

Réunion spéciale 2018 du GCT

Troisième réunion spéciale du Groupe consultatif technique
(GCT) sur les maladies évitables par la vaccination

19 mars 2018
Washington, D.C.
États-Unis d'Amérique



Organisation
panaméricaine
de la Santé



Organisation
mondiale de la Santé
Amériques

Introduction	5
Mise à jour sur le statut des flambées de fièvre jaune dans les Amériques et sur l'utilisation des doses fractionnées de vaccin anti-amaril	6
Recommandations	10
Mise à jour du statut des flambées de diphtérie en cours dans les Amériques et riposte à la flambée régionale actuelle.....	12
Recommandations	13
Mise à jour de la situation épidémiologique de la rougeole dans les Amériques	15
Recommandations	17
Progrès dans la surveillance de la pérennité de l'élimination dans les Amériques de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale.....	18
Recommandations	18
Mise à jour sur l'approvisionnement mondial en VPI et l'introduction des doses fractionnées de VPI dans les Amériques.....	19
Recommandations	21

Membres du GCT

J. Peter Figueroa

Professeur de santé publique
Épidémiologie et VIH/Sida
University of the West Indies
Kingston, Jamaïque

Président du GCT

Jon K. Andrus

Professeur adjoint et chercheur principal
Centre pour la santé mondiale, Division des vaccins et de la vaccination
Université du Colorado
Washington, D.C., États-Unis

Roger Glass

Directeur, Fogarty International Center et
Directeur associé pour la recherche internationale
NIH/JEFIC-National Institutes of Health
Bethesda, Maryland, États-Unis

Akira Homma

Président du Conseil des politiques et stratégies
Institut Bio-Manguinhos
Rio de Janeiro, Brésil

Arlene King

Ancien médecin hygiéniste en chef, Ontario
Professeur adjoint
Faculté de santé publique Dalla Lana
Université of Toronto
Ontario, Canada

Nancy Messonnier

Directrice
Centre national pour la vaccination et les maladies respiratoires
Centres pour le contrôle et la prévention des maladies
Decatur, Georgia, États-Unis

José Ignacio Santos

Professeur
Unité de médecine expérimentale
Faculté de médecine
Université nationale autonome du Mexique
Mexico, Mexique

Cristiana Toscano

Professeur
Université fédérale de Goiás

Goiana, Brésil

Jeanette Vega*

Directrice

Fonds national chilien de la santé

Santiago, Chili

Cauhtémoc Ruiz-Matus

Chef de l'Unité d'immunisation intégrale de la famille

OPS/OMS

Washington, D.C., États-Unis

Secrétaire spécial

* N'était pas présente au GCT 2018

Introduction

L'OPS a organisé une réunion extraordinaire de son Groupe consultatif technique (GCT) sur les maladies évitables par la vaccination pour régler des problèmes urgents auxquels fait face la Région des Amériques. Cette réunion spéciale virtuelle s'est déroulée le 19 mars 2018 et a envisagé la situation épidémiologique de la fièvre jaune dans les Amériques, y compris la flambée en cours au Brésil, l'utilisation de doses fractionnées de vaccin anti-amaril en riposte à la flambée et la situation concernant les flambées de diphtérie et de rougeole dans la Région.

Compte tenu du risque d'importation de la rougeole et de propagation de la flambée de rougeole du Venezuela aux pays voisins, le GCT a également examiné une proposition concernant la surveillance de la pérennité de l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale dans les Amériques et il a invité instamment les pays à donner la priorité aux ripostes visant les flambées de rougeole, de manière à empêcher la résurgence d'une transmission endémique de cette maladie. Une mise à jour a également été présentée, qui concernait les fournitures régionales et mondiales de vaccin anti-amaril et de vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI).

Mise à jour sur le statut des flambées de fièvre jaune dans les Amériques et sur l'utilisation des doses fractionnées de vaccin anti-amaril

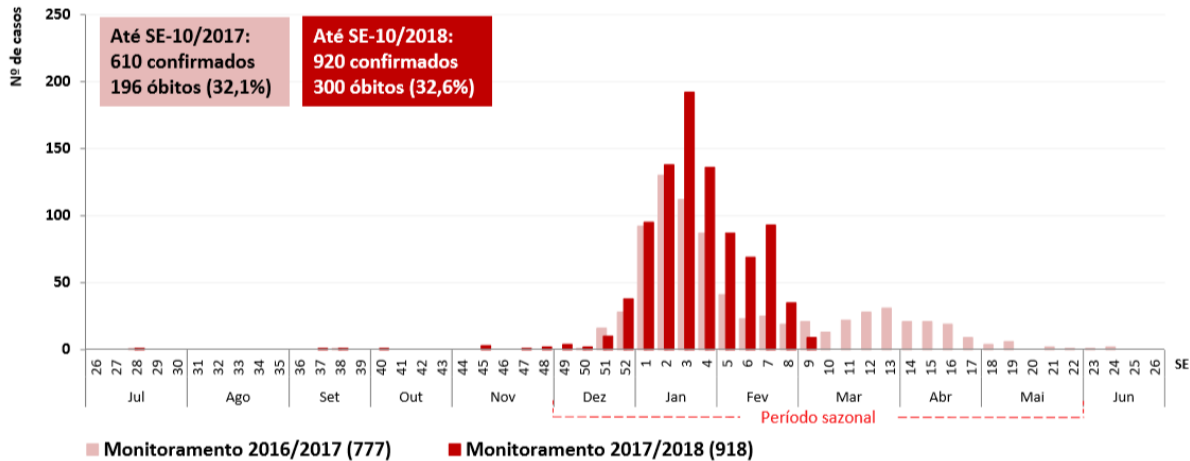
Contexte

Le 12 juillet 2017, lors de la XXIV^e réunion du GCT sur les maladies évitables par la vaccination tenue à Panama, une session extraordinaire concernait une « Mise à jour sur le statut des flambées de fièvre jaune dans les Amériques ». Une actualisation concernant la flambée de fièvre jaune en cours et la riposte à cette flambée a été présentée par des représentants du ministère brésilien de la Santé. Cette flambée a été considérée comme la plus grande flambée au Brésil depuis les années 1940 et elle s'est propagée à des zones de la côte atlantique qui, selon l'OMS, n'étaient précédemment pas considérées comme à risque de fièvre jaune. Le GCT a approuvé l'utilisation du vaccin anti-amaril fractionné administré par voie sous-cutanée pour riposter aux flambées se produisant dans un contexte de disponibilité limitée du vaccin, comme c'est le cas pour la flambée au Brésil. Le GCT a invité instamment le Brésil à poursuivre, au-delà de la durée de la flambée, les activités vaccinales chez les résidents de toutes les zones touchées et les voyageurs de passage dans ces zones. Le GCT a aussi demandé aux pays d'endémie d'optimiser la prestation des activités de vaccination, de maintenir une couverture vaccinale élevée dans les groupes cibles, et de renforcer la surveillance de la couverture vaccinale et des manifestations post-vaccinales indésirables (MAPI). Le GCT a également vivement préconisé à ces pays de renforcer la surveillance épidémiologique, virologique, vectorielle et zoonotique de la fièvre jaune, dans le but de réévaluer le risque de cette maladie. Enfin, le GCT a reconnu les efforts de la stratégie mondiale EYE d'élimination des épidémies de fièvre jaune (de l'anglais *Eliminating Yellow Fever Epidemics*) pour accroître la visibilité de la fièvre jaune dans le programme mondial de santé publique, ainsi que les efforts du Fonds renouvelable de l'OPS pour l'achat de vaccins visant à combler les besoins des États Membres où la fièvre jaune est endémique.

