

COMITÉ RÉGIONAL DE L'AFRIQUE

ORIGINAL : ANGLAIS

Soixante et onzième session
Réunion virtuelle, 24-26 août 2021

Point 12 de l'ordre du jour provisoire

**CADRE POUR LA MISE EN ŒUVRE DE LA STRATÉGIE MONDIALE POUR
VAINCRE LA MÉNINGITE D'ICI À 2030 DANS LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS**

Rapport du Secrétariat

RÉSUMÉ D'ORIENTATION

1. La méningite est une inflammation des membranes qui enveloppent le cerveau et la moelle épinière. La transmission bactérienne de la méningite s'opère de personne à personne par des gouttelettes de sécrétions respiratoires ou pharyngées des personnes infectées. Les taux d'atteinte de la méningite sont plus élevés chez les enfants de moins de 15 ans. La méningite est généralement associée à un taux de létalité compris entre 8 % et 15 % chez les patients traités et supérieur à 70 % lorsque la maladie n'est pas traitée. La méningite peut être causée par de nombreux agents pathogènes différents, mais la méningite bactérienne concentre la plus lourde charge mondiale de morbidité due à la méningite. Cette maladie pourrait être associée à de graves séquelles comprenant un retard mental, une déficience auditive et une paralysie des membres.

2. Avant 2010, *Neisseria meningitidis* du sérotype A (*NmA*) était la principale cause des épidémies de méningite, représentant près de 90 % des flambées épidémiques de cette maladie. Avec l'introduction du vaccin conjugué contre *Neisseria meningitidis* du sérotype A dénommé MenAfriVac® entre 2010 et 2020, plus de 325 millions de personnes âgées de 1 à 29 ans ont été vaccinées dans 24 des 26 États Membres qui se trouvent dans la ceinture africaine de la méningite. Cette vaccination a permis de réduire considérablement le nombre de cas de *Neisseria meningitidis* du sérotype A et de modifier le profil bactériologique de la méningite qui est marqué par une prédominance de *Streptococcus pneumoniae* (*S. pneumo*), de *Neisseria meningitidis* sérotype X (*NmX*), de *Neisseria meningitidis* sérotype C (*NmC*), de *Neisseria meningitidis* du sérotype W (*NmW*) et d'*Haemophilus influenzae* de type b (*Hib*).

3. Malgré les progrès remarquables accomplis dans la lutte contre la méningite au cours des 20 dernières années, cette maladie continue de poser un problème majeur de santé publique dans le monde entier. La méningite sévit avec plus d'acuité dans la ceinture africaine de la méningite, une zone qui s'étend du Sénégal à l'Éthiopie et dont la population totale est estimée à 500 millions d'habitants répartis dans 26 États Membres. Depuis 2010, les États Membres de la ceinture de la méningite ont enregistré une moyenne annuelle de 24 000 cas suspects, pour 1800 décès. Le taux de létalité oscille entre 5 % et 14 %, alors que 90 % des cas sont recensés pendant la saison épidémique (qui s'étend du mois de janvier au mois de juin).

4. En vue de juguler la méningite partout dans le monde, l'OMS, avec la contribution des partenaires, a conduit un processus inclusif et participatif d'élaboration d'une stratégie mondiale

pour vaincre la méningite d'ici à 2030. Les objectifs de cette stratégie mondiale s'articulent comme suit : i) éliminer les épidémies de méningite bactérienne ; ii) réduire le nombre de cas et de décès imputables à la méningite bactérienne à prévention vaccinale ; et iii) réduire le handicap et améliorer la qualité de vie à la suite d'une méningite, toutes causes confondues. Le présent cadre régional a été conçu afin de servir de document d'orientation pour la mise en œuvre de la stratégie mondiale dans la Région africaine. La vision du cadre régional est d'œuvrer pour que la Région africaine soit exempte de méningite d'ici à 2030 et ses objectifs sont alignés sur les objectifs qui sont définis dans la stratégie mondiale.

