



Contents

- 381 Meeting of the WHO Strategic and Technical Advisory Group for Infectious Hazards (STAG-IH), June 2020
Conclusions and advice
- 386 Validation of maternal and neonatal tetanus elimination in 90% of the population of Mali

Sommaire

- 381 Réunion du Groupe consultatif stratégique et technique de l'OMS sur les risques infectieux (STAG-IH), juin 2020
Conclusions et conseils
- 386 Validation de l'élimination du tétanos maternel et néonatal dans 90% de la population du Mali

Meeting of the WHO Strategic and Technical Advisory Group for Infectious Hazards (STAG-IH), June 2020

Conclusions and advice

Introduction

The Strategic and Technical Advisory Group for Infectious Hazards (STAG-IH) provides independent advice to the WHO Health Emergencies programme (WHE) on infectious hazards that may pose a threat to global health security. It reviews information about new and emerging infectious diseases and ongoing outbreaks and advises on priorities for WHO's strategies, activities and partnerships. In view of the exceptional circumstances of the COVID-19 pandemic, WHE remotely convened the 2020 mid-year meeting of STAG-IH on 12 June 2020, supplemented by periodic videoconferences to discuss remaining agenda items. This report consolidates and summarizes the presentations, discussions and advice from STAG-IH.¹

Functioning of IHR

Scrutiny of the International Health Regulations (2005) (IHR) in the context of COVID-19 has raised questions about plans for revision, including consideration of the criteria for a “public health emergency of international concern” and declaration of a pandemic. STAG-IH agreed that a more transparent, stratified system was required to grade emergencies. They noted widespread misunderstanding of WHO's “ownership” of IHR. IHR is an agreement

¹ STAG-IH has been meeting virtually since the outset of the COVID-19 pandemic, providing COVID-19-specific advice and recommendations to WHE. A list of meeting topics and some of the discussion outcomes has been published (<https://www.who.int/emergencies/diseases/strategic-and-technical-advisory-group-for-infectious-hazards/en/>).

Réunion du Groupe consultatif stratégique et technique de l'OMS sur les risques infectieux (STAG-IH), juin 2020

Conclusions et conseils

Introduction

Le Groupe consultatif stratégique et technique sur les risques infectieux (STAG-IH) fournit au Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire (WHE) des conseils indépendants sur les risques infectieux susceptibles de constituer une menace pour la sécurité sanitaire mondiale. Il examine les informations relatives aux maladies infectieuses nouvelles et émergentes et aux flambées épidémiques en cours et donne son avis sur les priorités à fixer dans le cadre des stratégies, des activités et des partenariats de l'OMS. Compte tenu des circonstances exceptionnelles liées à la pandémie de COVID-19, le Programme WHE a convoqué la réunion de la mi-2020 du STAG-IH à distance, le 12 juin 2020, cette réunion ayant été complétée par des vidéoconférences régulières pour examiner les points de l'ordre du jour restés en suspens. Le présent rapport résume les présentations et les débats du STAG-IH, ainsi que les recommandations qu'il a formulées.¹

Fonctionnement du RSI

L'examen minutieux dont a fait l'objet le Règlement sanitaire international (2005) (RSI) dans le cadre de la pandémie de COVID-19 a soulevé des questions sur une révision possible du RSI, notamment sur les critères applicables aux «urgences de santé publique de portée internationale» et à la déclaration d'une pandémie. Le STAG-IH a convenu qu'un système plus transparent et stratifié était nécessaire pour la classification des situations d'urgence. Il a constaté qu'il existait un malen-

¹ Depuis le début de la pandémie de COVID-19, le STAG-IH se réunit virtuellement pour fournir des conseils et des recommandations spécifiques sur la COVID-19 au Programme WHE. La liste des sujets abordés lors de ces réunions, ainsi que les conclusions auxquelles le groupe est parvenu à l'issue de certains débats, ont été publiées (<https://www.who.int/emergencies/diseases/strategic-and-technical-advisory-group-for-infectious-hazards/en/>).

among Member States, and only they can decide on whether they should be revised. A more responsive scenario would be to reinterpret IHR in the current context in order to provide WHO with more operational flexibility during an evolving situation. Utilizing WHO's emergency grading system as an internal process is another potential opportunity for agreement on a global risk management framework. STAG-IH agreed to continue providing advice on grading of emergencies, pragmatic interpretation of IHR and a communication strategy for timely alerts.

Creation of an infection prevention and control (IPC) hub and endorsement of a working group on personal protective equipment (PPE)

STAG-IH at its meeting in December 2019² recommended that a WHE platform be created to facilitate alignment and collaboration among WHO departments delivering IPC measures for epidemic preparedness and response. The resulting "IPC hub" has 4 arms: guidance, networks, training and PPE. Achievements related to the 2018-2020 Ebola virus disease (EVD) response in the Democratic Republic of the Congo (DRC) include capacity-building and standardization of IPC practices, a scorecard to assess adherence and guide improvements and tracking and investigation of nosocomial and health care worker infections. The hub's IPC Guidance Development Group has published 9 guidance documents related to COVID-19³ with advice from STAG-IH and tools for health care workers. Research and development include a surveillance protocol for health care workers infected with SARS-CoV-2 and a case-control study of risk factors among health personnel. Remote training on IPC is being provided in a global webinar series.

