



Organisation
mondiale de la Santé

BUREAU RÉGIONAL DES
Afrique

Groupe consultatif technique régional sur la vaccination (RITAG)

Rapport de la réunion tenue
les 18 et 19 novembre 2020

BASIC HEALTH CENTRE ODODE-IDANRE.



Résumé d'orientation

Le Groupe consultatif technique régional sur la vaccination (RITAG) de la Région africaine de l'OMS a tenu sa réunion semestrielle les 18 et 19 novembre 2020. Plus de 250 experts mondiaux de la vaccination ont pris part à cette rencontre virtuelle. Il s'agissait notamment des membres du RITAG, des membres des Groupes Techniques Consultatifs sur la Vaccination (GTCV) des pays de la Région africaine de l'OMS, des représentants des partenaires de développement et des bailleurs de fonds, des responsables des programmes de vaccination dans les pays de la Région africaine, des experts de la vaccination de l'OMS et de l'UNICEF dans la Région africaine.

Les délibérations ont porté sur trois questions importantes : premièrement, la situation de la pandémie au COVID-19 et les questions sur les vaccins y afférents; deuxièmement, la situation des services de vaccination sur fond de COVID-19 et les stratégies futures en vue de la redynamisation de ces services ; et troisièmement, l'état des lieux des problèmes qui se posent par rapport à l'éradication de la poliomyélite, notamment le nombre croissant de poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale de type 2 et les interventions envisagées.

Les responsables et chargés de la coordination des questions susmentionnées ont présenté différents exposés d'orientation et d'information. Les exposants étaient issus du Bureau régional de OMS siège pour l'Afrique (OMS/AFRO), OMS siège, de GAVI, l'Alliance du vaccin et du Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination (SAGE). Les membres du RITAG ont adressé à l'OMS, aux partenaires et aux pays des recommandations importantes à mettre en œuvre afin de répondre aux défis et problèmes mis en évidence dans les présentations et les débats. D'une manière générale, les recommandations insistent sur la nécessité d'assurer l'attribution juste et équitable des vaccins contre la COVID-19 au profit de la région et des populations prioritaires. Elles relèvent en outre le besoin de réorganiser les services de vaccination et de les poursuivre dans le contexte de la COVID-19. De surcroît, elles comportent des mesures devant permettre à la Région de maintenir l'éradication du poliovirus sauvage.

Cette réunion du RITAG a particulièrement été marquée par une cérémonie spéciale virtuelle d'hommage au docteur Robb Linkins, ancien membre du RITAG ; au docteur Robert (Bob) Davis, un artisan des programmes de vaccination ; et au docteur Koffi Isidore, ancien expert au programme polio de l'OMS/AFRO.

Aperçu

Le vaccin contre la COVID-19

La COVID-19 est une pandémie à durée indéterminée qui met à rude épreuve les systèmes de santé et de surveillance déjà faibles en Afrique. Les mesures sociales visant à endiguer la transmission de la maladie ont des conséquences socioéconomiques importantes qui pèsent en particulier sur les populations déjà vulnérables. Cependant, il apparaît que la pandémie a été moins meurtrière en Afrique qu'en Europe, en Amérique du Nord et en Asie. Il est cependant difficile de dresser un bilan précis de la COVID-19 dans la Région africaine de l'OMS en raison des faibles niveaux de dépistage et de notification. Les nombreuses études de séroprévalence en cours devraient produire des données supplémentaires sur les niveaux d'exposition de la population africaine au SARS-COV-2.

Le RITAG a noté néanmoins avec une vive inquiétude que le nombre de décès imputables à la COVID-19 parmi les agents de santé est trop élevé, par rapport à l'ensemble des cas enregistrés dans la Région et le monde entier. Cette situation est particulièrement préoccupante, au regard de la place vitale que tiennent les professionnels de la santé dans la riposte à la pandémie et la prestation de tous les services de santé de base. Tout doit être mis en œuvre pour protéger le personnel de santé et appliquer impérativement les recommandations précédentes du RITAG sur la question.

Le RITAG a pris acte des efforts concertés de l'OMS, du Centre de Contrôle et de Prévention des Maladies pour l'Afrique (Africa CDC) et d'autres acteurs mondiaux pour prêter soutien aux pays en ce qui concerne le diagnostic, la notification et la prise en charge des cas de COVID-19 dans la Région africaine, en dépit du manque de matériel de dépistage et d'équipements de protection individuelle (EPI) dans certaines parties de la Région. La multiplication et la décentralisation des installations de dépistage ainsi que l'introduction des tests diagnostiques rapides sont aussi louables.

La mise au point et la fourniture de vaccins efficaces et sans danger, parallèlement à l'application des autres moyens de prévention de la COVID-19, sont un moyen essentiel de mettre fin à la pandémie. Cependant, il est tout aussi important de choisir les types de vaccins appropriés et d'identifier les bonnes populations cibles. À la lumière de l'introduction réussie par le passé de vaccins comme le MenAfriVac et celui contre Ebola, qui ont été évalués et mis en œuvre dans la Région africaine, il est important d'étayer ces décisions par des données épidémiologiques. Il eût sans doute été préférable d'avoir des données sur la sécurité et l'efficacité des vaccins produites dans la région, bien que cela puisse être peu réaliste si l'on en juge par la célérité avec laquelle les vaccins ont dû être mis au point et introduits. En revanche, une fois les vaccins introduits, il sera essentiel d'avoir en place des systèmes permettant un contrôle rigoureux de leur innocuité et de leur efficacité au niveau de la population. Le RITAG pense qu'il est indispensable de fonder les décisions sur des données factuelles pour atteindre le niveau voulu d'acceptation, d'utilisation et d'impact des vaccins.

En conséquence, le RITAG s'est félicité du cadre de valeurs du SAGE de l'OMS pour l'attribution des vaccins anti-COVID-19 et la feuille de route pour la détermination des groupes à vacciner en priorité. Ce document, auquel il souscrit, vise à donner des orientations provisoires aux responsables de l'élaboration des politiques et aux experts-conseils aux niveaux mondial, régional et national. Le RITAG a approuvé aussi les orientations sur l'établissement des priorités concernant les populations cibles dans un contexte d'approvisionnement limité, tout en relevant qu'il est important de tenir compte du contexte au niveau des pays.

Le COVAX est un dispositif visant à garantir à tous les pays du monde un accès adéquat et équitable à des vaccins sans danger et efficaces. Le RITAG se réjouit du plan de subvention d'appui à 92 pays participant à l'initiative des engagements d'achat à terme de même que de la possibilité offerte aux pays finançant eux-mêmes leurs achats de profiter de négociations collectives des prix. L'objectif général sera dans un premier temps de fournir à tous les pays participants les vaccins achetés

pour jusqu'à 20 % de leur population, puis de partager les coûts des vaccins supplémentaires dont ils pourraient avoir besoin. Le RITAG a pris aussi acte de l'ambition et des efforts de mobilisation des ressources de l'Union africaine (UA) qui entend vacciner jusqu'à 60 % de la population contre la COVID-19 afin de développer éventuellement une immunité collective et d'atténuer davantage les conséquences sanitaires et économiques du virus.

Le RITAG reconnaît l'expérience acquise par la Région africaine dans la riposte à des épidémies comme Ebola, le choléra et la fièvre jaune, qui aura permis de développer un certain niveau de préparation pour faire face à des épidémies touchant tous les âges et nécessitant un ensemble d'interventions préventives, diagnostiques et thérapeutiques. Certes, ces précédentes flambées épidémiques peuvent avoir permis d'accumuler de l'expérience dans la fourniture des vaccins, mais chaque flambée à des caractéristiques propres qui doivent être prises en compte, particulièrement en ce qui concerne la communication au sujet des risques.

Comparée aux autres continents, l'Afrique, à l'exception de l'Afrique du Sud, n'a pas subi de plein fouet les effets sanitaires directs de la pandémie pour des raisons qui n'ont pas encore été élucidées. Cette situation peut amener le public, voire de nombreux agents de santé, à penser à tort que la COVID-19 n'est pas un « problème africain ». Ces idées fausses, souvent alimentées par la désinformation, peuvent susciter la méfiance à l'égard des vaccins, une situation de plus en plus préoccupante. De surcroît, il apparaît que sur le continent l'on respecte de moins en moins les principales mesures barrières comme le port du masque, la désinfection des mains et la distanciation physique. Dans ces circonstances, les communications au sujet des vaccins doivent s'intégrer dans le cadre général de la prévention de la COVID-19 par la vaccination et tenir compte du contexte social, culturel et politique de chaque pays.

Redynamiser la vaccination et la surveillance des maladies évitables par la vaccination dans la Région africaine dans le contexte de la COVID-19

Le RITAG a noté avec inquiétude la perturbation des programmes de vaccination résultant de la pandémie de COVID-19, qui a entraîné une forte baisse de la couverture vaccinale ainsi que le report de l'introduction de nouveaux vaccins et des activités de vaccination supplémentaires (AVS) prévues dans les pays de la Région africaine. Les confinements et la peur d'être infecté par la COVID-19 ont eu des répercussions très négatives sur les éléments des programmes qui s'en sont trouvés perturbés. De même, la surveillance des maladies évitables par la vaccination et de la paralysie flasque aiguë (PFA) ont pâti de la réaffectation des structures de surveillance et des ressources humaines vers les activités de lutte contre la COVID-19. Cette situation a donné lieu à des retards dans la notification et l'investigation des cas et à la détérioration de la qualité de la collecte, du transport et de l'analyse des prélèvements.

Les pays mettent en œuvre diverses stratégies correctives innovantes pour rattraper les services manqués en s'appuyant sur les lignes directrices publiées par l'OMS relativement au maintien des services essentiels dans le contexte de la pandémie de COVID-19. Ces stratégies innovantes englobent l'ajustement de leurs politiques de vaccination pour tenir compte des campagnes retardées, la mise en œuvre de nouveaux modes de prestation de services, l'intégration des services de vaccination dans d'autres campagnes de santé et de nutrition infantiles, de même que la communication et la sensibilisation à la sécurité et la disponibilité des services. Ainsi, les enfants qui ont manqué des doses de vaccins sont en train d'être vaccinés ; les AVS reportées sont mises en œuvre et les pays renforcent à présent les normes régissant leurs stocks régulateurs de vaccins pour faire face aux crises futures. Le RITAG salue les efforts que font les pays pour gérer la situation et relancer les services de vaccination.

Cadre régional de mise en œuvre du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030

Le RITAG a noté que l'OMS/AFRO a élaboré le cadre de mise en œuvre du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030 dans la Région

africaine suivant la recommandation formulée lors de ses réunions précédentes. Il a pris acte des modifications apportées aux objectifs, cibles, jalons, stratégies ainsi qu'aux actions prioritaires proposées dans le cadre régional. Le RITAG note aussi que le cadre régional révisé est soumis au Comité régional de la Région africaine pour examen et adoption à la prochaine réunion de cette instance Comité.

Le RITAG reconnaît qu'il est nécessaire de continuer l'élaboration du Plan stratégique régional pour la vaccination 2021-2025, socle de la mise en œuvre du cadre régional. Le RITAG a cependant insisté sur le fait **qu'il lui fallait plus de temps pour discuter des nouveaux indicateurs, cibles et jalons du cadre régional, et a indiqué qu'une autre séance spéciale était nécessaire pour mener cette consultation.**

Éradication de la poliomyélite, nouveau vaccin antipoliomyélique oral de type 2 (nVPO2) et vaccin antipoliomyélique inactivé (VPI)

Le RITAG s'inquiète du nombre élevé de flambées du poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 (PVDVc2) dans la région, tout en se réjouissant des progrès remarquables faits pour réussir à reprendre les campagnes de riposte aux flambées malgré la pandémie de COVID-19 en ; plus de 35 millions d'enfants dans 15 pays ont reçu le vaccin antipoliomyélique oral monovalent de type 2 (VPOm2) à l'occasion des campagnes menées depuis septembre 2020.

Le RITAG a conscience des difficultés que pose la riposte à une flambée épidémique à l'aide du VPOm2, notant qu'une proportion importante

de cas de PVDVc2 tire sa source du VPOm2. Par conséquent, le RITAG se félicite du plan d'utilisation du nouveau vaccin antipoliomyélique oral de type 2 (nVPO2) pour répondre aux flambées de poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 à partir de 2021, et salue les efforts faits pour planifier son déploiement dans les pays à haut risque. Le nVPO2 est approuvé en vertu de la procédure d'autorisation d'utilisation en situation d'urgence dans le cadre de la phase finale de l'éradication de la polio. Comparé au VPOm2, il y a moins de risques qu'il favorise de nouvelles infections de PVDVc2 tout en fournissant un niveau de protection égal.

L'introduction du vaccin antipoliomyélique injectable dans la vaccination de base visait à renforcer l'immunité individuelle, contribuant ainsi, en même temps que les autres stratégies, aux efforts d'éradication de la poliomyélite. Elle a été entravée par l'offre mondiale limitée qui a empêché une introduction généralisée du vaccin injectable et freiné son adoption. Le RITAG se réjouit de l'annonce de la résolution des pénuries mondiales de vaccins antipoliomyéliques injectables.

Le RITAG a accueilli favorablement la certification en août 2020 de l'éradication du poliovirus sauvage dans la Région africaine. Dans ce contexte, le RITAG reconnaît la confusion que pourrait susciter la poursuite exigée de la vaccination contre la poliomyélite et l'introduction dans certaines parties de la région d'un nouveau vaccin (nVPO2) pour contrer le PVDVc 2.



Recommandations

Le vaccin contre la COVID-19

Le RITAG formule les recommandations suivantes :

- 1** L'OMS, Africa CDC et d'autres partenaires devraient faciliter **l'examen et l'étude détaillés des données cliniques et épidémiologiques existantes sur la COVID-19 et le SARS-CoV-2**, notamment la distribution de la COVID-19, les taux de mortalité et les comorbidités associées dans la région, pour fonder la détermination des groupes de populations à vacciner en priorité sur des données factuelles dans le cadre de la vaccination contre la COVID-19 dans la Région africaine.
- 2** Les gouvernements devraient mettre en place des comités consultatifs nationaux sur la COVID-19 chargés d'adapter **la feuille de route de l'OMS pour la détermination des populations à vacciner en priorité contre la COVID-19**, afin de garantir l'attribution équitable des vaccins, à l'aide des données cliniques et épidémiologiques nationales sur la COVID-19 et du résultat de l'évaluation de l'état de préparation. Ces structures nationales devraient bénéficier du soutien de l'OMS, d'Africa CDC, des organisations partenaires, des GTCV (Groupes techniques consultatifs sur la vaccination), des organisations de la société civile (OSC) et des institutions de recherche pour la santé publique.
- 3** Grâce au soutien concerté (et après préqualification) de l'OMS et des partenaires, les gouvernements **devraient choisir les vaccins anti-COVID-19 appropriés pour leurs pays**, à la lumière de **l'analyse des données** sur la sécurité, la qualité et l'efficacité des vaccins, de la **pertinence programmatique** et du **coût opérationnel** de la fourniture des vaccins, et en suivant les orientations du COVAX ainsi que de leurs NITAG et comités consultatifs nationaux sur la COVID-19.
- 4** L'OMS et les partenaires devraient développer et **fournir aux pays des outils et un appui technique** pour leur permettre d'identifier **les mythes et fausses informations propagés au sujet des vaccins anti-COVID-19**, et mettre en œuvre des activités de communication dynamiques destinées à contrer la désinformation et à remédier à la méfiance potentielle à l'égard des vaccins.
- 5** Grâce à l'appui coordonné de l'OMS et des partenaires de même qu'à la mobilisation des groupes communautaires, des organisations de la société civile (OSC) et d'autres intervenants, les pays **devraient élaborer et appliquer un plan ou une stratégie solide de communication sur les risques des vaccins anti-COVID-19, sur la base de l'idée que l'on se fait des risques, des risques réels et de la convenance culturelle** (pertinence locale). La stratégie devrait se fonder sur **des études ethnographiques et socio-anthropologiques**, et s'inspirer **d'expériences antérieures** de riposte à des flambées similaires à l'aide de vaccins (par exemple, Ebola, fièvre jaune, choléra, etc.). De surcroît, la stratégie devrait viser à communiquer non seulement sur les vaccins, mais aussi sur **l'ensemble des interventions relatives à la COVID-19**, et cibler aussi bien les collectivités que **les agents de santé, les responsables sociaux et politiques et les groupes à haut risque**.
- 6** Les pays entièrement financés par l'initiative des engagements d'achat à terme et ceux qui s'autofinancent sont encouragés à **obtenir et acquérir les vaccins anti-COVID-19 par le biais du dispositif COVAX** à un prix négocié.
- 7** Au regard de l'objectif visant à administrer le vaccin anti-COVID-19 à au moins 60 % de la population africaine, l'OMS/AFRO, l'UA, Africa CDC et d'autres partenaires devraient **mettre ensemble les ressources des donateurs, des prêteurs, les ressources nationales et de sources privées** à la fois pour financer le dispositif COVAX et aider les pays à **acquérir les vaccins anti-COVID-19**.
- 8** Dans l'esprit de l'engagement pris dans la Déclaration d'Addis Abeba sur la vaccination de renforcer la capacité de développement et de production des vaccins, et vu la nécessité de renforcer la résilience face aux flambées futures de maladies évitables par la vaccination dans la Région africaine, l'OMS, l'UA et d'autres partenaires devraient prêter soutien aux pays afin qu'ils **renforcent progressivement la capacité de développement et de production des vaccins**. Il pourrait s'agir **du remplissage et de la finition des produits**, de la production de **vaccins traditionnels et faciles à développer** et, plus tard, de la production de **vaccins plus complexes** comme celui contre la COVID-19.