Flambées de fièvre jaune et ripostes aux flambées

Depuis 2016, plusieurs épizooties de fièvre jaune au Brésil ont presque atteint les zones de la côte atlantique, autrefois considérées comme des zones non endémiques, y compris les villes de São Paulo et Rio de Janeiro où vivent environ 30 millions de personnes. Entre juillet 2017 et le 22 mars 2018, 1102 cas humains confirmés de fièvre jaune ont été identifiés, dont 340 sont décédés, dans les États de Minas Gerais, São Paulo, Rio de Janeiro, Espírito Santo et le District fédéral (**figure 1**). Tous les cas notifiés concordaient avec une transmission sylvatique par des moustiques du genre *Haemagogus* spp. À ce jour, la transmission du virus de la fièvre jaune par *Aedes aegypti*, considérée comme une transmission urbaine, n'a pas été confirmée pour cette flambée. De manière préoccupante, des disparitions de primates non humains que l'on pensait être secondaires à une affection par le virus de la fièvre jaune sont survenues dans de grands parcs du Brésil très proches de villes extrêmement peuplées comme São Paulo et Rio de Janeiro. De plus, au moins 13 cas de fièvre jaune liés à la flambée actuelle au Brésil ont été identifiés chez des voyageurs internationaux (2 provenant de France, 1 des Pays-Bas, 4 d'Argentine, 3 du Chili, 1 de Roumanie, 1 du Royaume-Uni/Allemagne et 1 de Suisse). Onze de ces cas s'étaient rendus à Ilha Grande, un parc national de l'État de Rio de Janeiro. Aucun de ces voyageurs n'avait été vacciné. De plus, le Pérou a notifié neuf cas confirmés en 2018. Il existe un risque de propagation de la fièvre jaune à d'autres pays endémiques de la Région, y compris un risque de ré-urbanisation, comme l'a montré la flambée urbaine de fièvre jaune en 2008 au Paraguay.

Figure 1. Distribution des cas humains de fièvre jaune entre juillet 2016 et mars 2018, Brésil



Fonte: CGDT/DEVIT/SVS/MS. *Dados preliminares e sujeitos à revisão. A data de ocorrência não estava registrada em duas das notificações do período de monitoramento 2017/2018 (jul/17 a jun/18).

Nombre de cas

À la semaine épidémiologique 10/2017 : 610 cas confirmés, 196 décès
 À la semaine épidémiologique 10/2018 : 920 cas confirmés, 300 décès (32,6%)

Jui-Aoû-Sep-Oct-Nov-Dec-Jan-Feb-Mar-Avr-Mai-Jui

Période saisonnière

Surveillance 2016/2017 (777)

Surveillance 2017/2018 (918)

Source : CGDT/DEVIT/SVS/MS. * données préliminaires et sujettes à révision. La date du cas n'était pas enregistrée pour deux notifications lors de la période de surveillance 2017/2018 (juillet 1017 à juin 2018).

En riposte à la flambée, les autorités sanitaires brésiliennes ont élargi les recommandations vaccinales concernant la fièvre jaune à tous les résidents âgés de plus de 9 mois des États de Bahia, Espírito Santo, Rio de Janeiro et São Paulo, et ont entrepris de vastes campagnes avec des doses vaccinales fractionnées dans des zones choisies des États de Bahia, Rio de Janeiro et São Paulo. L'OMS a également actualisé les recommandations vaccinales concernant les voyageurs, pour inclure toutes les zones des États d'Espírito Santo, Rio de Janeiro et São Paulo, ainsi que certaines zones côtières de l'État de Bahia.

Le 25 janvier 2018, les autorités fédérales ont lancé des campagnes de vaccination anti-amaril utilisant des doses fractionnées dans les États de São Paulo et Rio de Janeiro, campagnes qui concernent respectivement des populations cibles de 9,3 et 10 millions de personnes. Dans l'État de Bahia, la campagne a été lancée le 19 février et concerne une population cible de 3,3 millions de personnes. Au 20 mars 2018, environ 6,7 millions de personnes ont été vaccinées avec des doses fractionnées de vaccin anti-amaril, la couverture vaccinale préliminaire étant de 30 %. Cette faible couverture peut être en partie expliquée par le fait que le gouvernement n'a pas officiellement déclaré d'état d'urgence, malgré le taux de létalité élevé qui s'ajoute à la faible acceptabilité de la stratégie vaccinale par doses fractionnées de la part de la population générale, du personnel de santé et des médias.

Les 15,7 millions de doses de vaccin anti-amaril destinées aux campagnes menées dans les États de São Paulo, Rio de Janeiro et Bahia ont été distribuées par le ministère brésilien de la Santé à partir d'un stock de doses produites par Bio-Manguinhos. L'OPS a participé à l'achat de 17 millions de seringues autobloquantes de 0,1 cc 27 G x 3/8 ml en 2017 et de 20 millions de seringues en 2018. Pour 2018 le

Fonds renouvelable, en collaboration avec l'OMS, a organisé la mise à la disposition du Brésil d'environ 6,4 millions des 20 millions de seringues nécessaires, à partir du stock mondial, réglant ainsi les besoins urgents de fournitures pour la campagne. Les 13,6 millions de seringues restantes ont été achetées directement par le Fonds renouvelable. On s'attend, de ce fait, à ce que les quantités de doses vaccinales et de seringues soient suffisantes pour mener la campagne actuelle de vaccination.

Utilisation de doses fractionnées de vaccin antiamaril

Compte tenu de la pénurie mondiale de vaccins antiamarils et de la survenue de flambées de fièvre jaune dans les Région OMS de l'Afrique et des Amériques, l'OMS a examiné, en juin 2017, les données disponibles quant à l'utilisation de vaccin antiamaril à une dose inférieure à la dose complète pour immuniser les personnes contre la fièvre jaune. Quatre études ont été déterminées, qui incluaient trois cohortes principalement composées d'hommes adultes. Deux cohortes avaient reçu des doses complètes et des doses fractionnées (aussi faibles qu'un millième de la dose complète) du vaccin 17DD administrées par voie sous-cutanée, tandis que la troisième avait reçu le vaccin 17D-204 sous la forme d'une dose complète administrée par voie intramusculaire ou d'une dose fractionnée (un cinquième de la dose complète) administrée par voie intradermique. Une des cohortes ayant reçu le vaccin 17DD avait été suivie 10 mois suite à la vaccination par une dose fractionnée. Sur la base de ces données, l'OMS a recommandé l'utilisation d'une dose fractionnée de vaccin antiamaril dans le cadre d'une riposte en urgence pour maîtriser une flambée, recommandation qui a ensuite été approuvée par le groupe SAGE. En juillet 2017, le GCT de l'OPS a approuvé cette recommandation d'utiliser une dose fractionnée de vaccin antiamaril en riposte aux flambées survenant dans des situations d'approvisionnement limité en vaccins.

Tableau 1. Études publiées sur l'immunogénicité de doses fractionnées de fièvre jaune¹

Caractéristiques	Lopes 1988	Roukens 2008	Martins 2013	Campi-Azevedo 2014
Vaccin	Bio-Manguinhos	Sanofi, Stamaril	Bio-Manguinhos	Bio-Manguinhos
Sous-doses testées	4 dilutions (1 :10 – 1 :1000) SC	1/5 de la dose ID complète	Moins de 1/880 de la dose SC complète	Moins de 1/880 de la dose SC complète
Taille de l'échantillon	259 hommes	175 adultes	749 hommes	749 hommes
Suivi	28 jours	1 année	10 mois	1 année
Indicateurs	Séroconversion ; Moyenne géométrique des titres (MGT)	Séroconversion ; MGT	Séroconversion ; MGT	Virémie, cytokines et chimiokines

L'OMS a considéré que les données factuelles disponibles étaient suffisantes pour déterminer qu'une dose fractionnée de vaccin antiamaril correspondant à un cinquième de la dose standard (0,1 ml au lieu de 0,5 ml) pourrait être une option sûre et efficace pour des campagnes de vaccination de masse visant à maîtriser des flambées urbaines dans des situations aiguës de pénurie de vaccins. Il convient cependant de noter que l'administration d'une dose fractionnée constitue une utilisation hors indications du vaccin et que la dose fractionnée peut être administrée par voie sous-cutanée ou intramusculaire. Il faut donner la préférence aux vaccins antiamarils pour lesquels existent des données d'immunogénicité et d'innocuité concernant une dose fractionnée administrée par voie sous-cutanée ou intramusculaire.