The presentation also included an overview of the proposed creation of a PPE Innovations Working Group to: 1) address deficiencies in PPE standards, supplier quality and regulatory oversight; 2) identify innovative solutions to protect health care workers; 3) encourage evidence-based research for informed decisions on PPE use and disposal; and 4) invite external experts to participate in creating and evaluating PPE for the future. STAG-IH strongly endorsed formation of such a group and pledged support, including participation as appropriate in preparing a position paper on the critical role of IPC in preparedness. All agreed on the importance of framing IPC as not only a scientific issue but also a matter of availability, supply and allocation.

tendu répandu selon lequel le RSI «appartiendrait» à l'OMS. Le RSI est un accord conclu entre les États Membres, qui sont seuls habilités à décider d'une révision éventuelle. Un scénario plus réactif consisterait à réinterpréter le RSI à la lumière du contexte actuel afin de donner à l'OMS une plus grande souplesse opérationnelle lors de situations changeantes. Utiliser le système de classification des situations d'urgence de l'OMS en tant que processus interne représente une possible opportunité de trouver un accord sur un cadre mondial de gestion des risques. Le STAG-IH a convenu de continuer à fournir des conseils sur la classification des situations d'urgence, l'interprétation pragmatique du RSI et l'élaboration d'une stratégie de communication permettant la diffusion d'alertes en temps utile.

Création d'une plateforme de lutte anti-infectieuse et d'un groupe de travail sur les équipements de protection individuelle (EPI)

Lors de sa réunion de décembre 2019,² le STAG-IH avait recommandé qu'une plateforme du Programme WHE soit créée en vue de faciliter l'alignement et la collaboration entre les départements de l'OMS œuvrant à l'application de mesures de lutte anti-infectieuse à des fins de préparation et de riposte aux épidémies. La «plateforme de lutte anti-infectieuse» qui en résulte s'articule autour de 4 axes: orientations, réseaux, formation et EPI. Parmi les avancées réalisées dans le cadre de la riposte à l'épidémie de maladie à virus Ebola (MVE) de 2018-2020 en République démocratique du Congo (RDC), citons le renforcement des capacités et la standardisation des pratiques de lutte anti-infectieuse, la création d'un outil de notation pour évaluer le respect des mesures et guider les efforts d'amélioration, ainsi que le suivi et l'investigation des infections nosocomiales et des infections touchant les agents de santé. Le Groupe d'élaboration des directives appartenant à la plateforme de lutte anti-infectieuse a publié 9 documents d'orientation sur la COVID-19,³ en s'appuyant sur les conseils du STAG-IH, ainsi que des outils à l'intention des agents de santé. Parmi les travaux de recherche et développement en cours figurent un protocole de surveillance de l'infection par le SARS-CoV-2 chez les agents de santé et une étude cas-témoins des facteurs de risque parmi le personnel de santé. Une formation à distance sur la lutte anti-infectieuse est dispensée par le biais d'une série de webinaires accessibles à l'échelle mondiale.

La présentation a aussi abordé la proposition de création d'un Groupe de travail sur les innovations en matière d'EPI, dont l'objectif serait de: 1) combler les lacunes relatives aux normes des EPI, à la qualité des fournisseurs et à la surveillance réglementaire; 2) identifier des solutions novatrices pour protéger les agents de santé; 3) encourager la recherche fondée sur des données probantes pour prendre des décisions éclairées sur l'utilisation et l'élimination des EPI; et 4) inviter des experts externes à participer à la conception et à l'évaluation d'EPI pour l'avenir. Le STAG-IH a vivement approuvé la création d'un tel groupe et s'est engagé à le soutenir, notamment en contribuant, le cas échéant, à la préparation d'un document de synthèse sur le rôle essentiel de la lutte anti-infectieuse dans les activités de préparation. Tous les participants se sont accordés sur le fait qu'il est important d'aborder la lutte anti-infectieuse non seulement sous un angle scientifique, mais aussi en tenant compte des questions de disponibilité, d'approvisionnement et de distribution.

² See No. 5, 2020, pp. 37-45.

³ See <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance-publications?publicationtypes=d198f134-5eed-400d-922e-1ac06462e676>

² Voir N° 5, 2020, pp. 37-45.

³ Voir <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance-publications?publicationtypes=d198f134-5eed-400d-922e-1ac06462e676>

List of high-priority diseases

STAG-IH asked whether WHO's R&D Blueprint list of high-priority diseases⁴ for product development constitutes the priorities for WHE's work and whether WHO would welcome prioritization of other types of research as well. The discussion yielded agreement that research priorities be defined not by the Blueprint but by a mandate of the WHE. This will require an independent review of gaps not only in product development but also in epidemiological research, outbreak response, countermeasures, legislation and policies. The role of modelling and its use and limitations with respect to core public health functions and basic field epidemiology in the outbreak response framework should also be addressed. Increased use of and dependence on modelling during recent epidemics coincides with dilution of basic public health science and local epidemiological capacity. STAG-IH agreed to consider perspectives on a better balance between modelling and field epidemiology to ensure optimal outbreak response. STAG-IH also requested a presentation at its meeting in December 2020 on methods for prioritizing diseases.

