

FEUILLE DE ROUTE DU SAGE DE L'OMS POUR L'ÉTABLISSEMENT DES PRIORITÉS CONCERNANT L'UTILISATION DES VACCINS ANTI-COVID-19 DANS UN CONTEXTE D'APPROVISIONNEMENT LIMITÉ

*Approche visant à éclairer la planification et les recommandations ultérieures
selon différents scénarios épidémiologiques et d'approvisionnement en vaccins*

*Version 1
20 octobre 2020*



Sommaire

Sommaire	i
Remerciements	1
Abréviations	2
Introduction	3
Raison d’être	3
Processus d’élaboration de la feuille de route	4
Principales considérations	5
Principales hypothèses.....	5
Scénarios épidémiologiques	6
Scénarios d’approvisionnement en vaccins	6
Stratégies globales de santé publique par contexte épidémiologique et stade d’approvisionnement en vaccins ...	7
Utilisations prioritaires des vaccins anti-COVID-19	8
Lien entre la taille des groupes prioritaires et leur répartition par stade	11
Considérations liées au genre	11
Femmes enceintes	11
Femmes allaitantes	12
Enfants.....	13
Prise en considération des comorbidités dans l’établissement des priorités de vaccination	14
Participation communautaire, communication efficace et légitimité	14
Élaboration des orientations et décisions prises dans un contexte d’incertitude considérable	15
Activités en cours et prochaines étapes	15
Références bibliographiques	25
Annexe 1. Alignement entre le dispositif d’attribution équitable des vaccins du mécanisme COVAX et la feuille de route pour l’établissement des priorités	28
Annexe 2. Réduction du nombre de décès ou réduction des années de vie perdues	29
Références bibliographiques.....	30

Remerciements

La *Feuille de route du SAGE de l'OMS pour l'établissement des priorités concernant l'utilisation des vaccins anti-COVID-19 dans un contexte d'approvisionnement limité* a été établie par le groupe de travail sur les vaccins contre la COVID-19 du Groupe stratégique consultatif d'experts (SAGE). La feuille de route a été élaborée sous la direction de Saad B. Omer, Ruth Faden, Sonali Kochhar, David Kaslow et Sarah Pallas, avec le concours des membres du sous-groupe en charge des objectifs de santé publique (Folake Olayinka, Muhammed Afolabi, Celia Alpuche-Aranda, Hyam Bashour, David Durrheim, Sonali Kochhar, Peter G. Smith, Yin Zundong, Peter Figueroa et Helen Rees), d'Annelies Wilder-Smith et Joachim Hombach du Secrétariat de l'OMS, et avec l'appui de Matthew A. Crane de l'École de médecine de l'Université Johns Hopkins. Hanna Nohynek dirige le groupe de travail sur les vaccins contre la COVID-19 du Groupe stratégique consultatif d'experts.

Abréviations

Cadre d'attribution	Dispositif d'attribution équitable des vaccins contre la COVID-19 au travers du mécanisme COVAX
COVAX	Accès mondial aux vaccins contre la COVID-19
COVID-19	Maladie à coronavirus 2019
GTCV	Groupe consultatif technique (national ou régional) sur les vaccinations
Feuille de route pour l'établissement des priorités	Feuille de route du SAGE de l'OMS pour l'établissement des priorités concernant l'utilisation des vaccins anti-COVID-19 dans un contexte d'approvisionnement limité
SAGE	Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination
SARS-CoV-2	coronavirus 2 du syndrome respiratoire aigu sévère
Cadre de valeurs	Cadre de valeurs du SAGE de l'OMS pour l'attribution des vaccins anti-COVID-19 et la détermination des groupes à vacciner en priorité
OMS	Organisation mondiale de la Santé

Introduction

Alors que les pays préparent la mise en œuvre de leurs programmes de vaccination contre la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19), le Groupe stratégique consultatif d'experts (SAGE) sur la vaccination de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) entame une procédure en trois étapes visant à fournir des orientations concernant la stratégie globale de ces programmes et à formuler des recommandations concernant les vaccins proprement dits.

Première étape : Cadre de valeurs. Le [Cadre de valeurs du SAGE de l'OMS pour l'attribution des vaccins anti-COVID-19 et la détermination des groupes à vacciner en priorité \(1\)](#), publié le 14 septembre 2020, expose les principes généraux, les objectifs et les groupes cibles (sans ordre particulier) aux fins de l'établissement des priorités concernant l'attribution des vaccins contre la COVID-19.

Deuxième étape : Feuille de route pour l'établissement des priorités concernant l'utilisation des vaccins anti-COVID-19 (feuille de route pour l'établissement des priorités) (le présent document). Afin d'aider les pays dans leur planification, la feuille de route propose des stratégies de santé publique et des groupes prioritaires cibles pour différents niveaux de disponibilité des vaccins et différents contextes épidémiologiques. La feuille de route sera mise à jour selon les besoins pour tenir compte de la nature dynamique de la pandémie et de l'évolution des données factuelles concernant l'impact des vaccins.

Troisième étape : Recommandations concernant les vaccins proprement dits. À mesure que des vaccins dont la mise sur le marché a été autorisée deviendront disponibles, des recommandations relatives à l'utilisation de ces vaccins seront formulées. Il se peut que ces recommandations soient mises à jour lorsque de nouvelles données factuelles sur l'efficacité et la sécurité des vaccins autorisés (et d'autres interventions) apparaîtront et au fil de l'évolution de l'épidémiologie et d'autres conditions contextuelles.

Raison d'être

Face à l'urgence et aux larges répercussions de la pandémie de COVID-19, le SAGE a élaboré une approche destinée à éclairer les délibérations au sujet de l'éventail de recommandations pouvant s'avérer appropriées dans différents scénarios épidémiologiques et d'approvisionnement en vaccins. **Le consensus qui se dégage au sein du SAGE est que les données factuelles actuellement disponibles sont trop limitées pour formuler toute recommandation concernant l'utilisation d'un vaccin donné contre la COVID-19 à ce jour (7 octobre 2020).** Le présent document est à considérer comme une [feuille de route à des fins de planification uniquement](#).

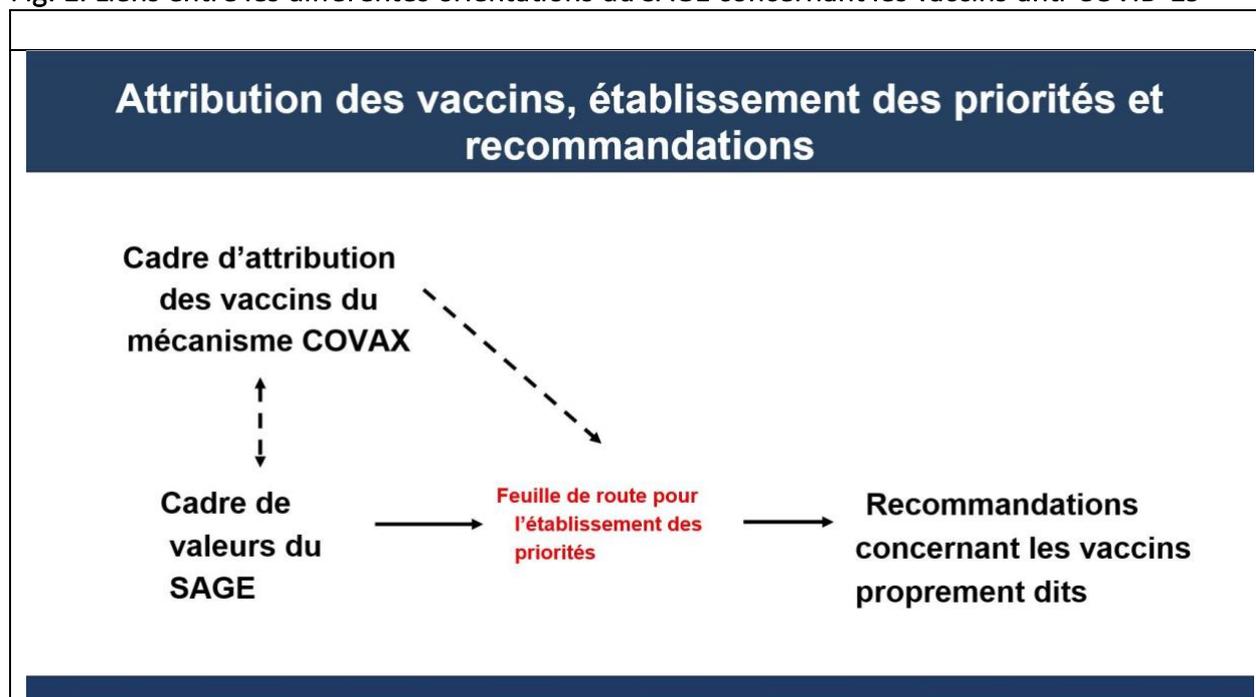
La présente feuille de route s'appuie sur le [Cadre de valeurs du SAGE de l'OMS pour l'attribution des vaccins anti-COVID-19 et la détermination des groupes à vacciner en priorité](#). Le cadre de valeurs recense plus de 20 sous-groupes de population auxquels, dans un contexte d'approvisionnement limité en vaccins, il serait envisageable d'accorder la priorité au titre des principes et objectifs qui y sont définis. Ces sous-groupes ne sont pas classés dans un ordre particulier dans le cadre de valeurs. Les recommandations de groupes prioritaires spécifiques pour chaque vaccin recevant l'autorisation d'utilisation requerront l'intégration des principes éthiques exposés dans le cadre de valeurs et des informations et données factuelles concernant les aspects suivants : i) le statut de la pandémie dans la région de mise en œuvre proposée (c'est-à-dire le contexte épidémiologique en termes de degré de transmission du coronavirus 2 du syndrome respiratoire aigu sévère (SARS-CoV-2) et de charge de morbidité de la COVID-19), ii) la quantité de vaccins disponibles et le moment auquel ils sont disponibles,

iii) les caractéristiques des vaccins disponibles et iv) l'évaluation du rapport avantages/risques pour les différents sous-groupes de population au moment où le déploiement du vaccin est envisagé, ainsi que d'autres critères standard utilisés lors de l'élaboration des recommandations du SAGE, tels que la faisabilité, l'acceptabilité et l'utilisation des ressources. Ces facteurs, conjointement avec le cadre de valeurs, doivent guider la stratégie appropriée de santé publique pour le déploiement de vaccins donnés.