¹ Lopes O et al., J of Biological Standardization 1988; Roukens AH et al, PLoSone 2008; Martins RM et al., Human Vaccines & Immunotherapeutics 2013; Campi-Azevedo AC et al., BMC Infectious Diseases 2014.

Selon les données cliniques disponibles, la dose minimale administrée doit contenir 3000 UI/dose, et en tous les cas jamais moins de 1000 UI/dose ([WHO TRS 978 Annex 5](#)). Le pays doit déterminer le volume de vaccin le plus approprié pour une utilisation en dose fractionnée, en sachant que le volume minimal de la dose ne doit pas être inférieur à 0,1 ml, mais en tenant compte également du vaccin disponible, de l'activité du lot de vaccins, de la disponibilité et de l'approvisionnement de matériels d'injection adéquats. Les tailles de flacons supérieures à dix doses standards de 0,5 ml ne sont pas recommandées pour une utilisation en doses fractionnées.

Tableau 2. Activité des divers vaccins antiamarils disponibles

Activité du lot* Unités internationales (UI)	Vaccin 1	Vaccin 2	Vaccin 3**	Vaccin 4
Moyenne	43 651	25 704	18 977	12 874
Maximum	114 815	125 896	177 827	26 284
Minimum	13 490	3715	4169	7578
Moyenne 1/5	8709	5129	4467	2569
Minimum 1/5	2692	741	832	1516

*Selon le fabricant, les périodes considérées varient de 5 à 13 ans.

**Exprimée en UFP

Du fait qu'il n'existe pas de données cliniques disponibles pour des sous-groupes particuliers, cette recommandation ne concerne pas les enfants de moins de deux ans, les femmes enceintes et les personnes dont on sait qu'elles sont infectées par le VIH. Les personnes appartenant à ces populations particulières doivent être vaccinées par une dose standard administrée par voie sous-cutanée. Les doses fractionnées de vaccin antiamaril ne sont pas destinées à remplacer celles utilisées dans les programmes systématiques de vaccination, qui doivent utiliser une dose complète administrée par voie sous-cutanée. Le fractionnement de doses n'est qu'une mesure à court terme pour maîtriser ou prévenir une flambée de grande échelle. Une fois que des quantités suffisantes de vaccins sont disponibles, les doses complètes doivent être de nouveau utilisées dans les programmes de vaccination systématique.

En ce qui concerne la durée de l'immunité conférée par une dose fractionnée de vaccin antiamaril, des données semblent se dégager qui démontrent l'existence d'une séropositivité huit ans après l'administration d'une dose fractionnée. Une cohorte de 749 hommes brésiliens adultes qui avaient reçu des doses fractionnées du vaccin 17DD a été recontactée huit ans plus tard pour recueillir des données d'immunogénicité à long terme. Des 318 participants inclus dans cette analyse, qui étaient séropositifs à la consultation initiale de l'étude, 271 (85 % ; IC à 95 %, 81 % à 89 %) étaient séropositifs huit ans après la vaccination. La proportion de personnes séropositives allait de 80 à 96 % dans les six groupes qui avaient reçu une dose de vaccin antiamaril, dont l'administration allait de la dose complète à une dose aussi faible qu'un millième de cette dose. Les moyennes géométriques des titres d'anticorps neutralisants vis-à-vis du virus de la fièvre jaune étaient semblables d'un groupe à l'autre, excepté pour le groupe ayant reçu la dose la plus faible d'antigènes (c'est-à-dire, un millième de la dose complète), dont les titres étaient beaucoup plus élevés. Cette étude appuie l'utilisation de doses fractionnées de vaccin antiamaril lorsque la demande de ce vaccin est accrue et que son approvisionnement est insuffisant. La revaccination ne semble pas être nécessaire, au moins pour les huit ans qui suivent la vaccination initiale. Cette conclusion sera de nouveau examinée quand de nouvelles données factuelles seront disponibles.

Selon des données limitées, la réactogénicité d'une dose fractionnée de vaccin semble comparable à celle d'une dose complète. La première expérience programmatique de vaccination antiamarile avec des doses fractionnées, réalisée en République démocratique du Congo (RDC), n'a pas permis d'observer de signes démontrant un risque accru de MAPI graves. De la même manière, aucun problème d'innocuité n'a été déterminé dans le cadre des administrations respectives de 25 et 50 doses à partir de flacons de 5 et 10 doses, malgré les multiples ponctions réalisées dans le joint obturateur en caoutchouc. Les tailles de flacons contenant plus de dix doses standards de 0,5 ml ne sont pas recommandées pour le fractionnement des doses.

Comme le spécifie l'annexe 7 du Règlement sanitaire international, qui indique qu'une dose de vaccin antiamaril confère une protection pour toute la vie, les voyageurs internationaux entrant dans un pays (ou en sortant) auxquels on demande un certificat international de vaccination ou de prophylaxie, comportant une preuve de vaccination contre la fièvre jaune qui conditionne l'entrée et/ou la sortie de ce pays, doivent recevoir une dose standard complète de vaccin antiamaril. Cependant, du fait de la pénurie de vaccins antiamarils, certains pays de la Région ont commencé à vacciner les voyageurs internationaux en utilisant des doses fractionnées de vaccin antiamaril pour lesquelles des données cliniques et d'immunogénicité ne sont pas disponibles actuellement. Par conséquent, les voyageurs internationaux qui ont déjà reçu une dose fractionnée de vaccin antiamaril doivent être de nouveau vaccinés avec une dose standard complète si le certificat international de vaccination ou de prophylaxie est une condition nécessaire pour entrer dans le ou les pays de destination et/ou sortir du pays d'origine à des fins de voyage.

Situation actuelle de l'approvisionnement et prévisions pour 2018

La demande actuelle de vaccins antiamarils par les pays participant en 2018 au Fonds renouvelable représente environ 13 millions de doses. À ce jour, l'OPS a reçu l'engagement de deux fournisseurs pour un total de 16 millions de doses environ. Cependant, compte tenu de la campagne vaccinale au Brésil et des limites administratives concernant les exportations, le fabricant brésilien a des difficultés à respecter son engagement initial envers l'OPS de fournir 6 millions de doses. Étant donné cette situation, une collaboration étroite se poursuit avec l'UNICEF au cas où d'autres dispositions seraient nécessaires en 2018. Pour régler ces problèmes, le Fonds renouvelable travaille également avec les pays et envisage un troisième fournisseur, qui propose une présentation sous la forme d'ampoules, ainsi qu'avec le fabricant brésilien.

Recommandations

- Le GCT invite instamment les pays faisant face à d'importantes flambées de fièvre jaune, comme la flambée actuelle au Brésil, d'activer les mécanismes en place pour une mobilisation et un déploiement rapide de toutes les ressources nécessaires à la maîtrise en temps opportun de ces flambées, en accord avec les cadres légaux des États Membres. Lors de telles campagnes de vaccination, un engagement politique extrêmement fort est nécessaire à tous les niveaux pour parvenir à des taux élevés de couverture vaccinale. Les enseignements tirés de la mise en œuvre au Brésil des campagnes vaccinales contre la rougeole et la rubéole doivent être appliqués à cette campagne vaccinale contre la fièvre jaune, en particulier ceux concernant la nécessité d'un engagement politique fort, la mobilisation des ressources, la supervision et la coordination, la précision de la micro planification, la communication en matière de risques et la reddition de comptes.
- Le GCT réitère son approbation quant à l'utilisation d'une dose vaccinale antiamarile fractionnée pour riposter aux flambées survenant dans un contexte de disponibilité limitée du vaccin. Du fait du manque de données sur l'immunogénicité et la réactogénicité chez les enfants de moins de

deux ans, les femmes enceintes et les personnes dont on sait qu'elles sont infectées par le VIH, ces groupes de populations doivent être vaccinés avec une dose standard de 0,5 ml.

