

COVID-19

XXVII^e réunion du Groupe consultatif technique (GCT) de l'OPS sur les maladies évitables par la vaccination

*Adaptation de la feuille de route du SAGE aux
conditions de la Région des Amériques et à
l'utilisation stratégique des doses de rappel
anti-COVID-19*

27 janvier 2022

Virtuelle

Questions pour le GCT

1. Le GCT approuve-t-il la feuille de route mise à jour du SAGE ?
2. Si oui, comment les pays de la Région des Amériques peuvent-ils adapter la feuille de route du SAGE en fonction :
 - des taux actuels de couverture vaccinale des différents groupes prioritaires ?
 - des politiques nationales actuelles sur la dose de rappel ?
3. Si oui, comment l'OPS peut-elle appuyer la recommandation du GCT sur l'utilisation du vaccin anti-COVID-19 dans les groupes prioritaires de la Région des Amériques (primovaccination et dose de rappel) ?
4. Sinon, quelle est la stratégie recommandée par le GCT pour l'établissement des priorités de vaccination anti-COVID-19 dans la Région des Amériques ?

Activités de vaccination contre la COVID-19

État des lieux de la vaccination au niveau mondial

Au 15 février 2022, le monde avait enregistré 412 millions de cas de COVID-19 et plus de 5,8 millions de décès dus à cette maladie. Dans le même temps, depuis décembre 2020, plus de 10,2 milliards de doses de vaccins anti-COVID-19 ont été administrées dans le monde. Huit vaccins ont été examinés et approuvés selon le protocole OMS d'autorisation d'utilisation d'urgence (EUL) et par le Groupe stratégique consultatif d'experts (SAGE) sur la vaccination. Les vaccins sont produits par les fabricants pharmaceutiques Pfizer, Moderna, AstraZeneca, Janssen, Sinopharm, Sinovac, Bharat et Novavax. Ils ont été autorisés pour administration dans différents groupes d'âge et nécessitent une manipulation spécifique. Tous les vaccins approuvés par l'OMS et les organismes de réglementation nationaux sont sûrs et efficaces contre la COVID-19. Le tableau ci-dessous présente les caractéristiques, les exigences de chaîne du froid et les valeurs d'efficacité vaccinale de chaque vaccin.

Tableau 1. Caractéristiques des vaccins anti-COVID-19 approuvés selon le protocole d'utilisation d'urgence (EUL) (au 15 février 2022)

Recommandations provisoires du SAGE	Pfizer-BioNTech BNT162b2	Moderna ARNm-1273	AstraZeneca – Université d'Oxford AZD1222	Janssen Ad26_COV2.S	Sinopharm BBIBP-CoV	Sinovac CoronaVac	Bharat Covaxin	Novavax CoV2373
Plateforme du vaccin	ARN messenger	ARN messenger	Vecteur viral (adénovirus)	Vecteur viral (adénovirus)	Vaccin à virus entier inactivé	Vaccin à virus entier inactivé	Vaccin à virus entier inactivé	Nanoparticule de protéine de pointe SARS-CoV-2
Dosage	2 doses	2 doses	2 doses	1 dose	2 doses	2 doses	2 doses	2 doses
Intervalle	4-8 semaines	4-6 semaines (jusqu'à 12 semaines)	8-12 semaines	s.o.	3-4 semaines	2-4 semaines	4 semaines	3-4 semaines
Age minimum	5 ans	12 ans	18 ans	18 ans	18 ans	18 ans	18 ans	18 ans
Femmes enceintes	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui, si les avantages de la vaccination l'emportent sur les risques potentiels.	Oui, si les avantages de la vaccination l'emportent sur les risques potentiels.
Femmes allaitantes	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui
Personnes immunodéprimées	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Dose additionnelle / Dose de rappel	Groupes à risque élevé (personnel de santé, personnes âgées, personnes immunodéprimées); 4-6 mois après la deuxième dose	Personnes immunodéprimées	Personnes immunodéprimées	Personnes immunodéprimées	Personnes immunodéprimées: 1-3 mois après la deuxième dose Personnes de 60 ans ou plus: 3-6 mois après la deuxième dose	Personnes immunodéprimées: 1-3 mois après la deuxième dose Personnes de 60 ans ou plus: 3-6 mois après la deuxième dose	Personnes immunodéprimées	Personnes immunodéprimées
Co-administration avec le vaccin contre la grippe	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Conditions de stockage	Chaîne ultra froide : -85°C à -60°C Congélateur : -20°C (2 semaines) Décongelé : 2°C à 8°C (31 jours)	Congélateur : -20°C Décongelé : 2°C à 8°C (30 jours)	Chaîne du froid standard : 2°C à 8°C	Congélateur : 20°C (24 mois) Décongelé : 2°C à 8°C (3 mois)	Chaîne du froid standard : 2°C à 8°C	Chaîne du froid standard : 2°C à 8°C	Chaîne du froid standard : 2°C à 8°C	Chaîne du froid standard : 2°C à 8°C
Efficacité du vaccin	Infection symptomatique → 95% Maladie sévère → 92% Hospitalisation → 87%	Infection asymptomatique → 63% Infection symptomatique → 93% Maladie sévère → 98%	Infections symptomatiques → 76% Personnes âgées de 65 ans ou plus → 85 %	Infection symptomatique → 67% Maladie grave → 85% Hospitalisation → 100%	Infection symptomatique → 79% Hospitalisation → 79%	Infection symptomatique → 67% Hospitalisation → 85% Décès → 80%	Infection asymptomatique → 64% Infection symptomatique → 78%	Infection symptomatique → 90% Maladie sévère → 87%+A4IA1:112

<https://www.who.int/groups/strategic-advisory-group-of-experts-on-immunization/covid-19-materials>

Il est nécessaire de répartir des vaccins sûrs et efficaces équitablement dans tous les pays du monde pour avoir un impact significatif sur les taux mondiaux d'incidence et de mortalité. Toutefois, au 10 janvier 2022, 36 États Membres de l'OMS avaient vacciné moins de 10 % de leur population, et 90 moins de 40 %. Les pays à revenu élevé ont administré 14 fois plus de doses par habitant que les pays à faible revenu. Les vaccins sont efficaces contre les formes graves de la maladie dues aux variants, mais ceux-ci continueront de prospérer si le déploiement inéquitable des vaccins à l'échelle mondiale n'est pas corrigé.

