillons de poliovirus sauvage dans un établissement détenant des poliovirus essentiels.

S'agissant de la certification de l'état d'exemption de la poliomyélite, neuf pays n'ont pas encore présenté de preuves de l'interruption à la Commission de la Région africaine de la certification (le Gabon a été certifié exempt après la réunion du GTCV).



La détérioration de la qualité et de la complétude de la surveillance de la PAF dans plusieurs pays pourrait mettre à mal la certification régionale, alors que l'on signale le risque permanent de réintroduction du poliovirus sauvage dans certains pays certifiés exempts de poliomyélite.

Les sept pays prioritaires qui abritent la majorité des infrastructures de poliomyélite dans la Région élaborent tous des plans de transition (voir encadré). Une réduction des ressources humaines de l'OMS a été amorcée en 2017.

Parmi les priorités futures, citons la poursuite des efforts visant à renforcer la surveillance et la couverture vaccinale autour du lac Tchad, l'utilisation accrue de technologies nouvelles et innovantes, la mise en commun des enseignements tirés de l'IMEP, et de nouveaux progrès en matière de planification de la transition.

Groupe Consultatif Technique (TAG) du lac Tchad

Professor Daniel Tarantola, Membre du GTCV et Président du TAG Poliomyélite du lac Tchad

À la suite de la détection de cas de poliovirus sauvage dans l'État de Borno, au Nigeria, en août 2016, une Déclaration de situation d'urgence a été signée par les ministres de la santé de cinq pays de la région du lac Tchad (Cameroun, Niger, Nigeria, République centrafricaine et Tchad). La Coordination du lac Tchad a été mise en place pour organiser des activités locales, axées au départ sur les activités de vaccination supplémentaires (AVS) pour maîtriser la flambée.

La dernière évaluation de la riposte aux flambées, réalisée en octobre–novembre 2017 dans les États de Borno, Sokoto et Ademaya au nord du Nigeria, s'est attachée à déterminer si la transmission avait été interrompue. Les critères clés comprennent l'absence pendant six mois de cas confirmés de poliovirus sauvage, la qualité de la surveillance, et les plans de ciblage des populations à risque.

Bien qu'aucun nouveau cas de poliovirus sauvage ou de PVDVc n'ait été signalé en 2017, il est difficile de juger de la fiabilité des chiffres concernant la couverture vaccinale du fait des déplacements de population causés par les troubles civils. En outre, on peut se poser des questions quant à la complétude des données de surveillance. Au vu des preuves, l'évaluation n'a pas pu conclure que la transmission avait été interrompue et a donc recommandé que les activités dans la région du lac Tchad soient élargies et intensifiées, puis réévaluées en 2019, et que l'on accorde lors de la réévaluation une plus grande attention à la vulnérabilité des autres états nigériens avoisinants la zone du lac Tchad et en proie à l'insécurité (l'État de Yobe, par exemple).

Ces conclusions ont été reprises par le Groupe consultatif technique (TAG) du lac Tchad. Tout en applaudissant les efforts de la Coordination du lac Tchad, le TAG a recensé une série de questions à aborder, dont le besoin d'une analyse plus pointue des données de surveillance, la nécessité de veiller à la qualité des échantillons envoyés aux laboratoires, et la nécessité de retirer les vaccin antipoliomyélique oral trivalent de certains établissements. Le TAG a également appuyé le ciblage des populations à risque, notamment celles qui vivent sur les îles du lac Tchad ainsi que les populations nomades.

ÉTUDE DE CAS NATIONALE

Nigeria : Innovations Pour Atteindre les Enfants Dans les Zones Accessibles

Fiona Braka, OMS/Nigeria

Le Nigeria a axé ses efforts d'éradication de la poliomyélite sur l'État de Borno, où le dernier cas de poliovirus sauvage a été détecté en août 2016. Des approches novatrices ont été adoptées pour améliorer la couverture des populations difficiles d'accès dans les zones de haute insécurité.

Les populations ont été divisées en trois groupes – accessible, partiellement accessible et inaccessible. Les populations accessibles ont été atteintes au moyen de campagnes porte à porte ; les agents chargés de la vaccination, qui se rendaient auprès des populations partiellement accessibles, étaient sous la protection de civils possédant une expérience militaire. Pour ce qui est des zones inaccessibles, il a fallu faire appel à l'armée nigériane qui s'est chargée de la vaccination, et grâce à laquelle environ 50 000 enfants ont été vaccinés dans 2500 zones inaccessibles.

Bien que ces trois stratégies aient amélioré la couverture, il reste de nombreuses lacunes. À la suite de visites de persuasion au commandant militaire et au Gouverneur général de l'État de Borno, il a été convenu d'augmenter le recours aux équipes militaires pour atteindre d'autres populations inaccessibles.

Outre ces efforts, d'autres approches innovantes ont été adoptées. Par exemple, divers emplacements ont été ciblés pour atteindre les enfants migrants aux points de contrôle et de transit, ce qui a permis de vacciner près de 300 000 enfants depuis janvier 2017.

On a aussi utilisé l'imagerie par satellite pour suivre de près la persistance, la croissance ou l'abandon des lieux d'installation de ces populations, et avoir ainsi une idée plus claire de leur taille et de leur répartition ainsi que de leurs mouvements. Les technologies SIG seront utilisées pour appuyer la prochaine vague d'activités visant à atteindre le reste des populations non vaccinées.