Strategic Advisory Group of Experts (SAGE) Working Group on COVID-19 Vaccines (COVAX WG)

The COVAX WG advises WHO and Member States on use of pre-licensed vaccines. The Working Group recognized that development of a COVID-19 vaccine requires a shift from the traditional timeframe of 5–≥10 years to an “outbreak paradigm” of 12–18 months, with a range of candidate vaccine types (virus, viral vector, nucleic acid and protein- or carbohydrate-based vaccines) to maximize the chances of success. Different vaccine characteristics and platforms have implications for immunogenicity, safety, the possibility of scaling-up manufacture and cold chain requirements; one vaccine may therefore be more suitable for one target group or country than another.

The COVAX WG continues to deliberate on priority populations for vaccines (i.e. those at higher risks of mortality, morbidity or transmission, essential workers), allocation of products according to the characteristics of priority groups and timing of delivery of products. Potential target groups in priority populations might include people aged >65 years, those with comorbid conditions, workers in health and social care, other essential workers and adults in densely populated areas. Vaccines should also be reserved for disease outbreaks.

Liste des maladies hautement prioritaires

Le STAG-IH a demandé si la liste des maladies hautement prioritaires figurant dans le Schéma directeur en matière de recherche-développement de l'OMS⁴ détermine les priorités de travail du Programme WHE pour la mise au point de produits et si l'OMS serait disposée à accorder la priorité à d'autres types de recherche également. La discussion a abouti à un accord pour que les priorités de recherche soient définies non pas par le Schéma directeur, mais par un mandat du Programme WHE. Cela nécessitera un examen indépendant des lacunes existantes, non seulement dans la mise au point des produits, mais aussi dans les domaines de la recherche épidémiologique, de la riposte aux flambées, des contre-mesures, de la législation et des politiques. Il convient également d'aborder le rôle de la modélisation et d'examiner son utilisation et ses limites au regard des fonctions essentielles de santé publique et de l'épidémiologie de terrain de base dans le cadre des ripostes aux flambées. Le recours et la dépendance accrues à la modélisation lors des récentes épidémies coïncident avec la dilution des capacités essentielles dans les domaines des sciences de la santé publique et de l'épidémiologie locale. Le STAG-IH a convenu d'explorer les moyens de trouver un meilleur équilibre entre la modélisation et l'épidémiologie de terrain afin de garantir une riposte optimale aux flambées. Le STAG-IH a également demandé qu'une présentation soit consacrée aux méthodes de hiérarchisation des maladies lors de sa réunion de décembre 2020.

Groupe de travail du SAGE (Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination) sur les vaccins contre la COVID-19 (COVAX)

Le Groupe de travail COVAX fournit des conseils aux États Membres sur l'utilisation des vaccins avant l'homologation. Le Groupe de travail a constaté que la mise au point d'un vaccin contre la COVID-19 nécessite d'adopter un nouveau «paradigme de flambée» qui permettrait de faire passer le délai habituel de développement de 5–≥10 ans à 12-18 mois, en étudiant une gamme diverse de vaccins candidats (vaccins à base de virus, vecteur viral, acide nucléique, protéines ou polysaccharides) pour maximiser les chances de succès. Les différentes caractéristiques et plateformes vaccinales ont une incidence sur l'immunogénicité et l'innocuité des vaccins, ainsi que sur les possibilités de mise à l'échelle de la fabrication et les exigences en matière de chaîne du froid; un vaccin peut donc être plus adapté à un groupe ou à un pays cible qu'à un autre.

Le groupe de travail COVAX poursuit ses délibérations concernant les populations à vacciner en priorité (groupes présentant un risque élevé de mortalité, de morbidité ou de transmission, travailleurs essentiels), l'attribution des produits selon les caractéristiques des groupes prioritaires et le calendrier de mise à disposition des produits. Les groupes cibles potentiels parmi les populations prioritaires pourraient inclure les personnes âgées de >65 ans, les sujets présentant des comorbidités, les travailleurs du secteur de la santé et des services sociaux, d'autres travailleurs essentiels et les adultes vivant

⁴ See <https://www.who.int/activities/prioritizing-diseases-for-research-and-development-in-emergency-contexts>

⁴ Voir <https://www.who.int/activities/prioritizing-diseases-for-research-and-development-in-emergency-contexts>

The tentative timeline for the policy process is based on the assumption that phase 3 trials for at least 1 vaccine will be completed by September 2020, with policy guidance targeted for October 2020. Post-licensure monitoring for adverse events will be critical.

To strengthen coherence across the Organization and fulfil the mandate of STAG-IH's overarching function, one STAG-IH member has been appointed an ex-officio member of the COVAX WG. Starting with this working group, STAG-IH proposes that a continuing working relationship be instituted with SAGE on WHE's priority infectious hazards, including "disease X", the term designated for any future high-threat pathogen.

Measles update

The number of measles cases surged in 2019, with >500 000 cases reported, most of which were in the DRC, Madagascar and Nigeria, although the number of cases has decreased in 2020. The decrease may be attributed to a low phase of cyclic outbreaks in those countries or possibly the impact of COVID-19 lockdown measures, underperforming surveillance systems and/or changes in health care-seeking behaviours. Between May 2019 and April 2020, 80 countries reported >10 cases per million inhabitants, and 30 countries reported >50 cases per million. Most of the countries that currently report measles outbreaks are in Africa, but many cases are also reported from Bangladesh, Brazil, Tajikistan and Uzbekistan.

