OPT-MVAC

Optimising malaria vaccine uptake

Global Health EDCTP3

Co-funded by the European Union

This project (101160139) is supported by the Global Health EDCTP3 Joint Undertaking and its members

Project funded by

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Swiss Confederation

Federal Department of Economic Affairs, Education and Research EAER
State Secretariat for Education, Research and Innovation SERI

THE ACCESS AND DELIVERY PARTNERSHIP
New Health Technologies for TB, Malaria and NTDs

Sécurité & Pharmacovigilance : Initiative OPT-MVAC Plan d'action stratégique et accompagnement sur mesure pour 14 pays partenaires

ReSaG 4 - Juin 2026

Pr Bouchra Meddah

RABAT COLLABORATING CENTER
Rabat Collaborating Center
for strengthening Pharmacovigilance

LUXEMBOURG INSTITUTE OF HEALTH

UNIVERSITÉ IBA DER THIAM DE THIÈS

UNIVERSITÉ CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR

European Vaccine Initiative

TDR For research on diseases of poverty
UNICEF · UNDP · World Bank · WHO

MMV Medicines for Malaria Venture

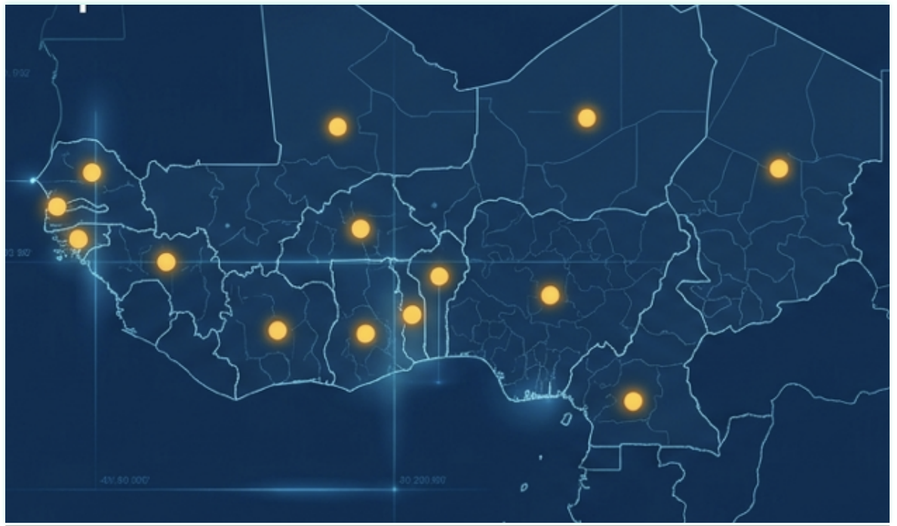
LONDON SCHOOL of HYGIENE &TROPICAL MEDICINE

Le défi de la pharmacovigilance: entre objectifs et réalités

La Mission du Work Package 4 (RCC Rabat)

1-Surveiller le profil de sécurité du vaccin antipaludique

2- Saisir cette opportunité pour renforcer les système de pharmacovigilance



Résultats pas encore palpables !
au bout d'une année

OPT-MVAC

L'Ancrage de la Pharmacovigilance sur le Terrain

Face à l'hétérogénéité de maturité en pharmacovigilance observée au sein des 14 pays, nous préconisons un soutien différencié et sur-mesure.

Stratégie Ciblée Pays par Pays

Approche personnalisée pour répondre aux spécificités de chaque nation partenaire, assurant une intégration locale optimale.

Diagnostic Individualisé

Analyser en profondeur les besoins pour remédier et renforcer les activités de pharmacovigilance de manière rationnelle et gagnante.

OPT-MVAC

Objectif de l’approche

Général:

Garantir la sécurité des patients par le renforcement durable des systèmes nationaux de pharmacovigilance, en proposant un accompagnement technique spécifique et adapté aux capacités opérationnelles de chaque pays partenaire de l’initiative OPT-MVAC .

Spécifiques:

- Définir la situation de la PV dans chaque pays.
- Présenter les pistes possibles pour le développement de la PV.
- Présenter les ressources disponibles pour le renforcement de la PV (OPT-MVAC et autres)
- Définir une feuille de route pour le développement de la PV.

OPT-MVAC

Méthodologie de l’approche

Webinaire par pays

- Session intensive de 90 minutes.
- Transformation des diagnostics locaux en un plan d'action.