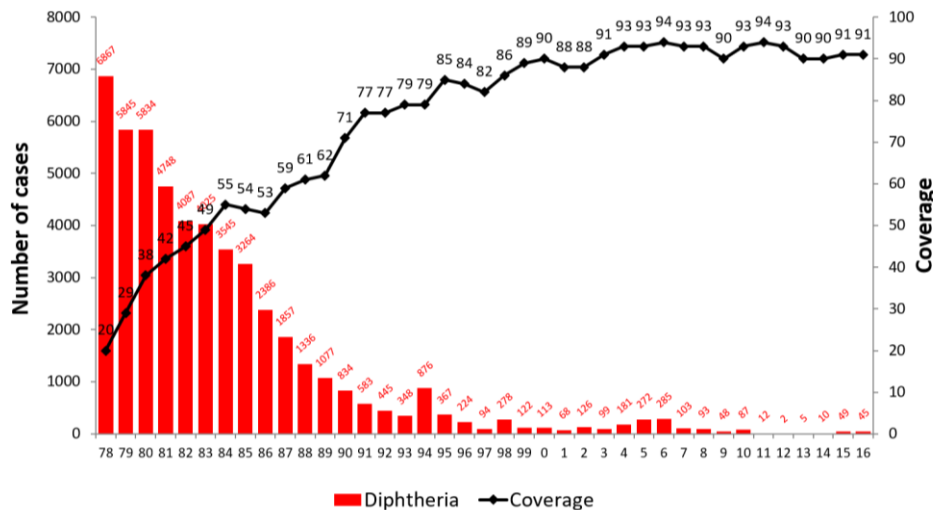
- Le GCT souligne l'importance de parvenir, avec les doses fractionnées de vaccin anti-amaril et dans un délai rapide, à des couvertures vaccinales de 95 % pour que l'intervention soit efficace en termes de maîtrise de la flambée. Des stratégies doivent être élaborées pour atteindre les groupes à haut risque, comme celui des hommes jeunes dans les zones rurales et urbaines. Les pays doivent mettre en œuvre un système nominal d'information sur la vaccination pour suivre les taux de couverture correspondants et l'innocuité du vaccin.
- En se basant sur les données disponibles issues d'une étude réalisée chez des hommes adultes vaccinés avec le vaccin 17DD et dont le suivi était de 8 ans, qui a démontré une immunité pérenne chez des personnes qui avaient fait une séroconversion après la vaccination, le GCT considère qu'une dose fractionnée peut offrir une protection pour un minimum de huit ans. Selon les données factuelles disponibles à ce jour, la revaccination n'est pas nécessaire dans les zones où a été réalisée une vaccination avec une dose fractionnée pour riposter à une flambée. Cette recommandation sera de nouveau examinée quand de nouvelles données factuelles seront disponibles.
- Étant donné que les données concernant l'immunogénicité et l'innocuité des doses fractionnées de vaccin anti-amaril ne sont actuellement disponibles que pour un seul vaccin administré par la même voie que la dose complète, les pays doivent donner la préférence à ce vaccin. Au moment de faire le choix d'utiliser une dose fractionnée, les pays d'endémie et de non endémie qui vaccinent contre la fièvre jaune doivent prendre en compte l'activité du lot de vaccins, la situation de l'approvisionnement et la disponibilité de matériels d'injection adéquats (**tableau 2**).
- Le GCT recommande que les pays d'endémie et de non endémie qui utilisent des doses fractionnées de vaccin anti-amaril procèdent à un suivi approfondi ainsi qu'à des études d'immunogénicité et d'innocuité propres aux vaccins utilisés, pour optimiser le recueil de données factuelles concernant l'utilisation des doses vaccinales fractionnées.
- Le GCT met de nouveau l'accent sur la nécessité d'administrer le vaccin anti-amaril aux voyageurs nationaux et internationaux à la suite d'une évaluation individuelle approfondie du risque, qui envisage à la fois le risque clinique et les possibilités d'exposition au virus amaril. Le GCT insiste aussi sur le fait que, selon le Règlement sanitaire international actuel, le certificat international de vaccination et de prophylaxie comportant une preuve de vaccination contre la fièvre jaune, qui peut conditionner l'entrée ou la sortie d'un pays, n'est valide que s'il fait état de l'administration d'une dose standard complète de 0,5 ml de vaccin anti-amaril.
- Le GCT invite instamment à l'utilisation continue des informations issues des activités de surveillance et des évaluations de risque pour hiérarchiser la vaccination, les mesures de contrôle et l'allocation aux pays de la réserve limitée de vaccins.
- Dans le contexte de la pénurie mondiale de vaccins anti-amarils, le GCT prie instamment le Fonds renouvelable de l'OPS de poursuivre ses efforts pour garantir que soient satisfaits les besoins en vaccins des États Membres dans lesquels la fièvre jaune est endémique.

Mise à jour du statut des flambées de diphtérie en cours dans les Amériques et riposte à la flambée régionale actuelle

Épidémiologie de la diphtérie dans les Amériques

Depuis l'introduction et l'utilisation généralisée des vaccins contre la diphtérie, cette maladie est bien contrôlée dans la Région des Amériques (**figure 2**), seuls quelques cas étant survenus lors des dernières décennies. Entre 1993 et 2004, des flambées de diphtérie ont été notifiées en Colombie, en Équateur, en Haïti, au Paraguay et en République dominicaine. Cependant, l'incapacité de maintenir des niveaux élevés de couverture par le DTC3 et des ruptures dans la chaîne du froid ont conduit à la réapparition de cas de diphtérie, en particulier dans les zones pauvres et surpeuplées, et chez les personnes sans antécédents vaccinaux ou aux séries vaccinales incomplètes. Il existe actuellement des flambées de diphtérie en Haïti et au Venezuela. Des pays voisins ont notifié des cas importés (République dominicaine, Brésil et Colombie). La situation de la flambée régionale de diphtérie est présentée en détail ci-dessous.

Figure 2. Nombre de cas de diphtérie et couverture vaccinale par le DTC3 dans les Amériques, 1978-2016



Fuente: EPI Tables, PAHO-WHO/UNICEF Joint Reporting Form (JRF), and country reports. 2017

Nombre de cas
Diphtérie
Couverture

Source : Tableaux du PEV, formulaire conjoint OPS-OMS/UNICEF de notification (JRF) et rapports des pays, 2017

Haïti

Depuis le début de la flambée à la semaine épidémiologique (SE) 50 de 2014 et jusqu'à la semaine épidémiologique 6 de 2018, 410 cas probables de diphtérie ont été notifiés en Haïti, dont 75 décès (taux de létalité [TL] : 18 %). Les taux de létalité notifiés étaient de 22,3 % en 2015, 27 % en 2016 et 10,7 % au cours de 2017 et 2018. Des cas ont été notifiés dans 40 districts de neuf départements. Avec l'appui de l'OPS/OMS, Haïti a mis en œuvre des mesures de contrôle depuis le début de la flambée. Les autorités de santé prévoient une campagne de vaccination, qui consistera en trois cycles vaccinaux, utilisera des vaccins DTC et dT et ciblera les enfants habitant l'un des neuf départements touchés et âgés de 1 an à moins de 15 ans. Le premier cycle est planifié entre le 11 et le 15 mars 2018. Les dates des deuxièmes et

troisièmes cycles doivent être fixées. Les populations cibles de ces campagnes totalisent 986 353 enfants de 1 à 6 ans et 1 249 429 enfants de 7 à 14 ans. Il existe cependant un déficit budgétaire de US\$ 1,7 million pour les deuxièmes et troisièmes cycles envisagés dans le cadre de ces campagnes de vaccination.