Dans le même temps, l'utilisation incontrôlée de doses de rappel anti-COVID-19 (qui, par définition, sont administrées aux personnes « complètement vaccinées ») creuse encore l'écart entre les personnes protégées contre le SRAS-CoV-2 et celles qui ne le sont pas. Au 12 janvier 2022, l'OMS signale qu'au moins 812 millions de doses de rappel/doses additionnelles ont été administrées dans le monde, ce qui représente 8,5 % du total des doses déployées. À l'heure actuelle, les doses de rappel constituent 59 % des doses quotidiennes administrées dans le monde ; 20,6 millions de doses de rappel sont, au minimum, administrées quotidiennement, chiffre cependant susceptible d'être sous-estimé.

État des lieux de la vaccination dans la Région des Amériques

La Région des Amériques reste la région où les inégalités sociales et économiques sont les plus élevées au monde. La survenue de la pandémie de COVID-19 a encore exacerbé ces tendances et déclenché la plus grave contraction économique des 120 dernières années en Amérique latine et dans les Caraïbes. Vingt-deux millions de personnes supplémentaires ont été plongées dans la pauvreté. Les personnes vivant dans des situations de vulnérabilité (par ex. celles vivant dans l'extrême pauvreté, les migrants, les groupes autochtones, les populations d'ascendance africaine, les travailleurs de l'économie informelle)

ont été particulièrement touchées. La fermeture des écoles continue de pénaliser les chances de millions d'enfants.

Malgré ces conditions difficiles, les pays et territoires des Amériques ont pu mettre en place des actions énergiques de vaccination contre la COVID-19. Au 15 février 2022, les 51 pays et territoires des Amériques mettent en œuvre des activités de vaccination. Grâce à des accords bilatéraux, au Mécanisme COVAX, à la production locale et aux dons, la Région a administré 1,64 milliard de doses vaccinales à ce jour. Plus de 64 % de la population des pays d'Amérique latine et des Caraïbes a reçu deux doses vaccinales.

En octobre 2021, l'OMS a fixé des [cibles mondiales de vaccination](#), l'objectif étant d'obtenir un taux de couverture vaccinale de 70 % dans tous les pays d'ici au 30 juin 2022. Quatorze pays et territoires des Amériques ont déjà atteint cet objectif, et 24 autres sont sur la bonne voie. Cependant, 13 pays et territoires notifient toujours des taux de couverture vaccinale inférieurs à 40 % (ce qui était l'objectif de l'OMS au 31 décembre 2021). Haïti reste le seul pays où le taux de couverture est bien en deçà 10 %.

Au sein des pays, l'OPS continue de déceler de grandes iniquités de répartition des vaccins anti-COVID-19, ainsi que des mentalités négatives vis-à-vis des vaccins dans de larges pans de la population. La stratification des pays par niveau de revenu permet de constater que la proportion de la population ayant reçu 0 dose vaccinale est de 22,5 % dans les pays à revenu élevé. Dans les pays à revenu intermédiaire, cette proportion est de 27,8 %. Dans les pays à faible revenu, cette proportion est supérieure à 54 %. L'iniquité entre les pays à revenu élevé et les pays à revenu faible/intermédiaire existe également dans la mise en œuvre des politiques relatives à la dose vaccinale de rappel. Les pays à revenu élevé ont commencé à introduire les doses de rappel au troisième trimestre 2021 et ils en ont élargi l'administration aux groupes moins prioritaires, souvent avant d'atteindre des taux élevés de couverture primovaccinale dans les groupes à risque très élevé. Les pays à revenu faible ou intermédiaire ont commencé à mettre en œuvre une politique de dose vaccinale de rappel avec une certaine lenteur et des quantités de vaccins bien moindres. Certains de ces pays ont également lancé l'administration des doses de rappel avant d'atteindre des taux élevés de couverture primovaccinale dans les groupes à risque très élevé.

Activités relatives à l'approvisionnement, à l'achat et au déploiement des vaccins anti-COVID-19 dans la Région des Amériques

Le Mécanisme COVAX a été mis en place pour offrir une stratégie d'allocation équitable aux pays participants, afin qu'ils puissent se procurer suffisamment de doses de vaccin anti-COVID-19 pour couvrir 20 % de leur population. Néanmoins, compte tenu des accords bilatéraux entre les fabricants de vaccins et les pays à revenu élevé, des interdictions d'exportation et du nationalisme vaccinal, le Mécanisme COVAX n'avait pu livrer que 1 milliard de doses à l'échéance de janvier 2022, soit 10 % des doses vaccinales administrées dans le monde.