Le Gouvernement du Nigeria a également reconnu que les gains ne sont pas durables sans le renforcement des systèmes de vaccination systématique. Un problème de santé publique a été annoncé et un plan d'urgence pour la vaccination systématique, axé sur les États dont la couverture est faible, a été introduit en juin 2017.



ÉTUDE DE CAS NATIONALE

Éthiopie : Planification de la Transition Pour la Poliomyélite

Dr Getnet Bayih Endalew, Ministère de la Santé, Éthiopie

Comme prévu dans le Plan stratégique 2013–2018 pour l'éradication de la poliomyélite et l'assaut final, l'Éthiopie s'est employée, en collaboration avec l'OMS, à élaborer un plan national de transition pour la poliomyélite pour gérer le retrait des ressources de l'IMEP.

Un comité multisectoriel national de planification de la transition pour la poliomyélite a été créé dans lequel les parties prenantes sont représentées. Ce comité a supervisé l'élaboration d'une gamme de documents qui alimentent un projet de plan de transition pour la poliomyélite pour l'Éthiopie (2018–2020). L'élaboration du plan s'est fortement inspirée d'un exercice de simulation informatique.

Les analyses comprennent une ventilation détaillée des ressources financées par l'IMEP et leur contribution à la lutte contre la poliomyélite et à d'autres activités vaccinales. Le fonds annuel pour la poliomyélite s'élevait à US\$39,8 millions en 2016, dont US\$21,7 millions provenaient des dons de l'IMEP ; on prévoit que ceci sera ramené à US\$4,6 millions en 2018.

L'Éthiopie a réalisé une analyse des risques pour prioriser les activités futures en vue de maintenir son statut de pays exempt de la poliomyélite. L'éventualité de l'introduction de poliovirus de pays voisins fragiles, comme la Somalie, est particulièrement préoccupante du fait des mouvements importants de population. Ce risque est aggravé par le faible niveau de la couverture vaccinale et par l'insuffisance de la surveillance des populations difficiles d'accès et des nomades qui vivent près des frontières de l'Éthiopie.

Le plan de transition a pour objet de maintenir les ressources minimales jusqu'à la certification, les responsabilités étant alors transférées au Gouvernement éthiopien à partir de 2020. On s'attachera particulièrement à renforcer la surveillance et les activités de vaccination dans les régions frontalières. Le plan de transition comprend une ventilation budgétaire détaillée. L'important déficit budgétaire prévu fait l'objet de discussions avec des partenaires potentiels.