Co-signature Institutionnelle

Le plan d'action doit être signé par :

- Le Point Focal National (ministère).
- Le représentant OPT-MVAC.
- **le Rabat CC.**

Déblocage des fonds

- **Cadence haute :** Rotation de deux pays par semaine.

OPT-MVAC

Webinaire par pays 1/2

Durée
90 Minutes

L’Audience Cible par Pays

Coordination & Santé

Coordination : Point focal pays pour le projet OPT-MVAC.

Programmes de Santé : 1 Représentant du PEV et 1 Représentant du PNLP (Malaria).

Pharmacovigilance (PV)

4 à 6 Représentants :

- Niveau National
- Niveau Régional

Praticiens de terrain

3 Représentants : Prescripteurs et notificateurs (Médecin ou Infirmier chef de service).

NB: *Priorité aux participants impliqués dans les activités de PV dans le cadre du projet OPT-MVac*

OPT-MVAC

Webinaire par pays 2/2

Programme

Phase 1

- **État des lieux et diagnostic**

Objectif : Valider la cartographie actuelle de la PV pour le pays.

-Présentation : Situation de la PV nationale

-Synthèse des acquis : Retours d'expérience (Rabat et Dakar).

-Analyse Vigiflow : Volume, qualité et délais de transmission.

-Forces & Améliorations : Goulots d'étranglement identifiés.

