

Numéro 2
octobre 1992

L'Initiative pour les Vaccins de l'Enfance (IVE ou, en anglais, CVI pour «Children's Vaccine Initiative») a été mise sur pied en 1991 par le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), la Fondation Rockefeller, la Banque mondiale et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour susciter un engagement mondial en faveur de la mise au point d'une nouvelle génération de vaccins de l'enfance qui confèreraient une protection durable contre un large éventail de maladies de l'enfant tout en étant simples à administrer et d'un coût abordable.



L'UNICEF redéfinit son rôle mais reste «fermement engagé» dans l'effort de vaccination

2.

L'UNICEF est et restera une organisation «opérationnelle» axée avant tout sur ce qui se passe «en aval» au niveau des utilisateurs de vaccins en bout de chaîne. C'est ce qu'a déclaré à CVI FORUM Terrel Hill, Conseiller principal en santé à l'Unité de survie de l'enfant de l'UNICEF. Lors de sa réunion de juin dernier, le Conseil d'administration de l'UNICEF a souligné qu'il fallait «laisser la recherche et les problèmes en amont aux autres partenaires de la coalition IVE».

Voici comment le Dr Hill, se faisant l'écho des résolutions adoptées par le Conseil, conçoit les principales fonctions de l'UNICEF par rapport à la vaccination et à l'IVE: accroître, grâce à la recherche opérationnelle, l'efficacité et le rendement du PEV, dans lequel l'UNICEF a investi plus de \$ 500 millions depuis 1985; aider les pays à renforcer leurs capacités épidémiologiques et leurs moyens de surveillance des maladies pour maximiser l'impact de son investissement; aider à garantir l'approvisionnement en vaccins; enfin, aider à intégrer de nouveaux vaccins dans le PEV.

Le Dr Hill tient à dissiper l'idée fautive selon laquelle l'UNICEF se désengagerait peu à peu de l'effort mondial en faveur de la vaccination. «Il est vrai,» a-t-il dit, «que le pourcentage de nos crédits alloués à la vaccination est passé de 28 à 20%, parce que d'autres priorités, comme l'éducation ou la réduction de la mortalité infantile par maladies

diarrhéiques et infections respiratoires aiguës, sollicitent aussi notre budget.»

«Malgré tout,» a souligné le Dr Hill, «nous restons fermement engagés dans l'effort de vaccination et maintenons l'objectif d'une couverture durable de 90%. Nous restons convaincus que la vaccination est le meilleur moyen de renforcer les services de santé des pays et qu'elle a dynamisé les soins de santé primaires.»

«En dix ans,» a-t-il précisé, «l'UNICEF est devenu le principal fournisseur international de vaccins en faisant don de milliards de doses de vaccins à des pays en développe-



Terrel Hill

ment. Depuis trois ou quatre ans, la demande de vaccins s'est accrue et les pressions se font de plus en plus fortes pour que nous restions le dernier recours des pays qui ne peuvent payer les vaccins dont ils ont besoin.»

Selon lui, l'IVE pourrait alléger en partie ces pressions. La crise actuelle de l'approvisionnement en vaccins, conjuguée à l'augmentation des prix, aux problèmes de contrôle de qualité et aux difficultés de production dans certains pays, ainsi que l'explosion de la demande «nous ont amenés à utiliser les structures de l'IVE pour trouver des mécanismes grâce auxquels le PEV pourra être sûr de disposer en permanence de vaccins de qualité contre les six maladies qu'il a actuellement pour cibles.»

Ces structures sont les Groupes spéciaux de l'IVE pour l'analyse de la situation (voir page 12) et pour le contrôle de qualité (voir page 11). D'après le Dr Hill, ils devraient permettre aux pays en développement de se présenter en véritables partenaires sur le marché international des vaccins. Avec le Groupe spécial pour l'établissement des priorités et la planification stratégique (voir page 10), où l'UNICEF joue un rôle actif, «l'IVE veillera à ce que ce marché international réponde mieux que par le passé aux besoins particuliers des pays en développement.»

Selon le Dr Hill, on pourrait pour cela s'inspirer de l'appel lancé par Mira Seth,

Dans ce numéro

2. Point de vue

T. Hill et R. Kim-Farley

6. Dossier

Grille d'approvisionnement en vaccins

8. Science et Technique

La voie périlleuse vers un vaccin antirougeoleux amélioré
par P. D. Minor

10. Le point

des activités des Groupes spéciaux et des Groupes de développement des produits de l'IVE

15. En bref

Réunion de Meech Lake
Groupe consultatif
Lettres à la rédaction

Acronymes et sigles utilisés dans ce numéro

ACIP	Immunization Practices Advisory Committee (des CDC) (Comité consultatif pour les Pratiques vaccinales)
CDC	Centers for Disease Control (USA) (Centres pour la lutte contre les Maladies)
DTC	Vaccin antidiptérique/antitétanique/anticoquelucheux
IVE	Initiative pour les Vaccins de l'Enfance
PEV	Programme élargi de Vaccination (OMS)
PNB	Produit national brut
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PVD	Programme OMS/PNUD pour la mise au point de vaccins
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

Note: \$ = US\$ sauf indication contraire

Secrétaire pour le développement des ressources humaines de l'Inde, qui présidait le Conseil d'administration de l'UNICEF: «Les vaccins doivent être considérés comme une matière première du développement et non pas comme un produit commercial.»

Le Dr Hill dit être «passionné et encouragé» par la capacité de l'IVE à faire face à la crise actuelle des vaccins. «Je dois avouer que j'étais sceptique quant à l'objectif initial du vaccin magique unidose contre toutes les maladies de l'enfance: je ne pense pas que ce soit techniquement possible avant plusieurs décennies. Mais ce que je constate maintenant, c'est que, à mesure que l'IVE apprend à résoudre les problèmes que posent les vaccins actuels, elle ouvre la voie à l'introduction de nouveaux vaccins. C'est quelque chose que nous n'avions pas prévu il y a un an. Alors, si dans 40 ans il faut encore administrer deux ou trois vaccins distincts qui protègent contre 10 ou 15 maladies, cela vaudra pour moi

un vaccin magique. Ce serait assurément un grand succès.»

Mais attention: si l'IVE se fait trop «protectionniste», si elle dresse trop de barrières pour exclure les activités contraires à l'éthique ou inacceptables pour d'autres raisons, si elle n'accorde son imprimatur qu'à quelques heureux élus, elle risque de devenir «un petit club de privilégiés aux ressources limitées et au champ d'action restreint». Toutes les instances qui travaillent d'une façon ou d'une autre à la réalisation des objectifs de l'IVE – organisations, pays divers avec leurs institutions et leurs programmes, sociétés commerciales ou groupes de recherche – doivent, de l'avis du Dr Hill, se sentir «responsables et fières» d'être associées à l'IVE.

«Tous doivent être intégrés dans ce qui est essentiellement un mécanisme d'action concrète.»



Vaccination de nourrissons au Centre de Santé de Brikama, en Gambie.

Quelques problèmes d'un utilisateur de vaccins en bout de chaîne

Robert Kim-Farley dirige le Programme élargi de Vaccination (PEV) de l'OMS. Dans l'entretien qui suit, il explique comment, à son avis, l'IVE pourrait aider à atteindre les objectifs de son programme et résoudre certains des problèmes auxquels s'est heurtée la mise au point de vaccins.

Q L'IVE est-elle vraiment nécessaire selon vous?

R Le principal intérêt de l'IVE, à mon avis, est à la fois d'attirer l'attention du monde entier sur le fait que des vaccins nouveaux ou améliorés existent déjà ou vont

bientôt voir le jour et de trouver des moyens de garantir que ces vaccins servent à protéger les enfants dans les pays qui en ont le plus besoin. Autrement dit, l'IVE répond à la nécessité de transparence et de sensibilisation politique sur les vaccins et au besoin de planification concrète pour faire passer les vaccins par toute la filière de développement.

Q La situation était-elle si grave que ça avant l'IVE?

