

Juin 2024

Directives sur le financement des vaccins





Table des matières

Utilisez les présentes directives pour comprendre comment Gavi, l'Alliance du vaccin, soutient l'introduction et le déploiement des vaccins, les principales considérations pour la demande de soutien aux nouveaux vaccins et aux campagnes soutenues par Gavi et les conditions pour chaque vaccin soutenu par Gavi.

Les présentes directives complètent d'autres orientations, comme les [Directives de Gavi sur le financement des programmes](#) et le [Guide de l'éligibilité budgétaire](#).

Pour naviguer dans le document, utilisez des deux boutons dans le coin supérieur droit de chaque page

[Table des matières](#)

[Directives relatives aux programmes de vaccination \(chapitre 3\)](#)

| | | |
|-----------------|---|-----|
| 1 | Introduction | 3 |
| 2 | Soutien de Gavi pour l'introduction et le déploiement de vaccins | 4 |
| 2.1 | Planification globale du soutien de Gavi pour atteindre les objectifs de vaccination | 4 |
| 2.2 | Équité et priorisation de la vaccination systématique | 5 |
| 2.3 | Le soutien de Gavi aux introductions de nouveaux vaccins, aux campagnes et à l'optimisation | 8 |
| 2.4 | Éléments à prendre en compte pour les pays demandant un soutien à la campagne | 10 |
| 2.5 | Soutien de Gavi à l'optimisation et aux changements de vaccins | 13 |
| 2.6 | Soutien aux pays à revenu intermédiaire (PRI) | 20 |
| 3 | Directives relatives aux programmes de vaccination | 21 |
| 3.1 | Vaccin oral contre le choléra | 24 |
| 3.1.1 | Soutien au diagnostic du choléra | 30 |
| 3.2 | Vaccin anti-Covid-19 | 33 |
| 3.3 | Vaccins de rappel antidiphthérique, antitétanique et anticoquelucheux (DTC) | 35 |
| 3.4 | Vaccin contre le virus Ebola | 39 |
| 3.5 | Le vaccin anti-hépatite B administré à la naissance | 43 |
| 3.6 | Vaccin hexavalent | 47 |
| 3.7 | Vaccin contre le virus du papillome humain | 50 |
| 3.8 | La prophylaxie post-exposition contre la rage humaine | 63 |
| 3.9 | Vaccin antipoliomyélitique inactivé | 68 |
| 3.10 | Vaccin contre l'encéphalite japonaise | 71 |
| 3.11 | Vaccin contre le paludisme | 74 |
| 3.12 | Vaccin antirougeoleux et vaccin antirougeoleux et antirubéoleux | 81 |
| 3.13 | Vaccins antiméningococciques | 91 |
| 3.14 | Vaccin antipneumococcique conjugué | 97 |
| 3.15 | Vaccin antirotavirus | 103 |
| 3.16 | Vaccin antityphoïdique conjugué | 107 |
| 3.17 | Vaccin antiamaril | 111 |
| 3.17.1 | Soutien au diagnostic de la fièvre jaune | 114 |
| Annexe 1 | Soutien de Gavi aux vaccins et éligibilité par pays | 117 |
| Annexe 2 | Exigences de l'enquête sur la couverture post - campagne (ECPC) | 121 |
| Annexe 3 | Cadre du soutien de Gavi à la lutte contre la rougeole et de la rubéole | 124 |
| Annexe 4 | Informations sur le soutien aux nouvelles campagnes de suivi de antirougeoleuses-antirubéoleuses | 125 |
| Annexe 5 | Soutien à la mise en œuvre de vaccins qualifiés pour la chaîne à température contrôlée (CTC) | 133 |



1 Introduction

Gavi, l'Alliance du vaccin, soutient les pays dans le renforcement de leurs programmes de vaccination. L'un des objectifs stratégiques de Gavi comprend le soutien à l'introduction et au déploiement des vaccins pour assurer que personne n'est laissé de côté en matière de vaccination.

Gavi partage le coût que les pays de mise en œuvre paient pour les vaccins, ce qui a permis 634 introductions de vaccins et campagnes jusqu'à fin 2023, augmentant considérablement la vaccination contre les maladies virulentes. En complément du soutien au renforcement des systèmes de santé et de l'assistance technique, Gavi fournit des vaccins et des dispositifs d'injection sûrs, ainsi qu'un soutien financier assorti de délais pour les nouvelles introductions de vaccins dans le schéma national de vaccination et pour mener des campagnes. Pour de plus amples informations, prière de consulter l'Annexe 1 sur le soutien aux nouveaux vaccins existant et disponible par pays.

Les présentes directives décrivent les aspects essentiels dont les pays doivent tenir compte lorsqu'ils demandent à Gavi un soutien aux nouveaux vaccins. Elles doivent être lues conjointement avec les directives pour le processus de demande de Gavi et les autres directives sur le financement, qui sont disponibles dans la page [Directives de soutien de Gavi](#) du site Internet.

Principaux points des présentes directives

- Le soutien aux vaccins doit être planifié dans le cadre du portefeuille complet de soutien de Gavi.
- Les introductions de nouveaux vaccins et les campagnes doivent placer l'**équité au centre de toute planification**, en veillant à ce que les enfants zéro dose et les communautés oubliées soient prioritaires pour le soutien.
 - Comprendre et surmonter les obstacles liés au genre est essentiel pour s'assurer que tous les individus ciblés disposent d'un accès équitable à la gamme complète de vaccins.
- Le soutien de Gavi se veut catalytique, **les engagements de cofinancement des pays étant indispensables** au succès de la programmation.
- Le soutien de Gavi vise principalement à soutenir l'administration en temps opportun **de la vaccination systématique, qui est au cœur du programme national de vaccination**. Des remarques explicites sont fournies aux pays qui demandent un soutien aux campagnes (voir page 10).



2 Soutien de Gavi pour l'introduction et le déploiement de vaccins

2.1 Planification globale du soutien de Gavi pour atteindre les objectifs de vaccination

La Stratégie Gavi 5.0 comprend un changement en direction d'une approche de Planification de l'ensemble du portefeuille, qui intègre tous les types de soutien de Gavi pour mieux atteindre les objectifs nationaux de vaccination, ainsi que l'équipement de la chaîne du froid, le soutien au renforcement des systèmes de santé (RSS) et l'assistance technique requise.

S'appuyant sur les stratégies et buts nationaux de vaccination, elle établit les priorités, les objectifs et les activités que Gavi doit soutenir pour atteindre les buts identifiés. Au cours du processus, les pays sont priés de hiérarchiser plusieurs changements stratégiques essentiels qu'ils veulent réussir avec le soutien de Gavi afin de renforcer leur programme de vaccination.

Les pays doivent faire apparaître tout le soutien aux vaccins attendu pendant la période de planification dans leur demande complète de soutien de Gavi.

Il existe deux manières de demander un soutien spécifique aux vaccins :

1. Les pays qui mènent leur processus de planification de l'ensemble du portefeuille doivent faire figurer dans leurs documents de planification de l'ensemble du portefeuille toutes les introductions de nouveaux vaccins ou les campagnes prévus. Des demandes détaillées ne sont attendues que pour les introductions de vaccins et les campagnes prévues au cours des deux premières années. Les introductions et les campagnes planifiées ultérieurement devront être indiquées dans la demande, les détails de la demande devant être examinés et approuvés de manière indépendante, plus près de l'introduction.
2. Les pays qui ne mènent pas un processus de planification de l'ensemble du portefeuille peuvent toujours demander un soutien aux vaccins selon leurs besoins via le portail pays (décrit comme la voie 2 dans les [Directives pour le processus de demande de](#)). Le portail pays ouvre environ deux mois avant date limite de soumission sur le [site Internet de Gavi](#).



Les différents types de soutien de Gavi sont décrits dans les [Directives pour le processus de demande de Gavi](#). Ils comprennent **le soutien aux vaccins, le RSS, l'équipement de la chaîne du froid et l'assistance technique.**

Gavi apporte un soutien supplémentaire à des situations spécifiques, notamment pour les changements de produits vaccinaux et de présentation ou le renforcement des capacités de diagnostic de la fièvre jaune ainsi qu'un soutien aux stocks mondiaux de vaccins contre le choléra, l'Ebola, antiméningococcique et anti-amaril par le biais du Groupe international de coordination (GIC).



Gavi souhaite que la décision d'introduire un vaccin dans le schéma national de vaccination, ou de mener une campagne, soit discutée et soutenue par un groupe technique consultatif technique national, tel que le Groupe technique consultatif national sur la vaccination (GTCV)¹.

Les recommandations formulées par le GTCV concernent, entre autres:

- les décisions d'introduction de vaccins;
- les choix et caractéristiques spécifiques des produits;
- les schémas et les pratiques de vaccination.

¹ Les GTCV guident les décisions relatives aux politiques et aux programmes au niveau national et sont essentiels pour la pérennité des programmes de vaccination. Ils favorisent la prise de décisions fondées sur des données factuelles et permettent aux pays de s'appropriier pleinement leurs politiques et programmes de vaccination. Lorsqu'il n'existe pas de GTCV, Gavi attend des pays qu'ils incluent des plans pour en établir un avec la demande de soutien pour de nouveaux vaccins.



2.2 Équité et priorisation de la vaccination systématique

Fournir une série complète de vaccins aux enfants zéro dose et aux communautés oubliées constitue l'objectif premier de l'actuelle stratégie de Gavi. Les enfants zéro dose souffrent d'une charge de morbidité disproportionnée et représentent près de 50% des décès d'enfants pouvant être évités par l'utilisation de vaccins. Les enfants et les communautés zéro dose et sous-vaccinés sont également une priorité essentielle du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030, qui a été approuvé par l'Assemblée mondiale de la santé en mai 2020.

Toutes les demandes de soutien de Gavi doivent se fonder sur des stratégies claires pour atteindre durablement les enfants zéro dose et les communautés oubliées, dans le but de parvenir à l'équité en matière de vaccination.

Les enfants zéro dose vivent souvent dans des communautés qui doivent affronter des privations multiples, dont des inégalités socioéconomiques et un manque d'accès aux services de santé, que des obstacles liés au genre peuvent exacerber davantage. Les communautés qui comptent de grands nombres d'enfants zéro dose et sous-vaccinés sont plus vulnérables aux épidémies de maladies évitables par la vaccination et sont souvent mal équipées pour y réagir.

L'Alliance du vaccin propose un cadre commun pour que les pays conçoivent des programmes sur mesure pour atteindre les enfants zéro dose et les communautés oubliées, pour lesquels le soutien de Gavi peut être programmé (voir les [Directives sur le financement des programmes](#)).

Priorisation du renforcement de la vaccination systématique

Le soutien de Gavi est principalement destiné à soutenir l'administration en temps opportun de la vaccination systématique, qui est au cœur du programme national de vaccination.

Voir des exemples d'activités de renforcement de la vaccination systématique à l'[Annexe 4](#) au présent document, [Directives de Gavi sur le financement des programmes](#), et dans [d'autres directives](#) émanant des partenaires et de Gavi.

Éliminer les obstacles liés au genre rencontrés par les soignants, les agents de santé et les adolescents lors de la conception des introductions de vaccins et des campagnes

Les obstacles liés au genre ont une incidence importante sur la demande, la couverture, l'utilisation, la durabilité et l'impact des introductions de vaccins et des campagnes.

La compréhension de ces obstacles et d'autres obstacles socioéconomiques peut aider les pays à adapter les services de vaccination de sorte que les enfants zéro dose, les enfants sous-vaccinés et les communautés oubliées reçoivent la gamme complète des vaccins recommandés.

Il est attendu des pays qu'ils adoptent une perspective liée au genre forte dans leur programmation, avec une compréhension claire des obstacles liés au genre et des stratégies adaptées pour les lever. Voir les [Directives sur le financement des programmes](#) pour d'autres ressources liées au genre.



Principales parties prenantes

| | |
|-------------------|---|
| Soignants/parents | Les femmes sont souvent les principales soignantes et sont confrontées à des obstacles multiples pour accéder à la vaccination et aux soins de santé. Ainsi, les besoins liés au genre des soignants doivent être au cœur de la prestation des services de vaccination. |
| Agents de santé | 70% des agents de santé dans le monde sont des femmes. Il faut donc une attention particulière pour s'assurer qu'elles peuvent travailler en sécurité et avec efficacité. |
| Adolescentes | Les adolescentes sont les bénéficiaires de programmes de vaccination spécifiques comme le VPH, qui peuvent nécessiter des approches personnalisées. |

Mettre en place et renforcer de la vaccination de rattrapage

La stratégie de la vaccination de rattrapage (qui inclut une politique et un schéma de vaccination de rattrapage clairement définis) est essentielle au bon fonctionnement du programme national de vaccination. Il doit être continuellement mis en œuvre dans le cadre des services de vaccination systématique.



La vaccination de rattrapage

désigne le fait de vacciner une personne, pour une raison quelconque, à qui il manque ou qui n'a pas reçu les doses de vaccins auxquelles elle a droit, conformément au schéma national de vaccination.

La vaccination de rattrapage peut se faire par le biais de services de vaccination systématique (fixe, avancée, mobile, en milieu scolaire), d'une intensification périodique des activités de vaccination systématique ou de stratégies locales innovantes pour donner aux individus la possibilité de recevoir des vaccinations systématiques qu'ils auraient déjà dû recevoir et auxquelles ils peuvent prétendre. Il faut également utiliser **les nouvelles introductions systématiques et les campagnes** comme des opportunités de vaccination de rattrapage. Les pays sont encouragés à intégrer les stratégies de rattrapage dans les mécanismes de financement existants, comme le RSS et l'assistance pays ciblés. Si les populations à rattraper sont nombreuses et censées être atteintes par la vaccination systématique (plutôt que par une campagne explicite), il peut s'avérer nécessaire de demander des vaccins supplémentaires via le processus d'ajustement des doses de vaccins de Gavi.

Intégration des services de vaccination

Le [Programme pour la vaccination à l'horizon 2030: une stratégie mondiale pour ne laisser personne de côté](#) de l'OMS (2020) reconnaît que le succès des programmes de vaccination reposera de plus en plus sur l'intégration et la collaboration avec des parties prenantes à l'intérieur et à l'extérieur du secteur de la santé. Gavi encourage vivement les pays à adopter une approche intégrée de la programmation de la vaccination pour assurer l'efficacité, promouvoir l'équité et améliorer l'accès tout au long de la vie.



Ressources et références clés

- OMS: [Programme pour la vaccination à l'horizon 2030: une stratégie mondiale pour ne laisser personne de côté](#)
- OMS: [Travailler ensemble: un guide de ressources pour l'intégration des services de vaccination tout au long de la vie](#)
- Health campaign effectiveness coalition: [Boîte à outils d'aide à la décision pour l'intégration des campagnes de santé centrée sur les personnes](#)
- Gavi [COVID-19 Delivery Support \(CDS\) - Third Funding Window Guidelines](#)
- OMS: [Ne laisser personne de côté: directives de l'OMS pour la planification et la mise en œuvre de la vaccination de rattrapage](#)

Points à prendre en considération par les pays :

- Intégration avec les vaccinations contre la Covid-19 : C'est l'occasion d'utiliser les investissements réalisés pour la vaccination contre la Covid-19 et de ramener la vaccination systématique aux niveaux d'avant la pandémie.
- Opportunités d'utiliser des autres points d'entrée pour la vaccination, dont la nutrition, l'administration de masse de médicaments et les programmes de santé scolaire.
- L'intégration est un continuum plutôt qu'un phénomène tout ou rien : examinez les occasions d'intégration de composantes spécifiques, comme la planification et le plaidoyer conjoints, la cartographie, l'engagement communautaire, la formation, la budgétisation, la mobilisation sociale, la création/les préparations et d'autres activités telles que la supervision, le suivi, les rapports et les études couverture, ainsi que de la co-administration des vaccins, le cas échéant.
- Les demandes de financement doivent indiquer les composantes spécifiques des différents programmes qui seront intégrées.
- La planification intégrée de la campagne doit identifier les activités conjointes et être budgétisée dans une demande de budget pour un antigène ou un autre, pour démontrer ces synergies.
- Les plans doivent inclure des mesures visant à s'assurer que la couverture d'aucun des vaccins de l'approche intégrée n'est affectée négativement.
- Les pays peuvent utiliser la gamme complète des types de soutien de Gavi, dont les subventions d'introduction de vaccin (SIV), les subventions au changement, les subventions aux coûts opérationnels (Ops), l'assistance pays ciblée du Cadre d'engagement des partenaires, les subventions de RSS, le financement accélérateur de l'équité et le soutien à la livraison des vaccins contre la Covid-19. Une approche intégrée de la prestation de services de vaccination peut entraîner des économies budgétaires. Ces économies doivent être réorientées vers d'autres activités harmonisées avec l'amélioration de la couverture et l'atteinte des enfants zéro dose et des communautés oubliées.



2.3 Le soutien de Gavi aux introductions de nouveaux vaccins, aux campagnes et à l'optimisation

Soutien financier

- **Subventions d'introduction de vaccins (SIV)** : soutien financier offert aux pays pour couvrir une part des coûts limités dans le temps liés à l'introduction d'un nouveau vaccin, destiné à faciliter une introduction ponctuelle et réussie de nouveaux vaccins dans les programmes de vaccination systématique.
- **Subventions aux coûts opérationnels (Ops)** : soutien financier pour couvrir une part des coûts d'une campagne, destiné à faciliter l'administration ponctuelle et efficace de vaccins aux populations cibles. Le soutien opérationnel aux campagnes doit refléter les éléments décrits à la [section 2.4](#).
- **Subventions au changement** : soutien financier pour couvrir une part des coûts ponctuels pour changer de produit, de présentation, de calendrier vaccinal ou d'utilisation.



Gavi demande aux pays de cofinancer une part du prix des vaccins afin d'encourager

l'engagement national à créer des programmes de vaccination durables.

Les exigences précises en matière de cofinancement dépendent du statut de transition d'un pays et du programme de vaccination.

Veuillez consulter les [Directives pour le processus de demande de Gavi](#) pour de plus amples informations sur les conditions de cofinancement

Soutien financier aux nouvelles introductions, aux campagnes et aux changements

| Phase de transition | SIV | Subventions Ops | Changement |
|--------------------------------|---|------------------------------------|--|
| Autofinancement initial | 0,80 USD par nourrisson de la cohorte des naissances (naissances en vie durant l'année d'introduction) ou une somme forfaitaire de 100 000 USD , le plus élevé des deux montants étant retenu | 0,65 USD par individu ciblé | 0,25 USD par nourrisson de la cohorte des naissances ou une somme forfaitaire de 30 000 USD , le plus élevé des deux montants étant retenu |
| Transition préparatoire | 0,70 USD par nourrisson de la cohorte des naissances ou une somme forfaitaire de 100 000 USD , le plus élevé des deux montants étant retenu | 0,55 USD par individu ciblé | 0,25 USD par nourrisson de la cohorte des naissances ou une somme forfaitaire de 30 000 USD , le plus élevé des deux montants étant retenu |
| Transition accélérée | 0,60 USD par nourrisson de la cohorte des naissances ou une somme forfaitaire de 100 000 USD , le plus élevé des deux montants étant retenu | 0,45 USD par individu ciblé | 0,25 USD par nourrisson de la cohorte des naissances ou une somme forfaitaire de 30 000 USD , le plus élevé des deux montants étant retenu |



Règles spécifiques aux vaccins

Certaines **règles spécifiques aux vaccins** pour le calcul des SIV, du soutien opérationnel aux campagnes ou des changements s'appliquent :

- **Campagnes préventives contre le choléra** : Le soutien opérationnel est calculé par dose plutôt que par individu cible. Les pays sont censés utiliser en particulier la deuxième phase de la campagne afin de mener des activités intégrées pour apporter de nouveaux vaccins aux populations sous-vaccinées.
- **Rappels de vaccins contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC)** : Gavi fournira un VIg unique pour chaque rappel à 0,80/0,70/0,60 USD (selon la phase de cofinancement du pays) par enfant ciblé de l'année d'introduction, ou une somme forfaitaire de 100 000 USD, le montant le plus élevé étant retenu.
- **Vaccin hexavalent : Gavi fournira**
 - une subvention de transition de 0,25 USD par enfant de la cohorte de naissance ou une somme forfaitaire de 30 000 USD, le montant le plus élevé étant retenu, pour les pays qui passent du pentavalent et du VPI à l'hexavalent ;
 - pour les pays qui passent du pentavalent et du VPI à l'hexavalent et qui n'ont pas encore reçu un rappel de vaccin contenant le DTC dans la deuxième année de vie, une immunisation ponctuelle à 0,80/0,70/0,60 USD (selon la phase de cofinancement du pays) par enfant ciblé, ou une somme forfaitaire de 100 000 USD, le montant le plus élevé étant retenu.
- **Introductions de vaccins anti-VPH** : ces introductions ont droit à une SIV de 2,40 USD par fille cible dans la cohorte systématique ou à une somme forfaitaire 100 000 USD, le plus élevé des deux montants étant retenu, quelle que soit la phase de transition.
- **Changement de vaccins anti-VPH** : Pour les pays éligibles qui changent de produit ou de présentation du vaccin anti-VPH, Gavi fournit 0,80 USD par fille cible de la cohorte systématique ou une somme forfaitaire de 30 000 USD, le plus élevé des deux montants étant retenu.
- **Introduction du vaccin antipaludique** : le montant de la SIV est calculé sur la base de la cohorte des naissances infranationale dans les zones ciblées pour l'introduction du vaccin. Veuillez consulter la [section 3.5](#) pour plus de détails sur le calcul.
- **Campagnes de suivi de la rougeole ou de la rougeole-rubéole (RR)** : Gavi offre une certaine flexibilité aux pays faisant la demande d'un soutien pour une campagne de suivi de la rougeole ou RR. Ils pourront demander des subventions Ops, calculées sur la base de la population nationale âgée de 9 à 59 mois, avec la flexibilité que les fonds soient utilisés pour des stratégies adaptées (par exemple campagnes nationales, campagnes infranationales ou activités de vaccination systématique optimisées visant à atteindre les enfants non vaccinés). Une utilisation différenciée du financement des coûts opérationnels pour atteindre les enfants zéro-dose est attendue. Veuillez consulter la [section 3.6](#) de la présente publication.



Soutien financier

Gavi finance d'autres activités de vaccination et de renforcement des systèmes de santé (RSS) ; les pays peuvent utiliser ce financement pour améliorer l'efficacité, l'efficacité et la coordination des activités de vaccination. Pour de plus amples informations, veuillez consulter les [Directives de Gavi sur le financement des programmes](#) de Gavi et en discuter avec votre Haut responsable pays de Gavi.

- Extension de la capacité et de la logistique de la chaîne du froid, y compris aux niveaux infranationaux : fonds de la Plateforme d'optimisation des équipements de la chaîne du froid (POECF).
- Renforcement de la capacité de surveillance pour détecter et riposter rapidement aux épidémies : fonds de RSS
- Renforcement des capacités et de la gestion des ressources humaines : fonds de RSS
- Renforcement de la coordination et de la planification, notamment en élargissant l'utilisation des systèmes d'information géographique (SIG) et d'autres technologies : fonds de RSS
- Mise en œuvre de stratégies innovantes pour identifier et atteindre des enfants zéro dose et des communautés oubliées : financement accélérateur de l'équité, également disponible via des subventions aux coûts opérationnels (Ops).
- Financement de l'assistance technique et soutien de l'Alliance du vaccin et des partenaires élargis nationaux : Fonds de l'assistance pays ciblée aux pays et du cadre d'engagement des partenaires.

Ces fonds sont également accessibles grâce au processus de planification complète du portefeuille.

2.4 Éléments à prendre en compte pour les pays demandant un soutien à la campagne

Si la vaccination systématique est au cœur du programme de vaccination, les campagnes sont précieuses pour trois raisons principales :

1. Accélérer la lutte contre les maladies et combler les lacunes immunitaires lorsque les populations sont oubliées par les services de vaccination systématique ou en ce qui concerne les maladies pour lesquelles aucun vaccin systématique n'est utilisé, diminuant ainsi le risque d'épidémies (campagnes préventives).
2. Renforcer rapidement l'immunité de la population pour certains vaccins au moment de l'introduction (campagnes de rattrapage).
3. Répondre à une épidémie (campagnes réactives).

Dans le cadre des spécificités des différents types de campagnes et d'autres activités de vaccination supplémentaires (AVS), tout doit être fait pour atteindre les enfants zéro-dose systématiquement manqués par la vaccination systématique, renforcer la vaccination systématique équitable et augmenter la couverture globale afin de réduire la dépendance aux campagnes de suivi.



Exigences pour les pays qui demandent un soutien pour mener une campagne

- ① Les pays doivent veiller à ce que les campagnes :
 - soient bien ciblées et **conçues pour atteindre les enfants zéro dose et sous-vaccinés, ainsi que les communautés mal desservies;**
 - soient conçues pour **intégrer les enfants zéro dose et sous-vaccinés dans le système de vaccination systématique** et générer une demande pour un cycle complet des vaccins;
 - Identifient les opportunités de **renforcer les systèmes de prestation de soins;**
 - **atténuent tout impact négatif** de la campagne sur les services de vaccination systématiques.
- ② Les pays doivent **utiliser les opportunités d'intégration** avec d'autres campagnes (comme la collaboration ou la co-administration), des activités relatives aux vaccins ou des interventions de santé à tout moment, en tout ou en partie dans les phases de planification, de préparation, de mise en œuvre, d'administration et/ou de suivi et compte-rendu des phases de la campagne, afin de réduire les effets indésirables sur la vaccination systématique et d'accroître les économies.
- ③ Les pays doivent **examiner comment le soutien à la campagne sera complété** par des approches ciblées et adaptées **pour augmenter régulièrement la couverture vaccinale systématique** (par exemple, activités de vaccination systématique améliorées, journées de la santé de l'enfant). Veuillez vous référer aux [Directives sur le financement des programmes](#) pour de plus amples informations sur la mobilisation du soutien de Gavi.
- ④ Les pays devraient envisager des **approches d'administration ciblées** comme une alternative aux activités à l'échelle nationale dans les cas où les campagnes cherchent à combler des lacunes d'immunité spécifiques. La [section 3.6](#) sur la rougeole et la RR fournit des informations supplémentaires à ce sujet.

Voici d'autres exemples d'approches d'administration ciblée :

 - periodic intensification of routine immunisation (PIRIs);
 - expanding, introducing and re-introducing regular outreach sessions; and
 - child health days, during which administered doses are recorded on a child's routine vaccination card.
- ⑤ Le financement des **coûts opérationnels doit être utilisé de manière différenciée**, car atteindre les enfants zéro dose est susceptible d'entraîner des coûts opérationnels plus élevés que pour ceux qui reçoivent déjà des services.



Importance de la solidité de la planification, de la mise en œuvre et du suivi de la campagne

Les pays doivent utiliser le [Guide de planification et de mise en œuvre des AVS de l'OMS](#) et l'outil d'évaluation de l'état de préparation aux AVS de l'OMS qui l'accompagne (tels qu'ils sont ou tels qu'adaptés à leurs besoins) pour assurer une planification, une préparation, une mise en œuvre et un suivi de haute qualité.

L'outil d'évaluation de l'état de préparation aux AVS de l'OMS permet aux pays d'évaluer l'état de la préparation et de s'assurer que toutes les activités préalables ont été menées avant la campagne. Les pays doivent indiquer dans leur plan d'action pour les campagnes comment l'outil sera utilisé et rendre compte des résultats de l'évaluation au Secrétariat de Gavi et aux partenaires selon l'échéancier recommandé. Le cas échéant, une assistance technique sur l'utilisation de l'outil peut être demandée à l'OMS.

Il est recommandé aux pays d'envisager l'utilisation de **technologies numériques pour le suivi en temps réel des campagnes de vaccination**. Le suivi en temps réel comprend des activités qui utilisent les technologies numériques pour accélérer le partage, l'analyse et l'utilisation des données afin d'améliorer l'efficacité de la campagne. Il peut améliorer la qualité des campagnes en aidant les responsables de mise en œuvre à examiner les progrès accomplis par rapport aux cibles en temps opportun, identifier rapidement les problèmes et les lacunes, suivre l'approvisionnement, les ressources humaines et les séances de vaccination et prendre rapidement des décisions concernant les mesures correctives.

Exigences de compte-rendu des campagnes

Les pays qui bénéficient du soutien de Gavi aux campagnes doivent fournir au Secrétariat de Gavi les éléments de compte-rendu suivants :

- **Rapport technique des AVS** : dans les trois mois suivant la mise en œuvre de la campagne
- **Enquête de couverture post campagne (ECPC)** : conduite dans les trois mois et soumise dans les six mois
- **Compte-rendu des indicateurs convenus dans le plan de suivi et apprentissage** : conformément au calendrier de présentation des rapports convenu

Ressources et références clés

- [Guide OMS sur l'intégration des campagnes \(à paraître\)](#)
- [Health campaign effectiveness coalition](#)
- Health campaign effectiveness coalition: [Boîte à outils d'aide à la décision pour l'intégration des campagnes de santé centrée sur les personnes](#)
- OMS: Guide de planification et de mise en œuvre des AVS de l'OMS ([EN](#) | [FR](#))
- OMS: Outil d'évaluation de l'état de préparation des AVS de l'OMS ([EN](#) | [FR](#))
- OMS: tableau de bord état de préparation des AVS de l'OMS ([EN](#) | [FR](#))
- Gavi: [Utiliser des technologies numériques pour le suivi en temps réel des activités de vaccination supplémentaires](#)
- Gavi/UNICEF: [Tirer parti des technologies et des données géospatiales pour renforcer les Programme de vaccination](#) (Conseils rapides pour la planification des investissements)

Ressources et références clés

- Modèle de rapport technique des AVS de l'OMS ([EN](#) | [FR](#))
- [WHO vaccination coverage cluster surveys: reference manual \(2018\)](#)
- [WHO vaccination coverage survey methods](#)
- [Liste de vérification du modèle de rapport de l'ECPC](#), en prenant comme exemple la rougeole (à adapter aux autres vaccins)²
- [Gavi's Country Monitoring and Learning \(M&L\) Guidelines](#)

L'[Annexe 2](#) des présentes directives insiste sur des points à prendre en compte dans les ECPC soutenus par Gavi.

² F.T. Cutts, M.C. Danovaro-Holliday, D.A. Rhoda; Challenges in Measuring Supplemental Immunization Activity Coverage Among Measles Zero-Dose Children, *Vaccine*, Volume 39, Issue 9, 2021, Supplementary material; <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2020.11.050>.



2.5 Soutien de Gavi à l'optimisation et aux changements de vaccins

Éligibilité et exigences pour les demandes de changement de vaccins (facultatifs et non facultatifs)

Contexte et définitions

Plusieurs choix de nouveaux vaccins et des schémas de vaccination alternatifs sont désormais à disposition des pays soutenus par Gavi, et d'autres encore sont à venir. **L'optimisation du portefeuille de vaccins** concerne l'opportunité ou l'exigence pour un pays Gavi de changer un produit vaccinal actuel, sa présentation, son calendrier vaccinal ou son utilisation contre un ou plusieurs produit(s) plus opportun(s) contenant le même antigène³. Plusieurs programmes vaccinaux soutenus par Gavi offrent un ensemble d'options d'optimisation.

Les présentes directives sont applicables aux pays éligibles au soutien de Gavi qui ont déjà introduit des vaccins soutenus par Gavi, ainsi qu'aux pays qui prévoient de nouvelles introductions ou des campagnes avec le soutien de Gavi. Elles s'appliquent aussi aux vaccins soutenus par Gavi qui ne seraient pas spécifiquement financés dans ce pays si le changement n'est pas justifié programmatiquement⁴.

| Choix de vaccins et éventuel impact sur l'optimisation des programmes nationaux (2022) | | Avantages potentiels | | | | | |
|--|-------|--------------------------------------|--|---|-------------------------|-------------------|--------------------------------------|
| Options d'optimisation vaccinale | | Réduire la complexité programmatique | Réduire l'espace de la chaîne du froid | Améliorer l'efficacité, l'efficience ou la sécurité | Améliorer la couverture | Réduire les coûts | Garantir la disponibilité de vaccins |
| Antirotavirus* | 12 | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | ✓ |
| VPC | 5 2 | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| VPI | 3 2 2 | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ |
| VPH | 3 2** | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | |
| Penta | 4 | | | | | | ✓ |
| Hexa | 1 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ |
| VAR | 2 | | | | ✓ | | |
| Fièvre jaune | 2 | | | | ✓ | ✓ | |
| Méningocoque | 3 | ✓ | | ✓ | | | |
| Paludisme | 2 | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ |
| Mixte* | >2 | | | | ✓ | | ✓ |

● Produits ou présentations
 ● Calendrier vaccinal
 ● Utilisation

La liste d'options ci-dessus peut être modifiée en fonction des mises à jour réglementaires. Veuillez toujours consulter la liste détaillée des profils de produits de Gavi pour obtenir les informations les plus récentes.

*Le pays peut choisir de combiner des options, par exemple, l'Inde utilise deux produits antirotavirus

**Recommandation du SAGE d'une dose permise

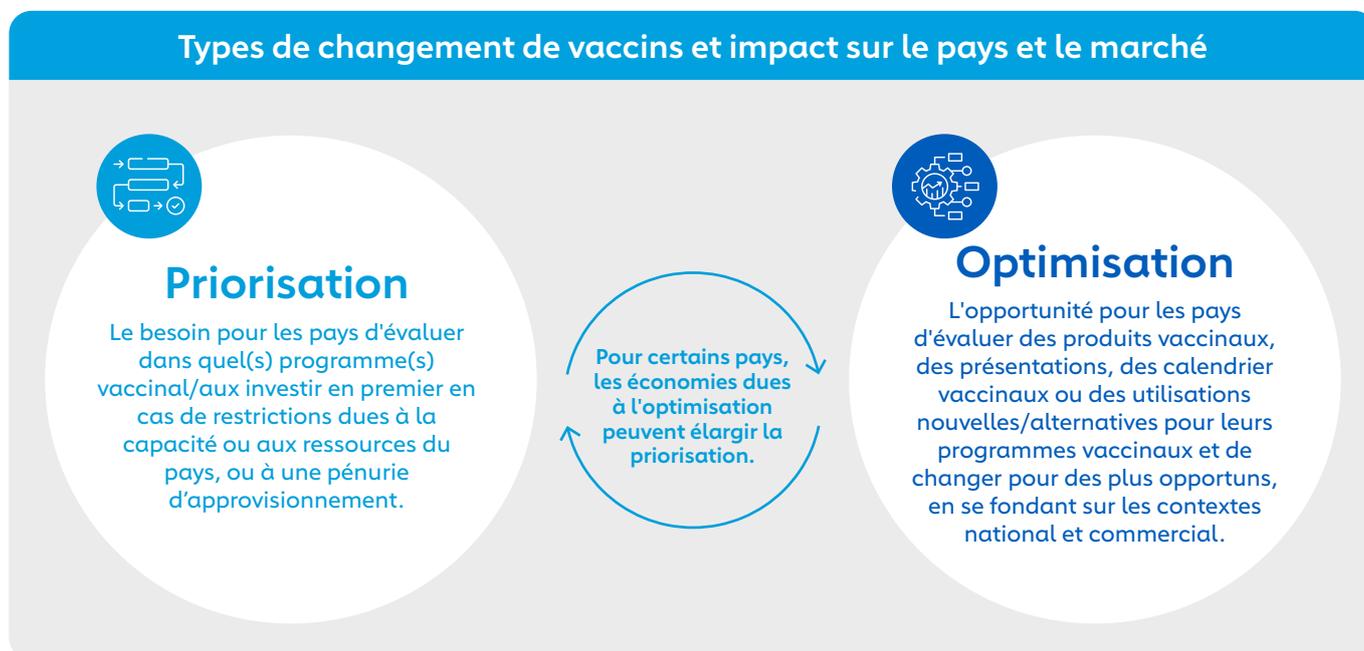
Note : Les chiffres indiqués entre les barres obliques indiquent le nombre d'options de vaccins différents par produits ou par présentation (vert clair), par calendrier vaccinal (vert foncé) ou par utilisation (bleu); Veuillez consulter les définitions des produits ou des présentations, de la calendrier vaccinal et de l'utilisation dans le tableau de la section qui suit.

³ Cette définition exclut le cas des vaccins interchangeables (par exemple, le pentavalent). Les pays peuvent recevoir la même présentation de fournisseurs différents et ceci ne constitue pas un changement.

⁴ Par exemple, le changement du vaccin antirougeoleux (VAR) à dix doses au VAR à cinq doses est soutenu aussi pour les pays qui autofinancent totalement le VAR



Les présentations vaccinales disponibles sont décrites dans les [fiches produits détaillées](#), disponibles sur le site Internet de Gavi:



Types de changement de vaccins et impact sur le pays et le marché

Gavi propose un soutien aux vaccins et aux calendriers vaccinaux soutenus par les notes de synthèse de l'OMS et les décisions du Conseil de Gavi. Il existe plusieurs types de changement de vaccin:

| Types de changement de vaccin | | | |
|---|--|---|--|
| Changement de produit | Changement de présentation | Changement de calendrier vaccinal | Changement d'utilisation |
| Passer à un vaccin fabriqué par un fournisseur différent et/ou avec une combinaison ou une composition de souches différentes | Passer à une présentation primaire différente – taille du flacon, formage-remplissage-scellage – et/ou une formulation (liquide ou lyophilisé) ou une technologie d'administration (seringues préremplies, patchs) différentes | Changer de calendrier vaccinal d'un même vaccin | Changer la manière dont le même vaccin avec la même formulation est administré |

Gavi cherche à fournir aux pays les informations et les ressources pour permettre des évaluations fondées sur des données factuelles des optimisations de leur programme vaccinal tout en cherchant à atténuer les impacts négatifs potentiels sur la santé du marché. Ceci peut vouloir dire que les options d'optimisation seront limitées dans certaines situations, afin de préserver la santé du marché au sens large.



Impact potentiel des changements de vaccins sur les pays, le marché, les partenaires de Gavi et le Secrétariat



Pays

- Viabilité financière
- Facilité programmatique
- Capacité et coût de la chaîne de froid
- Charge de morbidité
- Couverture
- Sécurité de l'approvisionnement



Santé du marché

- Sécurité de l'approvisionnement en vaccins
- Concurrence à long terme
- Investissement dans l'innovation
- Durabilité et attractivité du marché



Partenaires de l'Alliance

- Etat de préparation à la pandémie
- Programmes stratégiques des maladies
- Rentabilité des innovations pour les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire
- Plaidoyer et levée de fonds



Secrétariat Gavi

- Prix des vaccins
- Précision des prévisions
- Paiement de pénalités (accords de volume)
- Atténuation des risques

Calendrier

Les pays peuvent évaluer des options vaccinales alternatives et soumettre des demandes de changement à n'importe quel moment. Traditionnellement, de nouvelles options vaccinales deviennent pertinentes lorsque :

- les pays actualisent leur stratégie nationale de vaccination ;
- les pays s'engagent dans une planification de l'ensemble du portefeuille ;
- les pays s'approchent de la sortie du soutien de Gavi ou changent de phase au sein du soutien de Gavi;
- les pays demandent un soutien à l'introduction d'un nouveau vaccin ou à une campagne;
- il y a des changements dans le contexte national (nouvelles données épidémiologiques, modification de la marge de manœuvre budgétaire);
- l'approvisionnement disponible change;
- un nouveau produit vaccinal ou une nouvelle présentation préqualifiés par l'OMS offrent des avantages;
- il y a des changements dans les prix ou les taux de perte des vaccins disponibles;
- l'OMS publie de nouvelles recommandations SAGE ou de nouvelles notes de synthèse sur la calendrier vaccinal ou l'utilisation.

Selon le contexte, le changement d'un pays peut soit être soit volontaire (choix du pays, par exemple : changements requis pour diminuer le coût ou améliorer la couverture), soit non volontaire (imposé par des circonstances externes au pays⁵).

Indépendamment de la raison à l'origine d'un changement, le pays est invité à indiquer quelle justification a mené à la décision de changer de produit, de présentation, de calendrier vaccinal ou d'utilisation. Gavi utilisera ces informations pour observer les tendances émergentes dans les préférences nationales et pour documenter les innovations actuelles et futures en matière d'approvisionnement ou de produits.

Principes directeurs

La première série de ces principes s'applique à toute décision de changement, y compris les décisions non volontaires imposées par l'Alliance au pays en raison de circonstances indépendantes de sa volonté. La deuxième série s'applique uniquement aux changements volontaires.

⁵ Un pays qui introduit sa deuxième option préférée conservera la possibilité de passer ultérieurement à la première option préférée.



Principes applicables à tous les changements de vaccins :

- Les vaccins choisis doivent **s'intégrer dans l'infrastructure de la chaîne du froid existante**. Si plusieurs options équivalentes sont disponibles, le pays est censé choisir une option qui peut être mise en œuvre sans expansion substantielle de la capacité de la chaîne du froid. Par exemple, un pays ayant une capacité de température négative limitée doit éviter de choisir un vaccin congelé, sauf s'il s'agit de la seule option.
- Afin de réduire au minimum le nombre d'enfants à qui il manque des doses d'un vaccin recommandé, les choix des pays devraient **s'harmoniser avec la disponibilité des produits** et privilégier une mise en œuvre rapide plutôt que d'«attendre le produit idéal»⁶. Par exemple, les pays sont encouragés à choisir la deuxième option s'il y a une pénurie d'approvisionnement de l'option la plus préférée.
- Pour atténuer le risque de rupture de stock, les **hypothèses de taux de perte** pour la première année doivent s'harmoniser avec les estimations de l'OMS reflétées dans les profils de produits détaillés de Gavi. Dans le cas contraire, des données factuelles adéquates doivent être fournies.

Principes applicables aux changements volontaires :

- Les changements volontaires doivent **se traduire par un avantage net** pour le pays. Les pays doivent démontrer un impact positif sur les résultats du programme, sur sa durabilité et/ou sur la disponibilité de l'offre et sont invités à fournir les données factuelles qui ont étayé leur décision.
- Pour minimiser les perturbations de la vaccination systématique, Gavi recommande un **intervalle d'au moins 12 mois** entre l'introduction et un changement (s'il s'agit d'un processus en deux étapes lorsque les pays lancent un nouveau programme de vaccination mais n'ont pas pu mettre en place leur option préférée pour des raisons indépendantes de leur volonté), ou entre deux changements pour le même antigène, et le regroupement de plusieurs changements pour permettre des synergies de mise en œuvre (par exemple, organiser un seul événement de formation au lieu de plusieurs). Il s'agit de permettre un lancement correct du nouveau programme, de minimiser la confusion en n'introduisant pas prématurément une autre option peu de temps après, et de procéder aux ajustements nécessaires sur la base des enseignements tirés après l'introduction. Les demandes d'introduction simultanée de plusieurs vaccins différents sont encouragées (par exemple, l'introduction simultanée du vaccin antirotavirus et du vaccin antipneumococcique conjugué), en tenant compte de la nécessité d'harmoniser les délais de traitement et la disponibilité de l'approvisionnement.
- Dans des circonstances exceptionnelles, les pays **peuvent choisir de ne changer qu'une partie** du volume national de vaccins pour ajouter un type de présentation du même produit vaccinal utilisé dans la vaccination systématique (par exemple, pour surmonter la réticence des travailleurs de santé à ouvrir un flacon multidoses contenant plusieurs doses, un pays peut demander une présentation unidosé à utiliser dans les sites périphériques à faible densité de population tout en conservant une présentation multidose pour les zones à forte densité) ou un deuxième produit avec le même antigène ⁷.

Les principes ci-dessus visent à trouver un équilibre entre le fait d'être sensible aux préférences des pays, assurer que les risques inhérents à un changement sont suffisamment pris en compte, et faire en sorte que les processus de demande et d'examen restent allégés.

Exigences

Toutes les demandes de changement volontaire ou non volontaire doivent être **soumises par courrier électronique à l'adresse proposals@gavi.org** avec le Haut responsable pays de Gavi en copie. Les demandes de changement peuvent être soumises à tout moment.

⁶ Un pays qui introduit sa deuxième option préférée conservera la possibilité de passer ultérieurement à la première option préférée.

⁷ Par exemple, l'Inde utilise à la fois Rotavac et Rotasil dans son programme national.



Documents à fournir:

1 Un formulaire de demande de changement de Gavi

Un formulaire pour chaque demande de changement⁸, comprenant les documents suivants :

- **Une évaluation de l'impact du changement** : les avantages et les inconvénients résultant du changement pour les aspects financiers, la chaîne du froid, la charge de morbidité, l'approvisionnement et la mise en œuvre du programme doivent être résumés dans le tableau «évaluation de l'impact du changement» du formulaire (voir la section «Formulaires, exemples et références techniques» à la fin de la présente section pour des exemples).
- **Données sur les stocks pour déterminer le calendrier du changement** : le moment le plus approprié pour le changement doit tenir compte de la consommation de l'ancien vaccin, s'il est disponible, afin d'en assurer l'utilisation complète.
- **Etat de préparation de la chaîne du froid** : confirmer la disponibilité d'une capacité de la chaîne du froid adéquate pour les changements ayant un impact sur celle-ci, tels que l'augmentation des doses, le changement des présentations vaccinales ou le changement de vaccins.
- **Viabilité financière** : pour toutes les demandes en cas de modification du cofinancement:
 - présenter un scénario sur cinq ans de l'impact du changement sur le cofinancement⁹; et
 - informer le ministère des Finances et les copier dans la soumission.

Le ministère de la Santé (ou son représentant) doit signer le formulaire de demande de changement. Si le changement entraîne une augmentation du montant du cofinancement, le formulaire de demande de changement doit également être signé par le ministère des Finances.

2 Recommandation de soutien du GTCV (ou du CCIA)

Requis si le changement modifie un ou plusieurs des éléments suivants

- le schéma posologique;
- la population cible;
- la composition du vaccin susceptible d'affecter l'efficacité (souches/sérotypes) ou la sécurité (par exemple, vaccin vivant ou ajout d'un conservateur).

Facultatif pour les changements :

- de contenant primaire (par exemple, d'un flacon à dix doses à un flacon à cinq doses);
- de formulation (par exemple, de lyophilisé à liquide);
- des facteurs de coût (par exemple, le taux de perte, le prix par dose);
- de vaccins considérés comme interchangeables dans les profils de produits détaillés de Gavi (par exemple, le pentavalent).

3 Un plan de mise en œuvre du changement, comprenant un bref **chronogramme des principales activités** liées au changement proposé.

Selon les orientations de l'OMS, les principaux domaines que les pays devront planifier sont les suivants :

- le choix du produit vaccinal, de la présentation, de la formulation, du schéma vaccinal et de l'utilisation;
- la mise à jour de la politique nationale de vaccination et du schéma vaccinal (le cas échéant);

⁸ Pour deux changements indépendants demandés en même temps, veuillez soumettre deux formulaires de changement indépendants, un pour chacun, et un seul formulaire de budget de changement englobant les deux subventions de changement, le cas échéant.

⁹ Pour les changements des vaccins anti-VPC, antirotavirus et anti-VPH, les calculateurs de coût des vaccins de PATH peuvent être utilisés.



- l'estimation et l'amélioration des capacités de stockage et de la chaîne du froid;
 - l'actualisation du système d'information sur la gestion logistique (SIGL);
 - la mise à jour des systèmes d'information sanitaire, y compris les supports d'enregistrement et de compte-rendu;
 - la prise en compte de la stratégie de vaccination de rattrapage (le cas échéant);
 - la formation et la supervision du personnel de santé;
 - la communication avec les soignants et les communautés.
- 4 Pour les changements qui ont un impact sur le schéma vaccinal :** une copie du carnet de vaccination de l'enfant ou du calendrier du Programme élargi de vaccination (PEV) actuels afin d'informer les examinateurs indépendants des changements de schéma qu'un changement pourrait entraîner et qui pourrait nécessiter des visites supplémentaires.
- 5 Si le pays demande une subvention au changement, il doit soumettre un budget dans le Modèle de standard de Gavi** ([EN](#) | [FR](#)).

Les demandes de changement des pays seront examinées par le secrétariat de Gavi en consultation avec les partenaires techniques et éventuellement avec des experts indépendants. Le pays sera informé par une lettre de décision de la mise à jour du calendrier de mise en œuvre et/ou des calculs de dose, ainsi que des montants de subvention éligibles. Les **demandes de changement volontaires doivent être soumises au moins huit mois avant la mise en œuvre prévue** afin de tenir compte de la notification de la planification de l'approvisionnement.

Demande d'assistance technique supplémentaire

Dans de nombreux cas, lorsqu'un pays doit ou choisit de passer à une ou plusieurs options différentes ou d'intégrer une deuxième option, Gavi offre un soutien sous la forme d'une assistance technique et d'une subvention au changement. L'assistance technique de l'OMS, de l'UNICEF et des partenaires élargis peut être demandée par l'intermédiaire de Gavi, de préférence au cours de l'année précédant la prise de décision de changement.