Au cours de cette même période, le Mécanisme COVAX n'a pu fournir que 12 % (96,3 millions de doses) de toutes les doses utilisées dans les pays d'Amérique latine et des Caraïbes. La plupart des doses livrées ont été obtenues dans le cadre d'accords bilatéraux (en fonction des ressources financières de chaque pays). Une autre source importante de doses vaccinales a été les dons de la part des États-Unis, de l'Espagne, du Canada, de la France, de l'Allemagne, du Japon, de la Suède, de la Norvège et du Danemark. Les donateurs ont fourni à la Région des Amériques 28 millions de doses de vaccin anti-COVID-19 et continuent d'offrir un appui financier relativement à tous les aspects du processus d'introduction du vaccin anti-COVID-19.

S'appuyant sur plus de 40 ans d'expérience, le Fonds renouvelable pour l'accès aux vaccins de l'OPS est partie intégrante du Mécanisme COVAX. Le Fonds renouvelable fournit un appui technique solide aux pays concernant tous les aspects du processus d'acheminement du vaccin anti-COVID-19 (par ex. les aspects réglementaires, la chaîne du froid, le budget et les accords avec certains fabricants de vaccins autorisés selon le protocole EUL de l'OMS). Il gère également l'approvisionnement en vaccins anti-COVID-19 et les opérations logistiques pour desservir les 33 pays participants de la Région. Parmi ceux-ci, 23 sont des participants autofinancés et 10 bénéficient d'un engagement d'achat à terme (AMC, selon le sigle anglais). Chaque pays a sa propre combinaison d'options d'approvisionnement en vaccins. De nombreux pays bénéficiant d'un AMC (par ex. le Nicaragua) utilisent le Mécanisme COVAX comme source principale d'approvisionnement. D'autres (par ex. la Barbade et le Belize) dépendent principalement des dons bilatéraux. Enfin, beaucoup combinent des accords bilatéraux et les services du Mécanisme COVAX (par ex. la Bolivie, El Salvador, le Honduras et le Mexique). Seul Cuba compte sur sa production nationale de vaccins anti-COVID-19. En outre, tous les pays combinent les vaccins anti-COVID-19 pour vacciner les populations.

Assurer l'approvisionnement du bon produit, en bonne quantité, dans les bonnes conditions et au bon moment est un principe clé pour appuyer les programmes nationaux de vaccination. Cependant, des données non officielles laissent penser que certains pays des Amériques ont des sources d'approvisionnement sûres pour procéder à la primovaccination et administrer des doses de rappel à tous les citoyens, tandis que d'autres ont élaboré des plans d'approvisionnement qui couvrent moins de 70 % de la population.

Alors que l'offre mondiale de vaccins continue de croître en 2022, il est impératif que les pays et le Fonds renouvelable continuent de travailler en partenariat étroit pour évaluer les demandes nationales de vaccins, surveiller la dynamique de leur acceptation et répondre aux besoins nationaux. Par conséquent, les pays doivent offrir un meilleur accès au Fonds renouvelable en ce qui concerne leurs accords bilatéraux d'approvisionnement et leurs niveaux de stock. Grâce à ces informations, le Fonds renouvelable sera mieux placé pour plaider en faveur d'allocations et de dons additionnels de doses vaccinales en fonction des besoins nationaux déclarés. Passer d'accords bilatéraux nationaux à une demande consolidée au niveau régional par le biais du Fonds renouvelable renforce le pouvoir de négociation de la Région.

Recommandations issues de la réunion extraordinaire du SAGE du 19 janvier 2022

Mise à jour de la Feuille de route du SAGE

La [Feuille de route du SAGE de l'OMS pour l'établissement des priorités concernant l'utilisation des vaccins anti-COVID-19](#) a été mise à jour le 21 janvier 2022. Les recommandations sont fondées sur les travaux menés par le groupe de travail du SAGE sur les vaccins anti-COVID-19 et par les membres du SAGE, notamment une consultation avec les présidents des GCT régionaux sur la vaccination (RITAG, selon le sigle anglais).

La dernière version de la feuille de route s'appuie sur la [stratégie de l'OMS pour une vaccination mondiale contre la COVID-19 d'ici à la mi-2022](#), qui souligne quatre objectifs que les programmes de vaccination doivent concrétiser pour atteindre l'objectif global de relèvement complet de la pandémie de COVID-19 : a) réduire le plus possible le nombre des décès, des cas graves et la charge globale de morbidité, b) réduire l'impact sur le système de santé, c) reprendre pleinement les activités socioéconomiques, d) réduire le risque d'apparition de nouveaux variants préoccupants. Les deux premiers restent les principaux objectifs de l'administration de vaccins dans le contexte de la riposte mondiale à la COVID-19.

De nouvelles données probantes indiquent que l'efficacité vaccinale réelle contre l'infection par le SARS-CoV-2 et toute COVID-19 symptomatique diminue considérablement dans les six mois qui suivent la primovaccination, ce qui résulte probablement : *a)* de l'affaiblissement de l'immunité protectrice induite par le vaccin et *b)* d'une activité plus faible des anticorps neutralisants induits par le vaccin contre les CoV (notamment les variants Delta et Omicron). En revanche, la protection induite par le vaccin contre les conséquences graves de la COVID-19 est maintenue pour au moins six mois à la suite de la primovaccination. À court terme, une troisième dose (rappel) peut rétablir totalement ou partiellement l'efficacité réelle du vaccin.