Le SAGE propose une feuille de route destinée à faciliter l'élaboration de recommandations concernant l'utilisation des vaccins anti-COVID-19. Cette feuille de route envisage des groupes auxquels il convient de donner la priorité en fonction de divers scénarios épidémiologiques et d'approvisionnement en vaccins. Ces scénarios d'utilisation sont par ailleurs placés dans le contexte de la stratégie globale de santé publique pour chaque contexte épidémiologique (Tableau 1).

Cette feuille de route a pour but de fournir des orientations lors de la préparation des décisions concernant l'établissement des priorités de vaccination **à l'échelle nationale**. Si le cadre de valeurs repose notamment sur le principe d'équité mondiale, cette feuille de route n'aborde quant à elle pas directement les décisions d'attribution à l'échelle mondiale. Un dispositif d'attribution a été proposé pour les pays participant au mécanisme COVAX d'accès mondial aux vaccins anti-COVID-19 (2). La Figure 1 illustre les liens entre le cadre d'attribution des vaccins du mécanisme COVAX, cette feuille de route et le cadre de valeurs.

Fig. 1. Liens entre les différentes orientations du SAGE concernant les vaccins anti-COVID-19



Processus d'élaboration de la feuille de route

La feuille de route s'appuie sur les sous-groupes de population considérés comme importants pour la mise en œuvre des principes et la réalisation des objectifs visés dans le [Cadre de valeurs du SAGE de l'OMS pour l'attribution des vaccins anti-COVID-19 et la détermination des groupes à vacciner en priorité](#). Un sous-groupe du groupe de travail du SAGE sur les vaccins contre la COVID-19 a mené des exercices d'établissement des priorités, après quoi un tableau

provisoire d'établissement des priorités a été élaboré et soumis à l'examen du groupe de travail complet, qui rassemble les présidents des six groupes consultatifs techniques régionaux sur les vaccinations et divers membres du SAGE. Le tableau a ensuite été réexaminé et révisé plusieurs fois. Une procédure analogue a été adoptée pour la rédaction du texte de la feuille de route. Lors de l'établissement des priorités, il a été tenu compte des nouvelles informations de modélisation examinant l'efficacité et l'impact optimal des différentes stratégies de vaccination et des meilleures informations épidémiologiques obtenues d'articles spécialisés et auprès de différentes organisations de surveillance. De nouvelles modifications de fond ont été apportées suite à un avant-dernier examen par divers membres du SAGE, après quoi le cadre a fait l'objet d'un examen final par le SAGE réuni dans son intégralité.

Principales considérations

Les considérations ci-après ont guidé l'élaboration de la présente feuille de route.

- La présente feuille de route doit rester pleinement alignée sur le [Cadre de valeurs du SAGE de l'OMS pour l'attribution des vaccins anti-COVID-19 et la détermination des groupes à vacciner en priorité](#) qui l'a précédée.
- Afin d'être utile aux discussions aux niveaux régional et national, la feuille de route doit rester aussi simple et concise que possible.
- La feuille de route peut être mise à jour dans le cadre i) d'un examen continu des nouvelles informations disponibles et ii) d'un dialogue permanent avec les groupes consultatifs techniques nationaux et régionaux sur les vaccinations.

Principales hypothèses

- La feuille de route part du principe que tout vaccin déployé est pleinement homologué et remplit tous les critères minimaux ou critiques figurant dans les [profils de produits cibles de l'OMS pour les vaccins anti-COVID-19 \(3\)](#). En cas de données moins probantes concernant le rapport avantages/risques, comme on peut s'y attendre pour un produit bénéficiant d'une autorisation d'urgence, des recommandations plus limitées pourront être formulées.
- Il a été tenu compte du degré d'incertitude actuel concernant l'efficacité d'un vaccin donné indépendamment de l'âge (par exemple, un scénario dans lequel le vaccin est supposé avoir la même efficacité pour toutes les tranches d'âge et un autre scénario selon lequel le vaccin est supposé être bien moins efficace chez les personnes âgées). Toutefois, la feuille de route repose sur l'hypothèse sous-jacente, étayée par les résultats de modélisation actuels, que, compte tenu de la mortalité considérablement plus élevée parmi les personnes âgées (4, 5), même un vaccin s'avérant relativement peu efficace dans ce groupe de population ne modifierait pas sensiblement les recommandations concernant les cas d'utilisation prioritaire pour les personnes âgées (6–8). Si, en revanche, il s'avérait que l'efficacité vaccinale chez les personnes âgées par rapport aux autres tranches d'âge est si faible que l'impact en termes de protection individuelle et de santé publique deviendrait notablement sous-optimal, dans chacun des scénarios, les personnes âgées seraient probablement déplacées dans une catégorie de priorité inférieure.
- De même, il a été supposé qu'il n'y aurait pas de différences importantes d'efficacité vaccinale dans les différents sous-groupes (par exemple, chez les personnes présentant des comorbidités qui augmentent le risque de forme sévère de COVID-19, telles que les personnes séropositives au VIH).

- La feuille de route adopte l'hypothèse que des interventions non pharmaceutiques de différents niveaux sont en place lors du déploiement des vaccins et de l'élargissement de la couverture vaccinale. Une autre hypothèse sur laquelle repose la feuille de route est que l'efficacité vaccinale ne diminue pas en cas d'assouplissement des interventions non pharmaceutiques.
- Bien que l'effet d'un vaccin sur la réduction de la transmission soit un élément important à prendre en compte dans les recommandations d'utilisation, il est improbable que l'on dispose de preuves directes d'impact sur la transmission lorsque les premiers vaccins seront autorisés. La feuille de route se fonde sur l'hypothèse qu'à un moment donné, on disposera de données probantes sur l'efficacité vaccinale en termes de réduction de la transmission justifiant la priorité à accorder à certains groupes compte tenu de leur rôle dans la transmission.
- La feuille de route ne tient pas compte des variations du taux de séropositivité de la population ni du degré existant de protection au sein de pays ou de communautés ayant déjà connu un haut degré de transmission communautaire.
- Les exercices d'établissement des priorités entrepris dans le cadre de l'élaboration de cette feuille de route n'ont pas directement tenu compte du risque de maladie grave, étant donné que ce risque est étroitement lié au risque de décès. De même, les séquelles à long terme de l'infection par le SARS-CoV-2 n'ont pas été prises en considération car de nouvelles données factuelles concernant la morbidité chronique continuent de faire surface.

Scénarios épidémiologiques

Les scénarios épidémiologiques utilisés ici tiennent compte des avantages relatifs et des risques potentiels de la vaccination. Par ailleurs, la stratégie de santé publique concernant l'utilisation des vaccins dépend de la charge de morbidité et de l'épidémiologie locale, en particulier du taux d'incidence de l'infection dans un contexte donné au moment où l'on envisage la vaccination. Les trois contextes épidémiologiques larges proposés sont les suivants : i) transmission communautaire, ii) cas sporadiques ou grappes de cas, et iii) absence de cas (Tableau 1) (9).

Scénarios d'approvisionnement en vaccins

Étant donné que l'on ne disposera pas immédiatement de doses suffisantes de vaccins pour couvrir l'ensemble des personnes susceptibles d'en tirer un bénéfice, trois scénarios d'approvisionnement limité ont été envisagés : un premier stade correspondant à un approvisionnement initialement très limité (de 1 à 10 % de la population nationale totale), suivi d'un stade II, reflétant l'augmentation de l'approvisionnement, qui reste toutefois limité (de 11 à 20 % de la population nationale totale), et enfin un stade III applicable lorsque l'approvisionnement en vaccins atteint un niveau modéré (de 21 à 50 % de la population nationale totale). Le Tableau 1 illustre comment ces trois scénarios d'approvisionnement en vaccins pourraient être pris en compte dans les recommandations concernant l'utilisation au sein des groupes prioritaires.

La feuille de route reconnaît que pour de nombreux pays, les décisions d'établissement des priorités seront partiellement ou totalement tributaires de la distribution des vaccins dans le cadre du mécanisme COVAX. Les stades I et II envisagés dans la feuille de route correspondent à la phase 1 d'approvisionnement (jusqu'à 20 % de la population nationale) exposée dans la dernière version en date du [dispositif de l'OMS d'attribution équitable des vaccins anti-COVID-19 au travers du mécanisme COVAX](#). Le scénario de stade III évoqué dans la feuille de route est

quant à lui aligné sur la phase 2 d'approvisionnement du cadre d'attribution correspondant à un taux de couverture de la population de plus de 20 % (annexe 1).

Stratégies globales de santé publique par contexte épidémiologique et stade d'approvisionnement en vaccins

Le SAGE recommande des stratégies globales de santé publique fondées sur le cadre de valeurs pour chacun des trois scénarios épidémiologiques (Tableau 1). Ces stratégies tiennent compte de la nature dynamique de l'approvisionnement en vaccins et des conditions épidémiologiques dans chaque pays.

Contexte de transmission communautaire : Lorsque l'approvisionnement en vaccins est fortement limité, ce qu'il est possible d'accomplir avec un nombre restreint de doses justifie de se concentrer initialement sur la réduction directe de la morbidité et de la mortalité (annexe 2) et le maintien des services essentiels les plus critiques, tout en tenant compte de la réciprocité en faveur des groupes exposés au risque de manière disproportionnée dans le but d'atténuer les conséquences de cette pandémie (le personnel de santé en première ligne, par exemple). À mesure que l'approvisionnement en vaccins augmente, en fonction des caractéristiques des vaccins, la stratégie est élargie de manière à viser la réduction de la transmission et, partant, des perturbations des fonctions sociales et économiques. Une attention particulière est accordée aux fonctions qui ont une incidence disproportionnée sur les enfants (voir plus loin) et à la réduction de la morbidité et de la mortalité au sein des groupes défavorisés, conformément aux principes du cadre de valeurs du SAGE.

Contexte de cas sporadiques ou de grappes de cas : Lorsque l'approvisionnement en vaccins est fortement limité, les efforts initiaux continuent de se porter sur la réduction directe de la morbidité et de la mortalité ainsi que sur le maintien des services essentiels les plus critiques et la réciprocité. Cependant, à la différence du contexte épidémiologique de transmission communautaire, cette emphase initiale est concentrée dans les zones géographiques à transmission élevée ou où l'on s'attend à une transmission élevée. De plus, une partie des vaccins est réservée pour une utilisation d'urgence à titre de riposte ou d'atténuation face à une flambée (par exemple en cas de flambées localisées). L'attention particulière à la réduction de la morbidité et de la mortalité parmi les groupes défavorisés dans les zones géographiques à transmission élevée ou où l'on s'attend à une transmission élevée est maintenue. À mesure que l'approvisionnement en vaccins augmente, la stratégie est élargie de manière à viser une maîtrise substantielle de la transmission et à limiter davantage les perturbations des fonctions sociales et économiques.

