

Vaccination Policy Paper MSF

15 juillet 2007

Ces dernières années, MSF s'est davantage concentré sur les activités médicales impliquant des soins directs aux patients. Les activités de vaccination ont été considérées comme une mesure préventive de santé publique, jugée comme étant de la responsabilité du Ministère de la Santé, supporté par l'UNICEF. Cependant, dans la plupart des contextes MSF, l'infrastructure sanitaire est déficiente ou en faillite et la couverture vaccinale demeure insuffisante pour prévenir les maladies et les flambées épidémiques. A l'exception de la réponse aux épidémies, MSF a négligé les activités de vaccination dans les projets, qu'il s'agisse de vaccins traditionnels et sous-utilisés ou même de vaccins plus récents. En tant qu'organisation médicale fournissant des soins de santé aux populations, il n'est pas acceptable d'ignorer une activité aussi efficace dans la prévention d'un nombre significatif d'épisodes de maladies et de décès.

Ce policy paper décrit les intentions de MSF dans le domaine de la vaccination pour les trois années à venir. Le document stratégique en annexe¹ illustre les grandes lignes pour sa mise en oeuvre. La mise en place de celle-ci requiert une contextualisation et, dans les projets MSF, un plan d'interventions approprié basé sur ce document.

Informations générales

On estime qu'environ 2 millions de décès par an sont dus à des maladies pouvant être prévenues par les vaccins actuellement recommandés par l'Organisation Mondiale de la Santé.² Environ 1,5 million de ces décès se produisent chez les enfants de moins de cinq ans. 2,1 millions de décès supplémentaires, parmi lesquels 1,1 million d'enfants, seraient attribuables au pneumocoque, au méningocoque et au rotavirus.³ Pour ces infections, un vaccin est soit actuellement disponible soit le sera dans un futur proche.

La vaccination pour prévenir les maladies infectieuses est, en matière de santé publique, l'une des interventions médicales ayant le meilleur rapport coût-efficacité. Au fil des dix dernières années, les couvertures vaccinales globales ont très faiblement augmenté. Cependant, dans les parties les plus pauvres du monde, les taux de couverture pour les vaccins traditionnels⁴ ont considérablement baissé depuis les années 90. Au cours des dernières années, MSF a été confronté dans ces régions à des flambées épidémiques tant en milieu ouvert que fermé.

L'inégalité subsiste dans l'accès à la vaccination. De grands groupes de population ne reçoivent aucune vaccination ou seulement les premières doses d'une série, restant partiellement protégés. La disponibilité et l'utilisation de vaccins tels que l'Hépatite B et l'*Haemophilus influenzae* type b utilisés en routine dans les pays industrialisés, ont été lentes à se mettre en route dans les pays à faible revenu. Les vaccins plus récents (Méningocoque et Pneumocoque) sont coûteux et ne sont pas à la portée de nombre de pays. Le coût de la vaccination ne fera que croître au fur et à mesure que les pays incluront les vaccins les plus récents et les plus chers dans leurs programmes, accentuant ainsi le déséquilibre.

¹ La Stratégie Vaccinale MSF au Niveau du Projet.

² Vaccins actuellement recommandés par l'OMS: Rougeole, DTC, Polio, Fièvre Jaune, Hépatite B, *Haemophilus influenzae* type b (Hib) et BCG.

³ Statistiques 2002 de l'OMS rapportées dans "2004 Global Immunization Data".