5. Le Comité régional est invité à examiner et à adopter les mesures proposées.

SOMMAIRE

PARAGRAPHES

INTRODUCTION	1-5
SITUATION ACTUELLE	6-13
ENJEUX ET DÉFIS	14-23
VISION, BUTS, OBJECTIFS, CIBLES ET ÉTAPES INTERMÉDIAIRES	24-28
PRINCIPES FONDAMENTAUX	29
INTERVENTIONS ET MESURES PRIORITAIRES	30-45
MESURES À PRENDRE PAR LE COMITÉ RÉGIONAL.....	46

ACRONYMES ET SIGLES

AMR	résistance aux antimicrobiens
BMGF	Fondation Bill & Melinda Gates
CFR	taux de létalité
SIMR	Surveillance intégrée de la maladie et riposte
GBS	streptocoques du groupe B
Treizième PGT	treizième programme général de travail, 2019-2023
<i>Hib</i>	<i>Haemophilus influenzae</i> de type b
MenAfriVac®	vaccin conjugué contre la méningite à méningocoques de type A
PVM	Projet de vaccins contre la méningite
<i>Nm</i>	<i>Neisseria meningitidis</i>
<i>NmA</i>	<i>Neisseria meningitidis</i> du séro groupe A
<i>NmC</i>	<i>Neisseria meningitidis</i> du séro groupe C
<i>NmW</i>	<i>Neisseria meningitidis</i> du séro groupe W
<i>NmX</i>	<i>Neisseria meningitidis</i> du séro groupe X
SSP	soins de santé primaires
MON	modes opératoires normalisés
<i>S. pneumo</i>	<i>Streptococcus pneumoniae</i>
OMS	Organisation mondiale de la Santé

INTRODUCTION

1. La méningite est une inflammation des membranes qui enveloppent le cerveau et la moelle épinière. La transmission bactérienne de la méningite s'opère de personne à personne par des gouttelettes de sécrétions respiratoires ou pharyngées des personnes infectées. La période d'incubation varie entre deux et 10 jours. Les taux d'atteinte de la méningite sont plus élevés chez les enfants de moins de 15 ans. La méningite est généralement associée à un taux de létalité compris entre 8 % et 15 % chez les patients traités et supérieur à 70 % lorsque la maladie n'est pas traitée.
2. La méningite peut être causée par de nombreux agents pathogènes différents, notamment des bactéries, des virus et des champignons, mais la méningite bactérienne concentre la plus lourde charge mondiale de morbidité due à cette maladie. Les principaux agents pathogènes de la méningite sont *Neisseria meningitidis* (*Nm*), *Streptococcus pneumoniae* (*S. pneumo*), *haemophilus influenzae de type b* (*Hib*) et les *streptocoques du groupe B* (GBS).¹ La méningite à méningocoques est associée à un taux de létalité et à une incidence élevés. En effet, plus de 10 % des patients de cette maladie conservent des séquelles graves,² par exemple un retard mental, une déficience auditive et une paralysie des membres.
3. Malgré les progrès remarquables accomplis ces 20 dernières années dans la lutte contre la méningite, cette maladie continue de poser un problème majeur de santé publique dans le monde entier.² Environ 8,5 millions de nouveaux cas de méningite et 463 000 décès ont été notifiés dans le monde en 2019,³ y compris les 22 414 nouveaux cas et 1261 décès recensés dans les pays de la ceinture africaine de la méningite.⁴ En effet, la méningite sévit avec plus d'acuité dans la ceinture africaine de la méningite.⁵
4. Une initiative menée par l'OMS a débouché en 2017 sur un appel à une vision mondiale pour « vaincre la méningite d'ici 2030 ». Le document intitulé « Vaincre la méningite à l'horizon 2030 – une feuille de route mondiale » a été entériné par la Soixante-Treizième Assemblée mondiale de la Santé. Le cadre régional africain pour vaincre la méningite d'ici 2030, dont la vision est de faire des efforts pour parvenir à « une Région africaine exempte de méningite d'ici 2030 », est aligné sur le treizième programme général de travail (treizième PGT) 2019-2023 et sur la feuille de route mondiale dont les objectifs visionnaires s'articulent comme suit : i) éliminer les épidémies de méningite bactérienne ; ii) réduire le nombre de cas et de décès imputables à la méningite bactérienne à prévention vaccinale ; et iii) réduire le handicap et améliorer la qualité de vie à la suite d'une méningite, toutes causes confondues.
5. Le présent cadre régional contribuera à l'obtention des résultats du treizième PGT de l'OMS et de l'objectif 3 des Nations Unies pour le développement durable.

¹ Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2017 (GBD 2017) Results. Seattle, United States Institute for Health Metrics and Evaluation 2018 [Disponible à l'adresse <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>].