Venezuela

Depuis son premier cas notifié en juillet 2016, le Venezuela comptait 3170 cas suspects en mars 2018, dont 976 (31 %) étaient confirmés, 317 (10 %) par des examens de laboratoire et 659 (21 %) par un lien épidémiologique. Un total de 142 décès ont été notifiés (17 en 2016, TL 53 % ; 103 en 2017, TL 13 % ; et 22 en 2018, TL 15 %). En 2016, des cas ont été notifiés dans cinq des 23 États (Anzoátegui, Bolívar, Delta Amacuro, Monagas et Sucre). En 2017, 22 des 23 États et le district de la capitale (Caracas) ont notifié des cas confirmés par des examens de laboratoire ou par un lien épidémiologique. En 2018, neuf États ont notifié des cas confirmés. Les cas ont été notifiés dans tous les groupes d'âges ; cependant, la majorité de ces cas se trouvent dans le groupe d'âge de 5 à 39 ans, le taux d'incidence le plus élevé concernant les jeunes âgés de 5 à 19 ans. En 2017 et 2018, les autorités sanitaires nationales ont mené des activités de vaccination chez les personnes en contact avec des cas suspects. Une campagne de vaccination (phase 2) sera conduite entre le 29 mai et le 30 juin 2018. Toutes les activités de vaccination sont conduites en même temps que les campagnes vaccinales contre la rougeole et que les autres vaccinations systématiques (p. ex., VPOb, VPI). L'OPS/OMS soutient la riposte à la flambée, y compris la mobilisation de ressources humaines supplémentaires pour appuyer les activités de terrain.

Brésil

En 2017, 40 cas suspects de diphtérie ont été notifiés dans 14 États brésiliens, dont 35 ont été infirmés par les examens de laboratoire et 5 confirmés dans quatre États : Acre (1), Minas Gerais (2), Roraima (1 cas mortel, importé du Venezuela) et São Paulo (1). Trois des cinq cas confirmés (2 dans l'État de Minas Gerais et 1 dans l'État de São Paulo) avaient reçu l'intégralité de la série vaccinale. Les âges des cas confirmés allaient de 4 à 66 ans (avec une médiane à 19 ans) ; quatre étaient des hommes et le cinquième était une femme. De plus, un cas suspect notifié dans l'État de Bahia au cours de la SE 2 de 2018 fait actuellement l'objet d'une enquête.

Recommandations

Flambées de maladies à prévention vaccinale

- Le GCT prie instamment les pays faisant face à des flambées de maladies à prévention vaccinale d'accroître la visibilité de ces flambées et de solliciter un soutien politique de haut niveau.
- Le GCT rappelle aux pays l'importance d'élaborer et de mettre en œuvre des plans d'urgence pour riposter rapidement aux flambées, ces plans devant comprendre des activités :
 - de vaccination accélérée et de renforcement des programmes systématiques existants de vaccination, en mettant un accent particulier sur la détermination des zones à risque élevé,
 - de renforcement de la surveillance (y compris la notification de l'absence de cas, l'absence de notification, l'enquête concernant tous les cas suspects) et la réponse apportée par les examens de laboratoire,
 - d'examen des données épidémiologiques et des informations fournies par les programmes de vaccination pour le suivi des flambées,
 - de sensibilisation accrue du public, de mise en relief du rôle essentiel de la communication et des activités de sensibilisation des populations cibles,

- de coordination des ripostes aux flambées avec toutes les parties prenantes, y compris les sociétés scientifiques, la société civile et les autres agences ou institutions participantes ; là où existent des menaces transfrontalières, les pays doivent améliorer les mécanismes de coordination avec les pays voisins,
- qui font suite aux flambées, y compris un rapport comportant une évaluation approfondie de ces flambées.
- Le GCT recommande à tous les États Membres d'atteindre en urgence les populations non vaccinées, y compris les populations les plus vulnérables comme celles vivant à la périphérie des villes et dans des zones reculées, dans des zones frontalières, dans des communautés rurales ou autochtones.

Flambées de diphtérie

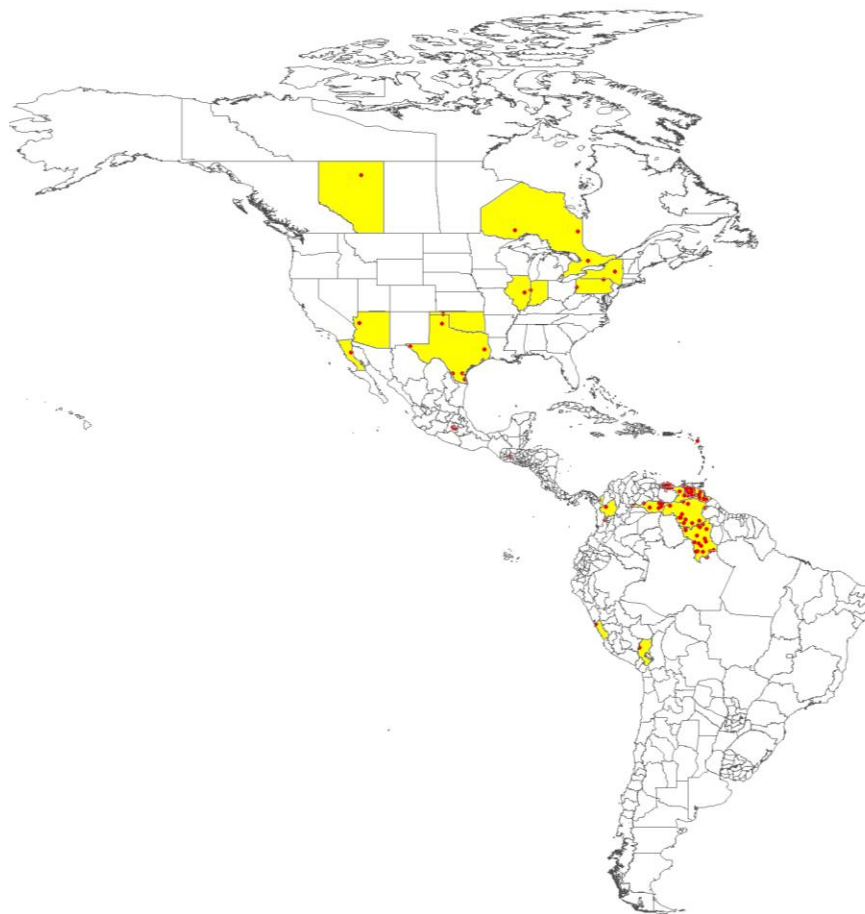
- Le GCT prie instamment les pays où existent actuellement des flambées de diphtérie de garantir des campagnes vaccinales de grande qualité dans les populations cibles. La vaccination du personnel de santé et des populations défavorisées vivant dans des zones extrêmement peuplées est également recommandée.
- Selon les recommandations antérieures du GCT, les nouveau-nés doivent recevoir une première série de trois doses d'un vaccin combiné prévenant la diphtérie, comme le vaccin pentavalent. La première dose doit être administrée dès l'âge de 6 semaines, principalement pour garantir une protection rapide contre la coqueluche ; les doses suivantes doivent être administrées à un intervalle d'au moins 4 semaines. La troisième dose doit être administrée avant l'âge de 6 mois, si possible. Les données factuelles disponibles concernant les doses de rappel laissent penser que le risque de diphtérie augmente au cours du temps à partir de la dernière vaccination, et que ce risque dépend du nombre total de doses reçues. De plus, il est nécessaire d'harmoniser les calendriers vaccinaux pour ce qui est des vaccins contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche. Le GCT recommande donc que les programmes de vaccination garantissent que 3 doses de rappel du vaccin prévenant la diphtérie soient délivrées au cours de l'enfance et de l'adolescence. Cette série procurera une protection tout au long de l'adolescence et de l'âge adulte (jusqu'à l'âge de 39 ans et peut-être plus). Les doses de rappel antidiphtériques doivent être administrées en combinaison avec le vaccin antitétanique, en utilisant le même calendrier et des formules vaccinales appropriées selon l'âge – DTC chez les enfants de 1 à 7 ans, dT chez les enfants de plus de 7 ans, les adolescents et les adultes.
- Le GCT réaffirme la nécessité de surveiller étroitement la couverture par le Penta3 et par les doses vaccinales de rappel aux niveaux nationaux et infranationaux.