Contexte d'absence de cas : Ce contexte épidémiologique s'applique aux pays qui ont réussi à enrayer la transmission par des interventions non pharmaceutiques et des contrôles aux frontières. Lorsque l'approvisionnement en vaccins est fortement limité, les efforts initiaux se concentrent sur la prévention de la transmission communautaire par importation de cas et sur la réciprocité en faveur des travailleurs essentiels, en particulier des agents de santé en première ligne. À mesure que l'approvisionnement en vaccins augmente, les personnes âgées, le groupe le plus à risque en termes de maladie grave et de décès, sont incluses afin de minimiser les effets néfastes au cas où les conditions épidémiologiques viendraient à changer soudainement. Par ailleurs, à mesure que l'approvisionnement en vaccins augmente, la stratégie est élargie de manière à continuer de maîtriser la transmission et, si possible, à réduire la dépendance à l'égard des interventions non pharmaceutiques lourdes.

Utilisations prioritaires des vaccins anti-COVID-19

La logique qui sous-tend l'inclusion de chaque utilisation prioritaire des vaccins par sous-groupe de population repose sur les principes et objectifs figurant dans le cadre de valeurs. Pour chaque groupe prioritaire, le ou les objectifs du cadre de valeurs qui se verrait renforcé si la priorité était donnée à cette population sont indiqués par un code entre parenthèses à la fin de la description de la population (par exemple, A1). La légende reliant les codes aux objectifs correspondants est quant à elle fournie en dessous du Tableau 1.

Si une explication détaillée de la logique suivie pour chaque groupe prioritaire dépasse la portée du présent document, nous en proposons néanmoins trois exemples dans l'encadré 1.

Encadré 1. Trois exemples de logique sous-tendant l'utilisation prioritaire des vaccins contre la COVID-19

Exemple 1. Agents de santé à risque élevé à très élevé d'infection par le SARS-CoV-2 et de transmission ultérieure dans un contexte épidémiologique de transmission communautaire

Pour le contexte épidémiologique de transmission communautaire, les agents de santé à risque élevé à très élevé d'infection par le SARS-CoV-2 et de transmission ultérieure sont inclus dans le stade Ia. Trois raisons, liées au cadre de valeurs, justifient ce niveau de priorité. Premièrement, protéger ces agents contribue à préserver la disponibilité des services essentiels critiques dans le cadre de la riposte à la pandémie de COVID-19. Par ailleurs, les effets indirects de la pandémie sur la santé au-delà de la COVID-19 sont susceptibles d'être bien plus graves si ces services sont compromis ou débordés. Deuxièmement, les données factuelles indiquent que les agents de santé présentent un risque élevé d'infection, voire de morbidité et de mortalité (10, 11). Il y a également un risque de transmission ultérieure à des personnes elles aussi exposées à des conséquences graves de la COVID-19. Troisièmement, la priorité à accorder à ces personnels est également justifiée par le principe de réciprocité : ils jouent un rôle crucial dans la riposte à la COVID-19, dans des conditions de travail intenses et difficiles, s'exposant non seulement eux-mêmes mais aussi, potentiellement, les membres de leur foyer à un risque accru, le tout pour prendre soin d'autrui.

Il y a également des raisons pratiques d'accorder la priorité au personnel de santé à risque élevé à très élevé d'infection. Les agents de santé sont en contact direct avec les systèmes de santé, ce qui devrait faciliter le déploiement efficace d'un programme de vaccination, en particulier s'il est nécessaire d'administrer plusieurs doses. Lancer un programme de vaccination auprès d'une population cible relativement accessible donne plus de temps pour élaborer des mécanismes de mise en œuvre pour les autres groupes prioritaires.

Les personnes âgées, définies en fonction des risques liés à l'âge propres au pays ou à la région concernés, sont incluses dans un deuxième temps (stade Ib).

Exemple 2. Groupes sociodémographiques présentant un risque sensiblement plus élevé de maladie grave ou de décès

Pour le contexte épidémiologique de transmission communautaire, les groupes sociodémographiques présentant un risque sensiblement plus élevé de maladie grave ou de décès sont inclus au stade II. Les raisons de ce niveau de priorité tiennent aux principes d'égalité de respect et d'équité.

Dans l'esprit de la stratégie globale de santé publique qui met initialement l'accent sur la réduction directe de la mortalité et de la morbidité, les groupes qui, en raison de comorbidités ou de leur état de santé, présentent un risque sensiblement plus élevé de maladie grave ou de décès se voient accorder la priorité au stade II. Il existe néanmoins d'autres groupes de population qui sont tout aussi susceptibles d'être exposés à ces conséquences graves mais ne sont pas pris en considération dans une hiérarchisation exclusivement fondée sur les comorbidités. Ces groupes incluent, de manière disproportionnée, les personnes qui sont systématiquement défavorisées en termes de statut social et de pouvoir économique et politique. Dans de nombreux contextes, les groupes défavorisés sont plus susceptibles de connaître une lourde charge d'infection et de COVID-19 en raison des conditions de vie ou de

travail surpeuplées qu'ils ne sont pas en mesure d'influencer (12–15) et de la prévalence plus élevée de mauvais états de santé générale, ce qui les expose davantage au risque de développer une forme grave de la COVID-19 (16). Il se peut également qu'ils aient moins accès aux soins de santé nécessaires pour diagnostiquer les affections qui supposent un risque élevé, telles qu'une insuffisance cardiaque ou une maladie rénale chronique (17). Certaines personnes qui appartiennent à ces groupes pourraient probablement recevoir la priorité si leurs comorbidités étaient connues ou vérifiables, mais en raison de l'inégalité d'accès aux soins de santé, leurs problèmes de santé restent souvent non diagnostiqués et non traités. Les groupes sociodémographiques défavorisés présentant un risque sensiblement plus élevé de forme grave de la maladie ou de décès varient d'un pays à l'autre. Dans de nombreux contextes, les données probantes concernant un risque accru de forme grave de COVID-19 ou de décès sont insuffisantes ou moins claires que pour les facteurs de risque comme l'âge ou les comorbidités. Les décideurs peuvent se voir contraints de décider quels groupes défavorisés risquent de se voir affectés par la COVID-19 à un degré tel qu'il convient de les inclure dans les groupes prioritaires au stade II. Bien que des efforts plus larges soient nécessaires pour recenser les risques parmi les groupes défavorisés, ces décisions doivent parfois être fondées sur des hypothèses raisonnables quant à l'impact différentiel déduit d'autres contextes pertinents, notamment de situations d'urgence de santé publique passées (18). Le Tableau 1 fournit des exemples de groupes qui, suivant le contexte national, peuvent relever de cette catégorie de priorité.

Exemple 3. Groupes sociaux/de travailleurs présentant un risque accru d'infection et de transmission en raison de l'impossibilité de maintenir la distanciation physique nécessaire

Pour le contexte épidémiologique de transmission communautaire, les groupes sociaux/de travailleurs présentant un risque accru d'infection et de transmission en raison de l'impossibilité de maintenir la distanciation physique nécessaire se voient accorder la priorité au stade III. Il y a un degré considérable de chevauchement entre les groupes à placer dans cette catégorie de priorité et les groupes sociodémographiques à inclure au stade II abordés ci-dessus. La différence essentielle est le fait que pour certains groupes défavorisés, il peut ne pas y avoir de bonnes raisons de conclure qu'ils présentent un risque sensiblement accru de maladie grave ou de décès (et qu'il n'est donc pas justifié de les inclure au stade II). Ces groupes peuvent néanmoins être exposés à un risque accru (voire sensiblement plus élevé) de forme grave de la COVID-19 pour les raisons liées à l'inégalité évoquées ci-avant. Les groupes qui sont contraints de travailler sans distanciation physique ou sans accès aux équipements de protection individuelle appropriés, ou qui n'ont pas d'autre possibilité que de vivre dans des foyers surpeuplés dans des quartiers densément peuplés relèvent de cette catégorie (19, 20). Ils sont défavorisés par rapport à d'autres groupes de population qui bénéficient plus facilement et dans une plus grande mesure des interventions non pharmaceutiques, à la fois en termes de risque d'infection et de risque de transmission à leurs proches et à leurs collègues. Les détenus relèvent également de cette catégorie, bien que la logique qui s'applique à ce groupe de population soit légèrement différente. Même si la restriction de leur liberté est justifiée, il n'est en revanche pas justifié de ne pas intervenir face au risque accru associé à leur incarcération.

Idéalement, les décideurs doivent pouvoir distinguer clairement, en s'appuyant sur les données factuelles concernant le niveau de risque, quels groupes défavorisés répondent aux critères du stade II et quels groupes répondent à ceux du stade III. Dans la réalité, ces décisions doivent parfois être prises sur la base de données pertinentes limitées. L'observance des principes d'égalité de respect et d'équité exige de procéder à une évaluation rigoureuse afin

de s'assurer que tous les groupes sociodémographiques concernés soient pris en compte sur un pied d'égalité pour les deux stades.

Lien entre la taille des groupes prioritaires et leur répartition par stade

La répartition par stade des groupes prioritaires est séquentielle. Si l'approvisionnement en vaccins est insuffisant pour couvrir les groupes prioritaires au stade I, l'intention est que l'ensemble de ces groupes puissent bénéficier de la vaccination avant les groupes affectés au stade II.

À l'exception des stades Ia et Ib, les groupes prioritaires ne sont pas classés dans un ordre de priorité donné au sein d'un stade d'approvisionnement en vaccins. L'affectation des groupes prioritaires repose sur des hypothèses relatives à la taille de ces groupes dans les contextes des pays à revenu élevé, à revenu intermédiaire et à faible revenu. Pour certains groupes prioritaires, on ne disposait même pas d'une estimation de la taille des groupes. Des différences considérables entre pays sont à attendre. Dans certains pays, la quantité de vaccins prévue pour un stade d'approvisionnement peut s'avérer insuffisante pour couvrir l'ensemble des groupes prioritaires affectés à ce stade, auquel cas les pays devront établir un ordre de priorité des groupes au sein du stade.

Prenons l'exemple du stade II dans le contexte épidémiologique de transmission communautaire. Recevoir une quantité de vaccins à hauteur de 10 % supplémentaires de la couverture au stade II peut être insuffisant pour couvrir tous les groupes affectés à ce stade, même si l'approvisionnement pour le stade I est suffisant pour vacciner les groupes affectés au stade I. Au moment de décider à quels groupes du stade II accorder la priorité, les pays peuvent trouver utile de consulter le cadre de valeurs. Ainsi, déterminer quels principes éthiques sont les plus importants pour le pays à un moment donné peut les aider à identifier les groupes qu'il convient de vacciner en priorité si l'approvisionnement est insuffisant pour couvrir l'ensemble des groupes affectés au stade II.