² OMS. Méningite à méningocoques. Disponible à l'adresse <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/meningococcal-meningitis>. Consulté le 9 janvier 2020.

³ Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019). (Disponible à l'adresse <http://www.healthdata.org/gbd/2019>).

⁴ Organisation mondiale de la Santé (6 avril 2018). Lutte contre la méningite épidémique dans les pays de la ceinture africaine de la méningite, 2017. Relevé épidémiologique hebdomadaire, 93^e ANNÉE 14, 2018, 93, 173-184.

⁵ Les pays de la ceinture africaine de la méningite sont les suivants : Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Mali, Mauritanie, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal, Soudan, Soudan du Sud, Tchad et Togo.

SITUATION ACTUELLE

6. La méningite bactérienne reste un problème majeur de santé publique dans le monde, avec plus de 1,2 million de cas recensés chaque année. L'incidence de la méningite bactérienne et son taux de létalité varient selon les régions, les pays, les agents pathogènes et les classes d'âge.⁶ Les pays africains de la ceinture de la méningite ont enregistré une moyenne annuelle de 24 000 cas suspects, dont 1800 décès, avec un taux brut de létalité compris entre 5 % et 14 % depuis 2010.⁷ En 2020, les États Membres de la ceinture africaine de la méningite ont signalé⁸ 19 552 nouveaux cas et 885 décès. Les principaux agents pathogènes étaient *Streptococcus pneumoniae* (50 %), *haemophilus influenzae de type b* (15 %), *Neisseria meningitidis du sérotype X* (14 %), *Neisseria meningitidis du sérotype C* (4 %) et *Neisseria meningitidis du sérotype W* (2,8 %). Aucun cas de *Neisseria meningitidis du sérotype A* n'a été notifié.

7. La surveillance, la confirmation en laboratoire, la prise en charge des cas et la vaccination constituent des piliers essentiels de la lutte contre la méningite, et des progrès sont en cours dans les États Membres de la ceinture africaine de la méningite. Par exemple, le vaccin antiméningococcique conjugué, également appelé MenAfriVac®, a été introduit dans la « ceinture africaine de la méningite » en 2010, grâce aux campagnes de vaccination de masse, puis dans le cadre des programmes de vaccination systématique.⁹

8. En décembre 2020, le MenAfriVac® avait été déployé dans 24¹⁰ des 26 États Membres faisant partie de la ceinture africaine de la méningite. Plus de 325 millions de personnes les plus à risque âgées de 1 à 29 ans ont été vaccinées depuis décembre 2010. En outre, le MenAfriVac® a été introduit dans les programmes de vaccination systématique de 11 États Membres de la ceinture africaine de la méningite¹¹ à partir de juillet 2016.

9. Avant 2010, *Neisseria meningitidis du sérotype A* représentait près de 90 % des épidémies de méningite.¹² L'introduction du MenAfriVac® a résulté en une forte réduction du nombre de cas de *Neisseria meningitidis du sérotype A* et en une modification du profil bactériologique de la méningite, qui est marqué par une prédominance des sérotypes C, W, X et *S. pneumo*.¹³

10. Le MenAfriVac® a réduit de plus de 99 % l'incidence des maladies confirmées du groupe A.¹⁴ Cependant, des épidémies majeures dues à *Neisseria meningitidis du sérotype C* ont été enregistrées depuis 2013 au Burkina Faso, au Mali, au Niger et au Nigéria et au Tchad. Des études montrent que la prédominance de *Neisseria meningitidis du sérotype C* ne signifie

⁶ Centers for Disease Control and Prevention (2020). Meningitis. (disponible à l'adresse <https://www.cdc.gov/meningitis/lab-manual/chpt01-intro.html>).

⁷ WHO/IVD. Meningitis risk assessment. December 2020.

⁸ Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique (décembre 2020). Meningitis weekly bulletin. Tiré de <https://www.who.int/emergencies/diseases/meningitis/epidemiological/en/>.

⁹ OMS. Relevé épidémiologique hebdomadaire, 20 février 2015, n° 8, 2015, 90, 57-68. Disponible à l'adresse <http://www.who.int/wer>.

¹⁰ Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Mali, Mauritanie, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sénégal, Soudan, Soudan du Sud, Tchad et Togo.

¹¹ Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Érythrée, Gambie, Ghana, Mali, Niger, Nigéria, République centrafricaine, Soudan et Tchad.