Redynamiser la vaccination et la surveillance des maladies évitables par la vaccination dans la Région africaine dans le contexte de la COVID-19

Le RITAG formule les recommandations suivantes :

- 1** L'OMS et les partenaires devraient aider les pays dont les systèmes de surveillance des maladies évitables par la vaccination et de la PFA sont faibles à envisager des modèles **intégrant et rationalisant de façon plus efficiente les systèmes de surveillance des maladies évitables par la vaccination, de la PFA et de la COVID-19**. L'OMS et les partenaires devraient impérativement **partager les expériences** du Zimbabwe et de la Zambie afin de mettre en évidence des méthodes éprouvées que les pays peuvent appliquer pour restaurer les activités de surveillance à court terme.
- 2** L'OMS/AFRO et les Bureaux de représentation de l'OMS devraient encourager les pays à développer des systèmes de **suivi et de comptabilisation des activités de rattrapage dans leurs systèmes nationaux d'information de gestion de la santé**.

Éradication de la poliomyélite, nVPO2 et VPI

Le RITAG formule les recommandations suivantes :

- 1** Avec l'appui concerté de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP), les pays de la Région africaine devraient renforcer leur **communication** au public, aux agents de santé et aux responsables de l'élaboration des politiques sur l'importance de poursuivre l'administration du VPOm2/nVPO2 et du VPI, et sur la justification de la poursuite des activités de vaccination même après la certification de l'éradication du poliovirus sauvage dans la Région.
- 2** Avec l'appui coordonné de l'OMS/AFRO et d'autres partenaires de l'IMEP, les pays présentant un risque élevé de flambée épidémique de PVDVc2 devraient élaborer des **plans de préparation**, introduire le **nVPO2**, et après l'introduction, réaliser le **suivi des données afin d'évaluer le nVPO2** du point de vue de son efficacité et de sa sécurité au niveau des populations, notamment les propriétés des souches, par rapport au VPOm2.
- 3** L'OMS et les partenaires devraient élaborer et mettre en œuvre des plans destinés à aider les pays à **améliorer la couverture du vaccin antipoliomyélitique inactivé dans la vaccination systématique**, notamment en évoluant vers l'introduction d'une **deuxième dose de VPI**, de façon à accroître le niveau d'immunité de la population. Les campagnes nationales d'administration du VPI devraient être davantage **intégrées aux campagnes de vaccination antirougeoleuse** pour atteindre une meilleure couverture.



1. Séance d'ouverture

Propos liminaires

Les propos liminaires ont été présentés par le professeur Helen Rees, présidente du RITAG. Elle a souhaité la bienvenue aux participants à la réunion semestrielle et débute son allocution en saluant les réalisations éclatantes de la Région africaine. La certification de l'éradication du poliovirus sauvage dans la Région en août 2020 et la déclaration de la fin de la 11^e épidémie d'Ebola en République démocratique du Congo (RDC) sont ainsi applaudies. Elle félicite le docteur Matshidiso Moeti, la Directrice régionale du Bureau africain de l'OMS, le docteur Richard Mihigo, coordonnateur du programme des maladies évitables par la vaccination à l'OMS/AFRO, et l'ensemble du secrétariat de l'OMS pour les œuvres accomplies dans la région et les contributions importantes qu'ils ont apportées à leur réalisation. Elle se réjouit aussi de ce que le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination (SAGE) a mis le RITAG à contribution lorsqu'il formulait ses recommandations.

La présidente a affirmé que la COVID-19 est un événement de santé publique sans précédent qui touche nos vies personnelles et professionnelles, nos collectivités, la Région africaine et le monde entier. Elle a salué les efforts faits par des institutions mondiales comme l'OMS, la Coalition pour les innovations dans la préparation aux épidémies (CEPI) et GAVI, l'Alliance du vaccin, pour créer des plateformes et des outils innovants permettant de renforcer la riposte à la COVID-19 et d'en atténuer les effets sur les services de santé de base. La présidente relève la contribution importante du RITAG dans la formulation de recommandations audacieuses et solides visant à garantir un accès juste et équitable à ces outils et aux vaccins anti-COVID-19 en préparation.

Le professeur Rees a rappelé aux membres du RITAG les protocoles de la réunion, notamment l'obligation de déclarer tout conflit d'intérêts potentiel et confirme par la suite que tous les membres sont en règle. Les autres participants sont aussi invités à déclarer et préciser tout conflit d'intérêts dans les travaux virtuels. Évoquant l'adoption du programme de travail lors des délibérations à huis clos du RITAG avant l'ouverture officielle de la réunion, elle a convié l'invité d'honneur, le docteur Joseph Cabore, directeur de la gestion des programmes, délégué par le docteur Moeti – à prononcer l'allocution d'ouverture.

Allocution d'ouverture

Au nom de la Directrice régionale, le docteur Cabore a souhaité la bienvenue à tous les participants à la réunion, notant qu'elle se tient à un moment important marqué par un intérêt grandissant dans le monde pour les vaccins anti-COVID-19, et l'annonce récente des résultats de la phase 3 des essais cliniques de ces vaccins. La COVID-19 a montré qu'un risque de santé publique survenant dans n'importe quelle localité du globe constitue une menace pouvant toucher la population mondiale. Pour atténuer les répercussions de la COVID-19, plusieurs pays à revenu élevé ont engagé des ressources et signé des contrats d'acquisition des vaccins. Parallèlement, l'OMS, Gavi, l'Alliance du vaccin et la CEPI ont collaboré pour créer le COVAX, un dispositif pouvant permettre aux pays à revenu faible ou intermédiaire (les 47 pays de la Région africaine compris) d'obtenir un accès équitable aux vaccins, quel que soit leur niveau de revenu, lorsque des vaccins efficaces seront disponibles.

Le docteur Cabore a insisté sur les avantages que le dispositif pourrait procurer à la Région africaine, tout en relevant les difficultés liées à l'introduction de nouveaux vaccins que la Région doit se préparer à affronter. Préparer les systèmes et les institutions en vue des autorisations réglementaires, définir les groupes à vacciner en priorité et affiner les stratégies de distribution sont quelques-uns des principaux défis requérant une préparation, que le directeur de la gestion du programme a cité. Les pays africains en particulier devront développer les capacités pouvant permettre une distribution efficace des vaccins tout en respectant les exigences relatives à la chaîne du froid pour des vaccins précis. Le docteur Cabore rappelle que durant l'Assemblée mondiale de la Santé tenue la semaine précédant la réunion du RITAG, ces problèmes potentiels ont été soulevés par les États Membres de la Région africaine, qui ont insisté sur les incidences financières de ces exigences et des stratégies de mobilisation communautaire associées.

Le docteur Cabore a souligné que les services de santé en général et les services de vaccination en particulier ont souffert de la pandémie de COVID-19. Plus de 1 million d'enfants ont raté leur troisième dose de vaccin antidiphthérique/antitétanique/anticoquelucheux (DTC3) à cause des perturbations des services causées par la pandémie. Le taux de couverture déjà faible du DTC3 (74 % d'après le rapport de 2019) va probablement reculer davantage dans la Région africaine. Relevant le fait illustratif que 35 millions d'enfants dans 15 pays ont été vaccinés lors de campagnes de vaccination contre la poliomyélite depuis juillet 2020 en réponse aux flambées de PVDVc2, il salue les efforts faits pour relancer les services essentiels, notamment la vaccination, sur fond de COVID-19.

Le docteur Cabore a affirmé que les orientations du RITAG au sujet du vaccin anti-COVID-19 seront accueillies très favorablement et le secrétariat de l'OMS/AFRO s'en servira pour donner des orientations stratégiques aux pays de la Région. Vu qu'il est indispensable d'intensifier les interventions visant toutes les maladies évitables par la vaccination afin d'empêcher une baisse plus importante de la couverture vaccinale à cause de la COVID-19, il a aussi été demandé au RITAG de suggérer des stratégies de réorganisation des services de vaccination. En déclarant la réunion officiellement ouverte, le docteur Cabore indique que la Directrice régionale attend impatiemment les recommandations du RITAG concernant les vaccins contre la COVID-19, la redynamisation des services de vaccination et la poursuite des efforts d'éradication de la poliomyélite dans la Région.

Points saillants de la réunion du SAGE d'octobre 2020

Le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination (SAGE) s'est réuni en octobre 2020 pour délibérer et donner des directives sur les principales problématiques liées aux vaccins contre la COVID-19, aux activités de vaccination en temps de COVID-19, à la reprise des services et à l'éradication de la poliomyélite. Le docteur Alejandro Cravioto, président en exercice du SAGE, a présenté les décisions de son groupe à la réunion du RITAG. Le SAGE a formulé, entre autres, les recommandations suivantes :

Concernant la vaccination dans le contexte de la pandémie de COVID-19 et d'autres événements perturbateurs :

Avec la reprise progressive des programmes de vaccination, il y a des risques que les enfants « **zéro dose** » continuent d'être laissés de côté, exacerbant ainsi les inégalités. Par conséquent, le SAGE suggère à tous les pays d'appliquer des stratégies de rattrapage de la vaccination en adoptant la recommandation de l'OMS en faveur de la reprise des services de vaccination tout en mettant en œuvre les mesures de lutte contre la COVID-19.

Le SAGE a adopté le document sur la **vaccination comme service de santé essentiel** (Immunization as an Essential Health Service). Ces principes directeurs sur les activités de vaccination remplacent les principes précédents publiés en mars 2020. Les nouveaux principes recommandent les mesures à prendre en temps de perturbations graves, notamment durant la pandémie de COVID-19. Le document reprend les principes précédant concernant l'importance du maintien de la vaccination comme service de santé essentiel, et souligne le caractère indispensable des politiques et stratégies de rattrapage de la vaccination. Il souligne aussi l'importance de déterminer les activités à mener en priorité pour s'attaquer aux maladies évitables par la vaccination à potentiel épidémique et pour protéger les populations vulnérables. Reconnaisant les effets potentiels de tout choc sur les systèmes de vaccination, les directives englobent tous les événements perturbateurs majeurs.

Suivant les recommandations provisoires pour la vaccination contre la grippe saisonnière pendant la pandémie de COVID-19 en date du 21 septembre 2020, les premières vaccinations anti-COVID-19 devraient se poursuivre parallèlement à la vaccination contre la grippe saisonnière. Il existe pour l'heure peu de données sur la comorbidité de la COVID-19 et la grippe ou les maladies à pneumocoques ainsi que sur les avantages de la vaccination antigrippale ou antipneumococcique pendant la pandémie de COVID-19.

La pandémie de COVID-19 a poussé le SAGE à réexaminer la définition des groupes à risque prioritaires pour la vaccination contre la grippe. Il a recommandé que les groupes hautement prioritaires pour la

vaccination contre la grippe soient les agents de santé et les adultes plus âgés. Les autres groupes, sans classification particulière, considérés pour la vaccination contre la grippe sont les femmes enceintes, les personnes souffrant d'affections sous-jacentes et les enfants (de 6 à 59 mois).

Le SAGE a noté aussi que les données factuelles ne suffisent pas pour étayer une recommandation visant à introduire un programme de vaccination des adultes contre les maladies à pneumocoques en réponse à la pandémie de COVID-19. Cependant, dans les pays où ces programmes existent, l'amélioration de la couverture vaccinale et, par conséquent, la réduction des maladies à pneumocoques, peuvent s'avérer bénéfiques pour alléger la charge correspondante sur les systèmes de santé.

S'agissant des vaccins anti-COVID-19 :

En ce qui concerne les vaccins contre la COVID-19, le SAGE a soutenu un processus en trois étapes destinées à fournir des orientations pour une stratégie générale des programmes ainsi que des recommandations visant particulièrement les vaccins. Ces orientations sont les suivantes :

1. Le Cadre de valeurs du SAGE de l'OMS pour l'attribution des vaccins anti-COVID-19 et la détermination des groupes à vacciner en priorité, publié le 14 septembre 2020, énonçant six principes et 12 objectifs de santé publique,
2. Une feuille de route pour l'établissement des priorités qui réitère les stratégies de santé publique et les groupes cibles prioritaires dans les différents scénarios de disponibilité des vaccins et de contextes épidémiologiques, et
3. Des recommandations concernant l'utilisation de vaccins spécifiques, qui seront publiées prochainement lorsque des vaccins homologués deviendront disponibles. Les données seront recueillies et évaluées au moyen d'un examen systématique dynamique.

De plus, le SAGE a recommandé de fonder l'ensemble des stratégies de santé publique sur des valeurs éthiques comme indiqué dans le cadre de valeurs et d'établir les priorités en permanence, ce qui aidera le SAGE à mieux adapter la Feuille de route. Le document, qui sera dynamique, sera publié sous forme de recommandations provisoires.

Le SAGE relève la nécessité d'une planification précoce et globale de la préparation en vue de la surveillance des effets et de l'innocuité des vaccins anti-COVID-19 après leur homologation. Le Groupe souligne qu'il est indispensable de respecter scrupuleusement les bonnes pratiques cliniques, l'accent étant mis sur des contrôles réglementaires et un suivi solide de la sécurité par des organismes indépendants chargés du suivi de la sécurité des données, et sur les droits de tous les participants aux essais au secret médical.

S'agissant des progrès de la polio, du VPI et de l'utilisation du nVPO2 :

Le SAGE avait pris acte de la certification de l'éradication du poliovirus sauvage dans la Région africaine de l'OMS le 25 août 2020 par le Comité régional africain de certification. Il s'inquiète néanmoins de la circulation persistante du poliovirus sauvage en Afghanistan et au Pakistan, qui augmente le risque d'une importation potentielle dans la Région africaine. Les difficultés que le Programme rencontre dans l'assurance du contrôle efficace des flambées de poliovirus dérivés d'une souche vaccinale dans la Région africaine ont été notées.

Le SAGE approuve l'introduction d'une deuxième dose de vaccin antipoliomyélitique inactivé dans les calendriers de vaccination systématique de l'ensemble des 94 pays administrant actuellement une dose de VPI ainsi que le vaccin antipoliomyélitique oral bivalent (VPOb). Le Groupe a aussi fait des recommandations sur la programmation privilégiée et la programmation alternative des deux doses de VPI.

Le SAGE a été informé des progrès du nouveau vaccin antipoliomyélitique oral de type 2 (nVPO2), soumis à son examen en vue de son approbation en vertu de la procédure d'évaluation et d'homologation en situation d'urgence ; le nVPO2 est le premier vaccin à passer par ce processus. Il réitère sa recommandation d'avril 2020 sur les critères de la première utilisation du nVPO2 dans le cadre de la liste pour les situations d'urgence et formule de nouvelles recommandations relatives à l'évaluation et au suivi de la sécurité du nVPO2 dans le but d'étayer les décisions concernant les phases ultérieures de l'utilisation de ce vaccin. En principe, le SAGE accepte que le nVPO2 devienne le vaccin de prédilection pour la riposte aux flambées de PVDVc2 après la publication de la recommandation provisoire concernant l'autorisation d'utilisation en situation d'urgence, et une fois que l'évaluation de la période de la première utilisation sera achevée et que toutes les conditions auront été remplies. Le SAGE relève qu'il ne recommande pas d'utiliser le VPI pour la riposte aux flambées de poliovirus.