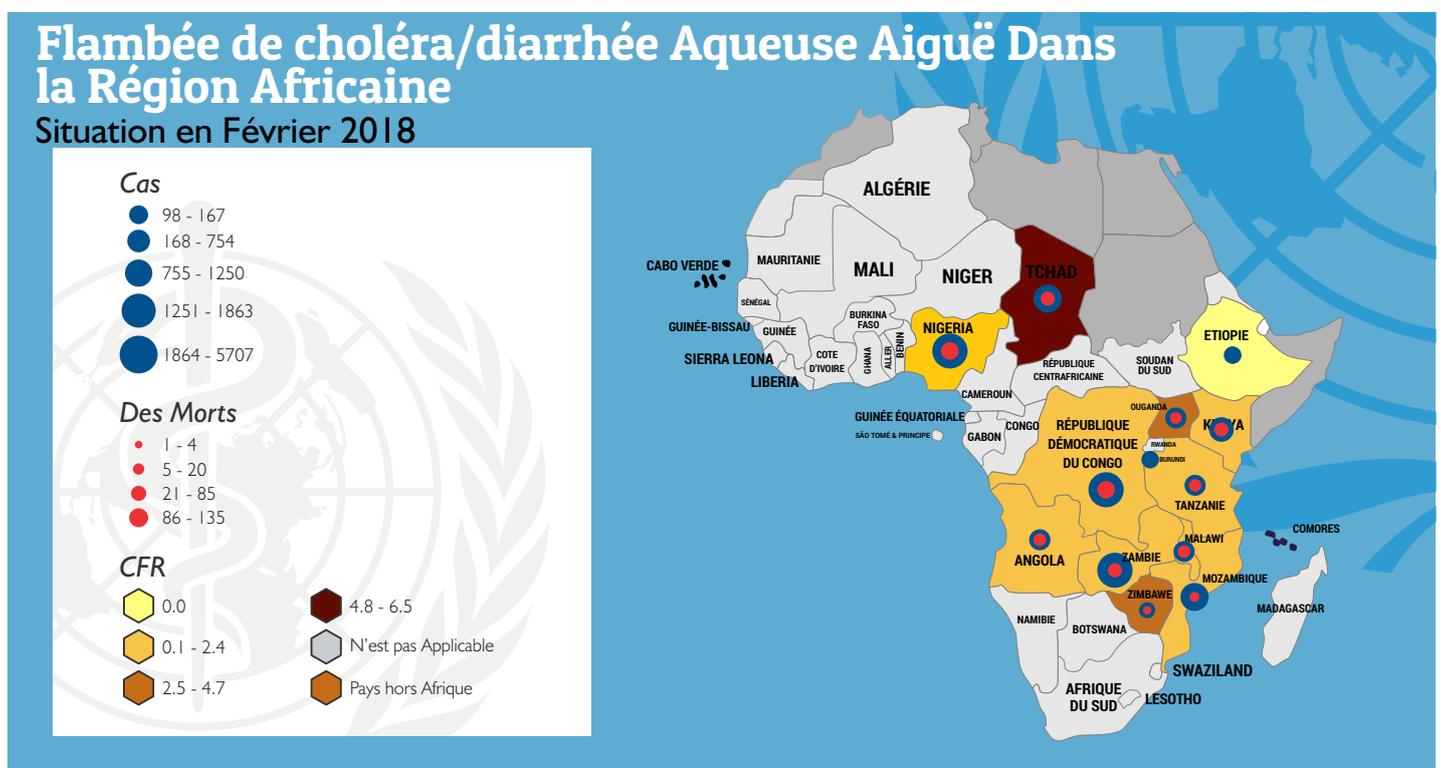
Le Choléra dans la Région Africaine

Dr Linda Omar, OMS/AFRO

L'Afrique subsaharienne subit une lourde charge de choléra. À mi-septembre 2017, plus de 139 000 cas et 3000 décès ont été signalés ; des chiffres qui ne reflètent sans doute pas l'ampleur réelle de la situation. De multiples facteurs augmentent le risque de flambées de choléra dans la Région, à savoir les conflits et les déplacements de population, le manque d'accès à de l'eau saine, le mauvais état des infrastructures sanitaires et les facteurs climatiques. La lutte contre le choléra n'est guère aidée par le manque d'engagement politique, les insuffisances de la surveillance de la maladie et des capacités de laboratoire, et du peu d'initiatives eau, assainissement et hygiène (WASH).

Des vaccins anticholériques oraux (OCV) représentent un outil émergent pour une lutte efficace contre le choléra. Les vaccins disponibles présentent un profil d'efficacité et d'innocuité satisfaisant, mais aussi des désavantages : protection limitée chez les jeunes enfants, la nécessité de prendre deux doses et un goût désagréable. On met actuellement au point des OCV améliorés.

Les OCV peuvent être utilisés à la fois dans les situations d'urgence (urgences humanitaires et flambées de choléra) et dans celles non urgentes (choléra endémique). Une réserve mondiale d'OCV a été constituée, et un Groupe international de coordination fait en sorte que l'on puisse y accéder rapidement dans les situations d'urgence. Le Groupe de travail sur les OCV du Groupe spécial mondial de lutte contre le choléra supervise l'accès aux fournitures lorsqu'il n'y a pas urgence. Depuis 2013, le recours aux OCV a augmenté rapidement, particulièrement dans le cadre des crises humanitaires en 2017.



Le Groupe spécial mondial a élaboré un plan pour éradiquer d'ici 2030 les épidémies de choléra qui surviennent périodiquement dans les mêmes zones géographiques (Ending Cholera: A Global Roadmap to 2030). Le plan prévoit de privilégier les mesures de prévention et de lutte à long terme WASH, ainsi qu'une prise en charge efficace des cas, les OCV jouant un rôle crucial dans cette transition. Un cadre de mise en œuvre de la lutte contre le choléra a été élaboré pour la Région africaine. Il est basé sur une stratégie multisectorielle intégrée qui incorpore surveillance intensifiée et prise en charge efficace des cas avec recours aux OCV, pour appuyer les programmes nationaux de lutte contre le choléra.



Les membres du GTCV ont insisté sur la nécessité d'appliquer la procédure concernant la réserve mondiale qui doit répondre aux objectifs et de ne pas imposer des exigences peu réalistes en matière de données à ceux qui demandent les vaccins. L'importance d'une surveillance efficace du choléra et de bonnes capacités de laboratoire a été soulignée, et l'on s'est dit préoccupé de l'impact du retrait des ressources de l'IMEP sur la surveillance. Il a également été reconnu que les ANR doivent veiller à ce que les cadres politiques nationaux soient compatibles avec l'importation rapide des OCV en cas de besoin ; l'importation peut être retardée si l'on n'a pas enregistré les OCV à l'avance ou si les prescriptions réglementaires font obstacle à l'importation rapide de vaccins nécessaires lors de situations d'urgence.