Tableau 2. Utilisation hiérarchisée des doses de primovaccination et des doses de rappel, selon les taux de couverture vaccinale des groupes hautement prioritaires

Catégories	Taux de couverture vaccinale des groupes hautement prioritaires			
	Faible (< 10 %)	Modéré (10 % à 40 %)	Élevé (41 % à 70 %)	Très élevé (> 70 %)
Priorité maximale : agents de santé, personnes âgées, personnes immunodéprimées	Primovaccination + dose supplémentaire/rappel			
Priorité élevée : adultes ayant des comorbidités, femmes enceintes, enseignants et autres personnels essentiels, sous-groupes sociodémographiques désavantagés ayant un risque élevé de forme grave de COVID-19		Primovaccination + rappel		
Priorité moyenne : reste des adultes, enfants et adolescents ayant des comorbidités			Primovaccination + rappel	
Priorité la plus faible : enfants et adolescents en bonne santé				Primovaccination + rappel*

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/351724>

* Les données d'innocuité et d'efficacité réelle se rapportant aux doses de rappel ne sont disponibles que pour les enfants de 12 ans ou plus.

Données probantes disponibles sur les doses de rappel anti-COVID-19 et recommandations d'administration

Toutes les études à ce jour (en prépublication ou avec évaluation par les pairs) suggèrent une forte réponse immunologique anamnétique avec des niveaux maximaux d'anticorps à la suite de la primovaccination. L'administration d'une dose de rappel améliore l'efficacité réelle du vaccin contre les variants Delta et Omicron. Ces résultats sont valables pour les calendriers de vaccination homologues et hétérologues (primovaccination et rappel). Cependant, la durée de cette protection accrue n'est pas connue, car les études ne prennent en compte qu'une courte durée de suivi. En outre, il existe des données probantes selon lesquelles l'efficacité réelle diminue avec le temps.

Obtenir des taux élevés de couverture primovaccinale des groupes les plus à risque de forme grave de la maladie et de décès reste une priorité cruciale pour optimiser l'impact des vaccins anti-COVID-19 mis à disposition. Concernant les taux de couverture primovaccinale faibles, modérés et élevés dans les groupes les plus prioritaires, l'OMS fait les recommandations suivantes :

- Les pays ayant de faibles taux de couverture primovaccinale doivent d'abord atteindre des taux élevés de couverture primovaccinale dans les groupes prioritaires à risque très élevé avant d'offrir des doses de vaccin aux groupes prioritaires à moindre risque.
- Les pays dont le taux de couverture primovaccinale est modéré à élevé dans les groupes prioritaires à risque très élevé doivent généralement établir des priorités d'approvisionnement en vaccins disponibles pour atteindre d'abord des taux élevés de couverture par les doses de rappel dans les groupes prioritaires à risque très élevé avant d'offrir des doses vaccinales aux groupes moins prioritaires.

Recommandations mises à jour sur le vaccin anti-COVID-19 produit par Pfizer

- Population admissible : personnes âgées de 5 ans ou plus
- Administration : deux doses
 - 30 µg, 0,3 ml pour les personnes âgées de 12 ans ou plus
 - 10 µg, 0,2 ml pour les personnes âgées de 5 à 11 ans
- Intervalle : l'intervalle recommandé entre les doses est de 4 à 8 semaines, avec une préférence pour un intervalle de 8 semaines.
- Interchangeabilité : les calendriers homologues et hétérologues sont l'un et l'autre promus.
- Doses de rappel : une dose de rappel est recommandée 4 à 6 mois après la primovaccination pour les groupes prioritaires à risque très élevé.
- Les pays pourraient envisager d'utiliser le vaccin Pfizer chez les enfants âgés de 5 à 17 ans, mais uniquement lorsque des taux élevés de couverture vaccinale (primovaccination et rappel) sont atteints dans les groupes les plus prioritaires.
- Une myocardite après administration du vaccin Pfizer est un événement très rare. Les avantages de la vaccination contre la COVID-19 l'emportent largement sur le risque de myocardite. Néanmoins, il est important de noter que :
 - Chez les hommes de 16 et 17 ans, le taux notifié est de 70,2 cas pour 1 million de vaccinés avec la 2^e dose du vaccin Pfizer. Chez les hommes de 12 à 15 ans, le taux notifié est de 45,7 cas pour 1 million de vaccinés avec la 2^e dose du vaccin Pfizer.
 - Chez les femmes de 16 et 17 ans, le taux notifié est de 7,6 cas pour 1 million de vaccinées avec la 2^e dose du vaccin Pfizer. Chez les femmes de 12 à 15 ans, le taux notifié est de 3,8 cas pour 1 million de vaccinées avec la 2^e dose du vaccin Pfizer.
 - Des études à long terme analysant l'impact du vaccin Pfizer sur le muscle cardiaque sont en cours.
 - Des données très préliminaires d'Israël sur le taux de notification de myocardite après une dose de rappel suggèrent un taux plus faible de myocardite après la 3^e dose qu'après la 2^e dose du vaccin Pfizer.

Adapter la feuille de route du SAGE aux conditions de la Région des Amériques et à l'utilisation stratégique des doses de rappel anti-COVID-19

Mise en œuvre actuelle de la feuille de route du SAGE dans la Région des Amériques

Le 16 juillet 2021, l'OMS a publié la deuxième version de la [Feuille de route du SAGE de l'OMS pour l'établissement des priorités concernant l'utilisation des vaccins anti-COVID-19](#). La feuille de route permet de réduire davantage la mortalité/morbidité et contribue à une réduction accrue de la transmission et des perturbations sociales et économiques. Son objectif est de contribuer à hiérarchiser les groupes à risque élevé pour la vaccination dans le cadre des objectifs de couverture établis par le pays. Ces groupes sont identifiés au tableau 3. En outre, cette feuille de route stipule que : « L'ouverture de l'admissibilité à la vaccination de la totalité de la population, sans l'obtention préalable d'une couverture souhaitée parmi les groupes les plus âgés et autres groupes hautement prioritaires, réduira l'effet susceptible d'être obtenu avec un approvisionnement initial limité en vaccins. »