Concernant l'élimination de la rougeole à l'échelon régional :

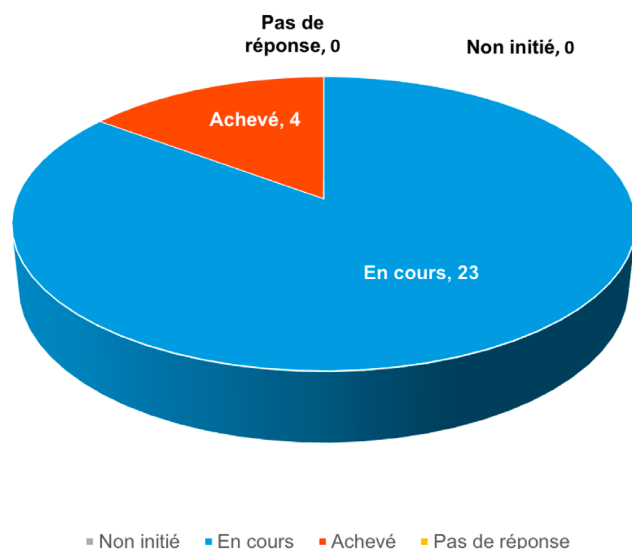
Le SAGE salue les progrès au niveau mondial vers les cibles pour l'élimination de la rougeole à l'échelon régional durant la période 2000-2019, mais n'a pas manqué de relever les résultats mitigés. Sur la période 2000-2016, les rapports annuels faisaient état d'une régression de l'incidence de la rougeole à travers le monde ; pourtant, elle a augmenté dans toutes les régions au cours de la période 2017-2019. Le nombre annuel de cas signalés dans le monde (plus de 872 000) en 2019 est le plus important enregistré en 15 ans. Depuis 2000, l'on estime que les décès imputables à la rougeole ont diminué de 62 %, tandis que la vaccination antirougeoleuse a empêché environ 25,5 millions de décès dans le monde. En conséquence, le SAGE approuve le cadre stratégique multipartenaires contre la rougeole et la rubéole (2021-2030) destiné à guider les priorités stratégiques et les efforts programmatiques en vue de l'élimination de la rougeole et de la rubéole.

Le cadre stratégique a pour objet de créer les conditions pour l'éradication à l'aide d'une stratégie centrale mise en œuvre dans une démarche unifiée renforçant la vaccination systématique. Le vaccin antirougeoleux est de loin l'investissement le plus rentable dans le domaine de la vaccination. Les avantages modélisés de la poursuite de la vaccination contre la rougeole pendant la pandémie de COVID-19 dépassent aussi tous les autres antigènes, si l'on considère l'ensemble des décès infantiles évités grâce à la vaccination systématique. Le SAGE a rappelé toutefois l'inquiétude que suscitent les interruptions de la vaccination causées par la pandémie de COVID-19, ce d'autant qu'elles peuvent exacerber la malnutrition et perturber la supplémentation en vitamine A, augmentant ainsi les taux de létalité.

État de mise en œuvre des recommandations du RITAG de juillet 2020

Au nom du secrétariat de l'OMS, le docteur André Bitá, le responsable chargé des activités de méningite à l'OMS/AFRO a présenté les avancées réalisées par l'OMS, les partenaires et les pays dans la mise en œuvre des recommandations précédentes du RITAG. Sur les 27 recommandations formulées par le Groupe, quatre sont réputées achevées tandis que les 23 autres sont en cours d'exécution, toutes les activités ayant été lancées (figure 1).

Figure 1 : État de mise en œuvre en novembre 2020 des recommandations du RITAG de juillet 2020



1. La vaccination dans le cadre de la COVID-19

- La vaccination systématique et la prestation de services intégrés
- La lutte anti-infectieuse contre la COVID-19

2. Le vaccin contre la COVID-19

- La réglementation et la sécurité vaccinale
- La coordination et la planification en vue de l'introduction du vaccin contre la COVID-19

3. La poliomyélite

- Le vaccin antipoliomyélitique inactivé - VPI
- Les activités de vaccination supplémentaires contre la poliomyélite et la réponse intégrée à une poussée épidémique
- Le nouveau vaccin antipoliomyélitique oral de type 2 (nOPV2)

Les recommandations sont regroupées en trois catégories, un aperçu étant donné de chacune :

1. La vaccination dans le contexte de la pandémie de COVID-19

le RITAG a recommandé que les services de vaccination systématique soient intégrés aux services fournis conformément aux stratégies de lutte contre la COVID-19, notamment les mesures de prévention et de contrôle de l'infection. Il est indiqué que la mise en œuvre de toutes les recommandations a démarré. En dépit des interruptions de services causées par la COVID-19, les pays se sont employés à assurer la continuité des services en coordonnant les systèmes de vaccination. Les institutions partenaires ont aussi accompagné les pays dans l'adaptation et la mise en œuvre des recommandations en vue de la continuité des services pendant la pandémie de COVID-19. Ainsi, des pays comme l'Éthiopie, la République démocratique du Congo (RDC) et la République centrafricaine (RCA) ont mené des activités de vaccination supplémentaires (AVS) contre la rougeole, tandis que l'Ouganda, le Ghana et le Nigéria organisaient des AVS contre la fièvre jaune. Les pays touchés par les poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale ont repris les AVS contre la polio pour endiguer les flambées. Suivant les recommandations, l'OMS, les partenaires et les pays ont maintenu le suivi et réfuté les rumeurs et fausses informations sur les vaccins en informant les communautés sur les risques.

2. Le vaccin contre la COVID-19

le RITAG a recommandé à l'OMS, au Forum africain pour la réglementation des vaccins (AVAREF) et aux partenaires de réfléchir avec soin à la planification coordonnée de l'introduction du vaccin grâce à une préparation solide dans le domaine de la réglementation, afin de garantir que le vaccin est sans danger. Ainsi, le Forum et d'autres parties prenantes renforcent la capacité des pays en ce qui concerne l'examen des procédures d'homologation des vaccins anti-COVID-19, l'introduction de ces

vaccins et l'atténuation d'éventuelles manifestations indésirables. Le secrétariat du Forum africain pour la réglementation des vaccins de l'OMS a rencontré plus de 100 développeurs de produits, 20 fabricants de vaccins et de nouveaux fabricants de produits contre la COVID-19 d'Europe, d'Amérique du Nord, d'Asie du Sud et de Chine. Les discussions avec ces sociétés se poursuivent.

3. Éradication de la poliomyélite

le RITAG a recommandé de poursuivre les efforts d'éradication de la poliomyélite tout en utilisant les ressources et les plateformes destinées à la polio pour renforcer les interventions contre la COVID-19. Pour l'heure, les efforts visant à introduire une deuxième dose de VPI dans la vaccination systématique d'ici à 2021 se poursuivent et sont en bonne voie. Les pays utilisent l'infrastructure du programme polio pour la riposte à la pandémie de COVID-19, notamment la surveillance des cas. La vitamine A et les campagnes de déparasitage ont aussi été intégrées aux AVS contre le PVDVc2. L'inscription provisoire du nVPO2 sur la liste pour les situations d'urgence de l'OMS a été autorisée le 13 novembre 2020 et les pays pilotes sont en train d'être préparés à l'utilisation de ce vaccin pour répondre aux flambées épidémiques de PVDVc2.

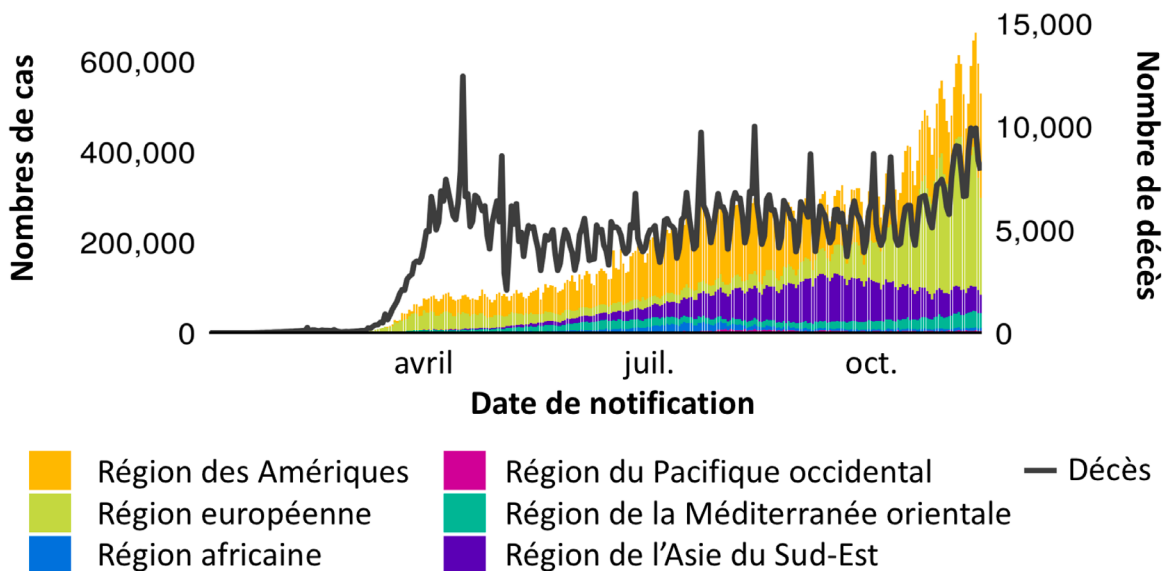
La vaccination anti-COVID-19

Rapport épidémiologique sur la COVID-19

Le docteur Richard Mihigo, responsable du programme des maladies évitables par la vaccination à l’OMS/AFRO, a fait le point sur l’épidémiologie de la COVID-19 dans la région. Il note la hausse

persistante à travers le monde du nombre de cas et de décès imputables à la COVID-19 entre avril et octobre 2020, les plus grands nombres de cas étant enregistrés en Amérique, suivie de l’Europe et de l’Asie du Sud-Est (figure 2).

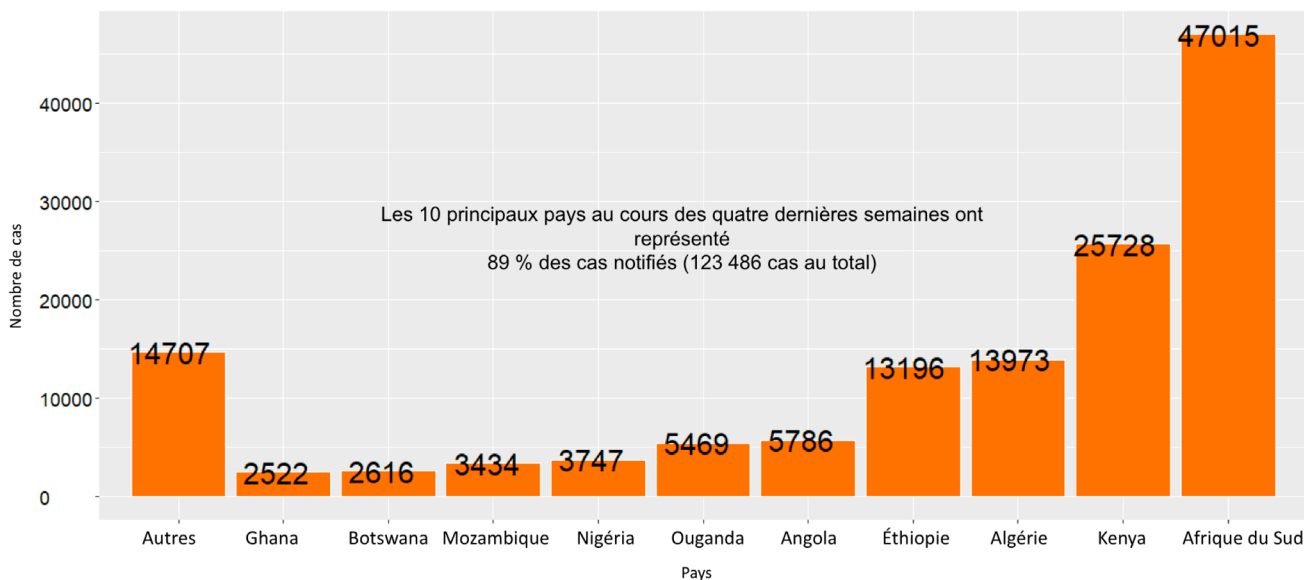
Figure 2 : Évolution quotidienne des cas et des décès de la COVID-19 dans le monde

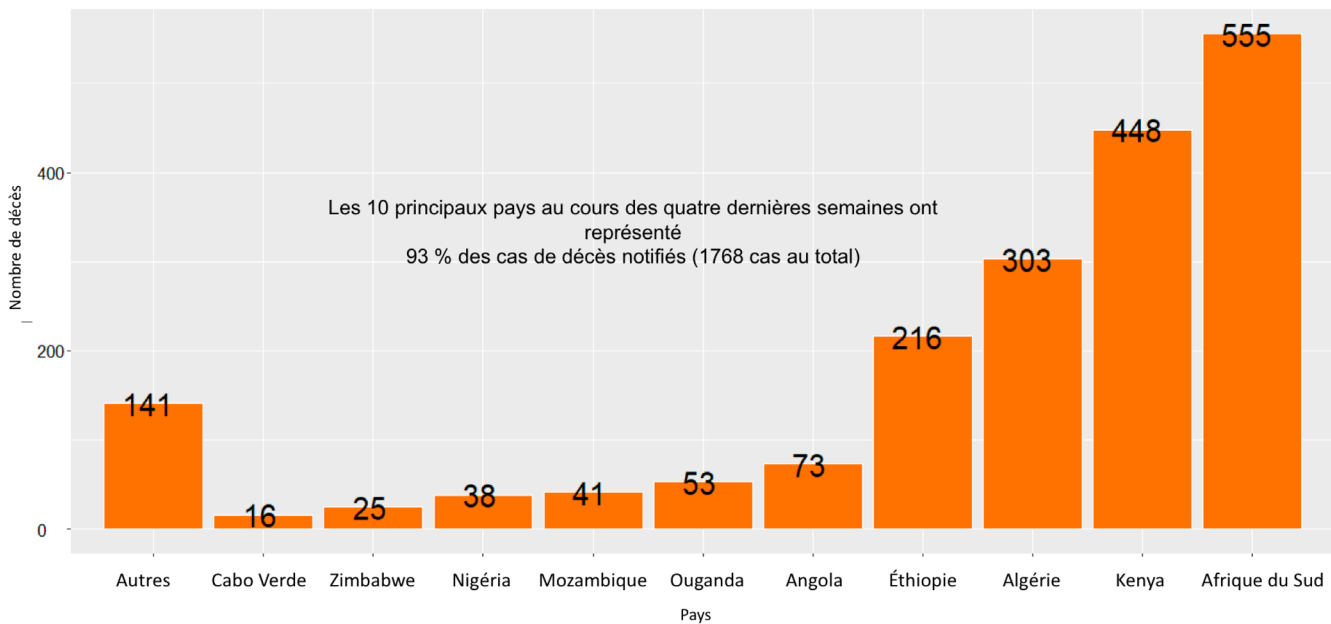


Dans la Région africaine, le plus grand nombre de nouveaux cas durant la période de référence est enregistré en Afrique australe, suivie par l’Afrique du Nord où une tendance haussière est observée au Maroc, en Égypte et en Algérie. Dans les autres parties de la Région, le nombre de cas et de décès a relativement régressé et s’est stabilisé. Les données relatives au continent africain communiquées

à l’OMS au 16 novembre 2020 indiquaient un nombre cumulé de cas et de décès de la COVID-19 de 1 984 818 et 47 606 respectivement, soit un taux de létalité de 2,4 %. En Afrique, la tranche d’âge la plus touchée concerne les 30 à 39 ans.