ÉTUDE DE CAS NATIONALE

Les OCV dans les situations d'urgence : expériences de Freetown, Sierra Leone

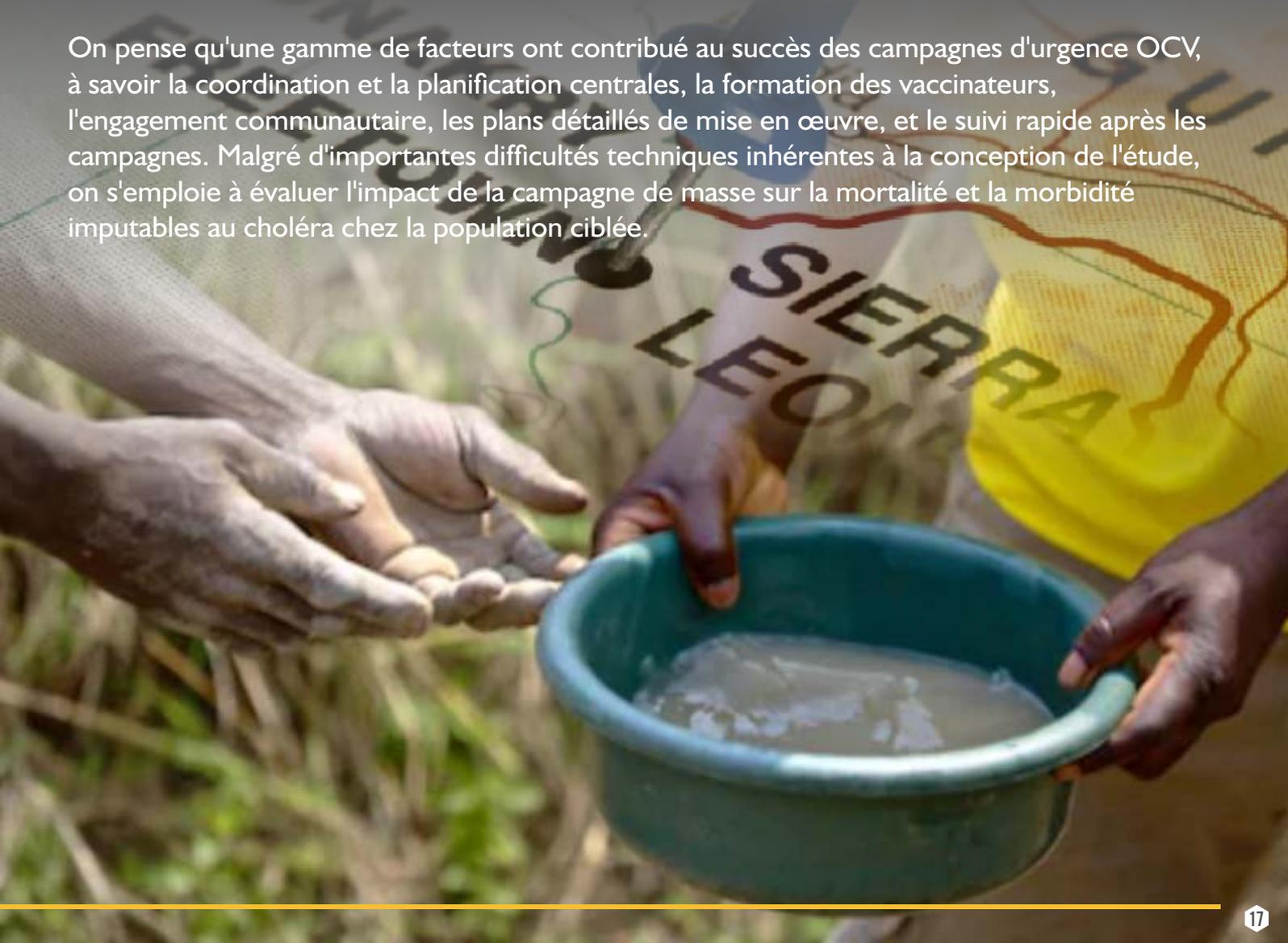
Dr Dennis Marke, Ministère de la Santé, Sierra Leone

En 2017, la Sierra Leone a fait usage pour la première fois des OCV pour prévenir une épidémie de choléra à Freetown, à la suite d'inondations et d'un glissement de terrain qui avaient déplacé près de 6000 personnes. Le pays avait connu des flambées – la dernière d'importance en 2012, dont plus de 23 000 personnes ont pâti.

Avec des partenaires, the Ministère de la Santé a rapidement mis sur pied une intervention d'urgence et, dans l'espace de 72 heures, a obtenu l'approbation du Groupe international de coordination pour l'accès aux OCV de la réserve mondiale. Deux tours de vaccination ont ciblé plus de 500 000 personnes à risque, les agents de santé sont allés de porte à porte, se sont rendus dans les écoles, et ont travaillé dans les établissements de santé.

La couverture vaccinale notifiée était élevée (supérieure en général à 95%). Une enquête de vérification de la couverture auprès de 7000 individus a constaté une couverture légèrement inférieure (80% environ), surtout parmi les adolescents. Près de 30% des personnes vaccinées n'ont reçu qu'une dose. La peur du choléra est la raison la plus souvent invoquée pour avoir demandé à être vacciné. Les raisons avancées pour la non-vaccination sont presque toutes d'ordre pratique ; il y a très peu d'éléments qui indiquent une hésitation vis-à-vis de la vaccination.

On pense qu'une gamme de facteurs ont contribué au succès des campagnes d'urgence OCV, à savoir la coordination et la planification centrales, la formation des vaccinateurs, l'engagement communautaire, les plans détaillés de mise en œuvre, et le suivi rapide après les campagnes. Malgré d'importantes difficultés techniques inhérentes à la conception de l'étude, on s'emploie à évaluer l'impact de la campagne de masse sur la mortalité et la morbidité imputables au choléra chez la population ciblée.