- **Interaction avec le pays**

OPT-MVAC

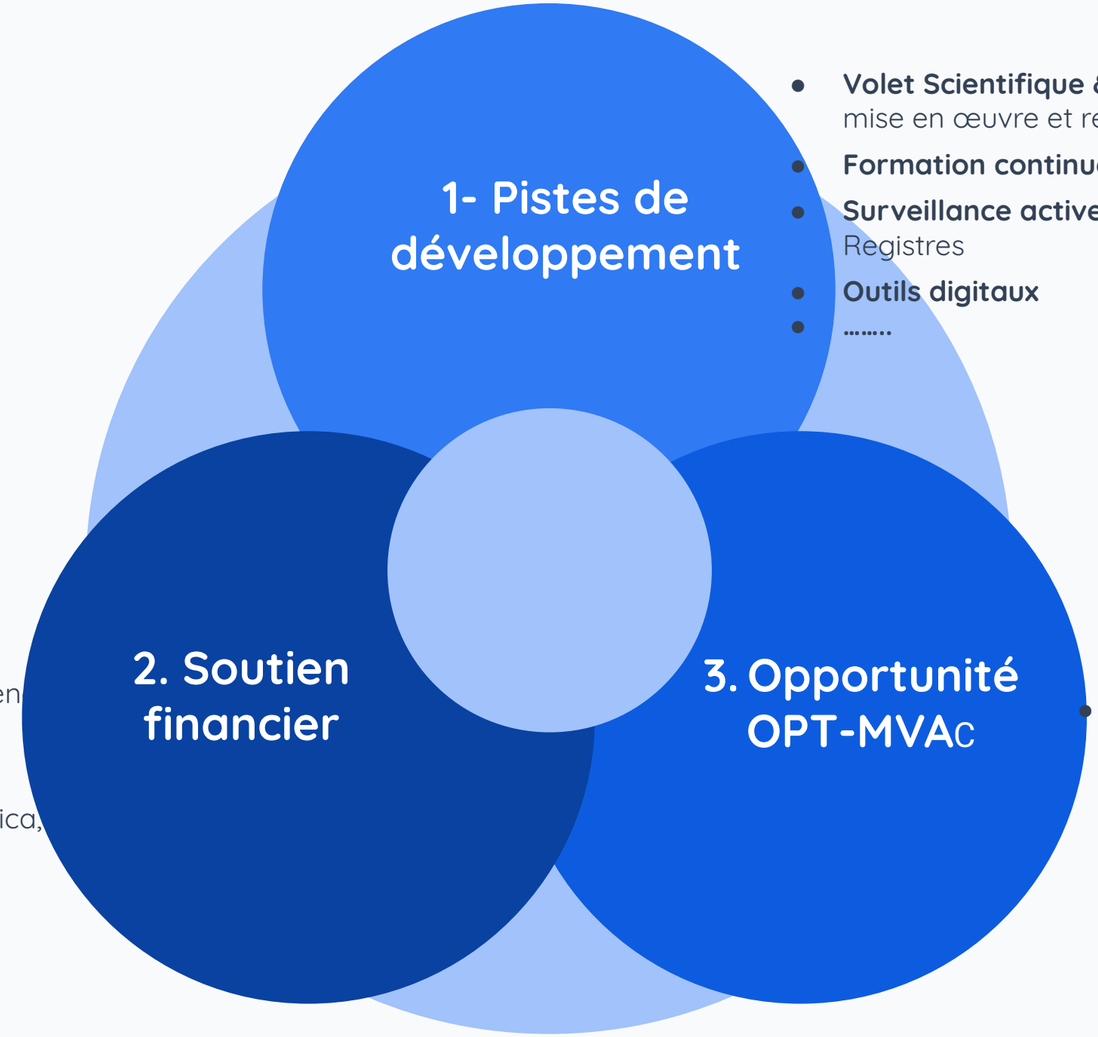
Webinaire par pays 2/2

3-Programme

Phase 2

Levier de soutien

Objectif : Présenter les ressources disponibles pour le renforcement de la PV



- **Volet Scientifique & Études :** Études de mise en œuvre et recherches qualitatives
- **Formation continue :** Focus PV
- **Surveillance active :** CEM, Sentinelles, Registres
- **Outils digitaux**
- ……..

Advocacy budgétaire :

- Ministère de la Santé, Agen Programmes….

Partenaires ONG :

- OMS, TDR, DNDI, CDC Africa, AMA…..

- Intégrer les composantes du projet et optimiser les 10 000 € réservés à la PV.

OPT-MVAC

Webinaire par pays 2/2

3-Programme

Phase 3

Co-construction de la feuille de route

Objectif : Prioriser les besoins.

Interaction avec le pays :

- Divers pistes de développement de la PV
- Priorisation des pistes de renforcement

Le Calendrier proposé de Déploiement Opérationnel Juin - Juillet 2026

30 Juillet 2026 : Date Limite

Finalisation des signatures ministérielles et déblocage effectif de l'intégralité des fonds.

Semaine 1	Semaine 2	Semaine 3	Semaine 4	Semaine 5	Semaine 6	Semaine 7
08 - 12 Juin	15 - 19 Juin	22 - 26 Juin	29 Juin - 03 Juil.	06 - 10 Juillet	13 - 17 Juillet	20 - 24 Juillet
Tchad	Guinée	Niger	Bénin	Burkina Faso	Cameroun	Ghana
Guinée-Bissau	Gambie	Togo	Mali	Sénégal	Côte d'Ivoire	Nigéria

OPT-MVAC

L’Écosystème de Sécurité:Synthèse et Perspectives

L’Impact Global : Autonomie & Surveillance Globale

Des systèmes nationaux robustes qui contribuent activement à la base VigiBase, garantissant de manière pérenne la sécurité des 14,5 millions de doses déployées.

La Synergie Locale

Ancrage institutionnel fort à travers :

- **PEV :** Programme Élargi de Vaccination
- **PNLP :** Programme National de Lutte contre le Paludisme
- **SNPV :** Système National de Pharmacovigilance

Sécurité à long terme des populations.

Action Intersectorielle

La collaboration étroite transforme les besoins identifiés en renforcements structurels durables.

L’Agilité Stratégique

L'Appui OPT-MVAC :

Les plans d'action co-signés et l'enveloppe de 10 000 € assurent une exécution immédiate.

OPT-MVAC

L'Architecture de Gouvernance: RCC Rabat

Le Leader Stratégique (Manager Rachida Soulaymani -Najib Haoudi)

Rôle : Supervision globale et alignement avec les impératifs OPT-MVAC.

Le Leader du Projet d'Accompagnement (Bouchra Meddah)

Rôle : Pilotage du déploiement « pays par pays ».
Responsabilités : Garantie de la méthodologie, respect du calendrier de rotation, et les livrables.

L'Équipe Technique (Saadia Skalli, Ghita Benabdallah, Hind Hamzaoui)

Rôle : Élaboration du socle scientifique et opérationnel.
Actions : Réalisation des diagnostics pré-réunion (extractions VigiBase), conception des supports, et mobilisation des parties prenantes.