¹² Le vaccin conjugué contre le méningocoque du sérotype A, appelé MenAfriVac®, a été introduit en 2010 dans les pays de la ceinture africaine de la méningite (OMS. Méningite à méningocoques (disponible à l'adresse <https://www.who.int/immunization/diseases/meningitis/en/>).

¹³ WHO/AFRO. Meningitis epidemic risk assessment in the African meningitis belt countries in 2020. 2019

¹⁴ CL Trotter, C Lingani, K Fernandez, LV Cooper, A Bitu, C Tevi-Benissan, JM Stuart. The impact of MenAfriVac® in nine countries of the African meningitis belt, 2010-2015: an analysis of surveillance data. *Lancet Infectious disease*, volume 17, issue 8, p867-872, August 01, 2017 DOI: ([https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(17\)30301-8](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(17)30301-8)).

nullement une disparition de *Neisseria meningitidis* du sérotype A.^{15,16} Dans cette logique, l'introduction d'un vaccin conjugué pentavalent (des sérotypes A, C, W, X et Y) dans les années à venir devrait permettre de réduire encore la morbidité liée à la méningite et la mortalité due à *Neisseria meningitidis*.

11. Malgré la réduction de l'incidence des cas et des épidémies de méningite, les États Membres de la ceinture de la méningite ont enregistré en moyenne 24 000 cas suspects par an, au nombre desquels 1800 décès.¹⁷ Il a été noté que 90 % des cas et toutes les épidémies ont été signalés pendant la saison épidémique (qui va de janvier à juin), avec un pic en mars et en avril de chaque année.¹⁸

12. Des efforts considérables ont été faits pour accentuer la surveillance de la méningite. Entre 2002 et fin 2020, vingt-quatre des 26 États Membres de la ceinture africaine de la méningite ont rejoint le réseau de surveillance renforcée, tandis que de 2010 à fin 2020, quatorze États Membres de la ceinture méningitique ont opté pour une surveillance de la méningite basée sur l'identification des cas.¹⁹ Des modes opératoires normalisés ont été établis en 2018 pour la surveillance de la méningite, ainsi que pour la préparation et la riposte en cas de flambées épidémiques de méningite. Ces modes opératoires ont ensuite été diffusés et sont en cours d'application.

13. L'OMS a apporté un appui technique aux activités des laboratoires dans les États Membres de la ceinture africaine de la méningite. Cela dit, il est nécessaire de traiter les problèmes liés au transport des échantillons à partir du niveau infranational jusqu'aux laboratoires nationaux de référence. En outre, la caractérisation moléculaire doit être améliorée en renforçant les liens avec les réseaux de laboratoires mondiaux et régionaux. Dans le même ordre d'idée, les programmes nationaux d'évaluation externe de la qualité doivent être renforcés pour pouvoir assurer le suivi des performances des laboratoires de bactériologie.

ENJEUX ET DÉFIS

14. **Le manque de modèles d'évaluation des risques.** Il n'existe aucun outil de simulation d'évaluation du risque de méningite grâce auquel on peut prédire efficacement la survenue, l'ampleur et les agents pathogènes qui pourraient être à l'origine de flambées dans le futur.

15. **L'inadéquation des systèmes de transport des échantillons.** Dans la majorité des États Membres de la ceinture africaine de la méningite, il n'existe quasiment aucune capacité à dépister la méningite au niveau infranational. C'est pour cette raison que les échantillons de méningite prélevés au niveau infranational doivent être transportés jusqu'au niveau régional ou national. Cette inadéquation déteint sur la qualité des échantillons à tester.

16. **Le financement insuffisant.** La plupart des États Membres de la ceinture africaine de la méningite ne sont pas en mesure de mobiliser suffisamment de ressources locales pour mettre en œuvre leurs plans d'action contre la méningite. Très peu d'États Membres²⁰ de la ceinture africaine de la méningite appliquent la résolution AFR/RC58/R2 adoptée par le Comité régional en 2008,

¹⁵ Préparation aux flambées de méningite à méningocoque due à *Neisseria meningitidis* sérotype C en Afrique : recommandations d'une consultation d'experts de l'OMS. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015. Disponible à l'adresse <https://www.who.int/wer/2015/wer9047.pdf>.