Considérations liées au genre

S'il est avéré que le risque de maladie grave et de décès est plus élevé pour les hommes que pour les femmes, en particulier dans les tranches d'âge supérieures, cette différence de risque diminue lorsque l'on tient compte des comorbidités et des autres facteurs (4, 21). Dans de nombreux contextes, les femmes sont représentées de manière disproportionnée dans les groupes de métier à risque élevé, et elles ont souvent une responsabilité directe de soins aux personnes âgées. De plus, dans certains contextes, les femmes sont désavantagées en termes d'accès aux soins de santé, de statut politique et social et d'autorité décisionnelle en raison des caractéristiques de la structure sociale au sein de certaines communautés. Accorder la priorité aux hommes ou aux femmes en matière de vaccination risquerait d'exacerber les inégalités sous-jacentes entre les genres. C'est pourquoi la feuille de route ne tient pas compte du genre dans l'identification des utilisations prioritaires des vaccins. Le principe de l'égalité de respect défendu dans le cadre de valeurs souligne l'importance de s'assurer que les systèmes d'administration de la vaccination s'attachent de manière égale à atteindre les hommes et les femmes au sein de chaque groupe prioritaire.

Femmes enceintes

Les femmes enceintes doivent faire l'objet d'une attention particulière, ce groupe ayant été défavorisé au regard de la mise au point et du déploiement de vaccins lors de pandémies

passées. Par ailleurs, en ce qui concerne la COVID-19, de nouvelles données tendent à montrer que les femmes enceintes risquent davantage d'être atteintes d'une forme grave de la maladie, d'autant plus lorsqu'elles ont des comorbidités préexistantes, et qu'elles peuvent avoir un risque accru d'issue défavorable de la grossesse et de l'accouchement (22–25). Cependant, il paraît probable que l'on disposera de données relativement limitées sur la sécurité et l'efficacité des vaccins anti-COVID-19 pour ces groupes lorsque les vaccins deviendront disponibles au stade I et peut-être même aussi au stade II, ce qui rend problématique la priorisation des femmes enceintes à ces stades précoces. **Il est impératif de générer des données spécifiques sur la grossesse, par exemple à partir d'études de pont et de sécurité portant spécifiquement sur la grossesse et auprès de participantes qui sont accidentellement tombées enceintes pendant un essai de phase III.** Les concepteurs de vaccins et les bailleurs de fonds doivent accorder la priorité à une évaluation de la sécurité vaccinale et de l'immunogénicité chez les femmes enceintes dans le cadre du développement clinique, ainsi que de la sécurité et de l'efficacité dans le cadre des plans de surveillance postcommercialisation (26).

Le fait que plusieurs groupes jugés prioritaires dans la feuille de route, notamment les agents de santé et les enseignants, correspondent à des tranches d'âge dans lesquelles il est probable que figure un nombre significatif de femmes enceintes (dont certaines ne sont peut-être pas encore conscientes de leur état) est particulièrement préoccupant. Tant que ces données de sécurité cruciales ne seront pas disponibles, il faudra attendre, aux fins des orientations concernant les femmes enceintes des groupes prioritaires pour la vaccination, de disposer d'informations sur les caractéristiques spécifiques des vaccins autorisés, ainsi que les dernières données probantes sur les risques que pose la COVID-19 pour les femmes enceintes et leurs enfants.

À ce jour, la feuille de route place les femmes enceintes parmi les groupes prioritaires au stade III de deux scénarios épidémiologiques. D'ici là, on devrait disposer de données suffisantes pour évaluer si le bénéfice net de la vaccination contre la COVID-19 pour les femmes enceintes (avec au moins certains des vaccins candidats) l'emporte sur les risques d'infection communautaire et de forme grave de la COVID-19. Il est possible qu'à mesure que les données s'accumulent, les risques pour les femmes enceintes et leurs enfants soient jugés suffisamment importants pour justifier de leur offrir la vaccination même en l'absence de données factuelles portant spécifiquement sur les risques liés à la grossesse. Dans ce cas, les femmes enceintes pourront être classées prioritaires au stade II. Par ailleurs, s'il s'avère que les risques des vaccins au regard de la grossesse (qui pourront varier d'un produit vaccinal à l'autre) sont plus importants que les risques que supposent l'infection et la maladie, il conviendra de placer les femmes enceintes parmi les groupes prioritaires pour les interventions préventives autres que la vaccination.

Femmes allaitantes

Historiquement, les femmes allaitantes ont également été négligées dans la mise au point et le déploiement de vaccins en situation de pandémie. À ce jour, rien n'indique que les femmes allaitantes ou leurs nourrissons ont un risque accru de développer une forme grave de la COVID-19. En conséquence, ce groupe n'est pas priorisé dans la feuille de route. On ne dispose pas, à l'heure actuelle, de données sur les risques que pose la vaccination des femmes allaitantes pour leurs nourrissons. Il se peut que des recommandations de vaccination soient formulées pour les femmes allaitantes au fur et à mesure de l'apparition de nouvelles données. Au moins un fabricant recrute des femmes allaitantes. Tout comme pour les femmes

enceintes, il est impératif de rassembler rapidement des données factuelles sur la sécurité de la vaccination pour les femmes allaitantes.

Enfants

Les enfants doivent eux aussi faire l'objet d'une attention particulière, et ce pour deux raisons au moins. Le bien-être des enfants est tributaire des adultes et de la société dans son ensemble. Si leur bien-être subit des revers dans l'enfance, les effets néfastes peuvent être considérables, voire se faire sentir durant le reste de leur vie. Bien que les enfants soient moins susceptibles de souffrir d'effets directs en termes de morbidité et de mortalité liées à l'infection par le SARS-CoV-2 que les autres tranches d'âge, ils ont subi d'autres effets négatifs significatifs de la pandémie de COVID-19 (27, 28). Les mesures de distanciation physique conçues pour réduire ou prévenir la transmission communautaire du SARS-CoV-2 ont notamment privé les enfants d'enseignement présentiel à l'école, celles-ci étant dans certains cas carrément fermées. On s'attend à ce que l'étendue de la perte d'apprentissage et son incidence sur les perspectives d'avenir soient bien plus importantes pour les enfants qui vivent dans la pauvreté et les enfants défavorisés à d'autres égards. Au-delà de la perte d'apprentissage et de la limitation des perspectives d'avenir découlant de l'interruption de la scolarité, les élèves ont été privés de bienfaits sociaux et développementaux associés à l'apprentissage présentiel. Bien souvent, les écoles assurent également des fonctions supplémentaires importantes pour la santé et le bien-être des enfants, telles que des interactions sociales, la fourniture de repas, des services de santé, notamment de vaccination, ou encore une protection face à des conditions instables ou dangereuses à la maison. Ces fonctions additionnelles sont particulièrement importantes pour les enfants qui vivent dans des circonstances défavorisées. Globalement, s'il est vrai que tous les enfants souffrent des perturbations de l'éducation, ce sont les enfants les plus défavorisés qui sont touchés le plus durement de tous, ayant en outre moins accès aux options d'enseignement à distance, ce qui exacerbe davantage encore les inégalités en termes de bien-être (29). La santé de tous les enfants, et en particulier de ceux qui proviennent de familles à faibles revenus, est également menacée par les perturbations associées à la COVID-19 que connaissent les programmes réguliers de vaccination et de santé infantile (30–32).

En dépit de l'impact considérable de la pandémie sur le bien-être des enfants, ceux-ci ne sont pas directement classés comme groupe prioritaire dans le Tableau, ce qui s'explique par deux raisons. Premièrement, les essais portant sur les vaccins candidats contre la COVID-19 chez les enfants n'ont pas encore été lancés, ce qui signifie qu'il faudra attendre un certain temps pour disposer de données sur la sécurité et l'efficacité vaccinales au sein de cette tranche d'âge. Deuxièmement, comme mentionné précédemment, les enfants ne sont pas hautement prioritaires en termes de vaccination directe en raison du faible risque de maladie grave et de décès que la COVID-19 suppose pour eux. Néanmoins, le bien-être des enfants est pris en considération dans la feuille de route au travers de la priorité accordée à d'autres groupes qui y contribuent directement. Dans le cadre du contexte épidémiologique de transmission communautaire, les agents de santé qui prennent part à l'administration de la vaccination sont classés prioritaires afin de garantir le maintien des programmes de vaccination systématique de l'enfant. Les enseignants et autres membres du personnel des établissements scolaires sont également prioritaires dans ce scénario épidémiologique en vue de faciliter la reprise totale de l'enseignement présentiel.

Prise en considération des comorbidités dans l'établissement des priorités de vaccination

On dispose de plus en plus de données factuelles sur les différentes comorbidités et le risque accru de forme grave de la COVID-19. Les faits suivants sont d'ores et déjà clairs : i) la concomitance de plusieurs comorbidités augmente ce risque ; ii) l'augmentation du risque varie d'une comorbidité à l'autre, ce qui poserait des problèmes d'équité en cas de pondération égale pour toutes les comorbidités ; iii) dans de nombreux pays, si toute personne présentant une comorbidité se voyait accorder la priorité dans les scénarios d'approvisionnement initial en vaccins, la quantité de vaccins disponibles serait loin d'être suffisante pour couvrir l'ensemble des personnes prioritaires ; et iv) la liste des comorbidités pertinentes varie d'un endroit à l'autre (4, 21, 33).

Au vu de ces considérations, les pays doivent s'appuyer sur les données locales et régionales pertinentes pour identifier les comorbidités associées aux différents degrés de risque de la COVID-19 (par exemple, un degré de risque significatif par opposition à un degré de risque modéré). Une approche possible consiste à identifier le risque additionnel associé à chaque comorbidité. Une autre possibilité est d'accorder la priorité aux personnes qui ont deux comorbidités pertinentes ou plus (34). Au fil de l'évolution des données probantes, le SAGE communiquera de nouvelles orientations sur les comorbidités et les risques associés à des formes graves de la COVID-19. Par ailleurs, le groupe de travail sur les vaccins anti-COVID-19 du SAGE élabore actuellement des orientations additionnelles sur les comorbidités qui augmentent le risque de manière significative.