Depuis que le processus d'introduction du vaccin anti-COVID-19 a débuté, les pays de la Région ont suivi bon nombre des recommandations techniques du SAGE et du GCT pour mettre en œuvre leur stratégie d'établissement des priorités de vaccination. Plus précisément :

- Presque tous les pays ont lancé des activités de vaccination contre la COVID-19 en offrant d'abord des doses aux groupes à risque très élevé. Les pays ont suivi la catégorisation des risques établie par le SAGE quand ils ont commencé à élargir l'admissibilité aux vaccins.
- Parmi les 25 pays qui notifient à l'OPS des données de vaccination stratifiées selon l'âge, 21 signalent des taux plus élevés de couverture vaccinale chez les personnes âgées de 60 ans ou plus par rapport aux taux dans les groupes d'âge inférieur.
- Dans la plupart des pays, les enfants et les adolescents sont devenus admissibles à la vaccination anti-COVID-19 après que la vaccination a été proposée à tous les autres groupes à risque.

Cependant, l'admissibilité au vaccin s'est élargie dans de multiples directions au cours des six derniers mois de 2021. Les recommandations du SAGE sur la hiérarchisation des groupes prioritaires à risque très élevé ont été remplacées par des considérations nationales politiques, économiques et épidémiologiques. Plus précisément :

- Déploiement à grande échelle de doses de vaccin anti-COVID-19 pour les injections de rappel, tandis que les taux de couverture nationale dans la population générale restaient inférieurs à 70 % dans la plupart des pays.
- Administration à grande échelle de doses de vaccin anti-COVID-19 pour protéger les enfants et les adolescents de moins de 18 ans dans tous les pays et territoires, à l'exception d'Haïti.
- Faibles taux de vaccination chez les femmes enceintes, malgré leur catégorisation comme groupe à risque élevé de forme grave de COVID-19.
- Les 20 pays qui notifient à l'OPS leurs données de vaccination chez les agents de santé ne peuvent pas calculer le taux de couverture atteint faute de dénominateurs fiables.

De multiples raisons ont été déterminées pour expliquer les divergences entre les recommandations d'établissement des priorités de vaccination du SAGE et les décisions politiques des pays : a) situation épidémiologique rapidement évolutive, avec l'émergence notamment du variant préoccupant Omicron,

b) facteurs multiples (par ex. disponibilité des vaccins, mentalités à l'égard des vaccins) influant sur la capacité nationale d'acceptation des vaccins, c) approvisionnement limité en doses de vaccin anti-COVID-19 (en particulier aux premier et troisième trimestres 2021) pour les pays comptant sur le Mécanisme COVAX pour leurs achats, d) manque d'orientations de l'OMS à mesure que de nouvelles situations apparaissent, du fait que l'Organisation doit recueillir et évaluer des données scientifiques probantes avant de formuler ses recommandations.

Application de la feuille de route mise à jour du SAGE pour les Amériques

La [feuille de route](#) a été mise à jour le 21 janvier 2022. Comme indiqué dans le tableau 2, le SAGE a identifié quatre groupes prioritaires, classés par niveau de risque de forme grave de COVID-19 et de décès. En fonction de la couverture vaccinale nationale atteinte dans les groupes de priorité maximale et élevée, les pays peuvent offrir des doses de rappel à une sous-section croissante de la population, jusqu'à inclure tous les adultes et adolescents âgés de 12 ans ou plus en bonne santé.

Objectif

Après avoir analysé les lacunes dans la mise en œuvre de la version précédente de la feuille de route, l'Unité d'immunisation du Département de la famille, de la promotion de la santé et du parcours de vie (FPL/IM) de l'OPS évalue comment la version actuelle de la feuille de route peut être mise en œuvre dans les Amériques, compte tenu des politiques nationales relatives à la dose de rappel, des options d'achat de vaccins et de la couverture vaccinale anti-COVID-19.

Sources de données

- Les informations sur les politiques nationales relatives à la dose de rappel ont été obtenues auprès de deux sources : 1) la base de données de l'OPS sur la vaccination anti-COVID-19, les informations étant fournies chaque semaine par les pays par le biais du formulaire conjoint de notification électronique (JRFe), et 2) une compilation faite par l'OMS des politiques nationales relatives à la dose de rappel pour les pays où cette information est accessible au public. Les pays peuvent être classés en deux groupes : « politique de rappel universel » (c.-à-d. toutes les personnes âgées de 18 ans ou plus) et « politique de rappel pour les personnes à risque élevé » (c.-à-d. seulement les agents de santé, les personnes âgées et les personnes immunodéprimées).
- Le Fonds renouvelable de l'OPS recueille les informations sur les options d'achat de vaccins de chaque pays, soit les accords bilatéraux avec les fabricants de vaccins, le Mécanisme COVAX, la production locale de vaccins et les dons de vaccins. La plupart des pays s'appuient sur différentes sources. De plus, deux pays (le Canada et les États-Unis) comptent exclusivement sur des stratégies d'autoapprovisionnement.
- Chaque vendredi, FPL/IM compile les données de la vaccination anti-COVID-19 jusqu'à la semaine épidémiologique en cours. Le dénominateur est l'estimation de population totale faite par l'ONU. Pour les pays de moins de 100 000 habitants, l'OPS utilise les estimations de population de la base de données internationale du Centre des programmes internationaux de la Division de la population du Bureau du recensement des États-Unis. Le calcul par l'OPS du taux cumulé de couverture vaccinale porte sur l'ensemble du pays envisagé. Quelques pays fournissent des variables supplémentaires permettant une stratification systématique des taux de couverture.