Figure 3 : Les 10 pays ayant notifié le plus grand nombre de cas et de décès imputables à la COVID-19 dans la Région africaine de l’OMS durant la période du 20 octobre au 16 novembre 2020

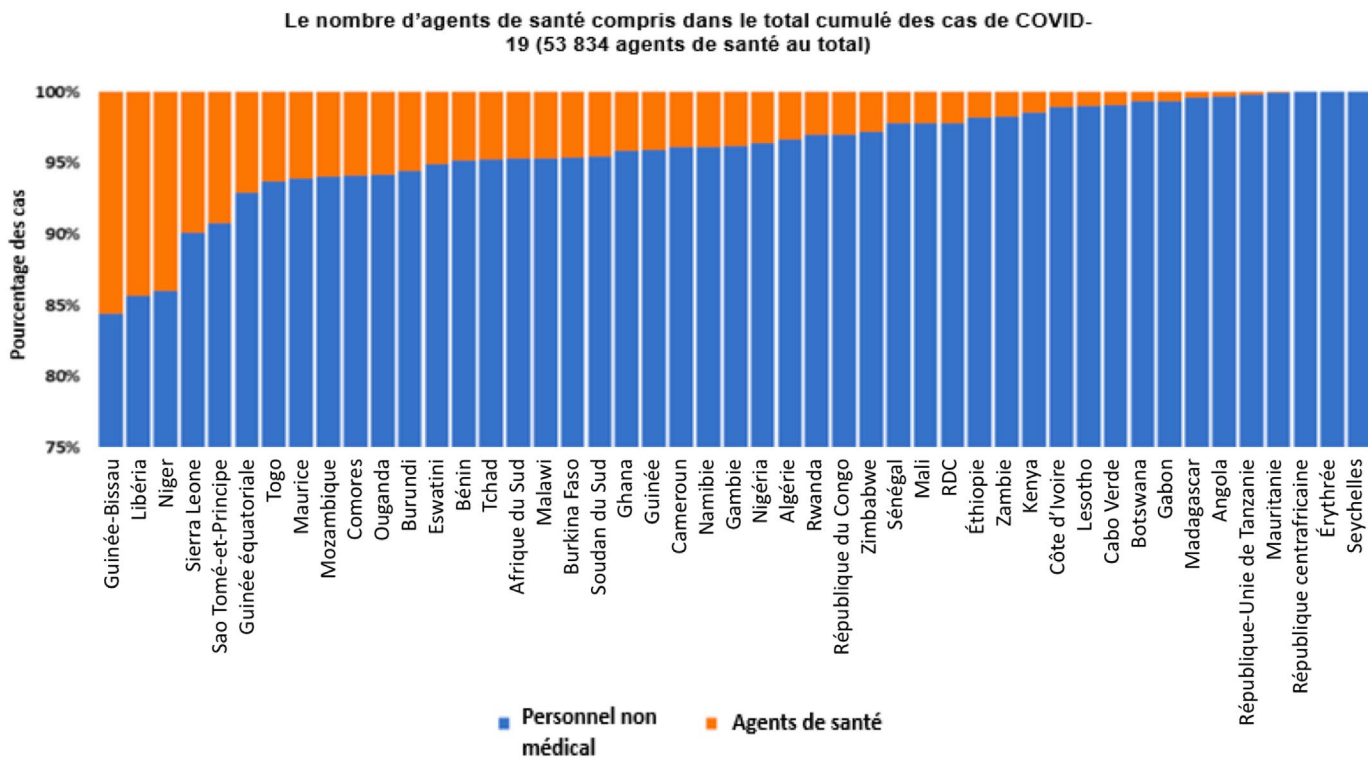




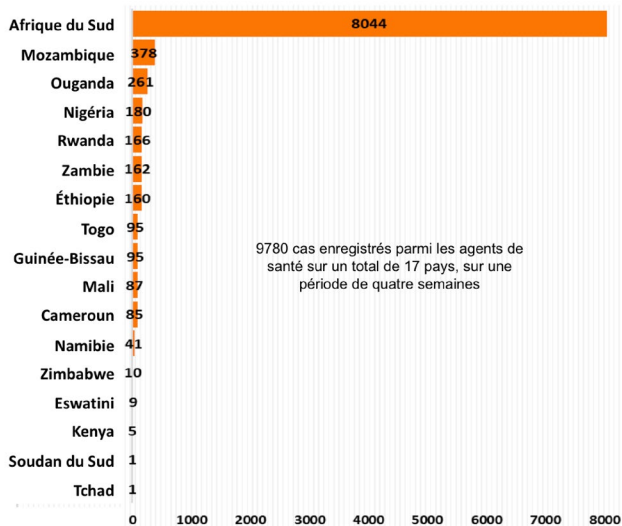
L'analyse de la période du 20 octobre au 16 novembre 2020 - les quatre semaines précédant le rapport - fait apparaître dans le top 10 des pays responsables de 89 % des cas et des décès déclarés l'Afrique du Sud, le Kenya, l'Algérie, l'Éthiopie, l'Angola, l'Ouganda, le

Nigéria, le Mozambique, le Botswana et le Ghana (figure 3). Le taux d'infection déclaré parmi les agents de santé au cours de la même période indique que près de 10 000 agents de santé ont été infectés dans 17 pays (figure 4).

Figure 4 : Les cas de COVID-19 chez les agents de santé dans la Région africaine



Les cas enregistrés parmi les agents de santé sur une période de quatre semaines ; du 20 octobre au 16 novembre 2020



Le dépistage reste faible par rapport à la norme attendue. Les données issues de 46 pays indiquent qu'au total 13 591 990 tests par amplification génique (PCR) ont été effectués, pour une moyenne de 1 130 tests pour 10 000 personnes. Le nombre cumulé des tests dans la Région a augmenté de 3 % au cours des quatre dernières semaines. Au total, 10 pays ont atteint la cible standard de 10 tests pour 10 000 personnes par semaine, et 12 pays ont obtenu un taux de positivité supérieur à 5 %.

D'après le docteur Mihigo, les conséquences les plus notables de la COVID-19 ont été la perturbation des services essentiels découlant de la fermeture des services, la réaffectation des ressources sanitaires, les restrictions de la circulation, l'absence d'équipement de protection individuelle (EPI), la peur et la stigmatisation. Au nombre des services de santé essentiels touchés, les services de vaccination ont été grandement mis à mal. Une étude réalisée dans les pays d'Afrique orientale et australe a révélé que les vaccins manquaient dans 7 des 8 pays ayant signalé une rupture des stocks de médicaments essentiels et de fournitures. Les facteurs de ces pénuries de médicaments et de fournitures étaient principalement les difficultés de transport, liées par exemple aux restrictions du transport aérien, et les difficultés financières exacerbées par la COVID-19.

La feuille de route pour la détermination des groupes de populations à vacciner en priorité contre la COVID-19

Le docteur Joachim Hombach du Siège de l'OMS a présenté la feuille de route proposée par le SAGE pour l'attribution des vaccins anti-COVID-19 et pour l'établissement des priorités concernant leur utilisation. Notant qu'il s'agit d'un document stratégique dynamique qui est actualisé en tant que de besoin, le docteur Hombach donne un aperçu des étapes et processus utilisés par le SAGE pour l'élaborer. Ces orientations englobent le cadre de valeurs pour l'attribution des vaccins anti-COVID-19, les recommandations pour la détermination des populations cibles à vacciner en priorité dans

un contexte d'approvisionnement limité, et les recommandations concernant l'utilisation des vaccins contre la COVID-19 une fois qu'ils auront été homologués.

Le docteur Hombach décrit les principaux éléments du cadre de valeurs, énonçant le principe de base selon lequel les vaccins contre la COVID-19 devaient être un bien public mondial. **L'objectif central du cadre est que les vaccins contre la COVID-19 contribuent de manière significative à la protection et à la promotion équitables du bien-être parmi tous les peuples du monde. Les principes de base du cadre sont le bien-être, l'égalité de respect, l'équité mondiale, l'équité nationale, la réciprocité et la légitimité. Onze objectifs pour la vaccination** correspondant aux six principes de base sont aussi définis dans le document (tableau 1).



Tableau 1 : Les six principes de base du cadre de valeurs pour l'attribution des vaccins anti-COVID-19 et la détermination des groupes à vacciner en priorité

PRINCIPES	OBJECTIFS
Le bien-être	<p>Réduire les cas de décès et la charge de morbidité dus à la pandémie de COVID-19</p> <p>Réduire les perturbations économiques et sociétales, y compris les stratégies visant à contenir la transmission, à réduire les maladies graves et les décès, ou une combinaison des deux</p> <p>Assurer la prestation continue des services essentiels, notamment des services de santé</p>
Le respect pour tous	<p>Accorder la même considération aux intérêts de tous les individus et groupes au moment de prendre des décisions en ce qui concerne les allocations et l'ordre des priorités, et au moment de mettre en œuvre ces décisions</p> <p>Offrir une possibilité réelle d'accès au vaccin à tous les individus et groupes éligibles pour la vaccination, conformément aux critères de priorisation.</p>
L'équité à l'échelle mondiale	<p>Veiller à ce que la distribution des vaccins tienne compte des risques épidémiques particuliers et des besoins des pays à revenu faible ou moyen</p>
L'équité à l'échelle nationale	<p>Veiller à ce que les priorités établies au niveau national en matière de vaccins, prennent en considération les vulnérabilités, les risques et les besoins des groupes qui, en raison de facteurs sociétaux ou biomédicaux sous-jacents, risquent de supporter une charge plus importante du fait de la pandémie de COVID-19</p> <p>Mettre en place les systèmes et les infrastructures nécessaires à la vaccination, le but étant de garantir l'accès aux vaccins contre la COVID-19 par les populations prioritaires, et prendre des mesures proactives visant à assurer l'égalité d'accès à toutes les personnes remplissant les conditions requises pour un groupe prioritaire, en particulier les populations socialement désavantagées</p>
La réciprocité	<p>Protéger les personnes sujettes à des risques et à des charges supplémentaires considérables de COVID-19 afin de préserver le bien-être d'autrui, notamment celui des professionnels de la santé et des professionnels des autres secteurs essentiels</p>
Légitimité	<p>Inviter tous les pays à participer à un processus de consultation transparent visant à déterminer les critères - fondés sur la science, la santé publique et les valeurs ; à utiliser dans le processus décisionnel au sujet de l'allocation des vaccins entre les pays</p> <p>Se servir des données scientifiques et de l'expertise les plus fiables disponibles, puis mettre à contribution la bonne collaboration avec les parties prenantes concernées, le but étant d'établir l'ordre de priorité en matière de vaccination de groupes différents au niveau national, au moyen de processus transparents, responsables et impartiaux, permettant de susciter une confiance méritée à l'égard des décisions de priorisation</p>

Les principes et objectifs du cadre de valeurs servent à proposer une feuille de route pour l'établissement des groupes à vacciner en priorité, qui recense quelque 20 groupes prioritaires sans ordre particulier en fonction des objectifs de vaccination et de leur pertinence par rapport aux principes de base. Aux fins de fournir un appui à la planification faite par les pays, la feuille de route suggère des stratégies de santé publique et des groupes cibles prioritaires spécifiques attribuables à différents niveaux de disponibilité des vaccins dans différents contextes épidémiologiques. La feuille de route pour l'établissement des priorités part de l'hypothèse que des vaccins atteignant le niveau d'efficacité minimum seront disponibles, et que leur utilisation sera autorisée s'ils remplissent les critères des profils de produits cibles de l'OMS (tableau 2).

La hiérarchisation de l'utilisation des vaccins contre la COVID-19 dans un contexte d'approvisionnement limité devrait tenir compte des principales considérations et informations suivantes :

1. épidémiologie et phases de la pandémie,
2. charge de la maladie,
3. premières conclusions des modélisations mathématiques,
4. principes et priorités du cadre de valeur, et
5. sous-groupes de population identifiés dans le cadre de valeurs.

Tableau 2: Feuille de route pour la détermination des groupes prioritaires cibles, épidémiologie/ approvisionnement

Aux fins de fournir un appui à la planification faite par les pays, la feuille de route suggère des stratégies de santé publique et des groupes cibles prioritaires spécifiques attribuables à différents niveaux de disponibilité des vaccins dans différents contextes épidémiologiques.

Hypothèses principales :

- les vaccins sont homologués et répondent à tous les critères de base des profils de produits cibles de l'OMS ;
- les vaccins présentent tout au moins un niveau minimal d'efficacité dans les groupes plus âgés ; il en va de même pour les autres sous-populations ;
- les interventions non médicamenteuses sont toujours utilisées ;
- l'impact du vaccin sur la transmission est moins pertinent dans les premiers scénarios, mais les informations deviennent disponibles à un moment donné ;
- la séroprévalence et le potentiel degré de protection déjà existant dans la population n'ont pas été pris en compte.

	Transmission communautaire	Groupes de cas / transmission sporadique	Aucun cas, risque d'importation
Stocks très limités (1-10 %)			
Stocks limités (11-20 %)			
Stocks modérés (21-50 %)			

Stratégies de santé publique ciblées et contextualisées

Bien qu'il faille plus de données factuelles pour appliquer le cadre de hiérarchisation, le docteur Hombach note le faible nombre d'études et de données dans la Région africaine, citant en exemple l'unique étude en cours en Afrique du Sud.

Il ajoute qu'au moment de mettre en œuvre la feuille de route, les scénarios d'approvisionnement évoqués aux stades I (a,b), II et III devraient être appliqués consécutivement, et que ces stades sont reliés aux phases définies dans le cadre pour l'accès des vaccins et leur attribution. Les agents de santé étant le principal groupe prioritaire, il est essentiel de définir ce groupe de personnes. Par conséquent, la définition d'un agent de santé sera tirée de l'annexe 3 de la classification de l'Organisation internationale du travail (OIT). L'OIT regroupe dans la catégorie des prestataires de santé les médecins, infirmiers, sages-femmes, professionnels de la santé publique, professionnels des laboratoires, techniciens médicaux et non médicaux, préposés aux soins personnels à domicile et agents de santé communautaires. La définition englobe aussi le personnel d'administration de la santé et d'appui, comme les techniciens de surface, les chauffeurs, les administrateurs d'hôpital, les administrateurs de la santé dans les districts et les travailleurs sociaux.

Dans un contexte d'offre limitée, les pays devront déterminer les groupes prioritaires compte tenu de la pondération (faible, moyenne, élevée, très élevée) de l'exposition au risque d'un groupe donné.

- **Risque faible** : pas ou peu de contacts avec le grand public ou des personnes infectées ou suspectées d'être infectées par le SARS-COV-2
- **Risque moyen** : contacts fréquents avec le grand public ou d'autres, mais qui ne nécessitent pas des contacts avec des personnes infectées ou suspectées d'être infectées par le SARS-CoV-2
- **Risque élevé** : forte éventualité de contacts rapprochés avec des personnes atteintes ou suspectées d'être atteintes de COVID-19 ; contact avec des objets pouvant être contaminés par le virus
- **Risque très élevé** : risque d'exposition aux aérosols contenant le SARS-COV-2, dans un cadre où des interventions produisant des aérosols sont effectuées sur des patients COVID-19

Le docteur Hombach mentionne aussi d'autres aspects à prendre en compte dans la feuille de route pour l'établissement des priorités concernant l'utilisation des vaccins contre la COVID-19 dans un contexte d'approvisionnement limité, notamment le genre, la grossesse, l'allaitement, les enfants, les comorbidités et la séroprévalence (en vue de la hiérarchisation future à l'intérieur des groupes).

Point sur le portefeuille du dispositif COVAX et du mécanisme d'attribution des vaccins contre la COVID-19, questions résiduelles et difficultés rencontrées par les pays africains

Santiago Cornejo, Directeur du dispositif COVAX au Secrétariat GAVI, a fait le point sur les mécanismes COVAX et d'attribution des vaccins. Le COVAX est un mécanisme dans le cadre duquel la demande et les ressources sont groupées pour faciliter l'acquisition des vaccins anti-COVID-19 et l'accès équitable à ces derniers. M. Cornejo a présenté en détail le rôle de chacun des partenaires à cette initiative, notamment l'OMS, l'UNICEF, le CEPI, GAVI et les Banques multilatérales de développement (BMD). Le CEPI appuie les activités à grande échelle de recherche vaccinale, de développement et de mise au point des vaccins des laboratoires aux sites de production ; Gavi organise les achats groupés et encourage l'expansion de la production pour favoriser une offre suffisante de vaccins efficaces et sans danger ; l'OMS donne des orientations normatives sur les politiques, la sécurité, la réglementation et l'attribution des vaccins ; l'UNICEF coordonne les achats et la distribution parmi les participants au COVAX ; et les BMD apportent un soutien financier, parfois direct, aux participants.