Grâce à la participation des partenaires de l'assistance pays ciblée de Gavi, celle-ci finance une assistance technique Assistance pays ciblé et différenciée destinée à répondre aux besoins spécifiques du pays. Veuillez examiner votre plan d'assistance technique approuvé afin de déterminer si le soutien nécessaire à la mise en œuvre d'un nouveau vaccin est inclus.

Soutien financier aux changements (Subvention au changement)

Pour que la mise en œuvre du changement soit couronnée de succès, les pays doivent s'assurer que les fonds nécessaires sont disponibles. La planification et l'obtention de ces fonds à l'avance faciliteront le processus. Selon l'option de changement choisie par un pays, les implications en termes de complexité de mise en œuvre et de ressources nécessaires peuvent varier considérablement. Certains changements peuvent nécessiter moins de financement que d'autres, en fonction des possibilités de synergie avec d'autres événements prévus et de la manière dont le changement peut être intégré dans les services systématiques.

Gavi peut apporter son soutien par le biais d'une subvention au changement pour faciliter la transition sûre et efficace vers un nouveau produit, une nouvelle présentation, un nouveau schéma ou une nouvelle utilisation, et a l'intention de couvrir une partie de ses investissements ponctuels.

Selon la publication de l'OMS *Vaccine portfolio optimization guide: Assessing vaccine switch opportunities and planning for implementation*, les coûts éventuels à prendre en compte lors de l'estimation des besoins de financement pour le changement sont les suivants:



1. Atelier pour examiner/adapter les modules de formation, les guides et les supports de communication existants.
2. Réunion de lancement au niveau national pour s'assurer que tous les départements gouvernementaux sont informés, impliquer les parties prenantes dans le soutien au changement, mettre à jour la politique nationale, etc.
3. Révision, production et distribution d'outils, y compris l'impression de cartes de santé pour enfants, de formulaires de vaccination, de formulaires de stock de vaccins, de directives et de procédures.
4. Information des facilitateurs nationaux et régionaux.
5. Mise à jour des outils électroniques, des systèmes et des registres des systèmes d'information sur la logistique et la gestion de la santé (SIGL/SIGS) avec les nouvelles informations sur les produits.
6. Formation et supervision de l'ensemble du personnel de santé concerné à tous les niveaux pour chaque changement, y compris des stages de remise à niveau.
7. Mobilisation sociale et communication. Par exemple, un changement de schéma nécessite d'informer les mères de ramener leurs enfants plus tard que la norme récente.
8. Suivi et évaluation du programme, y compris des visites de supervision ou de suivi immédiatement après le changement afin d'identifier et de résoudre les problèmes affectant le changement.

De plus amples informations sur l'éligibilité au soutien sont fournies dans le *Guide d'éligibilité budgétaire* de Gavi ([EN](#) | [FR](#)).

Les demandes de subvention au changement doivent être soumises conjointement au formulaire de demande de changement en utilisant le modèle standard de Gavi ([EN](#) | [FR](#)). Toutes les demandes de subvention au changement feront l'objet d'une revue.

Pour les pays en transition accélérée, les demandes de subvention de transition doivent être soumises et approuvées avant que les pays ne passent à l'autofinancement complet, la subvention de transition pouvant être utilisée au-delà de la date de transition. En général, la subvention au changement n'est pas prévue pour des investissements dont la mise en œuvre prend plus de six mois environ.

En cas de changement non volontaire avec une introduction retardée en raison d'une pénurie d'approvisionnement, la subvention au changement sera limitée aux dépenses irrécouvrables de la SIV. Par exemple, si un pays a imprimé des documents de formation pour une présentation qui n'est plus disponible, il peut obtenir une subvention au changement pour financer l'impression de supports pour la nouvelle présentation du vaccin.

Exigences en matière de suivi du changement

1. Les pays doivent prévoir d'utiliser la totalité du stock de la présentation actuelle avant de mettre en œuvre le changement vers la nouvelle présentation afin de minimiser les pertes dans la mesure du possible (sauf pour les changements partiels).
2. Les pays doivent communiquer la date effective du changement au Haut responsable pays de Gavi dans l'année qui suit l'approbation de la demande de changement.
3. Les pays doivent mettre en œuvre le changement approuvé vers d'autres produits vaccinaux, présentations, schémas ou utilisations en temps voulu et au plus tard deux ans après l'approbation.



Liste des documents à soumettre (cocher les documents préparés)

- Formulaire de demande de changement signé par le ministère de la Santé
- Recommandation du GTCV ou approbation du CCIA en faveur de la commutation
- Plan de mise en œuvre de l'aiguillage avec un chronogramme des principales activités
- Budget pour la subvention au changement (si ce soutien financier est demandé)
- Scénario de cofinancement sur cinq ans¹⁰ (uniquement si le cofinancement change)

Une liste de contrôle personnalisée des documents requis se trouve en haut de chaque section sur les vaccins.



Formulaires, exemples et références techniques

- [Formulaire de demande de changement à Gavi](#) (générique, spécifique au VPI, spécifique au MCV, spécifique à l'hexa et formes polyvalentes pour le VPH)
- [Exemple de formulaire de demande de changement à Gavi](#)
- [Exemple de plan de mise en œuvre d'un changement de Gavi¹¹](#)
- [Cadre pour documenter l'évaluation de l'impact du choix des vaccins ou du changement, avec des exemples](#)

2.6 Soutien aux pays à revenu intermédiaire (PRI)

En décembre 2020, le Conseil de Gavi a approuvé une nouvelle approche pour collaborer avec les pays à revenu intermédiaire (PRI) au cours de la période stratégique Gavi 5.0: l'«approche PRI». Outil essentiel pour faire face aux menaces qui pèsent sur l'équité et la viabilité des programmes de vaccination systématique, l'approche PRI contribue à la vision globale de Gavi, qui est de ne laisser personne de côté en matière de vaccination, et poursuit deux objectifs primordiaux :

- éviter un recul de la couverture vaccinale dans les anciens pays éligibles au soutien de Gavi;
- stimuler le l'introduction durable des principaux vaccins manquants tant dans les pays précédemment éligibles au soutien de Gavi que dans ceux qui n'ont jamais été éligibles.

Les pays éligibles dans le cadre de l'approche PRI comprennent tous les anciens pays éligibles au soutien de Gavi, les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure qui n'ont jamais été éligibles au soutien de Gavi et d'autres économies éligibles à l'Agence internationale de développement. Dans le cadre de l'approche PRI, Gavi apporte un soutien au niveau régional et mondial pour résoudre les problèmes systémiques qui font obstacle à l'introduction durable et équitable de nouveaux vaccins, ainsi qu'un soutien sur mesure en réponse aux besoins spécifiques des pays, conformément aux objectifs de l'approche PRI. Il s'agit notamment d'un soutien visant à atténuer le retour en arrière dans un groupe sélectionné d'anciens pays éligibles au soutien de Gavi qui ont connu des réductions significatives et durables de la couverture vaccinale, ainsi que d'un soutien spécifique à chaque pays pour stimuler l'introduction durable et équitable du vaccin antipneumococcique conjugué, du vaccin antirotavirus et du vaccin contre le virus du papillome humain.

¹⁰ Selon les [Calculateurs de coût des vaccins de PATH](#), disponibles pour le vaccin contre le virus du papillome humain, le vaccin antipneumococcique conjugué et le vaccin antirotavirus

¹¹ Adapté du plan d'action développé par le PEV du Cameroun en 2022.

3 Directives relatives aux programmes de vaccination

- 3.1 Vaccin oral contre le choléra 

- 3.2 Vaccin anti-Covid-19 

- 3.3 Vaccins de rappel antidiphtérique, antitétanique et anticoquelucheux (DTC) 

- 3.4 Vaccin contre le virus Ebola 

- 3.5 Le vaccin anti-hépatite B administré à la naissance 

- 3.6 Vaccin hexavalent 

- 3.7 Vaccin contre le virus du papillome humain 

- 3.8 La prophylaxie post-exposition contre la rage humaine 

- 3.9 Vaccin antipoliomyélitique inactivé 

- 3.10 Vaccin contre l'encéphalite japonaise 

- 3.11 Vaccin contre le paludisme 

- 3.12 Vaccin antirougeoleux et vaccin antirougeoleux et antirubéoleux 

- 3.13 Vaccins antiméningococciques 

- 3.14 Vaccin antipneumococcique conjugué 

- 3.15 Vaccin antirotavirus 

- 3.16 Vaccin antityphoïdique conjugué 

- 3.17 Vaccin antiamaril 



Documentation spécifiquement requise pour les demandes de soutien aux vaccins

Outre les documents spécifiques ci-dessous, toutes les demandes de vaccins doivent contenir les éléments suivants :

- Un plan de mise en œuvre, sous la forme d'un plan d'introduction d'un nouveau vaccin, d'un plan d'action ou d'un plan de remplacement, comme indiqué ci-dessous. Ces documents peuvent être combinés (par exemple lorsqu'un soutien est demandé à la fois pour une introduction systématique et pour une campagne/ASI).
- Plan de travail (en utilisant le modèle Gavi fourni en ligne)
- Le cas échéant, domaines ciblés (par exemple, dans le cas d'introductions/campagnes infranationales), selon le modèle de Gavi
- Budget¹²
- Approbations, comme indiqué ci-dessus.¹³

Feuille de route pour le processus de demande et liste de contrôle

| Programmes de vaccination | Routine | Campagne |
|---|--|--|
| Choléra → | N/A | <ul style="list-style-type: none"> • Plan d'action pluriannuel • Analyse situationnelle du choléra • Plan national de lutte contre le choléra (fortement recommandé pour la première demande, obligatoire pour les demandes suivantes) • Rapports des 3 dernières campagnes préventives et/ou réactives (le cas échéant) |
| Diagnostic du choléra → | <ul style="list-style-type: none"> • Formulaire de demande de diagnostic du choléra | N/A |
| Covid-19 → | <ul style="list-style-type: none"> • Formulaire de demande de doses C19 | <ul style="list-style-type: none"> • Formulaire de demande de doses C19 |
| Vaccins de rappel DTC → | <ul style="list-style-type: none"> • PINV • Signature du ministère de l'Éducation pour les stratégies en milieu scolaire | N/A |
| Vaccin contre le virus Ebola → | N/A | <ul style="list-style-type: none"> • Formulaire de demande autonome de soutien aux vaccins (modèle standard de Gavi) • Descriptif et plan de travail du plan d'action de la campagne de vaccination • Recommandation du Groupe technique consultatif national pour la vaccination • (GTCV) et approbation du Comité de coordination inter-agences (CCIA) |
| Vaccin anti-hépatite B administré à la naissance → | <ul style="list-style-type: none"> • Plan d'introduction du nouveau vaccin • Plan de travail des activités concernant le vaccin | N/A |
| Hexavalent → | <ul style="list-style-type: none"> • Formulaire de changement d'hexavalent | N/A |

¹² A l'exception des pays standards.

¹³ Pour les demandes de vaccins qui n'entraînent pas d'obligation de cofinancement pour les pays, Gavi acceptera la preuve que le ministre des finances a été informé, au lieu de la signature du ministre des finances.



Feuille de route pour le processus de demande et liste de contrôle (suite)

| Programmes de vaccination | Routine | Campagne |
|---|---|---|
| Papillomavirus Humain* → | <ul style="list-style-type: none"> • Plan de travail et Budget du VPH • Plan de mise en œuvre du VPH • Profil VPH de la région • Signature du ministre de l'Éducation pour les stratégies en milieu scolaire | <ul style="list-style-type: none"> • Plan de travail et Budget du VPH • Plan de mise en œuvre du VPH • Profil VPH de la région • Signature du ministre de l'Éducation pour les stratégies en milieu scolaire |
| Le vaccin prophylactique post-exposition → | <ul style="list-style-type: none"> • Plan d'introduction du vaccin contre la rage humaine • Plan de travail des activités concernant le vaccin | N/A |
| Polio inactivé → | <ul style="list-style-type: none"> • Formulaire de changement de VPI (en cas de demande d'introduction systématique de la 2e dose de VPI) | <ul style="list-style-type: none"> • PA |
| Encéphalite Japonaise → | <ul style="list-style-type: none"> • PINV | <ul style="list-style-type: none"> • PA |
| Paludisme → | <ul style="list-style-type: none"> • PINV avec des détails sur l'approche par étapes et les zones infranationales où la charge et les besoins sont les plus élevés | N/A |
| Rougeole et rougeole-rubéole → | <ul style="list-style-type: none"> • PINV • Plan rougeole-rubéole sur cinq ans et budget • Plan annuel du PEV avec le détail des activités liées à la rougeole et à la rubéole (dans le cadre du processus d'évaluation conjointe) • Engagement de financement national de VVR1 (si ce n'est pas déjà le cas) | <ul style="list-style-type: none"> • PA • Plan rougeole-rubéole sur cinq ans et budget • Plan annuel du PEV avec le détail des activités liées à la rougeole et à la rubéole (dans le cadre du processus d'évaluation conjointe) • Engagement de financement national de VVR1 (si ce n'est pas déjà le cas) |
| Vaccins antiméningococciques → | Vaccin conjugué contre le méningocoque A (MENACV) | <ul style="list-style-type: none"> • Le plan d'action de la campagne peut être fusionné avec le PINV • Évaluation des risques • Ciblage des campagnes de rattrapage |
| | Vaccin conjugué multivalent contre le méningocoque (MMCV) | <ul style="list-style-type: none"> • Formulaire de demande de passage au MMCV |
| Pneumocoque → | <ul style="list-style-type: none"> • PINV | <ul style="list-style-type: none"> • PA dans le cadre du PINV |
| Rotavirus → | <ul style="list-style-type: none"> • PINV | N/A |
| Typhoïde → | <ul style="list-style-type: none"> • PINV • Guide des données sur la typhoïde (tabl 1 et 2) | <ul style="list-style-type: none"> • PA • Guide des données sur la typhoïde (tabl 1 et 2) |
| Fièvre Jaune → | <ul style="list-style-type: none"> • PINV | <ul style="list-style-type: none"> • PA • Rapport d'évaluation du risque • Plan de mise en œuvre de la stratégie EYE (recommandé) |
| Diagnostic de la Fièvre Jaune → | <ul style="list-style-type: none"> • Formulaire de demande de diagnostic de la fièvre jaune • Signature du Directeur/Directrice du laboratoire national de la fièvre jaune | N/A |



3.1 Vaccin oral contre le choléra

→ CAMPAGNES DE PRÉVENTION

Annexes obligatoires pour les demandes spécifiques au vaccin

[Plan d'action pluriannuel](#)

[Analyse des foyers d'infection](#) (classeur et rapport)

[Plan national de lutte contre le choléra](#) (fortement recommandé pour la première demande, requis pour les demandes ultérieures)

Rapports des trois campagnes préventives/réactives les plus récentes (le cas échéant)



Accéder à la bibliothèque complète des directives de Gavi



Profils de produit détaillés

Voir la section ci-dessous pour la liste définitive des documents requis et recommandés.

Recommandations de l'OMS

La [Feuille de route mondiale pour 2030 pour mettre fin au choléra](#) du [Groupe spécial mondial de lutte contre le choléra](#) s'appuie sur une approche multisectorielle comprenant l'utilisation du vaccin anticholérique oral (VCO), la surveillance et la notification, l'engagement communautaire, le renforcement du système de santé (RSS), le leadership et la coordination, et l'eau, l'assainissement et l'hygiène (WASH).

La vaccination anticholérique est une mesure de prévention et de lutte contre le choléra qui peut être mise en œuvre à court et moyen terme, tandis que des interventions complémentaires axées sur l'élargissement de l'accès durable à d'autres mesures de prévention primaire, dont l'eau potable et l'assainissement, sont mises en place.

L'OMS recommande que le VCO soit utilisé dans les zones présentant un choléra endémique, dans les situations d'urgence humanitaire avec un risque élevé de choléra et pendant les épidémies de choléra. Les vaccins doivent toujours être utilisés en conjonction avec d'autres stratégies de prévention et de lutte contre le choléra.



Ressources et références clés

- [Vaccin anticholérique : note de synthèse de l'OMS, août 2017](#)
- [Orientation du GTFCC sur l'utilisation du vaccin anticholérique oral \(VCO\)](#)
- GTFCC: [Elaboration du plan national de lutte contre le choléra](#)
- GTFCC: [Orientations et outils permettant aux pays d'identifier les domaines d'intervention prioritaires](#)
- GTFCC: [Outil de compte rendu des indicateurs clé](#)
- [Enquêtes en grappes sur la couverture vaccinale de l'Organisation mondiale de la santé: manuel de référence, 2015](#)

Soutien mis à disposition par Gavi

Gavi fournit un soutien pour l'utilisation préventive et réactive (d'urgence) du VCO, y compris aux coûts des vaccins et aux coûts opérationnels. Les campagnes de vaccination préventive contre le choléra sont soutenues dans les zones où la charge de morbidité est élevée et persistante.

Les orientations ci-après ne concernent que les **campagnes préventives de VCO**.



Principales considérations pour les campagnes de prévention

- Population cible :** Toutes les personnes âgées d'au moins un an peuvent être incluses dans les campagnes préventives de VCO. Les femmes enceintes et allaitantes et les personnes infectées par le VIH doivent être incluses, conformément aux recommandations détaillées sur la vaccination des populations spéciales (personnes infectées par le VIH, femmes enceintes et allaitantes, prisons et autres établissements fermés) figurant dans la [Note d'information de l'OMS sur le choléra](#).
- Espacement des doses et calendrier de la campagne :** Suite à la recommandation du SAGE, Gavi soutient l'administration de deux doses de vaccin anticholérique, normalement administrées avec un intervalle de 14 jours. Toutefois, des variations programmatiques dans la programmation de la campagne peuvent se produire, entraînant un intervalle de temps plus long avant l'administration de la deuxième dose (par exemple, en raison de contraintes logistiques pour organiser la livraison de la deuxième dose). Les pays doivent inclure la justification de la programmation proposée dans le plan soumis à Gavi, qui doit suivre les recommandations du SAGE.
- Coadministration :** Comme les vaccins anticholériques peuvent être administrés conjointement avec d'autres vaccins injectables ou administrés par voie orale (p. ex. vaccins antipoliomyélitiques), il est recommandé de saisir les opportunités d'intégrer le vaccin anticholérique oral à d'autres activités de vaccination dont des populations cibles qui se chevauchent.
- Renforcer la vaccination systématique et atteindre les communautés oubliées et les enfants zéro dose :** Les campagnes de vaccination anticholérique orale ciblent en soi les populations vulnérables et celles qui n'ont pas facilement accès aux services de santé systématiques. Il est vivement recommandé d'utiliser les campagnes de vaccination anticholérique orale pour identifier, orienter et/ou atteindre avec d'autres vaccins les enfants, adolescent et les adultes zéro dose ou sous-vaccinés, en particulier lors la 2e phase de vaccination (voir à titre d'exemple les activités ci-dessous). Le cadre d'identification, d'atteinte, de suivi, de mesure et de plaidoyer (IRMMA) fournit des orientations complémentaires sur les approches et les interventions qui peuvent être utilisées pour augmenter la couverture vaccinale parmi ces groupes.
- Intégration des interventions d'eau, assainissement et hygiène (WASH) et autres interventions de santé :** Les opportunités d'intégration des interventions WASH à court terme et/ou d'autres activités et campagnes de santé doivent être décrites dans la demande de soutien (voir les activités illustrées ci-après), y compris les activités spécifiques qui seront menées parallèlement aux campagnes de VCO. Les autres sources de financement pour le soutien à la mise en œuvre de ces activités doivent être identifiées dans le budget détaillé soumis dans le cadre de la demande.
- Diagnostiques :** Gavi soutient actuellement l'achat de tests de diagnostic rapide (TDR) pour le choléra afin de renforcer les données de surveillance pour étayer les campagnes ciblées de vaccination préventive contre le choléra. Il est fortement recommandé aux pays qui ont approuvé et introduit des TDR pour le choléra avec le soutien de Gavi d'utiliser les données améliorées de surveillance du choléra (conformément aux orientations du GTFCC en matière d'établissement de rapports) dans les demandes de vaccins pOCV adressées à Gavi et, le cas échéant, de justifier le rééchelonnement des PAMI en vue de la vaccination pOCV. À l'avenir, Gavi s'attendra à ce que les demandes de soutien financier des pays pour les campagnes préventives de VCO utilisent les données des tests de choléra de routine, lorsqu'elles sont disponibles, pour étayer les plans concernant les lieux où ces campagnes devraient être menées.



Les présentes directives ne couvrent pas les campagnes réactives de lutte contre les épidémies : Gavi apporte un soutien au stock de vaccins anticholériques oraux géré par le GIC. Les demandes d'urgence pour les campagnes de vaccination de riposte aux épidémies peuvent être soumises au GIC. Pour avoir accès au [soutien de riposte aux épidémies de choléra](#), les pays doivent contacter le Secrétariat du GIC (courriel: ICGSecretariat@who.int).

Pour les pays qui souhaitent soumettre une demande de pOCV et qui n'ont pas encore demandé de soutien au diagnostic, ils sont encouragés à examiner les lignes directrices ci-dessous sur le soutien au diagnostic du choléra, car elles peuvent être utiles pour la mise en œuvre de ces campagnes. Les demandes de diagnostic et de vaccins peuvent être soumises indépendamment, c'est-à-dire qu'un pays peut demander un soutien au pOCV sans demander un soutien au diagnostic et vice versa.



- **Ajustements annuels** : Sur une base annuelle, de petites modifications du plan opérationnel détaillé et du budget de l'année suivante peuvent être demandées pour autant qu'elles restent dans les limites de la dose globale et des plafonds budgétaires approuvés. Ce processus annuel d'examen et d'approbation peut inclure des modifications à apporter au plan détaillé qui ne modifient pas substantiellement la portée du plan, par exemple, la nécessité de modifier le calendrier des activités de vaccination préventive en raison d'une épidémie de choléra.
- **Exigences de cofinancement** : Il n'y a pas d'exigence de cofinancement pour les campagnes préventives mises en œuvre pour la première fois dans une zone géographique spécifique. Les exigences de cofinancement pour la vaccination préventive sous réserve de l'approbation du conseil d'administration de Gavi, ne s'appliqueront que si un pays compte trop sur la vaccination comme stratégie de lutte contre le choléra et que des campagnes de vaccination préventive périodiques et fréquentes sont mises en œuvre dans la même zone géographique dans un laps de temps restreint (c'est-à-dire moins de trois ans après la campagne préventive précédente). Au moment de la demande, d'autres flexibilités et exigences de cofinancement peuvent s'appliquer, conformément à la politique de cofinancement de Gavi.

Opportunités d'intégrer d'autres activités de vaccination et de santé dans les campagnes de VCO :

Première dose de vaccin anticholérique oral

- Vérifier le statut de la vaccination systématique.
- Énumérer les populations oubliées.
- Évaluer les raisons de non-vaccination et les obstacles à la vaccination.

Période inter doses

- Planifier l'intégration d'autres vaccins ou interventions de santé publique à la deuxième phase de la campagne.
- Planifier des stratégies d'administration pour atteindre les communautés et les individus oubliés.
- Plan pour amener les enfants zéro dose atteints à travers les campagnes à la vaccination systématique.

Deuxième dose de vaccin anticholérique oral

- Administrer d'autres vaccins et/ou mener d'autres interventions de santé publique (par exemple, une intensification périodique des activités de vaccination systématique et des activités de sensibilisation intégrées, WASH, dépistage de la malnutrition, intégration d'autres campagnes comme la vitamine A ou la livraison de moustiquaires, par exemple)
- Lier les communautés oubliées aux systèmes de vaccination systématique.

Post campagne et vaccination systématique

- Utiliser les enquêtes pour identifier les populations manquant de vaccins, les raisons de non-vaccination et les obstacles à la vaccination.
- Intégrer les stratégies d'administration utilisées pour atteindre les communautés oubliées et les enseignements tirés dans les activités de vaccination budgétisées régulières de la région géographique.



Exigences relatives à la demande du vaccin oral contre le choléra

| Document (et lien vers les modèles et les directives détaillées) | Instructions | Exigence |
|--|---|-----------------------------------|
| Approbation du GTCV, du CCIA et du ministère de la Santé | | Obligatoire |
| Analyse des zones prioritaires pour les interventions multisectorielles pour le contrôle du choléra → Il ne doit pas s'être écoulé plus de 3 ans entre la dernière année de données utilisées pour l'identification du PAMI et la soumission de la pOCV. Un délai plus long peut être accepté au cas par cas s'il est dûment justifié (par exemple, si un pays peut prouver qu'il n'y aurait pas de changement dans les PAMI en cas de mise à jour). | <p>Avant toute demande, les pays doivent identifier les zones prioritaires pour les interventions multisectorielles (PAMI) pour le contrôle du choléra en utilisant la méthode du GTFCC et documenter cette analyse dans un rapport suivant le modèle de rapport du GTFCC.</p> <p>Une fois l'identification des PAMI terminée, les pays doivent demander au GTFCC de procéder à un examen des PAMI et recevront alors un rapport d'examen des PAMI du GTFCC.</p> <p>Le rapport d'examen des PAMI du GTFCC, le rapport d'identification des PAMI et l'outil Excel des PAMI du GTFCC rempli doivent être joints à la demande.</p> | Obligatoire |
| Priorités en matière de vaccins | <p>Il est fortement recommandé aux pays de donner la priorité à un sous-ensemble de PAMI et d'établir l'ordre des PAMI au sein desquels le VCO sera utilisé à titre préventif comme intervention de lutte contre le choléra parmi d'autres interventions multisectorielles – notamment si une grande partie de la population totale a été couverte lors de l'étape d'identification des PAMI.</p> <p>Il est facultatif mais recommandé d'utiliser l'outil de hiérarchisation des vaccins du GTFCC comme base pour évaluer quantitativement les PAMI en vue de la hiérarchisation des VCO.</p> | Facultatif mais recommandé |
| Plan d'action pluriannuel → | Le document principal de la demande de VCO est le plan d'action pluriannuel, qui comprend un plan de vaccination préventive pour une période pouvant aller jusqu'à cinq ans. Le plan d'action pluriannuel doit détailler les raisons de la sélection des zones de vaccination préventive sur la base de l'analyse des PAMI et les raisons du calendrier proposé pour la vaccination dans ces zones, ainsi qu'une description des stratégies de mise en œuvre. Un macroplan et un budget pour l'ensemble de la période couverte par le plan doivent être présentés au moment de la demande. | Obligatoire |
| Budget des coûts opérationnels → | <p>Gavi fournit un soutien financier aux campagnes de vaccination préventive contre le choléra par le biais de subventions aux coûts opérationnels. Les pays peuvent demander jusqu'à 0,65/0,55/0,45 US\$ par dose en fonction du statut de transition. Le budget opérationnel doit présenter le budget pour l'ensemble de la période pluriannuelle.</p> <p>Le fichier Excel du budget des coûts opérationnels de Gavi doit être complété conformément aux Directives sur le financement des programmes et au Guide de l'éligibilité budgétaire.</p> | Obligatoire |
| Détails du soutien de Gavi → Plan de travail chiffré et onglets des zones ciblées uniquement. Le lien montre un exemple de modèle ; pour la demande, veuillez demander un modèle sous-national rempli au responsable pays | <p>À remplir :</p> <ul style="list-style-type: none"> • une ligne du plan de travail chiffré pour résumer le budget total des coûts opérationnels requis et un résumé en une phrase de l'utilisation. • une colonne dans l'onglet zones ciblées pour indiquer simplement les zones sous-nationales dans lesquelles des campagnes de VCO sont proposées. <p>Plus de détails ici – sachant que seuls les détails énumérés dans ce tableau doivent être complétés.</p> | Obligatoire |



Exigences relatives à la demande du vaccin oral contre le choléra (suite)

| Document (et lien vers les modèles et les directives détaillées) | Instructions | Exigence |
|--|--|--------------------------|
| <p>Formulaire de demande de diagnostic du choléra →</p> <p>(si la demande n'a pas encore été présentée)</p> | <p>Possibilité de demander le soutien de Gavi pour l'achat de tests de diagnostic rapide (TDR) du choléra dans le cadre de l'initiative de diagnostic approuvée par le Conseil d'administration de Gavi. Ce soutien vise à faciliter l'accès aux TDR du choléra pour des tests opportuns permettant de surveiller l'incidence actuelle du choléra et de soutenir l'identification rapide des épidémies probables de choléra et la surveillance des épidémies actives. L'objectif est de permettre une utilisation plus efficace et efficiente du vaccin anticholérique oral (VCO) – notamment pour les campagnes de prévention – en aidant à constituer une base de données sur les zones touchées et les tendances de la transmission du choléra (c'est-à-dire le nombre de cas suspects de choléra, le nombre de cas soumis à des tests, le nombre de résultats positifs des tests de confirmation, etc.).</p> | <p>Facultatif</p> |

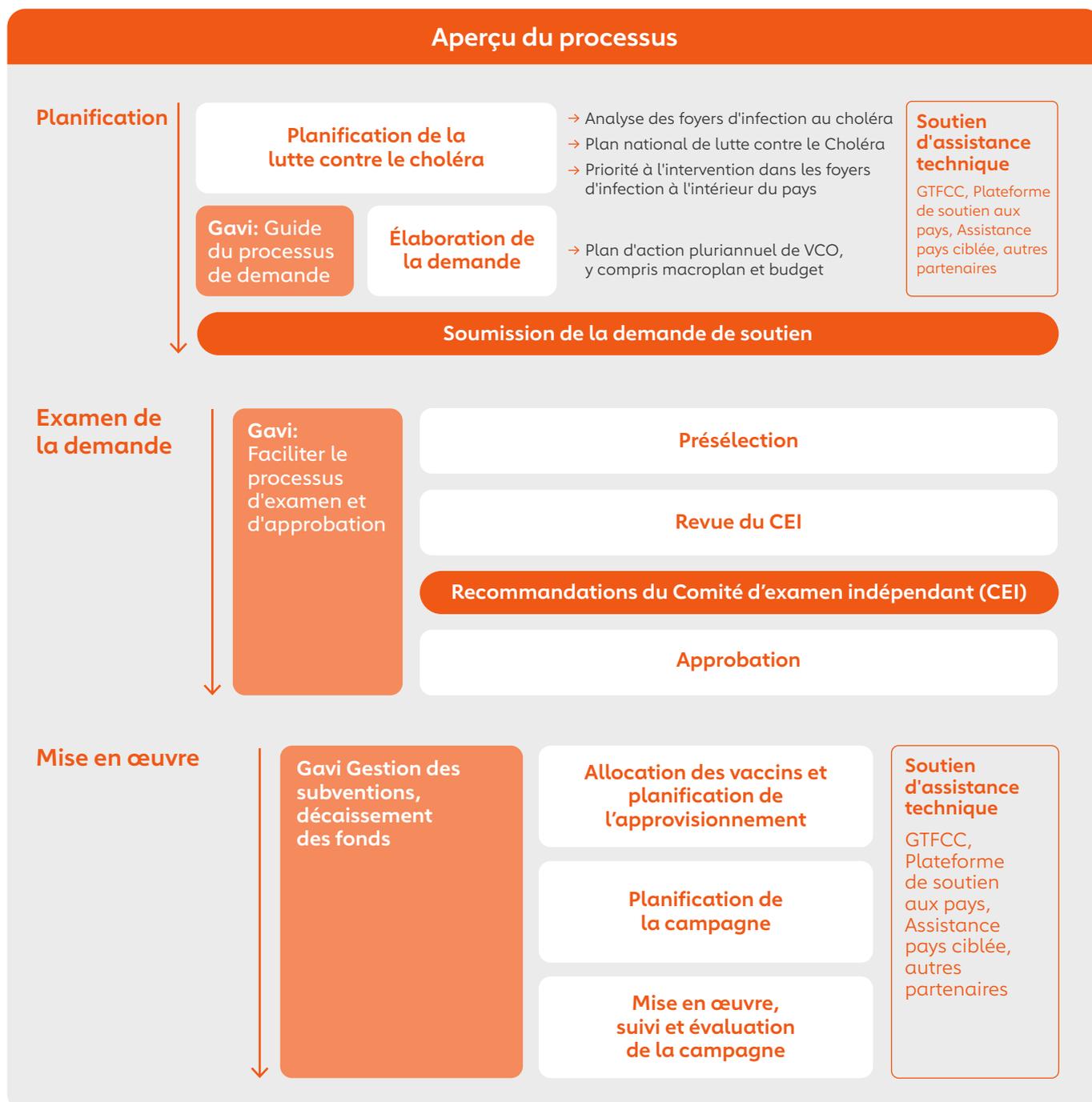
La planification du soutien de Gavi

Veillez vous référer à la section « Aperçu du processus » pour comprendre les étapes de la planification, de l'examen des demandes et de la mise en œuvre, en tenant compte du fait que l'élaboration d'une demande (planification) prendra probablement six mois ou plus en fonction de l'état d'avancement de l'identification du PAMI, et qu'il y a un nombre fixe de cycles d'examen par le Comité d'examen indépendant chaque année (examen de la demande), ce qui signifie que le lancement de la première campagne (mise en œuvre) peut avoir lieu environ 12 mois après la soumission de la demande initiale.

Subventions aux coûts opérationnels de la campagne (Ops) : Gavi fournit un soutien financier aux campagnes de vaccination préventive contre le choléra par le biais du soutien Ops. Les pays peuvent demander **jusqu'à 0,65/0,55/0,45 USD** par dose en fonction du statut de transition.

Assistance technique : En plus de la subvention OPs, il existe les sources suivantes de soutien technique et financier :

- Le **GTFC** et ses institutions membres peuvent fournir une assistance technique aux pays en fonction de leurs besoins en matière d'analyse des foyers d'infection, d'élaboration de la demande, de planification et de mise en œuvre des campagnes. Pour de plus amples informations, prière de contacter le point focal en matière de VCO du GTFC (GTFCsecretariat@who.int).
- En outre, la **Plateforme de soutien aux pays**, hébergée par la Fédération internationale de la Croix-Rouge, a été créée pour aider les pays touchés par le choléra dans l'élaboration d'un Plan national de lutte contre le choléra et d'un mécanisme de coordination multisectorielle pour mettre en phase le gouvernement, les acteurs nationaux, les partenaires du GTFC et les principaux acteurs sur une stratégie commune, mobiliser des ressources en faveur des besoins de financement identifiés dans leurs plans nationaux de lutte contre le choléra et pour fournir un appui technique multisectoriel et un renforcement des capacités pour la formulation et la mise en œuvre de leurs plans nationaux de lutte contre le choléra et de leurs plans de vaccination contre le choléra. Pour de plus amples informations, veuillez prendre contact avec la Plateforme de soutien pays pour le choléra (countrysupportplatform@ifrc.org) ou le gestionnaire du programme de lutte contre le choléra de Gavi.
- Les pays peuvent également demander une **assistance pays ciblée** selon le **Cadre d'engagement des partenaires** de Gavi via le processus de planification pluriannuel, afin de soutenir la planification, la mise en œuvre et le suivi de la campagne de lutte contre le choléra. Pour plus d'informations, veuillez contacter votre Haut responsable de pays Gavi.



Directives et recommandations

Exigences en matière de compte rendu

- Veuillez vous référer aux exigences de compte rendu détaillées à la [section 2.4](#) «Exigences de compte-rendu des campagnes». Veuillez noter qu'une enquête de couverture post-campagne (ECPC) est **requis** pour toutes les campagnes.
- De plus, les pays sont priés de soumettre un [outil de compte rendu des indicateurs clés du GTFCC](#) dans le mois suivant chaque cycle de campagne.



3.1.1 Soutien au diagnostic du choléra

Le présent soutien est destiné à faciliter l'accès aux TDR du choléra en vue de tests opportuns et d'une détermination rapide de cas probables de choléra. Il vise à permettre une utilisation plus efficace et efficiente du vaccin anticholérique oral (VCO), notamment pendant les campagnes préventives, en aidant à constituer une base de données factuelles des zones affectées et des tendances en matière de transmission du choléra.



Accéder à la bibliothèque complète des directives de Gavi



Profils de produit détaillés

Ressources et références clés

- GTFCC: [lignes directives provisoires sur la 'Surveillance du choléra'](#)
- GTFCC: [Identification of Priority Areas for Multisectoral Interventions \(PAMIs\) for cholera control](#) (anglais)
- GTFCC: [Interim cholera regional & global reporting template](#) and [Interim cholera regional & global reporting template](#) (anglais)
- Gavi: [Outil de quantification du Test de diagnostic rapide](#)

Soutien mis à disposition par Gavi

Le soutien de Gavi à l'achat de tests de diagnostic du choléra se concentre actuellement sur les tests de diagnostic rapide (TDR). Gavi pourrait soutenir l'achat de tests de réaction en chaîne par polymérase (PCR) à l'avenir.

Tous pays éligibles au soutien de Gavi pour les nouveaux vaccins peuvent présenter une demande. L'on s'attend à ce que le soutien de Gavi à l'approvisionnement en diagnostics du choléra soit particulièrement utile pour les pays qui envisagent ou cherchent à mener des campagnes de VCO préventives (VCOp) Les résultats des tests de diagnostic devraient aider à décider si, où et quand mener de telles campagnes.

Planification du soutien de Gavi

Les diagnostics du choléra soutenus par Gavi seront achetés par l'intermédiaire de la Division des approvisionnements de l'UNICEF. Il n'est pas possible d'acheter soi-même d'autres TDR ou de passer par d'autres mécanismes pour les diagnostics du choléra financés par Gavi. Les pays peuvent choisir d'acheter des TDR supplémentaires en plus des volumes approuvés par Gavi (à leurs propres frais et indépendamment des exigences de Gavi).

Le destinataire désigné sera responsable du dédouanement, de l'assurance, de la manutention et du stockage à l'arrivée, ainsi que du transport entre le lieu de livraison et les lieux de stockage et de la distribution aux niveaux inférieurs.

Portée du soutien aux tests de diagnostic rapide

Gavi financera l'achat de TDR afin de faciliter le dépistage et la détermination rapide des cas probables de choléra et de documenter les activités de prévention du choléra, y compris - mais sans s'y limiter - les efforts de vaccination anticholérique orale préventive ou en cas d'épidémies.

Une méthodologie (facultative) proposée pour calculer le nombre de TDR dont un pays peut avoir besoin est fournie dans le formulaire de demande et dans le fichier Excel et le formulaire de demande qui l'accompagnent. Il convient de noter que cette approche vise à faciliter la prévision de la demande et non à dicter l'opérationnalisation, qui peut et doit être adaptée aux stratégies et aux contextes nationaux. Il convient aussi de noter que la méthodologie de quantification



des directives peut ne pas convenir à tous les contextes nationaux, par exemple les pays où l'endémicité est largement soupçonnée ou connue (c'est-à-dire dans presque toutes les unités de surveillance). Dans de telles situations, il peut être préférable d'adapter les formules (par exemple, le nombre de tests par jour dans les établissements de santé) ou de recourir à d'autres méthodes de quantification.

Les volumes totaux demandés, et le coût financier correspondant, de TDR approuvés pour le soutien de Gavi représentent une limite supérieure et, si les besoins en tests en cours d'année sont plus faibles que prévu, les pays sont fortement encouragés à ne pas demander les volumes totaux de TDR approuvés pour livraison par la division des approvisionnements de l'UNICEF - en le communiquant en cours d'année à l'UNICEF.

Il est entendu que les besoins en tests peuvent évoluer au fil du temps, par exemple en fonction de l'augmentation des capacités ou de la diminution de la charge de choléra. La demande initiale du pays indiquera le nombre de TDR qu'il est prévu de demander au cours de la première année et les renouvellements annuels subséquents permettant de réviser les estimations des volumes de TDR en fonction des nouvelles expériences et informations.

Financement et pérennité financière

Bien qu'aucune exigence de partage des coûts ne figure dans l'actuelle fenêtre de soutien (c'est-à-dire jusqu'à fin 2025), une exigence de partage des coûts sera finalement introduite pour les tests de diagnostic du choléra. Cette participation aux coûts ne prendra pas effet avant 2026 au moins. Vous recevrez plus d'informations de votre Haut responsable pays de Gavi au fur et à mesure qu'elles seront disponibles.

Afin d'assurer la viabilité financière à long terme, il est attendu que les pays utilisent finalement une partie de leurs ressources et assument progressivement l'entière responsabilité du financement du diagnostic du choléra.

Financement opérationnel

Le présent mécanisme ne fournit pas de financement opérationnel pour l'introduction ou l'extension du diagnostic du choléra. La révision des directives de surveillance, la formation, l'élaboration d'outils de notification et la distribution de TDR du choléra devraient être financées par d'autres moyens.

Exemples de sources de soutien technique et financier:

- La modalité de [financement du renforcement des systèmes de santé de Gavi](#) peut servir à soutenir la surveillance et la capacité des laboratoires par des plans nationaux qui visent à atteindre et à maintenir une couverture vaccinale élevée et à relever les défis sous-jacents en matière d'équité. Pour de plus amples informations, veuillez consulter les pages 32-34 des [Directives sur le financement des programmes](#) et contacter votre Haut responsable pays au sein du Secrétariat de Gavi.
- Les pays sont également encouragés à demander une [assistance pays ciblée](#) (anglais) selon le **Cadre d'engagement des partenaires** de Gavi via le processus de planification pluriannuel, afin de soutenir la planification, la mise en œuvre et le suivi de la campagne de lutte contre le choléra. Pour plus d'informations, veuillez contacter votre Haut responsable pays au sein du Secrétariat de Gavi.
- Le **Groupe spécial mondial de lutte contre le choléra (GTFCC)** et ses institutions membres peuvent fournir une assistance technique aux pays en fonction de leurs besoins en matière d'analyse, de surveillance, de renforcement du système d'information et de rapport pour les domaines prioritaires d'intervention multisectorielle. Pour de plus amples informations, veuillez consulter le [site Internet du GTFCC](#) et contacter le point focal du GTFCC (GTFCCsecretariat@who.int).
- En outre, la **Plateforme de soutien aux pays** a été créée pour aider les pays touchés par le choléra dans: l'élaboration d'un Plan national de lutte contre le choléra via un mécanisme de coordination multisectorielle pour mettre en phase le gouvernement, les acteurs nationaux, les partenaires du GTFCC et les principaux acteurs sur



une stratégie commune; la mobilisation des ressources en faveur des besoins de financement identifiés dans leurs plans nationaux de lutte contre le choléra; et pour fournir un appui technique multisectoriel et un renforcement des capacités pour la formulation et la mise en œuvre de leurs plans nationaux de lutte contre le choléra. Pour de plus amples informations, veuillez prendre contact avec la Plateforme de soutien pays pour le choléra (countrysupportplatform@ifrc.org) ou le gestionnaire du programme de lutte contre le choléra de Gavi.

Directives et exigences

Exigences

- Un formulaire de demande complété
- Signatures requises pour valider la demande avant sa présentation à Gavi:
 - Ministre de la Santé (ou son représentant autorisé)
 - Directeur financier du Ministre de la Santé

NOTE: La signature du Ministre des Finances (ou de l'Autorité déléguée) est recommandée mais facultative. L'approbation de la présente demande par le Directeur financier du ministère de la Santé est requise pour faire en sorte que le gouvernement prenne conscience de sa responsabilité en matière de financement des diagnostics du choléra à moyen et long terme.

Rapports

Le Pays doit communiquer les informations relatives à l'activité de test du choléra, ainsi que le relevé des cas de choléra suspects et confirmés à l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Ce rapport doit être rédigé en ligne en suivant les recommandations techniques sur les rapports et en utilisant des modèles émanant du Groupe de travail mondial sur la lutte contre le choléra (GTFCC) qui figurent sur le [site Internet du GTFCC](#) (anglais). Cela implique de rendre compte du nombre de cas de choléra suspects, du nombre de cas testés (stratifiés par méthode de test), du nombre de tests positifs et du nombre de décès dus au choléra. Afin de simplifier le compte rendu et d'éviter les doublons, Gavi s'appuiera sur les informations fournies par l'OMS pour documenter les décisions futures concernant le renouvellement du financement du soutien à l'achat de diagnostics du choléra pour des pays individuels. Les Pays peuvent également être requis de fournir des informations sur les tests de diagnostic du choléra au moyen d'enquêtes. Gavi anticipe que i) les futures demandes de renouvellement d'équipement de diagnostic du choléra et ii) les futures demandes de soutien au VCO préventif tiendront compte de l'amélioration des capacités de diagnostic et de rapport. A l'avenir, Gavi peut demander que les demandes des pays de soutien de Gavi au financement des campagnes de VCO préventives utilisent des données provenant des tests systématiques du choléra afin de justifier les plans sur les lieux où ces campagnes doivent être menées



3.2 Vaccin anti-Covid-19

→ INTRODUCTION SYSTÉMATIQUE

→ INTRODUCTION SYSTÉMATIQUE AVEC CAMPAGNE DE RATRAPAGE

→ CAMPAGNE DE RATRAPAGE

Annexes obligatoires pour les demandes spécifiques au vaccin

Formulaire de demande de doses C19, y compris la signature du ministre de la Santé

Preuve que le ministre des Finances est au courant (p. ex. par l'envoi à Gavi d'un accusé de réception timbré du formulaire de demande de doses C19)



Accéder à la bibliothèque complète des directives de Gavi



Profils de produit détaillés

Aperçu du programme

Gavi soutient l'introduction du vaccin contre la Covid-19 dans le schéma de vaccination systématique, avec ou sans campagne de rattrapage initiale, et comme campagnes de rattrapage séparées. Tous les pays de l'AMC 92 sont éligibles au soutien; toutefois, les pays de l'AMC 37 sont éligibles à un soutien à 50% en 2024 et 2025.



Ressources et références clés

- [Feuille de route de l'OMS pour la hiérarchisation des utilisations des vaccins COVID-19](#)
- [WHO COVID-19 Situation Reports](#)

Conseils relatifs à la population cible:

- Les groupes d'utilisateurs hautement prioritaires (tels que [définis par le Sage](#)), y compris les adultes plus âgés, les personnes immunodéprimées, les femmes enceintes, les adultes avec des co-morbidités et les professionnels de santé. Les vaccins anti-Covid-19 pédiatriques et pour adolescents en 2024-2025 seront soutenus uniquement pour les individus immunodéprimés.
- Adultes (12 ans et plus)

Considérations essentielles et exigences pour le soutien de Gavi

- **Objectifs du soutien à l'introduction et au déploiement de vaccins:**
 1. Soutien à l'accélération de la vaccination des groupes d'utilisateurs hautement prioritaires (tels que définis par [le Sage](#))
 2. Soutien au déploiement de l'administration rapide pour atteindre les objectifs nationaux de vaccination des adultes (12 ans et plus)
 3. Soutien à l'intégration de la vaccination anti-Covid-19 et de la vaccination systématique pour obtenir des bénéfices durables Focalisation sur la vaccination systématique



- **Données de ciblage et de produits requises dans le formulaire de demande de doses:**

1. Groupes ciblés par l'introduction systématique/la campagne soutenue par Gavi
2. Estimation de la population de chaque groupe
3. Couverture ciblée par la vaccination anti-Covid-19
4. Inventaire des stocks nationaux prévus
5. Les doses estimées nécessaires ; et la validation du besoin/de la livraison pour les doses approuvées en 2024 (uniquement pour les pays qui ont soumis une demande de dose en 2023)
6. Produits préférés
7. Les besoins du dispositif de vaccination contre le virus COVID-19

- **Exigences en matière de compte rendu:**

- Le compte rendu est obligatoire pour l'utilisation programmatique et financière de tous les soutiens en rapport avec le programme C19.
- Conformément aux directives de l'OMS et de l'UNICEF sur le suivi de la vaccination anti-Covid-19, les données de cette vaccination doivent être conservées dans le formulaire électronique de rapport conjoint et/ou dans les processus de suivi de la vaccination anti-Covid-19 spécifiques aux régions, la plateforme Thrive360 et la Base de données mondiale sur les rapports individuels sur l'innocuité des cas de l'OMS (Vigibase).
- Compte rendu de l'AT: les partenaires principaux, élargis ou locaux et les OSC doivent rendre compte de leurs étapes respectives, telles que décrites dans le plan d'AT du CDS, sur le portail du partenaires principaux, élargis ou locaux, à la fin du mois de juin et à la fin du mois de novembre de chaque année. Le rapport financier de l'AT est inclus dans les rapports financiers globaux du CDS et les expériences nationales d'AT du CDS doivent être incluses en tant que soutien du rapport financier de l'AT.
- Les participants sont également tenus de fournir au mieux de leurs capacités d'autres données, suivis, évaluations et apprentissages se rapportant à des demandes présentées par Gavi et par les partenaires de l'Alliance au sens large, et de permettre l'accès à toutes les informations et registres pertinents.

- **Planification de l'approvisionnement pour le soutien de Gavi en 2024 et 2025**

- Demandes de doses contre la COVID-19 pour 2024 : Il y a eu deux vagues de demandes de vaccins contre la COVID-19 pour 2024. La première vague (vague 1) s'est achevée en juillet 2023 et la deuxième vague (vague 2) s'est achevée le 31 octobre 2023. Les candidats qui ont soumis leur formulaire de demande de doses contre la COVID-19 lors de la première vague devaient recevoir des livraisons de doses COVID-19 à partir du 1er trimestre 2024, tandis que les demandes soumises lors de la deuxième vague devaient recevoir des livraisons à partir du 2ème trimestre 2024.
- Demandes de doses contre la COVID-19 pour 2025 : Il y a une fenêtre de candidature disponible pour les demandes de doses contre la COVID-19 pour 2025. La fenêtre de demande s'ouvrira le 1er juin 2024 et se terminera le 31 juillet 2024. Les demandeurs peuvent s'attendre à recevoir des livraisons de doses de COVID-19 à partir du 1er trimestre 2025.