Méthodologie

1. FPL/IM classe les pays des Amériques en fonction des taux de couverture vaccinale anti-COVID-19 au 21 janvier 2022. Il est important de noter qu'il s'agit des taux nationaux, tandis que la feuille de route du SAGE recommande aux pays de prendre en compte le taux de couverture vaccinale des groupes prioritaires à risque très élevé et élevé.
2. L'information est ensuite stratifiée par mécanisme d'achat de vaccins.
3. Les pays sont classés comme ayant une « politique de rappel universel » ou une « politique de rappel pour les personnes à risque élevé ». Haïti n'administrant pas de doses de rappel, ce pays n'est pas inclus dans l'analyse. L'objectif de cette classification supplémentaire est d'évaluer si les pays administrent des doses de rappel conformément à la stratégie actuelle d'établissement des priorités du SAGE (voir le tableau 2).

Résultats

Sur la base de cette analyse, les deux principaux obstacles à la mise en œuvre de la feuille de route du SAGE dans les Amériques sont les suivants :

1. Disponibilité limitée de données stratifiées (par ex. unité infranationale, âge, sexe, groupe prioritaire) pour déterminer les groupes prioritaires définis par le SAGE.
 - Si la couverture vaccinale dans les groupes prioritaires à risque très élevé et élevé ne peut pas être calculée, la stratégie d'établissement des priorités de vaccination du SAGE ne peut pas être appliquée comme recommandé.
 - Lorsque le taux national de couverture vaccinale est utilisé pour orienter la stratégie d'établissement des priorités, de nombreuses régions et sous-populations sous-performantes peuvent ne pas atteindre les taux de couverture nécessaires pour freiner les tendances nationales en matière d'hospitalisation et de décès.
 - Les sous-populations des groupes prioritaires à risque très élevé et élevé peuvent ne pas atteindre des taux élevés de couverture vaccinale, alors même que le pays continue d'élargir l'admissibilité au vaccin et les politiques de dose de rappel en supposant que les personnes les plus fragiles ont atteint des taux de vaccination suffisants.
2. Les scénarios de la feuille de route du SAGE ne tiennent pas compte des grandes différences au sein des pays de la Région et d'un pays à l'autre.
 - Sur les 51 pays et territoires, 25 indiquent un taux national de couverture vaccinale « élevé » (41 % à 70 %) et 14 un taux de couverture « modéré » (10 % à 40 %).
 - Cinquante pays et territoires sur 51 mettent en œuvre des politiques de dose de rappel anti-COVID-19, malgré la recommandation du SAGE de juillet 2021 selon laquelle les doses de rappel ne doivent pas être administrées.
 - Il existe de grandes variations entre les pays en termes de taille de la population, situation épidémiologique, options d'achat des vaccins, capacité d'acceptation, statut socioéconomique et politique de dose de rappel déjà en vigueur.
 - Les recommandations du SAGE ne sont pas suffisamment détaillées pour orienter les pays sur la manière et le moment d'élargir leur administration de la primovaccination anti-COVID-19 et de la dose de rappel.

Questions pour le GCT

1. Le GCT approuve-t-il la feuille de route mise à jour du SAGE ?
2. Si oui, comment les pays de la Région des Amériques peuvent-ils adapter la feuille de route du SAGE en fonction :
 - a. des taux actuels de couverture vaccinale dans les différents groupes prioritaires ?
 - b. des politiques nationales actuelles sur la dose de rappel ?
3. Si oui, comment l'OPS peut-elle appuyer la recommandation du GCT sur l'utilisation du vaccin anti-COVID-19 dans les groupes prioritaires de la Région des Amériques (primovaccination et dose de rappel) ?
4. Sinon, quelle est la stratégie recommandée par le GCT pour l'établissement des priorités de vaccination anti-COVID-19 dans la Région des Amériques ?

Recommandations

1. En juillet 2021, le GCT a déclaré que la Région était confrontée à une crise imminente relativement aux services de vaccination et qu'une attention continue devait être accordée au maintien et au renforcement de la vaccination, de la surveillance épidémiologique et d'autres programmes de santé essentiels. La Région notifie toujours ses niveaux les plus bas de couverture vaccinale contre la rougeole et par le DTC3 au cours des 10 dernières années. En outre, la couverture par la troisième dose de vaccin antipoliomyélitique dans la Région n'était en 2020 que de 82 %, soit la plus faible couverture notifiée depuis l'éradication de la poliomyélite dans les Amériques en 1994. De plus, le taux de cas de PFA signalés pour 100 000 enfants a diminué de 39 % en 2020 par rapport à 2019. Le risque dans la Région de flambées épidémiques de maladies à prévention vaccinale précédemment maîtrisées est à son plus haut niveau au cours des 30 dernières années en cas de transmission continue de la rougeole et de la rubéole, d'importation de PVS/PVDV ou d'émergence de PDVD. Alors que les pays doivent continuer à gérer le déploiement du vaccin anti-COVID-19, ils doivent aussi donner un nouvel élan à leurs programmes nationaux de vaccination afin de combler les lacunes de couverture vaccinale, d'atteindre toutes les personnes admissibles à la vaccination et de promouvoir les avantages de la vaccination pour la santé universelle. Ne pas agir maintenant entraînera la survenue de flambées épidémiques et une pérennisation des faibles couvertures vaccinales, ce qui nuira considérablement à la santé et à l'économie.
2. Compte tenu de l'intensification prévue de l'activité grippale dans les régions du Nord et du Sud des Amériques en 2022, les pays utilisant la composition vaccinale pour l'hémisphère Sud doivent planifier et mettre en œuvre avec soin les activités de vaccination antigrippale au premier trimestre de 2022. Ces activités doivent inclure la Semaine de la vaccination dans les Amériques, qui s'est avérée être une plate-forme solide pour obtenir des taux élevés de couverture vaccinale antigrippale dans tous les groupes d'âge.
3. Après avoir ciblé presque exclusivement les actions de riposte à la COVID-19 pendant deux ans, on constate le déclin de nombreux indicateurs de résultats, d'accessibilité et de qualité des services de santé. Si cette tendance à la baisse se poursuit, d'autres impacts sur les services et un épuisement professionnel du personnel de santé sont prévisibles, qui entraîneraient une charge supplémentaire et des pertes de vie dues à divers problèmes de santé. Le GCT exhorte les pays à commencer à envisager la nécessité potentielle d'actions de vaccination anti-COVID-19 à plus long terme, à entreprendre leur planification stratégique dès maintenant et à garantir l'intégration des activités de vaccination anti-COVID-19 aux programmes nationaux de vaccination systématique.