Mise à jour de la situation épidémiologique de la rougeole dans les Amériques

En septembre 2016, la commission de vérification de l'élimination de la rougeole dans les Amériques a déclaré la Région exempte de rougeole endémique. La Région des Amériques était la première Région de l'OMS à être certifiée exempte de rougeole. Alors que les pays d'autres Régions de l'OMS ont progressé en termes d'élimination de la rougeole, certains notifient encore une transmission endémique et des flambées de cette maladie (par exemple la Roumanie, l'Ukraine et l'Italie en 2017). Les importants mouvements mondiaux de population accroissent le risque d'importation de la rougeole et menacent le statut d'exemption des Amériques vis-à-vis de cette maladie. De plus, la transmission endémique étant définie comme une chaîne de transmission du virus de la rougeole ininterrompue pendant plus de 12 mois à l'intérieur des Amériques, nous exprimons ici notre préoccupation quant à la flambée actuelle de rougeole au Venezuela.

Au cours du premier trimestre 2018, 231 cas confirmés de rougeole ont été notifiés par les neuf pays suivants : Antigua-et-Barbuda (1 cas), Brésil (29 cas), Canada (4 cas), Colombie (3 cas), États-Unis d'Amérique (28 cas), Guatemala (1 cas), Mexique (4 cas), Pérou (2 cas) et Venezuela (159 cas) (**figure 3**).

Figure 3. Distribution des cas confirmés de rougeole au niveau infranational dans les Amériques, 2018*



Sources : SysVPD, notifications des pays et ministère de la Santé du Venezuela.

*Données à la semaine épidémiologique 11 de 2018.

Entre le 1^{er} juillet 2017 et le 24 février 2018 (SE 26 de 2017 à SE 8 de 2018), le Venezuela a notifié 866 cas de rougeole confirmés par les examens de laboratoire, dont deux décès. Les enfants de moins de 5 ans constituaient le groupe d'âge le plus touché, suivis des enfants âgés de 6 à 15 ans. La flambée touchait principalement neuf des 23 États vénézuéliens, et 82 % des cas confirmés ont été identifiés dans l'État de Bolivar. Le génotype D8 du virus de la rougeole, identifié dans des spécimens recueillis à partir de ces cas, correspondait à un nouveau génotype D8 importé, sans aucun lien avec le génotype viral D8 endémique qui circulait auparavant dans les Amériques.

La flambée s'étendait aux municipalités de Boa Vista, Cantá et Pacaraima, dans l'État de Roraima (Brésil) qui borde l'État vénézuélien de Bolivar. À la SE 10 de 2018, 32 cas étaient confirmés chez des résidents vénézuéliens non vaccinés qui vivaient à Boa Vista (22 cas), Cantá (3 cas) et Pacaraima (7 cas) et étaient âgés de 6 mois à 33 ans. Un total de 102 cas, dont un décès, fait actuellement l'objet d'une enquête chez les résidents des trois municipalités. De plus, un décès a été confirmé à Pacaraima chez un enfant vénézuélien autochtone de 4 ans. Selon les analyses de laboratoire réalisées par la Fondation Oswaldo Cruz (Fiocruz), le génotype identifié pour ce virus de la rougeole est de type D8, identique au génotype identifié au Venezuela en septembre 2017.

En Colombie, l'Institut national de la Santé a confirmé 3 cas de rougeole chez des citoyens vénézuéliens. Le premier cas concernait un enfant mâle non vacciné de 14 mois, originaire de Caracas, qui a été admis à l'hôpital et identifié comme un cas de rougeole à Medellín (département d'Antioquia). L'enfant était arrivé en Colombie le 2 mars et une éruption cutanée était apparue le 8 mars. Le deuxième cas était un bébé mâle âgé de 10 mois, de la municipalité de Santa Rosa de Cabal (département de Risaralda). Le nourrisson était arrivé dans le pays le 13 mars et avait présenté une éruption cutanée le 16 mars. Le troisième cas était une petite fille de 10 mois originaire de l'État de Miranda, qui était arrivée dans le département de Norte de Santander. Elle était hospitalisée. Les résultats concernant le génotype du virus de la rougeole sont encore attendus.

Au Pérou, l'Institut national de la Santé a confirmé deux cas de rougeole. Le premier cas était un homme de 46 ans, résident du district de Callao, dont l'éruption cutanée était survenue le 24 février 2018. Le lieu probable de l'exposition fait encore l'objet d'une enquête. Au cours de la période d'incubation en effet, ce cas a voyagé entre Lima, Callao et le district de Vilque Chico (dans la région de Puno). Le second cas de rougeole concernait un jeune homme de 16 ans, résident de Juliaca (Puno), qui a présenté une éruption cutanée le 28 février 2018. À ce jour, 35 cas suspects ont été infirmés et 8 font encore l'objet d'une enquête. Les résultats concernant le génotype du virus de la rougeole sont encore attendus.

Au Mexique, 4 cas de rougeole ont été confirmés entre les SE 1 et 10 de l'année 2018. Le premier cas était une femme de 38 ans vaccinée qui habitait Tijuana (Baja California) et a notifié le début d'une éruption cutanée le 11 février 2018. Elle n'avait reçu qu'une seule dose du vaccin contre la rougeole et la rubéole. Cette personne avait, au cours de la période d'exposition, des antécédents de voyage dans plusieurs pays européens et aux États-Unis. Le virus de la rougeole de génotype B3 a été identifié, ce qui confirme la probabilité d'une contamination en Europe. Les trois autres cas de rougeole ont été confirmés à Mexico, les éruptions cutanées débutant entre les SE 7 et 10. Il s'agissait d'une femme de 39 ans, de son fils de un an et de la nounou de l'enfant, âgée de 48 ans. Les résultats concernant le génotype du virus de la rougeole sont encore attendus.

Le Guatemala et Antigua-et-Barbuda ont également notifié des cas de rougeole isolés et confirmés. Le premier cas identifié au Guatemala était celui d'une Guatémaltèque de 17 ans qui avait des antécédents de voyage en Allemagne, tandis que le second, identifié à Antigua-et-Barbuda, était celui d'une touriste

anglaise de 19 ans arrivée à Antigua en provenance d'Angleterre au cours de la période infectieuse. Pour ces deux cas, les éruptions cutanées ont respectivement débuté le 16 et le 22 janvier 2018. Le virus de la rougeole de génotype B3 a été identifié dans les deux cas, ce qui confirme la probabilité d'une contamination en Europe.

Les cas de rougeole notifiés au Canada et aux États-Unis étaient soit importés soit associés à une importation du fait d'antécédents de voyages dans d'autres régions du monde ; 88 % des cas confirmés n'avaient pas été vaccinés. L'âge de ces personnes était compris entre 6 mois et 49 ans. La moitié des cas confirmés (53 %) ont indiqué avoir voyagé en Inde, au Pakistan, au Royaume-Uni et en Ouganda. Les génotypes identifiés pour les virus de la rougeole étaient D8, D4 et B3.