The main impact of COVID-19 has been the partial or complete disruption of essential health services, and notably routine immunization. Countries have reported postponement of 64 vaccination campaigns for vaccine-preventable diseases (VPDs), affecting measles and polio vaccination the most; an additional 13 countries may postpone campaigns later this year. More than 178 million people (mostly children aged <5 years) are estimated to be at risk of missing measles vaccinations in 2020. Of 29 countries that have already postponed measles immunization campaigns, 18 are experiencing measles outbreaks. Actions of WHO and partners to address this situation include: 1) guidelines, 2) support to maintain or resume supplementary immunization activities, 3) work with UNICEF and Gavi, the Vaccine Alliance to forecast vaccine and supply requirements and to ensure financial resources and IPC (infection prevention and control) resources, 4) integration of measles campaigns with campaigns for other VPDs, 5) planning catch-up vaccination after the pandemic and 6) modelling to estimate the impact of COVID-19.

WHO is also involved in developing a strategic framework for the prevention and control of measles and rubella 2021–2030, clinical management guidelines and guidelines for measles outbreak response. A global

dans des zones à forte densité de population. Des vaccins doivent également être réservés à la lutte contre les flambées. Le calendrier estimatif du processus décisionnel se fonde sur l'hypothèse que les essais de phase 3 seront achevés pour au moins 1 vaccin d'ici septembre 2020 et que des orientations politiques pourront être formulées en octobre 2020. La surveillance des manifestations indésirables après l'homologation sera primordiale.

Pour renforcer la cohérence au sein de l'Organisation et veiller à l'accomplissement du mandat global du STAG-IH, un membre du STAG-IH a été nommé membre de droit du groupe de travail COVAX. En commençant par ce groupe de travail, le STAG-IH propose qu'une relation de travail continue soit instituée avec le SAGE sur les risques infectieux prioritaires pour le Programme WHE, en incluant la «maladie X», terme désignant tout futur agent pathogène à haut risque.

Mise à jour sur la rougeole

Le nombre de cas de rougeole a fortement augmenté en 2019, avec >500 000 cas signalés, principalement en RDC, à Madagascar et au Nigéria. Le nombre de cas a toutefois régressé en 2020. Cette diminution pourrait s'expliquer par une phase de faible intensité du cycle épidémique dans ces pays ou pourrait éventuellement être due à l'impact des mesures de confinement liées à la COVID-19, à une efficacité insuffisante des systèmes de surveillance et/ou à une évolution du recours aux soins. Entre mai 2019 et avril 2020, 80 pays ont notifié >10 cas par million d'habitants et 30 pays ont signalé >50 cas par million. La plupart des pays faisant actuellement état de flambées de rougeole se trouvent en Afrique, mais de nombreux cas sont également signalés au Bangladesh, au Brésil, au Tadjikistan et en Ouzbékistan.

La COVID-19 a provoqué une perturbation partielle ou complète des services de santé essentiels, et notamment de la vaccination systématique. Les informations transmises par les pays indiquent que 64 campagnes de vaccination contre des maladies évitables par la vaccination ont dû être reportées, la vaccination antirougeoleuse et antipoliomyélitique ayant été la plus fortement perturbée; dans 13 pays supplémentaires, des campagnes pourraient être reportées plus tard cette année. On estime que plus de 178 millions de personnes (essentiellement des enfants de <5 ans) risquent de manquer une vaccination contre la rougeole en 2020. Sur les 29 pays ayant déjà reporté des campagnes de vaccination antirougeoleuse, 18 sont confrontés à des flambées de rougeole. Des mesures ont été prises par l'OMS et ses partenaires pour remédier à cette situation, notamment: 1) l'élaboration de lignes directrices, 2) un appui au maintien ou à la reprise des activités de vaccination supplémentaire, 3) en collaboration avec l'UNICEF et l'Alliance GAVI, la prévision des besoins en vaccins et des exigences d'approvisionnement et la mise à disposition de ressources financières suffisantes et de ressources adéquates pour la lutte anti-infectieuse, 4) l'intégration des campagnes antirougeoleuses avec les campagnes menées contre d'autres maladies évitables par la vaccination, 5) la planification d'une vaccination de rattrapage après la pandémie et 6) la modélisation pour estimer l'impact de la COVID-19.

L'OMS participe également à l'élaboration d'un cadre stratégique de prévention et de lutte contre la rougeole et la rubéole pour la période 2021–2030 et à la formulation de lignes directrices sur la prise en charge clinique et sur la riposte aux flam-

measles strategic response plan for the next 2–3 years includes enhanced national, regional and global coordination mechanisms; standardized risk assessment approaches for prevention and preparedness in priority countries; enhanced national capacity for outbreak prevention in priority countries and timely detection and response to outbreaks.

STAG-IH recognizes the disturbing impact of COVID-19-associated, reactive, often political decisions by governments to implement excessive movement restrictions without exit strategies. STAG-IH asked the Director-General by letter⁵ to clarify that WHO has never recommended excessive measures that could increase harm to people's health and well-being. STAG-IH urged that countries not implement such measures without an appropriate situation assessment and support to affected populations, while also ensuring humanitarian aid activities and essential health services, including routine vaccination.