⁴ Voir la section "Définitions"

Définitions

Les vaccins peuvent être classifiés en :

- **‘Vaccins traditionnels’** connus comme le paquet minimum dans le Programme Elargi de Vaccination (PEV), comportant les vaccins BCG, DTC, polio oral et rougeole pour les enfants ainsi que le Tétanos (TT) pour les femmes en âge de procréer.
- **‘Vaccins sous-utilisés’** comprenant la Fièvre Jaune (qui devrait être inclus dans le PEV des pays à risque), l'*Haemophilus influenzae* type b (Hib) et l'Hépatite B.
- **‘Nouveaux’ Vaccins** comprenant le vaccin du choléra actuellement disponible, le vaccin rotavirus⁵ partiellement disponible depuis peu, le vaccin méningococcique conjugué A (2010), le vaccin heptavalent DTC-HepB-Hib-MenAC et le vaccin pneumococcique conjugué pour les souches prévalentes dans les pays en développement⁶ dont la disponibilité est prévue dans les 1 à 3 ans. Les vaccins pour le VIH, la malaria et la TB sont en développement et leur disponibilité n'est pas attendue avant les dix prochaines années.
- **‘autres vaccins’**, tels ceux spécifiques à des zones géographiques comme l'Encéphalite japonaise ou à des maladies particulières comme la rage ainsi que les vaccins polysaccharides méningococciques actuels (AC, ACW135) utilisés pendant les flambées épidémiques de méningite.

Objectif Général – MSF doit s’efforcer d’offrir une vaccination efficace aux groupes susceptibles parmi la population cible concernée par le projet (appropriée au pays et au contexte), ainsi qu’une réponse aux flambées épidémiques, en vue de réduire la mortalité et la morbidité des maladies pouvant être prévenues par la vaccination

Les objectifs de la vaccination se résume ainsi :

1. Vacciner pour réduire la mortalité et la morbidité au niveau individuel (protection de la personne),
2. Améliorer la couverture vaccinale pour réduire le risque de flambées épidémiques (immunité collective),
3. Vacciner, en cas de flambée épidémique, pour réduire la mortalité et la morbidité ainsi que la transmission.

L’objectif général de la vaccination dépend du contexte. Dans un contexte d'urgence en milieu fermé⁷ ou dans des zones à haut risque d'épidémie (étayé par une évaluation épidémiologique), l'objectif principal de la vaccination est de prévenir des flambées épidémiques de maladies transmissibles à mortalité importante en assurant une couverture vaccinale élevée. En milieu ouvert où il n'est pas toujours possible d'atteindre une couverture vaccinale suffisamment élevée pour obtenir une immunité collective, l'objectif est une protection individuelle maximale.

⁵ Un vaccin contre le rotavirus a reçu l'autorisation de mise sur le marché au Mexique et un autre aux USA.

⁶ Le vaccin pneumococcique 9-valent, qui inclut les sérotypes 1 et 5, a déjà été testé en Gambie et en Afrique du Sud, mais n'est plus fabriqué. Le vaccin conjugué 7-valent (Prevnar) est disponible et utilisé dans les pays industrialisés.

⁷ Les milieux fermés comprennent les camps de réfugiés et de déplacés internes (IDP) ainsi que les centres nutritionnels thérapeutiques.

Activités de vaccination de routine (hors épidémie)

1. Les activités de vaccination de routine doivent constituer une composante essentielle et intégrée de tous les projets MSF de soins de santé primaire incluant aussi ceux en milieu fermé stable⁸ (incluant les « IDP »)

Dans un grand nombre de projets MSF, même dans ceux impliqués dans des soins de santé primaires où la vaccination devrait être une composante, la couverture vaccinale reste d'un niveau faible inacceptable.

- Le besoin d'activités de vaccination devrait être évalué dans tous les projets MSF en fonction du contexte et de l'objectif de la vaccination qui en découle, de la prévalence de maladies à prévention vaccinale, des taux de couverture vaccinale et de la capacité de réponse du Ministère de la Santé ou d'autres acteurs de santé en matière de vaccination.
- Si des besoins en matière d'immunisation adéquate de la population cible⁹ ne sont pas satisfaits, MSF devrait prendre des mesures pour faire face à la situation et quand cela est nécessaire prendre en charge les activités de vaccination.
- Les options de support/interventions sont détaillées dans le document stratégique.