ÉTUDE DE CAS NATIONALE

Lutte Contre le Choléra : Leçons Apprises de la Tanzanie

Mr Christopher Kamugisha, OMS Tanzanie

Une épidémie de choléra qui sévit actuellement en Tanzanie, a commencé à Dar es Salaam en août 2015 et s'est propagée rapidement dans tout le pays. Un Centre des opérations d'urgence de santé publique a été créé au sein du Ministère de la Santé et un groupe de travail national se réunit toutes les semaines. Des rapports journaliers de surveillance présentent un instantané de l'épidémie, quoique les exercices périodiques de validation des données à l'échelle du pays indiquent une certaine sous-déclaration des cas. Les activités de lutte sont axées sur la mobilisation sociale et la promotion des pratiques WASH.

La Tanzanie a utilisé les OCV pour lutter contre une flambée de choléra parmi les réfugiés vivant dans le village de Kagunga, district de Kigoma, sur les rives du lac Tanganyika, en avril 2015. Le HCR a transporté les réfugiés par bateau jusqu'au port de Kigoma et les a installés ensuite dans un camp à Nyarugusu. À septembre 2015, le camp abritait plus de 150 000 personnes.

En mai 2015, une épidémie de choléra s'est produite à Kagunga et dans le camp de transit et s'est propagée au camp principal à Nyarugusu. Dans l'espace de quelques jours, la transmission avait atteint les communautés villageoises locales. Le Ministère de la Santé et l'OMS ont fait conjointement une demande auprès de la réserve mondiale et reçu les vaccins dans les sept jours. Une réunion du Comité national de coordination interinstitutions (ICC) a approuvé l'utilisation de deux doses de vaccin comme riposte d'urgence, et l'ANR du pays a donné son feu vert à une homologation rapide, ce qui fait qu'il a été possible d'émettre un permis d'importation. L'ICC a également décrété que les communautés locales ainsi que les individus dans les camps devaient être vaccinés. En juillet, l'épidémie avait été maîtrisée dans les camps et dans les communautés locales.

L'exercice de vaccination a été considéré comme réussi, grâce en grande partie à une bonne microplanification et mobilisation sociale. Cependant, la mise en œuvre a été retardée parce que le vaccin n'avait pas été enregistré avant l'épidémie. Il a été estimé que le processus de demande à la réserve mondiale posait des problèmes en réclamant des données difficilement accessibles.



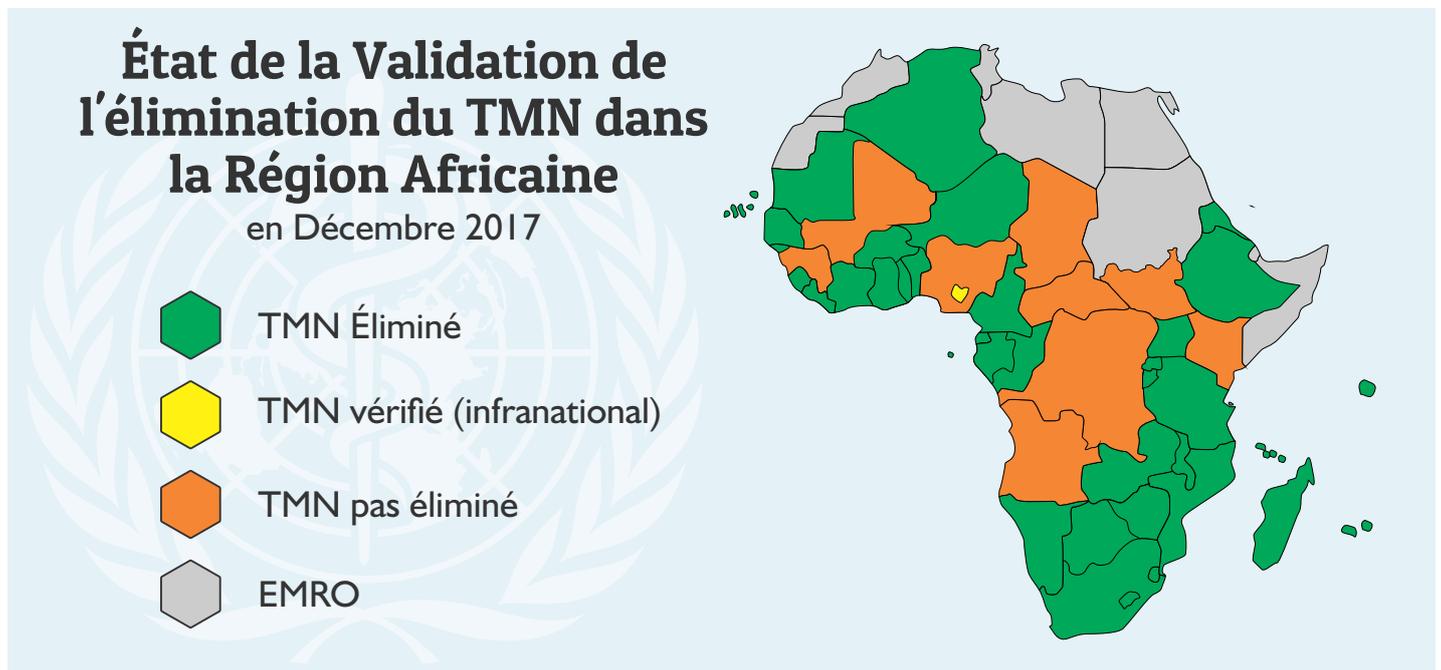
Dr Balcha Masresha, OMS/AFRO

L'élimination du tétanos maternel et néonatal est l'un des objectifs du Plan stratégique régional pour la vaccination. Bien qu'un nombre plus grand de pays aient réalisé l'ETMN, la Région n'a pas atteint la cible de l'ETMN dans 42 pays avant 2017, et n'est pas sur la bonne voie pour atteindre la cible des 47 pays d'ici 2020.