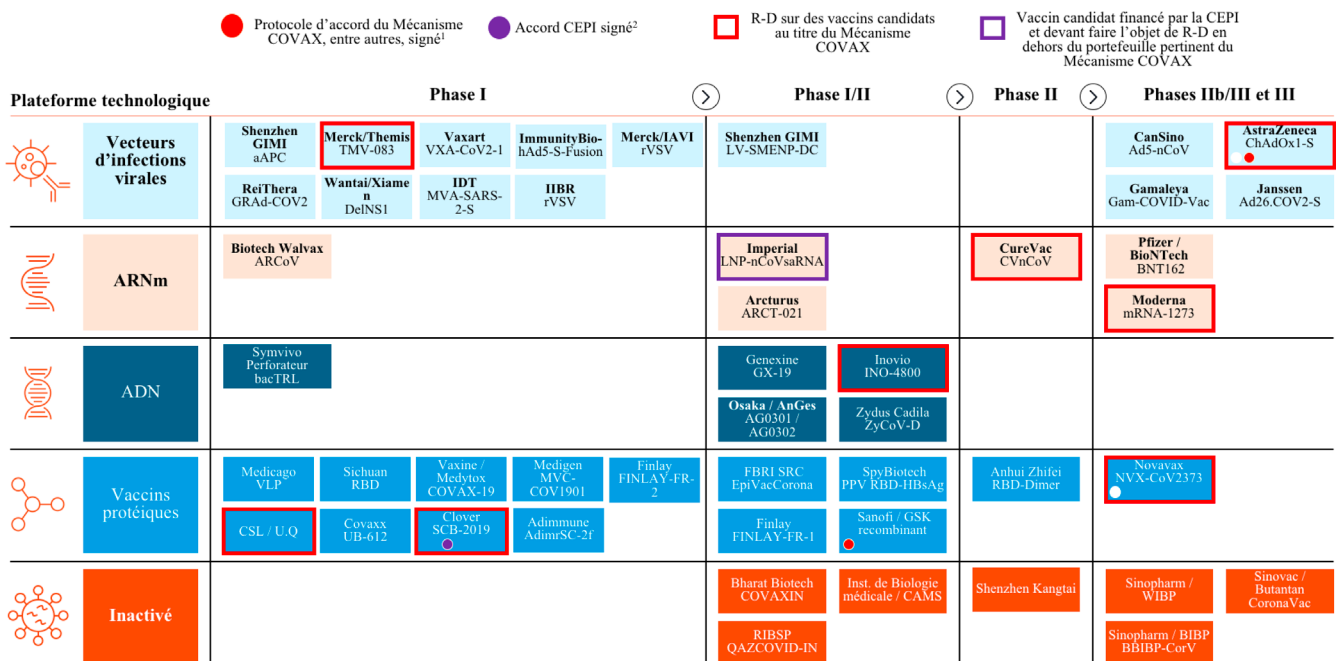
M. Cornejo a rappelé l'objectif général du mécanisme COVAX, qui est de mettre un terme à la phase aiguë de la pandémie de COVID-19 d'ici à la fin de 2021. Plus précisément, le dispositif entend i) fournir 2 milliards de doses de vaccin anti-COVID-19 d'ici fin 2021, ii) soutenir le plus important portefeuille de vaccins candidats géré de

façon active à l'échelle mondiale, iii) garantir à tous les participants un accès juste et équitable aux vaccins contre la COVID-19, et iv) rentabiliser suffisamment l'investissement en fournissant des vaccins anti-COVID-19 le plus rapidement possible. Au total, 187 pays participent effectivement à l'initiative des engagements d'achat à terme qui bénéficiera des fonds mobilisés par Gavi auprès des partenaires de développement. L'AMC COVAX de Gavi a levé 2,1 milliards de dollars en 2020 et 5 milliards de dollars sont requis pour 2021.

Le mécanisme COVAX tire son pouvoir d'achat auprès de tous les pays participants pour investir les ressources ainsi groupées dans un grand portefeuille de vaccins candidats prometteurs. Il constituera un portefeuille diversifié regroupant différentes technologies, régions et des vaccins aux caractéristiques variées. Les vaccins candidats à l'inscription dans le portefeuille sont évalués sur plusieurs dimensions comme la sécurité, l'efficacité, l'immunogénicité, les chances de succès, la pertinence programmatique, la disponibilité de l'offre et le calendrier des doses. Les décisions sont prises par le Comité consultatif du COVAX et les accords relatifs aux appels d'offres conjoints pour les achats et les approvisionnements sont conclus par l'UNICEF/PAHO. À la date de la réunion du RITAG, le mécanisme avait inscrit trois vaccins candidats à travers deux plateformes technologiques.

Au 11 novembre 2020, le paysage des vaccins anti-COVID-19 laissait apparaître 47 candidats en phase d'essais cliniques sur l'homme (figure 5). Huit des neuf candidats du portefeuille de recherche-développement du COVAX sont en phase d'essais cliniques sur l'homme, et 19 vaccins candidats sont en phase IIb/III et III. Le 9 novembre 2020, les premiers relevés des données sur l'efficacité, indispensables pour obtenir l'autorisation d'utilisation en situation d'urgence, ont été publiés en ce qui concerne l'un des premiers vaccins candidats. Les premières autorisations sont attendues au premier trimestre de 2021, la distribution commerciale devant suivre.

Figure 5 : Paysage des vaccins anti-COVID-19 (au 11 novembre 2020)




Le portefeuille final du mécanisme COVAX devrait contenir au moins 10 vaccins candidats sur 4 à 5 plateformes technologiques, les premières doses devant être disponibles au premier trimestre de 2021. Les vaccins candidats à introduire dans le portefeuille du mécanisme COVAX sont tirés du portefeuille recherche-développement du COVAX ou choisis parmi d'autres candidats cliniques. Des candidats


supplémentaires seront intégrés au portefeuille du mécanisme COVAX au moyen de nouveaux processus, comme l'« Independent Product Groupe » (IPG) pour lequel l'UNICEF/PAHO ont annoncé le lancement d'appels conjoints à propositions.

Figure 6 : Portefeuille recherche-développement du CEPI (au 11 novembre 2020)


Vaccin candidat	ADN / ARNm			Vecteurs d'infection virale			Vaccins protéiques		
	Inovio INO-4800	Moderna mRNA-1273	CureVac CVnCoV	Merck/ Themis V591	AstraZeneca ChAdOx1-S	U. of Hong Kong	Novavax NVX-CoV2373	Clover SCB-2019	CSL/ Queensland
Emplacement	États-Unis d'Amérique	États-Unis d'Amérique	Allemagne	États-Unis d'Amérique / Autriche	Royaume Uni	Chine	États-Unis d'Amérique	Chine	Australie
Antigène / Adjuvant	Protéine S de pleine longueur	Protéine S de pleine longueur	Protéine S de pleine longueur	Protéine S de pleine longueur	Protéine S de pleine longueur	Domaine de liaison de récepteurs / AS03	Protéine S de pleine longueur / Matrix-M à base de saponine	Protéine S de pleine longueur / AS03 ou CPG1018	Protéine S de pleine longueur / MF59
Phase en cours	Phase I/II	Phase III	Phase II	Phase I	Phase III	Préclinique	Phase III	Phase I	Phase I



Vitesse



Échelle



Accès

Selon M. Cornejo, des données provisoires sur l'efficacité issues de la phase III des essais des deux premiers vaccins candidats à ARNm ont été publiées récemment. Il s'agit du BNT162 de Pfizer/BioNTech et du mRNA-1273 de Moderna. Le premier aurait une efficacité de 90 % 7 jours après la deuxième dose (ce taux est monté à 95 % par la suite), l'efficacité du deuxième vaccin étant de 94,5 % 7 jours après la deuxième dose. L'introduction des premiers vaccins candidats à ARNm dans le portefeuille du COVAX impose des arbitrages dont il faut tenir compte. En ce qui concerne les calendriers, les relevés sur l'efficacité de 4 à 5 candidats sont attendus d'ici au deuxième trimestre de 2021 ; s'agissant des prix, sur la base des sources publiques (et non des négociations du COVAX) ils devraient être plus élevés par dose. Par exemple, le vaccin de Pfizer/BioNTech devrait coûter 19,5 dollars par dose et celui de Moderna 32 à 37 dollars par dose. Il est aussi essentiel de garder à l'esprit le surcoût et la logistique complexe associés à la fourniture des vaccins, comme la nécessité d'une chaîne ultra froide pour maintenir les vaccins à ARNm à -20°C ou -80°C. Du point de vue des nouvelles technologies, il existe peu d'expériences en dehors des essais cliniques (aucun vaccin à ARNm à usage humain n'avait jusqu'alors été autorisé).

Des recommandations sont toujours attendues sur les trois décisions possibles concernant l'introduction des premiers vaccins à ARNm : i) ne pas introduire les vaccins à ARNm, ii) introduire par petits volumes pour vacciner en urgence les agents de santé (1 à 3 % de la population), et iii) introduire en grandes quantités pour vacciner les agents de santé et d'autres groupes à haut risque (3 à 10 % de la population). Ces trois décisions possibles sont évaluées sur la base de deux critères : i) le coût d'opportunité (aucun, limité ou élevé) pour le portefeuille de l'accès à d'autres vaccins/candidats, et ii) les coûts et complexités liés à la fourniture (faibles, moyens ou élevés). M. Cornejo indique que l'attribution des vaccins sera fonction des besoins, du point de vue de la santé publique, des groupes prioritaires qui pourraient représenter environ 20 % de la population, du moins la première année. Les pays seront tenus d'élaborer des plans de vaccination d'après les orientations du SAGE. L'OMS recommande que le personnel de première ligne (comme les agents de santé) et les personnes âgées soient les premiers groupes prioritaires à recevoir le vaccin.

En prélude au déploiement du vaccin, Gavi s'attend à ce que les pays participants à l'AMC sollicitent différentes formes de soutien. Les pays devraient avoir besoin d'assistance dans la préparation et le déploiement des vaccins. Pour ce qui concerne l'assistance, Gavi a fourni des orientations sur les requêtes pour accéder à ce soutien dont les nombreuses composantes ont des délais de dépôt différents. Ainsi, les délais de dépôt des demandes sont fixés au plus tard le 27 novembre 2020 pour l'assistance technique, au 7 décembre 2020 pour les doses de vaccins et de décembre 2020 à la fin du premier trimestre 2021 pour les équipements de la chaîne du froid.

Au regard de la célérité extrême du processus de développement des vaccins, le plus rapide dans l'histoire, les fabricants refusent d'engager uniquement leur responsabilité individuelle et exigent de tous les pays et territoires recevant des doses de vaccins le versement de dommages et intérêts en cas de poursuites en responsabilité du fait de ces produits. Tous les participants qui se verront attribuer des vaccins grâce au mécanisme COVAX devront verser des compensations au fabricant pour les vaccins reçus. Le défaut de compensation pourrait réduire ou limiter l'accès aux vaccins. En vue de réduire le temps et les coûts de transaction liés à la négociation des termes des compensations entre les participants à l'initiative de garantie de marché et les fabricants, Gavi négocie des dispositions types qui seront communiquées aux participants préalablement au déploiement des vaccins. Tous les vaccins fournis grâce au Mécanisme COVAX seront soumis à un examen réglementaire rigoureux et seront approuvés et destinés à un usage général. Un mécanisme de réparation sera aussi mis en place pour couvrir toute manifestation indésirable grave inattendue dans l'un des 92 pays participants à l'AMC.

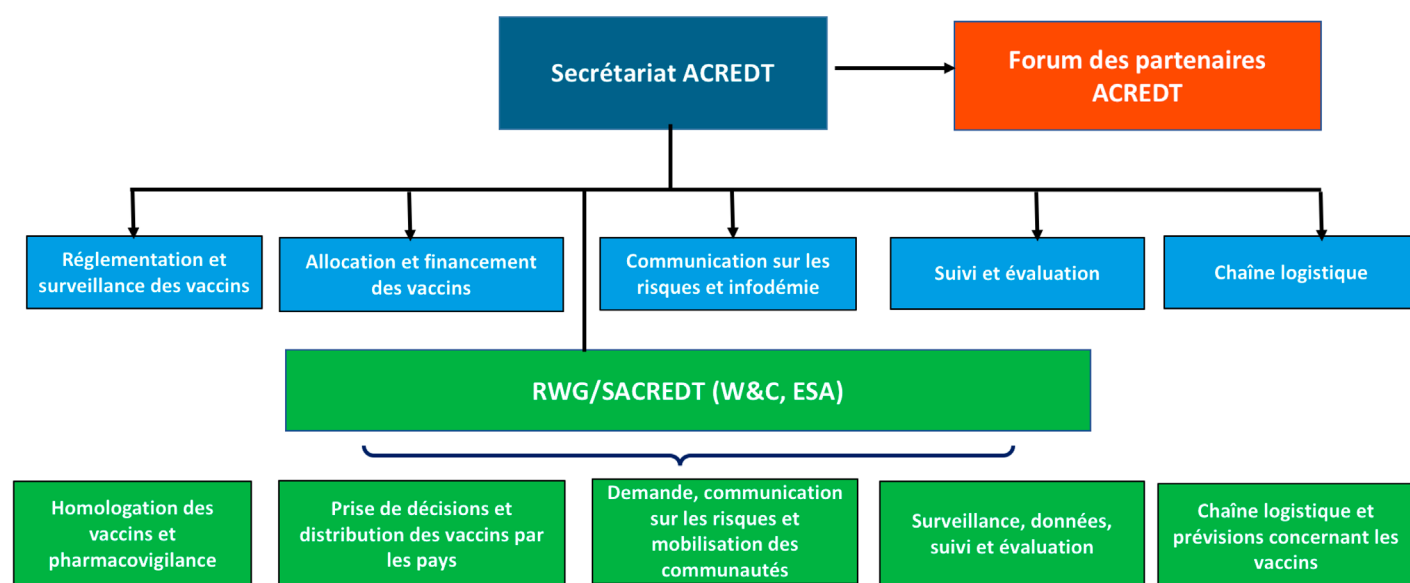
M. Cornejo conclut son intervention en présentant de façon détaillée la modalité de partage des coûts qui est envisagée pour le mécanisme. Selon le plan, les doses entièrement subventionnées et financées par les donateurs seront distribuées aux pays admissibles à l'AMC, donnant ainsi le « coup d'envoi » de l'introduction des vaccins jusqu'à épuisement des ressources mobilisées par les donateurs. L'ambition actuelle est que les doses financées par les donateurs atteignent environ 20 % des populations des pays participants à l'AMC, en fonction par exemple du succès de la mise au point du vaccin, du prix de la dose, des caractéristiques du vaccin et des ressources disponibles. Le partage des coûts viendra alors compléter les ressources des donateurs, ce qui permettra d'assurer une meilleure couverture de la population. Les participants auront la possibilité de partager les coûts pour acheter des doses supplémentaires, au-delà de ce que couvrent les ressources allouées par les donateurs. Ces doses supplémentaires seront entièrement financées par des ressources mutualisées (c'est-à-dire non subventionnées par les donateurs). Cela aidera les pays participants à atteindre une plus grande proportion de leurs populations, s'ils le souhaitent. Les participants ne prenant pas part aux coûts recevraient toujours leur part des doses financées par les donateurs, mais pas de doses supplémentaires. L'achat de doses supplémentaires au moyen du mécanisme COVAX.

Activités régionales de préparation et de distribution des vaccins contre la COVID-19 : comptes rendus et perspectives

Le docteur Phionah Atuhebwe, responsable des activités d'introduction de nouveaux vaccins à l'OMS/AFRO, a présenté la structure du Groupe spécial africain sur la préparation et la distribution équitable des vaccins contre la COVID-19 (ACREDT). Le RITAG s'est félicité de la création de ce groupe de travail lors de sa réunion précédente.

Dr. Atuhebwe a fait le point sur la structure et la fonctionnalité de la plateforme en ce qui concerne l'appui à la préparation et à la distribution que le Groupe apporte aux pays. L'ACREDT régional est relié sur le plan fonctionnel et structurel aux groupes de travail sous-régionaux, qui sont la base et le centre de coordination des groupes de travail régionaux sur la vaccination. L'ACREDT comprend aussi une plateforme régionale des partenaires qui jouera un rôle de contrôle stratégique et politique permettant de guider les plateformes sous-régionales (figure 7).

Figure 7 : Structure du Groupe spécial africain sur la préparation et la distribution équitable des vaccins contre la COVID-19 (ACREDT)



Le docteur Atuhebwe a affirmé que la préparation à l'introduction des vaccins contre la COVID-19 à l'échelle régionale progresse de façon encourageante. La Région africaine a développé l'Outil d'évaluation de l'état de préparation à l'introduction de vaccins afin d'aider les pays à mesurer eux-mêmes leur niveau de préparation dans dix domaines clés. Les résultats de l'évaluation sont essentiels pour guider l'élaboration de la feuille de route pour les plans d'introduction dans les pays. Au 18 novembre 2020, 40 pays sur les 47 que compte la Région avaient communiqué les résultats de leur première évaluation à l'aide du tableau de suivi en ligne. Les données produites par le système de suivi de l'état de préparation orientent les décisions à prendre au niveau national. L'évaluation de référence de l'état de préparation a mis en évidence les besoins spécifiques des pays sur le plan des améliorations à apporter et de l'assistance technique. La note la plus faible en matière de préparation concernait la formation et la supervision, les orientations y relatives, toujours en cours d'élaboration, étant attendues par les pays.