¹⁶ Risque persistant de méningite due à *Neisseria meningitidis* sérotype C en Afrique : recommandations révisées à l'issue d'une consultation d'experts de l'OMS, octobre 2017. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017. Disponible à l'adresse <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259233/WER9241.pdf>.

¹⁷ WHO/IVD. Meningitis risk assessment. Décembre 2019.

¹⁸ Lingani et al. Meningococcal Meningitis Surveillance in the African Meningitis Belt, 2004-2013. *Clin Infect Dis* 2015;61(Suppl 5): S410-15.

¹⁹ Burkina Faso, Bénin, Cameroun, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Gambie, Ghana, Mali, Niger, Nigéria, Sénégal, Soudan, Tchad et Togo.

²⁰ Burkina Faso, Niger, Togo et Bénin.

qui invitait instamment les États Membres à renforcer les laboratoires de santé publique à tous les niveaux du système de soins de santé.

17. **L'accès limité aux communautés touchées.** Les problèmes de sécurité et les troubles civils qui se posent dans le Sahel, en Afrique de l'Ouest, en Afrique de l'Est comme en Afrique centrale entravent les activités de surveillance et de riposte à la méningite dans les zones difficiles d'accès.

18. **L'inadéquation de la capacité de laboratoire.** Certains laboratoires ne disposent pas des capacités nécessaires pour identifier de nouvelles souches d'agents pathogènes. En outre, aux fins du contrôle externe de la qualité, les États Membres de la ceinture africaine de la méningite doivent envoyer aux centres collaborateurs de l'OMS au moins 10 % des échantillons analysés dans les laboratoires locaux. Cependant, seulement cinq États Membres de la ceinture africaine de la méningite²¹ se conforment à cette obligation de contrôle instituée pour garantir la qualité des services de laboratoire.

19. **Les difficultés à dédouaner des fournitures de laboratoire.** Les kits de prélèvement d'échantillons de liquide céphalorachidien, les milieux de transport, les réactifs et les fournitures de laboratoire sont essentiels, autant que les autres fournitures de laboratoire. Ces produits indispensables sont pour l'essentiel importés de l'étranger. Or, des retards répétés et prolongés dans le dédouanement de ces articles rallongent la durée des interventions et entravent ainsi les efforts visant à améliorer la confirmation en laboratoire.

20. **Le manque de soins pour les survivants de la méningite.** Il n'existe pas de système permettant de déterminer les séquelles causées par la méningite. À cela s'ajoute le fait que les patients qui développent de telles séquelles manquent de soutien.

21. **Le manque d'efficacité du mécanisme de partage des données.** Malgré l'amélioration de la surveillance de la méningite, le partage en temps voulu des données entre les États Membres de la ceinture africaine de la méningite et l'OMS reste problématique. Actuellement, le taux de respect des délais d'échange des données est en-deçà de 80 % dans certains États Membres de la ceinture africaine de la méningite. Force est de constater également que les données de confirmation en laboratoire sont incomplètes. En 2020, le bulletin hebdomadaire de l'OMS sur la méningite (pour les semaines 49 à 53) indiquait que 12 des 26 États Membres de la ceinture de la méningite n'avaient pas communiqué leurs résultats de laboratoire.²²

22. **L'inadéquation de la planification.** Le manque de planification affecte la capacité à riposter efficacement aux flambées épidémiques lorsqu'elles surviennent. Pour la saison épidémique 2021 de méningite, seuls 10 États Membres de la ceinture de la méningite disposent d'un plan de préparation et de riposte à la méningite.²³ Cela montre que les pays n'investissent pas dans la planification.

23. **L'impact négatif de la pandémie de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) sur la lutte contre la méningite.** La pandémie de COVID-19 a eu un effet néfaste sur la surveillance de la méningite, sur la riposte aux flambées et sur l'introduction du MenAfriVac® dans la vaccination systématique. En 2020, les activités de lutte contre la méningite, telles que les enquêtes sur les flambées, la confirmation en laboratoire et la vaccination, ont diminué. Des trois pays²⁴ qui avaient prévu d'introduire le MenAfriVac® dans la vaccination systématique, seule l'Érythrée a mené jusqu'à terme cette activité.

²¹ Burkina Faso, Niger, Ghana, Mali et Tchad.

²² Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique (décembre 2020). Bulletin hebdomadaire sur la méningite (disponible en anglais à l'adresse <https://www.who.int/emergencies/diseases/meningitis/epidemiological/en/>).