Update on the Pandemic Emergency Financing Facility (PEF)

The PEF, created after the outbreak of EVD in West Africa in 2015 and housed at the World Bank, includes a “cash window” for rapid release of funding to countries and an “insurance window” to increase the scale of a response in the event of a worst-case scenario. The insurance window was activated for the first time for COVID-19 on 31 March 2020, with an allocation of US\$ 195 million to 64 low-income countries. The term ends on 7 July 2020 and will not be renewed. The cash window closes in April 2021. It will not be replenished; however, a new multi-donor trust fund, the Health Emergency Preparedness and Response Multi-donor Fund, will support surge response in low-income countries. The PEF Coordinator acknowledged STAG-IH's contribution throughout the lifecycle of the PEF and particularly its rapid assessment of proposals for cash-window activation. At its first meeting, STAG-IH advocated for increasing stable funding for development of IHR core capacities and improving readiness. Lessons learnt about COVID-19 confirm the importance of preparedness in determining a country's success in its pandemic response. STAG-IH proposes that it plays a continuing role in the new funding mechanism.

Human–animal interface (HAI)

STAG-IH was briefed on a plan to send a follow-up mission to China to address the role of HAI in COVID-19, particularly to identify the animal source and the circumstances in which the virus was introduced. STAG-IH agreed that WHO and partners should plan a longer, more holistic approach to the investigation, as for

bées de rougeole. Un plan stratégique mondial de riposte à la rougeole a été élaboré pour les 2-3 prochaines années, reposant sur des mécanismes améliorés de coordination nationale, régionale et mondiale, des approches standardisées d'évaluation des risques pour la prévention et la préparation dans les pays prioritaires, un renforcement des capacités nationales de prévention des flambées dans les pays prioritaires, et une détection et une riposte en temps utile aux flambées.

Le STAG-IH est conscient des conséquences négatives que peuvent avoir les décisions réactives, souvent politiques, prises par les gouvernements face à la COVID-19, imposant des restrictions de mouvement excessives sans stratégie de sortie. Le STAG-IH a adressé une lettre au Directeur général,⁵ lui demandant de préciser que l'OMS n'a jamais recommandé de mesures excessives risquant de porter encore plus atteinte à la santé et au bien-être des populations. Le STAG-IH a vivement encouragé les pays à s'abstenir de telles mesures sans avoir mené une évaluation appropriée de la situation et sans offrir un soutien aux populations touchées, tout en maintenant les activités d'aide humanitaire et en assurant des services de santé essentiels, y compris la vaccination systématique.

Mise à jour sur le mécanisme de financement d'urgence en cas de pandémie

Le mécanisme de financement d'urgence en cas de pandémie (PEF), créé sous l'égide de la Banque mondiale après l'épidémie de MVE qui a frappé l'Afrique de l'Ouest en 2015, comprend un «guichet de liquidités» permettant le déblocage rapide de fonds aux pays et un «guichet d'assurance» destiné à étendre la portée des efforts de riposte en cas de scénario catastrophe. Le guichet d'assurance a été activé pour la première fois pour la COVID-19 le 31 mars 2020, avec une allocation de US \$195 millions au profit de 64 pays à faible revenu. Il arrivera à échéance le 7 juillet 2020 et ne sera pas renouvelé. Le guichet de liquidités sera clos en avril 2021. Il ne sera pas reconstitué; toutefois, un nouveau fonds fiduciaire multidonateurs, le Fonds fiduciaire multidonateurs pour la préparation et la réponse aux situations sanitaires d'urgence, appuiera les interventions d'urgence dans les pays à faible revenu. Le coordonnateur du PEF a salué la contribution apportée par le STAG-IH pendant toute la durée de vie du PEF, et en particulier son évaluation rapide des propositions d'activation du guichet de liquidités. Lors de sa première réunion, le STAG-IH avait plaidé pour l'augmentation d'un financement stable visant à renforcer les capacités de base au titre du RSI et à améliorer l'état de préparation des pays. Les enseignements tirés de la COVID-19 confirment l'importance de la préparation, facteur déterminant de la réussite des activités de riposte d'un pays en cas de pandémie. Le STAG-IH se propose de continuer à jouer un rôle de conseiller technique dans le nouveau mécanisme de financement.

Interface homme-animal

Le STAG-IH a été informé d'un projet d'envoi d'une mission de suivi en Chine pour examiner le rôle de l'interface homme-animal dans la COVID-19, en particulier pour identifier la source animale et les circonstances dans lesquelles le virus a été introduit dans la population. Le STAG-IH approuve le fait que l'OMS et ses partenaires devraient prévoir de mener une

⁵ See <https://www.who.int/activities/prioritizing-diseases-for-research-and-development-in-emergency-contexts>

⁵ Voir <https://www.who.int/activities/prioritizing-diseases-for-research-and-development-in-emergency-contexts>

influenza, to identify the range of host animals, ecology and dynamics of gene exchange of viruses at HAI. It was proposed that a consortium and missions be created to visit locations at which events of concern have taken place. The inquiry should include not only the live animal market in Wuhan but also the mink farm in the Netherlands where human–mink—human infection was observed.