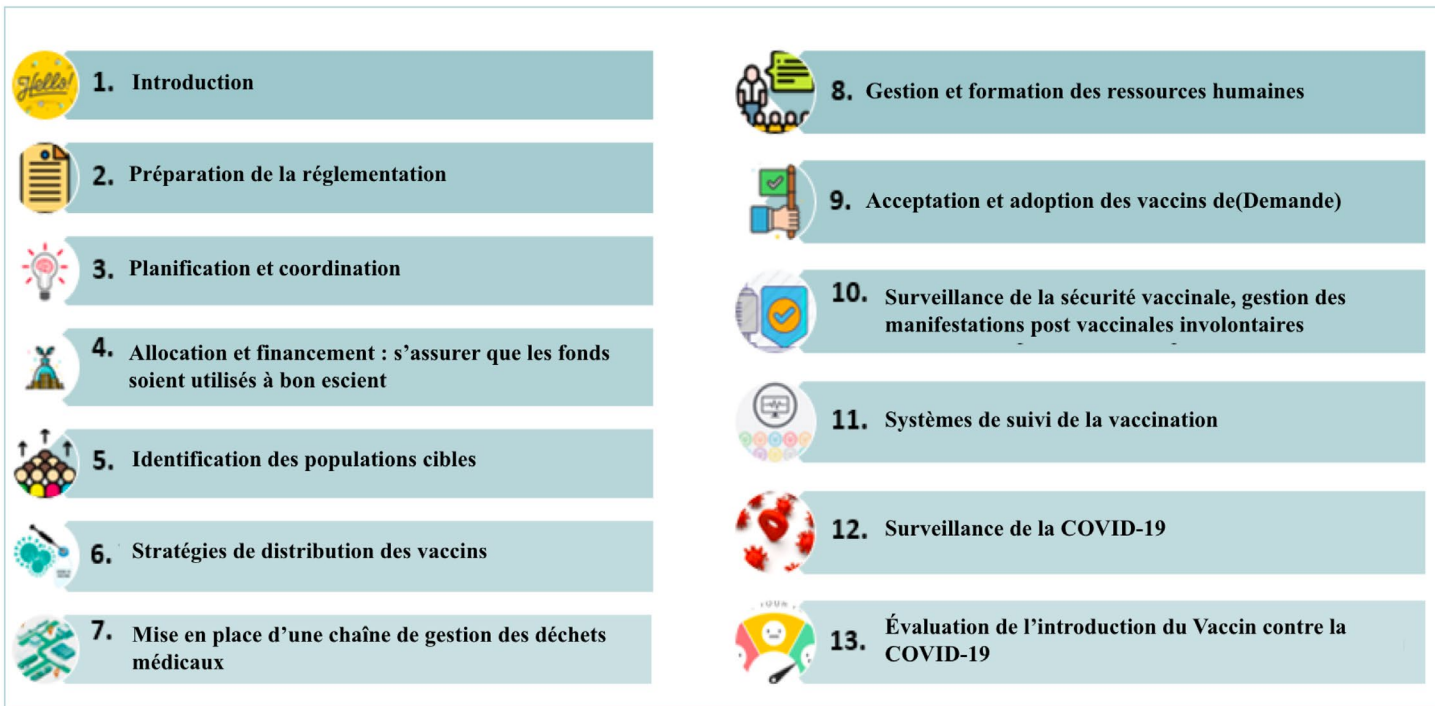
Le continent a considérablement progressé vers l'accès équitable aux vaccins contre la COVID-19. La création de l'Équipe spéciale africaine pour l'acquisition de vaccins (AVATT) dans le but de mettre en œuvre la stratégie pour les vaccins en Afrique illustre bien ces avancées. La stratégie vise à accélérer l'acquisition de vaccins en nombre suffisant pour mettre fin à la pandémie le plus rapidement possible. La stratégie de financement de l'UA vise à vacciner 60 % de la population africaine pour endiguer la transmission du virus et les décès associés. La Commission de l'UA a indiqué qu'il fallait environ 12 milliards de dollars pour couvrir les besoins en vaccins mentionnés plus haut et ces ressources devraient provenir du mécanisme COVAX,

de la Banque mondiale, des financements directs et de l'Afreximbank qui s'est engagé à mobiliser jusqu'à 5 milliards de dollars.

Le docteur Atuhebwe souligne qu'en plus d'obtenir les financements couvrant le coût des vaccins et l'assistance technique voulue, les pays devront être préparés à accélérer les procédures d'homologation réglementaire en s'appuyant sur la procédure pour les situations d'urgence de l'OMS. Il faudra y inclure les procédures d'approbation post-situations d'urgence par les autorités nationales de réglementation au moyen de la plateforme AVAREF. Le succès passe aussi par une coordination forte au niveau national par les principaux responsables politiques de même que par l'implication de toutes les parties prenantes, notamment les OSC.

Pour la suite, des recommandations officielles sur la préparation des plans nationaux de déploiement des vaccins ont été publiées pour faciliter la planification au niveau des pays des principales composantes de l'introduction des vaccins. Le document d'orientation compte 13 chapitres et aide les équipes nationales à faire leur planification étape par étape (figure 8).

Figure 8 : Composantes du plan national de déploiement de vaccins



La vaccination dans le contexte de la COVID-19

Redynamiser la vaccination et la surveillance des maladies évitables par la vaccination dans la Région africaine dans le contexte de la COVID-19

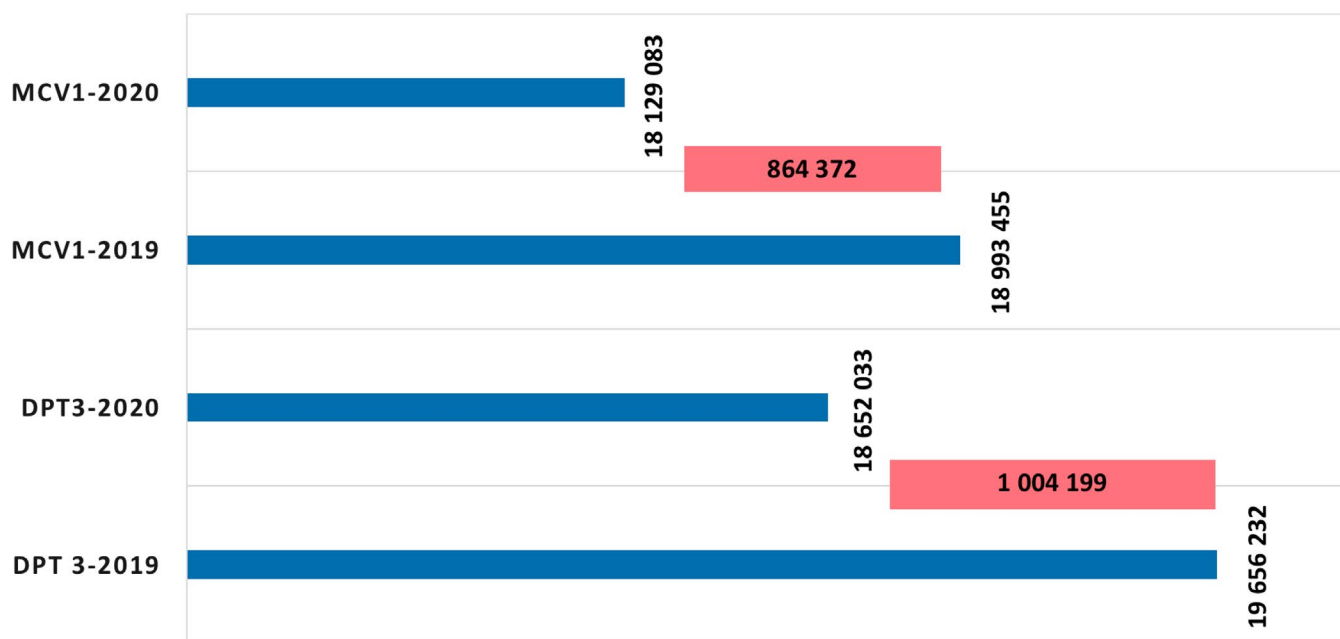
Le docteur Balcha Masresha, responsable des activités d'élimination de la rougeole et de la rubéole à l'OMS/AFRO, reconnaît dans sa présentation les répercussions importantes de la COVID-19 sur la vaccination et la surveillance des maladies évitables par la vaccination. Il a noté qu'en raison de la COVID-19, les pays africains ont déplacé les ressources et l'attention portée à certains programmes. Ceci a eu pour effet d'interrompre la vaccination et la

surveillance des maladies évitables par la vaccination, notamment à cause du report de l'introduction programmée de nouveaux vaccins et des activités de vaccination supplémentaires.

Entre mars et mai 2020, le nombre d'enfants vaccinés et de cas de maladies évitables par la vaccination signalés a fortement régressé. La baisse a été plus rapide et plus prononcée dans les pays dont les programmes sont faibles, caractérisés déjà par une longue période de recul de la fourniture des services. Cependant, à partir de juin 2020, les pays ont amorcé un processus de relèvement. Entre juillet et août 2020, la plupart ont lancé des séances de rattrapage des activités de vaccination systématique et repris les AVS ainsi que l'introduction de nouveaux vaccins différée du fait de la pandémie.

Depuis le début de la pandémie, un nombre important de nourrissons supplémentaires n'a pas été vacciné dans la Région. Ainsi, 1 004 199 enfants n'ont pas reçu le DTC3, tandis que 864 372 autres ont manqué la VAR1 entre janvier et juillet 2020, comparé à la même période en 2019 (figure 9).

Figure 9 : Nombre d'enfants ayant reçu la VAR1 et le DTC3, janvier et juillet 2019/ janvier et juillet 2020

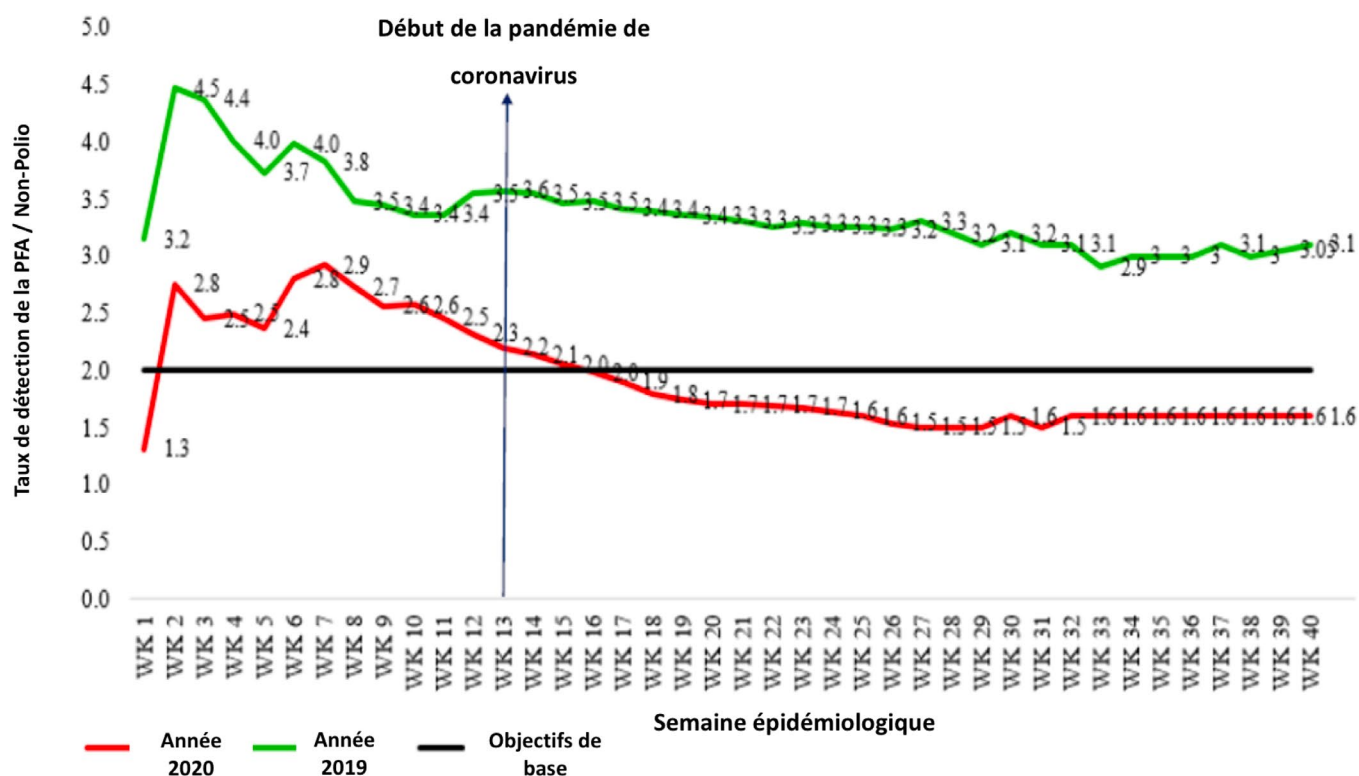


L'on a aussi noté une baisse significative du nombre de visites de supervision intégrées organisées dans la Région, d'après le système de données en temps réel de l'Open Data Kit. Par exemple, les visites ont considérablement diminué en avril 2020 dans la sous-région d'Afrique orientale et australe. En dépit de l'amélioration observée entre mai et septembre 2020, le nombre total de visites effectuées pendant cette période est resté plus faible qu'en 2019 à la même période.

La COVID-19 a aussi eu des répercussions graves sur les efforts de surveillance des maladies évitables par la vaccination dans la Région. Les visites de supervision dans les districts et les visites de surveillance active ont été longuement interrompues. La baisse générale du nombre

de maladies évitables par la vaccination à déclaration obligatoire comme la paralysie flasque aiguë (PFA) et la rougeole a aussi été importante. Les visites de contrôle des cas de PFA après 60 jours ont aussi été reportées. Au Kenya par exemple, le taux de notification hebdomadaire des cas de PFA non poliomyélitique entre la 1e et la 40e semaine est assez révélateur : en 2019, les taux sont restés au-dessus du seuil minimal de détection de 2 cas pour 100 000 personnes de la 1e à la 40e semaine ; mais dès l'apparition de la pandémie en 2020, les taux sont tombés en deçà de ceux de 2019, restant inférieurs au seuil minimal de la 15e à la 40e semaine de 2020 (figure 10).

Figure 10 : Taux de notification hebdomadaire des cas de PFA non poliomyélitique de la 1e à la 40e semaine de 2019 par rapport à la même période en 2020



De même, la Région a vu une baisse importante du nombre de districts investiguant les cas de rougeole suspectés au cours des 44 premières semaines de 2020. Le taux de maladies éruptives fébriles non rougeoleuses (cible - ≥ 2 pour 100 000 personnes) et le nombre de pays atteignant la cible en ce qui concerne les principaux indicateurs de suivi de la surveillance ont considérablement diminué, comparé à 2018 et 2019. À titre illustratif, dans les pays d'Afrique de l'Ouest, on a observé une baisse certaine du nombre de prélèvements sanguins reçus dans les laboratoires nationaux de la rougeole dans les pays, à l'exception de quelques-uns comme le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire et le Sénégal. De surcroît, la confirmation de ce qui semblait être des flambées de méningite dans certains districts a été retardée, dans au moins cinq pays de la ceinture de la méningite.

La surveillance des maladies évitables par la vaccination a été interrompue à cause des annulations et des retards dans la collecte et l'expédition des prélèvements, l'investigation des cas suspects et la confirmation des résultats de laboratoire, résultant dans une mesure importante des restrictions de la circulation et des ruptures de stock des kits de dépistage essentiels. Les appareils d'amplification génique utilisés pour les recherches en laboratoire et la confirmation des cas suspects étaient utilisés pour les tests de la COVID-19, ce qui a rapidement retardé la prise de mesures appropriées face à des cas suspects.

Pour empêcher ou surmonter les effets de la COVID-19 sur les services de vaccination essentiels et la surveillance des maladies évitables par la vaccination, l'OMS a publié un certain nombre de documents d'orientation technique entre mars et juin 2020. Ces orientations soulignent la nécessité de privilégier et de maintenir les services essentiels comme la vaccination et la surveillance des maladies évitables par la vaccination en optimisant la capacité des services de santé, en assurant un flux sans risque des clients, en obtenant les fournitures voulues, en informant les communautés et en renforçant le suivi des services essentiels. Ces orientations ont été accueillies favorablement et adaptées par un certain nombre de pays, avec le soutien de l'OMS/AFRO.