²³ Bénin, Cameroun, Côte d'Ivoire, Érythrée, Ghana, Mali, Niger, République-Unie de Tanzanie, Tchad et Togo.

²⁴ Bénin, Togo et Guinée.

VISION, BUTS, OBJECTIFS, CIBLES ET ÉTAPES INTERMÉDIAIRES

24. Vision

Vers une Région africaine exempte de méningite d'ici à 2030.

25. Buts :

- a) éliminer les épidémies de méningite bactérienne ;
- b) réduire la morbidité et la mortalité dues à la méningite bactérienne que l'on pourrait éviter au moyen de la vaccination ;
- c) réduire les incapacités associées à la méningite et améliorer la qualité de vie après une méningite.

26. Objectifs :

- a) renforcer la prévention, la surveillance et le contrôle des épidémies de méningite ;
- b) accroître la capacité de confirmation de la méningite en laboratoire à tous les niveaux ;
- c) fournir un traitement et des soins efficaces aux personnes touchées par la méningite ; et
- d) favoriser le plaidoyer et la mobilisation en faveur d'une Afrique exempte de méningite.

27. Cibles

À la fin de 2030 :

- a) éliminer les épidémies de méningite bactérienne ;
- b) réduire le nombre de cas de méningite bactérienne d'au moins 50 % par rapport au niveau d'incidence enregistré en 2020 ;
- c) faire baisser le taux de létalité de la méningite à moins de 5 % ; et
- d) élaborer et mettre en œuvre des stratégies de soutien et de soins aux personnes souffrant de méningite.

28. Étapes intermédiaires

À la fin de 2023 :

- a) le MenAfriVac® est introduit dans la vaccination systématique dans au moins 16 États Membres de la ceinture africaine de la méningite ;
- b) les lignes directrices et les modules de formation sur la surveillance, la préparation et la riposte aux épidémies de méningite bactérienne sont actualisés, diffusés et mis en œuvre dans les États Membres de la ceinture africaine de la méningite ;
- c) plus de 80 % des États Membres prioritaires se sont dotés d'un plan stratégique et d'un cadre de suivi de la méningite.

À la fin de 2025 :

- a) le MenAfriVac® est introduit dans la vaccination systématique dans au moins 18 États Membres de la ceinture africaine de la méningite ;
- b) 100 % des États Membres prioritaires se sont dotés d'un plan stratégique et d'un cadre de suivi de la méningite.

À la fin de 2027 :

- a) les vaccins conjugués contre *Hib* et *S. pneumo* sont intégrés dans les programmes de vaccination systématique de tous les États Membres ;
- b) les stratégies de communication sur les risques de méningite sont intégrées dans les plans nationaux dans tous les États Membres prioritaires ;
- c) des tests diagnostiques de la méningite de qualité assurée et d'un coût abordable sont disponibles dans tous les États Membres.

À la fin de 2028 :

- a) un système d'analyse communautaire des séquelles et des incapacités est institué dans au moins 60 % des États Membres prioritaires, tout comme un système d'orientation-recours vers des services d'évaluation et de soins ;
- b) la vaccination contre *Neisseria meningitidis* des sérogroupes ACWY/ACWXY est introduite dans les calendriers de vaccination systématique d'au moins 10 États Membres de la ceinture africaine de la méningite, avec une couverture cible de 60 % ;
- c) 50 % des États Membres de la ceinture africaine de la méningite disposent d'un système de haute qualité pour l'identification et le suivi des patients qui présentent des séquelles liées à la méningite.

À la fin de 2030 :

- a) un système d'analyse communautaire des séquelles et des incapacités est institué dans au moins 80 % des États Membres prioritaires, tout comme un système d'orientation-recours vers des services d'évaluation et de soins ;
- b) la vaccination contre *Neisseria meningitidis* des sérogroupes ACWY/ACWXY est introduite dans les calendriers de vaccination systématique de tous les États Membres de la ceinture africaine de la méningite, avec une couverture cible de 90 % ;
- c) des orientations concernant la détection, la surveillance et la prise en charge des séquelles de la méningite sont mises en œuvre dans tous les États Membres prioritaires ;
- d) 80 % des États Membres prioritaires disposent d'un système de haute qualité pour l'identification et le suivi des patients qui présentent des séquelles liées à la méningite.