La stratégie d'élimination se fonde sur la vaccination antitétanique (TT) pendant la grossesse, étayée par des AVS dans les zones à risque élevé (conjuguée à des pratiques obstétricales hygiéniques et à la surveillance du tétanos néonatal). L'OMS recommande à présent une stratégie vaccinale comportant six doses (trois doses au départ et trois doses de rappel au cours de l'enfance et de l'adolescence). L'OMS recommande également le vaccin tétanos-diphtérie (Td) pour les doses de rappel, introduit par 18 pays. Cette recommandation est particulièrement pertinente car il y a eu dans le monde plusieurs flambées de diphtérie, surtout dans les zones de conflit civil, y compris dans la Région africaine.

La couverture vaccinale à la naissance est demeurée relativement stable à environ 80%. Dans les années 2014–17, 13,3 millions de femmes en âge de procréer ont reçu deux doses de TT ou plus lors d'AVS ciblant 390 districts à risque dans neuf pays. Ces activités n'ont pas pu toutes être achevées à cause de problèmes de financement et de sécurité.

En décembre 2017, dans 38 pays et une zone du Nigeria l'ETMN a été validée ; et il est vraisemblable qu'elle le sera dans deux autres (Kenya et Tchad) début 2018.



On prévoit diverses activités dans les sept pays restants⁵, dont plusieurs sont touchés par des conflits civils et/ou des épidémies de maladies infectieuses.

Un dossier d'investissement global pour l'ETMN est en cours de mise au point finale ; il cible 16 pays dont neuf dans la Région africaine. Ceci comprendra la prise en considération du recours à des dispositifs préremplis autobloquants compacts qui peuvent être utilisés par des vacinateurs ayant une formation minimale, ce qui facilitera l'accès aux populations difficiles à atteindre.

L'ETMN est considérée comme un élément essentiel de l'accès équitable aux services de santé – l'infection touche généralement les familles les plus défavorisées. Outre le besoin de faire progresser l'ETMN, il a été souligné que la couverture vaccinale doit être maintenue pour prévenir le retour en force de la maladie – maintenir l'ETMN doit continuer à être une priorité même dans les pays où l'élimination a été validée. Les stratégies d'élimination doivent combiner les pratiques obstétricales hygiéniques et sûres avec le renforcement de la vaccination systématique et avec des AVS dans les situations où la couverture vaccinale des femmes enceintes est insuffisante. L'application de la stratégie des six doses, qui devrait réduire le besoin d'AVS, et la tendance vers un recours accru au vaccin Td, constituent un défi d'importance.

Les membres du GTCV ont aussi mis l'accent sur la valeur potentielle des dispositifs préremplis autobloquants compacts. On se trouve actuellement dans une situation sans issue : d'une part, les fabricants qui hésitent à s'engager à produire sur une large échelle en l'absence d'une demande claire, et de l'autre, des programmes réticents à adopter la technologie sans en connaître le coût. Il est nécessaire de toute urgence d'assimiler le dialogue nourri qui a eu lieu entre les fabricants et d'autres parties prenantes pour clarifier les questions de demande, de prix et d'approvisionnement fiable, étant donné que ces dispositifs seraient potentiellement importants pour l'administration du vaccin contre l'hépatite B. Le GTCV a demandé des éclaircissements concernant le statut des dispositifs préremplis autobloquants car il estime que cette technologie peut servir à augmenter la couverture vaccinale dans les zones difficiles d'accès.

⁵ Angola, Guinée, Mali, Nigeria, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Soudan du Sud.

ÉTUDE DE CAS NATIONALE

Difficultés à réaliser l'ETMN : l'expérience du Soudan du Sud

Dr Anthony Laku, Ministère de la Santé, Soudan du Sud

Le Soudan du Sud a été affecté par un conflit civil prolongé qui a eu des répercussions négatives sur la prestation des soins de santé – plus de la moitié de la population de 12,3 millions de personnes n'a pas accès aux établissements de santé. Près de 7,4 millions de personnes ont été éprouvées par le conflit qui a fait 3,9 millions de déplacés. Le Soudan du Sud a subi de multiples flambées épidémiques et souffre d'insécurité alimentaire, en outre le pays connaît une grave pénurie d'agents de santé.

Face à ces difficultés, le pays a eu beaucoup de mal à réaliser ses objectifs en matière de vaccination systématique et d'AVS : 61% des comtés avaient une couverture de moins de 80% lors d'un troisième tour d'AVS pour le tétanos, et 27 des 80 comtés n'étaient pas du tout accessibles. Par ailleurs, la couverture par la vaccination systématique baisse, même si la protection contre le tétanos à la naissance était de 68% en 2016, ce qui représente une légère augmentation par rapport aux années précédentes.

La promotion de pratiques d'accouchement hygiéniques n'a pas été exempte de difficultés étant donné que seulement 13% des mères ont accès à des soins obstétriques qualifiés, en partie à cause de la pénurie chronique d'agents de santé et des attaques contre les services de santé. La surveillance laisse beaucoup à désirer : il n'y a pas de surveillance des cas et les rapports des comtés sont incomplets.