3.3 Vaccins de rappel antidiphtérique, antitétanique et anticoquelucheux (DTC)

→ INTRODUCTION SYSTÉMATIQUE

Annexes obligatoires pour les demandes spécifiques au vaccin

Plan d'introduction de nouveaux vaccins

Signature du ministère de l'Éducation pour les stratégies en milieu scolaire



Accéder à la bibliothèque complète des directives de Gavi



Profils de produit détaillés

Aperçu du programme

Les pays éligibles au soutien de Gavi peuvent demander un soutien à l'introduction dans leur schéma national de vaccination de **l'un des trois rappels du vaccin antidiphtérique, antitétanique et anticoquelucheux recommandés par l'OMS**. Le calendrier est flexible, mais dans l'idéal, les doses de rappel doivent être administrées à 12-23 mois, 4-7 ans et 9-15 ans.

Les pays peuvent demander un soutien à l'introduction d'un, deux ou trois vaccins de rappel. Cependant, pour assurer une protection complète, trois vaccins de rappel sont nécessaires. Tout rappel est bénéfique et un pays peut choisir de mettre en place son programme de rappel progressivement, en fonction de l'épidémiologie locale et des priorités nationales fondées sur des données factuelles.

L'administration de rappels renforce l'approche de la vaccination tout au long de la vie et peut renforcer les contacts en matière de vaccination au cours de la deuxième année de vie et dans le cadre des programmes de santé scolaire, y compris l'intégration avec la vaccination anti-VPH des adolescents (le cas échéant). Les contacts de rappel sont également l'occasion d'administrer les doses manquantes afin de s'assurer que chaque enfant est complètement vacciné.

Calendrier

| | |
|--|--|
| 12-23 mois : Diphtérie, tétanos coqueluche à cellules entières (DTwP), pentavalent ou hexavalent | Possibilité d'exploiter le contact 2YL et d'encourager la co-administration avec la deuxième dose de vaccin contenant la rougeole (+ le vaccin contre le paludisme) ; cela correspond à la quatrième dose de vaccin hexavalent section 3.4 |
| 4-7 ans : Tétanos-diphtérie (Td) | Pas de contact avec le programme élargi de vaccination (PEV) existant ; il faudra des politiques d'habilitation (par ex. politiques d'habilitation (par exemple, exigences de vaccination pour l'entrée à l'école) |
| 9-15 ans : Td | Possibilité d'optimiser le contact avec le VPH (notamment en milieu scolaire) et encourager la co-administration du VPH et du Td (le cas échéant) |



Recommandations de l'OMS

Pour remédier à la baisse de l'immunité et assurer une protection complète, l'OMS recommande:

- **Trois (3) doses de rappel du vaccin contenant l'anatoxine diphtérique** doivent être administrées pendant l'enfance et l'adolescence. Les doses de rappel antidiphtériques doivent être administrées en association avec l'anatoxine tétanique, selon le même calendrier (12-23 mois, 4-7 ans et 9-15 ans), avec des formulations vaccinales adaptées à l'âge. Idéalement, les rappels doivent être espacés d'au moins quatre ans.
- **Trois (3) doses de rappel du vaccin contenant l'anatoxine tétanique** doivent être administrées à 12-23 mois, 4-7 ans et 9-15 ans. Idéalement, les rappels doivent être espacés d'au moins quatre ans.
- **Une (1) dose de rappel du vaccin anticoquelucheux** est recommandée pour les enfants de 1 à 6 ans, de préférence au cours de la deuxième année de vie (≥ 6 mois après la dernière dose primaire), sauf indication contraire de l'épidémiologie locale. Ce calendrier devrait assurer une protection pendant au moins 6 ans dans les pays qui utilisent un vaccin anticoquelucheux à germes entiers (wP). Pour les pays utilisant un vaccin anticoquelucheux acellulaire (aP), la protection peut diminuer sensiblement avant l'âge de 6 ans.

Comme pour les vaccins combinés, il existe différents produits que les pays peuvent choisir d'utiliser pour les rappels. L'OMS peut fournir une assistance technique pour aider les pays à prendre ces décisions.

Ressources et références clés

- [WHO Recommendations for Routine Immunization Summary Tables](#)
- [Note de synthèse de l'OMS sur les vaccins antidiphtériques](#)
- [Position de l'OMS sur les vaccins antitétaniques](#)
- [Position de l'OMS concernant les vaccins anticoquelucheux](#)
- [Protéger toutes les personnes contre le tétanos: comment maintenir l'élimination du tétanos maternel et néonatal \(OMS 2019\)](#)
- [Vaccine-preventable disease update: reported diphtheria cases in the WHO European Region, 2022](#)
- [Waning immunity after receipt of Pertussis, Diphtheria, Tetanus, and Polio-related Vaccines: A Systematic Review and Meta-analysis](#)
- [Diphtheria tetanus toxoid and pertussis booster vaccination coverage](#)
- [WHO D&T Containing Vaccines Global Market Study, May 2019](#)
- [UNICEF Market Supply Update 2022](#)

Eligibilité

Gavi soutient les pays éligibles dans l'introduction dans leur schéma national de vaccination de l'un des trois vaccins de rappel anti-DTC. Les pays qui disposent déjà d'un programme de rappel ne peuvent pas bénéficier d'une aide pour ce contact existant, sauf ceux qui décident de passer du DTC au pentavalent ou à l'hexavalent au cours de la deuxième année de vie.



Types de soutien disponibles

Achat de doses de vaccin et de fournitures associées, selon les principes actuels de cofinancement, **uniquement** pour la dose de rappel au cours de la deuxième année de vie (DTCe, pentavalent ou hexavalent).

Le soutien au financement des vaccins **ne sera pas** accordé pour le tétanos-diphtérie (Td) - recommandé pour des rappels à 4-7 ans et 9-15 ans - tant que le prix restera égal ou inférieur à 0,20 USD par dose, ce qui correspond au cofinancement minimum du pays selon la politique actuelle de Gavi.

- **Subvention à l'introduction d'un vaccin (SIV)** : Pour les pays éligibles au soutien de Gavi qui introduisent des vaccins de rappel anti-DTC (DTCe, Td, pentavalent et/ou hexavalent), Gavi fournira une SIV unique **pour chaque nouveau contact de rappel** à 0,80/0,70/0,60 USD (selon la phase de cofinancement du pays) par enfant ciblé de l'année d'introduction, ou une somme forfaitaire de 100 000 USD, le montant le plus élevé étant retenu (voir [section 2.5](#)).
- **Soutien au renforcement des systèmes de santé (RSS)**: Les pays peuvent décider d'utiliser leurs subventions de RSS (dans la limite du plafond existant) pour compléter les fonds fournis dans le cadre de la SIV afin de soutenir la mise en œuvre durable du programme de rappels de vaccins anti-DTC, après avoir pris en compte d'autres priorités programmatiques. Le soutien de RSS autorisé est détaillée dans les [Directives sur le financement des programmes](#). Les pays sont encouragés à explorer d'autres financements complémentaires, y compris nationaux, pour renforcer les contacts au-delà de la première année de vie.
- **Soutien de l'assistance pays ciblée**: Une assistance pays ciblée peut être disponible auprès de partenaires nationaux, régionaux et mondiaux pour soutenir les activités de planification et de mise en œuvre du programme de rappel des vaccins anti-DTC. Les pays sont encouragés à contacter leur Haut responsable pays de Gavi pour obtenir des détails.

Harmonisation avec le programme de vaccins hexavalents

Les pays éligibles qui décident de passer du pentavalent et du VPI à l'hexavalent peuvent demander une SIV s'ils ont besoin d'une quatrième dose d'hexavalent au cours de la deuxième année de vie pour compléter la série recommandée par l'OMS (si la série primaire commence à 6 semaines). Les détails concernant le [programme du vaccin hexavalent](#) sont fournis dans le chapitre suivant.

La planification du soutien de Gavi

Les pays doivent prévoir un délai suffisant entre le dépôt de la demande et l'introduction prévue du vaccin. Ce délai permettra de disposer de suffisamment de temps pour les processus d'examen du Comité d'examen indépendant (CEI), la confirmation de l'approvisionnement, la distribution de la SIV, la commande et la distribution des vaccins et une planification au niveau national adéquate pour la réussite de l'introduction.

Pour chaque rappel de vaccin anti-DTC, les pays sont tenus d'identifier une cohorte systématique unique (entre 12 et 23 mois, entre 4 et 7 ans et entre 9 et 15 ans) à vacciner sur une base annuelle. L'intégration et l'harmonisation avec d'autres interventions et programmes, y compris la co-administration avec d'autres vaccins administrés au même âge, sont fortement encouragés (par exemple, VAR2, 4e dose de vaccin antipaludique, vaccin anti-VPH).



Pour demander l'un des vaccins de rappel anti-DTC recommandés, le pays doit élaborer un nouveau [plan de mise en œuvre du vaccin](#), en utilisant le modèle disponible de l'OMS. Ce plan doit être aussi complet que possible et couvrir tous les éléments que les pays doivent examiner attentivement la réussite de l'introduction réussie et la mise en place d'un programme durable. Les partenaires de Gavi Alliance sont à disposition pour conseiller et soutenir les pays tout au long de ce processus.

Les pays sont vivement encouragés à s'adresser aux pays voisins disposant de programmes de rappel de la vaccination anti-DTC et aux partenaires techniques (nationaux, régionaux, et mondiaux) pour obtenir des conseils et apprendre des succès et les difficultés des programmes de rappel.

Tous les pays qui prévoient d'introduire un rappel de vaccin anti-DTC sont incités à informer Gavi de leur intention, qu'ils recherchent ou non le soutien financier d'une SIV. Les pays doivent contacter leur Haut responsable pays de Gavi pour obtenir des conseils et des instructions.



3.4 Vaccin contre le virus Ebola

→ VACCINATION PRÉVENTIVE

Annexes obligatoires pour les demandes spécifiques au vaccin

Formulaire de demande autonome de soutien aux vaccins (modèle standard de Gavi) indiquant les zones ciblées

[Descriptif et plan de travail du plan d'action de la campagne de vaccination](#)

Modèle de budget de Gavi rempli

Formulaire de demande de soutien à Gavi (portail) avec l'approbation du ministère de la Santé

Recommandation du Groupe technique consultatif national pour la vaccination (GTCV) et approbation du Comité de coordination inter-agences (CCIA)

Preuve que le ministère des Finances a été informé (par exemple, par la réception sous pli cacheté de la demande du ministère de la Santé à Gavi)



Accéder à la bibliothèque complète des directives de Gavi



Profils de produit détaillés

Recommandations de l'OMS

Le Groupe stratégique consultatif d'experts (SAGE) sur la vaccination recommande aux pays exposés au risque de flambées de maladie à virus Ebola (MVE) causées par *Orthoebolavirus zairensis* de vacciner préventivement les travailleurs de la santé, les agents de première ligne, les équipes nationales d'intervention et les personnes susceptibles de participer à la lutte contre les flambées de MVE ou de traiter les patients atteints de MVE au moyen d'un vaccin contre le virus Ebola selon une approche de vaccination par cohortes.



Ressources et références clés

- [Note de synthèse de l'OMS](#)
- Directives de l'équipe de coordination du vaccin contre le virus Ebola (EVCT) pour la vaccination préventive (Disponible sur demande auprès de l'OMS)
- Directives de l'OMS : [Flambées épidémiques de maladie à virus Ebola et Marburg : préparation, alerte, lutte et évaluation](#)
- [OMS, Questions-réponses – maladie à virus Ebola : vaccins](#)

Soutien mis à disposition par Gavi

Gavi soutient la vaccination préventive conformément aux recommandations du SAGE dans les pays éligibles au soutien Gavi en phases d'autofinancement initial, de transition préparatoire et de transition accélérée. Le soutien de Gavi comprend la fourniture de vaccins et de matériel d'injection, des subventions aux coûts opérationnels, une assistance technique et un soutien au renforcement des systèmes de santé.



• Approvisionnement en vaccins

- Les pays peuvent demander que les vaccins soient livrés avec des seringues et des réceptacles de sécurité.
- Note : il n'y a aucune exigence de cofinancement pour les pays éligibles au soutien de Gavi pour la vaccination préventive contre le virus Ebola.

• Subventions aux coûts opérationnels de la campagne :

- Les pays peuvent demander une subvention en espèces pour couvrir les coûts opérationnels afin de mettre en œuvre la vaccination préventive contre le virus Ebola dans les pays éligibles au soutien de Gavi.
- Les pays peuvent demander des frais de fonctionnement jusqu'à un maximum de 7 US\$ par personne ciblée. Si des fonds supplémentaires sont nécessaires, une justification documentée doit être fournie et chaque demande sera examinée au cas par cas.

• **Assistance technique** : les pays peuvent solliciter une assistance technique à des partenaires nationaux, régionaux et mondiaux afin de soutenir le ciblage des vaccinations, l'élaboration du plan d'action et de la demande, ainsi que la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de la vaccination, avec le soutien financier de Gavi. Pour en savoir plus, veuillez contacter votre responsable pays de Gavi ou le point focal du bureau national de l'OMS.

• **Soutien au titre du RSS** : les pays peuvent choisir d'utiliser leur subvention au titre du RSS (dans la limite du plafond existant) pour compléter les fonds fournis par la subvention aux coûts opérationnels. Cela peut permettre de soutenir des activités complémentaires de surveillance et de contrôle des maladies évitables par la vaccination dans des domaines tels que les systèmes de surveillance, d'information sanitaire et de vaccination numérique, les capacités d'utilisation et de gestion des données, ainsi que la planification de la préparation et de la riposte aux épidémies. Les activités et les coûts admissibles pour le soutien au titre du RSS sont détaillés dans le document intitulé [Directives sur le financement des programmes](#).

Éligibilité des pays

Pour le moment, seuls les pays éligibles au soutien de Gavi et exposés à un risque de MVE peuvent prétendre à un soutien de Gavi pour la vaccination préventive contre le virus Ebola. Les pays à risque sont définis comme suit :

- **Niveau de risque 1** : les pays ayant déjà signalé des cas confirmés de MVE causée par *Orthoebolavirus zairensis* (y compris les cas importés).
- **Niveau de risque 2** : les pays qui partagent une frontière avec un pays qui a connu une épidémie de MVE résultant d'une suspicion de propagation de l'animal à l'homme (c'est-à-dire ne résultant pas d'un cas importé).

Si l'approvisionnement en vaccins est limité, la priorité sera accordée aux pays de niveau de risque 1, étant donné que ces pays présentent un risque plus élevé d'apparition d'une épidémie de MVE.

Conseils relatifs à la population cible

Les pays doivent définir la ou les cohortes cibles pour la vaccination préventive en fonction de leur risque d'exposition au virus Ebola. Les recommandations du SAGE préconisent la vaccination préventive des personnes à risque telles que les travailleurs de la santé et les agents de première ligne.

Les cohortes considérées à risque peuvent comprendre (entre autres) :



Les présentes directives ne couvrent pas les campagnes réactives pour la riposte

aux flambées de MVE : les demandes d'urgence pour les campagnes de vaccination de riposte aux épidémies doivent être soumises au Groupe international de coordination (GIC) pour l'approvisionnement en vaccins, qui gère le stock de vaccins contre le virus Ebola financé par Gavi. Pour plus d'informations, veuillez consulter le [site web du GIC](#).



- les équipes nationales d'intervention rapide qui participeraient à la lutte contre un foyer de MVE, notamment le personnel de la morgue et les équipes chargées des inhumations ;
- le personnel médical et non médical travaillant dans des établissements de soins de santé et/ou des unités de traitement Ebola ou fournissant des services communautaires de proximité ;
- le personnel de laboratoire susceptible d'être exposé au virus Ebola ;
- les agents de santé communautaires ;
- les guérisseurs traditionnels ;
- les fonctionnaires chargés de l'immigration, des douanes et du contrôle aux frontières qui peuvent être exposés à des cas de MVE dans les postes sanitaires des points d'entrée ; et
- les militaires et les policiers susceptibles d'être exposés à des cas de MVE lors d'une intervention en cas d'épidémie de MVE.

Les pays doivent justifier l'inclusion de chaque cohorte dans leur plan d'action et expliquer comment le nombre de personnes à vacciner dans chaque cohorte a été quantifié.

La vaccination préventive contre le virus Ebola doit cibler les zones à risque d'épidémie de MVE. Les pays peuvent envisager un **ciblage géographique au niveau sous-national**. Les zones qui devraient faire l'objet d'un ciblage géographique au niveau sous-national sont les districts où une transmission antérieure de l'*Orthoebolavirus zairensis* a été documentée.

L'OMS peut fournir une assistance technique afin d'identifier la/les population(s) et les zones géographiques cible(s) pour la vaccination préventive. Pour obtenir des conseils sur l'exercice de ciblage de la vaccination préventive contre Ebola, les pays doivent contacter leur bureau national de l'OMS.

Principales considérations relatives à la vaccination préventive

Toutes les propositions des pays, quelle que soit leur catégorie, doivent suivre les orientations programmatiques de l'OMS et de l'équipe mondiale de coordination du vaccin contre le virus Ebola (EVCT) sur l'utilisation des vaccins contre le virus Ebola ainsi que sur le ciblage et la mise en œuvre des activités de vaccination préventive contre le virus Ebola. Les pays doivent clairement expliquer les raisons du choix des zones géographiques et des cohortes de population ciblées dans leur demande de soutien à Gavi.

Coadministration avec d'autres vaccins

S'il n'y a pas de risque actuel de MVE (c'est-à-dire si le vaccin est administré au cours des activités de vaccination préventive contre le virus Ebola sans qu'aucun foyer ne soit confirmé), le vaccin contre le virus Ebola doit être administré seul par précaution, compte tenu du peu de données disponibles sur la coadministration, et les autres vaccinations doivent être administrées deux semaines avant ou après la dose de vaccin contre le virus Ebola.

Utilisation dans certaines populations particulières

Les deux vaccins homologués contre le virus Ebola sont bien tolérés chez les enfants et les adultes et peuvent être administrés aux personnes âgées d'un an et plus. En l'absence de données cliniques issues d'essais contrôlés randomisés, le SAGE recommande l'utilisation hors indication des deux vaccins contre le virus Ebola chez les femmes enceintes et allaitantes s'ils appartiennent à un groupe cible pour lequel la vaccination préventive est recommandée.

Revaccination et injections de rappel

La revaccination en l'absence d'épidémie n'est pas recommandée actuellement. Toutefois, le SAGE recommande une dose de rappel après six mois dans le contexte d'une épidémie. Pour des recommandations complètes sur les doses supplémentaires à administrer en cas d'épidémie, se référer aux recommandations du SAGE.



Considérations relatives à la chaîne du froid

Les vaccins actuels contre le virus Ebola nécessitent des capacités optimales de stockage dans la chaîne du froid et doivent être réfrigérés après décongélation s'ils ne sont pas utilisés immédiatement. Les capacités de stockage dans la chaîne du froid et les exigences en matière de transport doivent être dûment prises en compte dans la planification de la vaccination préventive.

Suivi et évaluation

Compte tenu de la nature ciblée de la vaccination préventive, il n'est pas recommandé d'effectuer une enquête standard de couverture post-campagne. En revanche, les pays sont vivement encouragés à procéder à un recensement des populations ciblées avant la vaccination afin de garantir une quantification correcte de la population cible et de pouvoir calculer la proportion de la population cible atteinte (couverture vaccinale). Les résultats doivent être intégrés dans une évaluation post-campagne contenant les meilleures pratiques et les enseignements tirés de la planification et de la mise en œuvre de la vaccination.

Il est conseillé aux pays de proposer des approches adaptées au contexte pour a) le suivi des vaccinations individuelles (c'est-à-dire les registres à domicile ou les carnets de vaccination individuels) et b) un système national de suivi des personnes vaccinées. Il est vivement recommandé de suivre les personnes vaccinées au moyen d'une base de données nationale sur la vaccination afin de vérifier le statut vaccinal du personnel susceptible de participer à l'effort de riposte en cas d'épidémie de MVE et de contribuer à la production de données probantes sur la protection à long terme du vaccin.

Un soutien financier supplémentaire de Gavi est disponible pour la mise en place d'un suivi numérique des vaccinations (par exemple, l'adaptation et le déploiement de modules supplémentaires dans le DHIS2), si nécessaire, avec le soutien de partenaires techniques. Les pays sont encouragés à discuter de leurs besoins avec leur responsable pays de Gavi et à les inclure dans leur demande.

Stratégies de communication et d'engagement communautaire

Dans leur plan d'action pour la campagne, les pays doivent décrire leurs stratégies de communication des risques et d'engagement communautaire, notamment pour les cohortes à risque. Ces plans doivent être conçus de manière à fournir des informations pertinentes sur les risques de MVE et la prévention de l'infection, l'efficacité de la vaccination pour réduire la mortalité due à la MVE chez les personnes vaccinées et les effets secondaires attendus de la vaccination. Les pays sont également encouragés à mettre en place des systèmes de surveillance et de lutte contre la propagation des rumeurs concernant la vaccination anti-Ebola.

Exigences en matière de compte-rendu

- **Rapport technique** : les pays doivent soumettre un rapport technique dans les trois mois suivant l'achèvement de la vaccination. Celui-ci doit inclure des détails sur la couverture vaccinale, le gaspillage et les quantités de vaccins restants dans le pays.
- **Enquête de couverture post-campagne (ECPC) : non requise** pour les campagnes de vaccination préventive contre le virus Ebola. Au lieu d'une ECPC, les pays sont vivement encouragés à mettre en place un recensement précis de la population cible et un système de suivi des personnes vaccinées au cours de la campagne. (Se référer à la section « Suivi et évaluation » ci-dessus).

Ces directives remplacent les directives standard relatives aux campagnes dans « Exigences en matière de compte-rendu pour les campagnes » détaillées à la [section 2.4](#).



3.5 Le vaccin anti-hépatite B administré à la naissance

→ INTRODUCTION DANS LE CALENDRIER DE VACCINATION DE ROUTINE

Annexes obligatoires pour les demandes spécifiques au vaccin

- Plan d'introduction du nouveau vaccin
- Plan de travail des activités concernant le vaccin
- Modèle de budget de Gavi complété



Accéder à la bibliothèque complète des directives de Gavi



Profils de produit détaillés

Recommandations de l'OMS

L'OMS recommande que **TOUS** les nourrissons (notamment les nourrissons en sous-poids à la naissance et les prématurés) reçoivent leur première dose de vaccin contre l'hépatite B dès que possible après la naissance, **idéalement dans un délai de 24 heures** puisque la transmission périnatale est la source la plus importante d'infection chronique par le virus de l'hépatite B dans le monde. S'il n'est pas possible d'administrer le vaccin dans les 24 heures, une dose administrée plus tardivement à la naissance a une certaine efficacité qui diminue progressivement dans les jours qui suivent la naissance. Même après 7 jours, une dose administrée plus tardivement peut encore s'avérer efficace pour prévenir la transmission horizontale et reste donc bénéfique. Si un nourrisson ne reçoit pas la dose à la naissance au moment de l'accouchement, l'OMS recommande que tous les nourrissons reçoivent la dose de naissance plus tardivement lors du premier contact avec les prestataires de soins de santé, à tout moment jusqu'au moment de la dose suivante du calendrier de primovaccination.



Ressources et références clés

- [Vaccins anti-hépatite B : note de synthèse de l'OMS – juillet 2017](#)
- [Guide pour l'introduction et le renforcement de la vaccination à la naissance contre l'hépatite B](#)
- [Directives sur la triple élimination](#)

Soutien mis à disposition

- Gavi soutient l'introduction du vaccin anti-hépatite B administré à la naissance dans les calendriers de vaccination de routine, conformément aux [recommandations de l'OMS](#).
- Le soutien de Gavi couvre les éléments suivants, en vertu de la [politique de cofinancement](#) de Gavi :
 - **Achat de vaccins** et fournitures connexes (par exemple, dispositifs de sécurité pour les injections).
 - **Subventions pour l'introduction d'un vaccin (SIV)** – Soutien financier aux activités visant à faciliter l'introduction du vaccin anti-hépatite B administré à la naissance, tel que décrit au point 2.3.
 - **Autres types de soutien Gavi** – Les pays sont encouragés à utiliser tout l'éventail du soutien Gavi à leur disposition, notamment les subventions au titre du RSS (*dans la limite du plafond existant après prise en compte des autres priorités programmatiques*), l'aide ciblée aux pays (ACP) et, le cas échéant, les subventions au titre du FAE, pour introduire le vaccin anti-hépatite B à la naissance et intensifier son administration.



- Les pays éligibles au soutien de Gavi **ayant déjà introduit** le vaccin anti-hépatite B administré à la naissance dans leur calendrier de vaccination **ne peuvent pas** prétendre à un soutien pour l'achat de vaccins ni à une SIV conformément aux directives du [Cadre de référence des fonds Gavi alloués aux pays](#) (Section 5.2). Ces pays peuvent toujours avoir recours à d'autres types de soutien de Gavi pour améliorer et maintenir leur couverture vaccinale, et explorer d'autres complémentarités avec les financements nationaux. Une attention particulière a toutefois été accordée au programme de vaccination contre l'hépatite B à la naissance, et les pays ayant introduit le vaccin **après l'approbation de la stratégie d'investissement en faveur de la vaccination par le Conseil d'administration de Gavi en décembre 2018** peuvent prétendre à tout le soutien disponible.

Considérations essentielles et exigences pour le soutien de Gavi

Les demandes de soutien Gavi pour l'introduction de la dose à la naissance de vaccin anti-hépatite B seront examinées par le CEI, qui recommandera ou non le financement du plan national. Afin de contribuer au succès de l'examen, le plan d'introduction du nouveau vaccin doit suivre les directives et prendre en compte l'ensemble des éléments applicables énoncés dans le [modèle de plan d'introduction d'un nouveau vaccin](#).

En outre, le plan d'introduction du nouveau vaccin doit aborder spécifiquement les considérations suivantes :

Décision du pays concernant l'introduction du vaccin

Les demandes **doivent** contenir une confirmation de la décision du pays d'introduire la dose à la naissance de vaccin anti-hépatite B. Il s'agit notamment de la signature du ministre de la Santé ou de l'autorité déléguée, ainsi que des procès-verbaux des réunions du GTCV et du Comité de coordination inter-agences (CCIA) ayant recommandé l'introduction du vaccin. Le cas échéant, les pays **doivent** joindre leur SNV ou un avenant à celle-ci, qui comprend un plan d'introduction et de déploiement du vaccin anti-hépatite B administré à la naissance.

Coordination et intégration avec les programmes de santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI) et d'autres programmes

Les demandes **doivent** décrire la manière dont la coordination entre le PEV, la SMNI, la lutte contre l'hépatite virale et les autres programmes connexes sera renforcée. Il peut s'agir d'établir une structure de coordination nationale ou de tirer parti d'une structure déjà en place, comme celles qui coordonnent l'élimination de la transmission mère-enfant (ETME) du VIH, de la syphilis et de l'hépatite B ou les activités de santé maternelle, néonatale et infantile. Il est **recommandé** aux pays d'explorer les liens avec les services d'ETME du VIH et de la syphilis dans des domaines tels que la planification, la sensibilisation conjointe des communautés et le renforcement des capacités, ainsi que l'établissement de rapports et les informations stratégiques.

Le calendrier de la vaccination contre l'hépatite B à la naissance implique que les vaccins seront administrés dans les maternités ou dans les services postnatals. Les demandes des pays **doivent** inclure des activités d'intégration de la vaccination contre l'hépatite B à la naissance dans les services de soins maternels et néonataux, dans les secteurs public et privé. Ces activités peuvent inclure l'ajout de l'administration du vaccin anti-hépatite B à la naissance dans leurs protocoles d'accouchement standard et la formation des sage-femmes pour qu'elles puissent administrer le vaccin en temps voulu et consigner cette dose de manière appropriée. En outre, les pays peuvent s'appuyer sur les pratiques existantes de gestion des stocks pour garantir la disponibilité de la première dose de vaccin anti-hépatite B 24 heures sur 24 dans les services d'accouchement et de soins postnatals, en garantissant par exemple la capacité de la chaîne du froid. L'intégration et la synergie doivent être étudiées avec la vaccination par le BCG et le VPO0 à la naissance. Les pays **doivent** décrire comment ils renforceront la mise en œuvre de la [politique relative aux flacons multidoses entamés](#) afin de favoriser une manipulation en toute sécurité des flacons de vaccins multidoses entamés. Il pourrait s'agir de contrôler, de former et d'aider les vaccinateurs à éviter le gaspillage des flacons entamés.



Systèmes de santé communautaire

Les systèmes de santé communautaire joueront un rôle essentiel dans la réussite de la vaccination contre l'hépatite B et la tuberculose. Les demandes **doivent** décrire comment le programme s'appuiera sur les systèmes de santé communautaire pour améliorer l'accès au vaccin et sa prise en charge. Les activités peuvent inclure le renforcement des capacités des agents de santé communautaire afin qu'ils soient en mesure de sensibiliser à la disponibilité et à l'importance du vaccin ; l'amélioration des liens entre les communautés et les structures sanitaires d'une part et l'engagement de la communauté d'autre part afin de garantir que les enfants nés en dehors des établissements de santé puissent équitablement avoir accès au vaccin anti-hépatite B administré à la naissance. Il convient d'étudier les synergies avec les programmes visant à accroître le nombre d'accouchements dans les établissements de santé, ainsi qu'avec les programmes de lutte contre le VIH qui s'appuient sur des systèmes de santé communautaire bien établis. Les pays doivent également envisager des activités innovantes de génération de la demande, telles que l'envoi de SMS aux mères et aux soignants pour leur rappeler la nécessité de faire vacciner les enfants dès la naissance ou durant la période postnatale.

Assistance technique et renforcement des systèmes de santé

Les demandes **doivent** décrire les besoins d'assistance technique du pays pour l'introduction et le déploiement du vaccin. En outre, les demandes **doivent** décrire la manière dont les pays tireront parti du soutien à l'introduction du programme de vaccination contre l'hépatite B à la naissance afin de renforcer davantage leurs systèmes de santé.

Gestion des données et rapports programmatiques

Les demandes des pays **doivent** décrire les plans d'expansion et de renforcement des systèmes de données du PEV existants afin de garantir l'exactitude de l'enregistrement, de la notification et de l'analyse des données du programme de vaccination contre l'hépatite B à la naissance. Il s'agit notamment de s'assurer que le calendrier de vaccination contre l'hépatite B à la naissance est bien respecté. Les pays sont encouragés à explorer les innovations telles que les systèmes de suivi et de notification des naissances afin d'améliorer l'administration et la notification des doses à la naissance en temps voulu. Les pays doivent envisager de mettre à jour les formulaires et les registres pertinents, notamment les registres des naissances, afin de faciliter l'enregistrement et la notification de l'administration d'une dose à la naissance. Les rapports relatifs au programme de vaccination contre l'hépatite B à la naissance doivent suivre les directives actuelles de Gavi pour l'établissement des rapports.

Considérations en matière d'équité

Les demandes des pays **doivent** décrire les mesures prises pour garantir un accès équitable au vaccin anti-hépatite B administré à la naissance. Les normes sociales et culturelles, ainsi que le statut inégal des femmes dans bon nombre de sociétés, peuvent réduire les chances de vaccination des nouveau-nés en empêchant les personnes qui s'occupent d'eux d'accéder aux services de vaccination. Les demandes **doivent** décrire comment ces obstacles sexospécifiques, qui peuvent avoir un impact indirect sur la vaccination, seront traités. Veuillez vous référer à la [section 2.2](#) pour de plus amples informations sur l'équité.

Les enfants qui ne sont pas nés dans un établissement de santé ont moins de chances d'avoir accès au vaccin anti-hépatite B administré à la naissance. Il est **recommandé** aux pays de tirer parti de l'éventail complet de soutien Gavi, notamment des subventions au titre du RSS (*dans les limites du plafond existant après prise en compte des autres priorités programmatiques*), afin d'améliorer l'accès aux vaccins pour les enfants qui ne sont pas nés dans un établissement de santé. Il est **recommandé** aux pays de procéder aux changements politiques nécessaires afin de permettre le déploiement à plus grande échelle d'un programme de vaccination des enfants nés en dehors des établissements de santé. Ils peuvent notamment envisager de partager les tâches pour permettre aux agents de santé communautaire d'administrer le vaccin lorsque la politique nationale le permet. Les pays doivent par ailleurs s'appuyer sur les efforts déjà déployés pour accroître le nombre d'accouchements en milieu hospitalier.



Tirer parti de l'éventail complet du soutien des partenaires

Les pays **doivent** décrire la manière dont ils tireront parti de tout le soutien mis à leur disposition par les différents partenaires, notamment le soutien offert par le Fonds mondial, UNITAID et d'autres donateurs afin de renforcer l'introduction et l'extension de la vaccination HepB BD.

Informations financières

Les pays **doivent** soumettre un **plan de travail des activités** et un modèle de budget complété avec leur demande. Le budget proposé doit suivre les directives actuelles de Gavi en matière de budgétisation et utiliser, dans la mesure du possible, des coûts d'activités similaires à ceux des subventions existantes, sauf si l'on estime que ces coûts s'alignent mal sur les hypothèses actuelles ou futures. En outre, les pays sont tenus de fournir des informations sur tout soutien extérieur reçu ou engagé autre que celui demandé à Gavi. Les informations fournies doivent être examinées par l'organisme certificateur, une entité fiable et indépendante possédant les compétences requises et la compréhension appropriée du programme.

Les demandes doivent fournir une indication de l'état de préparation et de l'engagement du pays à respecter ses obligations de cofinancement en faisant signer ces demandes par :

- le ministre de la Santé (ou l'autorité déléguée) ; et
- le ministre des Finances (ou l'autorité déléguée)



3.6 Vaccin hexavalent

→ PASSAGE À L'HEXAVALENT (À PARTIR DU PENTAVALENT ET DU VPI) DANS LE SCHÉMA SYSTÉMATIQUE

Annexes obligatoires pour les demandes spécifiques au vaccin

[Formulaire de changement d'hexavalent](#)

[Modèle de plan d'introduction du programme hexavalent](#)



Accéder à la bibliothèque complète des directives de Gavi



Profils de produit détaillés

Aperçu du programme

Les pays éligibles au soutien de Gavi peuvent demander à passer à un vaccin antioquelucheux à germes entiers (wP) hexavalent («hexavalent») - un vaccin six-en-un qui combine le vaccin pentavalent (diphtérie, tétanos, coqueluche à germes entiers [DTCe], hépatite B et Haemophilus influenzae de type b) avec le vaccin antipoliomyélique inactivé (VPI).

Le vaccin hexavalent devrait aider les pays à assurer une protection contre les six maladies de manière plus efficace et plus économique et à réduire les obstacles au programme dus aux injections multiples, entre autres avantages programmatiques escomptés.

Les pays peuvent continuer à utiliser le pentavalent et le VPI ou choisir de passer à l'hexavalent.

Les partenaires de Gavi Alliance peuvent aider les pays à évaluer les implications financières, logistiques et programmatiques d'un passage à l'hexavalent afin de déterminer l'option la plus adaptée à leur contexte.

Les pays doivent continuer à utiliser le VPOb dans le cadre de la vaccination systématique jusqu'à ce qu'il soit arrêté au niveau mondial. L'hexavalent contient le VPI mais pas le VPOb, et les deux sont nécessaires.

Recommandations de l'OMS

À partir de l'âge de 6 semaines (minimum), l'OMS recommande un schéma vaccinal hexavalent à 3 doses, avec un intervalle minimum de 4 semaines entre les doses. Un rappel hexavalent (4e dose) est nécessaire au moins 6 mois après la 3e dose - lorsque la série primaire commence à 6 semaines - pour assurer une immunogénicité protectrice contre les poliovirus.

La plupart des pays éligibles au soutien de GAVI n'ont pas introduit de rappel anti-DTC au cours de la deuxième année de vie. Gavi soutiendra l'administration du rappel hexavalent au cours de la deuxième année de vie pour s'harmoniser avec le [programme de rappels de vaccins anti-DTC](#).

Vous trouverez ci-dessous un exemple de schéma utilisé dans la plupart des pays soutenus par Gavi, qui montre la différence entre un schéma pentavalent et VPI et un schéma hexavalent, avec la série primaire à 6/10/14 semaines. Il convient de noter que d'autres schémas recommandés par l'OMS sont possibles (par exemple, 2/3/4 mois, 2/4/6 mois).



| Schéma | | Schéma de vaccination primaire | | | | 1ère dose de la série de rappels anti-DTC |
|--------------------------|-------------|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| | | 6 semaines | 10 semaines | 14 semaines | 9 mois | 12-23 mois |
| Schéma pentavalent + VPI | Pentavalent | ① 1 ^e dose | ② 2 ^e dose | ③ 3 ^e dose | | DTC/ Penta |
| | VPI | | | ① 1 ^e dose | ② 2 ^e dose | |
| Schéma hexavalent | Hexavalent | ① 1 ^e dose | ② 2 ^e dose | ③ 3 ^e dose | | DTC/ Penta/Hexa |

Ressources et références clés

- [Summary of WHO Position Papers – Recommended Routine Immunizations for Children](#)
- [Vaccins antipoliomyélitiques: note de synthèse de l’OMS – juin 2022](#)
- [Site Internet de l’OMS sur la poliomyélite](#)
- [Site Internet de la Global Polio Eradication Initiative \(GPEI\)](#)
- [Page de soutien au VPI sur le site Internet de Gavi](#)

Eligibilité

Pays éligibles au soutien de Gavi:

- Peuvent demander le soutien suivant:
 - **La subvention de changement et la subvention d’introduction d’un vaccin (SIV)** pour les pays qui n’ont pas de contact de rappel du vaccin anti-DTC au cours de la deuxième année de vie; ou
 - **La subvention de changement uniquement** pour les pays qui ont un contact de rappel du vaccin anti-DTC au cours de la deuxième année de vie.
- Sont éligibles au cofinancement conformément à la politique standard.
 - **Les pays à autofinancement initial** doivent cofinancer 0,20 USD par dose d’hexavalent, ce qui équivaut à la part cofinancée actuelle du pentavalent.
 - **Les pays en phase de transition préparatoire et accélérée** doivent cofinancer l’hexavalent sur la base de leur part de cofinancement. Les calculs de cofinancement incluront une subvention pour l’achat de vaccins hexavalents, équivalente à leur éligibilité au VPI (1 ou 2 doses) et conforme au prix moyen pondéré annuel du VPI.

Anciens pays éligibles au soutien de Gavi:

- Ne sont **pas** éligibles à une subvention de changement ni à la SIV.
- Peuvent demander une subvention pour l’achat de vaccins hexavalents, équivalente à leur éligibilité au VPI (1 ou 2 doses) et conforme au prix moyen pondéré annuel du VPI.



Types de soutien disponibles

- **Subvention au changement:** Pour tous les pays éligibles au soutien de Gavi qui passent du pentavalent et VPI à l'hexavalent, Gavi fournit 0,25 USD par enfant de la cohorte des naissances ou une somme forfaitaire de 30 000 USD, le montant le plus élevé étant retenu (voir [section 2.5](#)).
- **Subvention à l'introduction d'un vaccin (SIV):** Pour tous les pays éligibles au soutien de Gavi qui passent du pentavalent et VPI à l'hexavalent et qui **n'ont pas** encore reçu un rappel de vaccin anti-DTC au cours de la deuxième année de vie, Gavi fournira **également** une SIV unique à 0,80/0,70/0,60 USD (selon la phase de cofinancement du pays) par enfant ciblé, ou une somme forfaitaire de 100 000 USD, le montant le plus élevé étant retenu (voir [section 2.5](#)).
- **Soutien au renforcement des systèmes de santé (RSS):** Les pays peuvent décider d'utiliser leurs subventions de RSS (dans la limite du plafond existant) pour compléter les fonds fournis dans le cadre de la subvention de changement et de la SIV afin de soutenir la mise en œuvre durable du programme de vaccin hexavalent, après avoir pris en compte les autres priorités programmatiques. Le soutien de RSS autorisé est détaillé dans les [Directives sur le financement des programmes](#).
- **Soutien de l'assistance pays ciblée:** Une assistance pays ciblée peut être disponible auprès de partenaires nationaux, régionaux et mondiaux pour soutenir les activités de planification et de mise en œuvre du changement à un hexavalent. Les pays sont encouragés à contacter leur Haut responsable pays de Gavi pour obtenir des détails.

La planification du soutien de Gavi

Les pays qui envisagent de passer à l'hexavalent doivent consulter la section «[Soutien de Gavi à l'optimisation et aux changements de vaccins](#)» du présent document pour plus de détails sur les questions de planification.

En résumé, le changement doit être soutenu par le GTCV du pays ou son équivalent et doit être géré efficacement pour assurer une transition en douceur des programmes pentavalent et VPI actuels et avoir un impact positif sur les résultats du programme (comme l'augmentation de la couverture), la durabilité du programme (en allégeant la charge sur le système de santé) ainsi que l'utilisation et l'approvisionnement en vaccins.

Tous les pays qui prévoient de passer à l'hexavalent sont encouragés à informer Gavi de leur intention, qu'ils recherchent ou non le soutien financier d'une subvention de changement ou d'une SIV. Les pays doivent contacter leur Haut responsable pays de Gavi pour obtenir des conseils et des instructions.



3.7 Vaccin contre le virus du papillome humain

- NOUVELLE INTRODUCTION SYSTÉMATIQUE
- NOUVELLE INTRODUCTION SYSTÉMATIQUE AVEC COHORTE MULTI-ÂGES SUPPLÉMENTAIRE



Accéder à la bibliothèque complète des directives de Gavi

Annexes obligatoires pour les demandes spécifiques au vaccin

[Plan de mise en œuvre du vaccin contre le virus du papillome humain \(VPH\)](#)

[Plan de travail pour le vaccin anti-VPH](#)

Signature du ministère de l'Éducation pour les stratégies en milieu scolaire

Budget d'introduction du vaccin anti-VPH



Profils de produit détaillés

→ PROGRAMMES EXISTANTS, COHORTE MULTI-ÂGES RETARDÉE

Annexes obligatoires pour les demandes spécifiques au vaccin

Estimations actualisées de la population cible et des besoins en approvisionnement

Plan de travail actualisé pour la cohorte multi-âges anti-VPH

Budget actualisé pour la cohorte multi-âges anti-VPH

Plan abrégé de mise en œuvre actualisé pour la cohorte multi-âges anti-VPH*

** Seuls les pays disposant d'une cohorte multi-âges retardée préapprouvée pour la tranche d'âge 9-14 ans et qui vaccinent actuellement une cohorte systématique à l'âge de 9 ou 10 ans mais souhaitent étendre la cohorte multi-âges à l'âge de 18 ans selon un schéma à dose unique devront soumettre un plan abrégé de mise en œuvre pour la cohorte multi-âges anti-VPH*

→ PROGRAMMES EXISTANTS, CHANGEMENT DE SCHÉMA POSOLOGIQUE

Annexes obligatoires pour les demandes spécifiques au vaccin

Notification du changement de dosage uniquement :

Recommandation de soutien du GTCV ou de son équivalent, y compris la signature du ministère de la Santé

Si vous demandez une subvention au changement, le document ci-dessus et :

Le formulaire de demande de changement à Gavi

Le plan de mise en œuvre du changement

Le chronogramme des principales activités

Copie de la carte de vaccination anti-VPH ou du calendrier du PEV

Budget de changement du vaccin anti-VPH

→ PROGRAMMES EXISTANTS, AMÉLIORATIONS DE LA COUVERTURE VACCINALE

Annexes obligatoires pour les demandes spécifiques au vaccin

Pour la réaffectation de la subvention existante de renforcement des systèmes de santé (RSS):

Description narrative des activités

Budget de RSS actualisé, reflétant les activités vaccinales anti-VPH

Pour demander un financement supplémentaire de RSS :

Demande formelle requise

Budget pour les fonds supplémentaires



Recommandations de l'OMS

La [stratégie mondiale en vue d'accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus](#), adoptée par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2020, comprend trois piliers principaux: la prévention par la vaccination, le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses, le traitement et les soins palliatifs du cancer du col de l'utérus invasif.

Pour la prévention du cancer du col de l'utérus, la population cible primaire recommandée par l'OMS pour la vaccination contre le virus du papillome humain (VPH) sont les filles âgées de 9 à 14 ans. Les données actuelles suggèrent qu'un schéma à dose unique ou deux doses peut être utilisé dans la population cible primaire pour la vaccination anti-VPH avec une efficacité et une durée de protection comparables. Un schéma à dose unique peut présenter des avantages sur le plan du programme et sur le plan financier.

Conformément aux recommandations de l'OMS concernant la population cible primaire, dans le cas des pays qui demandent une nouvelle introduction du vaccin anti-VPH, Gavi soutient la vaccination anti-VPH des filles âgées de 9 à 14 ans¹⁴, soit selon un schéma à deux doses, soit selon un schéma alternatif à dose unique hors indication.



L'OMS recommande au moins deux doses et, de manière optimale, trois doses pour les populations immunodéprimées, y compris les jeunes filles séropositives.



Considérations relatives à la dose unique hors indication :

- Adaptation programmatique
- Ministère de la Santé approuve
- GTCV (ou équivalent) soutient
- Autorité nationale de régulation informée et autorise
- Le pays comprend les implications

Ressources et références clés

- [Vaccins contre le virus du papillome humain : Note de synthèse de l'OMS, décembre 2022](#)
- [Resources for designing, implementing and scaling up HPV vaccination programmes, Centre d'échange d'informations de l'OMS](#)

Informations sur le choix de la stratégie d'administration du vaccin anti-VPH:

- OMS: [Guide pour l'introduction du vaccin anti-VPH dans les programmes nationaux de vaccination](#)
- [Leçons tirées de la vaccination contre le virus du papillome humain \(VPH\) dans 45 pays à revenu faible ou intermédiaire](#)
- JSI: [HPV Vaccination in Malawi: Lessons Learned from JSI's Experience Supporting Vaccine Introduction and Routinization](#)
- OMS: [Considerations regarding consent in vaccinating children and adolescents between 6 and 17 years old](#)
- [Options for linking health interventions for adolescents with HPV vaccination](#)
- [Lessons from post-introduction evaluations of national HPV vaccination programmes](#)
- Partenaires techniques pour le vaccin anti-VPH: [HPV Vaccine Schedule Optimization](#)

Informations de l'OMS/PATH sur la planification financière, le calcul des coûts et la budgétisation des programmes de vaccination anti-VPH:

- Outil de planification financière pour les stratégies d'administration: [WHO Cervical Cancer Prevention and Control Costing tool: human papillomavirus vaccination module \(C4P-HPV tool\)](#)

¹⁴ Les pays qui peuvent être intéressés par la vaccination d'autres populations (par ex. filles \geq 15 ans ou garçons) dans le cadre d'une nouvelle introduction de vaccins anti-VPH doivent noter que le gouvernement devra assumer la totalité des coûts opérationnels et des coûts des vaccins pour atteindre ces populations supplémentaires.