Elles ont permis aux pays en question de prendre des mesures pour maintenir, reprendre ou redynamiser les services de vaccination sur fond de COVID-19. Il s'agit notamment des mesures suivantes : 1) adapter les orientations de l'OMS à leurs contextes nationaux respectifs en collaboration avec les NITAG, 2) assurer le suivi des services essentiels, des populations et zones à risque élevé et des stocks de vaccins, afin de guider le processus décisionnel, 3) mener des activités de plaidoyer, de communication et de mobilisation sociale en collaborant avec les groupes de travail nationaux sur la COVID-19 dans le but d'informer le public de la disponibilité et de la sécurité des services de vaccination, 4) renforcer les aptitudes des agents de santé dans les mesures de prévention et de contrôle des infections à l'aide de plateformes virtuelles, et 5) modifier la prestation de services par l'application des mesures appropriées en matière de prévention et contrôle des infections, d'utilisation des équipements de protection individuelle et de distanciation, en organisant plus régulièrement des séances plus restreintes dans des espaces ouverts, et en fournissant des services mobiles.

Malgré les efforts visant à maintenir les services de vaccination, le nombre de clients recherchant les services et y accédant a baissé. Pour y remédier, il a fallu organiser des séances de rattrapage en relançant et en réorganisant les services de vaccination. De nombreux pays ont usé de différents outils et méthodes pour ce faire. Le plaidoyer auprès des dirigeants et responsables de haut niveau a permis de restaurer les services et de renforcer la confiance. L'amélioration des services fournis grâce à la restauration des séances fixes et mobiles et la modification des calendriers de vaccination pour les doses en retard ont permis à de nombreux enfants de recevoir les vaccins qu'ils avaient manqués. Les services de proximité au profit des populations éloignées et l'intégration des services de vaccination au suivi de la nutrition et d'autres services de santé infantile ont permis d'améliorer l'accès. Certains pays ont répondu aux problèmes des chaînes d'approvisionnement en concentrant les commandes de vaccins en début de période et en étendant les stocks de réserves de 3 à 6 mois.

Figure 11 : Vaccinateurs érythréens fournissant des services de proximité dans un effort de redynamisation des services de vaccination



Pour augmenter l'accès à la vaccination des enfants ayant manqué leurs doses, certains pays ont introduit et fourni les doses du PEV systématique dans des campagnes de masse. D'autres, en revanche, ont recensé les groupes comptant les plus grands nombres d'enfants non vaccinés et organisé des campagnes de rattrapage. Les interventions multiantigéniques et l'intensification périodique de la vaccination systématique sont aussi conjuguées aux efforts de renforcement de la confiance des agents de santé et des populations à l'aide de plateformes d'AVS préventives. Certains pays intègrent la surveillance des maladies évitables par la vaccination à la surveillance de la COVID-19. D'autres ont recours à la supervision intégrée à distance grâce aux outils virtuels existants, dont WhatsApp. Les technologies innovantes comme le développement et l'utilisation d'applications mobiles qui rappellent aux agents de santé les doses de vaccins dues, et l'utilisation des drones pour distribuer les vaccins ont aussi été expérimentées.

À la lumière des expériences des pays et de la nécessité de réorganiser les services de vaccination dans la Région africaine, le docteur Masresha a rappelé les principales mesures prioritaires proposées pour intensifier la vaccination et renforcer la surveillance des maladies évitables par la vaccination. Il s'agit notamment de réviser les politiques et lignes directrices en matière de vaccination pour intégrer les innovations et ajustements dans la fourniture des services mentionnés plus haut aux activités de vaccination systématique. Ces changements peuvent notamment concerner la révision des politiques relatives aux restrictions de l'âge de vaccination, aux flacons multidoses, à la vaccination de rattrapage et aux vaccinateurs éligibles. Ces changements, couplés à l'intensification de la mobilisation sociale, à la planification fondée sur les faits et à la mise en œuvre de nouvelles stratégies de vaccination éprouvées, peuvent contribuer à réorganiser les services essentiels dans la Région africaine. Au regard du nombre grandissant de fausses informations au sujet des vaccins et des maladies évitables par la vaccination et s'inspirant des efforts de l'Africa Infodemic Response Alliance, l'importance d'engager des efforts dynamiques pour contrer la désinformation en diffusant des « faits viraux » a été relevée.

Dans leurs efforts de réorganisation de leurs services de vaccination, il est recommandé aux pays de suivre, déterminer, planifier et exécuter les activités prioritaires proposées. De surcroît, les pays devraient recevoir un soutien technique et financier, notamment pour préparer le terrain en vue de l'introduction du vaccin anti-COVID-19. La documentation et la diffusion systématique des meilleures pratiques et expériences concluantes peuvent aussi être d'un apport précieux.

Le docteur Masresha conclut sa présentation en rappelant que de nombreux pays ont utilisé les directives de l'OMS pour le plaidoyer et pour lancer leurs programmes. Le SAGE a en outre publié des principes directeurs pour les activités de vaccination pendant la COVID-19 et d'autres types de perturbations graves. Ces principes directeurs explicitent le rôle des RITAG et des NITAG, insistant sur

la fourniture intégrée des services, l'adaptation des stratégies et les stratégies de rattrapage de la vaccination. Il est recommandé aux pays de continuer à s'appuyer sur ces directives pour accompagner leurs efforts de redynamisation des activités de vaccination.

Mise en œuvre du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030 dans la Région africaine

Le Plan stratégique régional pour la vaccination 2014-2020 de la Région africaine arrive à échéance à la fin de l'année, d'où la nécessité d'une nouvelle vision stratégique qui guide la Région dans les activités qu'elle mènera dans ce domaine entre 2021 et 2030. L'OMS/AFRO a élaboré cette vision stratégique dans l'esprit du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030 à l'échelle mondiale (IA2030). La démarche proposée pour l'élaboration du cadre régional pour l'IA2030 a été présentée au RITAG et des recommandations ont été formulées pour les prochaines étapes.

Le docteur Ephrem Lemango, Consultant pour les vaccins essentiels et les soins de santé primaires auprès du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, dresse l'état des lieux de la mise en œuvre du programme de vaccination à l'horizon 2030 (IA2030) dans la Région africaine. Dans l'introduction de sa présentation, il a rappelé les recommandations précédemment formulées par les membres du RITAG sur ce qui était encore le projet de cadre et la démarche proposée. Il souligne que sa présentation a pour but de faire le point sur le chemin parcouru depuis lors et de solliciter des orientations sur les modalités de mise en œuvre envisagées.

Il indique que l'IA2030 est la nouvelle stratégie mondiale préconisée pour atteindre les objectifs communs en matière de vaccination sur la période de 2021 à 2030. Le programme définit une vision fédératrice pour la décennie ainsi que des objectifs aux effets clairs alignés sur les Objectifs de développement durable (ODD). L'IA2030 remplace la décennie mondiale de la vaccination 2011-2020. Sa vision est celle d'un monde dans lequel chaque individu, où qu'il se trouve, quel que soit son âge, bénéficie pleinement des vaccins pour sa santé et son bien-être.

Les principaux objectifs définis dans la vision sont de réduire pour tous et tout au long de la vie la mortalité et la morbidité dues aux maladies à prévention vaccinale, et de ne laisser personne de côté en renforçant l'accès équitable et le recours aux vaccins nouveaux et existants. L'autre objectif est de garantir la santé et le bien-être de chaque individu en renforçant la vaccination dans les soins de santé primaires et en contribuant à la couverture sanitaire universelle et au développement durable.

Le Cadre de l'IA2030 dans la Région africaine a été élaboré tout au long de l'année écoulée. Ce processus s'est appuyé sur des principes clés devant permettre d'avoir un cadre dont la pertinence et la solidité sont propices à la réalisation de la vision énoncée. Ces principes sont les suivants : 1) élaborer la stratégie en s'inspirant des succès et des enseignements des expériences antérieures, de la situation actuelle et de l'appréhension du futur, 2) prendre en compte des situations et des éléments nouveaux comme la couverture sanitaire universelle, les ODD et les soins de santé primaires, élargir le programme d'action sanitaire et adapter le soutien apporté aux pays aux besoins de ces derniers, et 3) mettre l'accent sur la mise en œuvre du cadre et de la vision en mettant en place des facteurs favorables comme un cadre général de suivi-évaluation et un cadre de responsabilisation clair.

Suivant la recommandation formulée par le RITAG en novembre 2019, le docteur Lemango indique que des progrès considérables ont été accomplis visant à s'assurer que le cadre actualisé rend compte des stratégies de recherche et d'apprentissage devant permettre de comprendre la couverture vaccinale sous-optimale au niveau des pays. La mobilisation des acteurs « non traditionnels » en vue de la réalisation des objectifs de vaccination est aussi bien explicitée dans les stratégies formulées dans le cadre. Le RITAG avait aussi recommandé une approche « ascendante » pour la définition des cibles, les données globales à l'échelle nationale étant utilisées pour fixer les cibles régionales et pour modéliser les besoins futurs du

pays en ressources pour la vaccination, sur la base des prévisions de croissance démographique. Le docteur Lemango a affirmé que cette démarche sera appliquée grâce à des consultations et délibérations supplémentaires au moment de l'élaboration du plan stratégique, car il s'est avéré difficile de le faire au plus fort de la pandémie de COVID-19.

D'après ses principes, le cadre ancre sa vision dans la situation actuelle de la vaccination dans la Région. Il reconnaît que la couverture vaccinale par les principaux antigènes stagne et que l'élimination de la rougeole et de la rubéole a peu progressé. Il a pris aussi acte des avancées encourageantes faites en ce qui concerne l'introduction de nouveaux vaccins dans les programmes de vaccination essentiels, l'élimination du tétanos maternel et néonatal et les campagnes de MenAfriVac pour endiguer la méningite à méningocoque. Bien que tardive, la certification de l'éradication du poliovirus sauvage dans la Région est un succès qui est salué, même si la vigilance s'impose face au nombre croissant de poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale (PVDVc). Plus particulièrement, les répercussions de la COVID-19 sur les gains âprement acquis dans le domaine de la vaccination sont bien reconnues, d'où la nécessité de se préparer pour empêcher des chocs similaires.

À la lumière des faits mentionnés plus haut et des conclusions de l'analyse détaillée, le Cadre a recensé sept difficultés et défis majeurs que la Région doit résoudre pour réaliser la vision de l'IA2030. Il s'agit des suivants : 1) les freins inhérents à l'ensemble du système et la faiblesse des systèmes de santé, 2) l'accès excessivement réduit aux services de vaccination, particulièrement par les communautés et les populations mal desservies, 3) la faiblesse des systèmes de données et l'utilisation insuffisante des données dans les processus décisionnels, 4) la faiblesse de l'offre et du système de gestion des vaccins, 5) la transition démographique, le changement climatique et les changements associés dans l'épidémiologie des maladies évitables par la vaccination, 6) la méfiance grandissante à l'égard des vaccins et la baisse de la confiance dans la vaccination ainsi que de la demande de ces services, et 7) l'insuffisance de la préparation et des ripostes

aux flambées de maladies évitables par la vaccination, la surveillance comprise, et le recours excessif dans ces cas aux ressources du programme polio.

Le Cadre régional est aligné sur la vision mondiale et propose cinq cibles préliminaires qui devront être atteintes d'ici à 2030, lorsque les États Membres auront : 1) atteint un taux de couverture de 90 % pour tous les vaccins dans tous les districts et au niveau national, 2) confirmé et maintenu l'élimination du tétanos maternel et néonatal et que dans 70 % d'entre eux, l'élimination de l'hépatite B aura été validée, 3) dans au moins 80 % d'entre eux confirmé l'élimination de la rougeole et de la rubéole, 4) affecté au moins 5 % des ressources nationales consacrées à la vaccination aux activités d'appui à la surveillance des maladies évitables par la vaccination et aux réseaux de laboratoires, et 5) maintenu l'éradication du poliovirus sauvage et contrôlé les PVDVc. Des jalons intérimaires sont aussi fixés en 2023 et 2026.

Le cadre actualisé propose en outre des stratégies, interventions prioritaires et mesures en vue de la mise en œuvre du programme, autour des 6 piliers suivants : systèmes de santé, leadership, prestation de services (notamment intégrés), logistique, gestion des données et résilience.

Le docteur Ephrem indique que le cadre régional de mise en œuvre a été présenté au Comité régional pour examen et adoption. En raison des nombreux points inscrits à son ordre du jour, le Comité régional n'a pas encore pu l'examiner. Le docteur ajoute que les prochaines étapes dans la mise en œuvre de la vision régionale consisteraient à formaliser le cadre en un plan stratégique régional pour la vaccination 2021-2025 applicable et à prêter soutien aux pays en vue de l'élaboration de stratégies de vaccination nationales.

Enfin, il est demandé au RITAG de fournir des orientations et de grandes recommandations sur la mise en œuvre du plan et des principales cibles, stratégies et actions proposées dans la dernière version du cadre régional.



Éradication de la poliomyélite

Freiner la propagation des flambées de PVDVc en Afrique et l'état de préparation des pays à l'introduction du nVPO2 et au déploiement de ce nouveau vaccin

Le docteur Paskal Makanda (OMS/AFRO) a dressé l'état des lieux des flambées de PVDVc2 dans la Région africaine, et a présenté la riposte à la flambée ainsi que la stratégie de la nouvelle Initiative mondiale

pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP) concernant le PVDVc2. En août 2020, l'éradication du poliovirus sauvage a été certifiée dans la Région africaine, aucun cas n'ayant été déclaré au cours des trois années précédentes. Quoique se réjouissant de ce succès, la prudence reste de mise devant le nombre croissant de cas de PVDVc2 signalés.

Au total, 452 cas ont été signalés dans 16 pays entre la 1^e et la 43^e semaine de 2020, notamment dans des isolats environnementaux. Les confirmations en laboratoire sont aussi attendues pour certains échantillons. Le même nombre de cas avait été déclaré au cours de toute l'année 2019 (tableau 3).

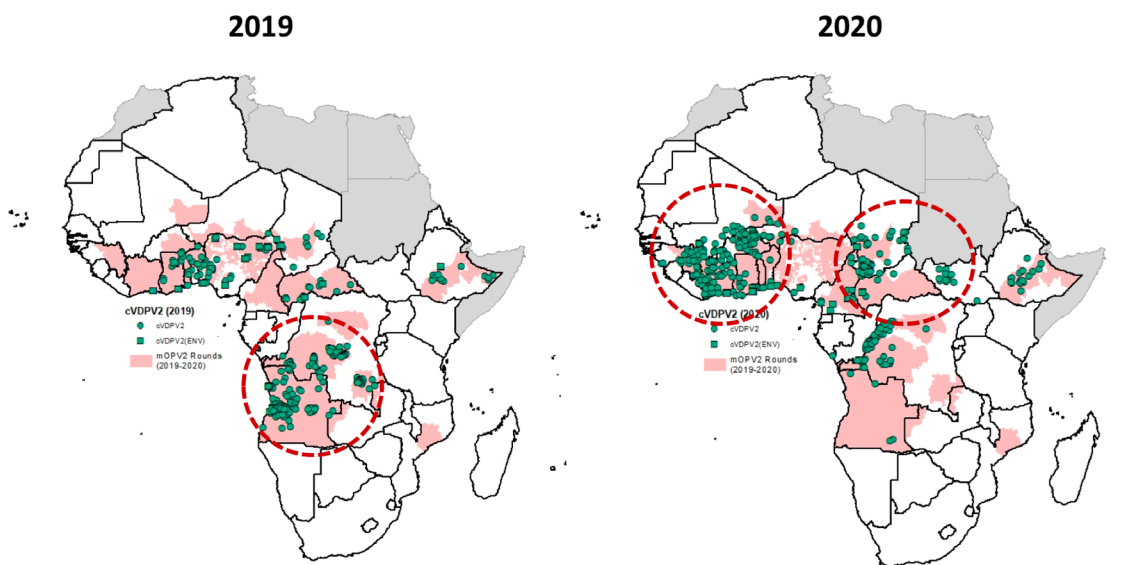
Tableau 3 : Nombre de poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale de type 2, isolats environnementaux compris

Pays	2016 (1)	2017 (1)	2018 (5)	2019 (14)	Semaine 43-2020 (16)	Total
Angola	0	0	0	155	4	159
Bénin	0	0	0	8	2	10
Burkina Faso	0	0	0	1	38	39
République centrafricaine	0	0	0	31	4	35
Cameroun	0	0	0	4	15	19
Tchad	0	0	0	19	90	109
Côte d'Ivoire	0	0	0	7	95	102
République démocratique du Congo	0	22	20	88	61	191
Éthiopie	0	0	0	15	21	36
Ghana	0	0	0	35	31	66
Guinée	0	0	0	0	29	29
Kenya	0	0	1	0	0	1
Mali	0	0	0	0	29	29
Mozambique	0	0	1	0	0	1
Niger	0	0	10	1	7	18
Nigéria	2	0	78	78	5	163
Soudan du Sud	0	0	0	0	12	12
Togo	0	0	0	8	9	17
Zambie	0	0	0	2	0	2
	2	22	110	452	452	1038

Ainsi, le nombre de cas de PVDVc2 a considérablement augmenté depuis 2019. L'analyse de la propagation géographique des flambées de PVDVc2 entre 2019 et 2020 dans la Région africaine fait apparaître une intensification et une expansion de la transmission en Afrique du Centre et de l'Ouest en 2020 (figure 12). L'accroissement du nombre de ces flambées dans la Région africaine résulte principalement de la faible immunité au PVDVc2. Celle-ci tient essentiellement aux raisons suivantes :

- 1- la médiocrité des ripostes aux flambées épidémiques,
- 2- les migrations régionales, qui favorisent la propagation du virus et font manquer les campagnes de vaccination aux enfants,
- 3- la baisse des niveaux d'immunité mucoale au virus de type 2 après le changement de vaccin,
- 4- la couverture insuffisante de la forme injectable du vaccin antipoliomyélique inactivé, et
- 5- l'utilisation continue du vaccin antipoliomyélique oral monovalent de type 2 (VPOm2) existant, qui sert ainsi de souche au PVDVc2.