Participation communautaire, communication efficace et légitimité

La participation communautaire et une communication efficace sont essentielles à la réussite des programmes de vaccination contre la COVID-19. Ces éléments sont fondés sur le principe de légitimité invoqué dans le cadre de valeurs. Selon ce principe, les décisions d'établissement des priorités doivent être prises selon des procédures transparentes reposant sur des valeurs partagées, sur les meilleures données scientifiques disponibles et sur une représentation et une contribution appropriées des parties touchées. Le respect du principe de légitimité est une manière de promouvoir la confiance du public et l'acceptation d'un vaccin contre la COVID-19.

Dans la pratique, les pays peuvent épouser le principe de légitimité au travers de stratégies pratiques qui améliorent la perception et la compréhension des processus de mise au point des vaccins et d'établissement des priorités d'administration de ceux-ci au sein du public. Parmi les exemples de stratégies de ce type, on peut citer i) des messages culturellement et linguistiquement accessibles mis à disposition gratuitement concernant la vaccination contre la COVID-19, ii) le recours aux leaders d'opinion communautaires pour améliorer la connaissance et la compréhension de ces messages, et iii) l'inclusion d'avis de parties prenantes diverses et touchées dans les prises de décision. Il est en outre important de déployer des efforts en matière de participation communautaire et de communication efficace au sein des sous-populations qui n'ont pas nécessairement une bonne connaissance des systèmes de santé ou s'en méfient.

Comme indiqué dans le cadre de valeurs, il ne peut y avoir aucune tolérance à l'égard de conflits d'intérêts d'ordre personnel, financier ou politique ou de la corruption lors de l'établissement de l'ordre de priorité des différents groupes pour l'accès aux vaccins contre la COVID-19. Dans tous les cas, les décideurs doivent être en mesure de défendre publiquement leurs décisions et leurs actes en invoquant des raisons que même les personnes qui ne sont

pas du même avis puissent juger raisonnables et non arbitraires ou intéressées. Les pays doivent veiller à ce que personne ne puisse exploiter sa position sociale, financière ou politique privilégiée pour contourner les critères de priorité définis au niveau national.

Élaboration des orientations et décisions prises dans un contexte d'incertitude considérable

La feuille de route a été élaborée sur la base d'informations limitées, dans un contexte d'incertitude considérable. La nouveauté du pathogène SARS-CoV-2 et l'évolution de la situation épidémique, économique et sociale rendent difficile la prise de décisions concernant les groupes auxquels il convient d'accorder la priorité pour la vaccination. Outre les facteurs non connus qui revêtent de l'importance sur le plan clinique et épidémiologique, le présent document pose un certain nombre d'hypothèses plausibles concernant les caractéristiques des vaccins. Si un vaccin candidat ne répond pas à ces hypothèses, il peut s'avérer nécessaire de réexaminer la sélection des groupes prioritaires afin d'épouser au mieux les principes et objectifs adoptés dans le [Cadre de valeurs du SAGE de l'OMS pour l'attribution des vaccins anti-COVID-19 et la détermination des groupes à vacciner en priorité](#). Qui plus est, des modèles nuancés des différents scénarios d'établissement des priorités commencent à peine à se dégager, et les données factuelles issues de la modélisation évoluent rapidement. Pour toutes ces raisons, la feuille de route est susceptible d'être modifiée à la lumière des nouvelles données disponibles.

Une autre limitation de la feuille de route tient au fait qu'il n'est pas possible de prévoir toutes les éventualités. Le Tableau 2 examine l'incidence de certains changements de circonstances susceptibles d'affecter l'utilisation de la feuille de route.

Activités en cours et prochaines étapes

En vue d'évaluer l'utilité et le bien-fondé de la feuille de route dans divers contextes de par le monde, les groupes consultatifs techniques nationaux et régionaux sur la vaccination participeront à l'examen et à l'évaluation critique de la feuille de route. Il sera probablement nécessaire de perfectionner la feuille de route à la lumière de la contribution et des retours des parties prenantes nationales et régionales, y compris, le cas échéant, d'affiner davantage les priorités au sein des groupes prioritaires.

Tableau 1. Scénarios épidémiologiques et d’approvisionnement en vaccins et recommandations d’utilisations prioritaires des vaccins contre la COVID-19 en situation d’approvisionnement limité^a

a) Scénario épidémiologique : Transmission communautaire – (voir la définition dans le tableau de légende 2)

<p>Stratégie globale de santé publique pour ce contexte épidémiologique : Centrage initial sur la réduction directe de la morbidité et de la mortalité, sur le maintien des services essentiels les plus critiques et sur la réciprocité. Élargissement à la réduction de la transmission afin de réduire davantage les perturbations des fonctions sociales et économiques.</p> <p>(A1) (A2) (A3) (B1) (B2) (C1) (C2) (D1) – Codes expliqués dans le tableau de légende 1</p>	
Scénario d’approvisionnement en vaccins	Groupes prioritaires
<p>Stade I (approvisionnement très limité, couvrant de 1 à 10 % de la pop. nat.)</p>	<p>Stade Ia (lancement initial) :</p> <ul style="list-style-type: none"> Agents de santé à <u>risque élevé à très élevé</u> d’infection et de transmission, tel que défini dans les orientations provisoires de l’OMS. (A1) (A3) (D1) <p>Stade Ib :</p> <ul style="list-style-type: none"> Personnes âgées définies par risque lié à l’âge propre au pays/à la région ; limite d’âge à décider au niveau national. (A1) (C1)
<p>Stade II (approvisionnement limité, couvrant de 11 à 20 % de la pop. nat.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Personnes âgées non couvertes au stade I. (A1) (C1) Groupes présentant des comorbidités ou des états de santé jugés <u>à risque sensiblement plus élevé</u> de maladie grave ou de décès. Des efforts doivent être consentis pour faire en sorte que les groupes défavorisés au sein desquels les comorbidités sont sous-diagnostiquées soient inclus de manière équitable dans cette catégorie. (A1) (C1) (C2) Groupes sociodémographiques présentant un <u>risque sensiblement plus élevé</u> de maladie grave ou de décès (en fonction du contexte du pays, il peut par exemple s’agir des groupes suivants : groupes ethniques, raciaux, religieux ou de genre, minorités sexuelles et personnes atteintes de handicaps défavorisés ou persécutés ; personnes vivant dans l’extrême pauvreté, personnes sans-abri ou vivant dans des implantations sauvages ou des taudis urbains ; travailleurs migrants à faibles revenus ; réfugiés, personnes déplacées à l’intérieur de leur propre pays, demandeurs d’asile, populations vivant dans des zones de conflit ou touchées par des situations d’urgence humanitaire, migrants vulnérables en situation irrégulière ; populations nomades ; groupes de population difficiles à atteindre tels que celles vivant dans des zones rurales et reculées). (A1) (B1) (B2) (C1) (C2) Agents de santé participant aux opérations de vaccination (programmes de vaccination systématique et COVID-19). (A1) (A2) (B2) (C1) (C2) (D1)

	<ul style="list-style-type: none"> • Enseignants et personnel scolaire hautement prioritaires (en fonction du contexte du pays, il peut notamment s'agir des enseignants et personnels suivants : enseignants du primaire et du préscolaire en raison du stade de développement crucial des enfants dont ils ont la charge, enseignants donnant cours à des enfants pour lesquels l'enseignement à distance est très difficile, voire impossible). (A2) (A3) (B1) (C1) (C2)
<p>Stade III (approvisionnement modéré, couvrant de 21 à 50 % de la pop. nat.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Enseignants et personnel scolaire restants. (A2) (A3) (B1) (C1) (C2) • Autres travailleurs essentiels en dehors des secteurs de la santé et de l'éducation (exemples : officiers de police, services municipaux, gardiens d'enfants, travailleurs du secteur agricole et alimentaire, du secteur du transport, fonctionnaires publics essentiels au fonctionnement critique de l'État non couverts par d'autres catégories). (A2) (A3) (D1) • Femmes enceintes (voir la section <i>Femmes enceintes</i>). (A1) (B1) (B2) (C1) • Agents de santé à <u>risque faible à modéré</u> d'infection et de transmission, tel que défini dans les orientations provisoires de l'OMS. (A1) (A3) (D1) • Personnel requis pour la production des vaccins et autres personnels de laboratoire à risque élevé. (A1) (A2) (A3) (D1) • Groupes sociaux/de travailleurs présentant un <u>risque élevé</u> d'infection et de transmission en raison de l'impossibilité de maintenir la distanciation physique nécessaire (en fonction du contexte du pays, il peut notamment s'agir des groupes suivants : personnes vivant ou travaillant dans des centres de détention, des dortoirs, des implantations sauvages ou des bidonvilles ; personnes à faibles revenus vivant dans des quartiers urbains densément peuplés ; sans-abri ; personnel militaire vivant dans des espaces restreints ; personnes exerçant certains métiers, notamment dans le secteur minier et de transformation de la viande). (A1) (B1) (B2) (C1)

b) Scénario épidémiologique : Cas sporadiques ou grappes de cas – voir la définition dans le tableau de légende 2

Stratégie globale de santé publique pour ce contexte épidémiologique : Centrage initial sur la réduction directe de la morbidité et de la mortalité, sur le maintien des services essentiels les plus critiques et sur la réciprocité. Élargissement en vue d'une maîtrise substantielle de la transmission et de perturbations minimales des fonctions sociales et économiques.