R La plupart, sinon la totalité, des vaccins disponibles ont été mis au point dans l'optique du monde industrialisé et dans l'espoir qu'il y aurait des retombées pour le monde en développement. Cela ne s'est pas

“Les vaccins doivent être considérés comme une matière première du développement et non pas comme un produit commercial.”

vraiment passé comme nous l'aurions voulu. De plus, on a élaboré au départ certains vaccins sans se préoccuper des schémas de vaccination des pays en développement. Personnellement, j'attends de l'IVE en quelque sorte une «intégration sans faille» du développement des produits depuis leur conception jusqu'à leur distribution, de manière à éviter ces problèmes.

4.

Q *Quels problèmes, par exemple...?*

R Prenez le vaccin contre l'hépatite B. Disponible depuis dix ans, il est efficace et sans danger. Depuis 1987, le Groupe consultatif mondial du PEV recommande de l'inclure dans nos opérations systématiques. Or, bien que son prix – environ \$50 au départ – soit tombé à moins de \$3 pour toute la série de vaccinations, il reste encore trop cher pour de nombreux pays en développement. Il pourrait bien arriver la même chose pour d'autres vaccins de l'avenir – vaccin anti-SIDA, vaccin antipaludique, etc. L'IVE doit étudier les moyens de réduire les coûts de production des vaccins et trouver les meilleures modalités – par exemple, transfert de technologie, financement direct ou mécanismes d'appui comme l'Initiative pour l'indépendance en matière de vaccins – pour les faire parvenir à ceux qui en ont besoin. C'est une fonction privilégiée quoique complexe pour l'IVE mais on devrait ainsi pouvoir éviter la catastrophe qui s'est produite avec le vaccin anti-hépatite B, lequel pourrait sauver entre un et deux millions de vies par an mais n'est toujours pas suffisamment utilisé en santé publique.

Q *Plus précisément, comment votre programme peut-il retirer un bénéfice optimal de l'IVE?*

R Le premier avantage pour le PEV, surtout pour les nouveaux vaccins, sera de disposer d'un organe comme l'IVE qui s'occupe des questions générales, c'est-à-dire pas seulement des travaux initiaux de recherche et développement mais aussi, en aval, de la production, du transfert de technologie et de l'introduction de nouveaux vaccins dans les programmes de vaccination des pays en développement. Le PEV pourra alors dégager les meilleures stratégies pour utiliser un vaccin, surveiller les activités de vaccination, en évaluer l'impact, etc. Avec

son Groupe spécial pour l'analyse de la situation (voir page 12), l'IVE nous aide aussi à savoir dans quelle mesure un pays peut acheter ou produire des vaccins ou prendre une participation dans la production. En outre, son Groupe spécial pour le contrôle de qualité (voir page 11) nous aide à vérifier qu'un vaccin produit dans tel ou tel pays est efficace et sans danger.

Q *Pour vous, les activités de l'IVE et celles du PEV sont donc complémentaires?*

R Oui, et les activités de recherche et développement en sont une bonne illustration. Nos activités R&D s'attaquent à des questions telles que: quel est le meilleur schéma de vaccination antirougeoleuse? Quelle superficie faut-il couvrir par la vaccination pour endiguer une flambée de



Robert Kim-Farley

poliomyélite? Quel est le meilleur moyen de repérer les zones à haut risque pour le tétanos néonatal? Comment améliorer les épreuves diagnostiques? Ce sont là des activités qui intéressent plus particulièrement le PEV et qui ont bien sûr besoin d'un financement ininterrompu.

Q *Que pensez-vous des orientations que prend – ou ne prend pas – l'IVE actuellement?*

R Ce qui me préoccupe d'une façon générale, c'est l'équilibre entre les problèmes pratiques du moment et les objectifs à long terme. En évoluant, l'IVE va

“On a élaboré au départ certains vaccins sans se préoccuper des schémas de vaccination des pays en développement.”



UNICEF/Sean Spreague

Une séance de vaccination dans la province de Guizhou, en Chine.

trouver, j'en suis sûr, un juste milieu et atténuer la tension créatrice entre ces deux pôles: d'un côté, les programmes comme le PEV, qui recherchent un résultat immédiatement utilisable et, de l'autre, les aspirations visionnaires de ceux qui sont prêts à attendre 30 ans la mise au point d'un vaccin unique de l'enfance. Pour l'instant, l'équilibre semble maintenu mais je ne voudrais pas que l'IVE «décolle» et privilégie les problèmes en amont, au détriment des aspects concrets du moment.

Q Pour s'en tenir aux problèmes concrets, y a-t-il selon vous des aspects que l'IVE ferait bien de ne pas négliger dans sa quête de nouveaux vaccins?

R Lorsqu'elle aide à mettre au point un nouveau vaccin, l'IVE doit tenir compte de facteurs comme l'ampleur du problème de santé, l'impact prévu du vaccin, la durée de l'immunité conférée, le nombre et la gravité des réactions indésirables que l'on peut «tolérer» par rapport au problème de santé, le coût du vaccin, son impact sur la logistique actuelle de la vaccination, par exemple thermo-stabilité, caractéristiques de stockage et volume de conditionnement, et enfin son articulation sur le calendrier actuel des contacts vaccinaux avec les enfants âgés de 6, 10 et 14 semaines et de neuf mois. Un vaccin mis au point sans que l'on se soucie de ces

détails aura peut-être du mal à s'intégrer dans les programmes nationaux de vaccination.

Q L'augmentation du coût des vaccins et l'accroissement de la demande de vaccins face aux besoins de l'Initiative pour l'éradication de la poliomyélite sont-ils préoccupants pour le PEV?

R Oui, c'est aussi un domaine où nous attendons beaucoup du Groupe spécial de l'IVE pour l'analyse de la situation. D'un autre côté, je suis souvent découragé lorsqu'un ministre de la santé décide de consacrer ses ressources limitées à l'achat d'un scanner pour l'hôpital central du pays au lieu de se procurer les vaccins nécessaires. Il faut s'assurer que chaque dollar consacré à la santé soit investi dans ce qu'il existe de plus bénéfique et ne jamais oublier que les vaccins sont de loin l'arme la plus rentable et efficace contre la maladie. On doit leur accorder la priorité N°1 dans l'affectation des crédits disponibles.

“Les vaccins sont de loin l'arme la plus rentable et efficace contre la maladie. On doit leur accorder la priorité N°1 dans l'affectation des crédits disponibles.”

Une grille pour résoudre les problèmes d'approvisionnement en vaccins dans le monde

6.

On l'appelle aujourd'hui couramment la «grille de Batson-Evans», du nom des deux administrateurs techniques du PEV – Amie Batson et Peter Evans – qui l'ont conçue. Certains y voient même une sorte de «mandala» ou figuration symbolique: en méditant assez longtemps sur la grille, on y découvre des choses nouvelles. Quel que soit son nom, elle agite quelque peu les esprits dans les milieux de la vaccination.

«Ce n'est rien d'autre», dit M. Evans, «qu'un cadre pour déterminer, pour un pays donné, s'il faut vraiment un appui financier pour la fourniture des vaccins et, dans l'affirmative, si l'aide doit aller à la production ou à l'achat, de manière que le pays ait de moins en moins besoin d'aide et gagne en indépendance sur ce plan.»

Le recours à la grille, ajoute Mme Batson, pourrait aider à «mieux utiliser les ressources des donateurs pour garantir que les vaccins seront disponibles pour faire face aux besoins mondiaux, aujourd'hui comme demain».

On construit la grille (voir ci-contre) en portant la position des pays en fonction de leur richesse (ordonnée) et de la taille de leur population (abscisse). La position d'un pays sur la grille permet de savoir dans quelle mesure il a besoin d'aide par rapport à sa richesse, de quelle aide il a besoin (services ou financement) et dans quelle mesure, par rapport à la taille de sa population, il peut faire face à ses besoins en achetant des vaccins, en associant achat et participation à la production ou bien en produisant des vaccins. L'interprétation de la grille se fonde sur une hypothèse logique: l'aide dont un pays a besoin pour se procurer des vaccins est inversement proportionnelle à sa richesse; l'aptitude d'un pays à produire lui-même ses vaccins (c'est-à-dire à soutenir une industrie de production de vaccins) est directement proportionnelle à la taille de sa population.