Looking ahead

With the 10th EVD outbreak in DRC declared over on 25 June 2020, STAG-IH plans a comprehensive review, with country teams and international partners, to assess the response to and outcomes of STAG-IH recommendations from May 2019. The meeting in December 2020 will hear a progress report on the WHO arbovirus strategy being developed and updates from relevant WHE working groups and technical advisory groups.

Recognition of STAG-IH's contributions to WHE's deliberations and policy development and its value as a platform for independent perspectives and advice reflect the commitment, expertise and candour of its members and the intra-member dynamics of trust that have facilitated the group's engagement and efficiency. Nonetheless, WHE leadership has proposed that the group's composition be reviewed. As a first step, and in respect of the 2 currently vacant positions, the Secretariat has been asked to identify missing areas of critical expertise, to improve the group's geographical and gender balance and to propose a formal mechanism for selecting members in the future. Future meetings will include updates on this process. ■

enquête reposant sur une approche plus globale et de plus longue durée, comme pour la grippe, afin d'identifier la gamme d'animaux hôtes, l'écologie et la dynamique de recombinaison génétique des virus à l'interface homme-animal. Il a été proposé de créer un consortium et d'effectuer des missions pour visiter les lieux où sont survenus des incidents préoccupants. L'enquête devrait porter non seulement sur le marché d'animaux vivants de Wuhan, mais aussi sur l'élevage de visons aux Pays-Bas, où une infection homme-vison-homme a été observée.

Perspectives d'avenir

La fin de la 10^e flambée de MVE en RDC ayant été déclarée le 25 juin 2020, le STAG-IH prévoit de procéder à un examen complet de l'épidémie, de concert avec les équipes nationales et les partenaires internationaux, pour évaluer le suivi et les résultats des recommandations émises par le STAG-IH en mai 2019. Lors de sa réunion de décembre 2020, le STAG-IH prendra connaissance d'un rapport d'avancement sur la stratégie relative aux arbovirus, en cours d'élaboration par l'OMS, et de mises à jour de la part des groupes de travail et des groupes consultatifs techniques pertinents du Programme WHE.

La reconnaissance des contributions apportées par le STAG-IH aux délibérations du Programme WHE et à l'élaboration des politiques, ainsi que le rôle important que joue le STAG-IH en tant que forum d'échange de perspectives et de conseils indépendants, reflètent l'engagement, l'expertise et la franchise de ses membres et le climat de confiance régnant entre les membres, facteurs qui ont grandement contribué au dynamisme et à l'efficacité du groupe. Néanmoins, la direction du Programme WHE a proposé que la composition du groupe soit révisée. Dans un premier temps, et au regard des 2 postes actuellement vacants, il a été demandé au Secrétariat d'identifier les domaines d'expertise essentiels qui ne sont pas couverts actuellement, d'améliorer la représentation géographique et l'équilibre entre les sexes au sein du groupe et de proposer un mécanisme formel de sélection des futurs membres. Les prochaines réunions feront le point sur ce processus. ■

Validation of maternal and neonatal tetanus elimination in 90% of the population of Mali

Background

In 1989, the World Health Assembly called for global elimination of neonatal tetanus (NT); in 1990, the resolution was modified to include maternal tetanus.¹ As of February 2018, 45 of the 59 countries (76%) with a high burden of NT had eliminated both maternal and neonatal tetanus (MNTE), i.e. had achieved <1 NT case per 1000 live births in every district of the country during the preceding 12 months.¹ Elimination of MNTE was yet to be validated in 14 countries where an estimated 96 million women of reproductive age (15–49 years; WRA) remained unprotected.¹ These countries include Mali. The strategies for MNTE are: 1) vaccination of pregnant women and WRA with 3 doses of tetanus toxoid-containing vaccine (TTCV); 2) supplementary

Validation de l'élimination du tétanos maternel et néonatal dans 90% de la population du Mali

Contexte

En 1989, l'Assemblée mondiale de la Santé a appelé à l'élimination du tétanos néonatal (TN) à l'échelle mondiale; en 1990, la résolution a été amendée pour inclure le tétanos maternel.¹ En février 2018, 45 (76%) des 59 pays à forte charge de TN étaient parvenus à éliminer le tétanos à la fois maternel et néonatal (TMN), c'est-à-dire qu'ils avaient enregistré <1 cas de TN pour 1000 naissances vivantes dans chaque district du pays au cours des 12 mois précédents.¹ Il restait 14 pays dans lesquels l'élimination du TMN n'était pas encore validée. Parmi ces pays où 96 millions de femmes en âge de procréer (15–49 ans) ne bénéficiaient toujours pas d'une protection contre le tétanos.¹ Le Mali figure parmi ces pays. L'élimination du TMN repose sur les stratégies suivantes: 1) vaccination des femmes enceintes et des femmes en âge de procréer par 3 doses de vaccin contenant

¹ See https://www.who.int/immunization/diseases/MNTE_initiative/en/

¹ Voir https://www.who.int/immunization/diseases/MNTE_initiative/en/

immunization activities (SIAs) with TTCV in selected high-risk areas; 3) promoting clean births and cord care; and 4) NT surveillance, case investigation and response.¹

After the launch of the MNTE initiative in 1988, the number of deaths from NT reported annually dropped from 787 000 to 25 000 in 2018. Between 1999 and 2017, 154 million WRA received ≥ 2 doses of TTCV in SIAs.¹

About 92% of Mali's population (18 363 119 in 2016) resides in the south (Bamako, Kayes, Koulikoro, Mopti, Segou and Sikassou regions).² In the north (Gao, Kidal, Menaka, Taoudeni and Tombouctou) security has been compromised since 2012, which has limited access to the population and restricted MNTE activities.