(A1) (A2) (A3) (B1) (B2) (C1) (C2) (D1) – Codes expliqués dans le tableau de légende 1

Scénario d'approvisionnement en vaccins	Groupes prioritaires
<p>Stade I (approvisionnement très limité, couvrant de 1 à 10 % de la pop. nat.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Agents de santé à <u>risque élevé à très élevé</u> d'infection et de transmission, tel que défini dans les orientations provisoires de l'OMS, <u>dans les zones de transmission élevée ou de transmission élevée attendue.</u> (A1) (A3) (D1) Personnes âgées définies par risque lié à l'âge propre au pays/à la région – limite d'âge à décider au niveau national – <u>dans les zones de transmission élevée ou de transmission élevée attendue.</u> (A1) (C1) Réserve d'urgence de vaccins à utiliser à titre de riposte à une flambée ou d'atténuation d'une flambée (par exemple en cas de flambée localisée grave). (A1) (A2)
<p>Stade II (approvisionnement limité, couvrant de 11 à 20 % de la pop. nat.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Agents de santé à <u>risque élevé à très élevé</u> d'infection et de transmission, tel que défini dans les orientations provisoires de l'OMS, <u>dans le reste du pays.</u> (A1) (A3) (D1) Personnes âgées définies par risque lié à l'âge propre au pays/à la région – limite d'âge à décider au niveau national – <u>dans le reste du pays</u> (A1) (C1) Groupes présentant des comorbidités ou des états de santé jugés à <u>risque sensiblement plus élevé</u> de maladie grave ou de décès <u>dans les zones de transmission élevée ou de transmission élevée attendue.</u> Des efforts doivent être consentis pour faire en sorte que les groupes défavorisés au sein desquels les comorbidités sont sous-diagnostiquées soient inclus de manière équitable dans cette catégorie. (A1) (C1) (C2) Groupes sociodémographiques présentant un <u>risque sensiblement plus élevé</u> de maladie grave ou de décès <u>dans les zones de transmission élevée ou de transmission élevée attendue</u> (en fonction du contexte du pays, il peut par exemple s'agir des groupes suivants : groupes ethniques, raciaux, religieux ou de genre, minorités sexuelles et personnes atteintes de handicaps défavorisés ou persécutés ; personnes vivant dans l'extrême pauvreté, personnes sans-abri ou vivant dans des implantations sauvages ou des taudis urbains ; travailleurs migrants à faibles revenus ; réfugiés, personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays, demandeurs d'asile, populations vivant dans des zones de conflit ou touchées par des situations d'urgence humanitaire, migrants vulnérables en situation irrégulière ; populations nomades ; groupes de population difficiles à atteindre tels que celles vivant dans des zones rurales et reculées). (A1) (B1) (B2) (C1) (C2)

<p>Stade III (approvisionnement modéré, couvrant de 21 à 50 % de la pop. nat.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Enseignants et personnel scolaire du primaire et du secondaire <u>dans les zones de transmission élevée ou de transmission élevée attendue.</u> (A2) (A3) (B1) (C1) (C2) • Autres travailleurs essentiels en dehors des secteurs de la santé et de l'éducation (exemples : officiers de police, services municipaux, gardiens d'enfants, travailleurs du secteur agricole et alimentaire, du secteur du transport, fonctionnaires publics essentiels au fonctionnement critique de l'État non couverts par d'autres catégories) <u>dans les zones de transmission élevée ou de transmission élevée attendue.</u> (A2) (A3) (D1) • Groupes sociaux/de travailleurs présentant un <u>risque élevé</u> d'infection et de transmission en raison de l'impossibilité de maintenir la distanciation physique nécessaire <u>dans les zones de transmission élevée ou de transmission élevée attendue</u> (en fonction du contexte du pays, il peut notamment s'agir des groupes suivants : personnes vivant ou travaillant dans des centres de détention, des dortoirs, des implantations sauvages ou des bidonvilles ; personnes à faibles revenus vivant dans des quartiers urbains densément peuplés ; sans-abri ; personnel militaire vivant dans des espaces restreints ; personnes exerçant certains métiers, par exemple dans le secteur minier et de transformation de la viande). (A1) (B1) (B2) (C1) • Agents de santé à <u>risque faible à modéré</u> d'infection et de transmission, tel que défini dans les orientations provisoires de l'OMS <u>dans l'ensemble du pays.</u> (A1) (A3) (D1) • Groupes d'âge à risque élevé de transmission de l'infection par risque lié à l'âge propre au pays/à la région ; limite d'âge à décider au niveau national. (A1) (A2) • Personnel requis pour la production des vaccins et autres personnels de laboratoire à risque élevé. (A1) (A2) (A3) (D1) • Femmes enceintes (voir la section <i>Femmes enceintes</i>). (A1) (B1) (B2) (C1)
---	--

c) Scénario épidémiologique : Absence de cas – (voir la définition dans le tableau de légende 2)

<p>Stratégie globale de santé publique pour ce contexte épidémiologique : Centrage initial sur la prévention de la transmission communautaire et sur la réciprocité. Élargissement en vue de continuer à maîtriser la transmission, de réduire la dépendance à l'égard des interventions non pharmaceutiques les plus lourdes et de protéger les personnes les plus à risque en cas de flambées associées à des cas importés. (A1) (A2) (A3) (B1) (C1) (C2) (D1) – Codes expliqués dans le tableau de légende 1</p>	
<p>Scénario d'approvisionnement en vaccins</p>	<p>Groupes prioritaires</p>
<p>Stade I (approvisionnement très limité, couvrant de 1 à 10 % de la pop. nat.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Agents de santé à <i>risque élevé à très élevé</i> d'infection et de transmission, tel que défini dans les orientations provisoires de l'OMS. (A1) (A3) (D1) Voyageurs essentiels risquant d'être infectés hors de leur pays d'origine et de réintroduire l'infection à leur retour (par exemple, étudiants, voyageurs d'affaires, travailleurs migrants, travailleurs humanitaires). Les pays doivent définir les voyageurs essentiels de manière à limiter la possibilité pour les personnes en position de puissance économique ou politique d'exploiter ce groupe prioritaire à leur avantage. (A1) (A2) (A3) Personnel de protection des frontières surveillant l'importation de cas et travailleurs affectés à la gestion des flambées (par exemple, gestionnaires de placement en isolement et en quarantaine, personnel affecté au déploiement de la vaccination). (A1) (A2) (D1) Utilisation des réserves d'urgence pour une riposte ciblée aux flambées (par exemple, flambées importées). (A1) (A2)
<p>Stade II (approvisionnement limité, couvrant de 11 à 20 % de la pop. nat.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Agents de santé à <i>risque faible à modéré</i> d'infection et de transmission, tel que défini dans les orientations provisoires de l'OMS. (A1) (A3) (D1) Tous les voyageurs risquant d'être infectés hors de leur pays d'origine et de réintroduire l'infection à leur retour. (A1) (A2) Utilisation des réserves d'urgence de vaccins pour atténuer les flambées (par exemple en cas de flambée importée). (A1) (A2)
<p>Stade III (approvisionnement modéré, couvrant</p>	<ul style="list-style-type: none"> Personnes âgées définies par risque lié à l'âge propre au pays/à la région ; limite d'âge à décider au niveau national. (A1) (C1) Groupes d'âge à risque élevé de transmission de l'infection par risque lié à l'âge propre au pays/à la région, limite d'âge à décider au niveau national. (A1) (A2)

de 21 à 50 % de la pop. nat.)	<ul style="list-style-type: none"> Enseignants et personnel scolaire du primaire et du secondaire. (A2) (A3) (B1) (C1) (C2) Autres travailleurs essentiels en dehors des secteurs de la santé et de l'éducation (exemples : officiers de police, services municipaux, gardiens d'enfants, travailleurs du secteur agricole et alimentaire, du secteur du transport, fonctionnaires publics essentiels au fonctionnement critique de l'État non couverts par d'autres catégories). (A2) (A3) (D1)
-------------------------------	--

Considérations d'équité au niveau national : Il convient de s'assurer qu'il est tenu compte du fardeau disproportionné de la pandémie de COVID-19 sur les groupes sociaux systématiquement défavorisés lors de l'établissement des priorités de vaccination au sein des pays. **(C1) (C2)**

^a Pour les personnes relevant de plusieurs groupes prioritaires, le groupe ayant la plus haute priorité détermine l'ordre dans lequel ces personnes reçoivent le vaccin contre la COVID-19. À ce jour, la modélisation indique que (compte tenu de la mortalité de nombreuses fois supérieure chez les personnes âgées) une efficacité vaccinale variable en fonction de l'âge ne modifierait pas sensiblement les recommandations relatives aux utilisations prioritaires au sein des populations âgées dans le cadre d'une stratégie fondée sur la réduction de la mortalité (6–8, 35). S'il s'avérait que l'efficacité vaccinale chez les personnes âgées par rapport aux autres tranches d'âge est si faible que l'impact en termes de protection individuelle et de santé publique deviendrait notablement sous-optimal, dans chacun des scénarios, les personnes âgées seraient probablement déplacées dans une catégorie de priorité inférieure.

Légende 1. Objectifs de santé et d'équité appliqués aux groupes prioritaires	
A. Bien-être	(A1) Réduire le nombre de décès et la charge de morbidité liés à la pandémie de COVID-19.
	(A2) Réduire les perturbations sociales et économiques (autrement que par la réduction des décès et de la charge de morbidité).
	(A3) Préserver le fonctionnement des services essentiels, notamment des services de santé.
B. Égalité de respect	(B1) Traiter avec égalité les intérêts de l'ensemble des personnes et des groupes lors de la prise de décisions d'attribution et d'établissement des priorités et de la mise en œuvre de ces décisions.
	(B2) Offrir une occasion valable de se faire vacciner à l'ensemble des personnes et des groupes qui peuvent en bénéficier selon les critères de priorité.
C. Équité	(C1) S'assurer que l'établissement des priorités de vaccination au sein des pays tient compte des vulnérabilités, des risques et des besoins des groupes qui, en raison de facteurs sociaux, géographiques ou biomédicaux sous-jacents, sont susceptibles d'être frappés plus durement par la pandémie de COVID-19.
	(C2) Développer les systèmes d'administration et l'infrastructure de vaccination nécessaires pour garantir l'accès des populations prioritaires aux vaccins anti-COVID-19 et pour permettre un accès égal à toute personne relevant d'un groupe prioritaire, en particulier aux populations socialement défavorisées.
D. Réciprocité	(D1) Protéger les personnes qui assument un risque et une charge liés à la COVID-19 sensiblement plus élevés pour assurer la protection des autres, notamment les agents de santé et les autres travailleurs essentiels.
Légende 2. Catégories de transmission de l'OMS correspondant aux scénarios épidémiologiques	

Catégorie de transmission ^a	Définition
Absence de cas	Pays/territoires/zones qui n'enregistrent aucun cas confirmé.
Cas sporadiques	Pays/territoires/zones recensant un ou plusieurs cas, importés ou détectés localement.
Grappes de cas	Pays/territoires/zones recensant des cas regroupés dans le temps, géographiquement et/ou par expositions communes
Transmission communautaire	Pays/territoires/zones recensant des flambées plus importantes de transmission locale définies à partir de l'évaluation de divers facteurs, parmi lesquels <ul style="list-style-type: none"> • des nombres élevés de cas qui ne peuvent pas être mis en relation avec des chaînes de transmission ; • des nombres élevés de cas enregistrés par le système de surveillance des laboratoires sentinelles ou une augmentation des dépistages positifs sur les échantillons sentinelles (dépistage systématique régulier sur des échantillons respiratoires de laboratoires établis) ; • plusieurs groupes de cas sans lien entre eux dans plusieurs endroits du pays/du territoire/de la zone.
Transitions entre scénarios : D'un scénario de transmission inférieur à un scénario supérieur : la modification peut être notifiée à tout moment (lors de la mise à jour hebdomadaire suivante). D'un scénario de transmission supérieur à un scénario inférieur : une période d'observation de 28 jours doit être respectée avant de confirmer le passage au scénario de transmission inférieur.	
^a Les définitions correspondent à celles utilisées dans les rapports épidémiologiques de l'OMS, selon les définitions publiées dans les orientations provisoires de l'OMS sur la surveillance de la santé publique dans le contexte de la COVID-19 publiées le 7 août 2020, disponibles ici.	