4. Le GCT félicite les pays, leur personnel de santé et leurs agents de première ligne pour la riposte concertée à la pandémie de COVID-19 et le déploiement des vaccins anti-COVID-19. La Région des Amériques a réussi à vacciner complètement 64,5 % de sa population au 11 février 2022. Cependant, 14 pays des Amériques n'avaient pas atteint 40 % de couverture vaccinale anti-COVID-19 au 31 décembre 2021, ce qui a laissé de larges pans de population à risque d'atteinte sévère, d'hospitalisation et de décès dus à la COVID-19.
5. Le GCT exhorte vivement l'OPS et les autres partenaires et parties prenantes à fournir un appui financier et technique supplémentaire aux pays où les taux de couverture vaccinale sont faibles. Cet appui peut inclure la fourniture de doses de vaccins anti-COVID-19, un soutien technique et le déploiement de personnel pour appuyer les actions de mise en œuvre de la vaccination et soulager un personnel de terrain déjà épuisé, l'achat d'équipements de chaîne du froid et l'entretien des équipements existants, ainsi que des activités de formation pour élargir le personnel de santé. En outre, le GCT recommande que l'OPS et d'autres partenaires techniques élargissent les évaluations sur le terrain et les actions d'engagement communautaire, afin de comprendre la cause profonde du faible recours au vaccin anti-COVID.
6. Le GCT approuve la feuille de route du SAGE de l'OMS pour établir les priorités d'administration des vaccins anti-COVID-19, dans sa mise à jour la plus récente du 21 janvier 2022, en tant qu'approche visant à optimiser l'impact mondial des vaccins anti-COVID-19, sur la base des objectifs de la santé publique, de l'équité au niveau mondial et national, ainsi que des scénarios d'accessibilité des vaccins et de couverture vaccinale; il met par ailleurs l'accent sur les orientations suivantes :
 - a. Les pays dont les taux de couverture de primovaccination sont faibles¹ doivent d'abord atteindre des taux élevés de couverture primovaccinale dans les groupes prioritaires à risque très élevé (c.-à-d. les personnes âgées, les agents de santé et les personnes immunodéprimées) avant d'offrir des doses vaccinales aux groupes prioritaires à moindre risque.
 - b. Les pays dont les taux de couverture primovaccinale sont modérés à élevés dans les groupes prioritaires à risque très élevé doivent généralement établir des priorités d'approvisionnement en vaccins disponibles pour obtenir d'abord des taux élevés de couverture par la dose de rappel dans les groupes prioritaires à risque très élevé avant d'offrir des doses vaccinales aux groupes prioritaires à moindre risque.
7. Le GCT note avec préoccupation que de nombreux pays ne recueillent pas d'informations sur l'âge et le sous-groupe de population des personnes vaccinées. Par conséquent, le GCT recommande fortement aux pays de recueillir et de compiler les données sur la vaccination anti-COVID-19 en les stratifiant selon l'âge, le sexe et la zone géographique. Le recueil d'autres descripteurs (par ex. agents de santé, femmes enceintes) permettra d'affiner davantage les activités programmatiques et d'orienter l'établissement des priorités de vaccination. Tous les points de données requis doivent être intégrés au formulaire conjoint de notification électronique (JRFe) de la vaccination anti-COVID-19, qu'ils partagent déjà chaque semaine avec l'OPS.
8. Les femmes enceintes ont été identifiées parmi les groupes à risque élevé de forme grave et de décès dus à la COVID-19, et la charge de la COVID-19 chez les femmes enceintes et les femmes allaitantes de la Région est importante. La feuille de route du SAGE de l'OMS met de nouveau

¹ Les seuils de couverture spécifiques ne sont pas fournis, car les pays peuvent avoir des capacités différentes pour atteindre ces populations. À titre indicatif, une couverture très élevée dans les groupes prioritaires à risque très élevé ou élevé serait supérieure à 70 %, et une faible couverture inférieure à 10 % ([Feuille de route du SAGE de l'OMS](#)).

l'accent sur le fait que les femmes cibles constituent un groupe hautement prioritaire pour la vaccination anti-COVID-19. Pourtant, les taux de vaccination dans ce groupe prioritaire précis restent faibles dans toute la Région. Le GCT exhorte les États Membres à recentrer leurs efforts pour vacciner les femmes enceintes, notamment les adolescentes enceintes.