Between 2002 and 2015, Mali conducted national SIAs with tetanus toxoid (TT), targeting WRAs in 52 high-risk districts throughout the country, which increased their immunity to tetanus. According to demographic and health survey (DHS) reports in Mali, the percentage of births protected against tetanus³ was 56.2% in 2006, 47.3% in 2013 and 49.6% in 2018, with regional variations (66.6% in Bamako and 14% in Kidal in 2018). The percentage of deliveries assisted by a skilled birth attendant (SBA) increased from 49% in 2006 to 58.6% in 2013 and to 67.3% in 2018. The percentage of pregnant women who made at least one visit for antenatal care (ANC1) increased from 74.2% to 79.5%, with significant variation among regions (95.7% in Bamako and 22.9% in Kidal in 2018). During the period covered by DHS, indicators of MNTE improved in some regions but remained very low in others, resulting in low national averages.

A pre-validation assessment⁴ conducted in the 6 southern regions of Mali by WHO and UNICEF in May 2017 indicated that the regions had met the MNTE criteria (< 1 NT case/1000 live births in every district) and recommended that a survey be conducted to validate elimination status in southern Mali.

Method

Selection of districts

The survey was conducted on 5–23 November 2018 in the worst-performing districts, targeting eligible live births occurring between 1 October 2017 and 30 September 2018. Districts were selected after an NT risk analysis conducted with data from routine,

l'anatoxine tétanique (AT); 2) activités de vaccination supplémentaire (AVS) par le vaccin à base d'AT dans certaines zones à haut risque; 3) promotion des règles d'hygiène lors des accouchements et des soins du cordon; et 4) surveillance du TN, investigation des cas et riposte.¹

Après le lancement de l'initiative d'élimination du TMN en 1988, le nombre de décès annuels dus au TN a chuté: de 787 000, il est passé à 25 000 en 2018. Entre 1999 et 2017, 154 millions de femmes en âge de procréer ont reçu ≥ 2 doses de vaccin contenant l'AT dans le cadre d'AVS.¹

Environ 92% de la population malienne (18 363 119 en 2016) réside dans le sud du pays (régions de Bamako, Kayes, Koulikoro, Mopti, Ségou et Sikassou).² Le nord du Mali (Gao, Kidal, Menaka, Taoudeni et Tombouctou) est confronté à l'insécurité depuis 2012, ce qui restreint l'accès à la population et entrave les efforts d'élimination du TMN.

Entre 2002 et 2015, le Mali a mené des AVS nationales au moyen de l'anatoxine tétanique, ciblant les femmes en âge de procréer dans 52 districts à haut risque dans tout le pays afin de renforcer leur immunité au tétanos. Selon les rapports de l'enquête démographique et sanitaire réalisée au Mali, le pourcentage de naissances bénéficiant d'une protection contre le tétanos³ était de 56,2% en 2006, 47,3% en 2013 et 49,6% en 2018, avec des variations régionales (66,6% à Bamako et 14% à Kidal en 2018). Le pourcentage d'accouchements pratiqués en présence de personnel qualifié a progressé, passant de 49% en 2006 à 58,6% en 2013 et à 67,3% en 2018. Le pourcentage de femmes enceintes s'étant présentées à au moins une consultation prénatale est passé de 74,2% à 79,5%, avec des variations importantes selon les régions (95,7% à Bamako et 22,9% à Kidal en 2018). Au cours de la période couverte par l'enquête démographique et sanitaire, les indicateurs relatifs à l'élimination du TMN ont progressé dans certaines régions mais sont restés très faibles dans d'autres, donnant une moyenne nationale peu élevée.

Une évaluation de pré-validation⁴ réalisée dans les 6 régions du sud du Mali par l'OMS et l'UNICEF en mai 2017 a montré que ces régions avaient rempli les critères d'élimination du TMN (< 1 cas de TN pour 1000 naissances vivantes dans chaque district). Il a donc été recommandé qu'une enquête soit menée pour valider l'élimination dans le sud du Mali.

Méthode

Sélection des districts

L'enquête a été menée du 5 au 23 novembre 2018 dans les districts dont les résultats étaient les moins satisfaisants, en ciblant les naissances vivantes remplissant les conditions de l'enquête, c'est-à-dire celles qui étaient survenues entre le 1^{er} octobre 2017 et le 30 septembre 2018. Les districts ont été choisis après une analyse

² See <https://tradingeconomics.com/mali/population>

³ The indicator "protection at birth" (PAB) is used in some countries to complement at least 2 doses of tetanus toxoid (TT2+). PAB represents the proportion of children protected against NT at birth according to their mothers' complete TT immunization history. PAB is often registered at the time of contact for a first dose of vaccine against diphtheria, tetanus and polio.

⁴ An external assessment conducted by a team of WHO and UNICEF experts at the request of the Ministry of Health to verify whether the indicators in a country indicate MNTE. Verification includes selection of the worst-performing district for the lot quality assurance cluster sampling survey (LQA-CS).