«D'une façon générale,» souligne M. Evans, «il faudrait encourager tous les pays à financer eux-mêmes leur approvisionnement en vaccins dans la mesure du possible. C'est ce que la grille permet d'évaluer.»

Bien sûr, les pays riches (en haut de la grille) doivent être encouragés à satisfaire eux-mêmes leurs besoins en vaccins, sans l'aide de donateurs, en consacrant leurs ressources plutôt à l'achat de vaccins si leur population est peu nombreuse (pays situés dans la partie gauche de la grille) et plutôt à la production si leur population est importante (pays situés dans la partie droite). Inversement, ce sont les pays pauvres (en bas de la grille) qui ont le plus besoin d'assistance: il faudrait aider les plus petits d'entre eux à acheter des vaccins (partie gauche de la grille), les plus grands à produire eux-mêmes des vaccins (partie droite) et les pays de taille intermédiaire à acheter et/ou produire en fonction de leur richesse et de leur taille relatives et de l'existence d'unités de production de vaccins.

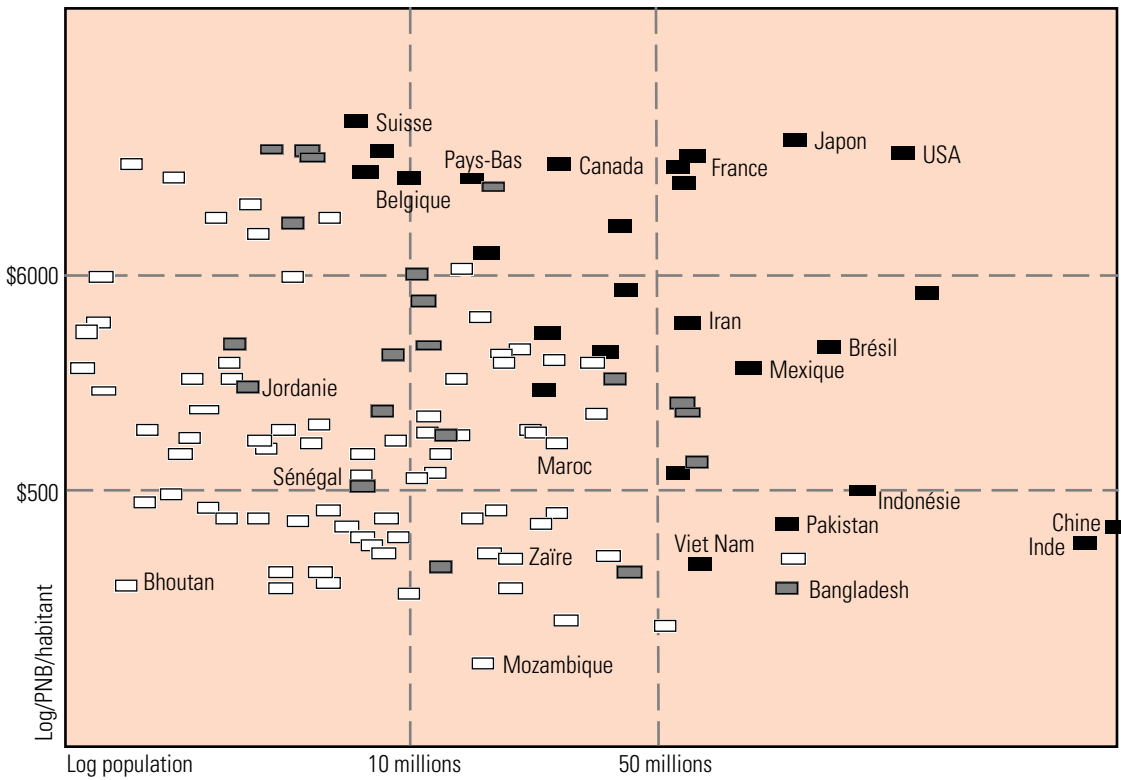
Depuis sa mise au point au début de l'année, la grille a suscité partout un très vif intérêt. Pour le Comité consultatif de gestion de l'IVE, devant lequel a été faite une démonstration spéciale en mai, c'est un «cadre et une perspective utiles à partir desquels fonder une stratégie».

Selon M. Evans, «cela encourage au moins les gens à essayer de recueillir des renseignements nationaux fiables sur la production et l'achat de vaccins, et l'information préliminaire reçue nous donne à réfléchir». Il cite notamment les données suivantes:

- 80% des enfants du monde naissent dans des pays qui produisent un ou plusieurs des vaccins utilisés par le PEV;
- près de 60% des vaccins utilisés dans le monde sont produits dans les pays qui les utilisent;
- quelques pays relativement riches qui peuvent acheter des vaccins en ont reçu gratuitement;
- il semble que certains pays qui essaient de lancer la production de vaccins difficiles à fabriquer, comme le vaccin contre l'hépatite B ou le vaccin antipoliomyélitique, soient trop petits et trop pauvres pour justifier des investissements dans des installations de production.

«Il faudrait encourager tous les pays à financer eux-mêmes leur approvisionnement en vaccins dans la mesure du possible.»

«Mandala» de l’approvisionnement en vaccins



7.

80% des enfants du monde naissent dans des pays qui produisent un ou plusieurs des vaccins utilisés par le PEV.

Guide pour les donateurs

Indépendant	Indépendant	Indépendant
Services d'achat	Services d'achat/ de participation à la production	Services de production
Fournir des services d'appui pour: - l'achat - la gestion - le financement	- Evaluer la possibilité d'une participation à la production - Fournir des services d'appui pour les achats	- Renforcer/développer la production selon les besoins - Renforcer l'assurance de qualité
Financement	Financement pour l'achat/la participation à la production	Financement pour la production
- Maintenir l'appui - Encourager l'affectation de crédits pour les vaccins dans le budget national	- Maintenir l'appui - Encourager l'affectation de crédits pour les vaccins dans le budget national	- Maintenir l'appui - Evaluer la possibilité de la production/ participation à la production - Renforcer/développer la production selon les besoins - Renforcer l'assurance de qualité

L'illustration ci-dessus de la «grille de Batson-Evans» montre la position de 130 pays (dont quelques uns seulement sont indiqués par leur nom) plus ou moins riches (PNB par habitant d'après le rapport 1991 de l'UNICEF sur «La situation des enfants dans le monde», avec des lignes de division fondées sur les groupes de revenu de la Banque mondiale en fonction du PNB par habitant en 1991) et la taille de la population (avec des lignes de division fondées entre autres sur l'expérience antérieure de la taille du marché requise pour soutenir une industrie locale de production de vaccins). Les pays qui produisent localement des vaccins sont marqués en noir pour ceux qui produisent les vaccins viraux, comme le vaccin antipoliomyélitique et le vaccin antirougeoleux, et en hachuré pour ceux qui produisent des vaccins bactériens, comme l'anatoxine tétanique et le DTC. Ceux qui n'ont pas de moyens de production de vaccins sont en blanc.

La voie périlleuse vers un vaccin antirougeoleux amélioré

par
Philip D. Minor

8.