OPT-MVAC

OPT-MVAC

Optimising malaria vaccine uptake

Global Health EDCTP3

This project (101160139) is supported by the Global Health EDCTP3 Joint Undertaking and its members

Co-funded by the European Union

Project funded by

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Swiss Confederation

Federal Department of Economic Affairs, Education and Research EAER
State Secretariat for Education, Research and Innovation SERI

THE ACCESS AND DELIVERY PARTNERSHIP
New Health Technologies for TB, Malaria and NTDs

Surveillance des EIPV(MAPI) dans les 14 pays OPT-MVAC

OPT-MVAC Consortium Meeting
ReSaG Juin 2026

Pr Rachida Soulaymani

RABAT COLLABORATING CENTER
Rabat Collaborating Center for strengthening Pharmacovigilance

LUXEMBOURG INSTITUTE OF HEALTH

UNIVERSITÉ IBA DER THIAM DE THIÈS

UNIVERSITÉ CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR

European Vaccine Initiative

TDR For research on diseases of poverty
UNICEF · UNDP · World Bank · WHO

MMV Medicines for Malaria Venture

LONDON SCHOOL of HYGIENE &TROPICAL MEDICINE

Plan de la présentation

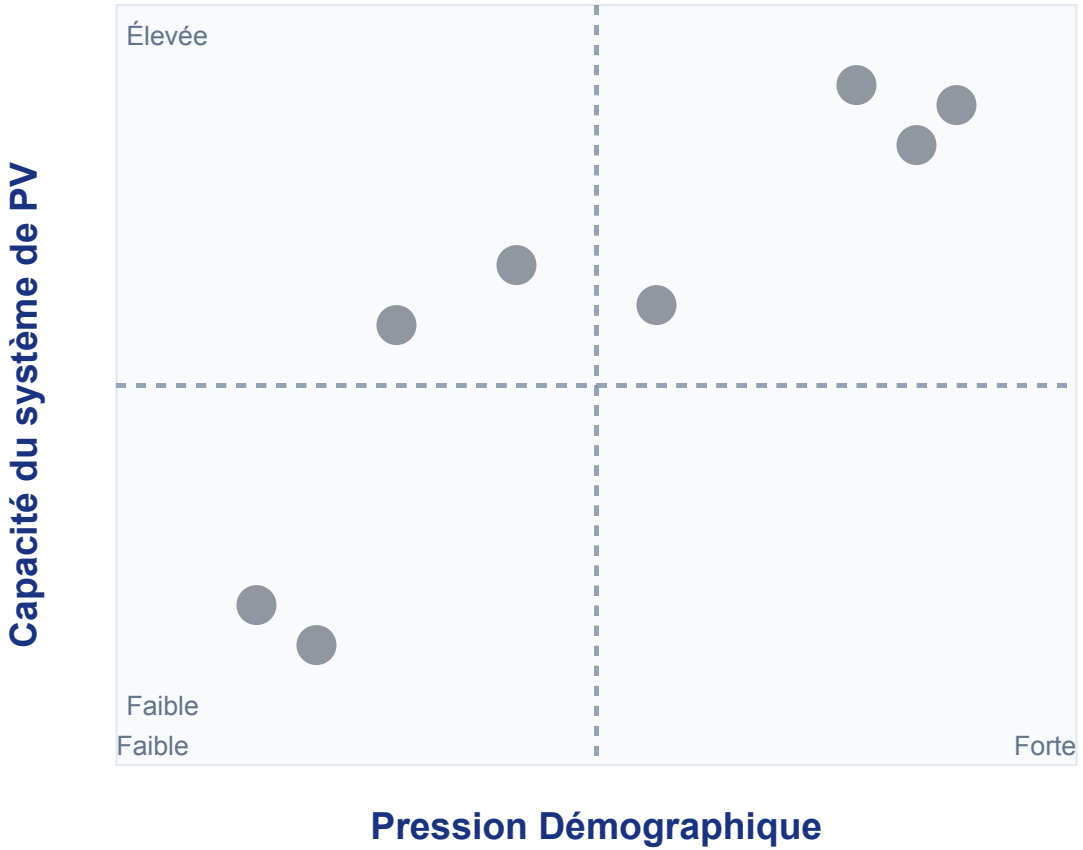
Analyse comparative

Enquête terrain

Recommandations

L'introduction des vaccins RTS et R21 représente une avance historique. Toutefois le succès de cette campagne repose sur une **condition absolue** : la capacité des systèmes nationaux de pharmacovigilance à détecter, investiguer et gérer les EIPV (MAPI), le rôle du WP4 est de **consolider ce filet de sécurité**.

Segmentation des 14 pays :
Selon l’axe capacité PV vs pression démographique



Groupe A (Haute Capacité, Forte Pression)

Nigeria, Ghana, Côte d’Ivoire, Cameroun. Des ressources structurelles importantes, mais une pression massive (ex: Nigeria avec 232 millions d'habitants).