Ressources et références clés (suite)

- [WHO tool to assess the cost-effectiveness of HPV vaccination](#)
- PATH [Calculatrice des coûts des vaccins anti-VPH](#)

Plus d'informations concernant l'élaboration de plans de communication et de mobilisation sociale sont disponibles à l'adresse :

- Enseignements tirés de l'expérience et [guides de terrain de l'UNICEF sur la communication concernant le vaccin anti-VPH](#)
- [LSHTM/PATH HPV vaccine communications lessons learned](#)
- OMS: [Communication sur le vaccin contre le VPH - Considérations particulières pour un vaccin unique](#)
- JSI: [The Vital Role of Communities: Experience from Human Papillomavirus Vaccination in Tanzania](#)
- [Girl Focus Toolkit for HPV vaccine](#)

Informations sur le passage à un schéma de vaccination anti-VPH à dose unique:

- OMS: [CAPACITI decision support tool manual](#)
- [PATH summaries of HPV vaccine single-dose evidence](#)

Soutien mis à disposition par Gavi

En 2022, le [conseil de Gavi a approuvé un investissement accru dans les vaccins anti-VPH](#) afin de redynamiser les efforts de vaccination anti-VPH des pays en réponse à un effort plus large en faveur des programmes d'immunisation pour se remettre de la pandémie de Covid-19. Outre le cofinancement des vaccins, les pays bénéficient de cinq types de soutien financier de la part de Gavi pour la vaccination anti-VPH :

1. Subvention à l'introduction d'un vaccin (SIV)
2. Subvention aux coûts opérationnels (Ops)
3. Subvention au changement
4. Subvention au renforcement des systèmes de santé (RSS)
5. Assistance pays ciblée

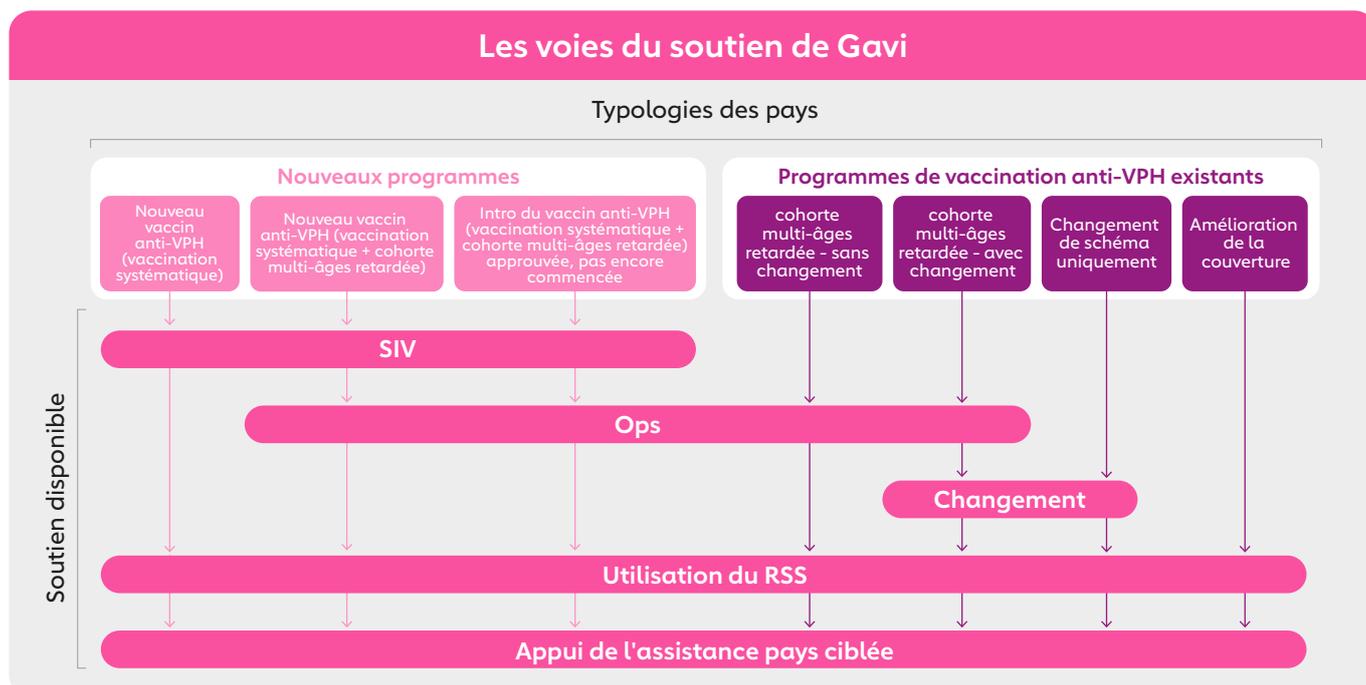
Les pays peuvent demander à Gavi différents types de soutien, selon qu'il s'agit d'une nouvelle introduction du vaccin anti-VPH ou de soutenir un programme de vaccination anti-VPH existant. Les différents types de soutien sont résumés dans le tableau ci-après. Pour les programmes de vaccination anti-VPH existants, les pays sont éligibles à différents types de soutien en fonction des caractéristiques du programme, telles qu'une cohorte multi-âges retardée, un changement de schémas posologiques et/ou une amélioration de la couverture vaccinale anti-VPH. Les catégories ne s'excluent pas mutuellement. Les pays sont fortement encouragés à combiner les demandes d'aides multiples, c'est-à-dire à les préparer et à les soumettre conjointement.



| Typologie des pays | Types de soutien disponibles* | Section** |
|--|--|---|
| Pays ne disposant pas de programme de vaccination anti-VPH | | |
| A Introduction du vaccin anti-VPH <ul style="list-style-type: none"> Cohorte d'âge unique uniquement (systématique) Cohorte d'âge unique avec cohorte multi-âges <ul style="list-style-type: none"> Schéma à une ou deux doses | SIV SIV + Ops RSS | Voir section 2.3 (SIV + Ops) Voir les Directives sur le financement des programmes |
| Pays disposant d'un programme de vaccination anti-VPH | | |
| B Cohorte multi-âges retardée <ul style="list-style-type: none"> cohorte multi-âges pour la vaccination systématique à l'âge de 9 ou 10 ans cohorte multi-âges pour la vaccination systématique à l'âge de 14 ans Passer à un schéma à dose unique, en cas d'administration simultanée à une cohorte multi-âges retardée | Ops, jusqu'à l'âge de 18 ans** Ops Subvention au changement RSS | Voir section 2.3 (Ops; changement) Voir les Directives sur le financement des programmes |
| C Changement de schéma posologique uniquement (introduction dans le programme systématique et à cohorte multi-âge terminée) <ul style="list-style-type: none"> Passer à un schéma à dose unique | Subventions au changement RSS | Voir section 2.3 (changement) Voir les Directives sur le financement des programmes |
| D Améliorer la couverture vaccinale anti-VPH <ul style="list-style-type: none"> Couverture VPH1 $\geq 70\%$ (2021) Couverture HPV1 40-69% (2021) Couverture HPV1 $< 40\%$ (2021) | RSS | |

* L'assistance pays ciblée est accordée dans le cadre d'un processus distinct, qui n'est pas couvert par les présentes directives. Il est disponible pour tous les pays, quel que soit le type de soutien demandé à Gavi.

** Section des Directives de financement des vaccins/Directives de financement des programmes





AUCUN PROGRAMME DE VACCINATION ANTI-VPH N'EXISTE

A Introductions de vaccins anti-VPH

A.1 Éligibilité

Les pays qui n'ont pas encore introduit le vaccin anti-VPH dans leur schéma national de vaccination peuvent demander le soutien de Gavi pour une cohorte d'âge unique dans la tranche d'âge de 9 à 14 ans à vacciner chaque année dans le cadre de la vaccination systématique ou pour une introduction combinée avec une vaccination unique pour les cohortes multi-âge supplémentaires jusqu'à l'âge de 14 ans afin de maximiser l'impact au cours de l'année d'introduction¹⁵. Les pays peuvent choisir un schéma de vaccination anti-VPH à une ou deux doses.

Les introductions de vaccins anti-VPH avec un schéma d'introduction à dose unique ne sont pas éligibles à une subvention de changement.

A.2 Type de soutien disponible

- **Soutien systématique** SIV à 2,40 USD par fille cible dans la cohorte à âge unique systématique et cofinancement standard du pays pour l'approvisionnement en vaccins, quel que soit le schéma posologique.
- **Soutien aux cohortes multi-âge** : Subvention Ops supplémentaire unique de 0,65/0,55/0,45 USD (selon la phase de cofinancement du pays) par fille cible dans la cohorte multi-âges et fourniture gratuite de vaccins, quel que soit le schéma d'administration.
- **Soutien RSS** : Les pays sont encouragés à utiliser leur subvention de RSS pour compléter le soutien à l'introduction fourni par la SIV afin de contribuer à la mise en place d'un programme de vaccination anti-VPH qui soit durable après l'année d'introduction. De plus amples informations sur le soutien autorisé et encouragé de RSS sont détaillées dans les [Directives sur le financement des programmes](#).
- **Soutien par l'assistance pays ciblée** : Une assistance pays ciblée est disponible auprès de partenaires nationaux, régionaux et/ou mondiaux pour soutenir les activités de demande et d'introduction. Les pays sont encouragés à contacter leur Haut responsable pays de Gavi pour obtenir des conseils et des instructions.

A.3 La planification du soutien de Gavi

Il est recommandé aux pays de prévoir un délai minimum de 18 mois entre la soumission de la demande et l'introduction prévue du vaccin anti-VPH. Par exemple, un pays qui fait une demande en avril 2023 doit prévoir une introduction allant du T3 au T4 2024. Ce délai permettra de disposer de suffisamment de temps pour les processus d'examen du Comité d'examen indépendant (CEI), la confirmation de l'approvisionnement, la distribution des SIV avec ou sans subventions Ops, la commande et la distribution des vaccins et les neuf mois de planification au niveau national nécessaires à la réussite de l'introduction du vaccin anti-VPH.

Approvisionnement du vaccin anti-VPH

Des informations sur la disponibilité des différents vaccins anti-VPH disponibles grâce au soutien de Gavi sont disponibles dans le [diaporama du profil du vaccin anti-VPH](#).



Documents d'approvisionnement concernant le VPH:

- [Jeu de diapositives du profil de produits vaccinaux anti-VPH](#)
- [Appel d'offres 2021-2025 pour la fourniture de vaccins anti-VPH de la Division des approvisionnements de l'UNICEF](#)

¹⁵ L'annexe 1 indique les pays qui reçoivent déjà un soutien de Gavi pour le vaccin anti-VPH et ceux qui peuvent demander un nouveau soutien.



Planification de l'introduction du vaccin anti-VPH

Conformément aux recommandations de l'OMS, les pays sont fortement encouragés à introduire le vaccin anti-VPH pour les vaccinations systématiques et à cohorte multi-âges en même temps au cours de la première année d'introduction.

Les pays doivent identifier une cohorte systématique à âge unique de filles (dans la tranche d'âge entre 9 et 14 ans) pour les vacciner une fois par an (par exemple, les filles âgées de 9 ans ou d'une seule classe : Primaire 4) et les filles supplémentaires plus âgées que la vaccination systématique (ou la cohorte multi-âges) qui seront vaccinées de manière ponctuelle au cours de la première année d'introduction.

Les pays qui choisissent de **n'introduire qu'une seule cohorte** systématique ne pourront pas bénéficier d'une subvention Ops.

Planification de l'introduction progressive

Les pays qui ne peuvent financer ou mettre en œuvre d'introduction initiale du vaccin anti-VPH à l'échelle nationale peuvent opter pour une approche d'introduction par phases par région, province ou district. Dans de tels cas, les aspects supplémentaires suivants doivent être pris en compte :

- **Vaccination complète dans les trois ans** : Les pays devront atteindre une vaccination à l'échelle nationale dans les trois ans suivant l'introduction.
- **SIV et Ops pour une introduction progressive** : Le soutien aux vaccins et le soutien financier complémentaire (c.-à-d. SIV pour la systématique et Ops pour les cohortes multi-âges) seront fondés sur la taille de chaque groupe de population cible et décaissés en fonction de l'année de chaque nouvelle phase d'introduction (comme indiqué dans le plan de mise en œuvre de la vaccination anti-VPH).

Identifier les opportunités d'apprentissage lors de la première phase de l'introduction progressive : Lorsqu'un pays décide d'une introduction par phases, il doit inclure les aires géographiques (c.-à-d. les districts, les provinces, les zones, etc.) qui offrent les meilleures possibilités d'apprentissage au cours de la première phase. Il est probable qu'il s'agisse de districts difficiles (c.-à-d. qui ont constamment obtenu une faible couverture vaccinale), par exemple en raison de facteurs géographiques (rural/urbain), de facteurs sociaux et culturels (religion, dont les obstacles liés au genre (mariages d'enfants, précoces et forcés, et faible scolarisation), de facteurs liés au système de santé (ressources humaines limitées, qualité des établissements de santé) et de facteurs comportementaux, mais aussi de domaines dont les performances sont solides. À toutes les étapes de la planification d'une introduction par phases, les pays sont encouragés à examiner, analyser et revoir leurs stratégies en fonction de l'expérience gagnée lors des phases antérieures.

A.4 Directives et exigences

Pour demander l'introduction du vaccin anti-VPH grâce au soutien de Gavi, le pays doit établir un **plan de mise en œuvre de la vaccination anti-VPH** en utilisant le modèle existant. Le plan de mise en œuvre du vaccin anti-VPH doit être aussi complet que possible et couvrir tous les éléments que les pays doivent examiner attentivement pour que l'introduction de la vaccination anti-VPH et la mise en place d'un programme durable soient couronnées de succès.

Les pays sont vivement encouragés à s'adresser aux pays voisins disposant de programmes de vaccination anti-VPH et aux partenaires techniques (nationaux, régionaux et mondiaux) pour obtenir des informations et des conseils sur les succès et les difficultés de l'introduction des vaccins anti-VPH.

Le modèle de plan de mise en œuvre du vaccin anti-VPH contient des conseils spécifiques sur les composantes et la structure du programme. La liste suivante présente les principales considérations programmatiques que tous les pays demandant un soutien au vaccin anti-VPH doivent décrire dans leur plan de mise en œuvre.



Composantes d'un plan global de mise en œuvre du vaccin anti-VPH

- Description de l'expérience antérieure en matière d'administration du vaccin anti-VPH, par exemple un programme pilote ou un programme de démonstration du vaccin anti-VPH ;
- Population cible du vaccin anti-VPH, systématique (cohorte à atteindre d'une année sur l'autre) et cohorte multi-âges (à atteindre au cours de l'année d'introduction), le cas échéant, aux niveaux national et infranational, y compris les estimations de la population et la/les source(s) de données pour ces estimations ;
- Schéma posologique, systématique et cohorte multi-âges, le cas échéant, et raisons du choix du schéma proposé ;
- Procès-verbal de la réunion du CTCV (ou organe équivalent) approuvant l'introduction du vaccin anti-VPH et le schéma posologique choisi ;
- Stratégies de diffusion pour les populations systématique et cohorte multi-âges, y compris les multiples possibilités de vaccination anti-VPH ;
- Considérations relatives à la couverture et à l'équité, y compris les plans visant à atteindre les filles vulnérables, difficiles à atteindre et non scolarisées, ainsi que les régions du pays où le nombre d'enfants zéro dose et sous-vaccinés pour les vaccins infantiles est élevé ;
- Description des questions liées au genre ou d'équité et des obstacles éventuels à la vaccination anti-VPH, ainsi que des interventions visant à y remédier ;
- Plans de mobilisation sociale et de génération de la demande, y compris les messages, le matériel et les canaux de communication ;
- Plans de communication et de réaction en cas de crise ;
- Description de la manière dont le vaccin et les vaccinations anti-VPH seront intégrés dans les structures, processus et activités systématiques du PEV, et toute proposition d'intégration plus large de la vaccination anti-VPH avec d'autres services ou interventions de santé ;
- Engagement des organisations de soutien communautaires/organisations communautaires/organisations professionnelles, selon le contexte du pays ;
- Plans de suivi et de surveillance des manifestations adverses post immunisation (MAPI) ;
- Plans de formation et d'orientation ;
- Logistique des vaccins et plan de gestion des déchets ;
- Synergies avec d'autres nouveaux vaccins introduits la même année que le vaccin anti-VPH, le cas échéant.



Les pays doivent se référer aux conseils techniques disponibles, tels que les ressources pour la conception, la mise en œuvre et le déploiement de [programmes de vaccination anti-VPH](#).

Informations supplémentaires sur le choix de la stratégie d'administration du vaccin anti-VPH: [Guide pour l'introduction du vaccin anti-VPH dans les programmes nationaux de vaccination](#)

1 Considérations budgétaires

Les pays qui demandent le vaccin anti-VPH pourront bénéficier de deux subventions - une **SIV** pour la vaccination systématique/d'une cohorte à âge unique et une **subvention Ops** pour la cohorte multi-âges. Les pays sont également encouragés à utiliser leur subvention de RSS pour soutenir la mise en œuvre durable du programme de vaccination anti-VPH après la première année. De plus amples informations sur le soutien autorisé et encouragé de RSS sont détaillées dans les [Directives sur le financement des programmes](#). Veuillez noter, selon le tableau ci-dessous, les synergies entre la programmation des SIV et de la subvention Ops. Vous trouverez ci-dessous les considérations d'éligibilité budgétaire selon la SIV et l'Ops, y compris des projections des coûts.



- Les coûts liés aux RH doivent être harmonisés avec le [Guide d'éligibilité budgétaires](#) de Gavi
- Les pays sont priés, dans la mesure du possible, de présenter un budget sur cinq ans, comprenant la première année d'introduction, avec les sources de financement décrites (par exemple, utilisation du RSS, ressources nationales, autres donateurs) et sécurisées pour les deux premières années.
- Les pays peuvent dépenser les fonds de la SIV sur plusieurs années pour le renforcement à long terme du programme, par exemple en continuant le plaidoyer, la génération de la demande et les stratégies de communication pour améliorer la viabilité¹⁶.

Composantes des coûts éligibles/non éligibles selon les SIV et les Ops pour le programme de vaccination anti-VPH

| Composante coûts | Ressources nécessaires | Budget à cinq ans | | | | |
|--|---|-------------------|---------|---------|---------|---------|
| | | Année 1: intro | Année 2 | Année 3 | Année 4 | Année 5 |
| Éligibles aux financements SIV et Ops de Gavi | | | | | | |
| Prestation de services (Microplanification) | <ul style="list-style-type: none"> • Indemnités journalières et de déplacement • Location emplacement • Transport | ✓ | | | | |
| Formation | <ul style="list-style-type: none"> • Élaboration et production de matériels de formation • Indemnités journalières et de déplacement • Location emplacement • Transport • Matériel de bureau | ✓ | | | | |
| Génération de la demande, mobilisation sociale et information, éducation et communication | <ul style="list-style-type: none"> • animateur de réunions • Indemnités journalières et de déplacement • Matériel de bureau • Production de spots TV/radio, affiches, dépliants | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Chaîne du froid et gestion des déchets | <ul style="list-style-type: none"> • Glacières pour la chaîne du froid • Transport et carburant pour la gestion des déchets | ✓ | | | | |
| Suivi et évaluation | <ul style="list-style-type: none"> • Indemnités de déplacement • Carburant et entretien véhicules • Matériel de bureau • Fiches de pointage et registres • Cartes de vaccination • Matériel pour la supervision et l'évaluation post-introduction (EPI) | ✓ | | | | |
| Non éligible au financement SIV de Gavi (donc, à payer par les gouvernements) | | | | | | |
| Prestation de services (Prestation de services de vaccination en stratégies fixe et avancée, intensification périodique des activités de vaccination, campagnes et autres stratégies) | <ul style="list-style-type: none"> • Carburant et entretien véhicules • Indemnités journalières et de déplacement • Fournitures (p. ex. coton, EPI) | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |

✓ Suppose que la cohorte systématique et la cohorte multi-âges sont introduites en même temps. Le budget SIV et Ops doit être élaboré avec des synergies dans les composantes coûts entre ces deux subventions.

¹⁶ Réunion du conseil de Gavi Alliance les 7 et 8 décembre 2016, 2016, <https://www.gavi.org/sites/default/files/board/minutes/2016/7-dec/Gavi Alliance Board Minutes - 7-8 December 2016.PDF>



2 Exigences relatives aux évaluations

Il est recommandé aux pays, mais pas non volontaire, de procéder à une évaluation post-introduction (EPI) pour évaluer l'impact de l'introduction du vaccin anti-VPH sur le programme de vaccination du pays¹⁷. Si un pays prévoit de procéder à une EPI après l'introduction du vaccin anti-VPH et souhaite utiliser une partie du financement SIV pour soutenir cette activité, l'activité EPI doit figurer dans le budget SIV soumis à Gavi.

A.5 Exigences relatives à a demande de vaccin anti-VPH

En plus du matériel de soutien standard pour les nouveaux vaccins, des documents spécifiques au vaccin anti-VPH doivent être fournis :

Un [Plan de mise en œuvre du vaccin anti-VPH](#) dans le modèle de Gavi, y compris un plan de communication et de mobilisation sociale intégré et un plan de communication de crise.

Un [Plan de travail pour le vaccin anti-VPH](#) dans le modèle Gavi.

L'approbation par le GTCV ou un organisme équivalent de l'introduction du vaccin anti-VPH et une approbation supplémentaire en cas de choix d'un schéma de vaccination à dose unique, attestée par le compte rendu de la réunion, un courrier électronique faisant autorité avec l'approbation ou d'autres documents, le cas échéant.

Un budget établi selon le modèle de Gavi, avec une délimitation claire de l'utilisation des fonds provenant de la SIV et de la subvention Ops (le cas échéant) au cours de l'année d'introduction, et une indication de l'utilisation des ressources nationales, du financement de RSS, du financement supplémentaire provenant de donateurs ou de partenaires, et des indications sur la viabilité financière des coûts de la vaccination en cours, en particulier au cours des dernières années.

Signature du ministère de l'Éducation si la vaccination anti-VPH est mise en œuvre dans les écoles.

PROGRAMMES EXISTANTS DE VACCINATION ANTI-VPH

B Vaccination anti-VPH de la cohorte multi-âges retardée

B.1 Éligibilité

Les pays qui pratiquent actuellement la vaccination anti-VPH dans le cadre de leur programme de vaccination systématique et qui ont déjà été approuvés pour une cohorte multi-âges mais qui ne l'ont pas encore mise en œuvre sont éligibles.

- Si la cohorte actuelle est âgée de 9 ou 10 ans, le soutien à la cohorte multi-âges est disponible jusqu'à l'âge de 18 ans, pour rattraper les opportunités manquées. S'il choisit d'étendre l'âge de la cohorte multi-âges retardée au-delà de 14 ans, le pays doit passer à un schéma à dose unique.
- Si la cohorte actuelle est âgée de 14 ans, le soutien à la cohorte multi-âges est disponible jusqu'à l'âge de 14 ans, conformément aux politiques standard de Gavi.

¹⁷ Compte tenu de l'expérience acquise par les pays dans l'introduction de nouveaux vaccins, [l'OMS ne recommande pas](#) que tous les pays mènent une EPI 6 à 12 mois après l'introduction nationale. L'OMS recommande désormais de combiner l'évaluation de toute introduction de nouveaux vaccins avec le prochain examen programmé du PEV.



B.2 Type de soutien disponible

- **Soutien à la cohorte multi-âges** : Un ajustement à l'Ops antérieure et à l'allocation de vaccins examinée et approuvée par Gavi, avec un Ops ponctuel supplémentaire de 0,65/0,55/0,45 USD (selon la phase de cofinancement du pays) par fille supplémentaire ciblée dans la cohorte multi-âges, et fourniture gratuite de vaccins.
- **Soutien de RSS** : Les pays sont encouragés à utiliser la subvention Ops pour des activités primaires liées à la mise en œuvre de la cohorte multi-âges retardée. Si le besoin s'en fait sentir, les pays peuvent demander à utiliser des fonds de RSS en complément de la subvention Ops pour soutenir la mise en œuvre de la cohorte multi-âges retardée. Toutefois, les pays doivent démontrer que des circonstances atténuantes justifient la demande et contacter le Haut responsable pays de Gavi pour plus d'informations. De plus amples informations sur le soutien autorisé et encouragé de RSS sont détaillées dans les [Directives sur le financement des programmes](#).
- **Soutien de l'assistance pays ciblée** : Une assistance pays ciblée est disponible auprès de partenaires nationaux, régionaux et/ou mondiaux pour soutenir les activités de planification et d'introduction de la cohorte multi-âges retardée. Les pays sont encouragés à contacter leur haut responsable pays de Gavi pour obtenir des conseils et des instructions.

B.3 La planification du soutien de Gavi

Une fois qu'un pays a été informé des approvisionnements disponibles et qu'il confirme la réalisation de sa cohorte multi-âges retardée, il lui est recommandé de prévoir un délai d'au moins neuf mois à compter de la date prévue pour la mise en œuvre de la cohorte multi-âges. Par exemple, un pays qui fait une demande en mai 2023 devra prévoir une cohorte multi-âges à la fin du T2 2024. Ce délai laissera suffisamment de temps pour les processus d'examen de Gavi, la confirmation de l'approvisionnement, la distribution de l'Ops, la commande et la distribution des vaccins et pour la planification au niveau national.

Approvisionnement du vaccin anti-VPH

Informations sur la disponibilité des différents vaccins anti-VPH qui peuvent être obtenus grâce au soutien de Gavi figurent dans le [diaporama du profil du vaccin anti-VPH](#). Il existe plusieurs produits à différents niveaux de prix, chacun nécessitant des délais différents pour l'approvisionnement auprès de l'UNICEF et l'expédition par le fabricant.



HPV-related supply documents:

- [HPV vaccine product profile slide deck](#)
- [UNICEF Supply Division HPV vaccine tender 2021–2025](#)

B.4 Directives et exigences

Les pays qui ont déjà été approuvés pour une cohorte multi-âges et qui ne vaccinent que les enfants âgés de 9 à 14 ans doivent soumettre les documents suivants à l'examen de Gavi :

- estimations révisées de la population cible;
- plan de travail actualisé des principales activités;
- budget révisé pour l'utilisation de la subvention Ops.



Les pays qui ont déjà été approuvés pour une cohorte multi-âges et qui souhaitent étendre la vaccination anti-VPH aux filles de 18 ans doivent soumettre les documents suivants pour que Gavi réexamine le plan de mise en œuvre:

- un [plan de mise en œuvre de la vaccination anti-VPH de la cohorte multi-âges](#) révisé;
- des estimations révisées de la population cible;
- un plan de travail actualisé des principales activités;
- Un budget révisé pour l'utilisation de la subvention Ops.

Les principales considérations relatives à la nouvelle présentation des estimations de la population cible de la cohorte multi-âges, du plan de travail et des révisions budgétaires figurent ci-dessous.

1 Population cible

- **Estimations de la population de la cohorte multi-âges :** Les pays doivent calculer une estimation de la population cible de la cohorte multi-âges en fonction du schéma posologique choisi et l'ajuster en fonction des cohortes qui ont déjà été vaccinées et de celles qui ont été oubliées.
- Les estimations révisées doivent également tenir compte de tout changement dans le schéma posologique du vaccin anti-VPH, conformément aux recommandations révisées de l'OMS.
 - **Calendrier vaccinal recommandée par l'OMS pour vaccin anti-VPH :** Les données actuelles soutiennent l'utilisation d'un schéma soit à une, soit à deux doses dans la population cible primaire, avec une efficacité et une durée de protection comparables.



L'OMS recommande au moins deux doses et, de manière optimale, trois doses pour les populations immunodéprimées, y compris les jeunes filles séropositives.

2 Plan de travail

- Veiller à ce que les révisions du plan de travail comprennent des hypothèses de formation de remise à niveau, de sensibilisation accrue de la communauté et/ou de mobilisation sociale et de génération de la demande, ainsi que des activités pour le changement de schéma posologique, le cas échéant.

3 Considérations budgétaires

- Les pays qui demandent une cohorte multi-âges retardée pourront bénéficier d'une adaptation de leur **subvention Ops** (voir section 2.3 [Soutien de Gavi aux nouveaux vaccins et aux campagnes](#)).
- Les pays qui passent d'un schéma de vaccination systématique anti-VPH à dose unique tout en mettant en œuvre les vaccinations de la cohorte multi-âges peuvent bénéficier d'une subvention de changement pour soutenir le changement du schéma de vaccination systématique (voir [section 2.5](#)). Les subventions Ops et de changement ne peuvent pas être utilisées pour couvrir les mêmes activités, et les budgets doivent clairement indiquer la source de financement utilisée pour les activités planifiées.
- Les budgets présentés doivent résumer toutes les activités et dépenses prévues, en indiquant la source des fonds, ceux provenant de Gavi et des ressources nationales ou d'autres fonds, et l'utilisation synergique de tous les fonds identifiés.
- Les mêmes orientations budgétaires que celles fournies pour les nouvelles introductions de vaccins anti-VPH doivent être appliquées aux budgets des cohortes multi-âges retardées.



C Changement du schéma de la vaccination anti-VPH

C.1 Éligibilité

Les pays qui ont déjà introduit le vaccin anti-VPH dans leur programme systématique sont éligibles.

Les nouvelles introductions de vaccins anti-VPH qui utilisent un schéma à dose unique ne sont pas éligibles à une subvention de changement.

C.2 Type de soutien disponible

- **Subvention au changement** Lors du changement de produit ou de présentation du vaccin anti-VPH, Gavi fournit 0,80 USD par fille cible de la cohorte systématique ou une somme forfaitaire de 30 000 USD, le plus élevé des deux montants étant retenu.
- **Soutien de RSS** : Les pays sont encouragés à utiliser leurs subventions de RSS pour compléter les fonds fournis dans le cadre de la subvention de changement afin de soutenir la mise en œuvre durable du programme de vaccination anti-VPH. De plus amples informations sur le soutien autorisé et encouragé de RSS sont détaillées dans les [Directives sur le financement des programmes](#).
- **Soutien de l'assistance pays ciblée** : Une assistance pays ciblée est disponible auprès de partenaires nationaux, régionaux et/ou mondiaux pour soutenir les activités de planification et de mise en œuvre d'un changement de schéma de la vaccination anti-VPH. Les pays sont encouragés à contacter leur Haut responsable pays de Gavi pour obtenir des conseils et des instructions.

C.3 La planification du soutien de Gavi

Les pays où le vaccin anti-VPH figure actuellement dans le schéma national de vaccination et qui envisagent de passer d'un schéma à deux doses à une dose unique doivent consulter la section «[Soutien de Gavi à l'optimisation et aux changements de vaccins](#)» du présent document pour plus de détails sur les aspects à prendre en compte dans la planification.

En résumé, le changement doit être soutenu par le GTCV du pays ou son équivalent, le calendrier doit minimiser les perturbations des activités du programme de vaccination anti-VPH actuel et le changement doit avoir un impact positif sur les résultats du programme (comme l'augmentation de la couverture), la durabilité du programme (en allégeant la charge du système de santé et en réduisant les coûts), ainsi que l'utilisation et l'approvisionnement en vaccins.

Tous les pays qui prévoient de passer au schéma posologique du vaccin anti-VPH sont tenus d'informer Gavi de leur intention qu'ils recherchent ou non le soutien financier d'une subvention au changement. Les pays doivent contacter leur Haut responsable pays de Gavi pour obtenir des conseils et des instructions.



D Amélioration de la couverture vaccinale anti-VPH

D.1 Éligibilité

Les pays qui fournissent actuellement le vaccin anti-VPH dans le cadre du programme national de vaccination sont éligibles.

D.2 Type de soutien disponible

- **Soutien de RSS** : Les pays qui fournissent actuellement le vaccin anti-VPH dans le cadre du programme national de vaccination sont encouragés à utiliser les fonds de RSS de Gavi pour soutenir l'amélioration de la couverture et renforcer la fourniture durable des vaccins anti-VPH.

Les pays doivent consulter l'annexe VPH des [Directives sur le financement des programmes](#) pour plus de détails sur les activités recommandées et autorisées, et contacter le Haut responsable pays de Gavi pour plus de détails sur les fonds de RSS disponibles.

- **Soutien de l'assistance pays ciblée** : Une assistance pays ciblée est disponible auprès de partenaires nationaux, régionaux et/ou mondiaux pour soutenir les activités de planification et de mise en œuvre de l'amélioration de la couverture du vaccin anti-VPH. Les pays sont encouragés à contacter leur Haut responsable pays de Gavi pour obtenir des conseils et des instructions.



3.8 La prophylaxie post-exposition contre la rage humaine

→ LE VACCIN PROPHYLACTIQUE POST-EXPOSITION

Annexes obligatoires pour les demandes spécifiques au vaccin

[Plan d'introduction du vaccin contre la rage humaine](#)

Plan de travail des activités concernant le vaccin

Modèle de budget de Gavi complété



Accéder à la bibliothèque complète des directives de Gavi



Profils de produit détaillés

Recommandations de l'OMS

Les recommandations de l'OMS pour la PPE contre la rage comprennent un lavage complet et soigneux de la plaie là où l'exposition au virus de la rage a eu lieu, l'administration d'immunoglobuline antirabique (si nécessaire) et l'administration d'une série de plusieurs doses de vaccin antirabique.

Ressources et références clés

- [Vaccins antirabiques : note de synthèse de l'OMS – avril 2018](#)
- [Guide sur l'introduction du vaccin contre la rage humaine dans les programmes nationaux de vaccination](#)
- [Comité OMS d'experts sur la rage : série de rapports techniques de l'OMS 1012](#)

Soutien mis à disposition

- Gavi apporte un **soutien supplémentaire** (en plus du financement national existant) pour améliorer l'accès au vaccin prophylactique post-exposition (PPE) contre la rage, conformément aux recommandations de l'OMS.
- En vertu de la politique de cofinancement, le soutien de Gavi couvre les éléments ci-après :
 - **Achat de vaccins** et fournitures connexes (par exemple, dispositifs de sécurité pour les injections)
 - **Subventions pour l'introduction d'un vaccin (SIV)**¹⁸ – Soutien financier aux activités visant à faciliter l'introduction du vaccin prophylactique post-exposition contre la rage, tel que décrit dans la section 2.3.
- **Autres types de soutien Gavi** – Les pays sont encouragés à utiliser tout l'éventail du soutien Gavi à leur disposition, notamment les subventions au titre du RSS (*dans la limite du plafond existant après prise en compte des autres priorités programmatiques*), l'aide ciblée aux pays (ACP) et, le cas échéant, les subventions au titre du FAE, afin de renforcer la vaccination contre la rage en prophylaxie post-exposition (PPE).
- Gavi apporte un soutien pour l'achat et la livraison de vaccins antirabiques dans le cadre de la **vaccination en PPE uniquement**. L'achat et la livraison de vaccins pour la **prophylaxie pré-exposition (PPREx) et l'administration d'immunoglobulines antirabiques ne sont actuellement pas pris en charge**, tout comme le vaccin antirabique pour les chiens et autres animaux.

¹⁸ La formule d'estimation des SIV utilise la cohorte de naissance bien qu'elle soit beaucoup moins importante que la population à risque. Cela a été autorisé pour permettre aux pays de prendre suffisamment en compte les coûts des activités préintroduction.



Considérations essentielles et exigences pour le soutien de Gavi

Les demandes de soutien Gavi pour le vaccin PPE contre la rage doivent inclure un plan d'introduction du vaccin antirabique humain. La demande et le plan d'introduction seront examinés par le Comité d'examen indépendant (CEI), qui recommandera à Gavi de financer ou non le plan national. Pour que l'examen soit concluant, le plan d'introduction doit suivre les directives et prendre en compte l'ensemble des éléments mentionnés dans le modèle décrit à l'[Annexe 3](#).

Le plan d'introduction du vaccin antirabique humain doit traiter spécifiquement des points suivants :

Engagement en faveur de la lutte intégrée contre la rage

L'impact total des investissements dans le vaccin PPE contre la rage humaine dépend de l'intensification des autres interventions de lutte contre la rage, notamment le renforcement de la surveillance et les campagnes de vaccination de masse des chiens. Par conséquent, les demandes doivent démontrer l'engagement du pays en faveur d'une lutte intégrée contre la rage. Il est fortement recommandé que le plan d'introduction pluriannuel du vaccin antirabique humain soit basé sur un plan stratégique national de lutte contre la rage qui présente des activités multisectorielles complémentaires de lutte contre la rage. S'il est disponible, le plan stratégique national de lutte contre la rage doit être soumis en même temps que la première demande de soutien pluriannuel de Gavi pour le vaccin PPE contre la rage. Le plan stratégique national de lutte contre la rage doit inclure des investissements à long terme pour lutter contre la rage chez les chiens dans le pays, être validé par les autorités nationales compétentes et sera **obligatoire pour l'approbation de demandes ultérieures**. Les pays doivent tirer parti du soutien apporté par d'autres partenaires pour mettre en place et finaliser des programmes complets de lutte contre la rage et élaborer des plans stratégiques réalisables, durables et économiquement évolutifs. Les organisations partenaires susceptibles d'apporter leur soutien comprennent le Forum [Tous unis contre la rage](#), le Groupe d'action international contre la rage ou [International Rabies Taskforce](#) (IRT), et les membres de la Tripartite : l'[Organisation mondiale de la santé animale](#) (OMSA, anciennement OIE), l'[Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture](#) (FAO) et l'[Organisation mondiale de la santé](#) (OMS).

La rage est une maladie transfrontalière, et tout porte à croire que la coordination de la vaccination canine à grande échelle et de la PPE améliore les perspectives d'éradication de la maladie. Les pays **sont encouragés à envisager une collaboration transfrontalière** avec leurs voisins dans le cadre de leur planification.

Coordination intersectorielle

Les pays doivent **apporter la preuve de l'existence d'une plateforme de coordination intersectorielle « One Health »** qui intègre les parties prenantes de la lutte contre la rage au niveau national, notamment d'experts du Programme élargi de vaccination (PEV) et en soins de santé primaires (SSP), des partenaires chargés de sensibiliser les communautés à la gestion des morsures de chien, à l'eau, l'assainissement et l'hygiène, à la santé environnementale, à la gestion des chiens, à la santé animale, et d'autres parties prenantes concernées à l'échelon national. Il est **fortement recommandé** que ces structures soient également établies aux niveaux sous-national et communautaire, comme les comités zoonotiques au niveau des districts.

Programme actuel de vaccination contre la rage

Les demandes des pays doivent décrire les services actuels de vaccination contre la rage humaine, y compris les fonds nationaux engagés dans le programme.

Calendriers de vaccination

L'OMS recommande l'administration du vaccin antirabique par voie intradermique (ID) ou intramusculaire (IM). La vaccination par voie intradermique recommandée par l'OMS est de 0,1 ml en deux sites aux jours 0, 3 et 7 et par voie intramusculaire est de 1ml les jours 0, 3, 7 et entre les jours 14 et 28. Les pays sont tenus d'indiquer dans leur demande s'ils disposent d'une politique qui autorise la vaccination contre les maladies infectieuses et, en cas d'indisponibilité, de décrire les plans visant à apporter le changement nécessaire. Les pays sont **vivement encouragés à passer à des schémas d'administration par voie intradermique** et à tirer parti à cet effet du soutien de Gavi au titre des



SIV, notamment pour la formation des travailleurs de la santé. Les pays **doivent** soumettre leurs plans de formation détaillés dans le cadre de leur plan d'introduction du vaccin antirabique humain.

Immunoglobulines antirabiques

L'OMS recommande les immunoglobulines antirabiques pour les morsures de catégorie III. Toutefois, le soutien de Gavi ne couvre pas les immunoglobulines antirabiques, mais **les pays sont tenus de décrire comment ils vont élargir l'accès aux immunoglobulines antirabiques** dans leurs demandes.

Intégration des services

Les plans nationaux **doivent** décrire comment l'administration du vaccin PPE contre la rage sera organisée et intégrée aux services de soins de santé primaires, notamment aux autres services de vaccination, en fonction du contexte. Il peut s'agir du positionnement stratégique et du stockage des doses de vaccin antirabique dans le système de santé, de la commande et de la fourniture à la demande et en temps opportun des doses de vaccin là où la vaccination en PPE s'avère nécessaire. Il convient de veiller à ce que des dispositions soient prises pour déplacer les patients vers les lieux où la vaccination antirabique en PPE est disponible, à ce que les doses reçues soient consignées et à ce que les patients soient suivis afin de s'assurer qu'ils ont bien reçu le vaccin prescrit.

Gestion intégrée des cas de morsure (IBCM)

Une sensibilisation accrue et une mise en œuvre efficace de l'IBCM à l'échelle nationale sont essentielles pour améliorer l'accès et le recours à la vaccination contre la rage en PPE. Les demandes **doivent décrire comment** la communauté sera sensibilisée à l'IBCM et dans quelle mesure les connaissances et pratiques des ASC et des professionnels de santé en matière d'IBCM seront améliorées. Il pourrait s'agir de veiller à ce que les agents de santé aient facilement accès à des conseils et à des instructions sur la manière de gérer les cas de morsure par le biais de procédures opérationnelles standard (POS), de questions-réponses et de permanences téléphoniques.

L'accès au vaccin antirabique peut être compromis si des frais d'utilisation sont demandés pour des services complémentaires de prise en charge des morsures/égratignures, tels que les antibiotiques, les pansements et les injections d'anatoxine tétanique. Dans leurs demandes, les pays **doivent** décrire comment cet obstacle sera levé.

Accès et utilisation équitables

Les normes sociales et culturelles, les différences de statut ethnique et économique et le statut inégal des femmes dans de nombreuses sociétés peuvent réduire l'accès à la vaccination contre la rage en PPE. Les demandes des pays **doivent décrire la manière dont l'accès équitable à la vaccination contre la rage en PPE sera assuré**. Il s'agit notamment d'indiquer comment parvenir à l'équité géographique, à l'accès équitable pour les groupes ethniques et socio-économiques défavorisés et comment surmonter les obstacles sexospécifiques grâce à une conception de programme tenant compte de la dimension de genre.

La [section 2.2](#) fournit d'autres considérations sur la lutte contre les inégalités socio-économiques et les obstacles sexospécifiques afin de parvenir à l'équité en matière de vaccination.

Les enfants, notamment les garçons, sont touchés de manière disproportionnée par la rage et les demandes **devront** décrire les interventions visant à améliorer l'IBCM et à augmenter les taux de vaccination en PPE chez les enfants. Les interventions pourraient inclure une éducation sanitaire ciblée sur la prévention des morsures de chien et la sensibilisation à l'importance d'une prise en charge rapide de celles-ci. Les pays pourraient envisager d'intégrer la prévention des morsures de chien et l'IBCM dans les programmes de santé scolaire et de promouvoir les changements sociaux et comportementaux à travers les réseaux sociaux et les médias.

L'abandon des chiens est souvent plus fréquent dans des zones de conflit et de fragilité, ce qui peut accroître le risque de rage. Les demandes des pays **doivent** décrire comment ils garantiront l'accès au vaccin PPE contre la rage dans ces zones, le cas échéant.



Vaccination opportuniste en PPrEx

Les personnes manipulant des animaux et autres auxiliaires vétérinaires courent un risque accru d'exposition professionnelle à la rage. Les plans nationaux **doivent décrire** comment les groupes et les individus exposés sur leur lieu de travail seront protégés contre la rage. Les pays pourraient envisager d'utiliser les doses de vaccin excédentaires (vaccin résiduel en flacon entamé provenant de la vaccination par voie ID et vaccin approchant de la date de péremption) pour la vaccination en PPrEx des groupes à haut risque.

Assistance technique et renforcement des systèmes de santé

Les demandes **doivent** décrire les besoins d'assistance technique du pays pour l'introduction et le déploiement du vaccin. Les demandes **doivent** en outre décrire comment les pays tireront parti du soutien à l'introduction du programme de vaccination antirabique afin de renforcer davantage leurs systèmes de santé.

Suivi des vaccins et de l'exécution des programmes

Les demandes des pays **doivent** décrire les plans d'expansion et de renforcement des systèmes de données du PEV existants afin de garantir l'exactitude de l'enregistrement, de la communication et de l'analyse des données relatives au programme de vaccination antirabique. Les rapports relatifs au programme de vaccination contre la rage doivent être conformes aux directives actuelles de Gavi pour l'établissement des rapports.

Surveillance de la rage

Les cas de rage humaine et animale sont sous-diagnostiqués et sous-déclarés. Les pays sont **tenus de décrire comment ils renforceront leur surveillance de la rage humaine et canine**, y compris l'identification des cas suspects de rage (chez l'homme et le chien), les recherches en laboratoire et l'évaluation de l'historique des cas. Il est **fortement recommandé** que les pays mettent en œuvre l'IBCM afin d'améliorer la collecte de données de qualité relatives aux [éléments de données minimaux](#) pour le suivi et l'évaluation des programmes nationaux de contrôle de la rage. Les SIV peuvent être utilisées pour donner aux travailleurs de la santé les moyens de mener efficacement des activités de surveillance de l'IBCM, telles que la réalisation d'évaluations des risques.

Évaluation post-introduction (EPI)

L'OMS recommande que l'évaluation de l'introduction du nouveau vaccin soit combinée à la prochaine revue prévue du PEV ou à d'autres occasions d'évaluation, plutôt que de procéder à une évaluation indépendante après l'introduction du vaccin. Toutefois, compte tenu du caractère unique de la PPE antirabique, les pays peuvent préférer mener une telle évaluation ou des évaluations à plus petite échelle 6 à 12 mois après l'introduction afin d'évaluer l'impact et d'identifier les problèmes pour que des mesures correctives puissent être prises. Les SIV peuvent être utilisées pour les EPI.

Calcul du cofinancement

Pour le vaccin PEP contre la rage, le calcul du cofinancement sera estimé sur la base des doses délivrées (flacons de 1 ml) et non sur la base des doses fractionnées utilisées.

Rapports budgétaires et financiers

Les pays doivent présenter le plan de travail des activités d'introduction des vaccins et le modèle de budgétisation de Gavi complété avec leur demande. Le budget proposé doit suivre les directives actuelles de Gavi en matière de budgétisation et utiliser, dans la mesure du possible, des coûts d'activités similaires à ceux des subventions existantes, sauf si l'on estime que ces coûts s'alignent mal sur les hypothèses actuelles ou futures. Les pays doivent en outre fournir des informations sur tout soutien extérieur reçu ou engagé autre que celui demandé à Gavi. Les informations doivent être examinées par l'organisme certificateur, une entité fiable et indépendante possédant les compétences requises et la compréhension appropriée du programme. Le soutien de Gavi étant progressif, il ne doit pas se substituer aux financements nationaux existants et les demandes doivent être accompagnées d'une lettre d'engagement signée



par le ministère des Finances indiquant que les niveaux de financement interne du programme existant de vaccination contre la rage humaine seront maintenus ou augmentés.

Les demandes doivent fournir une indication de l'état de préparation et de l'engagement du pays à respecter ses obligations de cofinancement en faisant signer ces demandes par :

- le ministre de la Santé (ou l'autorité déléguée) ; et
- le ministre des Finances (ou l'autorité déléguée)



3.9 Vaccin antipoliomyélitique inactivé

- VACCINATION DE RATTRAPAGE POUR LES ENFANTS PRIVÉS DE VACCINATION EN RAISON DES CONTRAINTES D'APPROVISIONNEMENT MONDIALES
- INTRODUCTION DE LA DEUXIÈME DOSE DU VACCIN ANTI-VPI DANS LE SCHÉMA DE LA VACCINATION SYSTÉMATIQUE

Annexes obligatoires pour les demandes spécifiques au vaccin

Pour la vaccination de rattrapage

Lettre du ministère de la Santé

[Plan d'action de la campagne](#) pour l'introduction de la deuxième dose

[Formulaire de changement du vaccin antipoliomyélitique inactivé \(VPI\)](#)



Accéder à la bibliothèque complète des directives de Gavi



Profils de produit détaillés

Recommandations de l'OMS

L'OMS recommande que les pays ayant retardé l'introduction du vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI) ou qui connaissent des ruptures de stock se préparent à une vaccination de rattrapage des enfants qui n'ont pas pu recevoir le VPI dans le programme de vaccination systématique, en raison des contraintes d'approvisionnement de 2016 à 2019. Le SAGE a insisté que les activités de vaccination de rattrapage du VPI sont nécessaires, devraient être menées dès que l'approvisionnement le permet et devraient être hiérarchisées selon les critères de risque élaborés par le programme.

L'OMS recommande aussi l'introduction d'une deuxième dose de VPI par tous les pays qui administrent actuellement une dose de VPI et le vaccin antipoliomyélitique oral bivalent (VPOb) dans leurs programmes de vaccination systématique. Le schéma d'administration à privilégier est le suivant : première dose de VPI à l'âge de 14 semaines (avec la diphtérie, l'anatoxine tétanique et la coqueluche (DTC3)/pentavalent3) et deuxième dose de VPI au moins quatre mois plus tard (éventuellement en même temps que les autres vaccins administrés à l'âge de neuf mois). Ce schéma offre le degré d'immunogénicité le plus élevé et peut être appliqué en utilisant des doses complètes de VPI ou des doses fractionnées intradermiques de VPI (VPIf) sans perte d'immunogénicité.

Le SAGE a ajouté que les pays peuvent envisager d'autres schémas d'administration en fonction de l'épidémiologie locale, des incidences programmatiques et de la faisabilité de l'administration. Au lieu du schéma préférentiel décrit ci-dessus, les pays peuvent opter pour un schéma d'administration précoce du VPI, avec la première dose à l'âge de 6 semaines (en même temps que le DTC1/Penta1) et la deuxième dose à 14 semaines (avec le DTC3/Penta3). Cette alternative présente l'avantage d'une protection plus précoce, mais l'immunogénicité totale obtenue est plus faible. Si ce schéma est adopté, il convient d'utiliser des doses complètes de VPI plutôt que des doses fractionnées car l'immunogénicité du VPIf est plus faible à un âge précoce. Quel que soit le schéma d'administration choisi pour les deux doses de VPI, l'introduction de la deuxième dose de VPI ne doit pas se traduire par une réduction du nombre de doses de VPOb administrées dans le schéma systématique.



Ressources et références clés

Vaccin antipoliomyélique et antipoliomyélique inactivé

- [Site Internet de l'OMS sur la poliomyélite](#)
- [Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite \(IMEP\)](#)
- [IMEP: Stratégie pour l'égalité entre hommes et femmes](#)
- [Page de soutien au VPI sur le site Internet de Gavi](#)

Vaccination systématique et VPI2

- [Recommandation du SAGE de l'OMS sur le VPI2](#) (octobre 2020)
- [FAQ de l'OMS sur le VPI2](#) (avril 2021)
- Formulaire de demande de changement pour le VPI ([EN](#) | [FR](#) | [RU](#)) (avril 2021)
- [OMS: Utilisation du VPI en dose fractionnée dans les programmes de vaccination systématique](#) (avril 2017)

Vaccination de rattrapage du VPI

- [Recommandation du SAGE de l'OMS sur la vaccination de rattrapage](#) (octobre 2016)

Soutien mis à disposition par Gavi

Dans le cadre de l'[Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite \(IMEP\)](#), l'Alliance soutient l'introduction du VPI dans les pays soutenus par Gavi. Gavi a initialement apporté son soutien à l'introduction d'une dose de VPI dans les schémas de vaccination systématique à partir de 2014.