9. Presque tous les pays des Amériques ont introduit la dose de rappel anti-COVID-19 dans certains groupes de population. Le GCT se félicite de la publication de la feuille de route mise à jour du SAGE de l'OMS pour établir des priorités de vaccination anti-COVID-19 et il offre des orientations supplémentaires sur le calendrier et l'administration de la dose de rappel dans les pays des Amériques.
 - a. Pays ayant un taux de couverture vaccinale faible à modéré¹: tous les efforts doivent cibler une couverture élevée par la primovaccination et une dose de rappel dans les groupes à risque très élevé et élevé.²
 - b. Pays ayant un taux de couverture vaccinale élevé à très élevé¹ :
 - Les pays qui ont mis en place une politique de dose de rappel pour toutes les personnes de 18 ans ou plus doivent procéder à une analyse infranationale des taux de couverture vaccinale par groupe prioritaire à risque afin de s'assurer que les groupes à priorité maximale et élevée reçoivent une primovaccination et un rappel.
 - Les pays qui ont introduit une politique de dose de rappel pour les groupes prioritaires à risque maximale uniquement doivent réaliser des analyses nationales et infranationales pour déterminer quand et comment élargir l'administration de la dose de rappel dans la stratégie nationale de vaccination anti-COVID-19.
10. Le GCT salue l'appui des pays donateurs, qui ont fourni à la Région des Amériques plus de 28 millions de doses vaccinales anti-COVID-19 et continuent d'offrir un appui financier pour diverses activités nécessaires au déploiement des vaccins anti-COVID-19. Au nom du peuple des Amériques, le GCT reconnaît les contributions importantes de l'Allemagne, du Canada, du Danemark, de l'Espagne, des États-Unis, de la France, du Japon, de la Norvège et de la Suède.
11. Le GCT reconnaît le solide appui technique de l'OPS pour l'introduction et le déploiement des vaccins anti-COVID-19 au cours de l'année 2021 et exhorte l'Organisation à maintenir son haut niveau d'engagement.
12. Les enfants des Amériques continuent de faire face à la pire crise éducative de ces 100 dernières années, des millions d'enfants n'étant pas encore retournés en classe. Le GCT exhorte fortement les pays à rouvrir les écoles et à reprendre l'apprentissage en présentiel, tout en renforçant les mesures sociales et de santé publique recommandées (telles que le port du masque, la distanciation sociale et une ventilation adéquate). Les enseignants et le personnel éducatif font partie des groupes hautement prioritaires pour la vaccination anti-COVID-19 et doivent donc la recevoir en priorité. Le GCT fait écho aux propos du Directeur général de l'OMS et de la Directrice de l'OPS, ainsi qu'aux recommandations de l'UNICEF selon lesquelles la vaccination des enfants et des adolescents ne doit pas être une condition préalable à la réouverture des écoles.
13. Quel que soit le variant préoccupant du SARS-CoV-2 en circulation, les mesures sociales et de santé publique non pharmaceutiques continuent d'être efficaces, ainsi que les stratégies recommandées pour réduire la transmission du virus et réduire au minimum la charge de la

² Priorité maximale : personnes âgées, agents de santé, personnes immunodéprimées.

Priorité élevée : adultes présentant des comorbidités, femmes enceintes, enseignants et autres travailleurs essentiels, sous-populations sociodémographiques défavorisées présentant un risque élevé de forme grave de COVID-19.

COVID-19 dans la société. Le GCT exhorte les pays à maintenir ces mesures et à les intégrer à la stratégie nationale de riposte comme l'un des outils les plus importants pour atténuer l'impact et réduire au minimum les effets de la pandémie.

Recommandations pour le Fonds renouvelable

1. Le GCT reconnaît les efforts déployés par le Mécanisme COVAX pour appuyer l'accessibilité, l'allocation et le déploiement mondiaux et régionaux des vaccins anti-COVID-19. Cependant, le GCT exhorte le Mécanisme COVAX à tirer parti des mécanismes du Fonds renouvelable pour livrer des doses vaccinales aux pays de la Région des Amériques.
2. Compte tenu de l'amélioration du nombre de doses vaccinales anti-COVID-19 dont la mise à disposition est prévue pour 2022 et de la possibilité de passer d'une approche d'allocation fondée sur l'offre à une approche d'allocation fondée sur la demande, le GCT exhorte les États Membres à travailler en partenariat étroit avec le Fonds renouvelable de l'OPS et ses unités techniques pour évaluer la demande nationale de vaccins, surveiller leur acceptation et suivre la dynamique de la prestation des services.
3. Alors que les pays progressent en matière de vaccination anti-COVID-19, le GCT souligne de nouveau l'importance pour les États Membres de l'OPS de passer des accords bilatéraux pour leurs sources d'approvisionnement à l'achat, par le biais du Fonds renouvelable de l'OPS, de vaccins anti-COVID-19 approuvés par l'OMS, afin de réaliser de meilleures économies d'échelle dans l'intérêt mutuel des pays et de renforcer le panaméricanisme et la solidarité, comme c'est le cas avec d'autres vaccins.
4. Le GCT exhorte les États Membres à améliorer les systèmes de chaîne d'approvisionnement en vaccins et les infrastructures de chaîne du froid afin de garantir la livraison efficace de vaccins anti-COVID-19 et d'autres vaccins. Investir dans de meilleures chaînes d'approvisionnement de vaccins et parvenir à un accès durable et abordable à la vaccination systématique sera crucial pour faire progresser la préparation aux pandémies. Le GCT exhorte également les États Membres à rechercher un soutien actif auprès des unités techniques de l'OPS et du Fonds renouvelable afin de renforcer la chaîne d'approvisionnement en vaccins.

OPS/FPL/IM/COVID-19/22-0005

© **Organisation panaméricaine de la Santé, 2022.** Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/).