Groupe B (Émergence & Intégration)

Sénégal, Burkina Faso, Mali, Bénin, Togo, Niger. Progression notable grâce à la vaccination de routine et une intégration intermédiaire.

Groupe C (Fondations Fragiles)

Gambie, Guinée, Guinée-Bissau, Tchad. Petites populations ou densités très faibles (Tchad : ~ 15 hab/km²), systèmes récents et fortement dépendants.

OPT-MVAC

Groupe A : Le paradoxe des géants institutionnels

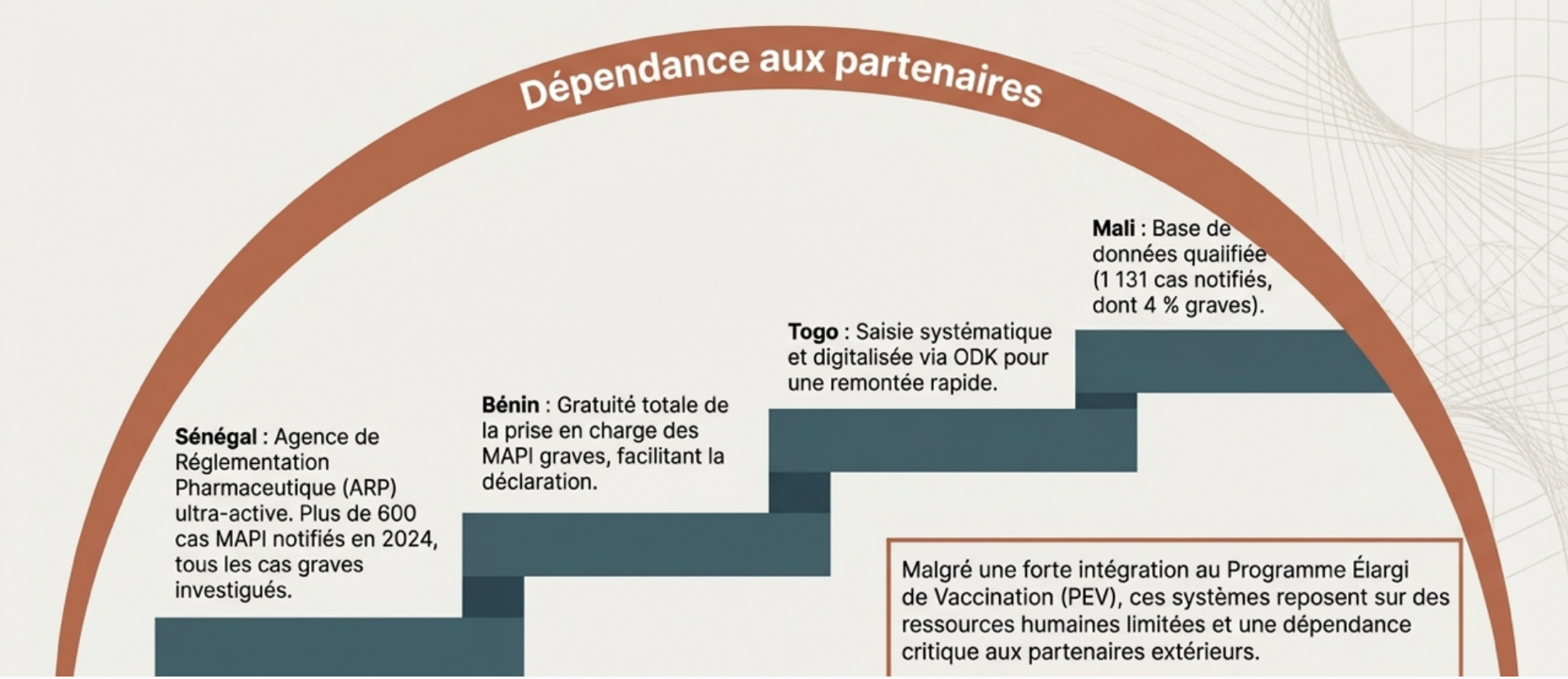
Les Fondations Solides

- **Agences structurées :** FDA Ghana et NAFDAC Nigeria comme modèles régionaux.
- **Culture PV établie :** Le Ghana est pionnier du PIDM depuis 2001, ancrant une expertise durable.
- **Surveillance active :** Succès du RTS,S au Ghana avec 2 361 AEFI suivis, dont 98% via une détection proactive.