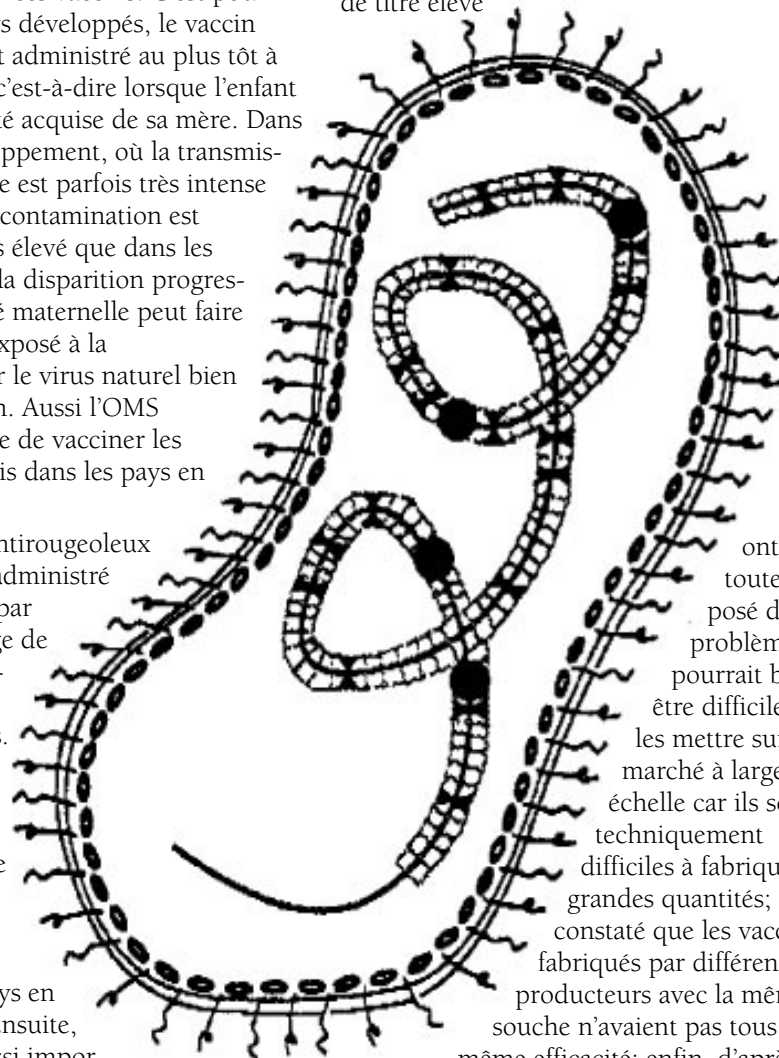
Dans les pays en développement la disparition progressive de l'immunité maternelle peut faire que l'enfant soit exposé à la contamination par le virus naturel bien avant l'âge d'un an.

A l'heure actuelle, les vaccins antirougeoleux utilisés dans le monde sont des virus vivants atténués qui infectent le sujet vacciné sans provoquer de maladie et qui, quand ils sont bien utilisés, permettent de prévenir la maladie due au virus naturel de la rougeole. Mais il y a un obstacle à leur emploi: l'immunité naturelle vis-à-vis de la rougeole qu'un enfant acquiert de sa mère à la naissance peut empêcher toute infection par ces vaccins. C'est pourquoi, dans les pays développés, le vaccin antirougeoleux est administré au plus tôt à l'âge de 12 mois, c'est-à-dire lorsque l'enfant a perdu l'immunité acquise de sa mère. Dans les pays en développement, où la transmission de la rougeole est parfois très intense et où le risque de contamination est généralement plus élevé que dans les pays développés, la disparition progressive de l'immunité maternelle peut faire que l'enfant soit exposé à la contamination par le virus naturel bien avant l'âge d'un an. Aussi l'OMS recommande-t-elle de vacciner les enfants à neuf mois dans les pays en développement.

Or, un vaccin antirougeoleux qui pourrait être administré plus tôt encore – par exemple entre l'âge de deux et six mois – serait intéressant pour deux raisons. Tout d'abord, il préviendrait la rougeole chez les tout petits, groupe dans lequel la mortalité par rougeole est très élevée dans les pays en développement. Ensuite, ce qui est tout aussi important, la vaccination antirougeoleuse pourrait ainsi s'insérer sans peine dans les calendriers actuels du PEV qui se concentrent sur ce groupe d'âge, ce qui restreindrait les contacts nécessaires avec les agents de santé et le nombre d'enfants qui, à partir d'un certain âge, risquent d'échapper à la vaccination antirougeoleuse.

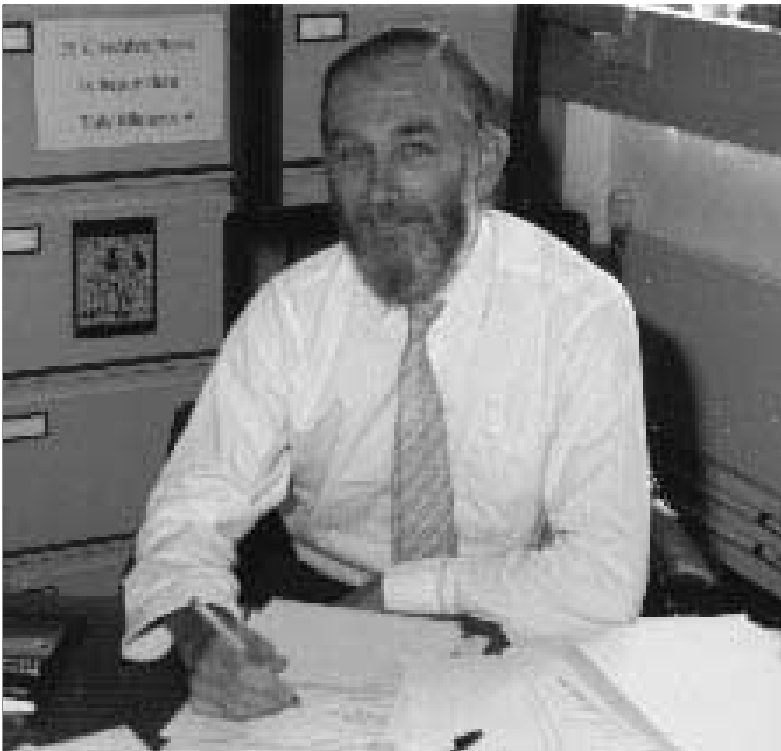
L'un des moyens de contourner l'obstacle de l'immunité acquise maternellement et de vacciner très tôt les enfants contre la rougeole consiste à utiliser des vaccins vivants, de concentration virale assez élevée, pour susciter, malgré la présence d'anticorps maternels, une immunité protectrice, suffisante, mais pas trop élevée.

Plusieurs essais cliniques ont été faits avec des vaccins antirougeoleux de titre élevé sur des enfants de six mois et les résultats ont été encourageants. En fait, l'une des souches utilisées pour ces essais s'est avérée tout aussi efficace pour immuniser ces petits enfants que les vaccins de faible titre actuellement utilisés chez les enfants plus âgés. Les vaccins de titre élevé



Marion Billier

ont toutefois posé des problèmes: il pourrait bien être difficile de les mettre sur le marché à large échelle car ils sont techniquement difficiles à fabriquer en grandes quantités; on a constaté que les vaccins fabriqués par différents producteurs avec la même souche n'avaient pas tous la même efficacité; enfin, d'après certains rapports, on note au bout de plusieurs années chez les sujets vaccinés avec ces vaccins une augmentation de la mortalité due à d'autres causes que la rougeole par rapport aux sujets vaccinés avec le vaccin classique. C'est essentiellement pour ces raisons que l'OMS recommande maintenant de ne plus utiliser les vaccins antirougeoleux de titre élevé dans les programmes de vaccination.



Philip Minor

Il se peut d'ailleurs que la vaccination des tout petits contre la rougeole exige à l'avenir le recours à des souches vaccinales non vivantes ou inactivées, mais plusieurs facteurs doivent être pris en compte avant que ce type de vaccin nouveau ne soit accepté:

- Certains des vaccins antirougeoleux utilisés au début des années 1960 étaient des préparations virales inactivées (et donc non infectieuses) – soit des protéines partiellement purifiées soit des virus tués. On a parfois noté chez des sujets vaccinés avec ces préparations une forme grave et atypique de la maladie lorsqu'ils étaient exposés au virus naturel, sans doute parce qu'ils avaient acquis une réponse immunitaire incomplète ou inappropriée. Avant de pouvoir être employés, les nouveaux vaccins devront faire la preuve qu'ils ne présentent pas ce danger. Mais il se peut que tous les vaccins inactivés comportent un tel risque.

- On sait que l'infection rougeoleuse naturelle et, dans une moindre mesure, l'infection due à une souche vaccinale dépriment temporairement la réponse immunitaire. Cette immunosuppression résulte probablement du processus infectieux mais elle pourrait aussi s'expliquer par l'exposition antérieure à un antigène rougeoleux. Dans ce cas, la vaccination des tout petits contre la rougeole pourrait être dangereuse quel que soit le vaccin employé.

