

Recommandations provisoires pour les vaccins anti-Ebola

Le 1^{er} août 2018, le Ministère de la santé de la République Démocratique du Congo a déclaré une nouvelle flambée de maladie à virus Ebola dans la province du Nord-Kivu. Le Ministère de la santé, l'OMS et les partenaires ripostent à cet événement et travaillent à établir l'ampleur réelle de cette flambée.¹

Cette nouvelle flambée de maladie à virus Ebola (MVE) sévit dans les provinces du nord-est de la République Démocratique du Congo, à la frontière de l'Ouganda. La province du Nord-Kivu est l'une des plus peuplées avec 8 millions d'habitants. Elle est limitrophe de quatre autres provinces (Ituri, Sud-Kivu, Maniema et Tshopo), ainsi que de l'Ouganda et du Rwanda. La sous-région est confrontée à une très grande insécurité et à une crise humanitaire qui s'aggrave, avec plus d'un million de personnes déplacées et l'exode continu de réfugiés vers les pays voisins, l'Ouganda, le Burundi et la Tanzanie.

Les facteurs de risque potentiels de transmission de la MVE aux niveaux national et régional comportent les liaisons de transport entre les zones affectées, le reste du pays et les pays limitrophes ; le déplacement interne des populations ; et le déplacement des réfugiés congolais vers les pays voisins. Le pays connaît parallèlement plusieurs épidémies et une crise humanitaire prolongée. De plus, les conditions de sécurité au Nord-Kivu pourraient empêcher la mise en œuvre des actions de riposte. Dans ce contexte, on considère que le risque est élevé pour la santé publique aux niveaux national et régional et faible au niveau mondial.

Cette situation entraîne des limitations pour la mise en œuvre de la stratégie de vaccination en ceinture, basée sur l'identification des contacts, telle qu'elle a été recommandée par le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination (SAGE) en avril 2017.² Il a donc fallu d'urgence examiner des options et des stratégies adaptées pour l'utilisation du vaccin rVSVΔG-ZEBOV-GP si la stratégie de vaccination en ceinture s'avérait infaisable.

Compte tenu de l'urgence, les membres du groupe de travail sur les vaccins anti-Ebola au sein du SAGE et les membres du SAGE ont examiné la situation épidémiologique et les données disponibles pour le groupe de travail concernant les différents vaccins candidats, ainsi que l'impact des différentes interventions.

Tandis que la vaccination en ceinture demeure la stratégie de prédilection (déclaration dans le rapport du SAGE d'avril 2017),³ une approche géographiquement ciblée a été proposée pour l'adapter à titre exceptionnel si la vaccination en ceinture autour d'un cas d'Ebola confirmé en laboratoire s'avère impossible. Les recommandations provisoires suivantes ont été décidées :

« Si une flambée de maladie à virus Ebola survient avant l'homologation du vaccin candidat, le SAGE recommande de déployer rapidement le vaccin rVSVΔG-ZEBOV-GP au titre du protocole d'accès élargi, en veillant à recueillir le consentement éclairé des personnes vaccinées et à respecter les bonnes pratiques cliniques. Si la flambée est due à une autre espèce virale qu'Ebola Zaïre, on envisagera alors l'utilisation d'autres vaccins candidats ciblant l'espèce virale présumée.

La vaccination en ceinture, telle que mise en œuvre dans l'étude de phase 3 en Guinée, est la stratégie d'administration recommandée. Elle doit être adaptée à la situation sociale et géographique des zones de flambée et englober les sujets à risque comprenant, sans s'y limiter : i) les contacts et les contacts de contacts ; ii) les soignants locaux et internationaux ainsi que les agents en première ligne dans les zones touchées ; et iii) les soignants et les agents en première ligne dans les zones où existe un risque d'expansion de la flambée. »

Dans un contexte où il n'est pas possible d'identifier les contacts et contacts de contacts d'un cas confirmé de MVE (pour des raisons épidémiologiques, sociales, ou sécuritaires sérieux), une vaccination géographique ciblée est mise en place. Dans ce cas, la zone géographique dans les environs immédiats d'un cas d'Ebola, village ou quartier par exemple, est celle dans laquelle on trouvera le plus probablement les personnes qui sont des contacts, ou des contacts de contacts du cas index.

Une stratégie géographique ciblée pour vacciner toutes les personnes dans cette zone géographique déterminée nécessitera d'administrer un plus grand nombre de vaccins que ce qu'il aurait fallu pour une vaccination en ceinture dans la même zone. Même dans cette situation, le consentement éclairé et le respect des bonnes pratiques cliniques sont requis, mais l'ampleur du suivi des sujets vaccinés sera déterminée en fonction du contexte de l'intervention.

La stratégie de vaccination géographique ciblée répond au même objectif de la vaccination en ceinture, c'est-à-dire d'immuniser les populations à risque d'une transmission secondaire de la Maladie à virus Ebola autour d'un cas d'Ebola confirmé. »

De nouvelles discussions, portant entre autres sur les données disponibles et l'utilisation potentielle d'autres vaccins anti-Ebola, auront lieu lors de la prochaine réunion du SAGE en octobre 2018.

¹ http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/273640/SITREP_EVD_DRC_20180807-eng.pdf?ua=1.

² <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255611/WER9222.pdf;jsessionid=84A8710145124E5C537187BEFD46D5DC?sequence=1>.

³ <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255611/WER9222.pdf;jsessionid=84A8710145124E5C537187BEFD46D5DC?sequence=1>.