2. Vacciner avec plus d'antigènes – vaccins traditionnels et sous-utilisés

Les calendriers nationaux de vaccination varient d'un pays à l'autre, les types de vaccins offerts sont pour une grande partie tributaires du financement. MSF travaille en majorité dans des pays à faible revenu, c'est pourquoi la mise en œuvre des recommandations internationales a été lente à réaliser.

- MSF doit s'efforcer de procurer aux enfants un paquet minimum de vaccination comprenant les vaccins BCG, DTC, rougeole, polio, fièvre jaune (dans les pays à risque), hépatite B et Hib¹⁰.
- Idéalement, des vaccins combinés doivent être utilisés – par exemple, pentavalent (DTC-HepB+Hib)¹¹.
- MSF doit s'efforcer de procurer les vaccins TT et hépatite B aux femmes en âge de procréer.
- Avec ces vaccins supplémentaires dans les calendriers, le moment optimal et la faisabilité doivent être étudiés.

3. Introduire des nouveaux vaccins dans des projets MSF sélectionnés

Afin d'acquérir des connaissances sur la faisabilité de l'utilisation et la possibilité de l'extension, MSF doit envisager d'expérimenter des vaccins nouveaux enregistrés et disponibles, suivant les besoins du contexte.

Par exemple:

- Deux vaccins contre le rotavirus¹² sont déjà autorisés – celui du Mexique devrait être disponible en Asie, Amérique Latine et Afrique pour la mi 2006 et devrait être le premier nouveau vaccin à

⁸ La situation est considérée comme stable après que les priorités (y compris la vaccination contre la rougeole) aient été implémentées ou que les taux de mortalité soient sous contrôle, généralement 2 à 3 mois après l'implémentation d'une réponse d'urgence. Il est prévu que la population reste sur place pendant un certain temps.

⁹ Les populations cibles sont les bénéficiaires du projet MSF. Pour les programmes verticaux, elles sont généralement les bénéficiaires directs des activités. Pour les programmes non-verticaux (soins de santé primaires), les bénéficiaires sont les populations de la zone desservie définie.

¹⁰ Les estimations de l'incidence du Hib en Afrique sont élevées (moins en Asie). Après l'introduction du vaccin Hib, des études en Afrique documentent une baisse significative de l'incidence de la méningite et de la pneumonie à Hib. L'OMS/GAVI recommandent l'évaluation de la charge du Hib dans les pays en développement pour aider les responsables à élaborer des politiques relatives à l'introduction du vaccin dans les programmes nationaux. MSF pense qu'il y a suffisamment de preuves du bénéfice, de l'efficacité et de la sécurité du vaccin Hib pour recommander son adjonction aux programmes de vaccination de routine dans les pays en développement.

¹¹ Dans les pays à forte prévalence de l'Hépatite B (> 8%), le vaccin Hep B monovalent est nécessaire dans les 24 heures de la naissance.

introduire. L'autre a été récemment autorisé aux Etats-Unis mais doit encore être testé dans les pays en développement.

- MSF doit, en amont, surveiller la disponibilité des vaccins pneumococcique et méningococcique conjugués ainsi qu'évaluer leur applicabilité dans l'intérêt de la population cible. MSF ne devrait pas retarder l'utilisation de ces vaccins dans des projets spécifiques une fois qu'ils ont été autorisés et jugés sûrs.

4. Vacciner plus de susceptibles – élargir le groupe d'âge cible pour la vaccination

La plupart des calendriers nationaux de vaccination n'incluent que les enfants de moins de 1 an en dépit du nombre d'enfants peu ou pas vaccinés les années antérieures¹². Ainsi de nombreux enfants plus âgés sont à risque pour des maladies à prévention vaccinale. C'est une occasion manquée que de ne pas proposer la vaccination au-delà d'1 an d'âge lorsque ces enfants sont vus.