- On a constaté que lorsque des virus de la même famille (Paramyxoviridae) que le virus de la rougeole, notamment ceux qui sont responsables d'une maladie respiratoire chez l'homme et de la maladie de Carré chez le chien, étaient employés sous forme inactivée dans des vaccins, ils ne conféraient souvent qu'une faible protection contre la maladie même s'ils suscitaient une réponse immunitaire

décelable. De façon analogue, il se pourrait que les vaccins antirougeoleux inactivés n'aient qu'une médiocre efficacité.

- On pense que les vaccins inactivés suscitent une réponse immunitaire de moins longue durée que les vaccins vivants: ils pourraient donc repousser l'apparition de la rougeole à un âge plus tardif où la maladie prendrait une forme inhabituelle, peut-être désagréable.

Outre les problèmes d'innocuité et d'efficacité d'un vaccin antirougeoleux par rapport à la maladie proprement dite, on se préoccupe aussi des substances qui pourraient être utilisées dans un vaccin amélioré. Trois sont particulièrement intéressantes: les nouveaux adjuvants stimulateurs de l'immunité (comme les ISCOM ou complexes immunostimulants) administrés en même temps que les antigènes; des formulations (comme les microsphères) assurant une libération lente des antigènes; enfin, d'autres virus, comme les poxvirus ou les adénovirus, manipulés génétiquement pour exprimer les antigènes appropriés du virus de la rougeole.

Ces substances nouvelles devront faire la preuve qu'elles sont acceptables pour l'homme, notamment pour le très jeune enfant; il est difficile d'évaluer la stérilité et l'activité des formulations à libération lente, et les virus manipulés

Il se peut que la vaccination des tout petits contre la rougeole exige à l'avenir le recours à des souches vaccinales non vivantes ou inactivées.

génétiqnement posent des problèmes de virulence et d'innocuité pour l'environnement.

10.

Une étude récente de l'OMS sur la lutte antirougeoleuse dans les années 1990, préparée pour l'IVE par Robert M. Scott et John Clements du PEV et par Paul-Henri Lambert et Yuri Pervikov du PVD, précise les caractéristiques que devrait avoir un vaccin antirougeoleux idéal: être sans danger, capable de susciter une immunité protectrice pendant toute la vie chez près de 100% des sujets avec une seule dose administrée par une voie non effractive peu après la naissance, compatible avec d'autres antigènes administrés simultanément, capable de susciter une immunité au niveau des muqueuses, d'interrompre la transmission du virus sauvage de la rougeole et de rester actif à 45° C pendant sept jours et enfin ne pas coûter beaucoup plus cher que les vaccins actuels. «Le vaccin idéal contre la rougeole,» concluent les auteurs de l'étude, «n'existe pas encore.»

Même si le nombre des obstacles à la mise au point d'un tel vaccin peut sembler décourageant et si les conséquences d'un «ratage» risquent d'être catastrophiques, on devrait pouvoir en principe surmonter la plupart des problèmes. Les enjeux sont certes de taille. Réussir signifierait arriver à maîtriser la maladie qui tue le plus d'enfants dans le monde – elle provoque chaque année 29 millions de cas et plus d'un million de décès, malgré une couverture vaccinale mondiale de plus de 80%.

L'évolution des connaissances sur les virus et sur les réponses de l'hôte depuis l'apparition, il y a une trentaine d'années, des premiers vaccins antirougeoleux fait que le défi est à la fois tentant et passionnant.

Le Dr Minor dirige la Division de Virologie au National Institute for Biological Standards and Control à Potters Bar (Royaume-Uni). Il a récemment été nommé président du Groupe de développement des produits pour un vaccin antirougeoleux amélioré, que l'IVE est en train de constituer (voir page 14).

Réussir signifierait arriver à maîtriser la maladie qui tue le plus d'enfants dans le monde.

L E P O I N T

des activités des Groupes spéciaux et des Groupes de développement des produits de l'IVE

Groupe spécial pour l'établissement des priorités et la planification stratégique

Mandat

Conseiller l'IVE quant aux travaux prioritaires pour de nouveaux produits, à la création éventuelle de nouveaux groupes spéciaux ou groupes de développement de produits, à la mise à jour périodique du plan stratégique de l'IVE et à l'affectation des ressources, et suivre les progrès réalisés par d'autres groupes spéciaux et par les groupes de développement de produits.

Le point des activités

La préparation des documents de base est déjà bien avancée, documents relatifs aux 12 vaccins retenus par le Groupe à sa réunion de février dernier pour faire l'objet de travaux urgents de mise au point ou d'amélioration. Dans ces documents, chaque vaccin sera examiné sous plusieurs angles – épidémiologie et importance de la maladie, science et technique, développement de la capacité de production et fabrication, «questions spéciales» (comme les maladies d'importance régionale, les essais initiaux de vaccins dans des pays en développement, l'impact que pourrait avoir un

vaccin anti-SIDA, les efforts régionaux d'éradication des maladies et l'effet des mutations politiques, économiques et sociales) et analyse quantitative.

Des documents complets sur sept vaccins (contre la poliomyélite, le tétanos, la rougeole, la pneumonie à pneumocoques, l'*Haemophilus influenzae* b + DTC, l'hépatite B + DTC, et la coqueluche) seront prêts pour la réunion de novembre du Groupe consultatif. Des documents plus succincts pour les cinq autres vaccins (contre la dengue, l'*Escherichia coli*, la méningite méningococcique, les rotavirus et la fièvre typhoïde) seront également soumis à la réunion et complétés l'an prochain. Un document spécial sera préparé sur le vaccin DTC car de nombreux pays en développement en produisent et une formulation DTC exigeant moins de doses pourrait simplifier considérablement les opérations du PEV.

Lorsqu'il s'est réuni à Meech Lake (Canada) en mai dernier, le Comité consultatif de gestion de l'IVE a demandé que le Groupe spécial soit chargé, dans le cadre de son mandat, de donner des avis sur l'affectation des ressources et sur les priorités relatives de la recherche fondamentale, la recherche appliquée et la recherche-développement. Il a aussi demandé que le Groupe spécial s'occupe particulièrement du transfert de technologie.

La prochaine réunion du Groupe spécial aura lieu fin octobre près de Washington, D.C.

Commentaire

de Richard Mahoney, Secrétaire du Groupe spécial

Pour préparer les recommandations qu'il adressera au Groupe consultatif en novembre, le Groupe spécial va devoir trouver l'équilibre entre la formulation de recommandations assez précises pour donner à l'IVE une base de décision concrète et l'évaluation de toute la gamme des options possibles. Faire des recommandations sur les priorités est une tâche complexe. Le Groupe spécial n'ignore pas qu'il faut pour cela recourir au jugement de beaucoup de gens dans tous les secteurs de la mise au point et de la distribution des vaccins. Ainsi, tout en recrutant dans ses rangs d'éminentes personnalités, le Groupe spécial a fait et continue de faire de sérieux efforts pour s'assurer le concours de nombreux autres spécialistes des vaccins.

Groupe spécial pour les relations avec les partenaires du développement

Mandat

Fournir aux Groupes de développement de produits et au secrétariat de l'IVE des lignes directrices pour négocier les accords de développement de produits avec les parties intéressées des secteurs public et privé.

Le point des activités

Un sous-groupe créé par le Groupe spécial s'est réuni à Genève (Suisse) en juin pour s'attaquer à la rédaction de lignes directrices concernant les relations entre l'IVE et les partenaires du développement. Il se réunira de nouveau fin septembre pour les arrêter définitivement afin qu'elles puissent être soumises en novembre au Groupe consultatif et au Comité consultatif de gestion de l'IVE.

Une fois ces lignes directrices établies, le Groupe se sera acquitté de son mandat puisqu'il avait été créé à titre provisoire et avec une tâche limitée dans le temps. Cependant, à sa réunion de juin, le Comité consultatif de gestion a estimé que l'IVE devait disposer d'un mécanisme permanent pour s'occuper des relations entre ses divers groupes de travail (groupes spéciaux et groupes de développement de produits) et les collaborateurs industriels. Il a donc recommandé de reconvoquer le Groupe spécial avec un nouveau mandat et, autant que nécessaire, une nouvelle composition.