Pour riposter aux flambées de rougeole évoquées ci-dessus, des équipes de riposte rapide ont été déployées, qui sont en voie de mettre en œuvre les mesures de contrôle nécessaires, parmi lesquelles le renforcement des vaccinations de routine et la vaccination des personnes sensibles et des personnes à haut risque (p. ex., le personnel de santé, les voyageurs et les réfugiés vénézuéliens), la recherche active de cas suspects de rougeole et de rubéole, la recherche et le suivi des contacts, la coordination transfrontalière dans les municipalités frontalières (frontières entre le Brésil et le Venezuela, la Colombie et le Venezuela, le Guyana et le Venezuela, le Pérou et la Bolivie) et la diffusion d'alertes épidémiologiques nationales et de messages dans les médias à propos des risques.

Recommandations

- Le GCT prie instamment les pays de notifier les flambées de rougeole pour obtenir un engagement politique de haut niveau garantissant la mobilisation des ressources financières et techniques nécessaires au déploiement d'une riposte appropriée pour empêcher la résurgence de la maladie endémique. Cette recommandation est particulièrement importante pour le Venezuela où la transmission endémique devrait atteindre la durée d'un an de manière imminente. De plus, les pays voisins sont déjà touchés. Il est nécessaire et urgent de procéder au Venezuela à une campagne de vaccination de masse de grande qualité sur l'ensemble du pays, de manière à arrêter la transmission avant l'échéance d'un an (30 juin) pour empêcher la résurgence d'une transmission endémique et l'exportation de virus de la rougeole vers d'autres pays.
- Le GCT prie instamment les pays de maintenir des taux de couverture vaccinale contre la rougeole $\geq 95\%$ dans tous les États et municipalités/districts. Il rappelle également aux pays l'importance des campagnes vaccinales périodiques de suivi pour combler toute lacune au plan de l'immunité identifiée dans leurs populations respectives.
- Le GCT prie instamment les pays/territoires de riposter rapidement à l'importation de cas de rougeole et de rubéole, de manière à empêcher la résurgence d'une transmission endémique de ces maladies.
- Le GCT rappelle aux pays/territoires l'importance de disposer d'un stock d'urgence de vaccins contre la rougeole–rubéole pour être capable de riposter aux flambées de manière appropriée.

Progrès dans la surveillance de la pérennité de l'élimination dans les Amériques de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale

Contexte

En 2016, le Comité international d'experts (CIE) chargé de documenter et vérifier l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale a déclaré la Région des Amériques exempte de rougeole. La même année, les Amériques ont notifié 93 cas de rougeole confirmés, soit le nombre le plus faible notifié en période post-élimination. En septembre 2017, au cours de la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine, les ministres de la Santé ont approuvé pour la période 2018-2023 un Plan d'action pour la pérennité de l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale (SRC), dont l'objectif est de préserver cette avancée essentielle en termes de santé publique.

Appel à l'action

À la suite des discussions de la réunion 2017 du GCT au Panama et au vu du risque élevé de résurgence d'une transmission endémique de la rougeole au Venezuela et par la suite aux Amériques, il est devenu urgent d'établir un groupe de travail d'experts du GCT dédié à :

- la surveillance de la pérennité de l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du SRC dans la Région, en réalisant les objectifs et en satisfaisant aux indicateurs soulignés dans le Plan d'action régional pour la pérennité de l'élimination,
- l'élaboration d'un cadre régional comportant des critères techniques au besoin modifiés pour surveiller l'absence de transmission endémique de la rougeole dans les Amériques, et spécifiant les actions à entreprendre dans l'éventualité de la résurgence d'une telle transmission.

Dans l'immédiat, les questions problématiques que pourrait aborder le groupe d'experts incluent :

- la situation actuelle au Venezuela, qui met en péril la certification de l'élimination de la rougeole dans les Amériques,
- l'utilité pour la Région des critères actuels de résurgence d'une transmission endémique dans un pays, au vu de la situation au Venezuela et de l'expérience antérieure au Brésil; en cas d'inutilité des critères actuels, comment ceux-ci devraient-ils être révisés ou modifiés ?
- en conséquence, si une transmission endémique ne réapparaît que dans un seul pays, la totalité de la Région perd-elle son statut d'élimination de la rougeole, de la rubéole et du SRC ?
- s'il est estimé qu'une transmission endémique de la rougeole, de la rubéole ou du SRC est réapparue dans un pays ou dans la Région, quels devraient être les critères et les processus de re-vérification de l'élimination de la rougeole, de la rubéole ou du SRC ?

Recommandations

- Le GCT réitère sa recommandation quant à la nécessité pour les pays de concevoir et mettre en œuvre le Plan d'action 2018-2023 pour la pérennité de l'élimination de la rougeole et de la rubéole, plan qui a été approuvé par les États Membres de l'OPS en septembre 2017.
- Le GCT recommande également la création d'un groupe de travail du GCT indépendant, réunissant des experts pour surveiller la pérennité de l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du SRC dans la Région des Amériques.

Mise à jour sur l'approvisionnement mondial en VPI et l'introduction des doses fractionnées de VPI dans les Amériques

Contexte

En mars 2014, le GCT a recommandé que les pays des Amériques introduisent le vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI), sous la forme d'un protocole idéal de deux doses de VPI suivies de deux ou trois doses de vaccin antipoliomyélitique oral bivalent (VPOb). Mi-2015, des problèmes techniques dans l'accélération de la production de masse du VPI ont réduit la disponibilité des doses de ce vaccin et abouti à la mise en œuvre d'un calendrier vaccinal réduit à deux doses. Les pays qui achètent le vaccin par le Fonds renouvelable de l'OPS ont convenu de n'introduire qu'une seule dose de VPI dans leur calendrier systématique de vaccination jusqu'à ce que l'approvisionnement mondial soit suffisant pour introduire une seconde dose dans ce calendrier. Entre l'année 2015 et avril 2016, 32 des 51 pays et territoires ont introduit une dose de VPI dans leur calendrier systématique. Les 19 pays et territoires restants avaient déjà introduit le VPI dans leurs programmes systématiques de vaccination. En 2016, la couverture régionale par le VPI-1 était de 92 %.

Début 2016, les deux fabricants mondiaux qui travaillent avec l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP) ont fait part de réductions importantes quant à la quantité de VPI qu'ils seraient en mesure de fournir. Pour riposter à cet approvisionnement limité, et au vu de données scientifiques factuelles montrant que deux doses fractionnées de VPI (fvPI) administrées par voie intradermique (1/5 d'une dose complète, ou 0,1 ml) offrent une meilleure réponse immunologique qu'une dose complète (0,5 ml), le Groupe stratégique consultatif d'experts (SAGE) de l'OMS sur la vaccination a recommandé que les pays envisagent un calendrier vaccinal basé sur des doses fractionnées de VPI.

En mai 2016, le GCT a organisé une réunion extraordinaire pour examiner la situation d'approvisionnement du VPI et les données scientifiques factuelles concernant l'efficacité du fvPI, ainsi que leurs implications programmatiques. À ce moment-là, le GCT a recommandé que les pays réduisent le gaspillage de VPI, se préparent à riposter aux pénuries et évaluent leurs capacités en matière d'introduction du fvPI.

En mars 2017, le GCT s'est de nouveau réuni pour une autre réunion extraordinaire et a fortement recommandé que tous les pays qui utilisent plus de 100 000 doses de VPI par an se préparent à passer à un calendrier vaccinal basé sur des doses de fvPI. Les 16 pays concernés sont les suivants : Argentine, Bolivie, Brésil, Chili, Colombie, Cuba, El Salvador, Équateur, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Pérou, République dominicaine, Uruguay et Venezuela. En juillet 2017, le GCT s'est encore une fois réuni pour sa réunion semestrielle à laquelle tous les États Membres de l'OPS étaient présents, et il a réitéré ces recommandations tout en ayant une discussion ouverte avec tous les pays.