Les Failles Opérationnelles

- **Le paradoxe Ivoirien :** Malgré un organigramme exhaustif incluant des cliniciens, seulement 28 cas de MAPI notifiés.
- **Sous-notification critique :** Un décalage flagrant entre les structures théoriques et la réalité du terrain.
- **Défi Démographique :** Une incapacité à capter les signaux au regard d'une population colossale.

Groupe B : Emergence par l'intégration fonctionnelle



Groupe C : Des fondations sous perfusion

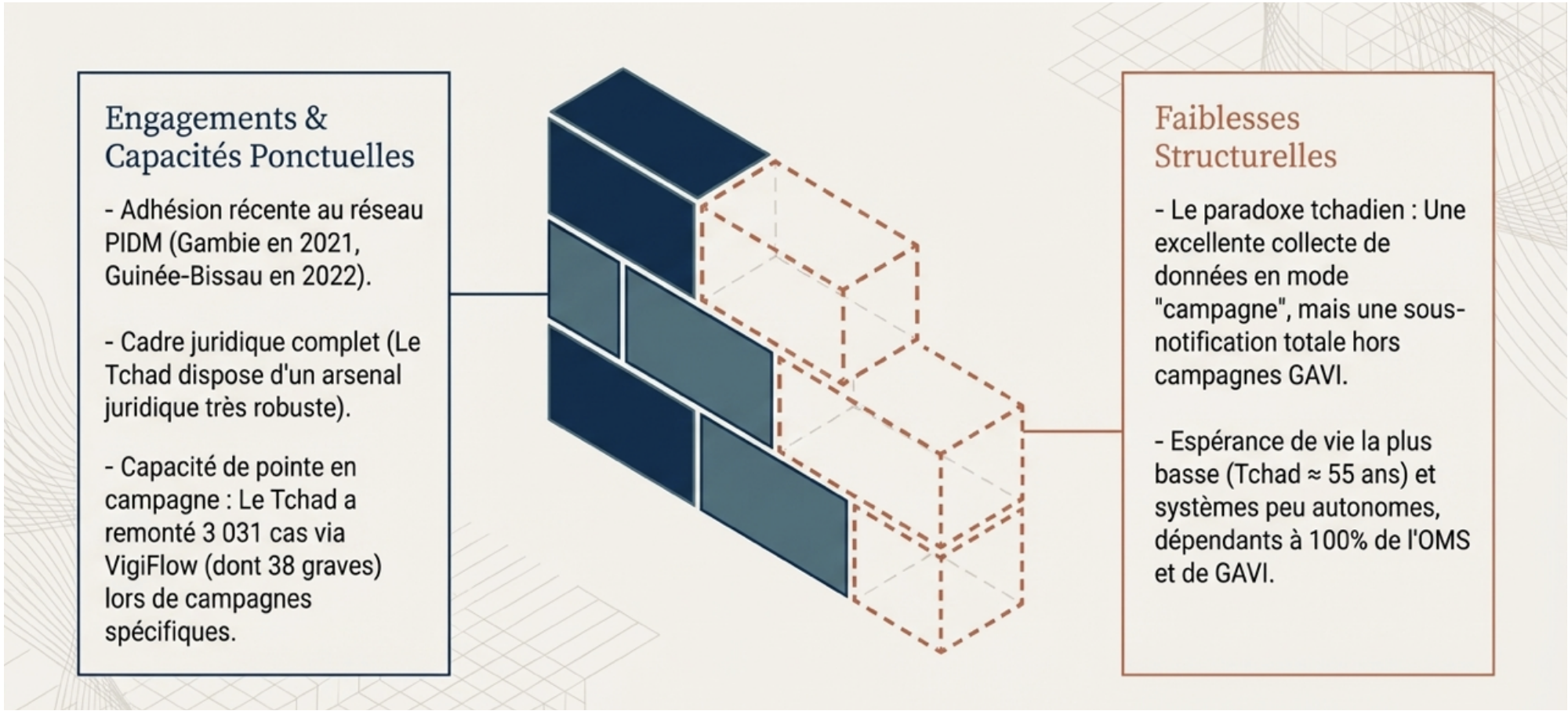


Tableau de bord diagnostique:

Pays	Cadre Juridique	Digitalisation (ODK/DHIS2/Vigiflow)	Surveillance Active	Synergie PV-PEV-Palu
Ghana	●	●	●	◐
Sénégal	●	◐ (Fragmenté)	◐	●
Côte d'Ivoire	●	◐	○	●
Tchad	●	◐ (DHIS2 incomplet)	○	○
Niger	●	◐	○ (Ponctuelle)	◐

L'hétérogénéité des dispositifs exige une approche sur mesure; aucun pays ne présente un profil de maturité parfait sur l'ensemble des piliers opérationnels.