Tableau 2. Tableau récapitulatif de l'application de la feuille de route dans différentes situations

Situation	Changement dans l'application de la feuille de route
Nombre de doses de vaccin et moment auquel elles sont disponibles	
Moins de vaccins disponibles que prévu	La feuille de route n'est pas modifiée. Certaines personnes sont vaccinées plus tard que prévu.
Le vaccin requiert deux doses au lieu d'une	La feuille de route n'est pas modifiée, mais certaines personnes sont vaccinées plus tard.
Efficacité vaccinale	
Faible efficacité vaccinale chez les personnes âgées ou dans un autre sous-groupe de population	La modélisation actuelle indique que (compte tenu de la mortalité de nombreuses fois supérieure chez les personnes âgées) une efficacité vaccinale variable en fonction de l'âge ne modifierait pas sensiblement les recommandations relatives aux utilisations prioritaires au sein des populations âgées (6–8, 35). Si l'efficacité vaccinale chez les personnes âgées par rapport aux autres groupes d'âge s'avérait si faible que l'on s'attendait à ce que la priorisation des personnes âgées mènerait à des résultats globaux sensiblement moins bons en termes du nombre de vies sauvées, il est probable que les personnes âgées passeraient à une catégorie de priorité inférieure dans chaque scénario. Des considérations analogues s'appliquent aux personnes présentant des comorbidités.
Faible efficacité vaccinale en termes de prévention de la transmission	L'importance d'une couverture élevée des groupes les plus vulnérables augmente.
Sécurité vaccinale	
Effets néfastes imprévus du vaccin	La priorité est uniquement accordée aux personnes ou aux groupes pour lesquels les effets bénéfiques du vaccin continuent de l'emporter sur les risques.
Couverture vaccinale	
L'acceptation et la prise vaccinale sont plus faibles que prévu	La feuille de route n'est pas modifiée. La participation communautaire et la communication sur les risques sont renforcées.
Nombre de types de vaccin	

Plus d'un type de vaccin disponible	La feuille de route n'est pas modifiée, mais l'attribution des vaccins aux différents groupes de population doit tenir compte des avantages et des risques du vaccin pour chaque sous-groupe. À mesure que les vaccins autorisés deviennent disponibles, le SAGE formule des recommandations spécifiques à chacun d'entre eux.
Conditions épidémiques et statut immunitaire	
La propagation de l'épidémie se poursuit lorsque le vaccin devient disponible	La feuille de route n'est pas modifiée. Les messages de santé publique doivent continuer de mettre l'accent sur la nécessité des mesures de protection individuelle (par exemple le port du masque, la distanciation physique, le lavage de mains et la ventilation).
Le profil de risque d'un groupe à haut risque identifié antérieurement change (par exemple, en raison d'une diminution du taux d'infection par rapport aux vagues antérieures)	La structure générale de la feuille de route n'est pas modifiée. Le critère pertinent est le niveau de risque ; si un groupe n'est plus exposé à un risque élevé, il convient de le placer dans une catégorie de priorité inférieure. Cependant, au vu des préoccupations d'équité, étant donné qu'il est probable que nombre de ces groupes soient défavorisés, le changement doit être étayé par des données probantes substantielles, que le programme de vaccination/les pouvoirs publics doivent présenter pour justifier la modification du niveau de priorité.
Contexte social, économique et juridique	
Certains pays n'offrent pas d'accès gratuit à la vaccination aux non-ressortissants ou aux personnes au statut juridique non documenté	La feuille de route n'est pas modifiée. Cette pratique viole le principe d'équité et les objectifs de santé publique. Toutefois, dans de tels cas, il convient de chercher d'autres sources de soutien financier (par exemple des organismes philanthropiques, des organisations de la société civile ou des sociétés pharmaceutiques) pour assurer la vaccination de ces personnes.
<i>Source</i> : Adapté du cadre d'attribution équitable des vaccins contre la COVID-19 des académies nationales des sciences, d'ingénierie et de médecine des États-Unis (34), avec leur permission.	

Références bibliographiques

Dans l'intérêt de la précision dans le contexte de la pandémie de COVID-19 – pendant laquelle de nouvelles données font surface au quotidien – les références bibliographiques ci-après qui se rapportent à la COVID-19 ou au SARS-CoV-2 mentionnent à la fois le jour et le mois de publication (le cas échéant), afin d'aider les lecteurs à déterminer rapidement la date exacte de publication.

1. *Cadre de valeurs du SAGE de l'OMS pour l'attribution des vaccins anti-COVID-19 et la détermination des groupes à vacciner en priorité*. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 14 septembre 2020
(https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334299/WHO-2019-nCoV-SAGE_Framework-Allocation_and_prioritization-2020.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y, consulté le 13 octobre 2020).
2. *Fair allocation mechanism for COVID-19 vaccines through the COVAX Facility*. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 9 septembre 2020
(<https://www.who.int/publications/m/item/fair-allocation-mechanism-for-covid-19-vaccines-through-the-covax-facility>, consulté le 13 octobre 2020).
3. *WHO Target Product Profiles for COVID-19 vaccines*. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 29 avril 2020 (<https://www.who.int/publications/m/item/who-target-product-profiles-for-covid-19-vaccines>, consulté le 13 octobre 2020).
4. Docherty AB, Harrison EM, Green CA, *et al.* Features of 20133 UK patients in hospital with covid-19 using the ISARIC WHO Clinical Characterisation Protocol: prospective observational cohort study. *BMJ*. 22 mai 2020 ; 369.
doi:<https://doi.org/10.1136/bmj.m1985>.
5. O'Driscoll M, Dos Santos GR, Wang L, *et al.* Age-specific mortality and immunity patterns of SARS-CoV-2 infection in 45 countries [prépublication]. *medRxiv*. 2020 ;
doi:<https://doi.org/10.1101/2020.09.22.20194183>.
6. Moore S, Hill EM, Dyson L, *et al.* Modelling optimal vaccination strategy for SARS-CoV-2 in the UK [prépublication]. *medRxiv*. 2020.
doi:<https://doi.org/10.1101/2020.09.22.20194183>.
7. Hogan AB, Winskill P, Watson OJ, *et al.* *Modelling the allocation and impact of a COVID-19 vaccine*. Londres : Imperial College London ; 2020.
doi:<https://doi.org/10.25561/82822>.
8. Bubar KM, Kissler SM, Lipsitch M, *et al.* Model-informed COVID-19 vaccine prioritization strategies by age and serostatus [prépublication]. *medRxiv*. 2020.
doi:<https://doi.org/10.1101/2020.09.08.20190629>.
9. Surveillance de la santé publique dans le contexte de la COVID-19 : orientations provisoires. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 7 août 2020
(<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333903/WHO-2019-nCoV-SurveillanceGuidance-2020.7-fre.pdf>, consulté le 14 octobre 2020).
10. *International : Les recherches menées par Amnesty révèlent que plus de 7 000 professionnel-le-s de santé sont morts du COVID-19* [site Web]. Londres : Amnesty International ; 3 septembre 2020
(<https://www.amnesty.org/fr/latest/news/2020/09/amnesty-analysis-7000-health-workers-have-died-from-covid19/>, consulté le 14 octobre 2020).
11. Nguyen LH, Drew DA, Graham MS, *et al.* Risk of COVID-19 among front-line health-care workers and the general community: a prospective cohort study. *Lancet Public Health*.

- 1^{er} septembre 2020 ; 5(9):e475–83. doi:[https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30164-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30164-X).
12. Lewis NM, Friedrichs M, Wagstaff S, *et al.* Disparities in COVID-19 Incidence, Hospitalizations, and Testing, by Area-Level Deprivation — Utah, March 3–July 9, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020;69:1369–1373. doi:<http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6938a4>
 13. *Disparities in the risk and outcomes of COVID-19*. Londres : Public Health England ; 2 juin 2020 (<https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-review-of-disparities-in-risks-and-outcomes>, consulté le 14 octobre 2020).
 14. Lassale C, Gaye B, Hamer M, *et al.* Ethnic disparities in hospitalization for COVID-19: a community-based cohort study in the UK [prépublication]. *medRxiv*. doi:<https://doi.org/10.1101/2020.05.19.20106344>.
 15. Kaul P. India’s stark inequalities make social distancing much easier for some than others. *The Conversation*. 2 avril 2020 (<https://theconversation.com/indias-stark-inequalities-make-social-distancing-much-easier-for-some-than-others-134864>, consulté le 14 octobre 2020).
 16. Hatcher SM, Agnew-Brune C, Anderson M, *et al.* COVID-19 Among American Indian and Alaska Native Persons — 23 States, January 31–July 3, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020;69:1166–1169. doi:<http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6934e1>
 17. Sumaili EK, Cohen EP, Zinga CV, *et al.* High prevalence of undiagnosed chronic kidney disease among at-risk population in Kinshasa, the Democratic Republic of Congo. *BMC Nephrol*. 2009; 10(1):18. doi:<https://doi.org/10.1186/1471-2369-10-18>.
 18. Fallah MP, Skrip LA, Gertler S, *et al.* Quantifying poverty as a driver of Ebola transmission. *PLoS Negl Trop Dis*. 2015; 9(12):e0004260. doi:<https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0004260>.
 19. *The Sustainable Development Goals report 2020*. New York (NY), Nations Unies ; 2020 (<https://unstats.un.org/sdgs/report/2020/>, consulté le 14 octobre 2020).
 20. Wasdani KP, Prasad A. The impossibility of social distancing among the urban poor: the case of an Indian slum in the times of COVID-19. *Local Environ*. 3 mai 2020; 25(5):414–8. doi:10.1080/13549839.2020.1754375.
 21. Clark A, Jit M, Warren-Gash C, *et al.* Global, regional, and national estimates of the population at increased risk of severe COVID-19 due to underlying health conditions in 2020: a modelling study. *Lancet Glob Health*. 1^{er} août 2020; 8(8):e1003–17. doi:[https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30264-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30264-3).
 22. Allotey J, Stallings E, Bonet M, *et al.* Clinical manifestations, risk factors, and maternal and perinatal outcomes of coronavirus disease 2019 in pregnancy: living systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 1^{er} septembre 2020; 370. doi:<https://doi.org/10.1136/bmj.m3320>.
 23. Ellington S, Strid P, Tong VT, *et al.* Characteristics of women of reproductive age with laboratory-confirmed SARS-CoV-2 infection by pregnancy status—United States, January 22–June 7, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 26 juin 2020; 69(25):769. doi:<http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6925a1>.
 24. Delahoy MJ, Whitaker M, O’Halloran A, *et al.* Characteristics and maternal and birth outcomes of hospitalized pregnant women with laboratory-confirmed COVID-19 — COVID-NET, 13 States, March 1–August 22, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 25 septembre 2020; 69(38):1347–1354. doi:<http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6938e1>.