PRINCIPES FONDAMENTAUX

29. Le cadre de mise en œuvre repose sur les principes fondamentaux ci-après :

- a) **la prise en main par les administrations publiques, le rôle de chef de file et la responsabilisation des États.** Les États Membres devraient jouer le rôle de chef de file, prendre en main le processus et assurer une coordination efficace de toutes les parties prenantes ;
- b) **la mobilisation et la participation des communautés.** La mobilisation des communautés est la clé à actionner pour renforcer le soutien et les soins aux personnes atteintes de méningite ;
- c) **le partenariat et la collaboration intersectorielle.** La collaboration est essentielle entre un large éventail de partenaires issus de divers secteurs tels que la santé, la protection sociale, la communication, la recherche, les milieux universitaires et les fabricants de produits médicaux ;
- d) **le financement national.** Les États Membres devraient assurer une mobilisation efficace des ressources nationales et extérieures afin d'éliminer les épidémies de méningite et de réduire les incapacités liées à la méningite bactérienne ;

- e) **la parité entre les sexes et l'équité.** La mise en œuvre du présent cadre devrait être centrée sur l'accès équitable aux services pour tous sans exclusive, y compris les femmes, les enfants, les personnes déplacées, les réfugiés et les migrants ;
- f) **les droits humains.** Toutes les mesures de lutte contre la méningite devraient être fondées sur la promotion des droits humains dans l'accès aux services de prévention et de soins ; et
- g) **des interventions fondées sur des bases factuelles.** Des politiques, services et interventions reposant sur des bases factuelles serviront de boussole pour la mise en œuvre du présent cadre.

INTERVENTIONS ET MESURES PRIORITAIRES

Prévention et maîtrise des épidémies

30. **Atteindre et maintenir une couverture vaccinale élevée.** Les États Membres exposés au risque d'épidémie de méningite devraient introduire des vaccins contre *Neisseria meningitidis*, *S. pneumo* et *Hib*, et maintenir une couverture vaccinale élevée.

31. **Introduire de nouveaux vaccins efficaces et d'un prix abordable, notamment les vaccins contre *Neisseria meningitidis*, *S. pneumo* et *Hib*.** Les États Membres prioritaires devraient introduire de nouveaux vaccins efficaces et d'un prix abordable tels que le vaccin pentavalent conjugué (ACWXY), qui se trouve à un stade avancé de mise au point.

32. **Élaborer une politique reposant sur des bases factuelles pour la vaccination contre *Neisseria meningitidis*, *Streptococcus pneumoniae*, *Hib* et les streptocoques du groupe B.** Les États Membres devraient élaborer et mettre en œuvre des stratégies de vaccination appropriées pour rationaliser l'utilisation des vaccins et, à terme, accroître la protection au sein de la population.

33. **Élaborer et mettre en œuvre des stratégies adaptées au contexte pour prévenir l'infection par les streptocoques du groupe B chez les nourrissons.** Les États Membres devraient élaborer des stratégies axées sur la prévention et la prise en charge de l'infection par les streptocoques du groupe B chez les nourrissons.

34. **Élaborer et améliorer les stratégies de prévention des épidémies et de riposte.** Les États Membres sont invités instamment à concevoir des outils d'orientation et à encourager l'utilisation des outils d'orientation mis au point par le Bureau régional de l'Afrique, qui englobent les modes opératoires normalisés pour la surveillance de la méningite et la lutte contre les flambées de cette maladie en Afrique.

Diagnostic et traitement

35. **Améliorer le diagnostic de la méningite à tous les niveaux de soins,** moyennant la mise au point et la diffusion de critères et outils de dépistage spécifiques à la Région pour chaque niveau du système de santé et, conformément à l'échelle de prise de décision requise, évaluer le rôle du prélèvement sanguin dans le diagnostic de la méningite puis améliorer la pratique en temps voulu des ponctions lombaires tout comme le prélèvement et l'analyse des échantillons de sang et d'autres échantillons. Les systèmes de transport des échantillons des points de prélèvement jusqu'aux laboratoires de référence devraient être renforcés.

36. **Mettre au point des tests de diagnostic pour tous les niveaux de soins et en favoriser l'accès.** Il est nécessaire que les États Membres se dotent de capacités de laboratoire solides pour la confirmation des agents pathogènes, couplées à des infrastructures et à un plateau technique adaptés, sans oublier un personnel de laboratoire formé. Il est important d'utiliser de nouveaux tests

de diagnostic rapide très performants, d'un coût abordable et qui donnent des résultats précis en très peu de temps.