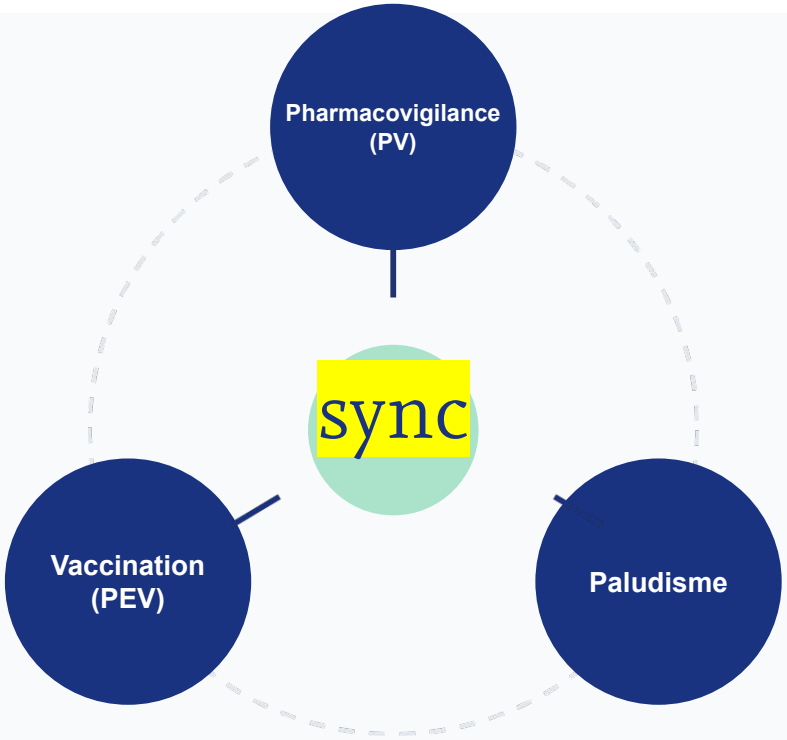
OPT-MVAC

Le Défi des Silos : L'impératif de la convergence

Zone de Convergence

Côte d'Ivoire, Gambie, Guinée-Bissau

- Intégration opérationnelle facilitée
- Forte proximité institutionnelle



Zones Silotées

Niger, Tchad

- Cloisonnement persistant entre entités
- Coordination irrégulière

"Un système de pharmacovigilance isolé ne peut en aucun cas sécuriser le déploiement massif d'un vaccin antipaludique. La synergie PV-PEV-Palu n'est pas une option d'optimisation, c'est une exigence de sécurité."