Gavi continue à soutenir la vaccination **de rattrapage des enfants privés de vaccination à cause de la situation mondiale de l'approvisionnement en VPI et l'introduction d'une deuxième dose de VPI (VPI2) dans les schémas de vaccination systématique**. Gavi soutient actuellement le VPI dans 70 pays éligibles et en transition jusqu'à la certification de l'éradication de la poliomyélite. Ces pays continuent d'être exemptés de l'obligation de cofinancement du VPI.

1 Vaccination de rattrapage des enfants privés de vaccination :

- **Population cible** : conformément aux recommandations du SAGE, Gavi soutient la vaccination des enfants privés de vaccination en raison des contraintes mondiales d'approvisionnement de 2016 à 2019. Entre le passage du vaccin antipoliomyélique oral (VPO) trivalent au vaccin antipoliomyélique oral bivalent et l'introduction retardée d'une dose de VPI dans les programmes systématiques, on estime que 42 millions d'enfants n'ont pas reçu leur première dose de VPI et n'ont pas été protégés contre le poliovirus de type 2.
- Il est recommandé aux pays de vacciner ces enfants et de recevoir des quantités appropriées de vaccins pour l'administration d'une dose complète ou de deux doses fractionnées de VPI, ainsi qu'un soutien aux coûts opérationnels afin de couvrir une partie des coûts associés à l'activité.

2 Introduction du VPI2 dans les programmes systématiques :

- **Population cible** : Tous les enfants doivent recevoir le VPI2 à 14 semaines ou à 9 mois.
- Les pays sont éligibles à une subvention de changement de schéma de 0,25 USD par nourrisson dans la cohorte des naissances pendant l'année d'introduction (ou à une somme forfaitaire de 30 000 USD, le plus élevé des deux montants étant retenu).



La planification du soutien de Gavi

Vaccination de rattrapage pour les enfants privés de vaccination en raison des contraintes d'approvisionnement mondiales en VPI :

Pour que le Secrétariat de Gavi approuve les quantités supplémentaires de doses destinées à rattraper la cohorte oubliée et que la Division des approvisionnements de l'UNICEF commence à les administrer, les pays sont priés de discuter de l'approche avec leurs homologues de l'OMS et de l'UNICEF dans le pays et d'informer les points focaux au Secrétariat de Gavi et à la Division des approvisionnements de l'UNICEF de l'approche et du nombre d'enfant ciblé le plus tôt possible.

En outre, il convient de prendre en compte les éléments suivants :

- La demande doit être faite en soumettant une lettre officielle concernant la décision du pays de vacciner les enfants privés de vaccination. Gavi soutient toutes les stratégies appropriées, depuis la vaccination des cohortes oubliées jusqu'aux systèmes de vaccination systématique en passant par les campagnes conformément aux décisions nationales et en consultation avec les partenaires techniques. Indépendamment de la stratégie d'administration, Gavi encourage vivement les pays à intégrer cette activité à d'autres interventions de santé.
- Un plan d'action doit être présenté, mettant en évidence les principales activités et abordant l'approche et la capacité à atteindre les enfants privés de vaccination. Veuillez joindre les indications suivantes :
 - une définition et une estimation claires de la population cible d'enfants privés de vaccination, déterminées à la date effective d'introduction de la première dose du VPI. La date de début prévue doit être au moins 12 mois après la soumission ;
 - la stratégie d'administration choisie pour vacciner les cohortes oubliées, y compris la justification de l'intégration ou non de la stratégie d'administration avec d'autres interventions de santé, comme les autres activités de vaccination - soutenues par Gavi. Ceci doit décrire la manière dont ces enfants seront identifiés et atteints ;
 - le choix de la calendrier vaccinal (complète ou fractionnée) et sa présentation préférée;
 - toute autre recommandation pertinente émanant des groupes consultatifs techniques nationaux sur la vaccination (GTCV) ou d'une autorité similaire et la consultation de l'OMS et d'autres partenaires, tels qu'un comité de coordination inter-agences (CCIA).
- Envoyez les documents à votre Haut responsable pays de Gavi.

Introduction du VPI2 dans les programmes systématiques :

Le pays doit d'abord informer le Secrétariat de Gavi et la Division des approvisionnements de l'UNICEF de son intention d'ajouter le VPI2 au schéma systématique. De préférence, l'approche d'introduction du VPI2 a été préalablement discutée avec les homologues de l'OMS et de l'UNICEF. En outre, veuillez prendre en compte les orientations spécifiques suivantes :

- Le pays consulter la [FAQ de l'OMS sur le VPI2](#) et remplir le [formulaire de changement de VPI](#) à présenter au Secrétariat de Gavi.
- La date prévue pour l'introduction du VPI2 dans le programme de vaccination systématique doit être soigneusement examinée (au moins 12 mois après la date de la demande).
- La population cible estimée pour le VPI2 doit s'harmoniser avec celle des autres administrés au cours du même contact et se fonder sur les recommandations du SAGE et les données historiques.
- Le GTCV doit fournir des informations contextuelles telles que l'épidémiologie locale, les implications programmatiques et la faisabilité de l'administration pour justifier le schéma de VPI2 choisi.



3.10 Vaccin contre l'encéphalite japonaise

→ INTRODUCTION SYSTÉMATIQUE

→ INTRODUCTION SYSTÉMATIQUE AVEC CAMPAGNE DE RATRAPAGE

Annexes obligatoires pour les demandes spécifiques au vaccin

[Plan d'introduction de nouveaux vaccins](#) et [plan d'action de la campagne](#) (fusionnés en un seul document)



Accéder à la bibliothèque complète des directives de Gavi



Profils de produit détaillés

Recommandations de l'OMS

Selon les recommandations de l'OMS, la stratégie de vaccination la plus efficace dans les zones endémiques de l'encéphalite japonaise (EJ) est une campagne unique de rattrapage ciblant les populations à risque, suivie de l'intégration du vaccin contre l'encéphalite japonaise dans le programme national de vaccination systématique.



Ressources et références clés

[Vaccins contre l'encéphalite japonaise: Notes de synthèse de l'OMS](#)

Soutien mis à disposition par Gavi

Gavi soutient l'**introduction du vaccin contre l'encéphalite japonaise dans le programme de vaccination systématique, avec une campagne initiale de rattrapage** pour les pays à risque qui n'ont pas encore déposé de demande pour un soutien au vaccin contre l'encéphalite japonaise. Les pays qui ont mené des campagnes par le passé peuvent également soumettre une demande dans les cas suivants :



Gavi ne fournit **pas** de soutien au vaccin contre l'encéphalite japonaise dans le cadre de réponses aux épidémies.

- si les données de surveillance identifient une nouvelle zone à risque qui n'a pas été ciblée par une campagne (avec ou sans soutien de Gavi);
- si la campagne précédente a été menée sans intégrer le vaccin contre l'encéphalite japonaise au programme systématique par la suite. Dans de tels cas, le pays peut demander le soutien de Gavi pour les cohortes non atteintes âgées de 9 mois à 14 ans ;
- si la campagne précédente a été menée pour une partie de la population âgée de plus de 14 ans. Ceci inclut les campagnes réalisées au moyen de vaccins provenant de dons. Le pays peut soumettre une demande pour le reste de la population cible de plus de 14 ans.

Les pays qui établissent des systèmes de surveillance et qui disposent déjà de données suffisantes pour justifier l'introduction ou l'extension de la vaccination contre l'encéphalite japonaise sont encouragés à déposer une demande même si de nouvelles zones exposées au risque sont susceptibles d'être identifiées à l'avenir.

Introduction systématique, avec campagne de rattrapage :

- **Orientations concernant la population cible pour le soutien de Gavi**
 - Pour la vaccination systématique : nourrissons survivants âgés de 12 mois au cours de l'année d'introduction
 - Pour la campagne de rattrapage : de 9 mois à 14 ans



La planification du soutien de Gavi

Considérations essentielles

• Focalisation sur la vaccination systématique

- L'introduction du vaccin dans le schéma de vaccination systématique peut se faire au niveau national ou infranational/régional, comme requis par le contexte épidémiologique.
- Les pays devront présenter des plans pour l'introduction du vaccin contre l'encéphalite japonaise dans le programme de vaccination systématique suivant la réalisation de la campagne de rattrapage afin d'assurer une bonne coordination entre la campagne et la planification de l'introduction systématique. Ces plans doivent être reflétés dans le plan d'introduction d'un nouveau vaccin et/ou dans le plan d'action. Ces documents peuvent être combinés afin de minimiser les doublons.

• Considérations de ciblage

- Les pays doivent décrire la population cible des campagnes - soutenues par Gavi ainsi que la population visée lors de l'introduction dans la vaccination systématique, sur la base des données épidémiologiques (consulter la section des directives et exigences ci-dessous).
- Il convient de se référer à la population cible d'un pays pour la première dose du vaccin antirougeoleux, car le vaccin contre l'encéphalite japonaise est habituellement coadministré au même âge.
- À noter que les zones identifiées pour l'introduction du vaccin contre l'encéphalite japonaise dans la vaccination systématique doivent au minimum couvrir toutes les zones ciblées par la campagne soutenue par Gavi.
- Les pays qui ont précédemment réalisé des campagnes dans des zones et/ou des groupes d'âge autres que ceux identifiés dans leur demande de nouveau soutien doivent fournir les données factuelles concernant lesdites zones de campagne, cibles et couverture.

Directives et exigences

1 Épidémiologie, charge de morbidité et description de la population cible

Les pays doivent justifier l'introduction du vaccin contre l'encéphalite japonaise au moyen des données disponibles sur la charge de morbidité. Les pays ne disposant pas de données nationales ou issues de sites témoins sur le vaccin contre l'encéphalite japonaise et/ou le syndrome d'encéphalite aiguë (SEA) doit prévoir la mise en place de systèmes ou mener des enquêtes pour collecter ces données. Ces activités doivent être reflétées dans le plan d'introduction du vaccin contre l'encéphalite japonaise. La justification épidémiologique doit comprendre :

- Les données sur l'encéphalite japonaise issues du système de surveillance EJ/SEA, dont la définition de l'extension géographique des zones où le risque d'encéphalite japonaise est élevé ;
- des rapports sur les épidémies ou les concentrations de cas sur les trois dernières années;
- en l'absence de données issues de la surveillance EJ/SEA, les données des évaluations rapides et/ou des argumentaires sur la plausibilité environnementale et biologique.

2 Indicateurs de surveillance de l'encéphalite japonaise

Si disponibles, les pays doivent fournir des données correspondant aux indicateurs suivants concernant la surveillance EJ, sur au moins deux années avant la demande de nouveau soutien pour l'encéphalite japonaise :

- taux de signalement au niveau national: (nombre de cas de SEA signalés pour 100 000 habitants);
- taux de confirmation en laboratoire: (% des cas de SEA testés avec des IgM positives à l'encéphalite japonaise).



3 Informations clés liées au vaccin contre l'encéphalite japonaise à saisir dans le PINV et/ou le Plan d'action de la campagne

Pour assurer une bonne coordination entre la planification de la campagne de vaccination de rattrapage contre l'encéphalite japonaise et de l'introduction dans la vaccination systématique, le PINV et/ou le Plan d'action doivent inclure les données suivantes :

- **Stratégies de vaccination:** Une stratégie globale de vaccination pour l'introduction du vaccin contre l'encéphalite japonaise, incluant une description de:
 - la campagne initiale de vaccination contre l'encéphalite japonaise, y compris le processus de planification et les plans visant à atteindre les communautés privées de vaccination ;
 - un plan de mise en œuvre pour une transition douce vers le programme de vaccination systématique, spécifiant l'extension géographique, le calendrier de l'introduction et la couverture projetée.
- **Une surveillance :** une description des activités de surveillance suivantes :
 - surveillance du syndrome d'encéphalite aiguë (SEA)/encéphalite japonaise : état du système de signalement, existence d'un laboratoire national pour la confirmation de l'encéphalite japonaise, gestion des données ou, si elle est inexistante, plans de mise en place de la surveillance SEA ;
 - surveillance des manifestations advenues post-immunisation (MAPI) : état du système de signalement, sensibilisation des agents de santé au signalement des MAPI, gestion des données MAPI, état du comité d'experts MAPI.
- **Stratégie de communication :** la stratégie de communication sur l'introduction du vaccin contre l'encéphalite japonaise et la réalisation des campagnes.
- **Suivi et rapports sur la couverture vaccinale :** ceci doit comprendre une description des plans de suivi de la situation vaccinale individuelle.
- **Date estimée d'introduction :** Dans le cadre du PINV, les pays doivent indiquer la date estimée de l'introduction dans le programme systématique, ainsi que les plans appropriés permettant de s'assurer aucune cohorte n'a été oubliée.



3.11 Vaccin contre le paludisme

→ POUR L'INTRODUCTION DANS LE CALENDRIER DE VACCINATION DE ROUTINE

Annexes obligatoires pour les demandes spécifiques au vaccin

Plan d'introduction d'un nouveau vaccin avec des détails sur l'introduction prévue

Modèle de budget Gavi complété



Accéder à la bibliothèque complète des directives de Gavi



Profils de produit détaillés

Recommandations de l'OMS

L'OMS recommande l'utilisation de vaccins antipaludiques pour la prévention du paludisme à *P. falciparum* chez les enfants vivant dans des zones où le paludisme est endémique, en donnant la priorité aux zones de transmission modérée et élevée¹⁹. Les vaccins antipaludiques devraient être administrés selon un calendrier de quatre doses²⁰ aux enfants à partir de l'âge de 5 mois environ²¹ pour réduire la maladie et la charge de morbidité liées au paludisme.

Les pays peuvent envisager d'administrer le vaccin en fonction de l'âge ou de la saison, ou une combinaison de ces approches dans les zones où le paludisme est hautement saisonnier ou dans les zones où la transmission du paludisme est pérenne avec des pics saisonniers. Une cinquième dose, administrée un an après la quatrième, peut être administrée dans les zones de transmission hautement saisonnière et peut être envisagée dans d'autres zones - en fonction d'une évaluation locale de la faisabilité et du rapport coût-efficacité - lorsqu'un risque important de paludisme subsiste pour les enfants.

L'OMS recommande de donner la priorité aux zones de transmission modérée et élevée, mais les pays peuvent également envisager d'administrer le vaccin dans les zones de faible transmission. Les décisions relatives à l'extension de la vaccination antipaludique aux zones à faible transmission doivent être examinées au niveau national sur la base de la stratégie globale de lutte contre le paludisme, des coûts abordables, du rapport coût-efficacité et de considérations programmatiques, par exemple si l'inclusion de ces zones simplifierait l'administration du vaccin²².



Ressources et références clés

- [Ressources techniques sur l'introduction d'un vaccin contre le paludisme](#)
- [Rapport mondial sur le paludisme 2023](#)
- [Note de synthèse: position de l'OMS à propos des vaccins antipaludiques](#)

¹⁹ TechNet-21, "Introduction d'un vaccin contre le paludisme - ressources techniques". <https://www.technet-21.org/en/topics/programme-management/malaria-vaccine>.

²⁰ Une cinquième dose, administrée un an après la quatrième dose, peut être envisagée dans les régions où il subsiste un risque important de paludisme pour les enfants un an après avoir reçu la quatrième dose.

²¹ Les pays peuvent choisir d'administrer la première dose de vaccin avant l'âge de 5 mois sur la base de considérations opérationnelles afin d'augmenter la couverture ou l'impact.

²² Les zones de transmission modérée à forte sont définies comme des zones où la prévalence du parasite *P. falciparum* est supérieure à 10 % ou où l'incidence annuelle du parasite est supérieure à 250 pour 1 000 000 [WHO guidelines for malaria, 16 October 2023. Geneva: World Health Organization; 2023 (WHO/UCN/GMP/ 2023.01 Rev.1)]. Ces seuils sont indicatifs et ne doivent pas être considérés comme des absolus pour déterminer l'applicabilité de la recommandation relative au vaccin antipaludique.



Pays prévoyant d'introduire récemment le vaccin antipaludique

Soutien de Gavi disponible

Gavi n'est actuellement en mesure d'apporter son soutien à l'utilisation du vaccin antipaludique que dans les zones où la transmission du paludisme par *P. falciparum* est modérée ou élevée. Compte tenu du prochain cycle de financement stratégique de Gavi, le soutien de Gavi peut couvrir les besoins en vaccins de 85 % des enfants ciblés dans les zones de transmission modérée et élevée.

Les demandes de soutien de Gavi pour l'introduction de vaccins dans les zones de faible transmission du paludisme à *P. falciparum* pourront être prises en compte à l'avenir si :

1. le financement approuvé par le conseil d'administration est suffisant pour soutenir les demandes par l'intermédiaire du programme de vaccination antipaludique dans le cadre de Gavi 6.0. du vaccin antipaludique au cours de la période stratégique Gavi 6.0 (2026-2030) ; et
2. une adaptation infranationale des interventions de lutte contre le paludisme a eu lieu dans le(s) pays respectif(s) qui soutiennent l'introduction du vaccin antipaludique dans les zones de faible transmission.

Le soutien financier de Gavi couvre l'introduction du vaccin dans le programme de vaccination de routine en utilisant un calendrier de quatre ou cinq doses. Les pays dont la population se trouve dans des zones où la transmission du paludisme est très saisonnière ou transmission pérenne du paludisme avec des pics saisonniers peuvent demander le soutien financier de Gavi pour administrer le vaccin en utilisant une stratégie d'administration basée sur l'âge, saisonnière ou hybride, conformément aux recommandations de l'OMS.

En outre, les pays doivent décrire comment le vaccin antipaludique a été envisagé dans le cadre d'un ensemble d'interventions de lutte contre le paludisme. Cette description servira de base au soutien financier de Gavi et doit être accompagnée de leur plan stratégique national de lutte contre le paludisme (ou d'un addendum à ce plan) qui décrit l'ensemble des interventions de lutte contre le paludisme utilisées dans le pays.

Implication pour les pays : Lors de l'élaboration des demandes de soutien financier de Gavi pour les vaccins, les pays doivent être priés de réfléchir à la manière dont le vaccin antipaludique sera utilisé dans les zones où la transmission du paludisme est modérée ou élevée, conformément à : 1) à leur plan stratégique national de lutte contre le paludisme (ou à l'addendum portant sur le vaccin antipaludique) et 2) les principes directeurs de l'OMS pour la hiérarchisation des interventions antipaludiques dans les contextes nationaux à ressources limitées pour obtenir un impact maximal.

Les pays doivent décrire leur épidémiologie du paludisme et définir le nombre d'enfants éligibles à cibler dans les zones de transmission modérée à élevée du paludisme. Les directives actuelles de l'OMS définissent les zones de transmission modérée à élevée du paludisme comme celles qui présentent les caractéristiques suivantes :

- une incidence annuelle supérieure à 250 cas pour 1 000 habitants ; ou
- une prévalence de l'infection à *P. falciparum* chez les enfants (PPR) d'environ 10 % ou plus.

Sélection du vaccin et implications du cofinancement pour les pays

L'OMS a recommandé et préqualifié deux vaccins pour la prévention du paludisme à *P. falciparum* chez les enfants vivant dans des zones où le paludisme est endémique *P. falciparum* chez les enfants vivant dans des zones où le paludisme est endémique, RTS,S/AS01 (RTS,S) et R21/Matrix-M (R21). Les pays approuvés pour l'introduction du vaccin antipaludique se verront attribuer l'un des deux vaccins, sur la base des principes suivants : préférence du pays et accessibilité financière, minimisation de la nécessité de changer de produit, minimisation des délais d'introduction et maintien d'un marché de la santé.



L'approche de cofinancement exceptionnelle et limitée dans le temps de Gavi pour le vaccin contre le paludisme s'appliquera à la fois au RTS,S et au R21. Les implications du cofinancement pour les pays se trouvant dans les différentes phases de transition du cofinancement sont résumées ci-dessous²³ :

- **Pour les pays en autofinancement initial**, le pays contribue à hauteur de US\$ 0,20 par dose, sans augmentation annuelle. **Cela s'applique à la fois au RTS,S et au R21** - c'est-à-dire que le pays paiera US\$ 0,20 par dose quel que soit le vaccin utilisé par le pays.
- **Pour les pays en transition préparatoire**, le pays contribue à hauteur de 0,20 USD par dose au cours de la première année d'introduction. Ce montant augmente de 15 % par an (par exemple, 0,23 USD par dose la deuxième année, et ainsi de suite). **Cela s'applique à la fois au RTS,S et au R21** - c'est-à-dire que le pays paiera US\$ 0,20 par dose la première année, quel que soit le vaccin utilisé par le pays. L'année suivante, le pays paiera US\$ 0,23 par dose et ainsi de suite, la contribution augmentant de 15% par an.
- **Pour les pays en transition accélérée**, le pays contribue au cofinancement du prix du vaccin à hauteur de 20 % au cours de la première année d'introduction. Ce cofinancement augmente de 10 points de pourcentage par an (c'est-à-dire 20 % la première année, 30 % la deuxième année et ainsi de suite). Le pays devrait atteindre un cofinancement de 100 % au bout de 8 ans. Aux prix actuellement accordés, les pays en transition accélérée paieraient moins pour le R21, car la part de cofinancement est directement liée au prix du vaccin. Un vaccin plus cher se traduit par un cofinancement plus élevé.

Soutien financier disponible : Subventions pour l'introduction de vaccins (VIG)

Gavi octroie une subvention d'introduction de vaccin (SIV) pour faciliter l'introduction ponctuelle et efficace d'un vaccin dans le programme de vaccination systématique. Si le pays adopte une approche progressive pour l'introduction du vaccin, la SIV est calculée sur la base de la cohorte de naissance cible pour chaque phase, sans montant forfaitaire minimum pour les phases postérieures à l'introduction initiale.

Les pays peuvent choisir d'introduire le vaccin dans les zones administratives éligibles en une seule phase ou en deux phases ou plus. Le tableau suivant présente le mode de calcul de la contribution volontaire à l'immunisation en fonction des différentes approches d'introduction :

| Subventions pour l'introduction de vaccins (SIV) | | |
|---|----------------------|--|
| Approche à l'introduction d'un vaccin | Phase de déploiement | Montants des SIV |
| Introduction en une seule phase pour l'ensemble de la population cible éligible | Une seule phase | <p>Une somme forfaitaire de 100 000 USD ou un montant calculé sur la population cible d'enfants éligibles en fonction de l'âge (estimée en tant que cohorte de naissance annuelle ou nombre de nourrissons survivants), le montant le plus élevé étant retenu.</p> <p>Le montant calculé de la SIV est, selon la phase de transition du pays, de 0,80/0,70/0,60 USD par nourrisson dans la population cible annuelle d'enfants éligibles en fonction de l'âge dans la région administrative couverte.</p> <p>Par exemple, pour un pays en phase « d'autofinancement initial » (transition), il s'agit de 0,80 USD par enfant de la population cible annuelle d'enfants éligibles en fonction de l'âge dans la zone couverte.</p> |

²³ Compte tenu des différences de disponibilité des produits, il se peut que la première préférence des pays ne soit pas toujours satisfaite. L'approche exceptionnelle et limitée dans le temps du financement du vaccin contre le paludisme approuvée en décembre 2022 sera réexaminée par le Comité du programme et de la politique de GAVI au plus tard en 2027. Le Secrétariat reviendra vers le Comité du programme et des politiques sur le cofinancement du vaccin contre le paludisme si les conditions du marché devaient changer de manière significative.



Subventions pour l'introduction de vaccins (SIV) suite

| Approche à l'introduction d'un vaccin | Phase de déploiement | Montants des SIV |
|---------------------------------------|---|---|
| Introduction par phases | Première phase (si l'approche progressive) La première introduction du vaccin antipaludique dans le programme de vaccination systématique d'un pays | Une somme forfaitaire de 100 000 USD ou un montant calculé sur la population cible d'enfants éligibles en fonction de l'âge (estimée en tant que cohorte de naissance annuelle ou nombre de nourrissons survivants), le montant le plus élevé étant retenu. Le montant calculé de la SIV est, selon la phase de transition du pays, de 0,80/0,70/0,60 USD par enfant de la population cible annuelle d'enfants ayant droit à l'âge dans la zone sous-nationale couverte lors de la première phase. Par exemple, pour un pays en phase « d'autofinancement initial » (transition), il s'agit de 0,80 USD par enfant de la population cible annuelle d'enfants ayant l'âge requis dans la zone sous-nationale couverte. |
| | Phases suivantes (le cas échéant) Étendre le déploiement du vaccin contre le paludisme à zones supplémentaires | Le montant calculé pour la SIV est, selon la phase de transition du pays, de 0,80/0,70/0,60 USD par nourrisson dans la population cible annuelle d'enfants éligibles en fonction de l'âge dans la zone couverte par la phase. |

Orientations, considérations et exigences

Les pays doivent prêter attention aux orientations et aux considérations énoncées pour demander l'introduction d'un vaccin antipaludique grâce au soutien de Gavi.

Exigences générales

Les candidatures doivent démontrer

- Confirmation de la décision du pays d'introduire le vaccin antipaludique, par exemple l'approbation du ministère de la santé, ainsi que les procès-verbaux des réunions du GTCV et du comité de coordination inter-agences (CCIA) pour la vaccination ;
- Existence ou projet de mise en place d'un mécanisme de coordination conjoint entre la vaccination et le paludisme, réunissant les programmes nationaux de vaccination et de lutte contre le paludisme ;
- Détails des plans qui accordent une priorité appropriée aux vaccins dans le cadre des efforts plus larges de prévention et de lutte contre le paludisme et qui hiérarchisent les interventions en fonction des données, du contexte et des considérations locales ;
- Des approches intégrées et multisectorielles où, dans la mesure du possible, le déploiement du vaccin antipaludique utilise les systèmes de santé existants, y compris les systèmes de vaccination de routine ;
- Un fort engagement communautaire pour assurer l'acceptation du vaccin et une demande résiliente ;
- Le pays doit être prêt et s'engager à respecter les obligations de cofinancement en faisant approuver sa demande par le ministre de la Santé (ou son représentant) et le ministre des Finances (ou son représentant).



- Dans la mesure du possible, les pays sont encouragés à fournir des informations sur l'état d'avancement de l'enregistrement réglementaire du RTS,S/AS01 et du R21/Matrix-M par l'autorité nationale des médicaments.

Exigences épidémiologiques et programmatiques en matière de paludisme

Les pays doivent étudier et démontrer comment les vaccins seront utilisés dans les zones où la transmission du paludisme est modérée ou élevée, en coordination avec d'autres interventions de prévention et de lutte contre le paludisme. Les pays doivent décrire l'épidémiologie du paludisme, l'utilisation d'autres mesures de prévention et de lutte contre le paludisme et le nombre d'enfants en âge d'être vaccinés dans les zones de transmission modérée à élevée du paludisme à cibler.

Pour faciliter l'examen des demandes soumises par les pays à Gavi en vue de l'introduction d'un vaccin antipaludique et déterminer l'ampleur du soutien de Gavi, les pays doivent quantifier les populations cibles pour l'introduction du vaccin antipaludique en se basant sur l'un des deux seuils de transmission (définis ci-dessous). Les pays doivent choisir la base du seuil cible (incidence annuelle ou PPR) en fonction de leur évaluation de la qualité des données et de la transmission du paludisme dans leur contexte. Les pays doivent fournir les informations suivantes pour identifier clairement la population cible à laquelle se rapporte la demande d'aide financière :

- Nom de la zone administrative (par exemple, district, zone de gouvernement local, zone de santé, etc. couverte par la demande.
- Nombre total d'enfants éligibles en fonction de l'âge (estimé en tant que cohorte de naissance annuelle ou nombre de nourrissons survivants) dans la zone administrative couverte par la demande.
- Nombre d'enfants ayant l'âge requis (tel que défini ci-dessus) résidant dans des zones de transmission modérée à élevée du paludisme (définies sur la base de l'incidence annuelle ou du nombre d'enfants survivants).
- Nombre d'enfants ayant l'âge requis et résidant dans des zones de transmission modérée à élevée du paludisme (définie sur la base d'une incidence de 10 % ou plus dans la zone administrative) ; OU
- Nombre d'enfants ayant l'âge requis et résidant dans des zones de transmission modérée à élevée du paludisme (définies sur la base d'une incidence annuelle supérieure à 250 cas pour 1 000 habitants).

Si possible, les pays sont également invités à fournir une carte des zones de transmission modérée à élevée dans les zones administratives couvertes par la demande.

Pour démontrer comment le vaccin antipaludique sera utilisé dans le cadre d'une combinaison d'interventions avec d'autres interventions de lutte contre le paludisme, les pays doivent fournir un plan stratégique national actualisé de lutte contre le paludisme ou un addendum au plan national. Les pays qui ne disposent pas de ces documents doivent décrire comment le vaccin antipaludique est intégré aux interventions existantes de lutte contre le paludisme et fait partie intégrante de la stratégie de vaccination et de la stratégie nationale de lutte contre le paludisme du pays. Le plan stratégique national de lutte contre le paludisme, l'addendum ou la description doivent expliquer la combinaison prévue d'interventions de lutte contre le paludisme et les critères utilisés pour guider les décisions, toute différence entre le plan stratégique et le plan budgétisé pour ces domaines, et les raisons de ces différences.

Exigences programmatiques en matière de paludisme

Les demandes doivent démontrer/fournir les éléments suivants, qui sont généralement énoncés dans le plan d'introduction d'un nouveau vaccin :

- Une stratégie d'introduction détaillée décrivant le champ d'application de l'introduction du vaccin et donnant la priorité aux zones de transmission modérée à élevée du paludisme, conformément à la recommandation de l'OMS.



- Justification solide de l'inclusion des zones de faible transmission (si un pays choisit d'inclure les zones de faible transmission)
- Description des activités préparatoires requises pour permettre l'introduction du vaccin, par exemple formation, mobilisation sociale, etc.
- Explication du choix du calendrier et des modalités d'administration. Les pays doivent démontrer spécifiquement quels plans et systèmes ils ont (ou développeront) pour administrer le vaccin, étant donné que les dates de vaccination pour les quatre (ou cinq) doses du vaccin antipaludique peuvent se situer en dehors des dates prévues dans le calendrier existant du PEV.
- Les stratégies qui seront mises en œuvre pour minimiser l'utilisation sous-optimale des vaccins et le gaspillage et pour réduire les taux d'abandon, en mettant particulièrement l'accent sur la réduction des abandons entre la troisième et la quatrième dose.
- Description des besoins d'assistance technique du pays pour l'introduction et la mise en œuvre des vaccins.
- Confirmation de l'état de préparation de la chaîne du froid. Les pays doivent fournir une analyse de la capacité de leur chaîne du froid et décrire comment cette capacité sera (ou sera améliorée pour) permettre l'introduction du vaccin antipaludique.
- Description de la manière dont le programme de vaccination systématique et le système de santé seront renforcés pour faire face au surcroît de travail qu'entraînera l'introduction du vaccin antipaludique, y compris la nécessité de fournir le vaccin antipaludique à des points de contact (points temporels) qui ne sont pas actuellement utilisés dans la vaccination systématique. Description de la manière dont sera géré l'impact potentiel de l'introduction du vaccin et des points de contact supplémentaires sur la charge de travail des ressources humaines en santé.
- Description de la stratégie de communication sur les risques et d'engagement communautaire (RCCE) du pays pour garantir l'acceptation du vaccin et la résilience de la demande. La stratégie d'engagement communautaire du pays doit inclure l'éducation de la communauté sur le vaccin, y compris la nécessité de continuer à utiliser d'autres interventions de lutte contre le paludisme même après l'introduction du vaccin. Si l'introduction du vaccin est sous-nationale ou échelonnée, la stratégie RCCE doit présenter des mesures pour gérer les perceptions d'un accès sélectif et inéquitable.
- Description des plans nationaux concernant l'élaboration de matériel de formation pour les agents de santé et de matériel d'information, d'éducation et de communication ; l'adaptation, l'impression et la distribution d'outils révisés de surveillance et de rapport de routine à utiliser dans les établissements ; la méthode de distribution des vaccins et du matériel d'injection ; la formation des responsables de la santé et des agents de santé ; et l'information, la communication et la mobilisation sociale en faveur des activités de vaccination contre le paludisme.
- Un plan de suivi et d'apprentissage après l'introduction. Ce plan doit décrire comment l'introduction du vaccin antipaludique sera suivie, y compris la couverture estimée et les niveaux de stocks de vaccins, et comment les leçons tirées de l'introduction seront rassemblées et utilisées pour informer la future mise en œuvre du vaccin.
- La manière dont le vaccin antipaludique sera utilisé en tant qu'outil complémentaire aux interventions existantes de lutte contre le paludisme et dans le cadre de la stratégie nationale de vaccination et du plan stratégique national de lutte contre le paludisme du pays. Pour démontrer cette intégration, les pays peuvent fournir un plan pluriannuel global de vaccination, une stratégie nationale de vaccination ou une stratégie nationale de lutte contre le paludisme actualisés ou des addendas à ces documents s'ils existent et sont mis à jour pour démontrer cette intégration. Les pays qui ne disposent pas de ces documents doivent décrire comment le vaccin antipaludique est intégré en tant qu'outil complémentaire aux interventions existantes de lutte contre le paludisme et dans le cadre de la stratégie de vaccination et du plan stratégique national de lutte contre le paludisme du pays.



Prise en compte du système de santé

Les candidatures doivent inclure les considérations suivantes en matière de systèmes de santé et de renforcement des systèmes de santé (RSS):

- Description de la manière dont le système de soins de santé primaires sera renforcé par et s'adaptera à l'introduction du vaccin antipaludique :
 - en exploitant les nouveaux points de contact du vaccin antipaludique pour rattraper les enfants qui pourraient avoir manqué d'autres vaccinations ou pour fournir d'autres interventions de soins de santé primaires.
 - en atteignant une couverture élevée pour la quatrième dose, qui est administrée au cours de la deuxième année de vie (2YL) et d'autres interventions de la deuxième année de vie.
 - en reliant les stratégies de distribution saisonnière (si le pays propose des stratégies de distribution saisonnière) à d'autres interventions de lutte contre le paludisme et/ou de soins de santé primaires.
- Description de la manière dont les fonds de renforcement du système de santé (RSS) de Gavi (s'ils sont indiqués dans le budget) sont/seront utilisés pour renforcer le système de santé et les liens entre le vaccin antipaludique et d'autres interventions de prévention et de lutte contre le paludisme.

Considérations relatives aux enfants zéro dose et aux communautés manquées

Les demandes doivent refléter les éléments suivants:

- Prise en compte de stratégies d'administration différenciées pour atteindre les communautés oubliées et les enfants zéro dose. Les pays doivent décrire comment ils prévoient d'introduire le vaccin antipaludique pour atteindre les enfants zéro dose avec les vaccins disponibles via le PEV.
- Référence au cadre d'identification, d'atteinte, de suivi, de mesure et de plaidoyer (IRMMA) pour accéder aux communautés oubliées et aux enfants zéro dose;
- Identification des obstacles liés au genre à la vaccination et démonstration des interventions sensibles à l'égalité entre hommes et femmes pour surmonter ces obstacles;
- Rôle des vaccins dans l'élargissement de la portée des services de santé actuels (par ex. en utilisant le demande de vaccin antipaludique pour offrir d'autres services de santé et soutenir la vaccination de rattrapage).
- Le soutien couvre les vaccins, à savoir l'achat de doses de vaccin et les fournitures associées (par exemple, les dispositifs de sécurité des injections) et le soutien financier pour faciliter l'introduction (SIV).



3.12 Vaccin antirougeoleux et vaccin antirougeoleux et antirubéoleux

- INTRODUCTION SYSTÉMATIQUE DU VACCIN COMBINÉ CONTRE LA RUBÉOLE SOUS FORME DE VACCIN ANTIROUGEOLEUX-ANTIRUBÉOLEUX (RR) AVEC CAMPAGNE DE RATTRAPAGE RR
- INTRODUCTION SYSTÉMATIQUE DE LA DEUXIÈME DOSE DU VACCIN ANTIROUGEOLEUX OU DU VACCIN ANTIROUGEOLEUX-ANTIRUBÉOLEUX (VAR2)
- CAMPAGNES DE SUIVI ROUGEOLE OU RR
- DEMANDE DE CHANGEMENT DU FLACON VAR À 10 DOSES À UN FLACON À 5 DOSES

Annexes obligatoires pour les demandes spécifiques au vaccin

Introduction du vaccin combiné contre la rubéole avec campagne de rattrapage antirougeoleuse-antirubéoleuse

[Plan d'introduction de nouveaux vaccins](#)

[Plan d'action de la campagne](#) (peuvent être fusionnés)

Introduction systématique de la deuxième dose du vaccin antirougeoleux ou du vaccin antirougeoleux-antirubéoleux:

[Plan d'introduction de nouveaux vaccins](#)

Campagnes de suivi rougeole ou RR :

[Plan d'action de la campagne](#)

Demande de changement du flacon VAR à 10 doses à un flacon à 5 doses

[Formulaire de demande de changement du flacon VAR à 10 doses à un flacon à 5 doses](#)



Accéder à la bibliothèque complète des directives de Gavi



Profils de produit détaillés

Recommandations de l'OMS

L'OMS recommande²⁴ que tous les enfants reçoivent **deux doses de vaccin antirougeoleux (VAR) dans le cadre de la vaccination systématique**, afin d'obtenir une immunité élevée de la population et ainsi atteindre le seuil d'immunité élevé requis pour la rougeole (c'est-à-dire plus de 95% de couverture avec deux doses).

- Tous les pays doivent par conséquent inclure une **deuxième dose systématique de VAR (VAR2)** dans leurs schémas de vaccination nationaux, et ce quel que soit le niveau de couverture vaccinale de la première dose systématique du VAR (VAR1). L'introduction du VAR2 vise à réduire l'accumulation d'enfants vulnérables en vaccinant ceux qui n'ont pas réagi au VAR1, réduisant ainsi le risque d'épidémies.
- Sachant qu'il faut du temps pour atteindre des taux de couverture élevés à l'échelle de la population avec deux doses de VAR, les pays doivent s'appuyer sur des données disponibles et de bonne qualité sur **l'immunité de la population** (c.-à-d. la couverture vaccinale, la surveillance, les études sérologiques pour le VAR1 et le VAR2) pour a) surveiller **l'accumulation de personnes vulnérables** et b) planifier des **activités de vaccination supplémentaires**, y compris des campagnes de suivi, pour cibler ces personnes.

²⁴ Vaccins antirougeoleux: Note de synthèse de l'OMS, relevé épidémiologique hebdomadaire n° 17; 2017, 92, 205-208



En outre, l'OMS recommande²⁵ aux pays de profiter de la plateforme de lutte contre la rougeole pour **introduire le vaccin antirougeoleux et antirubéoleux (RR)**.

- Lors de l'introduction du vaccin RR, il est recommandé aux pays de mener une campagne de **vaccination rattrapage RR pour une plage d'âge étendue**, suivie immédiatement de l'introduction du vaccin RR dans le schéma de vaccination national systématique. Le calendrier de toutes campagnes de suivi ultérieures doit être déterminé en fonction de l'épidémiologie de la rougeole²⁶.
- Les pays doivent en outre s'efforcer d'atteindre les femmes en âge de procréer, en vaccinant les adolescentes ou les femmes en âge de procréer, par le biais de services systématiques ou de campagnes.
- Les pays doivent également surveiller la rubéole (intégrée à la rougeole) et le syndrome de rubéole congénitale (SRC).

Le SAGE²⁷ a validé les principes directeurs suivants pour aider les pays à identifier et à **combler les écarts en matière d'immunité contre la rougeole et la rubéole**, selon une approche dite «d'amélioration continue de la qualité», qui implique les étapes suivantes de la revue cyclique régulière:

- examen de toutes les données nationales et infranationales disponibles sur l'épidémiologie de la rougeole et de la rubéole ou le SRC et les écarts potentiels en matière d'immunité; identification, priorisation et mise en œuvre des interventions et évaluation des résultats des interventions.
- renforcement de la vaccination systématique en tant que stratégie initiale afin d'augmenter l'immunité de la population.
- conduite de campagnes (en tant que mesures de sauvetage) lorsque la vaccination systématique à deux doses est sous-optimale et afin de répondre aux écarts spécifiques en matière d'immunité.
- priorisation rapide des activités, pendant et à l'issue des campagnes, afin de renforcer la vaccination systématique.

Le SAGE souligne que les campagnes de vaccination sont gourmandes en ressources et ne constituent pas une stratégie pérenne. Les pays doivent par conséquent **privilégier le renforcement de la vaccination systématique pour devenir moins dépendants des campagnes**. L'objectif premier des campagnes devra être d'atteindre les enfants non vaccinés ou «zéro dose de la rougeole» (c.-à-d. n'ayant pas reçu le VAR1) et sous-vaccinés (c.-à-d. n'ayant pas reçu le VAR2). Les enfants non vaccinés et sous-vaccinés devront être identifiés, surveillés et répertoriés afin de pouvoir bénéficier d'autres vaccins et interventions de santé par la vaccination systématique. Gavi s'attend donc à ce que les propositions des pays visent les enfants zéro dose contre la rougeole et utilisent le financement mis disposition pour les coûts opérationnels de manière différenciée. Les campagnes devront être utilisées comme des opportunités d'**intégrer d'autres vaccins et/ou interventions de santé**, sous réserve que les interventions ou activités complémentaires ne compromettent pas la qualité de la campagne.

²⁵ Vaccin antirubéoleux: Note de synthèse de l'OMS, relevé épidémiologique hebdomadaire n° 27; 2020, 95, 301-324

²⁶ OMS. Planification et mise en œuvre d'activités de vaccination supplémentaires de haute qualité avec des vaccins injectables.

²⁷ Réunion du SAGE sur la vaccination, Octobre 2018, relevé épidémiologique hebdomadaire n° 49, 2018, 93, 661-680



Ressources et références clés

Notes de synthèse de l'OMS:

- [Vaccins contre la rougeole: note de synthèse de l'OMS, Avril 2017](#)
- [Vaccin contre la rubéole: Note de synthèse de l'OMS, Juillet 2020](#)

Introduction et nouveaux vaccins et renforcement de la vaccination systématique:

- OMS: [Principes et considérations relatifs à l'ajout d'un vaccin à un programme national de vaccination](#)
- OMS: [Etablissement et renforcement de la vaccination au cours de la deuxième année de vie](#)
- [Stratégie des occasions manquées de vaccination](#)
- [Ne laisser personne de côté: directives de l'OMS pour la planification et la mise en œuvre de la vaccination de rattrapage](#)

Mise en œuvre de campagnes de qualité et rapport de la couverture:

- Guide de planification et de mise en œuvre des AVS de l'OMS ([EN](#) | [FR](#))
- Outil d'évaluation de l'état de préparation aux AVS ([EN](#) | [FR](#))
- Tableau de bord de l'état de préparation des AVS ([EN](#) | [FR](#))
- [Boîte à outils d'aide à la décision pour l'intégration des campagnes de santé centrée sur les personnes](#)
- [Liste de contrôle pour le modèle de rapport d'enquête de couverture post-campagne \(ECPC\) de la campagne RR](#)

Soutien mis à disposition par Gavi

La [stratégie antirougeoleuse et antirubéoleuse de Gavi](#) fournit une **approche unique et globale de la lutte contre la rougeole et la rubéole**. Le soutien de Gavi mise fortement sur le renforcement de la vaccination systématique comme intervention première pour améliorer la couverture antirougeoleuse et antirubéoleuse, complétée par des campagnes bien planifiées, de haute qualité et suivies de manière indépendante, qui se concentrent sur les enfants non vaccinés et sous-vaccinés contre la rougeole et qui atteignent une couverture d'au moins 95 % (selon une enquête indépendante et statistiquement valable). La viabilité programmatique et financière à long terme pour les pays bénéficiaires doit étayer les demandes de soutien à Gavi par la fourniture d'un plan quinquennal mobile pour la rougeole et la rubéole (soit avec la demande de vaccin, soit dans le cadre du processus de planification de l'ensemble du portefeuille).

Veuillez consulter à l'[Annexe 3](#) un cadre du soutien de Gavi à la lutte contre la rougeole et la rubéole.

Dans le cadre de la stratégie globale de lutte contre la rougeole et la rubéole, Gavi apporte son soutien au vaccin aux activités suivantes :

1. **introduction dans la vaccination systématique du vaccin combiné contre la rubéole sous forme de vaccin antirougeoleux-antirubéoleux (RR) avec campagne de rattrapage RR;**
2. **introduction dans la vaccination systématique d'une deuxième dose de VAR, comme vaccin antirougeoleux ou RR;**
3. **campagnes de suivi rougeole ou RR;**
4. **fonds de réponse aux épidémies (géré par le partenariat contre la rougeole & la rubéole).**

Les types de soutien aux vaccins disponibles dépendent de la présentation actuelle du VAR et du schéma de vaccination du pays.



La planification du soutien de Gavi

Exigence de cofinancement de l'équivalent de la composante vaccinale antirougeoleuse du VAR1 avec des fonds nationaux

- Pour être éligible à recevoir un soutien au vaccin antirougeoleux-antirubéoleux, les pays doivent cofinancer l'équivalent de la composante vaccinale antirougeoleuse du VAR1 avec des fonds nationaux. Par exemple, en 2023, les pays sont priés de cofinancer au niveau national au moins 0,39 USD des exigences de cofinancement total (0,40 USD par enfant en cas d'utilisation du schéma vaccinal contre la rougeole avec deux doses; 0,30 USD par enfant en cas d'utilisation du schéma vaccinal contre la rougeole avec une dose; 0,60 USD par enfant en cas d'utilisation du schéma vaccinal antirougeoleux et antirubéoleux avec deux doses – pour un enfant entièrement immunisé), le solde des montants de cofinancement étant financés par des sources nationales ou par d'autres partenaires ou donateurs, si nécessaire. Si le pays ne finance pas encore le VAR1 avec des fonds nationaux au moment de la demande de soutien de Gavi, il devra fournir un document écrit dans lequel il s'engage à le faire, accompagné d'une lettre signée par le ministre de la Santé et le ministre des Finances.
- Les pays qui relèvent de la politique Gavi en matière de fragilité, d'urgence et de réfugiés n'ont pas à satisfaire à cette exigence avant présenter une demande, à condition qu'un autre donateur s'engage par écrit à continuer de financer l'équivalent du VAR1 à l'avenir (au moins pour les années de l'approbation de Gavi).

Calendrier de planification

- Les pays sont vivement encouragés à veiller à ce que la demande de soutien de Gavi soit présentée au moins 12 mois avant de début des activités et dans l'idéal, **15 à 18 mois avant** la date de mise en œuvre. Les demandes soumises dans les 12 mois avant la date de début exigent que les pays reportent la date de la campagne et/ou de l'introduction systématique. Veuillez noter que l'achat de vaccins antirougeoleux et antirougeoleux-antirubéoleux et de dispositifs d'injection a un délai d'attente d'environ six mois entre la publication de la lettre de décision et la livraison. Les pays doivent garder à l'esprit leur saison de haute transmission de la rougeole, l'accumulation des sujets sensibles à la rougeole et le risque d'épidémies de rougeole, les autres activités prévues dans le calendrier national et d'autres considérations saisonnières, ainsi que les implications que cela peut avoir en cas de report des campagnes planifiées.
- Pour **l'introduction dans le programme systématique**, les préparatifs doivent débuter **6 à 12 mois** en amont, conformément aux directives de l'OMS et aux considérations relatives à l'ajout d'un vaccin à un programme national de vaccination.
- Pour les **campagnes**, les préparatifs doivent débuter **au moins 15 mois** en amont, en suivant le Guide les directives de l'OMS figurant dans le guide de planification et de mise en œuvre des activités de vaccination complémentaires (AVS).