Commentaire

de Richard Mahoney, Secrétaire du Groupe spécial

Nous espérons que les lignes directrices proposeront des moyens novateurs d'aborder les relations entre l'IVE et l'industrie et encourageront la collaboration entre l'une et l'autre.

Plus généralement, les travaux du Groupe spécial offrent déjà un cadre pour le dialogue entre l'industrie et le secteur public pour certaines questions essentielles, par exemple: quels sont les meilleurs moyens pour l'IVE d'encourager la production de quantités prototypes de nouveaux vaccins? Comment peut-elle exploiter les compétences de l'industrie privée pour faciliter le transfert de technologie vers les pays en développement?

Bien que l'on prête souvent à l'industrie un intérêt exclusif pour les profits et les brevets, le dialogue révèle qu'elle cherche aussi à connaître les besoins du secteur public et souhaite contribuer à la mise au point de nouveaux vaccins qui protégeront tous les enfants, dans les pays développés comme dans les pays en développement.

Enfin, l'industrie, à qui on fait appel pour la mise au point de vaccins n'est pas une entité monolithique, homogène: elle est faite de grandes sociétés multinationales, d'entreprises plus petites des secteurs public et privé, de laboratoires de biotechnologie et de sociétés travaillant sous contrat pour produire des lots de vaccins expérimentaux, etc. L'IVE doit être prête à travailler avec toutes ces firmes, avec lesquelles elle aura dans chaque cas des relations différentes. La bonne gestion de ces relations pourrait bien être la clé du succès de l'IVE.

Groupe spécial pour le contrôle de la qualité et les procédures de réglementation

Mandat

Evaluer et, le cas échéant, renforcer les procédures nationales d'homologation pour garantir la qualité des vaccins utilisés dans les programmes de vaccination.

Le point des activités

A cause de la menace de crise de l'approvisionnement en vaccins et de la pénurie prévisible de vaccin antipoliomyélique face aux besoins de l'Initiative pour l'éradication de la poliomyélite, il a été décidé que les premiers pays à inscrire sur la liste d'évaluation prioritaire des équipes de conseillers du Groupe spécial seraient ceux qui produisent déjà du vaccin antipoliomyélique buccal et que les premières évaluations porteraient sur le contrôle de la qualité et les normes de la réglementation pour ce vaccin.

Des équipes du Groupe spécial se sont rendues cet été en Chine et au Viet Nam afin d'examiner les procédures qu'ils appliquent pour l'homologation et l'assurance de qualité du vaccin antipoliomyélique buccal produit localement. A sa première réunion, prévue pour la mi-novembre, le Groupe spécial examinera les rapports des équipes.

Le Groupe spécial va probablement allonger très bientôt la liste prioritaire des pays à évaluer et y inclure l'Inde et l'Iran (en plus du Brésil, de l'Égypte, de l'Indonésie et du Mexique, où les équipes doivent encore se rendre).

“L'industrie cherche aussi à connaître les besoins du secteur public et souhaite contribuer à la mise au point de nouveaux vaccins.”

Pour les campagnes d'éradication il faudra nettement plus de vaccin que ce que l'on produit aujourd'hui et de nouveaux investissements seront nécessaires.

Commentaire

de David Magrath, Secrétaire du Groupe spécial

Les visites faites cet été en Chine et au Viet Nam par les équipes de conseillers du Groupe spécial ont été une excellente introduction à la complexité de l'évaluation. Malgré quelques difficultés, les équipes ont dégagé des moyens pour ces pays de mieux garantir la qualité des vaccins. Ils ont constaté qu'il y avait dans les deux pays un niveau suffisant de compétences scientifiques pour la production de vaccin et le contrôle de qualité. En revanche, ils ont noté dans certains secteurs des possibilités d'amélioration des méthodes de fabrication et d'homologation. A sa première réunion, le Groupe spécial étudiera les propositions tendant à remédier aux lacunes dans ces domaines.

En gros, deux obstacles freinent la progression des efforts en vue des objectifs du Groupe spécial. Le premier est la prudence naturelle des pays, qui préféreraient attendre que le Groupe spécial et sa capacité d'aide soient solidement en place avant de se soumettre à son évaluation. Le second, plus sérieux, est le manque de spécialistes indépendants ayant l'expérience voulue des méthodes d'inspection pharmaceutique en même temps que l'expérience plus spécifique de la production, du contrôle de qualité et de l'homologation des vaccins et qui soient prêts à se rendre dans les pays pour le Groupe spécial.

Groupe spécial pour l'analyse de la situation

Mandat

Evaluer la situation mondiale concernant la demande, l'offre et le financement de vaccins de l'enfance.

Le point des activités

A la réunion de mai du Comité consultatif de gestion de l'IVE organisée à Meech Lake (Canada), le Groupe spécial a présenté une grille permettant de repérer rapidement la capacité relative de production de vaccins d'un pays et son besoin relatif d'aide pour la production ou l'achat de vaccins (voir page 6). A l'aide de cette grille, le Groupe spécial a recensé les pays qui ont besoin en priorité d'une aide pour renforcer leur capacité de production de vaccins et/ou pour acheter des vaccins (voir plus loin).

La mise au point de la grille – par Amie Batson et Peter Evans, tous deux du PEV – va dynamiser la collecte, auprès d'un maximum de pays, de données exactes sur la production et l'achat de vaccins. Le Groupe se propose de vérifier toutes les données sur les vaccins, rassemblées auprès de différents pays, et de les rendre publiques. Dès à présent, l'utilisation de la grille pour analyser les données recueillies laisse penser que l'offre de vaccins dépasse actuellement la demande dans le monde, tout au moins pour les vaccinations systématiques, mais que pour les campagnes d'éradication (rougeole et poliomyélite, par

exemple) il faudra nettement plus de vaccin (deux fois plus dans le cas de la poliomyélite) que ce que l'on produit aujourd'hui et de nouveaux investissements seront nécessaires pour développer les installations de production.

Le Comité consultatif de gestion s'est vivement félicité de la mise au point de la grille et a recommandé au Groupe spécial, en collaboration avec le Groupe spécial pour le contrôle de la qualité, de faire figurer la qualité des installations de production de vaccin dans ses analyses de données.

On prévoit qu'une douzaine de pays solliciteront chaque année, une aide, conformément à la stratégie que le Groupe spécial élabore actuellement. Dès le mois d'août, le Maroc s'est joint à l'Initiative pour l'indépendance en matière de vaccins – projet conjoint UNICEF/OMS qui sera l'un des piliers de la stratégie et fait appel à divers mécanismes pour fournir des services d'appui aux pays qui cherchent à acquérir une certaine indépendance pour se procurer des vaccins.

A sa réunion des 21 et 22 septembre à Copenhague, le Groupe spécial a décidé des activités à mener dans cinq grands domaines: demande de vaccins, approvisionnement par le biais d'achats, approvisionnement par le biais d'une production locale ou d'une participation à la production, relations avec les donateurs et enfin stratégies mondiales pour les vaccins existants et les vaccins nouveaux:

- *Demande de vaccins:* Le Groupe spécial va 1) évaluer les réponses à un questionnaire adressé par l'UNICEF à tous ses bureaux de terrain pour avoir sur chaque pays des renseignements détaillés concernant les besoins prévus en vaccins sur dix ans, les stratégies d'approvisionnement et les sources de financement envisagées; 2) élaborer et distribuer des outils simples qui aideront les pays à prévoir leurs besoins en vaccins; 3) faire des études sur l'impact de différentes stratégies sur la demande de vaccins.
- *Achats:* le Groupe spécial va aider l'UNICEF à mettre en oeuvre l'Initiative pour l'indépendance en matière de vaccins pour que les pays soient mieux à même de prendre en charge le financement de leurs vaccins.
- *Production:* les participants de la réunion ont dressé une liste de huit pays dont les moyens de production seront évalués par des équipes conjointes des Groupes spéciaux pour le contrôle de la qualité et pour l'analyse de la situation. Elles analyseront dans chaque pays le marché des vaccins, les aspects économiques et financiers de la production de vaccin, les procédures de réglementation, de contrôle et d'assurance de qualité, les questions de gestion et les besoins technologiques.
- *Relations avec les donateurs:* le Groupe spécial va faire participer dès le début les donateurs à la planification et à la mise en oeuvre des stratégies nationales et mondiales d'approvisionnement. Il s'efforcera aussi d'obtenir l'aide de donateurs pour repérer les pays où l'action du Groupe spécial est nécessaire.