- MSF devrait étendre les vaccinations de routine à tous les enfants de moins de 5 ans si la couverture locale pour le DTc(3) et/ou la rougeole est inférieure à 80%.
- Dans le cas où des activités supplémentaires de vaccination (campagnes) seraient menées contre la rougeole, le groupe cible doit dès le départ inclure les enfants jusqu'à l'âge de 15 ans.
- Le vaccin de l'hépatite B doit être pris en considération jusqu'à l'âge de 15 ans (adolescents) – en fonction de la prévalence.

5. Mettre en place des stratégies alternatives en vue d'accroître la couverture vaccinale et d'améliorer le système de délivrance des vaccins dans les projets MSF

Le choix des stratégies appropriées et des antigènes adéquats dépend de la situation contextuelle et de la faisabilité de la mise en oeuvre. Diverses stratégies de sites fixes, avancés et d'équipes mobiles ainsi que des campagnes de vaccination de masse doivent être examinées dans chaque projet MSF. Plus d'une stratégie peut s'avérer nécessaire et le choix sera conditionné par le niveau d'accès de la population à des services de soins de santé.

- En présence d'une couverture vaccinale faible et de difficultés d'accès par la population, MSF doit envisager des campagnes périodiques systématiques de vaccination avec les vaccins cibles (compris dans le paquet de soins de santé primaires).
- Stratégies de chaîne du froid flexibles – avec pastille de contrôle du vaccin (PCV) et politique du flacon entamé (PFE) : MSF doit étudier la possibilité d'une chaîne du froid simplifiée qui préserve la qualité des vaccins et améliore leur approvisionnement pour les activités. L'intention n'est pas d'endosser la responsabilité du Ministère de la Santé pour la chaîne du froid.
- Sécurité des injections et systèmes de collecte et d'élimination des déchets : de nouvelles technologies pour l'administration des vaccins doivent être suivies.

¹² Le Rotarix de GSK contient seulement le sérotype G1 qui est à l'origine de plus de la moitié des infections au niveau mondial mais fournit également environ 80% de la protection croisée contre les souches non-G1. Le RotaTeq de Merck contient cinq sérotypes (G1-G4 et P1) qui sont à l'origine de 75% des souches de rotavirus au niveau mondial.

¹³ La stratégie de vaccination de l'OMS pour 2006-2015 vise à étendre les services de vaccination aux enfants plus âgés et aux adultes selon le cas.

6. Aborder la vaccination dans les groupes spécifiques – à savoir, les personnes VIH+, les enfants mal nourris, les blessés de guerre/catastrophes naturelles, le vaccin contre la rage dans les structures de santé

- Les recommandations pour la vaccination des enfants nés de mères VIH+, les enfants et adultes asymptomatiques et symptomatiques VIH+ doivent recevoir l'accord du groupe de travail VIH/SIDA et doivent être mises en œuvre dans les programmes¹⁴.
- Dans les programmes nutritionnels – tous les enfants doivent être vaccinés contre la rougeole. Les autres vaccins doivent être disponibles et administrés dès que possible, de sorte qu'une occasion de vaccination ne soit pas manquée. Le vaccin contre le tétanos doit être offert à toutes les femmes allaitantes et aux accompagnants pour la même raison.
- Les personnes victimes de violences sexuelles doivent être vaccinées contre l'hépatite B et le tétanos.
- Les projets impliqués dans la réponse aux blessés de guerre, aux victimes de catastrophes naturelles (tsunami, tremblement de terre, etc.) doivent systématiquement fournir l'anatoxine tétanique et l'immunoglobuline.
- Dans les régions où des cas cliniques de rage sont vus, MSF doit fournir le vaccin et, si pertinent dans le contexte, l'immunoglobuline pour la prise en charge des personnes à risque d'exposition à la rage ainsi que du personnel soignant et des accompagnants en contact avec ces cas cliniques¹⁵.

7. Surveiller les activités de vaccination de MSF

En vue de permettre une intervention appropriée en matière de vaccination et une surveillance des activités dans les projets MSF, certaines données sont nécessaires et doivent être collectées en routine. Les indicateurs d'évaluation et de surveillance doivent être standardisés.