Directives et exigences

1 Introduction du vaccin combiné contre la rubéole sous forme de RR avec campagne de rattrapage RR

Résumé du soutien

- Ce soutien est disponible pour les pays qui utilisent actuellement le vaccin antirougeoleux en une ou deux doses et qui souhaitent introduire le vaccin combiné contre la rubéole dans leur programme de vaccination systématique (c'est-à-dire passer d'une/deux dose(s) de vaccin monovalent à une/deux dose(s) de vaccin RR), accompagné d'une campagne de rattrapage RR unique. Pour les pays qui viennent d'introduire le VAR2 comme RR dans le cadre de la vaccination systématique RR, veuillez vous reporter à la section «Introduction du VAR2».
- Conformément aux recommandations de l'OMS, Gavi apporte son soutien à une campagne nationale unique de rattrapage non sélectif de la RR pour une large tranche d'âge 9 mois à <15 ans), ciblant les deux sexes, en préparation de l'introduction du RR dans le schéma de vaccination systématique. Le soutien à la campagne de rattrapage pour une large tranche d'âge ne peut donc être sollicité qu'en combinaison avec une introduction dans la vaccination RR systématique.
- Pour être éligible à recevoir le soutien de Gavi à l'introduction du vaccin RR, les pays doivent répondre au critère suivant :
 - la couverture de la première dose du vaccin antirougeoleux, telle que déterminée par le WUENIC, doit être $\geq 80\%$ en 2021 OU la couverture de la dernière campagne nationale de prévention de la rougeole doit être $\geq 80\%$, comme déterminée par une enquête de couverture de haute qualité utilisant la dernière méthodologie de l'OMS (sans restriction de temps)²⁸ ; si la campagne de prévention est échelonnée, une couverture nationale doit être estimée.
- Pour les pays souhaitant introduire le vaccin combiné contre la rubéole associé aux vaccins antirougeoleux, antiourlien et antirubéoleux (ROR), la composante oreillons sera entièrement financée par le pays: Gavi ne prend pas en charge la composante oreillons.

Introduction du vaccin combiné contre la rubéole en tant que RR

| | Introduction de la vaccination systématique RR (schéma monodose ou à deux doses) | Campagne de rattrapage RR |
|--|---|---|
| Conseils relatifs à la population cible | <ul style="list-style-type: none"> • Schéma recommandé: première dose à 9 ou 12 mois; deuxième dose à 15–18 mois. L'intervalle minimal entre le VAR1 et le VAR2 est de 4 semaines. • Il ne devrait y avoir aucun âge supérieur pour l'administration du RR (c'est-à-dire l'administration en routine du RR1 ne doit pas se limiter aux nourrissons âgés de 9 à 12 mois, et l'administration en routine du RR2 ne doit pas se limiter aux nourrissons âgés de 15 à 18 mois. Selon les directives de rattrapage de l'OMS, il convient de saisir toutes les occasions de vacciner tous les enfants qui ont manqué une ou les deux doses de VAR. | <ul style="list-style-type: none"> • 9 mois à < 15 ans, les deux sexes • Toute expansion de la population cible au-delà de 15 ans devra être financée par le pays ou par d'autres partenaires. |
| Cofinancement | <p>Les pays sont tenus de cofinancer les vaccins RR dans le schéma de vaccination systématique en fonction de leur statut de transition.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autofinancement initial: 0,30 USD/ dose • Transition préparatoire: au cours de l'année d'introduction, le pays verse un cofinancement de 0,30 USD par dose. Le montant de cofinancement par dose augmente de 15% chaque année ultérieure (par exemple de 0,30 USD à 0,345 USD, puis 0,397 USD, etc.) • Transition accélérée: Au cours de l'année d'introduction, le pays paie 0,30 USD par dose. Le cofinancement augmente de manière linéaire au cours des années de transition restantes jusqu'à concurrence de 100% du coût du vaccin (0,72 USD en 2021). | <p>Il n'y a pas d'exigence de cofinancement pour la campagne de rattrapage RR unique pour une large tranche d'âge au moment de l'introduction du vaccin combiné contre la rubéole.</p> |

²⁸ Gavi soutient les pays dans la réalisation d'enquêtes de couverture post-campagne pour une estimation nationale de la couverture par le biais de la subvention aux coûts opérationnels de la campagne.



Principales exigences pour des campagnes de rattrapage RR

- Les campagnes de rattrapage RR doivent être bien planifiées et mises en œuvre pour atteindre la couverture recommandée $\geq 95\%$. Les pays sont tenus de suivre les directives du **Guide de planification et de mise en œuvre des AVS de l'OMS** pour s'assurer que les meilleures pratiques pour les activités préparatoires et la mise en œuvre sont décrites dans la demande. Une attention particulière doit être apportée aux éléments suivants :
 - comment la campagne est conçue pour atteindre les résultats escomptés, en tenant compte de l'analyse complète des données, des enseignements tirés des campagnes précédentes et des approches novatrices actuellement utilisées.
 - le choix de l'outil d'évaluation de l'état de préparation des AVS de l'OMS;
 - la microplanification destinée à identifier les meilleures stratégies pour atteindre les individus non vaccinés;
 - le suivi rapide de l'adéquation pendant et immédiatement après la campagne prendre des actions correctives immédiates dans les zones à faible performance;
 - l'enquête de couverture post campagne.
- Les pays peuvent envisager de cibler les enfants d'âge scolaire dans la tranche d'âge cible par le biais de la vaccination en milieu scolaire. Dans ce cas, une coordination étroite avec le ministère de l'Éducation et les autorités éducatives sera nécessaire à tous les niveaux dès le début de l'élaboration de la demande pour évaluer comment et quand administrer les vaccinations à l'école (par exemple, en assurant la représentation du ministère de l'Éducation dans les comités techniques).
- D'autres points s'appliquent aux pays demandant un soutien à la campagne Pour obtenir des directives détaillées sur les informations à fournir dans le cadre de l'introduction systématique du RR avec la demande de campagne de rattrapage RR, veuillez vous référer au plan d'introduction du nouveau vaccin RR et au plan d'action.

2 Introduction de l'administration de la seconde dose de vaccin antirougeoleux

Résumé du soutien

- Ce soutien est disponible pour les pays qui utilisent actuellement le vaccin antirougeoleux ou RR dans un programme à une dose et qui souhaitent introduire une deuxième dose de vaccin antirougeoleux ou antirougeoleux-antirubéoleux dans leur programme de vaccination systématique.
- Les pays introduisant le vaccin VAR2 dans le schéma de vaccination systématique doivent utiliser le même vaccin (soit antirougeoleux, soit RR) pour les deux doses. Il s'agit de simplifier les achats, la logistique, l'enregistrement, l'établissement des rapports et le gaspillage de vaccins, les avantages l'emportant sur l'augmentation marginale du coût des vaccins.
- L'introduction du VAR2 devrait être utilisée :
 - pour établir une visite auprès d'enfants en bonne santé au cours de la deuxième année de vie;
 - comme plateforme pour renforcer la couverture vaccinale par l'administration de VAR2, un rattrapage des doses oubliées de VAR1 et d'autres doses systématiques, ainsi que pour d'autres interventions de santé dans ce groupe d'âge (à savoir la deuxième année de vie).
- L'introduction du VAR2 doit accompagner les changements de politique de vaccination qui permettent de vacciner les enfants âgés de plus de 12 mois qui n'ont pas terminé leur schéma de vaccination et d'adopter un schéma de vaccination de rattrapage, sans limite d'âge supérieure pour la vaccination au VAR. Ces doses retardées doivent être enregistrées et rapportées via les systèmes d'information de la gestion sanitaire.



Introduction systématique du VAR2

Conseils relatifs à la population cible

- Schéma recommandé pour le VAR2: 15 à 18 mois
- Intervalle minimal entre le VAR1 et le VAR2: quatre semaines.
- Il ne doit pas y avoir de limite d'âge supérieure pour l'administration du VAR (c'est-à-dire que l'administration systématique de la première dose ne doit pas se limiter aux nourrissons âgés de 9 à 12 mois et l'administration systématique de la deuxième dose ne doit pas se limiter aux nourrissons âgés de 15 à 18 mois) et il faut saisir toutes les occasions pour vacciner tous les enfants qui n'ont pas reçu une ou les deux doses systématiques du VAR (par ex. visite de la deuxième année de vie, entrée à l'école, etc).

Cofinancement

Les pays sont tenus de cofinancer les vaccins antirougeoleux et RR soutenus par Gavi dans le schéma de vaccination systématique. Dans le cas d'une demande de soutien pour l'introduction du VAR2, les deux doses (VAR1 et VAR2) deviennent cofinancées.

Exigences principales pour l'introduction du VAR2

- L'introduction du VAR2 doit être bien planifiée et mise en œuvre pour atteindre les objectifs souhaités. Les pays sont priés de suivre les directives contenues dans les [Principes et les considérations de l'OMS sur l'ajout d'un vaccin à un programme national de vaccination](#), afin de garantir que les bonnes pratiques pour les activités préparatoires et la mise en œuvre sont décrites dans la demande. Une attention particulière doit être apportée aux éléments suivants:
 - actualisation des politiques de vaccination pour permettre la vaccination des enfants de plus de 12 mois;
 - adoption d'un schéma de vaccination de rattrapage (idéalement sans limite d'âge supérieure pour la vaccination VAR);
 - plaidoyer, communication et mobilisation sociale des enfants au cours de la 2^e année de vie.
- Pour obtenir des directives détaillées sur les informations à fournir dans le cadre de l'introduction systématique du VAR2 veuillez vous référer au modèle du plan de mise en œuvre d'un nouveau vaccin RR.

3 Campagnes de suivi de la rougeole ou de la rougeole-rubéole

- Le financement de Gavi pour les coûts opérationnels doit être utilisé de manière différenciée afin de garantir que les enfants zéro dose soient prioritaires.
- Les campagnes de suivi de la rougeole et de la RR doivent être bien planifiées et mises en œuvre pour atteindre la couverture recommandée $\geq 95\%$. La demande de soutien à Gavi doit fournir des détails sur la manière dont la campagne est conçue pour atteindre les résultats escomptés, en tenant compte de l'analyse complète des données, des enseignements tirés des campagnes précédentes et des approches innovantes actuellement utilisées.
- Les pays devront mener une enquête de couverture post-campagne pour déterminer la couverture de la campagne et mesurer la proportion d'enfants «zéro dose de la rougeole» atteints dans le cadre de la campagne.
- Gavi offre une certaine flexibilité aux pays faisant la demande d'un soutien pour une campagne de suivi. Ils pourront demander un soutien aux coûts opérationnels, calculé sur la base de la population nationale âgée de 9 à 59 mois pour des **campagnes nationales, des campagnes infranationales ou des activités de vaccination systématique optimisées** visant à atteindre les enfants privés de vaccination. Une utilisation différenciée du financement des coûts opérationnels pour atteindre les enfants zéro-dose est attendue.



Campagnes de suivi de la rougeole ou de la rougeole-rubéole

Conseils relatifs à la population cible

- 9 à 59 mois
- Le soutien de Gavi se focalise sur la tranche d'âge de 9 à 59 mois, mais il est possible de soutenir un groupe d'âge plus large si les pays fournissent des preuves épidémiologiques solides pour justifier ce soutien dans le cadre de la lutte contre la rougeole.

Cofinancement

Les pays doivent cofinancer une partie des vaccins pour les campagnes de suivi rougeole ou rougeole-rubéole, en fonction de leur statut de transition (2% de chaque dose de vaccin pour les pays en phase d'autofinancement initial et 5% pour les pays en phase de transition préparatoire et accélérée).

Stratégies d'administration différenciées et utilisation différenciée des coûts opérationnels de la campagne pour atteindre les enfants non vaccinés et sous-vaccinés contre la rougeole lors des campagnes de suivi antirougeoleuses ou RR

Le principe de l'élaboration de stratégies d'administration différenciées selon les contextes infranationaux vise à garantir que tous les enfants, en particulier ceux systématiquement oubliés des actions de vaccination, sont atteints par les campagnes de suivi soutenues par Gavi. Dans la mesure où l'atteinte des enfants et des communautés constamment oubliés nécessitera davantage de ressources, il faut leur allouer une part du budget des coûts opérationnels plus grande que celle allouée aux enfants plus facilement disponibles.



Les pays sont vivement encouragés à utiliser les **directives zéro dose** de Gavi et le **cadre IRMMA** lors de l'élaboration du plan d'action et du budget de la campagne de suivi antirougeoleuse ou RR campagne avec des stratégies et des coûts opérationnels différenciés.

Les pays sont tenus de suivre les directives du Guide de planification des AVS de l'OMS pour vous assurer que les meilleures pratiques pour les activités préparatoires et la mise en œuvre sont décrites dans la demande. Pour obtenir des directives détaillées sur les informations à fournir dans le cadre de la demande de campagne de suivi antirougeoleuse ou RR, veuillez vous référer au modèle du plan d'action RR.

Principales exigences pour les plans d'action et les budgets des campagnes de suivi antirougeoleuses ou RR

Une demande de campagne antirougeoleuse/RR suivi réussie doit:

- 1 être **justifiée** sur le plan épidémiologique et programmatique;
- 2 être bien adaptée pour identifier et atteindre **les enfants non ou sous-vaccinés contre la rougeole**, ainsi que les communautés privées de vaccination, en **recourant à des stratégies d'administration différenciées** et en **utilisant de manière différenciée le soutien aux coûts opérationnels**; il s'agit notamment d'envisager des alternatives plus ciblées et adaptées aux campagnes nationales non sélectives (par exemple, activités de vaccination systématique renforcées campagnes infranationales);
- 3 être conçue pour servir de **point d'entrée** pour les enfants et les communautés oubliés **dans le système de vaccination systématique** et pour générer la demande pour un cycle complet de vaccins;
- 4 tirer parti des opportunités d'**intégration** avec d'autres campagnes de santé ou avec la **vaccination de rattrapage** des vaccins systématiques;
- 5 identifier les possibilités de soutien de Gavi pour **renforcer les systèmes de prestation** de services systématique, pendant et après la campagne, et atténuer tout impact négatif sur les services systématique.



① Justification de la campagne

- La demande de campagne de suivi antirougeoleuse ou RR doit justifier de manière solide l'activité et des principaux paramètres (tranche d'âge cible, calendrier, portée géographique et stratégies d'administration).
- La justification de la campagne doit contenir une analyse complète des informations suivantes:
 - profil d'immunité contre la rougeole;
 - couverture vaccinale nationale et infranationale;
 - données de surveillance de la maladie;
 - investigation des épidémies et analyse des causes profondes;
 - études sérologiques (si possible); et
 - modélisation (si possible).

② Stratégies d'administration différenciées et flexibilités dans l'utilisation des coûts opérationnels de campagne pour atteindre les enfants non vaccinés et sous-vaccinés

- Tous les pays doivent suivre les directives relatives aux stratégies d'administration différenciées et à l'utilisation différenciée des coûts opérationnels de campagne pour atteindre les enfants non vaccinés et sous-vaccinés dans les campagnes de suivi antirougeoleuses ou RR, afin d'élaborer le plan et le budget de la campagne. Les éléments de données utilisés pour la justification de la campagne seront particulièrement critiques lors des étapes «identifier» et «atteindre» de la planification de la campagne.
- Les pays à faible performance devront probablement recourir à une **approche non sélective à l'échelle nationale** pour atteindre la proportion la plus élevée d'enfants non vaccinés ou sous-vaccinés contre la rougeole de manière efficace en termes de coûts.
- Toutefois, dans certains contextes, des campagnes nationales non sélectives peuvent ne pas être efficaces en termes de coûts ou nécessaires. Sur la base des données disponibles, il faut envisager des stratégies alternatives pour différencier les zones ou les communautés à haut risque de celles à faible risque. En exploitant la flexibilité des coûts opérationnels des campagnes de suivi antirougeoleuses ou RR approuvée par le Conseil, Gavi recommande vivement aux pays plus performants **d'accorder priorité aux stratégies de campagne adaptées et ciblées et/ou aux activités de vaccination systématique améliorées**, en tant qu'alternative aux campagnes de suivi nationales non sélectives, l'accent étant mis sur l'atteinte des enfants non vaccinés et sous-vaccinés contre la rougeole.
 - Le choix de la ou des stratégie(s) doit tenir compte du contexte du pays, de la couverture vaccinale, des données de surveillance des maladies et de la capacité du programme.
 - Voici quelques exemples de stratégies d'administration adaptées et ciblées:
 - des campagnes infranationales non sélectives; et
 - des campagnes nationales ou infranationales sélectives (c'est-à-dire qui vérifient les dossiers de vaccination dans le cadre d'une campagne avec l'administration d'autres vaccins et/ou d'autres interventions de santé, si possible).
 - Voici quelques exemples d'activités de vaccination systématique améliorées:
 - renforcement des services mobiles et avancés;
 - intensification périodique de la vaccination systématique et journées de la santé de l'enfant;
 - vaccination de rattrapage à l'entrée à l'école.



- Les stratégies et activités d'administration peuvent être mélangées et appariées en fonction du contexte (par exemple, campagnes infranationales non sélectives dans les régions à haut risque et intensification périodique de la vaccination systématique dans les régions à risque moins élevé).
- Reportez-vous à l'[annexe 4](#) pour obtenir des orientations sur les stratégies de campagne ciblées et adaptées et les activités de vaccination systématique améliorée qui peuvent être soutenues par des flexibilités dans la programmation du soutien opérationnel aux campagnes de suivi antirougeoleuses ou RR.

3 Campagnes comme point d'entrée de la vaccination systématique pour les enfants et les communautés oubliés

- Pour de plus amples détails, veuillez vous référer à la section ci-dessus sur les principales exigences pour les pays qui demandent un soutien afin de mener une campagne.

4 Intégration

- Les pays doivent décrire comment les campagnes de suivi soutenues par Gavi seront utilisées comme une occasion d'intégration avec d'autres campagnes de santé (à titre de collaboration ou de coadministration) et/ou de mener une vaccination de rattrapage pour les vaccins manqués liée aux effets de la Covid-19 en matière d'interruptions de la vaccination systématique. Une justification solide doit être fournie si le pays décide de ne pas utiliser l'administration de vaccins antirougeoleux ou antirougeoleux-antirubéoleux lors de la campagne d'intégration.

5 Renforcement du système systématique, pendant et après la campagne

- Veuillez vous référer au guide de terrain de l'OMS sur les AVS afin de déterminer comment renforcer le système de vaccination systématique avant, pendant et après la campagne.
- Les pays doivent décrire quelles **activités de vaccination systématique améliorée** seront mises en œuvre pour combler les lacunes d'immunité contre la rougeole entre les campagnes de suivi et, à long terme, pour diminuer la dépendance à l'égard de ces campagnes. L'annexe 4 donne quelques exemples des activités qui peuvent être menées pour améliorer la couverture de la vaccination antirougeoleuse systématique (par exemple, l'intensification périodique de la vaccination systématique, les vérifications de l'entrée à l'école, etc). Certains pays doivent s'assurer que les activités de vaccination systématique sont harmonisées avec les investissements d'ores et déjà planifiés ou budgétisés dans le cadre du portefeuille de Gavi, par exemple au moyen du renforcement des systèmes de santé (RSS).

4 Fonds de réponse aux épidémies (géré par le [Partenariat contre la rougeole et la rubéole](#))

Les pays touchés par une épidémie conséquente de rougeole et/ou de rubéole d'importance nationale en termes de santé publique qui sont incapables de réagir de manière suffisamment rapide avec un financement local (fonds nationaux de réponse aux épidémies ou financement par des donateurs) peuvent envisager de déposer une demande de soutien aux vaccins et aux coûts opérationnels auprès du Fonds de réponse aux épidémies du [Partenariat contre la rougeole et la rubéole](#). Conformément aux procédures opérationnelles standard du Partenariat contre la rougeole et la rubéole, ils sont tenus d'enquêter sur les causes profondes de l'épidémie et de mettre en place des stratégies d'atténuation.



De plus amples informations, y compris les conditions d'éligibilité, sont disponibles dans le document [Fonds de réponse aux épidémies du Partenariat contre la rougeole et la rubéole](#).



3.13 Vaccins antiméningococciques

- INTRODUCTION DU VACCIN CONJUGUÉ CONTRE LE MÉNINGOCOQUE A (MENACV) DANS LE PROGRAMME DE VACCINATION DE ROUTINE AVEC CAMPAGNE DE RATRAPAGE*
- INTRODUCTION DU VACCIN CONJUGUÉ CONTRE LE MÉNINGOCOQUE A (MENACV) DANS LE PROGRAMME DE VACCINATION DE ROUTINE AVEC CAMPAGNE DE PRÉVENTION DE MASSE*
- PASSAGE DU VACCIN CONJUGUÉ CONTRE LE MÉNINGOCOQUE A (MENACV) AU VACCIN CONJUGUÉ MULTIVALENT CONTRE LE MÉNINGOCOQUE (MMCV) DANS LE CALENDRIER DE VACCINATION DE ROUTINE
- PASSAGE DU VACCIN CONJUGUÉ CONTRE LE MÉNINGOCOQUE A (MENACV) AU VACCIN CONJUGUÉ MULTIVALENT CONTRE LE MÉNINGOCOQUE (MMCV) DANS LE CALENDRIER DE VACCINATION DE ROUTINE AVEC CAMPAGNE DE PRÉVENTION DE MASSE

**Dans des cas exceptionnels, les pays qui n'ont pas encore introduit le MenACV dans leur calendrier de routine peuvent demander l'introduction directe du MMCV dans la routine lorsqu'une décision fondée sur des données probantes justifie ce choix.*

Annexes obligatoires pour les demandes spécifiques au vaccin

Pour l'introduction dans le calendrier de vaccination de routine :

[Plan d'introduction de nouveaux vaccins](#)

Pour les campagnes :

Le [plan d'action de la campagne](#) peut être fusionné avec le PINV

Évaluation des risques

Ciblage des campagnes de rattrapage

Pour tout changements de vaccin :

Formulaire de demande de passage au MMCV

Le plan d'action pour le changement de vaccin, le cas échéant, peut être fusionné avec le plan d'action de la campagne



Accéder à la bibliothèque complète des directives de Gavi



Profils de produit détaillés

Aperçu du programme

Les pays éligibles au soutien de Gavi où la méningite à méningocoques est endémique (« ceinture de la méningite ») (voir encadré ci-contre) peuvent demander des vaccins antiméningococciques. Gavi fournit un soutien pour le MenACV, qui protège contre le sérotype A (NmA) de *Neisseria meningitidis*, et le MMCV, un vaccin pentavalent qui protège contre les sérotypes A (NmA), C (NmC), W (NmW), Y (NmY) et X (NmX) de *Neisseria meningitidis*.

Les pays qui n'ont pas encore introduit le MenACV dans leur programme de routine sont vivement encouragés à le faire dès que possible (parallèlement à une campagne) et sont tenus de le faire avant de passer au MMCV.

Les pays ayant déjà introduit le MenACV dans leur calendrier de vaccination de routine peuvent passer au MMCV. Le passage au MMCV et les campagnes de vaccination par le MMCV pourraient être davantage priorités parmi les pays éligibles en fonction des besoins et sur la base de l'évaluation de leur profil de risque.



Les 26 pays où la méningite méningococcique est endémique sont les suivants : Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Côte d'Ivoire, Érythrie, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Mali, Mauritanie, Niger, Nigeria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Rwanda, Sénégal, Soudan, Soudan du Sud, Tanzanie, Tchad et Togo.



Recommandations de l'OMS

L'OMS recommande les stratégies suivantes dans la ceinture de la méningite :

Pour le MenACV :

- une campagne de prévention de masse à dose unique avec le vaccin antiméningococcique A dans la population âgée de 1 à 29 ans. Sur la base d'une évaluation des risques, ces campagnes peuvent être menées à l'échelle nationale ou uniquement dans les zones à haut risque ;
- les pays n'ayant pas encore introduit le MenACV dans leur programme de routine doivent le faire dès que possible et au plus tard cinq ans après l'achèvement de la campagne de prévention de masse, en même temps qu'une campagne ponctuelle de rattrapage ;
- la campagne de rattrapage cible les cohortes nées après la première campagne de vaccination de masse, en dehors de la tranche d'âge ciblée par le programme de vaccination de routine. La tranche d'âge exacte pour la campagne de rattrapage dépendra du temps écoulé entre la campagne de prévention de masse et l'introduction du vaccin dans le calendrier de routine ; et
- pour les pays qui n'ont pas encore mené de campagnes de prévention de masse, l'introduction dans le calendrier de vaccination de routine doit se faire en même temps que la campagne de prévention de masse, à moins qu'une solide justification du retard et que des plans d'introduction ne soient énoncés.

Pour le MMCV :

- les pays doivent introduire le MMCV dans leur programme de vaccination de routine selon un calendrier à dose unique entre 9 et 18 mois ;
- dans les pays à haut risque et les pays ayant des districts à haut risque, une campagne ponctuelle de prévention de masse par le MMCV dans la population âgée de 1 à 19 ans ou de 2 à 19 ans (selon la tranche d'âge couverte par le programme de routine) doit également être menée au moment de l'introduction du MMCV ; et
- les pays ayant déjà introduit le MenACV dans leur calendrier de vaccination de routine doivent passer au MMCV.



Ressources et références clés

- OMS : [*Guide d'introduction du vaccin conjugué contre le méningocoque A : dans le programme de vaccination de routine*](#)
- OMS : [*Directives sur l'utilisation du vaccin contre la méningite A en chaîne à température contrôlée pendant les campagnes*](#)
- OMS : [*Note de synthèse sur l'utilisation des vaccins antiméningococciques conjugués multivalents dans les pays de la ceinture africaine de la méningite*](#)



Soutien mis à disposition par Gavi

Pour les pays **n'ayant pas introduit le MenACV dans leur calendrier de routine**, Gavi soutient :

- l'introduction du MenACV dans le calendrier de routine²⁹ parallèlement à :
 - une campagne de prévention de masse ; ou
 - une campagne de rattrapage (si une campagne de prévention de masse a déjà eu lieu).



Pour avoir accès au soutien de riposte aux épidémies de méningite, les pays doivent contacter le [secrétariat du Groupe international de coordination \(GIC\) sur la fourniture de vaccins](#)

Pour les pays ayant **déjà introduit le MenACV dans leur calendrier de vaccination de routine**, Gavi soutient :

- un passage au MMCV dans le calendrier de vaccination de routine ; ou
- des campagnes de prévention de masse parallèlement à un passage au MMCV dans le calendrier de routine pour les pays présentant un risque élevé avéré ou les pays comptant des districts à haut risque.

Gavi demande aux pays de cofinancer une partie du coût du MenACV ou du MMCV dans leur programme de vaccination de routine tout en finançant intégralement les campagnes par le MenACV et le MMCV (doses et matériels associés). Un soutien financier supplémentaire est également disponible pour couvrir une partie des coûts de mise en œuvre des changements de vaccins (subvention au changement), des campagnes (soutien aux coûts opérationnels) et de l'introduction de nouveaux vaccins (subvention pour l'introduction de vaccins). Voir la section 2.3 pour en savoir plus.

Planification du soutien de Gavi

- **Priorité à l'amélioration de la couverture de routine** : des conseils applicables au MenACV et au MMCV sont fournis dans la section 2.2 sur le recours aux campagnes pour renforcer la vaccination de routine.
- **Préparation au changement de vaccin** : les pays qui envisagent de passer au MMCV doivent consulter la section 2.5 du présent document pour plus de détails sur les considérations relatives à la planification.
 - Tous les pays qui envisagent de passer au MMCV sont encouragés à informer Gavi de leur intention, qu'ils sollicitent ou non le soutien financier d'une SIV. Les pays doivent contacter leur responsable national de Gavi pour de plus amples informations.
- **Utilisation de la stratégie de la chaîne à température contrôlée (CTC) pour le MenACV** : des [conseils techniques](#) et des [modules de formation](#) supplémentaires par le biais de l'OMS sont disponibles pour les pays qui envisagent d'utiliser une stratégie de CTC lors de la mise en œuvre d'une campagne de masse préventive ou d'une campagne de rattrapage par le MenACV. Les pays souhaitant utiliser une stratégie de CTC doivent résumer dans leur demande de soutien Gavi comment ils vont utiliser la CTC, à quel moment ils prévoient de commencer à l'utiliser et comment ils vont se conformer aux directives de l'OMS pendant la mise en œuvre.

Directives et exigences

Calendrier et coordination pour les stratégies vaccinales

- **Les demandes pour l'introduction de vaccins dans le calendrier de routine ou les changements de vaccins et les campagnes doivent être préparées ensemble.**

²⁹ Dans des cas exceptionnels, les pays qui n'ont pas encore introduit le MenACV dans leur calendrier de routine peuvent demander l'introduction directe du MMCV dans la routine lorsqu'une décision fondée sur des données probantes justifie ce choix.



- Les plans de mise en œuvre pour le MenACV (PINV et plan d'action de la campagne), ou le MMCV (plan d'action pour les changements et les campagnes de prévention) peuvent être combinés en un seul document afin d'éviter les doublons.
- Calendrier de la campagne** : pour le MMCV, si une campagne de prévention de masse est recommandée sur la base d'une évaluation des risques, elle doit être menée quatre semaines après l'introduction du vaccin dans le programme de vaccination de routine. Pour le MenACV, le calendrier des campagnes de rattrapage et de masse dépend de l'âge auquel l'introduction dans le programme de routine est effectuée afin d'éviter les doublons ou de manquer des enfants.

| Âge cible de l'enfant pour la dose de la vaccination de routine | Calendrier de la campagne de rattrapage / prévention de masse |
|---|---|
| 9 mois | 3 mois [3-4 mois] après l'introduction dans le calendrier de routine |
| 15 mois | 3 mois [2-3 mois] avant l'introduction dans le calendrier de routine |
| 18 mois | 6 mois [3-6 mois] avant l'introduction dans le calendrier de routine |

- Identifier les synergies entre les stratégies d'administration** : les pays sont vivement encouragés à identifier les possibilités de gains d'efficacité et de coordination entre les différentes stratégies de vaccination. Celles-ci doivent se refléter dans les budgets de chaque composante du soutien demandé (c'est-à-dire programme de routine, campagne de rattrapage ou campagne de prévention de masse, y compris toute utilisation d'une stratégie de CTC pendant les campagnes).

Conseils relatifs à la population cible

| | MenACV | MMCV |
|---|--|--|
| Introduction dans le calendrier de routine | Une dose à 9 mois ou à 15-18 mois, en fonction de la situation spécifique du pays et de l'épidémiologie | Une dose à 9 mois ou à 15-18 mois, en fonction de la situation spécifique du pays et de l'épidémiologie |
| Campagne de prévention de masse | 1-29 ans | 1-19 ans (si vaccination de routine à 9-12 mois) ou 2-19 ans (si vaccination de routine à 15-18 mois) |
| Campagne de rattrapage | Cibler les enfants sensibles âgés d'au moins 12 mois nés moins d'un an avant la campagne de masse initiale jusqu'à l'introduction dans le programme de routine | Sans objet |



Évaluation des risques et portée géographique

- **Pour les pays demandant un soutien pour des campagnes de prévention de masse (MenACV ou MMCV)** : ces pays **doivent** soumettre un rapport d'évaluation des risques pour le vaccin concerné afin de déterminer la charge de morbidité de la méningite à méningocoques, le profil épidémiologique et microbiologique, toute autre information pertinente disponible (par exemple, une analyse coût-efficacité) et la population cible à risque. La portée géographique de la campagne doit se concentrer sur les zones à haut risque identifiées par l'évaluation des risques selon la méthodologie de l'OMS. Les pays peuvent demander des conseils supplémentaires sur l'évaluation des risques auprès de leur bureau national de l'OMS.
- **Pour les pays sollicitant un soutien pour des campagnes de rattrapage par le MenACV** : les zones géographiques identifiées pour mener les campagnes de rattrapage par le MenACV doivent être les mêmes que pour les campagnes de prévention de masse soutenues par Gavi (c'est-à-dire cibler les zones endémiques définies par l'évaluation des risques), à moins qu'une justification appropriée ne soit fournie pour procéder autrement. Les pays sont **tenus de** soumettre les éléments suivants, le cas échéant :
 - les principales conclusions de l'évaluation initiale des risques qui ont documenté la prise de décisions concernant les campagnes de prévention de masse ; et
 - les zones et la population cible par district ou région où le rattrapage sera effectué, y compris la source et, dans l'idéal, ventilées par année depuis la campagne de prévention de masse. Ces informations sont généralement incluses dans le rapport d'évaluation des risques.
- **Pour les pays qui passent au MMCV** : l'OMS a souligné la nécessité pour chaque pays de procéder à une évaluation complète des risques de méningite à méningocoques afin d'éclairer les stratégies d'introduction du MMCV dans les programmes de vaccination de routine et la décision de mener des campagnes initiales de prévention de masse dans les districts à haut risque.
 - Le niveau de risque est principalement déterminé par le risque de résurgence de l'infection à NmA (temps écoulé depuis les premières campagnes de prévention de masse par le MenACV) et le risque d'infection à NmCWYX (épidémies et cas de flambées dues à NmCWXY).
 - **Pour obtenir des conseils sur l'évaluation des risques liés à l'introduction du MMCV dans le programme de vaccination de routine ou aux campagnes de prévention, les pays doivent contacter leur bureau national de l'OMS.**
- **Considérations relatives aux introductions à l'échelon sous-national** : en ce qui concerne l'introduction du MenACV dans le calendrier de vaccination de routine, les pays sont encouragés à procéder à une introduction à l'échelle nationale. Toutefois, certains pays, en particulier les grands pays dont les zones endémiques sont relativement petites, peuvent envisager d'introduire le MenACV ou le MMCV à l'échelon sous-national. D'autres éléments peuvent être pris en compte lors de la prise de décisions concernant la portée de l'introduction dans le calendrier de routine, c'est-à-dire à l'échelle nationale ou uniquement dans les zones/districts à haut risque. Il s'agit notamment des éléments suivants :
 - la complexité de la mise en œuvre de différents programmes de vaccination dans un même pays pourrait constituer un défi ;
 - le public pourrait avoir l'impression que la vaccination n'est pas équitable dans les différentes régions du pays ;
 - des changements dans les schémas épidémiologiques (dus par exemple à la variabilité du climat) pourraient entraîner l'évolution des zones à haut risque dans le pays (c'est-à-dire l'extension de la ceinture de la méningite) ;
 - les schémas de mobilité de la population entre les zones/districts de non-vaccination et les zones/districts à haut risque, qui peuvent justifier la vaccination de ces populations ; et
 - l'introduction à l'échelle nationale pourrait également être bénéfique aux pays voisins (par exemple, en renforçant l'immunité collective et en maintenant les avantages des campagnes de masse initiales).



Informations clés liées au vaccin antiméningococcique devant être saisies dans des plans de mise en œuvre

L'élaboration d'un plan spécifique à la vaccination antiméningococcique (MenACV et MMCV) doit prendre en compte les aspects suivants :

- **Enseignements tirés** : pour les pays sollicitant un soutien pour des introductions dans le programme de vaccination de routine et les campagnes de prévention et de rattrapage, le plan doit décrire comment certains des enseignements tirés des campagnes de prévention passées seront pris en compte dans la mise en œuvre.
- **Stratégie nationale de communication et plan de communication** : une stratégie de communication nationale globale ainsi qu'un plan de communication, incluant l'introduction du vaccin antiméningococcique dans le calendrier de routine et les campagnes (campagne de rattrapage ou campagne de prévention de masse).
- **Surveillance de la méningite** : une description du système de surveillance de la méningite : un système spécifique à la méningite ou, de préférence, un système de surveillance intégré qui englobe la méningite à méningocoques et d'autres maladies. Il convient de fournir des détails sur l'état du système de signalement, les processus de gestion des données, le laboratoire national et les autres systèmes de traitement et confirmation des cas de méningite liés à l'ensemble des sérogroupes (ou d'indiquer que ces systèmes ne sont pas en place et que des mesures d'atténuation ont été prises).



3.14 Vaccin antipneumococcique conjugué

→ INTRODUCTION SYSTÉMATIQUE

→ INTRODUCTION SYSTÉMATIQUE AVEC VACCINATION DE RATTRAPAGE

Annexes obligatoires pour les demandes spécifiques au vaccin

[Plan d'introduction de nouveaux vaccins \(PINV\)](#)

[Plan d'action de la campagne](#) en cas de demande de soutien pour le rattrapage (peut être fusionné avec le PINV)



Accéder à la bibliothèque complète des directives de Gavi



Profils de produit détaillés

Recommandations de l'OMS

L'OMS recommande d'accorder la priorité aux vaccins antipneumococciques conjugués (VPC) dans les programmes de vaccination infantile, en particulier dans les pays où la mortalité moins de 5 ans est supérieure à 50 pour 1 000 naissances vivantes.

En 2017, le SAGE a recommandé une vaccination de rattrapage pendant introduction du VPC chez les enfants âgés de 1 à 5 ans. C'est ce que reflète le document de synthèse de l'OMS sur [le vaccin antipneumococcique conjugué](#) (2019).



Ressources et références clés

- [Informations de l'OMS sur le vaccin antipneumococcique](#)
- [Note de synthèse de l'OMS sur les vaccins antipneumococciques conjugués chez les nourrissons et les enfants de moins de 5 ans](#) (2019)

Vaccins et consommables anti-VPC

- OMS [Considérations relatives au choix du vaccin antipneumococcique conjugué \(VPC\)](#)
- [Profils VPC soutenus par Gavi pour soutenir la prise de décision du pays](#) (2020)
- [Evidence Dossier Pneumococcal Conjugate Vaccine \(PCV\) Interchangeability](#) (2019)
- [Evaluation des produits VPC](#) (avril 2017)
- [Global Market Study: Pneumococcal Conjugate \(PCV\) and Polysaccharide \(PPV\) Vaccines](#)
- [Calculateur du coût des vaccins pneumococciques conjugués](#)

Mise en œuvre:

- [Introduction du vaccin antipneumococcique: manuel à l'intention des personnels des districts et des établissements de santé](#)
 - Pour le [VPC13](#)
 - Pour le [VPC10](#)
- [Recommandations du SAGE concernant plusieurs vaccins injectables lors d'une même visite](#)

Intégration:

- [Plan d'action mondial intégré pour prévenir et combattre la pneumonie et la diarrhée](#)



Soutien mis à disposition par Gavi

Gavi soutient l'introduction du VPC dans le schéma de vaccination systématique. Les pays peuvent demander un soutien pour l'introduction du VPC dans leur vaccination systématique, en choisissant parmi deux options de soutien (vacciner la cohorte systématique avec ou sans vaccination de rattrapage) et cinq modalités d'introduction.

La planification du soutien de Gavi

Cinq modalités d'introduction du VPC dans la vaccination systématique sont soutenues.

| Option de soutien | Vaccination de la cohorte systématique avec rattrapage | | | Vacciner uniquement la cohorte systématique | |
|---|--|---|--|---|--|
| | VPC systématique avec rattrapage simultané ³⁰ | VPC systématique, par phases, avec rattrapage à l'échelle nationale | VPC systématique, par phases, avec un rattrapage par phases (sur 2 ans et plus) | VPC systématique (pas de progression) | VPC systématique, par phases (sur 2 ans et plus) |
| Modalité d'introduction | | | | | |
| Impact de chaque option au cours des cinq premières années | | | | | |
| Soutien pendant l'année de lancement | SIV* + Ops** + vaccins pour les cohortes systématique et de rattrapage | SIV + Ops + vaccins pour les cohortes systématique et de rattrapage | SIV et Ops + vaccins pour les cohortes systématique et de rattrapage (groupe cible selon la phase) | SIV + vaccins pour la cohorte systématique | SIV + vaccins pour la cohorte systématique (groupe cible selon la phase) |
| Population cible | Systématique: < 12 mois Rattrapage: 1 à 5 ans | Systématique: <12 m (groupe cible spécifique à la phase) Rattrapage: 1 à 5 ans | Systématique: <12 m (groupe cible spécifique à la phase) Rattrapage: 1 à 5 ans | < 12 mois | < 12 mois |

* Subvention d'introduction d'un vaccin

** Subvention aux coûts opérationnels

Les pays peuvent décider d'introduire le vaccin dans leur schéma de vaccination systématique via une introduction par phases basée sur des considérations de faisabilité ou une introduction infranationale fondée sur le risque (p. ex. dans certaines zones géographiques, districts ou provinces). Les pays qui ne peuvent mettre en œuvre des opérations d'introduction initiale du vaccin anti-VPC à échelle nationale peuvent opter pour une approche d'introduction progressive.

³⁰ Dans des cas exceptionnels, lorsque la faisabilité d'une vaccination de rattrapage au lancement est limitée, le rattrapage peut être reporté jusqu'à 11 mois après le lancement.



Soutien fourni à la vaccination anti-VPC systématique et de rattrapage

| | Cohorte systématique VPC | Cohorte de rattrapage VPC |
|------------------------------|--|---|
| Population cible | Enfants jusqu'à l'âge de 12 mois. | Enfants de 12 à 59 mois, à vacciner individuellement dans les 12 mois suivant l'introduction |
| Calendrier vaccinal | Schéma à 3 doses (soit 3+0 ou 2+1) | Dose unique seulement |
| Soutien aux vaccins | Cofinancement normalisé applicable | Toutes les doses financées par Gavi |
| Subvention en espèces | SIV unique de 0,80 USD / 0,70 USD / 0,60 USD (selon la phase de cofinancement du pays) par enfant cible dans la cohorte des naissances de l'année d'introduction | Subvention Ops unique (en plus de la SIV) d'un montant de 0,65 USD / 0,55 USD / 0,45 USD (selon la phase de cofinancement du pays) par enfant cible dans la cohorte de rattrapage |

Directives et exigences

1 Exigences pour la vaccination systématique

- Dernière **évaluation de la charge de morbidité** (charge de morbidité des pneumonies, méningites, toutes causes confondues ou des hospitalisations pour des entités dues au *Streptococcus Pneumoniae*, et données relatives à la prévalence des sérotypes, même au cours du transport, si disponible).
- **Recommandation du Groupe Technique Consultatif National pour la Vaccination (GTCV)** soutenant l'introduction et le choix du produit VPC, sa présentation et la calendrier vaccinal. Le document doit indiquer les raisons pour lesquelles ils sont recommandés. Lorsqu'il n'existe pas de GTCV, Gavi recommande aux pays d'inclure des plans pour en établir un et de soumettre ces plans avec leur demande de soutien pour de nouveaux vaccins.
- **Plan d'introduction de nouveaux vaccins, comprenant:**
 - un plan de mise en œuvre pour une transition vers le programme de vaccination systématique, spécifiant l'extension géographique, le choix du calendrier de l'introduction et la couverture projetée. Le plan doit également inclure une politique de vaccination de rattrapage et aborder les occasions manquées pour la vaccination. D'autres orientations sont disponibles dans la publication de l'OMS «[Ne laisser personne de côté: Directives pour la planification et la mise en œuvre de la vaccination de rattrapage](#)»;
 - les difficultés ou possibilités d'introduction du vaccin anti-VPC en fonction des introductions précédentes de vaccins;
 - une description claire des activités préparatoires, comme la stratégie de mobilisation sociale et de communication, la formation de travailleurs de santé, les contacts pour ressources communautaires, et la coordination d'activités;
 - la confirmation de l'état de préparation de la chaîne du froid;
 - le renforcement du suivi de la sécurité des vaccins;
 - la prévention et le contrôle intégrés des maladies, et le lien avec les interventions sanitaires existantes. Comme l'OMS et l'UNICEF l'ont souligné dans le *Plan d'action mondial intégré pour prévenir et combattre la pneumonie et la diarrhée* (GAPPD), la vaccination antipneumococcique doit s'intégrer dans une stratégie globale associant d'autres mesures, telles que la thérapie par réhydratation orale, l'allaitement exclusivement au sein, la supplémentation en zinc, l'amélioration de la qualité de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène, ainsi qu'une alimentation appropriée. Les pays sont tenus de fournir les informations suivantes en lien avec les objectifs du GAPPD:



- une description générale des interventions existantes en matière prévention et de traitement de la pneumonie et de la diarrhée, ainsi que le statut de la mise en œuvre;
- une description de la manière dont la vaccination antipneumococcique renforce la fourniture de services et la communication sur les pratiques sanitaires adaptées: allaitement exclusif au sein, lavage des mains au savon, assainissement et accès à l'eau potable, conseils relatifs aux comportements en matière de recherche de soins notamment.
- une description des obstacles potentiels aux activités d'intégration (telles que l'élaboration des politiques, l'encadrement et la coordination, la gestion de l'approvisionnement et des données, la fourniture de services, le financement, la formation du personnel de santé, la communication et la mobilisation sociale, le suivi et l'évaluation).

2 Exigences supplémentaires pour la vaccination de rattrapage:

- Les demandes d'introduction systématique avec rattrapage doivent être préparées et soumises ensemble.
- Description et estimation du nombre de la **population cible de la cohorte de rattrapage**.
- **La recommandation du GTCV** appuyant le rattrapage.
- **Le plan d'action de la vaccination de rattrapage**, comprenant la liste de contrôle, la liste des activités et le chronogramme (à moins que les informations ne soient déjà incluses dans le PINV), et les plans de rattrapage du VPC pour des populations spécifiques où la couverture est faible ou inéquitable. Le PINV et/ou le plan d'action peuvent être combinés afin d'éviter les doublons et pour garantir une solide coordination entre l'introduction systématique et la campagne de rattrapage. Les éléments suivants doivent être inclus dans le plan d'action et le budget de rattrapage des pays:
 - Des **stratégies** détaillées **pour atteindre tous les enfants éligibles**, notamment une attention accrue sur l'identification et l'atteinte enfants zéro dose et des communautés privées de vaccination.
 - La description détaillée **des activités préparatoires et de mise en œuvre**, y compris:
 - le renforcement des capacités et formation;
 - la micro-planification ;
 - le plaidoyer, la communication et la mobilisation sociale;
 - la surveillance des manifestations adverses post immunisation (MAPI) et la préparation à la communication de crise;
 - le fonctionnement des postes de vaccination.
 - **Le suivi et la mesure** des enfants atteints pendant la campagne, y compris une enquête de couverture post-campagne. Les pays bénéficiant d'un soutien au rattrapage du VPC peuvent mener une enquête de haute qualité et représentative à l'échelle nationale, en utilisant un échantillonnage aléatoire pour évaluer la couverture. Il s'agit d'obtenir une estimation indépendante de la couverture de la vaccination achevée et de faire porter la responsabilité de la campagne aux principales parties prenantes.
 - Opportunités de **renforcer la vaccination systématique**, y compris l'établissement de plans à long terme pour atteindre les enfants sous-vaccinés par la vaccination systématique.
 - **Chronogramme** des activités, avec la planification et les préparatifs de la campagne.
 - Utilisation de **l'outil d'évaluation de l'état de préparation des activités de vaccination supplémentaires (AVS) de l'OMS** pour suivre la mise en œuvre des activités préparatoires de la campagne.
 - Dans les trois mois suivant la mise en œuvre du rattrapage:
 - soumettre un rapport technique des AVS;
 - réaliser une **enquête de couverture post-campagne** indépendante, statistiquement et techniquement valide et la soumettre dans les six mois suivant la mise en œuvre.



- Il est recommandé aux pays de suivre les directives du **Guide de planification et de mise en œuvre des AVS de l'OMS** afin de s'assurer que les meilleures pratiques pour les activités préparatoires et la mise en œuvre sont prises en compte. Ce guide fournit des informations complètes sur la planification et la mise en œuvre d'une campagne de haute qualité, y compris les activités critiques et les calendriers proposés (annexe 6 du Guide des AVS) et met en lumière les possibilités de renforcer la vaccination et la surveillance systématiques (cf. Section 3.1 du Guide des AVS).

3 Principales considérations sur la vaccination de rattrapage

- Les pays doivent **évaluer l'option d'introduire avec un rattrapage**: les données laissent à penser que la vaccination anti-VPC des enfants en dehors de la cohorte des naissances au moment de l'introduction nationale accélère la protection directe et indirecte et accélère ainsi l'impact de la vaccination anti-VPC. Si la logistique le permet, des campagnes de rattrapage lors de l'introduction du vaccin anti-VPC peuvent améliorer l'avantage par dose du Programme VPC dans des situations où le portage du vaccin est élevé et où la maladie se propage au-delà de la petite enfance.
 - Si la disponibilité ou la capacité est limitée pour la vaccination de rattrapage, il convient de donner la priorité aux enfants les plus jeunes qui recevront des doses de rattrapage de vaccin anti-VPC en raison du risque plus élevé de maladie à pneumocoques.
- **Les pays doivent fournir une justification s'ils ne demandent pas de soutien au rattrapage.**
- Les pays doivent démontrer comment le soutien opérationnel à la mise en œuvre d'une vaccination de rattrapage serait utilisé pour renforcer l'administration de vaccins par l'intermédiaire d'un programme de vaccination systématique.
- **Période**: La vaccination de rattrapage doit viser à couvrir le plus grand nombre d'enfants possible. Si cela n'est pas possible, une campagne de rattrapage peut commencer 11 mois après l'introduction dans la vaccination systématique et cibler trois cohortes. Les pays doivent procéder à une vaccination de rattrapage dans les 12 mois suivant le lancement de la vaccination systématique pour bénéficier du soutien au rattrapage.
- Les pays sont encouragés à tirer parti des synergies de mise en œuvre et de l'**efficacité budgétaire**:
 - lorsque des campagnes pour d'autres vaccins sont prévues au cours de la même année;
 - si le rattrapage doit être lancé en même temps que l'introduction systématique.