37. **Élaborer et mettre en œuvre une stratégie spécifique au contexte pour combattre les streptocoques du groupe B.** Les États Membres devraient établir la situation de l'infection par les streptocoques du groupe B, formuler des politiques et des stratégies de lutte axées sur le diagnostic, le traitement et les soins, et qui ciblent particulièrement les femmes et les nourrissons.

38. **Proposer des stratégies adaptées au contexte pour réduire les séquelles, les décès et la résistance aux antimicrobiens.** Les protocoles de prise en charge des cas de méningite à l'aide d'antibiotiques et de traitements d'appoint appropriés devraient être actualisés et diffusés dans tous les établissements de santé, à tous les niveaux. Cette action devrait être complétée par le prépositionnement de médicaments et d'autres produits de prise en charge des cas, surtout pendant la saison épidémique, et par la mise en œuvre d'un programme pour le bon usage des antimicrobiens.

39. **Accroître la disponibilité et l'accès à des soins et à un soutien appropriés pour les personnes touchées par la méningite.** Les États Membres sont invités à procéder à une évaluation complète des services et des systèmes de soutien disponibles non seulement pour les personnes handicapées, y compris celles qui présentent des séquelles de la méningite, mais aussi pour les familles et pour les prestataires de soins. Cette évaluation devrait être suivie par l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme de renforcement des capacités s'articulant notamment autour d'une formation appropriée des professionnels de santé et des travailleurs communautaires dans des domaines tels que la détermination et la prise en charge en temps voulu du handicap et du deuil.

Surveillance de la maladie

40. **Veiller à l'efficacité des systèmes de surveillance de la méningite.** Les États Membres doivent étudier la possibilité de faciliter la surveillance intégrée des maladies et la riposte afin de faciliter la transmission rapide des données. La capacité des laboratoires en matière de tests diagnostiques, caractérisation moléculaire comprise, et en matière d'analyse de la résistance aux antimicrobiens, doit être renforcée pour que la surveillance soit efficace. Le partenariat avec les centres collaborateurs de l'OMS et les laboratoires de référence est primordial pour établir un réseau génomique mondial pour les agents pathogènes de la méningite.

41. **Concevoir et mettre en œuvre des enquêtes et des études pour déterminer la charge due aux séquelles.** Il est nécessaire pour les États Membres de mettre en place ou de renforcer les politiques et les services d'évaluation des séquelles, de traitement, de réadaptation et de suivi, y compris dans les communautés.

Plaidoyer et participation

42. **Assurer l'engagement et la participation des partenaires et des décideurs.** Les États Membres devraient œuvrer de concert avec l'ensemble des parties prenantes non seulement pour réaliser une évaluation des besoins de base en ce qui concerne la méningite et son impact, mais aussi pour établir des plans d'action nationaux qui comblent les lacunes existantes tout en étant alignés sur la stratégie régionale et qui tiennent compte des répercussions de la pandémie de COVID-19.

43. **Favoriser la sensibilisation et l'information de toutes les populations sur la méningite.** Les États Membres devraient assurer une communication intégrée qui accroît la sensibilisation des populations au risque de méningite. La Journée mondiale de lutte contre la méningite et la Journée

internationale des personnes handicapées sont des occasions, parmi d'autres, de sensibiliser et d'informer les populations sur les causes et les effets de la méningite.

44. **Maintenir une confiance élevée dans les vaccins.** Il convient d'élaborer des stratégies de communication sur les risques et de traiter les questions d'accès, d'acceptation et de création d'une demande de vaccins. Ces stratégies devraient être complétées par un plan de communication sur les risques et les crises pour les vaccins nouveaux et existants, y compris les vaccins contre la COVID-19, afin de remédier à une éventuelle communication inexacte sur les effets indésirables de ces vaccins.

Suivi et évaluation

45. **Assurer le suivi et l'évaluation.** Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique mettra au point des outils de suivi et d'évaluation et fera rapport tous les deux ans au Comité régional sur l'application du cadre régional.

MESURES À PRENDRE PAR LE COMITÉ RÉGIONAL

46. Le Comité régional est invité à examiner et à adopter les mesures proposées.