Figure 12 : Distribution géographique des flambées de PVDVc2 dans la Région africaine, 2019 (semaines 1-52) par rapport à 2020 (semaines 1-43)



Intensification et progression de la transmission en Afrique occidentale et centrale en 2020

Lors de la plupart des flambées survenues dans la Région, le vaccin utilisé pour la riposte a été le VPOM2, approuvé pour cet usage avant fin 2020. Malgré la pandémie de COVID-19, 36 millions d'enfants ont reçu le VPOM2 dans les pays touchés par le PVDVc2 depuis la reprise des ripostes à la flambée en juillet 2020, au bout de trois mois d'interruption.

Ces cycles de VPOM2 ont largement réussi à stopper la plupart des flambées (tableau 4).

Tableau 4 : Impacts des campagnes de VPOM2 sur la transmission du PVDVc2

- Dans 70 % des districts touchés, aucun signe de transmission en cours n'a été détecté après deux séries d'AVS de VPOM2.
- Une réduction de l'incidence du PVDVc2 estimée à 75 % a été enregistrée après deux séries d'AVS (95 % IC 66-81 %).
- Au total, 77 % des cas déclarés de PVDVc2 sont survenus avant le début de toute AVS en riposte à la flambée.
- 7 % des cas de PVDVc2 ont été enregistrés après deux AVS, et certains sont associés à l'usage persistant du VPOM2.

Pour répondre à ces flambées épidémiques, l'IMEP a élaboré une nouvelle stratégie sur le PVDVc2 pour 2020-2021. L'équipe d'intervention rapide pour la polio en Afrique a été créée en juin 2019 pour répondre efficacement aux flambées de PVDVc2 et appliquer la stratégie. Cette stratégie repose sur quatre piliers principaux :

- 1- optimiser le VPOM2, le meilleur outil pour l'heure contre le PVDVc2, pour les ripostes aux flambées,
- 2- accélérer le développement du nouveau vaccin antipoliomyélitique oral de type 2 (nVPO2) pour servir d'alternative au VPOM2 et éventuellement le remplacer,
- 3- renforcer la vaccination systématique et les systèmes de prestation dans les zones à haut risque, et
- 4- garantir un approvisionnement suffisant en VPO2 pour atteindre chaque enfant à risque.

Le nVPO2 est un nouveau vaccin en préparation depuis 2011 dans le cadre de la phase finale de la lutte contre la polio et pour répondre au risque prévisible découlant du retrait du vaccin antipoliomyélitique oral trivalent (VPOt). Cette version modifiée du VPOM2 existant offre les mêmes niveaux d'immunité contre les poliovirus, tout en étant plus stable génétiquement. Il y a moins de chances qu'il reprenne une forme pouvant causer la paralysie et le risque est moindre aussi qu'il soit à l'origine de nouvelles flambées de PVDVc2. Comparé au VPOM2, il présente moins de risques de poliomyélite paralytique associée à la vaccination (PPAV).

Une autorisation d'utilisation d'urgence provisoire a été accordée le 13 novembre 2020 au nVPO2 fabriqué par Bio Farma en Indonésie dans l'optique qu'environ 160 millions de doses seront disponibles pour la première utilisation du vaccin. L'autorisation est intervenue après une série de recommandations du SAGE et l'approbation du Conseil exécutif de l'OMS. Le vaccin devant être disponible à partir de décembre 2020, la première utilisation programmée débutera en janvier 2021 dans les pays remplissant les critères de préparation.

Les pays éligibles pour le nVPO2 seront ceux présentant un risque élevé de nouvelles flambées, ceux limitrophes de zones de transmission intense, ceux ayant utilisé le VPOM2 récemment et ceux connaissant des mouvements transfrontaliers importants des populations. La riposte à toutes les flambées de PVDVc2 qui surviendront après janvier 2021 utilisera aussi le nVPO2. La Directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique adressera à cet effet une correspondance officielle aux 47 ministres de la Santé de la Région au sujet de la première utilisation du nVPO2 en vertu de l'autorisation d'utilisation d'urgence accordée. S'il est vrai que la décision d'utiliser le vaccin est fonction du niveau d'intérêt manifesté par les pays, il n'en demeure pas moins que c'est la forte probabilité d'apparition de flambées qui explique les zones à haut risques choisis pour la première utilisation du nVPO2. Il s'agit de régions enregistrant des niveaux de transmission et des mouvements des populations importants des deux côtés des frontières du Libéria, de la Côte d'Ivoire et de la Guinée ; de la RDC, du Congo et de l'Angola ; de l'Ouganda, du Kenya et du Soudan du Sud.

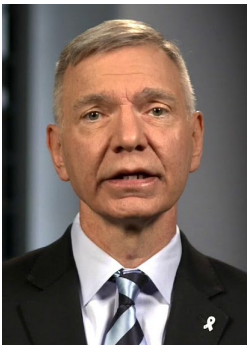
Il est recommandé aux pays de suivre et de recueillir des données solides sur les flambées et les PVDVc2 après l'introduction du nVPO2. Si cette première utilisation réussit à stopper les flambées de PVDVc2, le vaccin sera considéré comme un outil de choix dans la riposte à toutes les épidémies similaires dans la Région africaine et pourrait, par la suite, être examiné pour une utilisation future dans la vaccination systématique.

Le docteur Makanda conclut son point sur l'éradication de la polio dans la Région africaine en faisant part de l'initiative de l'IMEP d'élaborer une stratégie générale d'éradication de toutes les formes de polio dans le monde. La vision devant sous-tendre la stratégie d'éradication de la poliomyélite pour la période post-2021 est en cours d'élaboration avec la collaboration de tous les six partenaires de l'IMEP, des donateurs et des gouvernements des pays touchés par la polio. Elle devrait être présentée à l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2021.



Récompenses honorifiques

Une session virtuelle d'hommages a eu lieu pour relever et saluer la contribution exceptionnelle de trois ambassadeurs de la vaccination dans la Région africaine. Il s'agit : du docteur Robb Linkins, ancien membre du RITAG ; du docteur Robert (Bob) Davis, un artisan des programmes de vaccination ; et du feu docteur Koffi Isidore, ancien expert au programme polio de l'OMS/AFRO.



Le docteur Robb Linkins, ancien membre du RITAG pour l'OMS/AFRO

Robb Linkins obtient une maîtrise en santé publique à l'université de Californie à Berkeley, où il se spécialise dans les sciences du comportement et l'épidémiologie. Il quitte Berkeley pour l'université Johns Hopkins, où il obtient un PhD en épidémiologie et achève des études postdoctorales en méthodologie des essais cliniques. Robb rejoint ensuite le service d'investigation des épidémies (EIS) du US Centers for Disease Control and Prevention et est affecté au ministère de la Santé au Nouveau-Mexique. Après l'EIS, Robb se retrouve au siège du CDC à Atlanta où il travaille dans le programme national de vaccination, d'abord comme épidémiologiste dans l'équipe chargée de l'éradication de la polio, puis comme chef de l'unité du registre de vaccination et, enfin, comme directeur de la division de la gestion des données.

Après 14 années au siège du CDC, Robb participe à la collaboration entre le ministère thaïlandais de la Santé et US CDC, comme chef du programme de recherche sur le VIH à Bangkok. Après 5 années passées à Bangkok, Robb retourne à Atlanta en 2009 comme chef de l'unité d'éradication et d'élimination des maladies à prévention vaccinale (aujourd'hui l'unité de contrôle accéléré des maladies et de surveillance des maladies à prévention vaccinale (ADCSB)) au CDC. L'unité avait pour objet d'aider les pays à atteindre les cibles fixées en vue du contrôle et de l'élimination de la rougeole, de la rubéole, de l'hépatite B et du tétanos néonatal grâce au renforcement des systèmes de vaccination et la mise en place de systèmes de surveillance des maladies évitables par la vaccination, solides et intégrant les laboratoires.

En plus de diriger l'unité ADCSB, Robb cumule aujourd'hui les fonctions de président de l'équipe de gestion de l'initiative sur la rougeole et la rubéole, de membre du Comité consultatif technique sur la vaccination de la Région d'Asie du Sud-Est, de membre du Groupe consultatif d'experts sur l'élimination de la rougeole et de la rubéole en Inde, et de membre de la Commission régionale européenne de vérification de l'élimination de la rougeole et de la rubéole.

Robb a été un membre du RITAG pendant 4 années consécutives, son mandat ayant pris fin en juillet 2020.

Le RITAG et le secrétariat de l'OMS tiennent à remercier Robb Linkins pour sa contribution immense à la promotion de la vaccination dans la Région africaine.



Le docteur Robert (Bob) Davis, ambassadeur de la vaccination dans la Région africaine

M. Robert Davis a voué près de 50 années de sa vie au service de la santé publique, depuis ses débuts comme volontaire des US Peace Corps affecté au ministère de la Santé thaïlandais en 1971. Diplômé de l'université Johns Hopkins en 1978, il rejoint l'International Rescue Committee (IRC) à Kinshasa en 1979 et entre dans le monde de la vaccination en tant que responsable technique de Save the Children et l'OMS entre 1982 et 1988. En 1988, il occupe le poste de responsable de projet dans le domaine de la vaccination à l'UNICEF, travaille dans différents lieux d'affectation comme responsable du programme santé, avant de devenir le conseiller régional de l'UNICEF pour la vaccination en 1999. Il a grandement contribué à la promotion de la vaccination et l'éradication de la poliomyélite au plus fort de la lutte contre cette maladie, ainsi qu'au lancement de nouveaux vaccins sous-utilisés dans de nombreux pays de la Région africaine.

En 2008, Bob rejoint la Croix rouge américaine en tant que délégué pour la rougeole, coordonnant ainsi le soutien technique et financier apporté aux pays d'Afrique subsaharienne. En tant que membre éminent de l'Initiative pour la rougeole et la rubéole, Bob a été (et reste) un fervent artisan de l'élimination de la rougeole et de la rubéole jusqu'à sa retraite en début 2020. Bien que retraité, il continue de servir comme volontaire auprès de la Croix rouge américaine.

Bob est un professionnel dévoué et infatigable, passionné par la vaccination et la survie de l'enfant. Il a choisi de consacrer sa vie à la protection des plus faibles dans la société. Outre ses activités de plaidoyer et ses orientations techniques en faveur des pays dans la Région, Bob est l'auteur de nombreuses tribunes et études et a contribué à documenter les progrès dans le domaine de la vaccination dans la Région. Tous ceux qui ont participé à des réunions avec Bob se rappelleront qu'il essaie toujours de rendre compte de leur déroulement en temps réel. En outre, pendant plus de 10 ans, il s'est employé avec diligence à organiser les résultats des recherches et à les transmettre par courrier électronique à des centaines de professionnels de la vaccination. Bob est un membre fondateur de TechNet et il a encadré de nombreux experts en santé publique pendant les années où il a servi en Afrique. Il a reçu de nombreux prix, dont le « staff award » de l'UNICEF en 1997 pour les services rendus pendant la situation d'urgence au Rwanda, et le « WHO AFRO TFI award » en 2003 pour son soutien exceptionnel à la vaccination en Afrique. Tous ceux qui connaissent Bob saluent sa profonde maîtrise de l'histoire politique de l'Afrique, son entêtement ainsi que sa vivacité d'esprit et son excellent sens de l'humour.

Le RITAG et l'OMS/AFRO tiennent à remercier Bob Davis pour sa contribution immense à la promotion de la vaccination dans la Région africaine.



Au docteur Koffi Isidore Kouadio, un prix spécial pour l'œuvre de toute une vie

Le docteur Koffi Isidore Kouadio a été honoré à titre posthume comme un combattant de la polio. Il rejoint l'OMS en février 2013 comme consultant du programme Polio STOP auprès du Bureau de l'OMS au Congo, à Brazzaville. Le docteur Koffi était un véritable passionné de la santé publique et de la vaccination et il a mis à profit ses acquis en la matière dans son travail à l'OMS. En raison de sa vive détermination à renforcer le PEV, il devient le responsable régional OMS de la certification de l'éradication de la poliomyélite en juillet 2014. Il a œuvré pour l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage dans la Région et a été déterminant dans la préparation de la Région africaine pour la certification de l'éradication de la polio qui, comme vous le savez, a été déclarée au début de l'été.

Le docteur Koffi a été membre du secrétariat de la Commission régionale africaine pour la certification de l'éradication de la poliomyélite au sein du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique. Il a fourni aux pays des orientations techniques sur tous les aspects de l'accréditation des groupes spéciaux chargés d'endiguer les flambées au niveau national et a apporté un soutien spécifique pour la mise en place de systèmes sensibles de surveillance de la polio.

Le docteur Koffi était l'image vivante d'un homme bien. C'était un penseur stratégique, un visionnaire brillant, innovateur et créatif, qui nous a généreusement donné de partager ses connaissances, son expertise, ses compétences, pratiquement jusqu'au bout de sa vie. Tous ceux qui ont connu le docteur Koffi ont accueilli la nouvelle de son décès le mois dernier avec une profonde tristesse. Âgé de 50 ans au moment où il nous quitte, il laisse une veuve et deux enfants, à qui nous adressons nos plus sincères et profondes condoléances.

Le prix spécial du RITAG célèbre la vie et l'œuvre du docteur Koffi Kouadio, particulièrement son travail incessant et sa contribution immense à l'éradication du poliovirus sauvage dans la Région africaine.

Repose en paix, docteur Koffi.

Conclusion et prochaines étapes

À la fin de la réunion du RITAG des 18 et 19 novembre 2020, les membres ont formulé des recommandations synthétiques sur les sujets abordés pour leur mise en œuvre et leur suivi par l'OMS, les organisations partenaires et les pays. Les recommandations sont reprises aux pages (5-6).

Le docteur Joseph Cabore, directeur de la gestion des programmes, clôture la réunion par quelques réflexions importantes et des remerciements. Il félicite les récipiendaires des prix du RITAG pour leurs contributions exceptionnelles durant leur vie à la vaccination, et remercie les participants à cette réunion du RITAG. Il ajoute que toutes les recommandations du RITAG seront examinées avec soin, afin qu'elles guident les actions menées actuellement au niveau de la Région contre la COVID-19. Il annonce que la Directrice régionale a constitué un comité restreint, comprenant notamment les représentants de l'OMS, pour réfléchir à la manière d'aborder la question de la vaccination contre la COVID-19 dans la Région. Les recommandations, celles sur les vaccins anti-COVID-19 comprises, seront examinées à la prochaine réunion du Comité régional.

Enfin, le docteur Cabore convie la présidente du RITAG à une réunion avec la Directrice régionale, afin de discuter des questions abordées durant la réunion du RITAG et de présenter les recommandations formulées par le Groupe. Après avoir remercié tous ceux qui ont contribué au succès des délibérations, il déclare la réunion close.



Toutes les photos gracieusement offertes par l'OMS ou Gavi, l'Alliance du vaccin.



Organisation
mondiale de la Santé

BUREAU RÉGIONAL DES **Afrique**