4 Choix du schéma

- Pour les pays qui n'ont pas encore introduit le VPC, les décisions concernant le choix du schéma doivent envisager questions opérationnelles et programmatiques, notamment la ponctualité de la vaccination, la couverture qui devrait être obtenue à la troisième dose et les schémas de distribution par âge des maladies à pneumocoques, s'ils sont connus. La faible couverture vaccinale des populations lors des visites entre 9 et 12 mois ou plus peut justifier l'utilisation d'un schéma à trois doses primaires sans rappel (3p+0).
- Une fois qu'un programme a été lancé, il n'est pas recommandé de changer de schéma à moins qu'un ou plusieurs facteurs ayant entraîné le choix du schéma initial changent considérablement.
- Un intervalle de dosage d'au moins huit semaines entre les deux doses primaires d'un schéma 2p+1 et un intervalle de dosage d'au moins quatre semaines pour un schéma 3p+0 est recommandé. Toutefois, l'intervalle de huit semaines recommandé pour le schéma 2p+1 peut être raccourci s'il y a des raisons impérieuses, par exemple la ponctualité lors de la réception de la deuxième dose et/ou la possibilité d'obtenir une couverture plus élevée avec le schéma. L'intervalle de dosage entre les doses primaires dans chaque schéma ne doit pas être inférieur à quatre semaines.



- Le moment auquel le rappel est administré dans le schéma 2p +1 doit être choisi pour maximiser la couverture. L'âge choisi pour l'administration de la dose de rappel dans la plupart des programmes est 9, 12, 15 ou 18 mois, en fonction de facteurs opérationnels et programmatiques, dont le calendrier des contacts vaccinaux dans le schéma national de vaccination pour les autres vaccins. Les données disponibles sont insuffisantes pour déterminer le moment optimal auquel administrer le rappel.

5 Approvisionnement en vaccins

- Les vaccins anti-VPC doivent être achetés par l'intermédiaire de l'UNICEF en vertu des conditions générales de garantie de marché pour le vaccin antipneumococcique. Les pays qui se procurent les vaccins par l'intermédiaire de l'UNICEF peuvent toujours se procurer les dispositifs de vaccination par eux-mêmes.
- Actuellement, trois vaccins différents sont offerts dans le portefeuille du VPC. Veuillez consulter la page des [profils produits détaillés de Gavi](#) pour obtenir les informations les plus récentes sur les vaccins disponibles.

6 Recommandations relatives au choix du produit

- Trois vaccins pré-qualifiés par OMS sont disponibles: PCV10GSK (Synflorix, GSK), PCV10SII (PNEUMOSIL, Serum Institute of India) et PCV13 (Prevenar 13, Pfizer). Le PCV13 et le PCV10SII peuvent présenter des avantages supplémentaires dans les contextes où la maladie attribuable au sérotype 19A (ST19A) ou au sérotype 6C (ST6C) constitue un problème de santé publique important. Toutefois, il n'existe actuellement aucune preuve de l'existence d'effets nets différents sur la charge globale de morbidité selon le produit. Le choix du produit à l'échelon du pays doit tenir compte des caractéristiques programmatiques, de l'approvisionnement en vaccins, du prix du vaccin, de la prévalence des sérotypes vaccinaux au niveau local ou régional et des caractéristiques de résistance aux antimicrobiens chez les sérotypes vaccinaux.
- Il convient de noter que le VPC 10SII est préqualifié jusqu'à l'âge de deux ans. Il a été testé chez les tout-petits jusqu'à 15 mois et chez les adultes, mais pas chez les enfants âgés de 2 à 5 ans. Ainsi, un programme de rattrapage jusqu'à l'âge de cinq ans serait hors indication. Les pays peuvent envisager de renforcer la surveillance de la sécurité post introduction.

7 Budget

- Les pays qui déposent une demande de vaccination systématique avec rattrapage pourront bénéficier de deux allocations - la subvention d'introduction du vaccin (SIV) pour la cohorte systématique et la subvention aux coûts opérationnels(Ops) pour la cohorte de rattrapage. Les deux subventions et les activités financées devraient se compléter et s'appuyer l'une sur l'autre.



3.15 Vaccin antirotavirus

→ INTRODUCTION SYSTÉMATIQUE

Annexes obligatoires pour les demandes spécifiques au vaccin

[Plan d'introduction de nouveaux vaccins](#)



Accéder à la bibliothèque complète des directives de Gavi



Profils de produit détaillés

Recommandations de l'OMS

L'OMS recommande que les vaccins antirotavirus soient inclus dans tous les programmes nationaux de vaccination et considérés comme prioritaires, en particulier dans les pays ayant des taux de mortalité par gastroentérites virales à rotavirus élevés.

L'emploi des vaccins antirotavirus doit faire partie d'une stratégie exhaustive de lutte contre les maladies diarrhéiques.

La vaccination antirotavirus est systématiquement rentable et a même permis des économies dans la plupart des pays à faible revenu et à revenu intermédiaire par rapport à l'absence de vaccination. Les résultats du rapport coût/efficacité sont aussi généralement favorables, mais pas universellement, pour les pays en transition après avoir bénéficié du soutien de Gavi, ainsi que pour les pays non éligibles au soutien de Gavi³¹.



Ressources et références clés

- [Note d'information de l'OMS sur le vaccin antirotavirus](#)
- [Vaccins antirotavirus: note de synthèse de l'OMS, janvier 2013](#)
- [Recommandations du SAGE lors de sa réunion d'octobre 2020](#)
- OMS: [Introduction of Rotavirus Vaccines: Information for Policy Makers, Programme Managers, and Health Workers](#)
- PATH [Calculatrice des coûts des vaccins antirotavirus](#)
- Articles récents sur l'impact de la vaccination antirotavirus et son rapport coût/efficacité
 - [The Lancet: Re-evaluating the potential impact and cost-effectiveness of rotavirus vaccination in 73 Gavi countries: a modelling study](#)
 - [The Lancet: Evaluating the potential economic and health impact of rotavirus vaccination in 63 middle-income countries not eligible for Gavi funding: a modelling study](#)
- [Plan d'action mondial de l'OMS et de l'UNICEF pour prévenir et combattre la pneumonie et la diarrhée \(GAPPD\)](#)

³¹ Recommandations du SAGE lors de sa réunion d'octobre 2020: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/337100/WER9548-eng-fre.pdf?ua=1>.



Soutien mis à disposition par Gavi

Gavi soutient l'introduction du vaccin antirotavirus dans le schéma de vaccination systématique.

Les pays qui ne peuvent mettre en œuvre des opérations d'introduction initiale du vaccin à échelle nationale peuvent opter pour une approche d'introduction progressive. Les pays peuvent introduire le vaccin dans leur schéma de vaccination systématique via une introduction par phases basée sur des considérations de faisabilité (p. ex. dans certaines zones géographiques, districts ou provinces).

Introduction dans les schémas systématiques

- **Conseils relatifs à la population cible**
 - Enfants jusqu'à l'âge de 12 mois.
- **Calendrier vaccinal**
 - Vaccination complète, avec deux ou trois doses, selon le choix du produit vaccinal
- **Subvention d'introduction de vaccins (SIV) et cofinancement**
 - SIV unique de 0,80 USD / 0,70 USD / 0,60 USD (selon la phase de cofinancement du pays) par enfant cible dans la cohorte des naissances de l'année d'introduction
 - Cofinancement normalisé du pays applicable

Directives et exigences

1 Considérations relatives à l'administration des doses

- L'OMS recommande que la première dose de vaccin antirotavirus soit administrée dès que possible après l'âge de six semaines. L'OMS recommande que le vaccin antirotavirus soit administré en même temps que **le vaccin antidiphthérique, antitétanique et anticoquelucheux (DTC)**. En permettant aux nourrissons de recevoir le vaccin antirotavirus en même temps que le DTC, indépendamment du moment de la vaccination, les programmes de vaccination pourront atteindre les enfants précédemment exclus des avantages des vaccins antirotavirus.
- Les vaccins antirotavirus sont administrés par voie orale avec un intervalle d'au moins quatre semaines entre les doses.
- Les vaccinations peuvent être administrées en même temps que d'autres vaccins systématiques destinés aux nourrissons.
- Compte tenu de la répartition typique de la gastro-entérite à rotavirus (GERV) par âges, la vaccination antirotavirus des enfants âgés de plus de 24 mois n'est pas recommandée.

2 Suivi des manifestations adverses post-immunisation (MAPI)

Pour les vaccins antirotavirus, les pays doivent:

- présenter une planification et un programme de formation des personnels de santé appropriés en matière de pharmacovigilance vaccinale avant l'introduction du vaccin;
- élaborer une stratégie pour informer les personnels de santé concernés qu'il subsiste un faible risque potentiel d'invagination intestinale lié à l'utilisation du vaccin antirotavirus, bien que les avantages de la vaccination l'emportent sur le risque;
- veiller à ce que le personnel soignant soit correctement formé à la détection des signes de déshydratation ou d'invagination intestinale nécessitant une consultation médicale immédiate;



- établir l'incidence de référence de cette affection dans des sites témoins et utiliser des études épidémiologiques, telles que les séries de cas autocontrôlés, afin d'évaluer l'innocuité des vaccins antirotavirus;
- former et inciter le personnel de santé à la détection, au signalement et l'investigation des cas d'invagination intestinale et de GERV, afin de mieux évaluer les risques et les avantages liés au vaccin. Avant d'introduire le vaccin, il convient de mettre en place un plan de surveillance des MAPI et de formation du personnel.

3 Informations clés liées au vaccin antirotavirus devant être saisies dans les plans de mise en œuvre

Les éléments suivants doivent être pris en compte dans les plans d'introduction du vaccin antirotavirus du programme de vaccination systématique:

- dernière **évaluation de la charge de morbidité**;
- **recommandation du Groupe technique consultatif national pour la vaccination (GTCV)** soutenant l'introduction et le choix du produit et de la présentation du vaccin antirotavirus. Le document doit indiquer les raisons pour lesquelles elles sont recommandées. Lorsqu'il n'existe pas de GTCV, Gavi recommande aux pays d'inclure des plans pour en établir un et de soumettre ces plans avec leur demande de soutien pour de nouveaux vaccins;
- **plan d'introduction de nouveaux vaccins**, comprenant:
 - le plan de mise en œuvre du programme de vaccination systématique. Il doit préciser l'étendue géographique, le calendrier de l'introduction de la routine et la couverture prévue. Le plan doit également inclure une politique de vaccination tardive et aborder les occasions manquées pour la vaccination. Des directives sont disponibles dans la publication de l'OMS «[Ne laisser personne de côté: Directives pour la planification et la mise en œuvre de la vaccination de rattrapage](#)»;
 - les difficultés ou possibilités d'introduction du vaccin antirotavirus en fonction des introductions précédentes de vaccins;
 - une description claire des activités préparatoires, comme la stratégie de mobilisation sociale et de communication, la formation de travailleurs de santé, les contacts pour ressources communautaires, et la coordination d'activités;
 - la confirmation de l'état de préparation de la chaîne du froid;
 - une description claire du suivi de la sécurité des vaccins;
 - l'OMS recommande que les plans d'introduction des vaccins antirotavirus tiennent compte de l'épidémiologie de la maladie par âge, de la couverture et de l'âge réel au moment de la vaccination. Les plans doivent également comprendre une évaluation de l'impact estimé sur la santé publique et des risques potentiels. Il est important d'établir l'incidence de référence de l'invagination intestinale. Une bonne planification et formation du personnel, pour conduire la pharmacovigilance vaccinale doit avoir lieu avant l'introduction du vaccin. Les soignants doivent recevoir des conseils adéquats pour reconnaître les signes de déshydratation ou d'invagination intestinale.

4 Considérations relatives au choix du produit

- Le choix du produit au niveau national doit tenir compte des caractéristiques programmatiques, de l'approvisionnement et du prix du vaccin.
- Dans leur demande, les pays sont priés de choisir leur présentation préférée et sont vivement encouragés à choisir une deuxième présentation préférée. Il faudrait fournir une recommandation du GTCV pour étayer le choix du produit et de sa présentation.



- Les pays doivent consulter les [profils des vaccins antirotavirus de Gavi](#) pour obtenir les informations les plus récentes, en notant que plusieurs produits et présentations de vaccins préqualifiés par l'OMS sont disponibles. D'autres présentations ont été soumises à la préqualification de l'OMS et pourraient être disponibles à l'avenir.

5 Prévention intégrée des maladies, contrôle et lien avec les interventions sanitaires existantes

Comme l'OMS et l'UNICEF l'ont souligné dans le Plan d'action mondial intégré pour prévenir et combattre la pneumonie et la diarrhée (GAPPD), la vaccination antirotavirus doit s'intégrer à une stratégie globale associant d'autres mesures telles que la thérapie par réhydratation orale, l'allaitement exclusivement au sein, la supplémentation en zinc, l'amélioration de la qualité de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène, ainsi qu'une alimentation appropriée. Les pays sont tenus de fournir les informations suivantes en lien avec les objectifs du GAPPD:

- une description de haut niveau des interventions existantes en matière prévention et de traitement de la pneumonie et de la diarrhée, ainsi que le statut de la mise en œuvre;
- une description de la manière dont la vaccination antirotavirus pourrait renforcer la prestation conjointe de services et la communication sur les pratiques sanitaires adaptées: allaitement exclusif au sein, lavage des mains au savon, assainissement et accès à l'eau potable, conseils relatifs aux comportements en matière de recherche de soins notamment.
- une description des obstacles potentiels aux activités d'intégration (telles que l'élaboration des politiques, l'encadrement et la coordination, la gestion de l'approvisionnement et des données, la fourniture de services, le financement, la formation du personnel de santé; la communication et la mobilisation sociale et le suivi et évaluation).



3.16 Vaccin antityphoïdique conjugué

→ INTRODUCTION SYSTÉMATIQUE

→ INTRODUCTION SYSTÉMATIQUE AVEC CAMPAGNE DE RATRAPAGE

Annexes obligatoires pour les demandes spécifiques au vaccin

Pour l'introduction systématique:

[Plan d'introduction de nouveaux vaccins \(PINV\)](#)

Pour la campagne de rattrapage:

[Plan d'action de la campagne](#) (peut être fusionné avec le Plan d'introduction de nouveaux vaccins)

[Directives sur les données relatives à la typhoïde](#) (Tableaux 1 et 2)



Accéder à la bibliothèque complète des directives de Gavi



Profils de produit détaillés

Recommandations de l'OMS

L'OMS recommande l'introduction du vaccin antityphoïdique conjugué, pour les nourrissons et les enfants à partir de six mois, en monodose dans les pays où la maladie est endémique, et lorsque cela est possible et étayé par des données épidémiologiques, en monodose unique de rattrapage pour les enfants de moins de 15 ans³².

La vaccination de rattrapage de plusieurs cohortes d'âge au moment de l'introduction du vaccin est susceptible d'accélérer l'impact de l'utilisation du vaccin. Cette stratégie peut également accroître la protection indirecte (collective) des individus non vaccinés.

Les pays doivent étudier les schémas de vaccination existants pour déterminer où le vaccin antityphoïdique conjugué peut être administré en même temps que d'autres vaccins afin de garantir des synergies et un bon rapport coût-efficacité, par exemple à l'âge de neuf mois ou au cours de la deuxième année de vie.



Ressources et références clés

- [OMS: Normes de surveillance de la typhoïde et d'autres salmonelloses invasives](#)
- [Directives sur les données antityphoïdiques pour les demandes à Gavi](#)
- [Directives de l'OMS relatives à la coadministration du vaccin antityphoïdique avec les vaccins antirougeoleux](#)
- [Vaccins antityphoïdiques: note de synthèse de l'OMS, mars 2018 \(2018\)](#)

Soutien mis à disposition par Gavi

- **Soutien de Gavi:** Gavi offre un soutien à l'introduction nationale du vaccin antityphoïdique conjugué dans le schéma de vaccination systématique et, selon le contexte du pays, à une vaccination de rattrapage unique pour les enfants jusqu'à l'âge de 15 ans.

³² Vaccins antityphoïdiques: Note de synthèse de l'OMS, relevé épidémiologique hebdomadaire n° 13, 2018, 93, 153-172.



- **Introduction progressive:** Les grands pays (p. ex. Nigeria, Pakistan) peuvent décider d'introduire le vaccin dans leur schéma de vaccination systématique via une introduction par phases fondée sur des considérations de faisabilité ou une introduction infranationale basée sur le risque (p. ex. dans certaines zones géographiques, districts ou provinces). Ces grands pays pourraient aussi mener des campagnes de rattrapage pour le vaccin antityphoïdique conjugué afin d'accélérer l'impact de l'utilisation du vaccin dans tous les districts ou dans certains districts sélectionnés parmi ceux où le vaccin antityphoïdique conjugué sera introduit dans la vaccination systématique. Le vaccin antityphoïdique conjugué doit être introduit dans la vaccination systématique au minimum dans toutes les zones couvertes par une campagne de rattrapage au cours de chaque phase d'introduction.
- **Réaction en cas d'épidémie:** Actuellement, Gavi n'offre pas de soutien pour la constitution d'un stock de vaccin antityphoïdique conjugué. En revanche, le soutien de Gavi pourra être demandé pour répondre à des épidémies de fièvre typhoïde. En raison des données limitées sur l'utilisation du vaccin antityphoïdique conjugué en situation d'urgence, les pays doivent contacter leur gestionnaire de programme pays Gavi, qui pourra contacter les experts techniques appropriés en besoin.

La planification du soutien de Gavi

Introduction dans les schémas systématiques, avec ou sans campagne de rattrapage

- **Conseils relatifs à la population cible**
 - **Pour la vaccination systématique:** nourrissons survivants âgés de neuf mois ou dans la seconde année de vie.
 - **Pour la campagne de rattrapage:** de 9 à 15 ans

Principales considérations pour le choix de la stratégie de vaccination

- **Faisabilité de la mise en œuvre et justification épidémiologique: Les pays sont vivement encouragés à tenir compte de la faisabilité de la mise en œuvre lorsqu'ils choisissent une stratégie de vaccination spécifique.** Les pays doivent justifier la stratégie choisie, et toutes les données nécessaires doivent être saisies dans les formulaires complétés inclus dans les [Directives sur les données antityphoïdiques pour les demandes à Gavi](#). Les pays doivent au minimum introduire le vaccin antityphoïdique conjugué dans le système de vaccination systématique dans toutes les zones ciblées par la campagne de rattrapage unique.
 - **Campagnes de rattrapage:** S'ils choisissent une stratégie de campagne de rattrapage suivie d'une introduction dans le schéma de vaccination systématique, les pays devront présenter des plans pour l'introduction du vaccin antityphoïdique conjugué dans le programme de vaccination systématique suivant la réalisation de la campagne de rattrapage afin d'assurer la coordination entre les deux activités. Ces plans doivent être reflétés dans le plan d'introduction de nouveaux vaccins (PINV) et/ou dans le plan d'action (documents peuvent être combinés afin de minimiser les doublons).
 - **Population cible**
 - Les pays doivent décrire la population cible pour la campagne de rattrapage et/ou l'introduction systématique, et fournir toutes les informations disponibles sur la situation épidémiologique de la typhoïde. Si le vaccin est déjà utilisé, des preuves de l'utilisation de ce vaccin, les cibles et sa couverture doivent être indiqués.
 - En fonction du calendrier de la vaccination systématique, les pays doivent comparer leur population cible pour le vaccin antityphoïdique conjugué aux références nationales (par ex. première dose du vaccin antirougeoleux) si le vaccin antityphoïdique conjugué est coadministré au même âge. Les pays devront également envisager l'intégration de la vaccination de rattrapage du vaccin antityphoïdique conjugué, parallèlement à d'autres activités de vaccination complémentaires planifiées.



Directives et exigences

1 Données épidémiologiques et charge de morbidité

Les pays doivent justifier l'introduction du vaccin antityphoïdique conjugué dans le schéma de vaccination (en précisant s'il s'agit d'un schéma national ou d'un schéma fondé sur le risque) en s'appuyant sur les données relatives à la charge de morbidité due à la typhoïde. Ces justifications sont renforcées si les données nationales et sentinelles de la fièvre typhoïde sont fournies (par ex. relevés des cas de typhoïdes confirmés en laboratoire). L'OMS recommande que les cas de typhoïdes soient confirmés par hémoculture ou par des méthodes moléculaires de *Salmonella Typhi* (S. Typhi) ou détection de S. ADN Typhi d'un site normalement stérile. Les tests Widal ne sont pas suffisants pour confirmer les cas de fièvre typhoïde. Si de telles données sont indisponibles, les pays devront envisager d'utiliser les données issues des évaluations rapides, les analyses de modélisation, les facteurs de risques relatifs à la typhoïde (par ex. accès à des installations sanitaires ou à l'eau potable) ou les échantillonnages environnementaux. Voir le [guide de Gavi sur les données relatives à l'introduction du vaccin antityphoïdique conjugué](#) pour plus de détails.

Les pays devront envisager la mise en place de systèmes de surveillance afin d'estimer et/ou de surveiller l'incidence de la typhoïde après l'introduction du vaccin. Le soutien de Gavi aux activités de surveillance peut prendre la forme d'une assistance technique fournie par le biais de l'assistance pays ciblée du cadre d'engagement des partenaires ou du soutien au renforcement des systèmes de santé (RSS).

Pour de plus amples informations, veuillez consulter les [normes de surveillance de la typhoïde et d'autres salmonelloses invasives de l'OMS](#).

Les demandes de soutien au vaccin antityphoïdique conjugué doivent inclure les suivants:

- les données ou modélisation disponibles, un aperçu de la situation épidémiologique du pays, y compris mais sans s'y limiter : la charge de morbidité, les communautés les plus à risque, l'étendue géographique de la typhoïde et/ou les facteurs de risque;
- un rapport sur les foyers d'épidémie ou les regroupements de cas de fièvre typhoïde ou d'autres maladies avec des facteurs de risque similaires, comme le choléra;
- une justification de la stratégie de vaccination choisie (par ex. systématique seulement ou systématique et rattrapage, nationale ou infranationale fondée sur le risque, unique et progressive).

Les demandes de soutien au vaccin antityphoïdique conjugué peuvent aussi inclure:

- des données relatives à un assainissement insuffisant et à un accès à de l'eau potable dans une zone géographique;
- des données et tendances sur les résistances antimicrobiennes relatives à la S. Typhi;
- des données de morbidité par âge (années et/ou mois) confirmées.

2 Informations clés relatives au vaccin antityphoïdique conjugué à consigner dans le plan de mise en œuvre des nouveaux vaccins ou du plan d'action

En fonction de la stratégie de vaccination choisie par le pays, le PINV et le plan d'action peuvent être combinés afin d'éviter les doublons et pour garantir une solide coordination entre l'introduction systématique et la campagne de rattrapage.

Une stratégie de vaccination complète (PINV ou plan d'action) pour l'introduction du vaccin antityphoïdique conjugué doit inclure les éléments suivants:



- **Vaccination systématique**

- Un plan de mise en œuvre pour une transition vers le programme de vaccination systématique, spécifiant l'extension géographique, le choix du calendrier de l'introduction et la couverture projetée.
- Une preuve de la compréhension des défis ou opportunités que l'introduction du vaccin antityphoïdique conjugué présente, fondée sur des introductions de vaccins antérieures, pour garantir l'existence de mesures appropriées pour éviter les perturbations ou pour s'appuyer sur les meilleures pratiques.
- La description de l'intégration du vaccin antityphoïdique conjugué dans le système national d'information sanitaire pour le suivi systématique de la couverture vaccinale.

- **Campagne de rattrapage**

- Un plan de mise en œuvre visant à quantifier la population cible et à atteindre une couverture élevée du groupe d'âge ciblé, en utilisant les leçons tirées des campagnes précédentes ciblant les enfants scolarisés et non scolarisés.
- La campagne de rattrapage doit atteindre des populations spécifiques où la couverture vaccinale systématique est faible et inéquitable. Ces populations sont souvent des communautés socialement et économiquement marginalisées, géographiquement difficiles à atteindre et/ou victimes de discrimination raciale et ethnique. La conception de la campagne doit donc inclure des initiatives explicites pour atteindre ces populations.
- Des plans de suivi de la couverture pendant la campagne pour identifier les lacunes en temps réel, suivi du statut vaccinal individuel et réalisation d'une enquête de couverture post campagne.
- Un plan de mise en œuvre pour une transition douce vers le programme de vaccination systématique.

- **Surveillance**

- **Surveillance de la fièvre typhoïde:** l'état et l'étendue du système de compte rendu, l'existence d'un accès à des tests de laboratoire pour la fièvre typhoïde et le test de résistance antimicrobienne pour les cas de fièvre typhoïde, et la gestion de données. Si aucune surveillance n'est en place, les pays devront fournir des plans pour établir une surveillance de fièvre typhoïde, mais ceci est facultatif pour demander le soutien de Gavi.
- **Surveillance des manifestations adverses post-immunisation (MAPI):** état du système de signalement, sensibilisation des agents de santé au signalement des MAPI et gestion des données MAPI, état du comité d'experts MAPI.

- **Activités préparatoires:** description claire de la gouvernance et de la coordination, et des activités préparatoires, y compris la stratégie de mobilisation sociale et de communication, la formation des travailleurs de la santé et des personnes ressources de la communauté.

- **Eau, assainissement et hygiène (WASH):** description ou mention des plans et processus nationaux d'amélioration de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène (WASH) dans les zones identifiées comme ayant un taux élevé de morbidité. Les pays devront envisager des approches de prévention de maladies intégrée, le contrôle et la connexion des programmes de vaccination aux interventions de santé existantes (par ex. le programme WASH et/ou le développement d'opportunités dans tous les programmes de vaccination).



3.17 Vaccin antiamaril

→ INTRODUCTION SYSTÉMATIQUE

→ CAMPAGNES DE PRÉVENTION DE MASSE

Annexes obligatoires pour les demandes spécifiques au vaccin

Pour l'introduction systématique:

[Plan d'introduction de nouveaux vaccins](#)

Campagne de prévention de masse:

[Plan d'action de la campagne](#)

Rapport d'évaluation du risque

Plan de mise en œuvre de la stratégie «Éliminer les épidémies de fièvre jaune», appelée stratégie EYE (recommandé)



Accéder à la bibliothèque complète des directives de Gavi



Profils de produit détaillés

Recommandations de l'OMS

La fièvre jaune ne peut pas être éradiquée, mais les épidémies peuvent être éliminées si les niveaux d'immunité de la population sont élevés grâce à une vaccination de masse et soutenus par une vaccination systématique des nourrissons. Le risque d'épidémies peut être considérablement réduit par la vaccination d'au moins 80% de la population exposée au risque.

Afin d'atteindre et de maintenir ce taux de couverture élevé dans les pays à risque, [la stratégie 2017-2026 «Éliminer les épidémies de fièvre jaune», appelée stratégie EYE](#), décrit quatre manières potentielles d'améliorer la couverture vaccinale dans les zones à haut risque:

1. intégrer la fièvre jaune dans les programmes de vaccination systématique au moment de la première dose du vaccin antirougeoleux (VAR1) et renforcer la couverture;
2. réaliser des campagnes de prévention de masse pour accroître rapidement l'immunité des populations dans les zones à haut risque;
3. mettre en œuvre des activités de rattrapage comme mesure d'atténuation des risques pour combler les lacunes en matière de vaccination;
4. garder un stock pour les campagnes réactives qui garantisse l'équité des vaccins pour la riposte aux épidémies de fièvre jaune.

Tous les pays doivent noter que la circulation du virus de la fièvre jaune et le risque y afférent peuvent changer et/ou s'étendre à de nouveaux pays ou de nouvelles régions qui ne sont pas encore considérés comme étant à haut risque. L'OMS recommande par conséquent que les pays:

- consultent le secrétariat d'EYE à l'OMS;
- se réfèrent aux notes d'orientation de l'OMS à propos de la fièvre jaune, qui sont mises à jour chaque année. Ces documents sont disponibles sur la [page Internet de l'OMS relative à la fièvre jaune](#) ou auprès des bureaux nationaux de l'OMS;
- se réfèrent à la [stratégie 2017-2026 «Éliminer les épidémies de fièvre jaune», appelée stratégie EYE](#)



Ressources et références clés

- [Page de l'OMS sur le vaccin antiamaril](#)
- Stratégie [Éliminer les épidémies de fièvre jaune \(EYE\) 2017-2026](#)
- [Page de la fièvre jaune de l'OMS](#), incluant les principales publications et documents
- [WHO vaccination coverage cluster surveys: reference manual \(2018\)](#)

Pour obtenir les recommandations de l'OMS concernant la mise en œuvre de la stratégie d'élimination des épidémies de fièvre jaune, veuillez vous référer à la boîte à outils du pays et aux directives correspondantes.

Pour plus d'informations sur la conduite d'une évaluation des risques, veuillez contacter le point focal de la région Afrique de l'OMS pour la fièvre jaune et le Secrétariat d'EYE: (EYE.Strategy@who.int).

Soutien mis à disposition par Gavi

Gavi apporte un soutien à l'introduction de la vaccination systématique et aux campagnes de prévention de masse uniques pour les pays classifiés à haut risque de fièvre jaune et un soutien au diagnostic de la fièvre jaune (voir la [section 3.12](#)).

Les pays à risque modéré ou potentiel de circulation du virus de la fièvre jaune qui doivent encore procéder à une évaluation des risques ne sont censés soumettre de demande de soutien que si le risque identifié est validé suite à la consultation du Secrétariat d'EYE.



Gavi achemine les fonds pour une **riposte rapide aux épidémies** de fièvre jaune par le biais du Groupe international de coordination. Des informations détaillées sur l'accès au soutien pour la riposte aux épidémies sont disponibles sur la page Internet [yellow fever vaccine stockpile](#).

Introduction dans les systèmes systématiques

- **Conseils relatifs à la population cible**
 - Recommandation de l'OMS pour les pays d'Afrique subsaharienne: 9 mois
 - Recommandation de l'OMS pour les pays des Amériques: 12 mois
- **Considérations essentielles**
 - **Pays à risque élevé:** recommandations pour les pays à risque élevé:
 - introduire et maintenir une couverture vaccinale élevée contre la fièvre jaune dans leur système de vaccination systématique;
 - introduire le vaccin antiamaril dans la vaccination systématique dans les neuf mois suivant la campagne de masse préventive.
 - **Introduction au niveau infranational:** l'introduction du vaccin dans le schéma de vaccination systématique sera en général nationale. Toutefois, les grands pays ayant des zones hyperendémiques relativement petites peuvent envisager une introduction infranationale en fonction des constatations et des résultats clés des évaluations des risques.
 - **Coadministration avec le VAR1 et d'autres vaccins:** Il est recommandé d'administrer le vaccin antiamaril aux enfants de 9 à 12 mois en même temps que le vaccin antirougeoleux, ce qui coïncide souvent avec d'autres vaccins (par exemple, le vaccin antiméningococcique A). Les pays doivent donc également mentionner leur population cible pour la première dose de vaccin antirougeoleux dans leur demande de jaune.



Campagnes de masse préventives

• Conseils relatifs à la population cible

- Population âgée de neuf mois et plus dans les zones à haut risque, avec une limite supérieure recommandée de soixante ans. La tranche d'âge cible exacte peut varier en fonction de l'immunité spécifique existante par pays.

• Considérations essentielles

- **Une couverture vaccinale élevée par la vaccination systématique est la priorité absolue:** la plupart des pays à haut risque ont déjà la fièvre jaune dans leur programme de vaccination systématique et devraient se concentrer sur l'augmentation de la couverture vaccinale systématique en tant que priorité absolue. La [section 2](#) («Soutien de Gavi à l'introduction et à l'extension des vaccins») donne des directives sur l'utilisation des campagnes pour renforcer la vaccination systématique.
- **Les pays doivent s'engager à introduire le vaccin antiamaril dans la vaccination systématique:** les pays qui n'ont pas encore introduit le vaccin antiamaril dans leur programme de vaccination systématique doivent demander un soutien en même temps que la demande de campagne de prévention de masse ou s'engager à l'introduire dans le schéma de vaccination systématique dans les neuf mois suivant la campagne.

Directives et exigences

1 Planification à long terme et priorisation

- Afin de soutenir une approche globale de combat durable contre la fièvre jaune avec une priorisation adéquate, les pays sont encouragés à avoir des plans à long terme pour la prévention et la lutte contre la fièvre jaune et à les joindre à la demande. Par exemple, un résumé de toutes les activités liées à la fièvre jaune devra apparaître dans le plan annuel du du Programme élargi de vaccination (PEV) ou dans le Plan de mise en œuvre de la stratégie EYE sur trois ans.
- Les pays sont censés maintenir des taux de couverture systématique élevés après les campagnes de prévention de masse. Il s'agit d'une condition préalable importante car elle garantit que les bénéficiaires d'une campagne préventive seront prolongés par la protection ultérieure de nouvelles cohortes. Les pays doivent contacter l'OMS pour de plus de directives sur les campagnes préventives de masse avant de demander un nouveau soutien à Gavi.

2 Évaluation du risque

- Les pays doivent soumettre une évaluation du risque infranational préparée en collaboration avec le groupe de travail sur l'analyse du risque d'EYE, lors de la demande de soutien à Gavi. En outre, ils sont tenus de consulter la Secrétariat d'EYE, au moins 6 à 12 mois avant soumission de la demande de soutien à Gavi, afin de bénéficier d'une assistance technique pour:
 - établir des priorités pour les nouveaux plans d'introduction du vaccin antiamaril dans le programme systématique;
 - valider le niveau de risque du pays;
 - privilégier les introductions de campagnes de prévention de masse;
 - valider les exigences relatives aux doses des vaccins par phase et an.



3.17.1 Soutien au diagnostic de la fièvre jaune

En novembre 2018, le Conseil de Gavi a approuvé le soutien au renforcement des capacités de diagnostic de la fièvre jaune en apportant des fournitures de laboratoire, du matériel et du renforcement des capacités aux pays.

Ce soutien a pour but de faciliter des tests de laboratoire plus fiables sur la fièvre jaune, ce qui devrait à son tour permettre une utilisation plus efficace et plus efficiente du vaccin antiamaril, en particulier en réponse aux flambées épidémiques et en remédiant aux lacunes dans la couverture vaccinale systématique identifiées par la détection des cas de fièvre jaune.



Accéder à la bibliothèque complète des directives de Gavi

Soutien mis à disposition par Gavi

Le soutien de Gavi à l'achat de vaccins antiamaril inclus :

- les tests moléculaires de la fièvre jaune,
- les tests ELISA de détection des IgM de la fièvre jaune,
- tests de diagnostic rapide des IgM de la fièvre jaune,
- disponibilité limitée dans le temps des fournitures consommables, y compris les réactifs, nécessaires aux tests de confirmation de l'infection par la fièvre jaune dans les cas présumés et le matériel spécifiquement nécessaire pour mener ces tests. Gavi peut soutenir l'achat de fournitures consommables du vaccin antiamaril pour les laboratoires d'un pays sans soutenir l'achat d'équipements de diagnostic de la fièvre jaune.

Types de réactifs, fournitures et équipements pour les tests de diagnostic de la fièvre jaune éligibles au soutien de Gavi

- **Tests immuno-enzymatiques en phase solide (ELISA)**
 - Réactifs ELISA ou trousse de test
 - Fournitures consommables pour les tests ELISA, y compris les plaques de réaction et les tuyaux pour pipettes ELISA.
- **Tests par réaction en chaîne polymérase (PCR)**
 - Trousse de test PCR
 - Fournitures consommables pour les tests PCR, y compris les tubes de test PCR
- **Fournitures de protection personnelle, y compris la protection des yeux et les gants jetables**
- **Équipement**
 - Laveur ELISA
 - Lecteur ELISA
 - Équipement PCR
 - Enceinte de biosécurité

Aux fins du financement de Gavi pour l'achat de réactifs, de fournitures et d'équipements pour les tests de diagnostic de la fièvre jaune, les quantités et types spécifiques de fournitures consommables achetées pour tester un nombre donné d'échantillons et les types d'équipements achetés pour être utilisés dans le Réseau de laboratoires de fièvre jaune seront déterminés sur la base des contributions de l'OMS et de l'UNICEF.



Pays éligibles au soutien au diagnostic de la fièvre jaune

Le soutien aux réactifs, fournitures et équipements de diagnostic de la fièvre jaune est actuellement disponible pour les pays africains éligibles au soutien de Gavi classés comme «à haut risque» pour la fièvre jaune par l'OMS dans le cadre de la [stratégie «Éliminer les épidémies de fièvre jaune» \(EYE\)](#).

- Approuvés: Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Ghana, Guinée, Kenya, Liberia, Mali, Niger, Nigeria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République du Congo, Sénégal, Sierra Leone, Soudan, Soudan du Sud, Tchad, Togo.
- Éligibles, pas (encore) demandé: Burundi, Érythrée, Gambie, Guinée-Bissau, Mauritanie, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Somalie et Zambie.

La planification du soutien de Gavi

- Le gouvernement national doit soumettre des demandes au Secrétariat de Gavi. De plus, ce soutien est accordé uniquement au laboratoire national de santé publique de référence pour la fièvre jaune d'un pays. Pour bénéficier du soutien, le laboratoire national de santé publique de référence pour la fièvre jaune doit disposer d'une base solide pour tester au moins 50 échantillons de fièvre jaune par an afin de maintenir une compétence adéquate en matière de dépistage.
- Les fournitures et équipements de laboratoire de fièvre jaune soutenus par Gavi seront achetés par l'intermédiaire de la division des approvisionnements de l'UNICEF. L'auto-approvisionnement ou l'approvisionnement par le biais d'autres mécanismes n'est pas possible pour l'approvisionnement financé par Gavi en fournitures et équipements de laboratoire pour la fièvre jaune.

Limitations et autres sources de soutien

Le financement des éléments de base de l'infrastructure de laboratoire tels que le personnel, l'électricité, l'eau, le mobilier, etc. n'est pas disponible dans le cadre du soutien de Gavi à la capacité de diagnostic de la fièvre jaune et doivent être financées par d'autres moyens. La modalité de financement du renforcement des systèmes de santé et de vaccination de Gavi pourrait soutenir la surveillance et la capacité des laboratoires dans plans nationaux qui visent à atteindre et à maintenir une couverture vaccinale élevée et à relever les défis sous-jacents en matière d'équité. En outre, une assistance technique, telle que la formation du personnel de laboratoire, l'assurance qualité et les tests de contrôle de la qualité, peut être fournie aux laboratoires nationaux de la fièvre jaune et aux laboratoires régionaux de référence de l'OMS.

Directives et exigences

Exigences

- Un formulaire de demande complet.
- Signatures requises pour valider la demande avant sa présentation à Gavi:
 - Ministre de la Santé (ou son/sa représentant(e) autorisé(e)) ;
 - Directeur/Directrice du laboratoire national de la fièvre jaune (ou son autorité déléguée)
 - Preuve que le ministère des finances a été informé (par exemple, par la réception sous pli cacheté de la demande du ministère de la santé à Gavi).

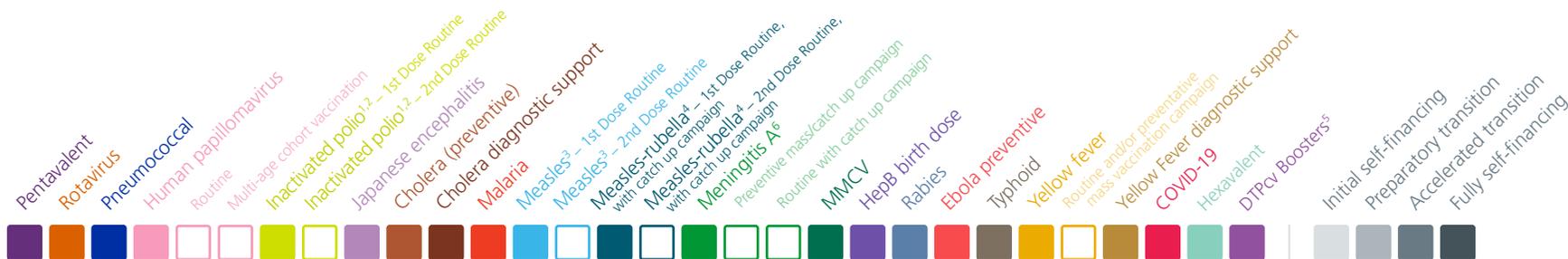


- L'instance de coordination - le comité de coordination interagences (CCIA), le comité de coordination des systèmes de santé (CCSS) ou un organe équivalent - doit approuver la demande avant présentation à Gavi. Cela peut également se faire au moyen de l'approbation par le CCIA/CCSS de l'évaluation conjointe et devrait être reflété dans les procès-verbaux du CCIA/CCSS.

NOTE: La signature du/de la ministre des Finances (ou de ses autorités déléguées) est recommandée mais facultative. La preuve que le ministère des finances a été informé est nécessaire pour garantir que le gouvernement est conscient de sa responsabilité dans le financement des réactifs, des fournitures et de l'équipement des laboratoires de la FJ. Afin d'assurer la viabilité financière à long terme, il est attendu que les pays utilisent éventuellement une partie de leurs ressources et assument progressivement l'entière responsabilité du financement du matériel du laboratoire de la fièvre jaune. Des informations complémentaires seront fournies dès qu'elles seront disponibles. L'approbation de cette demande par le directeur financier du ministère de la Santé est requise pour faire en sorte que le gouvernement prenne conscience de sa responsabilité en matière de financement des réactifs, fournitures et équipements du laboratoire de la fièvre jaune.



COUNTRY VACCINE INTRODUCTIONS, ELIGIBILITY, AND TRANSITION STATUS AS OF 2024

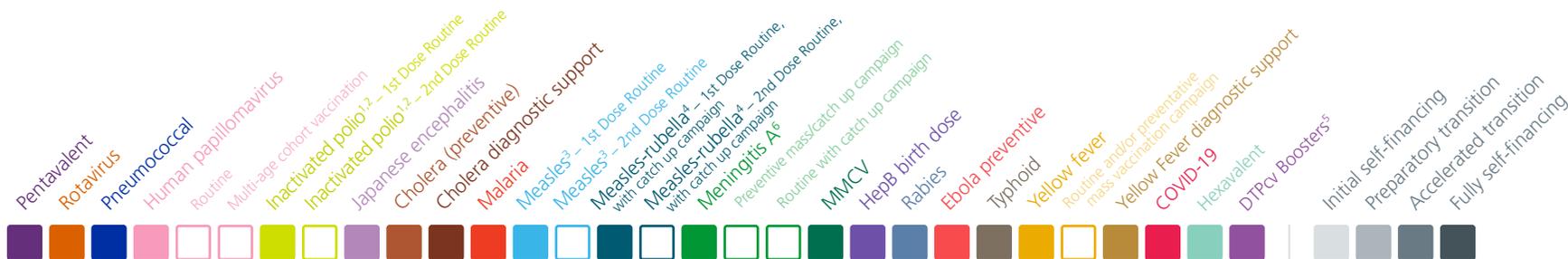


AFRICAN REGION

| Country | Pentavalent | Rotavirus | Pneumococcal | Human papillomavirus | Routine | Multi-age cohort vaccination | Inactivated polio ^{1,2} - 1st Dose Routine | Inactivated polio ^{1,2} - 2nd Dose Routine | Japanese encephalitis | Cholera (preventive) | Cholera diagnostic support | Malaria | Measles ³ - 1st Dose Routine | Measles ³ - 2nd Dose Routine | Measles-rubella ⁴ - 1st Dose Routine with catch up campaign | Measles-rubella ⁴ - 2nd Dose Routine with catch up campaign | Meningitis A ⁶ | Preventive mass/catch up Campaign | Routine with catch up Campaign | MMCV | HepB birth dose | Rabies | Ebola preventive | Typhoid | Yellow fever | Routine and/or preventative mass vaccination campaign | Yellow Fever diagnostic support | COVID-19 | Hexavalent | DTPcv Boosters | Initial self-financing | Preparatory transition | Accelerated transition | Fully self-financing |
|-----------------------|-------------|-----------|--------------|----------------------|---------|------------------------------|---|---|-----------------------|----------------------|----------------------------|---------|---|---|--|--|---------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|------|-----------------|--------|------------------|---------|--------------|---|---------------------------------|----------|------------|----------------|------------------------|------------------------|------------------------|----------------------|
| Lesotho | R | R | R | RC | R | C | R | E | / | E | E | E | / | R | RC | RC | / | / | / | / | E | E | / | E | / | / | / | E | E | / | / | / | / | / |
| Liberia | R | R | R | DR | / | A | RC | E | / | E | E | A | R | R | E | E | / | / | / | / | E | E | E | RC | RC | / | / | E | E | / | / | / | / | / |
| Madagascar | R | R | R | D | E | E | R | R | / | E | E | E | R | R | / | / | / | / | / | E | E | / | E | / | / | / | E | E | / | / | / | / | / | / |
| Malawi | R | R | R | DR | / | A | RC | E | / | E | E | A | R | / | RC | RC | / | / | / | / | E | E | / | RC | / | / | E | E | / | / | / | / | / | / |
| Mali | R | R | R | D | A | E | R | R | / | E | E | E | R | / | E | E | R | P/CC | C | E | E | E | E | E | RC | / | / | E | E | / | / | / | / | / |
| Mauritania | R | R | R | RC | R | C | R | E | / | E | E | E | / | / | RC | R | E | P/E | E | / | / | E | / | / | E | / | / | E | E | / | / | / | / | / |
| Mozambique | R | R | R | D | R | A | R | A | / | E | E | A | R | / | RC | RC | / | / | / | / | E | E | / | E | / | / | E | E | / | / | / | / | / | / |
| Niger | R | R | R | D | E | E | R | R | / | E | E | A | / | / | E | E | R | P/CC | C | E | E | E | / | E | R | E | / | / | E | E | / | / | / | / |
| Nigeria | R | A | R | A | A | A | R | R | / | E | E | A | RC | R | E | E | R | P/CC | C | E | / | E | E | E | RC | / | / | E | E | / | / | / | / | / |
| Rwanda | R | R | R | R | R | / | R | R | / | E | E | E | R | / | RC | RC | E | E/NE | / | / | E | E | E | E | / | / | E | E | / | / | / | / | / | / |
| Sao Tome and Principe | R | R | R | D | R | C | RC | E | / | E | E | E | R | / | RC | RC | / | / | / | / | E | / | / | E | R | / | / | E | E | / | / | / | / | / |
| Senegal | R | R | R | DR | R | A | RC | A | / | E | E | E | R | / | RC | RC | E | P/E | E | / | / | E | E | E | RC | / | / | E | E | / | / | / | / | / |
| Sierra Leone | R | R | R | DR | R | A | RC | R | / | E | E | A | R | / | RC | RC | / | / | / | / | E | E | E | E | RC | / | E | E | E | / | / | / | / | / |
| South Sudan | R | E | E | E | E | E | R | R | / | E | E | A | / | E | / | / | E | P/E | E | / | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E |
| Togo | R | R | R | D | A | A | R | R | / | E | E | E | R | / | RC | RC | R | P/CC | C | E | E | E | / | E | RC | / | / | E | E | / | / | / | / | / |
| Uganda | R | R | R | R | R | / | R | R | / | E | E | A | / | / | RC | A | E | P/E | E | / | E | E | E | E | RC | / | / | E | E | / | / | / | / | / |
| UR Tanzania | R | R | R | DR | R | A | RC | E | / | E | E | E | R | / | RC | RC | E | E/NE | / | / | E | E | E | E | / | / | E | E | / | / | / | / | / | / |
| Zambia | R | R | R | DR | R | A | RC | E | / | E | E | E | R | / | RC | RC | / | / | / | / | E | E | E | E | / | / | E | E | / | / | / | / | / | / |
| Zimbabwe | R | R | R | DRC | R | C | RC | R | / | E | E | E | R | / | RC | RC | / | / | / | / | E | E | / | RC | / | / | E | E | / | / | / | / | / | / |



COUNTRY VACCINE INTRODUCTIONS, ELIGIBILITY, AND TRANSITION STATUS AS OF 2024



SOUTH-EAST ASIAN REGION

| Country | Pentavalent | Rotavirus | Pneumococcal | Human papillomavirus | Routine | Multi-age cohort vaccination | Inactivated polio ^{1,2} | Inactivated polio ^{1,2} - 1st Dose Routine | Japanese encephalitis | Cholera (preventive) | Cholera diagnostic support | Malaria | Measles ³ - 1st Dose Routine | Measles ³ - 2nd Dose Routine | Measles-rubella ⁴ - 1st Dose Routine with catch up campaign | Measles-rubella ⁴ - 2nd Dose Routine with catch up campaign | Meningitis A ⁶ | Preventive mass/catch up Campaign | Routine with catch up Campaign | MMCV | HepB birth dose | Rabies | Ebola preventive | Typhoid | Yellow fever | Routine and/or preventive mass vaccination campaign | Yellow Fever diagnostic support | COVID-19 | Hexavalent | DTPcv Boosters | Initial self-financing | Preparatory transition | Accelerated transition | Fully self-financing | | |
|------------|-------------|-----------|--------------|----------------------|---------|------------------------------|----------------------------------|---|-----------------------|----------------------|----------------------------|---------|---|---|--|--|---------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|------|-----------------|--------|------------------|---------|--------------|---|---------------------------------|----------|------------|----------------|------------------------|------------------------|------------------------|----------------------|---|---|
| Bangladesh | R | A | R | D | A | A | RC | E | A | E | E | / | R | / | RC | RC | / | / | / | E | E | / | A | / | / | / | E | E | / | / | / | / | / | / | / | / |
| DPR Korea | R | E | E | E | E | E | R | E | E | E | E | / | R | / | RC | / | / | / | / | E | E | / | E | / | / | / | E | E | / | / | / | / | / | / | / | |
| India | R | R | R | / | A | A | R | E | RC | / | / | / | / | / | C | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | |
| Myanmar | R | R | R | R | R | A | R | A | RC | E | / | / | R | / | RC | RC | / | / | / | E | E | / | E | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | |
| Nepal | R | R | R | D | E | E | RC | E | RC | E | / | / | R | / | RC | RC | / | / | / | E | E | / | A | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | |

WESTERN PACIFIC REGION

| Country | Pentavalent | Rotavirus | Pneumococcal | Human papillomavirus | Routine | Multi-age cohort vaccination | Inactivated polio ^{1,2} | Inactivated polio ^{1,2} - 1st Dose Routine | Japanese encephalitis | Cholera (preventive) | Cholera diagnostic support | Malaria | Measles ³ - 1st Dose Routine | Measles ³ - 2nd Dose Routine | Measles-rubella ⁴ - 1st Dose Routine with catch up campaign | Measles-rubella ⁴ - 2nd Dose Routine with catch up campaign | Meningitis A ⁶ | Preventive mass/catch up Campaign | Routine with catch up Campaign | MMCV | HepB birth dose | Rabies | Ebola preventive | Typhoid | Yellow fever | Routine and/or preventive mass vaccination campaign | Yellow Fever diagnostic support | COVID-19 | Hexavalent | DTPcv Boosters | Initial self-financing | Preparatory transition | Accelerated transition | Fully self-financing | |
|------------------|-------------|-----------|--------------|----------------------|---------|------------------------------|----------------------------------|---|-----------------------|----------------------|----------------------------|---------|---|---|--|--|---------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|------|-----------------|--------|------------------|---------|--------------|---|---------------------------------|----------|------------|----------------|------------------------|------------------------|------------------------|----------------------|---|
| Cambodia | R | E | R | D | A | A | R | E | RC | E | / | / | R | / | RC | RC | / | / | / | E | E | / | E | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / |
| Lao PDR | R | A | R | DRC | R | C | R | A | C | E | / | / | R | / | C | RC | / | / | / | E | E | / | E | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / |
| Papua New Guinea | R | / | R | SE | SE | SE | R | R | / | E | / | / | R | / | C | / | / | / | E | E | / | E | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / |
| Solomon Islands | R | R | R | DRC | R | C | R | E | / | / | / | / | R | / | C | / | / | / | E | E | / | E | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / |

Type d'introduction

R - introduction d'un programme systématique **C** - campagne **D** - démonstration **A** - approuvé, en attente d'introduction
P - Campagne préventive de vaccination de masse **CC** - Campagne de rattrapage

Type d'éligibilité

Non encore introduit dans une vaccination systématique ou une campagne Non éligible **E** - Éligible **SE** - Nécessitant une décision spéciale du conseil **NE** - Non éligible

¹ Approbation de la campagne de rattrapage VPI: Côte d'Ivoire, Érythrée, Kirghizistan, Malawi, Mongolie, Ouzbékistan, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone, Togo, Zimbabwe

² Éligibilité pour une campagne de rattrapage VPI: Djibouti, Gambie, Guinée-Bissau, Lesotho, Népal, RPD de Corée

³ Deuxième dose de vaccin R ou RR comme deuxième dose de vaccin antirougeoleux La liste ne comprend pas les campagnes de suivi pour la rougeole, car elles ne sont pas directement associées aux introductions systématiques. Il s'agit d'activités de vaccination supplémentaires pour combler les lacunes d'immunité contre la rougeole.