Pour aider les pays à introduire un calendrier à base de doses fractionnées de VPI (fvPI), l'Unité d'immunisation intégrale de la famille de l'OPS a par ailleurs conçu du matériel qui comporte des directives, des matériels de sensibilisation et une vidéo de formation. À ce jour, neuf des 16 pays qui utilisent plus de 100 000 doses de VPI chaque année ont commencé à se préparer pour le passage d'une dose complète de VPI à deux doses fractionnées : la Colombie, Cuba, El Salvador, l'Équateur, le Guatemala, le Honduras, le Nicaragua, le Paraguay et la République dominicaine.

Tout au long de ce processus, le Fonds renouvelable et l'Unité d'immunisation intégrale de la famille ont développé une collaboration étroite avec l'OMS/IMEP, l'OMS/PQ (pré-qualification) et l'UNICEF, et ont

travaillé avec les pays pour surveiller les niveaux des stocks de VPI et répartir les envois dans le but d'éviter les ruptures de stock.

En avril 2017, le groupe SAGE a annoncé que les recommandations politiques en matière de vaccination contre la polio à l'ère post-certification seront, pour tous les pays, d'avoir un calendrier de vaccination systématique comportant deux doses de VPI pendant une période minimale de 10 ans à la suite du retrait mondial du VPO, calendrier qui utilisera des doses complètes ou des doses fractionnées. Tous les pays qui feront la transition vers le fVPI pourront continuer à utiliser ces doses fractionnées de vaccin au cours de l'ère post-certification. Pour ce qui est des pays qui ne passent pas au fVPI, ils devront se préparer à introduire une deuxième dose complète de VPI, une fois que l'approvisionnement mondial délivrera des quantités suffisantes de vaccin. Selon le Plan d'action mondial de confinement des virus (GAPIII), les pays où se trouvent des établissements dits essentiels quant au poliovirus devront utiliser indéfiniment le VPI dans leur calendrier de vaccination systématique.

En septembre 2017, à la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine/69^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques, tous les États Membres ont adopté la résolution CSP29.R16 qui reconnaît la situation de la demande mondiale l'approvisionnement limité en VPI et reconnaît également le Fonds renouvelable de l'OPS comme le dispositif stratégique de coopération le plus adapté pour fournir un accès à des vaccins comme le VPI. Les États Membres ont également lancé un appel pour que l'OPS :

- négocie de façon extraordinaire le meilleur prix possible pour l'achat du VPI pour la Région des Amériques et d'ajuster, si nécessaire, les termes et conditions du Fonds renouvelable pour cette seule occasion afin de prendre en compte les circonstances particulières actuelles et d'approvisionner en VPI la Région des Amériques,
- maintienne la coordination avec l'IMEP, tout au long de ce processus, conformément au *Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale 2013-2018*,
- maintienne le dialogue avec les partenaires et les producteurs mondiaux de VPI afin d'accélérer et de garantir la capacité à produire les doses de VPI nécessaires pour la Région des Amériques et
- continue d'appuyer les États Membres dans la préparation à l'utilisation du fVPI.

Situation actuelle de l'approvisionnement et prévisions pour 2018-2019

La demande actuelle de VPI de la part des pays représente, en 2018, 11,3 millions de doses. À ce jour, l'OPS a des engagements de la part de deux fournisseurs de VPI sous la forme de flacons de cinq doses (VPI-5) et de seringues préremplies. Le fournisseur de VPI-5 a de nouveau des difficultés à tenir son engagement initial de fournir 7 millions de doses à l'OPS. Une coordination étroite avec l'IMEP et l'UNICEF est en cours pour surveiller la situation, aux côtés de l'OMS et de l'OPS. Du point de vue du fractionnement des doses, le VPI-5 est la présentation qui a la préférence. Pour le moment, l'OPS estime, avec prudence, que ce fournisseur pourra fournir 3 millions de doses en 2018. En additionnant ces doses aux 2,2 millions de doses de VPI dans les seringues préremplies, le nombre total de doses disponibles pour être allouées aux pays est de 5,2 millions, dont 1,8 million de doses environ ont déjà été mises à la disposition des pays au premier trimestre 2018.

À la demande des États Membres, l'OPS a conduit en 2017 des négociations exceptionnelles qui ont abouti à 690 000 doses supplémentaires de VPI sous la forme de flacons de 10 doses (VPI-10). Les négociations ont repris en décembre 2017 et sont en cours. L'OPS s'attend à signer un nouvel accord d'approvisionnement concernant des doses supplémentaires de VPI-10 en 2018 et 2019.

Utilisation du VPI dans le cadre des flambées

En mai 2017, l'OMS a actualisé ses directives de riposte à un événement ou à une flambée de poliovirus. L'une des mises à jour spécifiait que le VPI n'était plus recommandé pour une utilisation dans le cadre d'une riposte à une flambée. Pour les ripostes aux flambées de poliovirus de type 2, le vaccin recommandé est le VPOM2. Pour les ripostes aux flambées de poliovirus de type 1 et de type 3, le vaccin recommandé est le VPOb. Les nouvelles directives sont présentées sur le site Web de l'OPS et, en décembre 2017, l'OPS a fourni des recommandations détaillées pour aider chaque pays à actualiser son plan de riposte aux flambées.

Recommandations

- Tous les pays devraient faire leur possible pour atteindre et maintenir une couverture par le VPI de 95 % dans chaque district et chaque municipalité.
- Le GCT félicite les pays qui ont commencé leur préparation pour passer à un calendrier utilisant des doses fractionnées de VPI, et les encourage à entreprendre la mise en œuvre de ce calendrier.
- Le GCT félicite l'OPS pour les efforts déployés en vue d'améliorer l'approvisionnement en VPI pour la Région. Cependant, reconnaissant que les pays de la Région peuvent encore être touchés par les contraintes actuelles d'approvisionnement mondial en VPI, le GCT recommande que tous les pays de la Région – sans exception – soient préparés pour riposter à une éventuelle pénurie.
 - Si le VPI n'est pas disponible, les enfants doivent recevoir le VPOb pour la première ou la deuxième dose du calendrier et recevoir le VPI lors d'une injection ultérieure, en respectant toujours l'intervalle minimal de 4 semaines entre les doses de vaccin contre la polio. Il est important que le personnel de santé consigne toujours clairement le type de vaccin administré à chaque enfant.
- Le GCT réitère les recommandations faites précédemment (mai 2016, mars et juillet 2017) en ce qui concerne la réduction du gaspillage de VPI et l'importance d'atteindre, et de maintenir, une couverture vaccinale ≥ 95 % dans chaque district et municipalité.
- La politique vaccinale antipoliomyélitique post-certification recommande aux pays, une fois effectué le retrait mondial du VPO et pour une durée minimale de 10 ans, de prévoir deux doses de VPI dans leur calendrier de vaccination systématique, qu'il s'agisse de doses complètes ou de doses fractionnées. Tous les pays qui passent au fVPI pourront continuer à utiliser ces doses fractionnées de VPI pendant la période post-certification. Les pays qui ne passent pas au fVPI doivent, quant à eux, se préparer à introduire une deuxième dose complète de VPI une fois que l'approvisionnement mondial sera suffisant.
- Comme le VPI n'est plus recommandé pour les ripostes aux flambées, le GCT recommande que les pays actualisent leurs plans nationaux respectifs de riposte aux flambées de poliovirus selon les recommandations personnalisées qui ont été fournies par l'OPS en décembre 2017.