² Voir <https://tradingeconomics.com/mali/population>

³ Un indicateur de «protection à la naissance» est utilisé dans certains pays en complément de l'indicateur relatif à l'administration d'au moins 2 doses d'anatoxine tétanique (VAT2+). L'indicateur de protection à la naissance correspond à la proportion d'enfants protégés contre le TN à la naissance en fonction des antécédents vaccinaux complets de la mère par l'AT. Cet indicateur est souvent consigné au moment de l'administration de la première dose de vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite.

⁴ Évaluation externe menée par une équipe d'experts de l'OMS et de l'UNICEF à la demande du Ministère de la santé pour vérifier si les indicateurs du pays sont révélateurs d'une élimination du TMN. L'étape de vérification consiste à sélectionner le district enregistrant les résultats les plus mauvais en vue d'y mener une enquête par sondage en grappes pour le contrôle de la qualité des lots (LQA-CS).

campaign and household immunization surveys for TT, SBA, ANC1 and childhood vaccination (Penta3 and measles) as well as surveillance for NT.

In 2016, Kita district in Kayes region was officially divided into 3 districts: Kita, Sagabary and Sefeto. Sagabary district was selected for the validation survey as the worst-performing and potentially highest-risk district for NT of the 4 MNTE low-performing districts (Bougouni, Sagabary, Ouélessébougou and San) identified during the pre-validation assessment. For the MNTE validation survey, the live birth population of the former Kita district before it was divided was used, because of the small live birth population (<3000) of Sagabary district.

Lot quality assurance; cluster sampling survey

The LQA-CS survey method was used to estimate the period prevalence of NT retrospectively. During validation, clinicians conducted verbal autopsies on all identified neonatal deaths (NDs) due to tetanus, using the WHO standard case definition.⁵ The LQA-CS survey method is not designed to estimate NT mortality but whether the mortality rate is below the elimination threshold according to the probability of finding fewer NT deaths than a fixed number determined by the survey sample size. Although this method is limited by the fact that it assesses NT deaths rather than cases, its validity is due to the high case fatality rates for tetanus.⁶

Determining sample size and type of sample

A double sampling plan was used for the survey, with the WHO-recommended "LQA sampling table".⁶ With an estimated 24 982 live births in 2017 in Kita district, a sample of 2620 live births was divided into 1380 for the first sample and 1240 for the second sample in 115 and 104 clusters, respectively, giving a cluster size of 12 live births. Births were eligible if they occurred between 1 October 2017 and 30 September 2018. In the double

des risques de TN reposant sur les données suivantes: résultats des enquêtes sur la vaccination par le VAT (vaccination systématique, campagnes de vaccination et enquêtes dans les ménages), informations concernant les accouchements pratiqués en présence de personnel qualifié, les femmes enceintes ayant bénéficié d'au moins une consultation prénatale et la vaccination infantile (Penta3 et rougeole), et données de surveillance du TN.

En 2016, le district de Kita, dans la région de Kayes, a officiellement été divisé en 3 districts: Kita, Sagabary et Sefeto. Il a été décidé de sélectionner le district de Sagabary pour l'enquête de validation car il s'agissait du district le moins performant et potentiellement le plus à risque pour le TN parmi les 4 districts identifiés lors de l'évaluation de pré-validation comme affichant des résultats médiocres en matière d'élimination du TMN (Bougouni, Sagabary, Ouélessébougou et San). Pour l'enquête de validation de l'élimination du TMN, on a utilisé la population de naissances vivantes de l'ancien district de Kita, avant sa division, en raison du faible nombre de naissances vivantes (<3000) dans le district de Sagabary.

Enquête par sondage en grappes pour le contrôle de la qualité des lots (LQA-CS)

La méthode d'enquête LQA-CS8 a été employée pour estimer rétrospectivement la prévalence du TN au cours de la période étudiée. Dans le cadre de la validation, les cliniciens ont établi des autopsies verbales de tous les décès néonataux identifiés imputables au tétanos, en appliquant la définition de cas standard de l'OMS.⁵ La méthode d'enquête LQA-CS n'est pas conçue pour estimer la mortalité due au TN, mais pour déterminer si le taux de mortalité est inférieur au seuil d'élimination en examinant la probabilité que le nombre de décès dus au TN détectés soit inférieur à un nombre fixe déterminé par la taille de l'échantillon étudié. Bien que cette méthode soit limitée par le fait qu'elle examine les décès dus au TN plutôt que les cas, sa validité découle du taux de létalité élevé du tétanos.⁶

Détermination de la taille de l'échantillon et du type d'échantillon

Un plan d'échantillonnage double a été utilisé pour l'enquête, en s'appuyant sur le «tableau d'échantillonnage de LQA» recommandé par l'OMS.⁶ Sur un nombre de naissances vivantes estimé à 24982 en 2017 dans le district de Kita, un échantillon de 2620 naissances vivantes a été divisé en un premier échantillon de 1380 naissances vivantes et un deuxième échantillon de 1240 naissances vivantes répartis dans 115 et 104 grappes respectivement, moyennant 12 naissances vivantes par grappe.

预览已结束，完整报告链接和二维码如下：

https://www.yunbaogao.cn/report/index/report?reportId=5_24438