Le pays a élaboré des stratégies pour améliorer la couverture vaccinale, y compris des approches 'hit and run' pour les zones peu sûres et le renforcement ciblé des services de vaccination systématique dans certaines zones géographiques. Un nouveau plan pluriannuel complet ETMN a été élaboré pour 2018–2022 ; il englobe les AVS, les services de vaccination systématique, le passage du vaccin TT à Td, et la surveillance des cas. L'objectif est aussi d'améliorer l'intégration de la vaccination aux autres services de santé et son inclusion dans un plan général de ressources humaines pour la santé.



Schéma directeur en matière de recherche-développement (R-D) concernant la prévention des maladies à potentiel épidémique

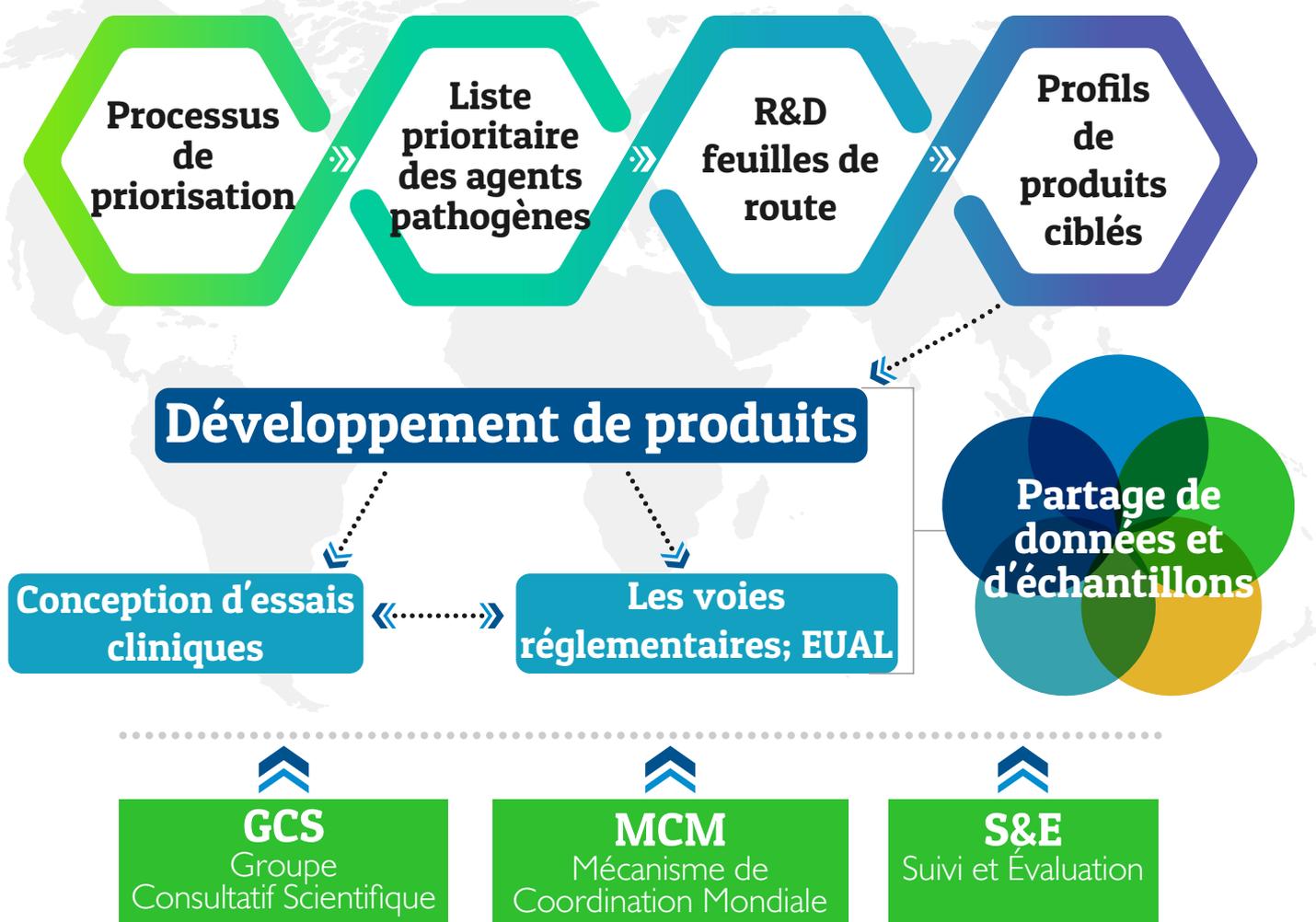
Dr Joachim Hombach, Siège de l'OMS

L'OMS élabore un schéma directeur R-D pour remédier aux interventions R-D non coordonnées lors de l'épidémie d'Ebola. Il a pour objet de fournir un cadre mondial pour appuyer des ripostes R-D plus rapides et mieux coordonnées aux flambées de maladies infectieuses émergentes, ainsi qu'une collaboration entre partenaires plus efficace et plus équitable. En concluant à l'avance un accord sur les termes du schéma directeur on garantit que les données utiles à la santé publique concernant les vaccins et d'autres interventions seront générées plus rapidement en cas d'épidémie.