⁴ Vaccin RR sous forme de vaccin antirubéoleux. L'éligibilité dans cette liste est fondée sur les données dernières WUENIC et la couverture des dernières campagnes de vaccination contre la rougeole et la rubéole et peut changer en fonction des données

disponibles les plus récentes. Veuillez consulter les directives du programme RR pour des détails sur les critères d'éligibilité. La liste ne comprend pas les campagnes de suivi antirougeoleuses-antirubéoleuses, car elles ne sont pas directement associées aux introductions systématiques. Il s'agit d'activités de vaccination supplémentaires pour combler les lacunes d'immunité contre la rougeole.

⁵ Soutien à l'introduction de l'un des trois vaccins de rappel recommandés contenant le DTC dans le calendrier de vaccination systématique. Les pays qui disposent d'un programme de rappel ne peuvent prétendre à un soutien pour ce point de contact existant, sauf dans les cas suivants ceux qui décident de passer du DTC au pentavalent ou à l'hexavalent dans la période 2YL

⁶ Les pays qui ont mené une campagne de vaccination préventive de masse dans le cadre de l'initiative MenA peuvent encore bénéficier de la vaccination systématique ou de la vaccination systématique avec campagnes de rattrapage.



Annexe 2 : Exigences de l'enquête sur la couverture post - campagne (ECPC)

Les pays qui bénéficient d'un soutien aux campagnes doivent rendre compte des résultats au Secrétariat de Gavi.

Exigences d'ECPC pour les campagnes soutenues par Gavi

- Après avoir mené toutes les campagnes de vaccination soutenues par Gavi, les **pays doivent mener des ECPC indépendantes, statistiquement et techniquement fiables**, fondées sur un échantillonnage aléatoire, afin d'évaluer la couverture vaccinale³³ au niveau national atteinte durant la campagne³⁴. Cette exigence permet de garantir:
 - une estimation indépendante de la couverture nationale de la campagne terminée soutenue par Gavi à l'aide d'un échantillonnage aléatoire;
 - la responsabilité de la campagne par les dirigeants nationaux et d'autres parties prenantes.
- Lors de la demande de soutien de Gavi à une campagne, les pays doivent indiquer la **portée et les objectifs** de toute ECPC prévue dans le plan d'action de la campagne. Les pays doivent également inclure le **coût de l'ECPC** dans le budget détaillé de la subvention aux coûts opérationnels. L'ECPC doit idéalement être financé par la subvention de Gavi afin d'éviter tout manque de financement, mais elle peut également être financée par une tierce partie si le financement a été engagé et Mobilisateurs.
- Le **rapport de l'ECPC** doit être soumis à Gavi dès rédaction et au plus tard six mois après la mise en œuvre de la campagne.

Planification de l'ECPC

- **Rôles et responsabilités:** Les pays doivent définir clairement les rôles et les responsabilités des personnes et des agences clés pour la planification, la conduite, l'analyse et la diffusion de l'enquête post-campagne.
 - Une équipe indépendante et interdisciplinaire doit mener une enquête post-campagne avec la participation du programme de vaccination et de ses partenaires afin de garantir une évaluation objective de la couverture de la campagne.
 - Les pays sont encouragés à travailler avec l'office national de statistique ou un programme gouvernemental équivalent pour obtenir le meilleur cadre d'échantillonnage disponible et pour assurer un engagement continu et un renforcement des capacités locales.
- **Calendrier de l'enquête:** Les ECPC doivent être menées dès que possible, dans les trois mois après la fin de la campagne, afin de réduire le biais que pourraient créer les rappels. Cela peut signifier que l'ECPC doit être réalisée à intervalles réguliers pour les campagnes qui sont mises en œuvre par phases.
- **Prévoir une période de planification de 6 à 12 mois:** La planification technique et opérationnelle d'une ECPC doit commencer au moins 6 à 12 mois avant la campagne prévue.
- **Campagnes intégrées:** Si le pays mène une campagne intégrée (par ex. VAR et vaccin antiméningococcique A), l'ECPC doit viser à mesurer la couverture de chaque intervention pendant la campagne. Cela nécessitera une planification minutieuse des activités de vaccination supplémentaires (AVS) (par ex. chaque vaccin dans un membre différent mais cohérent), l'utilisation de marques de doigt de couleurs différentes pour chaque vaccin et l'inscription chaque vaccin sur la carte de campagne (ou l'utilisation d'une carte de couleur différente pour chaque vaccin administré pendant la campagne). Cela facilitera la collecte des données sur les vaccins reçus lors de la réalisation de l'ECPC.

³³ Pour les campagnes infranationales, couverture de la population et des zones géographiques ciblées par la campagne.

³⁴ Si les pays sont confrontés à des circonstances exceptionnelles qui ne permettent pas la réalisation d'une enquête de couverture post campagne (par ex. des problèmes de sécurité), ils doivent fournir une justification écrite à Gavi.



- **Adapter l'outil d'évaluation de l'état de préparation aux AVS** Les pays sont encouragés à adapter l'outil d'évaluation de l'état de préparation aux AVS de l'OMS ([EN](#) | [FR](#)) de manière à saisir les principales activités et jalons liés à l'ECPC, afin de suivre correctement les préparatifs et la mise en œuvre d'une enquête de couverture post-campagne de haute qualité.
- **Assistance technique:** Les pays sont encouragés à envisager d'inclure le soutien technique pour une enquête de vaccination planifiée et une ECPC. Un engagement et un soutien étroits de la part des partenaires sont essentiels, en particulier au cours du processus précoce de planification et d'estimation du budget.

Elaboration de l'ECPC

- **Questionnaires normalisés:** des questionnaires d'ECPC normalisés – ou des questionnaires examinés et validés par un comité d'experts pour la collecte de données sur la vaccination – sont fortement encouragés pour assurer la conformité avec les bonnes pratiques. Les questionnaires doivent être conçus de manière à faciliter une collecte précise des données et selon les méthodes utilisées au niveau local pour documenter les doses reçues pendant la campagne et dans les services de vaccination systématique. Des essais pilotes adéquats sont encouragés, et la formation pratique et la supervision des enquêteurs sont essentielles.
- **Analyses statistiques normalisées:** effectuez des analyses statistiques appropriées compte tenu de la conception de l'échantillonnage de l'enquête. L'utilisation d'indicateurs de qualité de la couverture vaccinale facilite cette tâche. Les analyses des données doivent être pondérées conformément aux directives de l'OMS; il est important de s'assurer que les informations permettant de calculer les pondérations sont bien documentées lors de la planification et de la mise en œuvre de l'enquête.
- **Taille de l'échantillon et degré de précision pour l'ECPC:** l'enquête doit avoir un échantillon de taille suffisante par rapport à la population cible et à l'objectif de l'enquête. Les experts techniques recommandent que les pays visent une estimation nationale de la couverture de la campagne avec une précision de $\pm 5\%$ lorsqu'il est prévu que la couverture soit d'au moins 80%. La recherche d'une précision plus ou moins grande peut dépendre des décisions programmatiques découlant de l'enquête. Des efforts particuliers sont nécessaires pour assurer le cadre d'échantillonnage le plus actualisé et le plus complet et pour déterminer les procédures opérationnelles pour atteindre les populations spéciales telles que les réfugiés, les populations déplacées à l'intérieur du pays et les populations urbaines pauvres.
 - **Pour les campagnes intégrées** (par ex. VAR et vaccin antiméningococcique A), qui peuvent avoir des tranches d'âge multiples, la taille de l'échantillon doit être calculée pour chaque indicateur en termes de nombre d'entretiens à réaliser, puis le nombre de ménages requis à inclure dans l'enquête doit être calculé en fonction de la démographie de la population locale (voir annexe B de la publication *WHO vaccination coverage cluster survey reference manual for post campaign coverage surveys*).
- **Géocoordonnées:** collecter les coordonnées géographiques des ménages (ou, au moins, des grappes) pour permettre l'analyse géospatiale des données. Cela est fortement encouragé, car les analyses géospatiales peuvent aider extrapoler les informations de l'enquête aux zones non incluses dans l'enquête et à identifier les zones dans le pays où une attention particulière est nécessaire pour atteindre les enfants zéro dose lors d'activités futures.³⁵
- **Priorisation des estimations de couverture au niveau national:** des estimations de couverture fiables au niveau national devraient être la priorité des ECPC soutenues par Gavi. Il est déconseillé de viser des estimations précises dans chaque unité infranationale, car cela peut nuire au processus et à la qualité³⁶. Les expériences faites



Reportez-vous à la publication [WHO Vaccination Coverage Cluster Survey Reference Manual for Post Campaign Coverage Surveys](#) pour obtenir des conseils techniques sur la planification, la conception et la conduite d'une enquête de couverture post campagne.

³⁵ Geospatial variation in measles vaccine coverage through routine and campaign strategies in Nigeria: Analysis of recent household surveys. Utazi CE, Wagai J, Pannell O, Cutts FT, Rhoda DA, Ferrari MJ, Dieng B, Oteri J, Danovaro-Holliday MC, Adeniran A, Tatem AJ. *Vaccine*. 2020 Mar 23;38(14):3062-3071. doi: 10.1016/j.vaccine.2020.02.070. Epub 2020 Feb 29.

³⁶ Les directives de l'OMS pour l'enquête de couverture décrivent les implications et les considérations relatives à la taille de l'échantillon, aux ressources et au contrôle de la qualité des enquêtes stratificatrices aux différents niveaux du système de santé.



dans certains pays ont montré que la production d'estimations infranationales peut retarder le processus d'enquête et éventuellement augmenter le biais de rappel, augmenter sensiblement le coût de l'enquête et potentiellement compromettre sa qualité. S'il y a des questions spécifiques concernant certains **sous-groupes de population à risque élevé** en se fondant sur les données existantes, les pays peuvent envisager un **suréchantillonnage** de zones spécifiques ou de groupes cibles. Les pays doivent discuter avec Gavi et les partenaires techniques de toutes considérations relatives aux sous-groupes de population spécifiques et/ou infranationaux, en particulier lorsqu'ils mènent des activités infranationales ou sélectives ciblées ou sur mesure.

- **Couverture chez les enfants «zéro dose de la rougeole»:** Pour les campagnes de vaccination VAR, l'ECPC doit également fournir une estimation de la couverture de la campagne chez les **enfants moins de cinq ans stratifiée par le nombre de doses de VAR précédentes** (zéro, une, au moins deux ou inconnu), conformément à la liste de contrôle du modèle de rapport de l'ECPC ci-dessus et telle que calculée par les indicateurs de qualité de la couverture vaccinale. Ceci permettra d'estimer la couverture de la campagne parmi les enfants «zéro dose de la rougeole» (c'est-à-dire les enfants qui n'avaient pas encore reçu de VAR).
- **Couverture de la vaccination systématique :** Pour calculer la couverture chez les enfants «zéro dose de la rougeole», il convient de poser des questions sur la réception préalable du vaccin antirougeoleux pendant la vaccination systématique (selon le registre de vaccination ou le rappel du responsable) et/ou au cours des AVS précédentes (selon une carte AVS ou un rappel du responsable). Il est généralement déconseillé d'ajouter des questions sur l'administration de toutes les vaccinations systématiques à une ECPC, car cela ajoute au temps, au coût et à la complexité nécessaires et peut compromettre la qualité des données de l'ECPC³⁷. Les questions de vaccination systématique peuvent être intégrées dans les ECPC dans des cas limités, à condition que:
 - le temps de planification et le financement soient adéquats;
 - l'ajout de questions relatives à la vaccination systématique n'alourdisse pas inutilement la collecte de données et n'entrave pas la qualité ou la ponctualité d'une ECPC;
 - les pays et les partenaires techniques s'entendent sur un petit nombre de questions relatives à la vaccination systématique à ajouter en fonction de l'utilisation prévue des données.

Compte-rendu de l'ECPC

- L'ECPC doit contenir une description suffisamment détaillée de la raison et du but de l'enquête, sa portée, la population cible, les procédures d'échantillonnage, la taille prévue de l'échantillon, et les stratégies utilisées pour minimiser les biais (par exemple, renouvellement des visites aux populations cibles) et les limitations pour faciliter l'interprétation des résultats et la répétition de l'enquête. Elle doit également inclure une description détaillée de l'échantillon à partir duquel les données ont été recueillies (p. ex. zones exclues avant ou après le prélèvement de l'échantillon pour des raisons de sécurité ou autres). Veuillez vous référer à la liste de contrôle du modèle de rapport de l'ECPC mentionnée ci-dessus.
- Les pays peuvent souhaiter encourager l'agence qui réalise l'enquête à utiliser les outils **VCQI de l'OMS** pour l'analyse de l'enquête.
- Dans la mesure du possible, les pays doivent également communiquer les **données brutes** de l'ECPC à Gavi lors de la présentation du rapport de l'ECPC.

Utilisation du rapport de l'ECPC pour la planification future

- Si elle est de qualité, l'ECPC peut aider à planifier les campagnes futures et d'autres stratégies. Parmi les exemples, on peut citer les enseignements tirés et des améliorations lors de la prochaine campagne grâce à la triangulation des informations issues de sources multiples, la planification de stratégies qui pourraient être utilisées pour améliorer la vaccination systématique sur la base des résultats relatifs à la proportion d'enfants atteints pour la première fois par les campagnes (et, si elles sont menées, les analyses géospatiales) et l'amélioration des stratégies pour un groupe d'âge particulier lors de la prochaine campagne si l'analyse est stratifiée par tranche d'âge.

³⁷ Monitoring vaccination coverage: Defining the role of surveys, Cutts F.T., Claquin P, Danovaro-Holliday MC, Rhoda DA, *Vaccine*, 2016 July 29;34(35):4103-4109. doi: 10.1016/j.vaccine.2016.06.053. Epub 2016 Jun 24.



Annexe 3 : Cadre du soutien de Gavi à la lutte contre la rougeole et de la rubéole

Le soutien de Gavi à la lutte contre la rougeole et la rubéole s'appuie sur la hiérarchie normalisée des stratégies de lutte contre la rougeole et la rubéole:

1. Vaccination systématique
2. Activités supplémentaires de vaccination (AVS) (ou campagnes)
3. Riposte en cas d'épidémie

Stratégies de lutte contre la rougeole et de la rubéole

| Stratégie de lutte contre la rougeole | But | Soutien mis à disposition par Gavi | Directives de Gavi | Processus de demande de soutien | Exigences spécifiques à la rougeole et à la rubéole |
|---|--|---|--|--|---|
| 1 Vaccination systématique | Améliorer la couverture VAR1* et VAR2** pour protéger les individus et parvenir à une immunité élevée de la population de façon continue et diminuer la dépendance aux AVS | Renforcement des systèmes de santé (RSS) | Directives sur le financement des programmes | <ul style="list-style-type: none"> Processus de planification de l'ensemble du portefeuille Processus d'évaluation conjointe | <ul style="list-style-type: none"> Plan quinquennal antirougeoleux et antirubéoleux avec planification de l'ensemble du portefeuille Revue annuelle du plan quinquennal |
| | Réduire la charge de morbidité de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale, renforcer rapidement l'immunité de la population contre la rubéole et éviter l'effet paradoxal grâce à une campagne de rattrapage RR | Soutien aux nouveaux vaccins (introduction et rattrapage du vaccin antirougeoleux et antirubéoleux) | Directives sur les vaccins | Processus de demande de vaccins, dans le cadre de la planification de l'ensemble du portefeuille ou de manière autonome | <ul style="list-style-type: none"> Plan d'action de la campagne Budget de la campagne |
| | Introduction d'une deuxième dose de VAR dans la vaccination systématique | Soutien aux nouveaux vaccins (VAR2) | Directives sur les vaccins | Processus de demande de vaccins, dans le cadre de la planification de l'ensemble du portefeuille ou de manière autonome | <ul style="list-style-type: none"> Plan d'introduction de nouveaux vaccins Budget d'introduction de nouveaux vaccins |
| 2 Activités supplémentaires de vaccinations (ou campagnes) | Compléter la vaccination systématique et combler rapidement les lacunes immunitaires antirougeoleuses afin d'atténuer le risque d'épidémies | Soutien aux nouveaux vaccins (suivi R/RR) | Directives sur les vaccins | Processus de demande de vaccins, dans le cadre de la planification de l'ensemble du portefeuille ou de manière autonome | <ul style="list-style-type: none"> Plan d'action de la campagne Budget de la campagne |
| 3 Outbreak response | Riposte aux épidémies de rougeole | Fonds de réponse aux épidémies par le biais du Partenariat contre la rougeole et la rubéole | Directives du Partenariat contre la rougeole et la rubéole | Ad hoc | <p>Veillez consulter Site Internet du Partenariat contre la rougeole et la rubéole</p> |

* Dose 1 du vaccin antirougeoleux

** Dose 2 du vaccin antirougeoleux



Annexe 4 : Informations sur le soutien aux nouvelles campagnes de suivi de antirougeoleuses-antirubéoleuses

Introduction

Conformément à la décision du Conseil de novembre 2018, les pays qui demandent un soutien pour une nouvelle campagne de suivi de la rougeole ou de la rubéole peuvent demander un soutien opérationnel pour les campagnes nationales, les campagnes infranationales et les activités de vaccination systématique renforcée qui visent à atteindre les enfants privés de vaccination et zéro dose identifiés par les campagnes. Lorsque les pays décident d'utiliser cette flexibilité pour améliorer des activités de vaccination systématique avec leur financement des activités de vaccination supplémentaires (AVS) antirougeoleuses/antirougeoleuses-antirubéoleuses (RR), les directives suivantes fournissent des informations supplémentaires sur les activités peuvent être proposées dans ce cadre.

Principes de sélection des activités:

- améliorer la couverture du vaccin antirougeoleux (VAR) tout en renforçant la vaccination systématique dans son ensemble;
- **renforcer la vaccination systématique** pour augmenter les intervalles entre les AVS et, à long terme, réduire la dépendance à leur égard;
- **s'harmoniser avec le soutien existant** pour assurer la cohérence avec les investissements dans Programmes élargis de vaccination (PEV) ainsi qu'avec ceux déjà planifiés et budgétisés dans le cadre du soutien de renforcement des systèmes de santé (RSS) actuel de Gavi. Cette harmonisation sera examinée par le Comité d'examen indépendant (CEI) au cours de son examen de la demande globale. (Voir les [directives pour le processus de demande](#) de Gavi).

Activités améliorées de renforcement de la vaccination systématique (à titre d'exemple)

Concernant les AVS: avant, pendant et après les AVS

Les activités de renforcement de la vaccination systématique qui suivent sont axées sur les investissements à court terme qui doivent être réalisés dans les délais prévus par les AVS. Pour plus de détails, voir le [guide de terrain des AVS](#) et le [cours d'apprentissage en ligne sur les AVS](#) qui l'accompagne. Pour d'autres stratégies et activités, se référer aux [Stratégies et pratiques mondiales de vaccination systématique \(SPMVS\)](#) en particulier aux activités visant à atteindre une couverture vaccinale universelle. La plupart des activités ou orientations ci-après pourraient et devraient déjà être intégrées aux activités préalables, simultanées et postérieures aux AVS sans nécessiter de ressources supplémentaires.

Avant les AVS

- **Formation:** procéder à une évaluation des besoins en formation six mois avant les AVS afin d'organiser une formation axée sur les compétences pertinente. Inclure des questions relatives à la vaccination systématique et à la surveillance pendant la formation aux AVS et renforcer les compétences en matière de microplanification adéquate de la vaccination systématique, de manipulation des vaccins, de sécurité des injections, de gestion des manifestations post-vaccinales indésirables (MAPI) et de gestion des déchets. Identifier les établissements de formation (collèges de formation sanitaire, écoles d'infirmières, etc.) dans les zones des AVS qui peuvent accueillir la formation et éventuellement s'orienter vers soutien à la formation sur le long terme.
- **Plaidoyer, mobilisation sociale et communication:** mener l'enquête sur les connaissances, attitudes, croyances et pratiques au sein de la communauté afin d'élaborer des messages de communication pour la vaccination systématique et les AVS.
- **Supervision, suivi et évaluation:** utiliser les visites de supervision systématique et d'autres informations pertinentes avant les AVS pour évaluer les performances de la vaccination systématique, identifier les besoins de formation et planifier le ciblage des districts à haut risque pour un soutien supplémentaire à la systématique supervision de la vaccination systématique après les AVS.



Pendant les AVS

- **Formation:** utiliser des listes de contrôle de supervision pour examiner les processus et traiter les questions du programme de vaccination systématique (par exemple, la sécurité des injections et la gestion des déchets, etc.)
- **Surveillance de la sécurité des vaccins:** renforcer le compte rendu des MAPI, la gestion et l'utilisation correcte des kits de MAPI au moyen d'une supervision pendant les AVS.
- **Plaidoyer, mobilisation sociale et communication:** souligner l'importance des AVS et de la vaccination systématique lors des points presse, des communiqués de presse et des séances de sensibilisation de la communauté. Demander aux agents de santé de rappeler aux soignants de ramener les enfants au service de vaccination systématique pour toute dose manquante de la vaccination systématique et pour le VAR2 au cours de la deuxième année de vie (selon le schéma de vaccination). Demander aux agents de santé d'enregistrer les enfants sous-vaccinés et de planifier le suivi des défaillances.
- **Supervision, suivi et évaluation:** examiner et relever les défis du programme de vaccination systématique. Utiliser le suivi en temps réel pour identifier les communautés où des enfants n'ont pas été atteints par les AVS ou la vaccination systématique et les raisons de la non-vaccination.

Après les AVS

- **Planification:** mettre à jour et réviser les microplans de vaccination systématique, les cartes des zones desservies et les stratégies de vaccination systématique pour les communautés ayant un grand nombre d'enfants sous-vaccinés ou non vaccinés. Utiliser les données des AVS et des réunions d'examen post-AVS pour réviser les sites de la vaccination systématique et planifier à court/moyen terme l'intensification périodique de la vaccination systématique, le cas échéant.
- **Logistique, chaîne du froid, manipulation des vaccins et gestion des déchets:** inclure l'équipement de la chaîne du froid acheté pour les AVS dans l'inventaire et le plan d'entretien de l'équipement du programme de vaccination systématique.
- **Plaidoyer, mobilisation sociale et communication:** utiliser les activités de plaidoyer et de mobilisation sociale avec les groupes intéressés (par exemple les groupes de femmes et de jeunes) pour promouvoir la vaccination systématique et la reconnaissance/la déclaration des cas suspects de rougeole et de rubéole.
- **Supervision, suivi et évaluation:** mener des enquêtes de couverture pour évaluer les niveaux de couverture des AVS et de la vaccination systématique et identifier les populations à haut risque et mal desservies, les districts à faible couverture et les raisons de non-vaccination dans le cadre du programme de vaccination systématique. Utiliser immédiatement les données des AVS, y compris les résultats du suivi en temps réel dans les zones à faible couverture, pour planifier et exécuter rapidement les séances de vaccination et, en cas de besoin, l'intensification périodique de la vaccination systématique.

Activités améliorées de renforcement de la vaccination systématique

Au-delà des AVS: interventions à plus long terme

(voir le tableau «Au-delà des AVS» pour des exemples d'activités)

Les activités suivantes de renforcement de la vaccination systématique relèvent de cinq domaines d'intervention: occasions manquées de vaccination, deuxième année de vie, atteindre chaque district (ACD/ACE), dépistage à l'école et intensification périodique de la vaccination systématique. Ces domaines ont été sélectionnés pour leur pertinence par rapport aux stratégies de renforcement de la vaccination systématique telles qu'identifiées dans les SPMVS et pour leur capacité à améliorer la couverture du VAR.

Opportunités manquées de vaccination (OMV): La réduction des occasions manquées de vaccination est une stratégie visant à accroître la couverture vaccinale simplement en faisant un meilleur usage des sites de vaccination **existants** (dans les centres de santé, les hôpitaux, les services mobiles et les activités en stratégie avancée, etc.) La stratégie des OMV répond aux questions sur le nombre d'opportunités manquées et pourquoi, et ce qui peut être fait différemment pour y remédier.



Informations complémentaires

- [Guide de planification des OMV, méthodologie d'évaluation et guide d'intervention](#) (the intervention guidebook is in development and coming soon).
- L'[étude Evaluation des prestations de services \(EPS\)](#) est une évaluation des établissements de santé qui donne un aperçu complet de la prestation des services de santé d'un pays, y compris les services fournis par des prestataires non gouvernementaux (privés).

Deuxième année de vie: Il est recommandé d'administrer un nombre croissant de doses de vaccin après l'âge d'un an, et la plupart des vaccinations infantiles peuvent être rattrapées dans les 2 ans (si elles ont été manquées auparavant). Une plateforme solide dans la deuxième année de vie est la première étape importante pour étendre la vaccination au-delà de la petite enfance et pour encourager la continuité de la vaccination systématique des populations préscolaires, scolaires, adolescentes et adultes. Pour plus d'informations, voir les directives de l'OMS intitulées *Établir et renforcer la vaccination au cours de la deuxième année de vie*.

Atteindre chaque district/atteindre chaque communauté/atteindre chaque enfant (ACD/ACE): La planification et la mise en œuvre des cinq composantes de l'approche ACD/ACE sont fondamentales pour améliorer la couverture vaccinale et l'équité au niveau national, des districts et des formations sanitaires. Il s'agit notamment de: 1) la planification et la gestion ressources, 2) l'engagement avec les communautés, 3) la supervision formative, 4) le suivi et l'utilisation des données pour l'action, et 5) l'atteinte de toutes les populations admissibles. La version actualisée du guide ACD/ACE de 2017 aborde également les stratégies d'amélioration de l'accès et de l'utilisation des ressources au sein des populations urbaines.

Informations complémentaires

- [Atteindre chaque district \(ACD\)](#) (2017)
- Les **Directives pour l'évaluation de la couverture et de l'équité** qui complètent la structure de l'ACD (en cours d'élaboration par l'UNICEF, avec l'appui de documents de travail supervisés par le Groupe de référence pour l'équité) mettront davantage l'accent sur certains domaines, tels que les pauvres en milieu urbain, les zones rurales isolées, les conflits et les questions liées au genre. Ceci aidera les flexibilités de la vaccination RR à cibler la couverture la plus vulnérable/la plus faible, avec des suggestions sur les stratégies qui peuvent soutenir l'amélioration.

Dépistage dans les écoles: La vérification des antécédents vaccinaux à l'entrée ou pendant la période d'accueil des enfants à l'école maternelle ou primaire est une stratégie que les pays peuvent employer pour identifier et rattraper les enfants qui n'ont pas reçu les doses précédentes des vaccins systématiques. Les taux de conservation des dossiers à domicile et d'inscription à l'école sont des facteurs importants à prendre en considération pour déterminer les populations qui bénéficieraient le plus d'un programme de dépistage en milieu scolaire. Un engagement de haut niveau dans les programmes de santé scolaire et un plaidoyer aux niveaux national et infranational sont essentiels à la réussite de cette approche. Pour plus d'informations sur les études de cas de dépistage de la vaccination en milieu scolaire, voir la [page de l'OMS](#) qui comprend des études de cas sur des programmes efficaces de dépistage en milieu scolaire.

Intensification périodique de la vaccination systématique (IPVS): L'intensification périodique de la vaccination systématique est un terme descriptif qui fait référence à une série d'activités dont l'objectif est d'accroître la couverture de la vaccination systématique, y compris les doses de tous les vaccins. L'intensification périodique de la vaccination systématique peut inclure des activités visant à améliorer la prestation des services, à accroître le soutien et la demande de vaccination systématique, ou une combinaison d'activités liées à l'offre et à la demande. Pour justifier l'utilisation des ressources et ne pas nuire par inadvertance aux services de vaccination systématique, les activités de prestation de services d'intensification périodique de la vaccination systématique doivent se concentrer sur les populations souvent mal desservies ou oubliées par la vaccination systématique.



Au-delà des AVS: exemples d'activités d'amélioration du renforcement de la vaccination systématique

| Type d'activité financée par une subvention de Gavi | OMV et 2 ^e année de vie | Intensification périodique de la vaccination systématique (IPVS) | ACD/ACE | Dépistage dans les écoles |
|--|---|---|--|---------------------------|
| <p>Prestation de services</p> <ul style="list-style-type: none"> Mettre à jour les listes de contrôle de la supervision formative et d'autres outils afin d'y inclure les principes de 2^e année et d'OMV dans le dépistage et le rattrapage des vaccinations manquées, l'enregistrement et la déclaration des doses tardives, et la surveillance de l'abandon du VAR1-VAR2. <p>2^e année de vie: élaborer et diffuser les lignes directrices pour la 2^{ème} année de vie (y compris la promotion du dépistage et le rattrapage à tous les contacts).</p> <p>OMV: mettre à jour les directives de vaccination existantes pour les OMV et les diffuser (y compris la promotion du dépistage et de la vaccination de rattrapage).</p> | <ul style="list-style-type: none"> Convoquer un groupe de travail technique et des sous-comités pour superviser la planification détaillée de l'intensification périodique de la vaccination systématique. Le groupe de travail technique devra examiner les données infranationales pour identifier les populations cibles qui sont continuellement mal desservies et établir les principaux paramètres de la prestation des services d'intensification périodique de la vaccination systématique, dont les groupes d'âge ciblés, les vaccins et les doses à fournir, les zones géographiques à desservir et les stratégies de prestation des services. Prévoir des séances supplémentaires d'activités en stratégie avancée ou des séances mobiles pour fournir des services de vaccination et, dans la mesure du possible, d'autres services de soins de santé primaires aux populations qui sont actuellement oubliées et qui ne peuvent être atteintes par des services fixes. Effectuer la microplanification en envisageant des groupes d'âge à vacciner pendant l'activité d'intensification périodique de la vaccination systématique, du nombre estimé d'enfants non vaccinés ou sous-vaccinés à atteindre et du lieu où ils vivent. | <ul style="list-style-type: none"> Soutenir les équipes de gestion de la santé du PEV (de district) pour identifier les possibilités de vaccination en vue de fournir des interventions supplémentaires en matière de SSP. Élargir les sessions (fixes, de stratégie avancée, mobiles) pour atteindre des groupes ciblés (p. ex. urbains, ruraux, pastoraux). Organiser l'utilisation d'installations du secteur privé comme stratégie avancée. Élaborer des systèmes de suivi des enfants entre les visites (p. ex. fichiers Tickler) afin de réduire les abandons. Tenir des réunions communautaires et/ou des groupes de discussion sur la génération de la demande et l'intégration des services. Réunir les décideurs politiques pour qu'ils discutent et s'alignent sur les politiques de prestation intégrée (p. ex. la santé en milieu scolaire et le PEV). Tenir des réunions de microplanification au niveau des districts, notamment pour traiter les groupes manqués (par exemple les bidonvilles urbains). Réunir le groupe de travail et/ou convoquer des réunions avec les intervenants pertinents en matière de sécurité des vaccins. | <ul style="list-style-type: none"> Réunir un groupe de travail et/ou convoquer des réunions de l'école et du PEV pour élaborer une stratégie adaptée au pays pour le dépistage de la vaccination scolaire. Examiner les données sur les taux de scolarisation pour identifier les zones géographiques d'intérêt potentielles. Se procurer les dossiers à domicile. Mener une microplanification incluant le dépistage à l'école et/ou l'administration de vaccins. Programme pilote de dépistage dans les districts ciblés ou à l'échelle nationale, s'il y a lieu. Élaborer et diffuser des directives à l'intention du personnel scolaire et des agents de santé sur la vaccination des enfants en âge scolaire. | |



Au-delà des AVS: exemples d'activités d'amélioration du renforcement de la vaccination systématique (suite)

| Type d'activité financée par une subvention de Gavi | OMV et 2 ^e année de vie | Intensification périodique de la vaccination systématique (IPVS) | ACD/ACE | Dépistage dans les écoles |
|---|--|---|--|--|
| Renforcement des capacités des ressources humaines | <ul style="list-style-type: none"> Aider les pays à mettre au point une approche nationale de formation professionnelle continue ou un plan intégré pour la formation en cours d'emploi, ainsi que des modules pour compléter / mettre à jour la formation initiale. Élaborer et produire du matériel de formation (y compris du matériel électronique) pour les critères de sélection et d'éligibilité du personnel du PEV et du personnel hors PEV. Élaborer, tester sur le terrain et distribuer des outils de travail (également en version électronique). Conduire des formations des formateurs, en mettant l'accent sur ceux qui peuvent d'en former d'autres. Identifier les établissements de formation capables d'offrir une formation à long terme, ou qui sont habilités à le faire (collège de formation en santé, écoles d'infirmières, etc.). Adapter/utiliser les approches et outils novateurs existants en matière d'apprentissage des adultes (par exemple, l'académie de vaccination sur Internet). Évaluer les RH et la dotation en personnel pour appuyer la mise en œuvre, modifier la description des postes/les termes de référence existants afin d'y inclure le travail de 2^e année de vie/OMV. | <ul style="list-style-type: none"> Élaborer une formation axée sur les compétences, en identifiant clairement les paramètres de l'activité (c.-à-d. les objectifs, l'emplacement, le moment et la durée, les activités, les aspects de suivi et d'évaluation). Inclure le dépistage, l'enregistrement et la déclaration des doses à administrer. Élaborer un schéma de formation comprenant la formation des formateurs et la formation de tous les prestataires de services. Identifier et budgétiser la formation, y compris le matériel nécessaire pendant la formation. Élaborer un schéma pour les visites de supervision formative pendant les activités d'intensification périodique de la vaccination systématique (désigner des superviseurs pour les activités d'intensification périodique de la vaccination systématique et élaborer une liste de contrôle de la supervision). | <ul style="list-style-type: none"> Élaborer et donner des formations aux superviseurs en vue d'une prestation intégrée. Élaborer et distribuer des listes de contrôle intégrées pour la supervision. Élaborer et mettre en œuvre des systèmes à distance pour la supervision formative. Organiser des formations en communication interpersonnelle. Explorer les innovations en matière de renforcement des capacités, comme l'apprentissage des adultes. Identifier les établissements de formation capables d'offrir une formation à long terme, ou qui sont habilités à le faire (collège de formation en santé, écoles d'infirmières, etc.). | <ul style="list-style-type: none"> Former les agents de santé à communiquer avec les parents au sujet du dépistage à l'école et de l'importance de la conservation des dossiers à domicile. Organiser des ateliers à l'intention du personnel et des propriétaires des écoles pour les informer sur les vaccinations et les procédures de dépistage à l'école. |



Au-delà des AVS: exemples d'activités d'amélioration du renforcement de la vaccination systématique (suite)

| Type d'activité financée par une subvention de Gavi | OMV et 2 ^e année de vie | Intensification périodique de la vaccination systématique (IPVS) | ACD/ACE | Dépistage dans les écoles |
|---|---|---|--|--|
| Gestion des achats et de la chaîne d'approvisionnement | <ul style="list-style-type: none"> • Mettre à jour les prévisions concernant les vaccins et commander des doses supplémentaires en conséquence. • Calculer et commander des produits pour les interventions intégrées. • Évaluer les besoins supplémentaires d'espace de la chaîne du froid et, au besoin, y répondre. | <ul style="list-style-type: none"> • Établir un schéma et un budget détaillés pour la distribution des vaccins et d'autres produits. | <ul style="list-style-type: none"> • Évaluer et se procurer des dispositifs pour l'élimination des déchets et pour la chaîne du froid. • Calculer et commander des produits pour les interventions intégrées. | <ul style="list-style-type: none"> • Si besoin, se procurer des glacières supplémentaires (si les vaccins doivent être transportés jusqu'à l'école). |
| Systèmes d'information sanitaire | <ul style="list-style-type: none"> • Modifier le système et les outils d'information (y compris les registres et les ordonnanciers à domicile) pour tenir compte de la vaccination de rattrapage. • Tester sur le terrain et valider les nouveaux outils. • Obtenir et distribuer des registres et des ordonnanciers à domicile mis à jour. • Effectuer une évaluation des établissements de santé. | <ul style="list-style-type: none"> • Élaborer et distribuer des feuilles de pointage et des ordonnanciers à tous les points de prestation de services. • Inclure dans la formation et la supervision des exercices pratiques sur le dépistage, l'enregistrement des doses administrées au cours de l'intensification périodique de la vaccination systématique et la façon de saisir ces doses dans les rapports sommaires mensuels au système d'information de la gestion sanitaire. La formation doit comprendre des conseils spécifiques sur les mesures à prendre lorsque les enfants n'ont pas de dossier à la maison indiquant leur situation vaccinale. • Effectuer une évaluation de la mesure dans laquelle les populations cibles ont été atteintes par les activités de prestation de services d'intensification périodique de la vaccination systématique. | <ul style="list-style-type: none"> • Réviser/distribuer les feuilles de pointage, les registres et les cartes. • Piloter et évaluer les registres électroniques de vaccination dans les zones urbaines. • Élaborer et mettre en œuvre des systèmes de surveillance pour la prestation de services intégrés. • Élaborer des processus et des outils pour améliorer le suivi des données et la production de rapports (tableaux de bord visuels, graphiques, etc.). • Effectuer une évaluation du secteur privé sur la qualité des services et la contribution à la couverture. • Se procurer et distribuer les formulaires de rapport des MAPI. • Effectuer des analyses de l'équité. • Effectuer une analyse des causes profondes. | <ul style="list-style-type: none"> • Déterminer comment consigner et déclarer les doses administrées à un âge plus avancé. Élaborer et se procurer les outils nécessaires de collecte de données et de suivi des enfants, par exemple les registres scolaires. • Tester sur le terrain et valider. |



Au-delà des AVS: exemples d'activités d'amélioration du renforcement de la vaccination systématique (suite)

| Type d'activité financée par une subvention de Gavi | OMV et 2 ^e année de vie | Intensification périodique de la vaccination systématique (IPVS) | ACD/ACE | Dépistage dans les écoles |
|--|---|--|---|---|
| <p>Plaidoyer, communication et mobilisation sociale</p> <ul style="list-style-type: none"> Élaborer, tester sur le terrain, commander et diffuser du matériel de communication. Plaidoyer, sensibilisation des sociétés professionnelles, des praticiens privés, etc. Piloter et finaliser les messages de communication et de mobilisation sociale. Élaborer et distribuer du matériel de mobilisation sociale. <p>2^e année de vie: Se préparer à la cérémonie de lancement.</p> | <ul style="list-style-type: none"> Élaborer, tester sur le terrain, commander et diffuser du matériel de communication. Plaidoyer, sensibilisation des sociétés professionnelles, des praticiens privés, etc. Piloter et finaliser les messages de communication et de mobilisation sociale. Élaborer et distribuer du matériel de mobilisation sociale. <p>2^e année de vie: Se préparer à la cérémonie de lancement.</p> | <ul style="list-style-type: none"> Établir ou convoquer un groupe de travail pour le plaidoyer, la communication et la Mobilisation sociale afin d'aborder l'intensification périodique de la vaccination systématique. Le groupe doit articuler les objectifs de communication de l'intensification périodique de la vaccination systématique de manière à renforcer la vaccination systématique. Élaborer un plan d'action et un budget comprenant l'élaboration et le test de messages clés sur l'importance de la vaccination systématique et sur le lieu et le moment où elle est pratiquée. Organiser des réunions avec les responsables communautaires afin qu'ils puissent faire comprendre l'importance de la vaccination systématique et les caractéristiques de l'activité d'intensification périodique de la vaccination systématique, si elle comporte un volet de prestation de services. | <ul style="list-style-type: none"> Créer et tester des messages sur la santé pour répondre à la demande (p. ex. par la télévision/radio, des affiches ou d'autres médias). Explorer des méthodes novatrices de communication et de génération de demande comme les rappels par SMS aux soignants. Impliquer les agents santé communautaires. Procéder à une évaluation des besoins urbains pour identifier les obstacles à la recherche de soins dans les zones urbaines et les bidonvilles. Mener des activités de mobilisation sociale pour générer une demande de vaccination dans les zones où les services sont peu utilisés (par exemple, les zones urbaines et les bidonvilles). Organiser des réunions de parties prenantes avec les fournisseurs privés. | <ul style="list-style-type: none"> Organiser des discussions de groupe avec les parents pour élaborer des messages clés sur le dépistage et/ou la vaccination à l'école. Se procurer du matériel pour éduquer les parents et le personnel de l'école au sujet du programme de vaccination et de dépistage à l'école. Mener des activités de mobilisation sociale pour communiquer aux parents les activités de vaccination et/ou de dépistage à l'école. Informé, obtenir et documenter le consentement des parents pour que leurs enfants soient vaccinés. |



Au-delà des AVS: exemples d'activités d'amélioration du renforcement de la vaccination systématique (suite)

| Type d'activité financée par une subvention de Gavi | OMV et 2 ^e année de vie | Intensification périodique de la vaccination systématique (IPVS) | ACD/ACE | Dépistage dans les écoles |
|---|--|---|--|---------------------------|
| <p>Environnements juridique, politique et réglementaire</p> <ul style="list-style-type: none"> Examiner et réviser les lois existantes et élaborer des politiques sur les OMV ou relatives à la vaccination en 2^e année de vie. Mettre l'accent sur le leadership national pour réduire les OMV, créer une équipe stratégique sur les OMV au niveau national ou infranational. Envisager la transition vers l'utilisation du vaccin R/RR dans des flacons de cinq doses pour la vaccination systématique, en particulier dans les régions rurales et les milieux où les sessions sont de petite taille. <p>2^e année de vie: Élaborer et diffuser les lignes directrices pour la 2^{ème} année de vie (y compris la promotion du dépistage et le rattrapage à tous les contacts).</p> | <ul style="list-style-type: none"> Examiner les politiques et directives existantes et supprimer tout obstacle à la vaccination des enfants de plus d'un an qui empêcherait la fourniture de doses systématiques de vaccin aux enfants âgés de plus d'un an. Élaborer et diffuser des lignes directrices opérationnelles pour les activités de prestation de services d'intensification périodique de la vaccination systématique. | <ul style="list-style-type: none"> Examiner et réviser les politiques de vaccination de rattrapage et d'injections multiples. Examiner et réviser les lois de protection des travailleurs de la santé en cas de MAPI. Examiner et réviser les politiques de détection de la vaccination à l'école. | <ul style="list-style-type: none"> Examiner et réviser les politiques de détection de la vaccination à l'école. Clarifier les politiques de vaccination de rattrapage et d'injections multiples ainsi que l'admissibilité des enfants en âge scolaire. Créer un environnement juridique favorable aux programmes scolaires. Cela peut inclure l'application des lois existantes ou l'information sur les nouvelles lois sur la vaccination non volontaire ou recommandée. Établir un processus transparent pour informer, obtenir et documenter le consentement des parents. | |



Annexe 5 : Soutien à la mise en œuvre de vaccins qualifiés pour la chaîne à température contrôlée (CTC)

Introduction

La chaîne à température contrôlée (CTC) est une approche éprouvée de la gestion des vaccins qui permet de conserver ceux-ci à des températures en dehors de la chaîne du froid standard (c'est-à-dire de +2°C à +8°C) dans des conditions spécifiques. L'utilisation de la CTC sans matériel de refroidissement ou de réfrigération peut faciliter la logistique entourant la livraison des vaccins, ce qui peut être particulièrement utile dans les zones aux ressources limitées ou difficiles d'accès, ou lorsque la rapidité de livraison est cruciale.

Mise à disposition d'un soutien à la mise en œuvre de la CTC

Mise à disposition d'un soutien à la mise en œuvre de la CTC Gavi et l'OMS soutiendront les pays désireux d'administrer le vaccin dans des conditions de CTC, pour les vaccins pour lesquels la qualification CTC existe ou pour lesquels il existe une directive de l'OMS concernant l'administration des vaccins en CTC, en leur fournissant les ressources suivantes. Celles-ci peuvent être incluses dans les demandes de budget au titre des coûts opérationnels et l'approbation des fonds variera selon que l'ensemble des besoins de financement pour la campagne se situe dans les limites du seuil fixé pour celle-ci.

1. Il est recommandé de **former** les professionnels de santé ainsi que les personnes chargées de la mise en œuvre des campagnes à la CTC afin de garantir une utilisation efficace et appropriée de la stratégie CTC, d'éviter toute confusion dans la mise en œuvre et d'éviter les pertes de vaccins. Nous recommandons aux pays de prévoir, lors de la préparation des budgets de campagne, quelques heures supplémentaires (environ 2 heures) pour la formation à la CTC, en plus des activités de formation habituelles aux campagnes.
2. Il est recommandé de **surveiller la durée de la CTC et les seuils de température au moyen d'indicateurs de seuil de température** maximale (PTTI) ou d'indicateurs de seuil intégrés aux PCV afin d'identifier les vaccins exposés à des températures supérieures à +40°C pendant la mise en œuvre et de s'assurer que le nombre maximal de jours consécutifs en CTC autorisés n'a pas été dépassé. Cette mesure est nécessaire pour éviter d'administrer des vaccins dont la qualité peut être compromise.

*Chaque PTTI est ajouté à l'emballage secondaire du vaccin et coûte environ 0,11 US\$. Pour une campagne visant une population cible comprise entre 20 000 et 50 000 personnes, nous estimons qu'il est nécessaire d'acheter au maximum 2 500 PTTI (pour un total de 275 US\$), alors que pour une campagne plus large visant une population cible d'un million de personnes, nous estimons que les coûts totaux peuvent atteindre 3 000 US\$. Ces coûts peuvent être compensés par les économies réalisées dans le cadre d'une chaîne à température contrôlée (CTC) grâce à la réduction des coûts **globaux** liés à la chaîne du froid et à la distribution des vaccins.*

Pour en savoir plus, veuillez vous référer aux directives sur le financement des programmes.

Informations et ressources supplémentaires :

- [Documents d'orientation de l'OMS sur la mise en œuvre de la chaîne à température contrôlée](#)