- Les maladies à prévention vaccinale ayant un potentiel épidémique doivent être incluses dans un système MSF de surveillance et d'alerte précoce.
- La couverture vaccinale de la population cible doit être déterminée par la collecte de données en routine et, si nécessaire, par des enquêtes dans la population.
- Une surveillance passive des effets indésirables, particulièrement en ce qui concerne la vaccination des personnes VIH+ et des enfants nés de mères VIH+, doit être envisagée.
- L'évaluation des coûts et des aspects organisationnels doit être effectuée dans des projets choisis.

Flambées Epidémiques de Maladies à Prévention Vaccinale¹⁶

8. Pendant une flambée épidémique, le traitement des malades est la priorité pour les interventions MSF. Des campagnes de vaccination de masse doivent être menées avant le pic épidémique pour réduire la transmission mais, en fonction de la maladie, peuvent être envisagées même après le pic pour réduire la mortalité et la morbidité

La détection précoce des flambées épidémiques en vue d'une réponse en temps utile est tributaire d'une bonne surveillance.

En milieux fermés, la détection est généralement plus précoce et la population à risque est bien définie.

¹⁴ Parmi les questions figurent les problèmes relatifs à l'utilisation du vaccin polysaccharide pneumococcique pour adultes (document Ouganda) et au choix du moment pour l'administration des vaccins (eu égard aux taux de CD4).

¹⁵ Pour la gestion de la rage, voir le Guide Clinique MSF. L'immunoglobuline de la rage a une courte durée de conservation, est chère et nécessite une chaîne du froid opérationnelle. Pouvant ne pas être commode sur le plan pratique dans les projets, elle requerra une justification.

¹⁶ Les maladies à prévention vaccinale avec un potentiel épidémique et une mortalité significative sont les suivantes: fièvre jaune, méningite, rougeole et choléra. Autres maladies à prendre en compte: coqueluche, diphtérie et encéphalite japonaise.

En milieux ouverts, les flambées épidémiques sont souvent signalées tardivement et leur évolution géographique est difficilement prévisible. Le choix d'une stratégie dépend du stade de l'épidémie, de la maladie, du vaccin, de la disponibilité et de l'efficacité du traitement.

- Pendant la flambée épidémique, le stade de l'épidémie doit être évalué pour savoir si une vaccination de masse aurait un effet sur l'évolution et/ou un impact sur la mortalité. Une analyse épidémiologique doit être faite le plus tôt possible.
- En présence d'une flambée épidémique de rougeole en milieu ouvert, les définitions relatives au niveau d'alerte épidémique local, au pic épidémique ainsi qu'à la zone desservie¹⁷ doivent être clarifiées. Des campagnes de vaccination de masse doivent être envisagées pour les enfants jusqu'à 15 ans même tardivement pendant la flambée car l'expérience a montré que cela peut encore influencer sur la transmission.

9. Envisager des campagnes de vaccination de masse en vue de prévenir les flambées épidémiques dans les projets MSF situés dans les zones à haut risque

En milieux fermés :

- Une vaccination de masse contre la rougeole est l'une des dix priorités et doit être réalisée en début de la phase d'urgence. Elle permettra d'assurer une couverture élevée (objectif de 95-100%) de la population cible (6 mois – 15 ans) pour prévenir les flambées épidémiques. La vaccination contre la fièvre jaune¹⁸ doit être envisagée dans les régions endémiques (à haut risque).
- Il n'y a pas de consensus pour la vaccination contre le choléra dans les camps et il faut attendre plus d'information pour prendre une décision. En raison de contraintes logistiques et financières et de données limitées concernant la durée de l'immunité, il se pourrait que ce soit tout aussi efficace d'assurer des mesures adéquates en terme d'eau, d'hygiène et d'assainissement.