25. OPS/OMS. Epidemiological update: coronavirus disease (COVID-19). Washington DC : Organisation panaméricaine de la Santé/Organisation mondiale de la Santé ; 18 septembre 2020.
26. Krubiner CB, Faden RR, Karron RA, *et al.* Pregnant women & vaccines against emerging epidemic threats: ethics guidance for preparedness, research, and response. *Vaccine*. 2019. doi:<https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2019.01.011>.
27. Kim L, Whitaker M, O'Halloran A, *et al.* Hospitalization rates and characteristics of children aged <18 years hospitalized with laboratory-confirmed COVID-19 — COVID-NET, 14 States, March 1–July 25, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 14 août 2020; 69:1081–1088. doi:<http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6932e3>.
28. Dong Y, Mo X, Hu Y, *et al.* Epidemiology of COVID-19 among children in China. *Pediatrics*. 1^{er} juin 2020; 145(6). doi:<https://doi.org/10.1542/peds.2020-0702>.
29. *Protéger les enfants les plus vulnérables des effets de la COVID-19 : Programme d'action*. New York (NY) : Fonds des Nations Unies pour l'enfance ; 2020 (<https://www.unicef.org/fr/coronavirus/protger-les-enfants-les-plus-vulnerables-des-effets-de-la-maladie-a-coronavirus-covid-19>, consulté le 15 octobre 2020).
30. Santoli JM, Lindley MC, DeSilva MB, *et al.* Effects of the COVID-19 pandemic on routine pediatric vaccine ordering and administration - United States, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 15 mai 2020; 69(19):591–593. doi:10.15585/mmwr.mm6919e2.
31. McDonald HI, Tessier E, White JM, *et al.* Early impact of the coronavirus disease (COVID-19) pandemic and physical distancing measures on routine childhood vaccinations in England, January to April 2020. *Euro Surveill*. Mai 2020; 25(19):2000848. doi:10.2807/1560-7917.ES.2020.25.19.2000848.
32. *At least 80 million children under one at risk of diseases such as diphtheria, measles and polio as COVID-19 disrupts routine vaccination efforts, warn Gavi, WHO and UNICEF* [site Web]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 22 mai 2020 (<https://www.who.int/news-room/detail/22-05-2020-at-least-80-million-children-under-one-at-risk-of-diseases-such-as-diphtheria-measles-and-polio-as-covid-19-disrupts-routine-vaccination-efforts-warn-gavi-who-and-unicef>, consulté le 15 octobre 2020).
33. Petrilli CM, Jones SA, Yang J, *et al.* Factors associated with hospital admission and critical illness among 5279 people with coronavirus disease 2019 in New York City: prospective cohort study. *BMJ*. 22 mai 2020;369. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.m1966>
34. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. *Framework for Equitable Allocation of COVID-19 Vaccine*. Washington DC : The National Academies Press ; 2020. doi:<https://doi.org/10.17226/25917>.
35. Slayton RB. *Modeling allocation strategies for the initial SARS-CoV-2 vaccine supply*. Atlanta (GA) : United States Centers for Disease Control and Prevention ; 26 août 2020 (<https://www.cdc.gov/vaccines/acip/meetings/downloads/slides-2020-08/COVID-06-Slayton.pdf>, consulté le 15 octobre 2015).

Annexe 1. Alignement entre le dispositif d’attribution équitable des vaccins du mécanisme COVAX et la feuille de route pour l’établissement des priorités

Dispositif d’attribution du mécanisme COVAX ^a		Feuille de route pour l’établissement des priorités	
<i>Phase</i>	<i>Pourcentage de la population nationale à couvrir par l’approvisionnement en vaccins</i>	<i>Stade</i>	<i>Pourcentage de la population nationale à couvrir par l’approvisionnement en vaccins</i>
Phase 1 : Attribution proportionnelle, pour couvrir les groupes cibles de niveau 1	Tranche initiale indicative : 3 % Tranches suivantes jusqu’à 20 %	Stade I	1-10 %
		Stade II	11-20 %
Phase 2 : Attribution pondérée en fonction de l’évaluation du risque	> 20 %	Stade III	21-50 %

^a Remarque : le dispositif d’attribution du mécanisme COVAX n’est pas encore définitif ; de plus amples détails correspondant à la version actuelle sont disponibles [ici](#).

Annexe 2. Réduction du nombre de décès ou réduction des années de vie perdues

La notion d'années de vie perdues est une mesure considérée par beaucoup comme conciliant un engagement à optimiser les bénéfices pour la santé avec un engagement en faveur de la promotion de l'équité, étant entendu que le terme « équité » englobe une obligation de faire en sorte que les jeunes aient une chance équitable d'atteindre un âge avancé. Il existe des arguments éthiques solides en faveur de l'utilisation du critère des années de vie perdues dans de nombreux contextes d'attribution (1, 2), notamment dans le cadre de la pandémie actuelle de COVID-19 (3). Cependant, l'épidémiologie particulière de cette pandémie joue en faveur de la stratégie de réduction du nombre de décès lors de l'établissement des priorités au sein des pays. Le risque de décès lié à la COVID-19 est extrêmement élevé chez les personnes âgées au regard des tranches d'âge inférieures. Aux États-Unis, par exemple, on estime que le risque de décès est 90 fois plus élevé pour les personnes âgées de 65 à 74 ans que pour celles âgées de 18 à 29 ans (4). Cette tendance est observée dans de nombreux autres pays. Les données factuelles recensées à ce jour à partir des analyses de modélisation suggèrent qu'utiliser le critère des années de vie perdues au lieu du nombre de décès ne modifierait pas sensiblement le niveau de priorité des personnes âgées par rapport aux tranches d'âge inférieures lorsque l'âge est le seul facteur pris en considération (5, 6). Des analyses supplémentaires de sensibilité non publiées préparées à l'intention du groupe de travail du SAGE de l'OMS sur les vaccins contre la COVID-19 étayaient cette conclusion. Compte tenu du fait que l'ordre de priorité ne changerait pas, exprimer l'objectif de politique en termes de réduction du nombre de décès plutôt que des années de vie perdues présente des avantages programmatiques, même si le critère des années de vie perdues arrive aux mêmes conclusions au niveau de la hiérarchisation relative. La réduction du nombre de décès est plus facile à appréhender pour le public et plus facile à communiquer à celui-ci. Elle est en outre susceptible d'être largement acceptée en tant qu'objectif important à un moment où il est crucial que les programmes de vaccination bénéficient de l'adhésion et de la confiance du public. Une approche d'établissement des priorités fondée sur les années de vie perdues pourrait être perçue comme manquant de respect envers les personnes âgées au motif que le risque de décès disproportionné auquel ce groupe de population est exposé ne serait pas pris en compte (7).

Par ailleurs, le critère des années de vie perdues ne tient pas non plus compte des difficultés fondamentales liées à l'équité lors de l'établissement des priorités de vaccination contre la COVID-19 au sein des pays. En conséquence, la défense du principe d'équité invoquée dans le cadre de valeurs ne requiert pas, dans le contexte de cette pandémie, d'adopter le critère des années de vie perdues. Dans le cas d'une pandémie dont le schéma de mortalité est semblable à celui de la grippe saisonnière, en revanche, où le taux de mortalité est disproportionné parmi les personnes âgées mais également parmi les plus jeunes, ou encore dans le cas de la pandémie grippale de 1918, lors de laquelle les jeunes adultes étaient fortement exposés au risque de décès, les considérations d'éthique pourraient exiger de mettre l'emphase sur les années de vie perdues. Par ailleurs, dans le contexte de la pandémie actuelle de COVID-19, les questions d'équité en termes de répartition des vaccins entre pays sont sensiblement différentes de celles qui s'inscrivent dans le cadre de l'établissement des priorités au sein des pays. Le nombre standard présumé d'années de vie perdues, une mesure de la charge de morbidité souvent utilisée à des fins de comparaison transnationale, peut contribuer à illustrer l'engagement du cadre de valeurs envers l'équité à l'échelle mondiale, pour autant que les inégalités mondiales d'accès au dépistage et aux autres technologies de surveillance ne biaisent pas injustement l'évaluation de cette mesure.

Références bibliographiques

1. Devleeschauwer B, McDonald SA, Speybroeck N, *et al.* Valuing the years of life lost due to COVID-19: the differences and pitfalls. *Int J Public Health*. 20 juillet 2020 ; 65(6):719–20. doi:<https://dx.doi.org/10.1007%2Fs00038-020-01430-2>.
2. Solberg CT, Norheim OF, Barra M. The disvalue of death in the global burden of disease. *J Med Ethics*. 2018; 44(3):192–8. doi:<http://dx.doi.org/10.1136/medethics-2017-104365>.
3. Emanuel EJ, Persad G, Kern A, *et al.* An ethical framework for global vaccine allocation. *Science*. 11 sept. 2020 ; 369(6509):1309-12. doi: <https://doi.org/10.1126/science.abe2803>
4. COVID-19 hospitalization and death by age [site Web]. Atlanta (GA) : United States Centers for Disease Control and Prevention ; 18 août 2020 (<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/covid-data/investigations-discovery/hospitalization-death-by-age.html>, consulté le 15 octobre 2020).
5. Moore S, Hill EM, Dyson L, *et al.* Modelling optimal vaccination strategy for SARS-CoV-2 in the UK [prépublication]. *medRxiv*. 2020. doi:<https://doi.org/10.1101/2020.09.22.20194183>.
6. Hogan AB, Winskill P, Watson OJ, *et al.* *Modelling the allocation and impact of a COVID-19 vaccine*. Londres : Imperial College London ; 2020. doi:<https://doi.org/10.25561/82822>.
7. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. *Framework for Equitable Allocation of COVID-19 Vaccine*. Washington DC : The National Academies Press ; 2020. doi:<https://doi.org/10.17226/25917>.