- *Stratégies mondiales en matière de vaccins*: le Groupe spécial va continuer à étudier l'ensemble du marché actuel des vaccins et des questions telles que le cloisonnement du marché et la coexistence des marchés public et privé dans les pays, afin de trouver des stratégies pour obtenir rapidement en quantités suffisantes des vaccins nouveaux de bonne qualité à des prix abordables.

Commentaire

de Peter Evans, Secrétaire du Groupe spécial

Le mandat du Groupe spécial a été quelque peu modifié. Créé au départ pour ouvrir la voie à l'introduction de nouveaux vaccins dans les opérations du PEV, il a dû, à cause des problèmes actuels de financement des vaccins, s'intéresser à la fourniture des vaccins du PEV. Une fois cernés ces problèmes, qui ont retardé l'adoption par le PEV du nouveau vaccin contre l'hépatite B, le Groupe spécial devrait pouvoir s'acquitter ensuite de son mandat initial, qui est d'accélérer le passage des vaccins nouveaux à l'utilisation opérationnelle.

Groupe spécial pour le renforcement des capacités épidémiologiques nationales

Mandat

Aider les pays à renforcer leur capacité de collecte, d'analyse et d'utilisation de données épidémiologiques fiables essentielles pour l'intégration de vaccins nouveaux et de vaccins améliorés dans leurs programmes nationaux de vaccination; fournir également des services épidémiologiques et recenser les questions épidémiologiques importantes pour d'autres groupes spéciaux et les groupes de développement des produits de l'IVE.

Le point des activités

Le Groupe spécial est en train de finir de s'organiser. Les membres envisagés ont été contactés et une première réunion aura sans doute lieu avant celle de novembre 1992 du Groupe consultatif de l'IVE.

Le Dr Claire Broome, Sous-Directeur pour les questions scientifiques aux CDC à Atlanta, Georgia (Etats-Unis d'Amérique) a été nommée Président du Groupe spécial. Epidémiologiste expérimentée, spécialisée dans les maladies évitables par la vaccination, le Dr Broome est actuellement Secrétaire exécutif du Comité consultatif des CDC pour les pratiques vaccinales (ACIP).

Commentaire

de Ron Waldman, Co-secrétaire du Groupe spécial avec Henrick B. Zoffman

Lors de sa première réunion, prévue pour bientôt, le Groupe spécial va arrêter définitivement son mandat, que nous espérons pouvoir communiquer aux participants à la réunion de novembre du

Groupe consultatif pour qu'ils étudient les meilleurs moyens de l'exercer.

D'une façon générale, notre Groupe va s'efforcer de répondre aux besoins épidémiologiques des pays, qui couvrent toute la gamme des activités chapeautées par l'IVE, depuis la recherche jusqu'à la prestation des soins. Plus précisément, il va représenter les besoins en vaccins nouveaux et améliorés des utilisateurs finaux – essentiellement les programmes nationaux de vaccination.

Entre autres, le Groupe va aider les pays à repérer les endroits où seront faits les essais de vaccins nouveaux et à concevoir et mener ces essais, avant d'en analyser les résultats. Il pourra aussi évaluer les méthodes nouvelles et/ou améliorées de détermination de l'impact épidémiologique des vaccins.

Groupe de développement des produits pour un vaccin antipoliomyélitique buccal thermostable

Mandat

Encourager et diriger la mise au point industrielle d'un vaccin antipoliomyélitique buccal thermostable capable de résister pendant au moins sept jours à une température de 45°C sans perdre plus de 0,5 log₁₀ d'activité pour chacun des trois sérotypes de virus utilisés pour le vaccin.

Le point des activités

Le Groupe a signé des accords avec cinq équipes de recherche et en négocie actuellement d'autres avec une sixième. Les travaux sur la thermostabilité ont beaucoup progressé, d'après les rapports intérimaires de trois des équipes. Les deux approches suivies – utilisation de composés qui se lient à la poche hydrophobe du virion et recours à des techniques spéciales de séchage – se révèlent prometteuses. Elles ont toutes deux pour avantage de ne pas exiger d'investissement important et d'être facilement transférables à des fabricants de vaccins, y compris dans certains pays en développement.

On a identifié plusieurs composés qui stabilisent de façon réversible la structure antigénique du virion pendant au moins sept jours à 42°C. Pour l'un de ces composés au moins, il existe des données toxicologiques et le service national d'homologation lui a accordé le statut de nouveau médicament à l'étude.

La deuxième approche consiste à produire le vaccin antipoliomyélitique sous forme sèche tout en lui conservant une certaine activité.

Dans les deux cas, la prochaine étape – qui interviendra sans doute au début de 1993 – consistera pour le Groupe à inviter tous ceux qui sont susceptibles de mettre au point des produits à soumettre des propositions pour des essais cliniques limités sur un lot pilote de vaccin antipoliomyélitique buccal amélioré.

A en juger par les progrès réalisés, on devrait pouvoir respecter la date butoir de 1995 fixée pour la mise au point d'un vaccin antipoliomyélitique buccal thermostable.

Commentaire

de Julie Milstien, Secrétaire du Groupe

Les progrès réalisés en matière de thermostabilité sont particulièrement encourageants, dans la mesure où ils se fondent sur des travaux effectués avec du vaccin commercial, ce qui devrait permettre une transposition des résultats dans la pratique vaccinale. En général, à en juger par les progrès réalisés, on devrait pouvoir, malgré des retards inévitables, respecter la date butoir de 1995 fixée pour la mise au point d'un vaccin antipoliomyélitique buccal thermostable qui puisse être utilisé dans les programmes de vaccination du monde entier.

14.

Groupe de développement des produits pour un vaccin antitétanique unidose

Mandat

Encourager et diriger la mise au point industrielle d'un vaccin en une dose à base d'anatoxine tétanique à libération contrôlée qui serait utilisé pour vacciner les mères contre le tétanos néonatal.

Le point des activités

Lors d'une réunion du Comité d'orientation du PVD pour la vaccinologie générale tenue le 8 avril 1992, les quatre équipes de recherche qui travaillent à la mise au point d'une anatoxine tétanique à libération contrôlée ont signalé que, chez la souris, leurs produits pilotes (anatoxine tétanique encapsulée dans des microsphères) déclenchaient une réponse immunitaire et induisaient la production d'anticorps durant plusieurs mois. Les anticorps réagissent en épreuve ELISA et neutralisent la toxine. On n'a cependant pas encore obtenu de relance de l'immunité. Bien qu'il n'existe pas encore de formulation qui calque le vaccin classique en trois doses à base d'anatoxine tétanique adsorbée sur l'alun, les taux d'anticorps semblent élevés et suffisamment durables pour que le Groupe puisse espérer atteindre un jour l'objectif d'un vaccin antitétanique unidose. Mais, dans l'ensemble, la réponse est moins satisfaisante qu'avec le vaccin antitétanique classique et il reste encore beaucoup à faire.

Entretemps, le Groupe spécial du PVD pour les vaccins à libération contrôlée, dont la composition recoupe celle du Groupe dont il est question ici, s'attaque à des questions comme la qualité de l'anatoxine tétanique à utiliser pour le vaccin à libération contrôlée, sa stabilité, la détermination de la charge des microsphères en anatoxine tétanique et les protocoles pour les essais de vaccin, y compris les épreuves d'activité. Le PVD étudie aussi l'éventualité de formulations buccales et d'autres systèmes d'administration, par exemple l'utilisation de *Salmonella* comme vecteur.