Le schéma directeur comprendra trois domaines : améliorer la coordination, accélérer la R-D, et établir de nouvelles normes et critères. Pour faciliter le développement de produits, on a établi une liste des agents pathogènes prioritaires ainsi qu'une feuille de route R-D et les profils de produits cibles. Des discussions sont menées sur les modèles d'essais cliniques appropriés et normalisés et sur l'harmonisation des mécanismes de réglementation.

Les activités sont dirigées par un groupe consultatif scientifique, un mécanisme mondial de coordination, et des structures de suivi et évaluation.

Fonctionnement du schéma directeur



Le processus en cours comprend des discussions sur les outils méthodologiques utilisés pour évaluer les vaccins, ainsi que le niveau actuel de préparation des ANR. Le volet normes et critères met aussi au point des outils pratiques et d'orientation pour faciliter la collaboration et le partage de données et d'échantillons.

Les membres du GTCV ont dit combien il était important que la Région soit préparée à mener des essais cliniques lors d'épidémies, mais qu'il était aussi important de faire en sorte que les chercheurs africains soient au cœur de cette recherche. L'expérience acquise lors de la flambée d'Ebola a révélé aussi la nécessité d'aborder les problèmes sensibles relatifs à la propriété des échantillons et au partage des données. Le rôle important de l'AVAREF dans le développement des capacités des ANR, la promotion de l'harmonisation de l'évaluation des essais cliniques et l'autorisation de nouveaux vaccins ainsi que l'amélioration de la préparation réglementaire a aussi été reconnu.

Cadre stratégique pour la recherche sur la vaccination dans la Région africaine de l'OMS

Dr Joseph Okeibunor, OMS/AFRO

La recherche est un outil puissant pour la réalisation des objectifs du Plan stratégique régional pour la vaccination. Cependant, la recherche sur la vaccination dans la Région africaine ne tient pas toujours compte des priorités régionales et nationales, étant souvent pilotée par les intérêts de commanditaires extérieurs. Pour remédier à ce problème, le précurseur du GTCV a proposé en 2013 l'élaboration d'un cadre stratégique pour la recherche qui établirait le programme de recherche en matière de vaccination dans la Région.

Au terme d'un long processus de consultation, un groupe de travail a élaboré un projet de cadre stratégique, destiné à permettre aux pays de concevoir et de mener des recherches de qualité relatives à la vaccination, qui répondent à leurs besoins, et diffuser des données factuelles afin d'éclairer les politiques et la pratique. Ceci devrait à terme accélérer la mise au point de vaccins et améliorer la prestation des services de vaccination.

Le Cadre stratégique couvre toutes les étapes du processus de recherche, y compris la formulation de thèmes de recherche, la conception et la conduite des travaux de recherche, et la diffusion des résultats. Il recense trois domaines prioritaires pour la recherche : l'épidémiologie de la maladie et l'impact des vaccins ; les essais cliniques ; la mise en application de résultats de la recherche et la participation communautaire. Une fois finalisé, le cadre fournira des orientations essentielles sur le développement dans la Région d'une recherche sur la vaccination axée sur les besoins.

Les discussions ont souligné que le GTCV doit fournir des éléments nécessaires pour la mise au point finale du cadre stratégique et des conseils pour sa diffusion, et mis l'accent sur le fait que les chercheurs africains doivent jouer un rôle prépondérant dans les programmes nationaux de recherche sur la vaccination. Ceci dépendra évidemment du développement à long terme de la capacité de recherche dans la Région, y compris les approches utilisées pour faire revenir et pour retenir les chercheurs africains qui travaillent en dehors de la Région.

“ Tout en félicitant l'OMS/AFRO pour les progrès réalisés dans l'élaboration du Cadre stratégique pour la recherche sur la vaccination, le GTCV a recommandé de demander l'avis d'autres parties prenantes pour tenir compte de tout l'éventail des besoins de la Région dans le domaine de la recherche. ”

Conclusion

Pour conclure la réunion, le Professeur Rees a présenté un récapitulatif du projet de recommandations et remercié les participants d'avoir contribué si pleinement aux discussions. Ses commentaires ont été amplifiés par le Dr Mihigo, qui a aussi salué les contributions au débat des représentants des groupes consultatifs techniques nationaux. Clôturent la réunion, le Dr Zawaira a exhorté les participants à saisir l'occasion et à tirer parti de la dynamique créée par la Déclaration d'Addis-Abeba et la revitalisation du Bureau régional de l'OMS pour faire avancer le programme de vaccination en Afrique.

Les Membres du GTCV

- 01 Helen Rees Présidente du GTCV
- 02 Mohamed-Mahmoud Hacen Membre du GTCV
- 03 Stephen Lwanga Membre du GTCV
- 04 Daniel Tarantola Membre du GTCV
- 05 Robert Linkins Membre du GTCV
- 06 Bill Brieger Membre du GTCV
- 07 Ekoe Tetanye Membre du GTCV
- 08 Ephrem Tekle Lemango Membre du GTCV
- 09 Rose Agatha Kambarami Membre du GTCV
- 10 Haroon Saloojee Membre du GTCV
- 11 Folake Olayinka Membre du GTCV
- 12 Robin Biellik Membre du GTCV