En milieux ouverts :

Dans de nombreux pays où MSF travaille, des épidémies récurrentes de rougeole, de méningite et de fièvre jaune sporadique en milieux ouverts présentent une mortalité et une morbidité importantes. Dans des situations jugées à haut risque, MSF doit envisager de mener des campagnes de vaccination de masse pour éviter de telles conséquences.

- Rougeole: Si dans les projets MSF, les structures de santé rapportent des cas de rougeole et que la couverture vaccinale de la maladie est faible, MSF doit répondre par des stratégies appropriées pour augmenter la couverture (par exemple, mener des campagnes de vaccination supplémentaires). Le groupe cible pour la campagne de vaccination dépendra des activités antérieures de vaccination et de l'analyse des données (par âge).
- Fièvre jaune: Dans les pays à risque, MSF doit renforcer la surveillance y compris les investigations d'épidémies et être préparé à répondre rapidement dans le cas d'une flambée épidémique.
- Choléra: Pas de données probantes pour faire une recommandation claire. A suivre.
- Méningite: Des campagnes préventives de masse ne sont pas envisagées avec les vaccins disponibles actuellement.

¹⁷ Les flambées épidémiques de rougeole en milieux ouverts sont plus difficiles à définir car il n'y a pas de seuil épidémique clairement défini et l'évolution se produit souvent sur une période prolongée à mesure que la maladie se propage géographiquement. L'expérience récente de MSF relative aux épidémies de rougeole révèle un effet bénéfique de la vaccination de masse au moins 6 à 8 semaines et même plus après qu'une flambée épidémique se soit déclarée.

¹⁸ Une vaccination de masse avec deux antigènes ralentit généralement la vitesse de la campagne. Si le vaccin contre la fièvre jaune n'est pas administré en même temps que celui de la rougeole, un délai de quatre semaines est alors requis entre les deux injections car tous deux sont des vaccins vivants.

10. Mettre en œuvre des stratégies de vaccination de masse efficaces

Il est important, spécialement pendant une épidémie, d'être à même de vacciner un nombre maximum de personnes dans le laps de temps le plus court possible.

- Des outils de planification et d'organisation développés par MSF pour les campagnes de vaccination de masse doivent être accessibles par toutes les sections. Diverses stratégies doivent être étudiées (voir document stratégique).
- Les nouvelles technologies en matière d'injection doivent être suivies de près quant à leur utilisation dans les vaccinations de masse.
- Les vaccins doivent être disponibles en flacons à doses multiples. Des difficultés dans leur obtention doivent faire l'objet d'un suivi par la Campagne d'Accès.

Plaidoyers et Sujets Internationaux

11. Plaider pour l'introduction de vaccins sous-utilisés et nouveaux à un coût qui soit à la portée des pays à faible revenu en se basant sur l'expérience de MSF

Les vaccins doivent être disponibles et à un prix abordable. Bien qu'il y ait quelques mécanismes financiers en place par le biais du Fond des Vaccins, l'introduction de vaccins sous-utilisés est souvent liée à la performance du PEV et porte sur un temps limité (5 ans). Le développement de vaccins destinés aux pays en développement peut être considéré comme financièrement inintéressant par les industries pharmaceutiques. La technologie pour des vaccins utiles peut être existante mais cependant ne pas être poursuivie.

Plaider pour :

- L'incorporation de vaccins sous-utilisés tels que la fièvre jaune, l'hépatite B et le Hib dans les calendriers nationaux. Les vaccins doivent être plus abordables.
- Les nouveaux vaccins et ceux qu'on pourra se procurer prochainement doivent être disponibles et à un prix abordable. Spécialement – le vaccin contre le rotavirus, les vaccins pneumococciques conjugués 9 ou 11-valent, le vaccin méningococcique conjugué A et heptavalent incluant les méningocoques A+C.
- Le développement et la disponibilité de vaccins combinés (pentavalent à un prix abordable) doivent être encouragés en vue de réduire le nombre de contacts vaccinaux nécessaires avec les enfants. Diminuer ainsi les occasions manquées est la condition pour l'amélioration de la couverture immunitaire.