Le Groupe mène également d'autres travaux, notamment:

- évaluer le risque de réactions indésirables aux vaccins antitétaniques microencapsulés et élaborer des épreuves expérimentales pour déceler ces réactions (la recirculation de petites particules de microsphères pourrait par exemple provoquer des réactions assez loin du point d'inoculation);
- définir les droits de propriété intellectuelle pour les vaccins microencapsulés;
- repérer un groupe de volontaires «naïfs» à l'égard de l'anatoxine tétanique sur lequel pourraient être faits les premiers essais humains de vaccin antitétanique;
- cerner les problèmes que pourrait poser le transfert de la technologie de microencapsulation vers les pays en développement;
- évaluer les possibilités d'intégration d'un vaccin antitétanique microencapsulé dans le PEV.

Le Groupe a fait paraître une annonce dans plusieurs revues pour s'assurer le concours de fabricants de vaccin et de laboratoires de biotechnologie appliquée aux vaccins qui connaissent les techniques de microencapsulation. Les premières réactions sont prometteuses et des accords seront sans doute passés bientôt avec certains collaborateurs.

La prochaine réunion du Groupe aura lieu en octobre 1992.

Commentaire

de Paul-Henri Lambert et Teresa Aguado, Secrétaires du Groupe

Il y a encore beaucoup à faire avant que le Groupe ne parvienne à mettre au point une anatoxine tétanique unidose à libération contrôlée qui soit utilisable mais les premiers résultats sont prometteurs et il s'est, semble-t-il, enclenché un mouvement qui devrait susciter des collaborations dans l'industrie des vaccins.

Groupe de développement des produits pour un vaccin antirougeoleux amélioré

Mandat

Encourager et diriger la mise au point d'un vaccin antirougeoleux amélioré qui puisse être administré aux nourrissons avant l'âge de six mois.

Le point des activités

Une réunion de planification a été organisée en septembre à Bethesda, Maryland (Etats-Unis d'Amérique) pour examiner la composition du Groupe et les approches qu'il devrait suivre pour atteindre ses objectifs. La réunion était présidée par Philip Minor, chef de la Division de Virologie au National Institute for Biological Standards and

“Il s'est enclenché un mouvement qui devrait susciter des collaborations dans l'industrie des vaccins.”

Control, à Potters Bar (Royaume-Uni). Le Dr Minor a accepté de présider le Groupe.

Les participants ont souligné qu'il était urgent de trouver un nouveau vaccin antirougeoleux qui puisse être administré dans le cadre du PEV à la naissance ou peu de temps après pour pouvoir endiguer et, un jour, éradiquer la rougeole. Il y a plusieurs obstacles à surmonter, en particulier le risque de rougeole atypique, qui a entraîné le retrait du vaccin antirougeoleux tué.

Les participants ont fait le point des vaccins candidats, notamment les vaccins à vecteur, comme ceux qui utilisent pour vecteur un poxvirus de canari et en sont maintenant aux essais de phase I en France, ou encore les vaccins tués utilisés avec divers adjuvants (ISCOM, virosomes, etc.).

Il a été décidé que le Groupe prendrait contact avec les différentes équipes de recherche dont il sait qu'elles travaillent sur de nouvelles formulations de vaccin antirougeoleux pour savoir si

l'IVE devrait proposer de participer à la mise au point ultérieure de ces produits.

D'autre part, le Groupe pourra, par des annonces dans des revues scientifiques, attirer l'attention d'équipes jusqu'ici inconnues de lui qui travaillent à la mise au point d'un vaccin antirougeoleux.

Commentaire

de Robert Scott, Secrétaire du Groupe

L'un des éléments essentiels pour la poursuite des activités prévues par le Groupe sera son aptitude à établir de bonnes relations de travail avec les institutions – des secteurs public et privé – qui travaillent à la mise au point d'un vaccin antirougeoleux. Par ailleurs, il lui faudra définir les moyens d'harmoniser ses activités avec celles d'autres programmes qui s'occupent des vaccins, comme le PVD et le PEV. Ces deux facteurs devront bien sûr être pris en compte lorsque seront arrêtés la composition définitive du Groupe et son plan de travail.

De la réunion du CCG tenue à Meech Lake



M. Young

Margaret Catley-Carson (à gauche), Ministre adjoint de la Santé et du Bien-Etre du Canada, s'adresse au Comité consultatif de gestion (CCG) de l'IVE réuni en mai dernier à Meech Lake (Canada). On aperçoit à côté d'elle Suryanarayan Ramachandran, Président du Comité, et Lindsay Martinez, Secrétaire exécutif de l'IVE. Le Comité a entre autres souligné combien il était important que les autorités de la santé publique des pays en développement s'engagent à atteindre les objectifs de l'IVE et que le secteur public et l'industrie instaurent des partenariats sous la houlette de l'IVE.

On peut se procurer le texte intégral du rapport de la réunion auprès du Dr Lindsay Martinez, Secrétaire exécutif de l'IVE, OMS/CDS, 1211 Genève 27, Suisse.

Le Groupe consultatif de l'IVE se réunira en novembre

La deuxième réunion annuelle du Groupe consultatif de l'IVE aura lieu au Siège de l'OMS, à Genève, les 16 et 17 novembre 1992. Le Groupe rassemble, une fois par an, tous les partenaires de la coalition IVE – organismes internationaux de développement, organismes et pays donateurs, organisations non gouvernementales, utilisateurs et producteurs de vaccins, chercheurs et autres groupes et particuliers qui s'intéressent aux vaccins (un résumé de la réunion de l'an dernier est paru dans le numéro 1 de CVI FORUM daté d'avril 1992).

Cette année, c'est Margaret Catley-Carson, Ministre adjoint de la Santé et du Bien-Etre

du Canada, qui présidera la réunion. Une allocution sera prononcée par Alain Mérieux, Président de Pasteur Mérieux Sérums et Vaccins.

Des rapports de situation seront aussi présentés à la réunion par les diverses unités fonctionnelles de l'IVE (groupes spéciaux et groupes de développement de produits). Des représentants de l'industrie, d'organismes de financement et de programmes de vaccination feront part de leurs points de vue à l'occasion de tables rondes.

Pour plus de renseignements sur cette réunion ou pour se procurer le texte intégral du rapport de la réunion précédente, s'adresser au Dr Lindsay Martinez, Secrétaire exécutif de l'IVE, OMS/CDS, 1211 Genève 27, Suisse.

16.

CVI FORUM est publié trois fois par an par l'Initiative pour les vaccins de l'enfance (IVE). Tous les documents soumis à CVI FORUM sont susceptibles d'être modifiés par la rédaction. Les articles et illustrations publiés dans CVI FORUM qui ne font pas l'objet de droits d'auteurs peuvent être reproduits, pour autant que CVI FORUM soit mentionné et qu'ils ne soient pas utilisés à des fins commerciales. Les articles signés ne reflètent pas nécessairement les vues des institutions parrainantes (UNICEF, PNUD, Fondation Rockefeller, Banque mondiale et OMS).

Rédaction: John Maurice

Maquette: Marilyn Langfeld

Photographies sans indication de source: J. Maurice

Bureau de rédaction:
CVI FORUM
Division des Maladies
transmissibles
Organisation mondiale
de la Santé
1211 Genève 27, Suisse

Téléphone:
(41-22)791-4144

Télécopieur CVI:
(41-22)788-2736

Télex OMS:
415416 OMS

Télégrammes:
UNISANTE-GENEVE

LETTERES À LA RÉDACTION

Avis à nos lecteurs

L'IVE cherche à encourager la communication et les échanges de vues sur les questions liées aux vaccins, notamment les vaccins de l'enfance. Nous invitons donc nos lecteurs à apporter leur concours à une section *Lettres à la rédaction*, qui pourrait débiter avec le prochain numéro de CVI FORUM (janvier 1993). Les lettres, rédigées en anglais, en français ou en espagnol, seront publiées dans la mesure où elles intéresseront l'ensemble

des lecteurs de CVI FORUM. Les lettres retenues pour la publication pourront subir quelques modifications rédactionnelles pour des raisons d'espace ou de clarté, et seront traduites dans les deux autres langues.

Veuillez envoyer les lettres, de préférence dactylographiées, à la Rédaction de CVI FORUM, OMS/CDS, avenue Appia, 1211 Genève 27, Suisse.

POST-SCRIPTUM ILLUSTRÉ



Lysiane Maurice