12. Surveiller proactivement les technologies et développements nouveaux, en évaluant leur utilité dans les projets MSF

Ceci inclut des nouveaux vaccins (ceux en cours de développement), de nouveaux outils pour la délivrance des vaccins (vaccins en aérosol, vaccins solides, nouveaux pistolets injecteurs, etc.) et des technologies de chaîne du froid.

13. MSF garantit des standards élevés en matière de qualité et de sécurité des vaccins et contribue à veiller à ce que des stocks adéquats de vaccins soient disponibles

- MSF utilise les vaccins pré-qualifiés par l'OMS qui sont fournis avec des pastilles de contrôle des vaccins (PCV). Seulement dans le cas de vaccins nouveaux, MSF se basera sur un enregistrement/ autorisation de mise sur le marché approprié et n'attendra pas nécessairement le pré-accord de l'OMS.
- MSF suit la politique du lot (les vaccins sont toujours fournis avec des seringues autobloquantes et des boîtes de sécurité (container à aiguilles). Une gestion des déchets adéquates est assurée.
- MSF doit demeurer un membre actif du Groupe International de Coordination (ICG), entre autre pour garantir des stocks adéquats de vaccins contre la méningite (A&C et ACW135) et contre la fièvre jaune.

14. Position de MSF concernant les initiatives d'éradication globale

MSF appuie, en principe, l'idée de l'éradication globale de certaines maladies. Cependant, la participation de MSF doit dépendre de sa contribution aux objectifs des projets MSF de réduction de la morbidité et de la mortalité dans la population cible.

- S'il y a concordance avec les objectifs prioritaires de MSF, MSF peut offrir une assistance logistique et technique si les ressources le permettent. MSF n'a pas l'intention d'endosser la responsabilité de cette initiative.
- MSF devrait encourager les Journées Nationales de Vaccination (JNV) incorporant le vaccin de la rougeole en plus de celui de la polio dans les pays où la rougeole n'est pas sous contrôle.
- Dans des situations spécifiques où les JNV entravent les activités qui sauvent la vie telles que des campagnes de vaccination de masse faisant partie de la réponse à une flambée épidémique, MSF doit entamer des discussions officielles avec l'OMS / le Ministère de la Santé afin de garantir une réponse adaptée pour minimiser la mortalité. Les déclarations publiques doivent être réservées au cas où ces discussions seraient infructueuses.

15. MSF doit offrir une protection adéquate à tout le personnel de ses projets (y compris celui du Ministère de la Santé).

Le personnel national et le personnel expatrié doivent être vaccinés en tenant compte des différents risques d'exposition aux maladies.

- Pour tout le personnel national de MSF et le personnel du MSP actif dans les projets Ministère, les vaccins recommandés (au minimum, les vaccins TT et hépatite B) doivent être uniformisés et offerts. En cas de flambées épidémiques de maladies à prévention vaccinale (méningite et fièvre jaune) et dans des situations spécifiques (cas de rage, risque de grippe aviaire) des vaccins supplémentaires doivent être disponibles pour la protection du personnel.
- Pour le personnel expatrié – les vaccins recommandés avant le départ doivent être uniformisés entre toutes les sections MSF. Les vaccins doivent être disponibles sur le terrain pour garantir l'achèvement des doses ou les rappels tels que nécessaire.
- Les équipes de vaccination doivent être informées sur les moyens de prévenir la transmission des maladies infectieuses, au travers de l'application des précautions standards. La procédure à suivre en cas d'exposition accidentelle au sang doit être connue et la prophylaxie doit être disponible.

Chaque section MSF doit disposer d'une personne dédiée à l'assistance technique sur le terrain en vue de la mise en place de la politique dans les projets. Chaque membre doit être un membre actif du Working group Vaccination.