Vue d'ensemble des notifications EIPV

Base de données VigiBase™ - Période du 15 octobre 2025 au 15 mars 2026

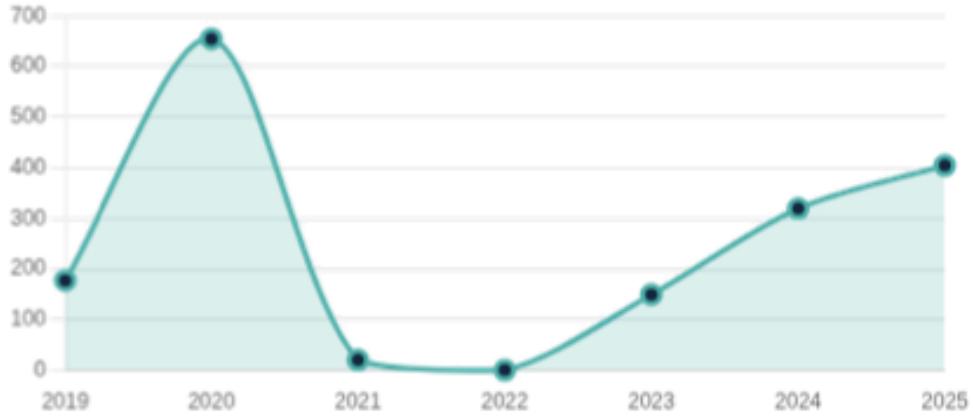
656
Cas totaux d'EIPV

Vaccin R21
83,6%
548 cas rapportés

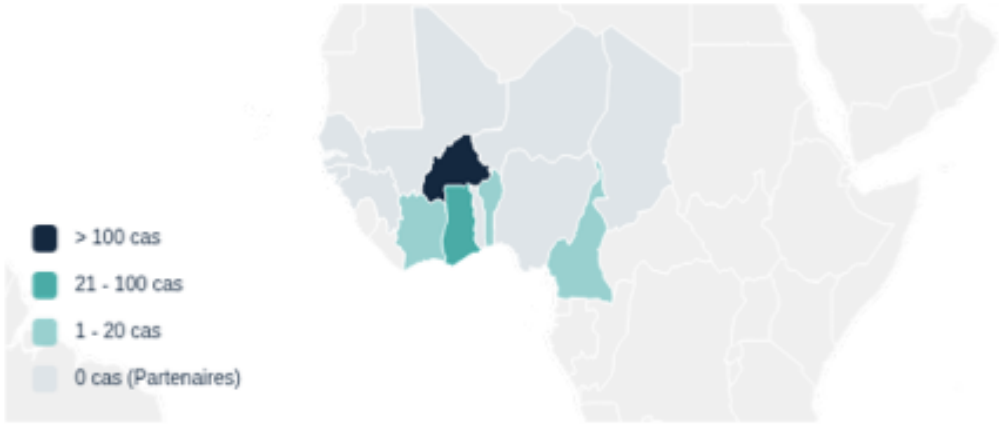
Vaccin RTS,S
16,4%
108 cas rapportés

Principal Pays
Burkina Faso (R21)
552 cas (84% du total)

Évolution temporelle des notifications (2019-2025)



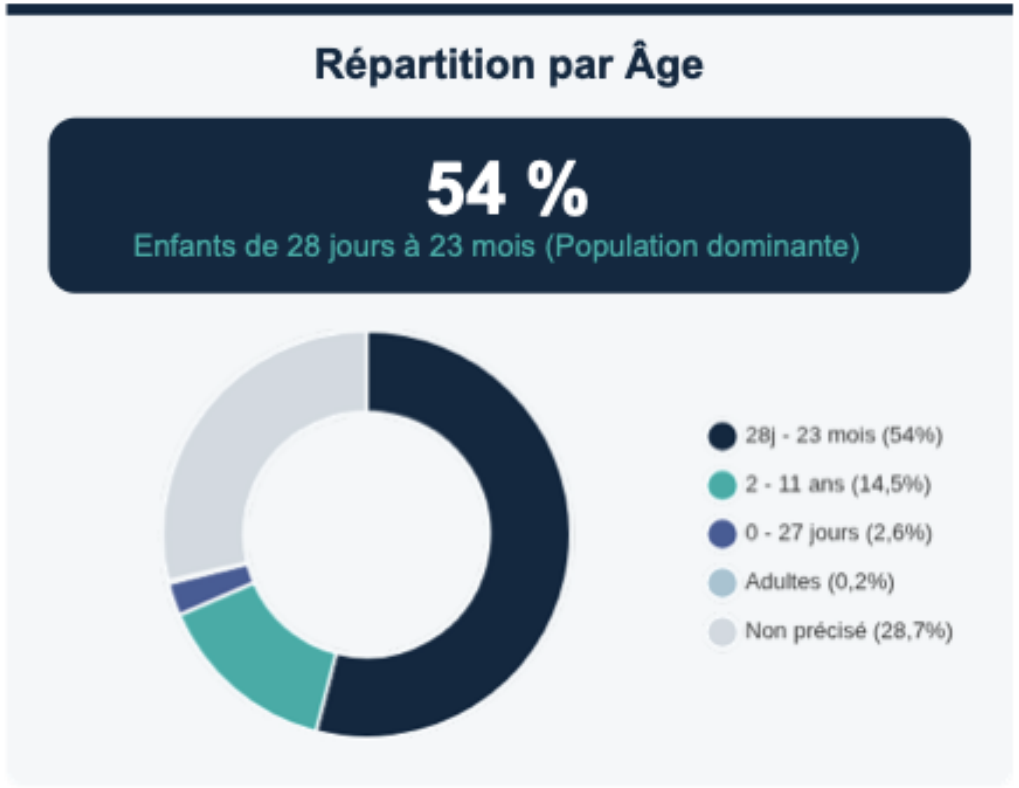
Répartition géographique des cas d'EIPV (Carte)

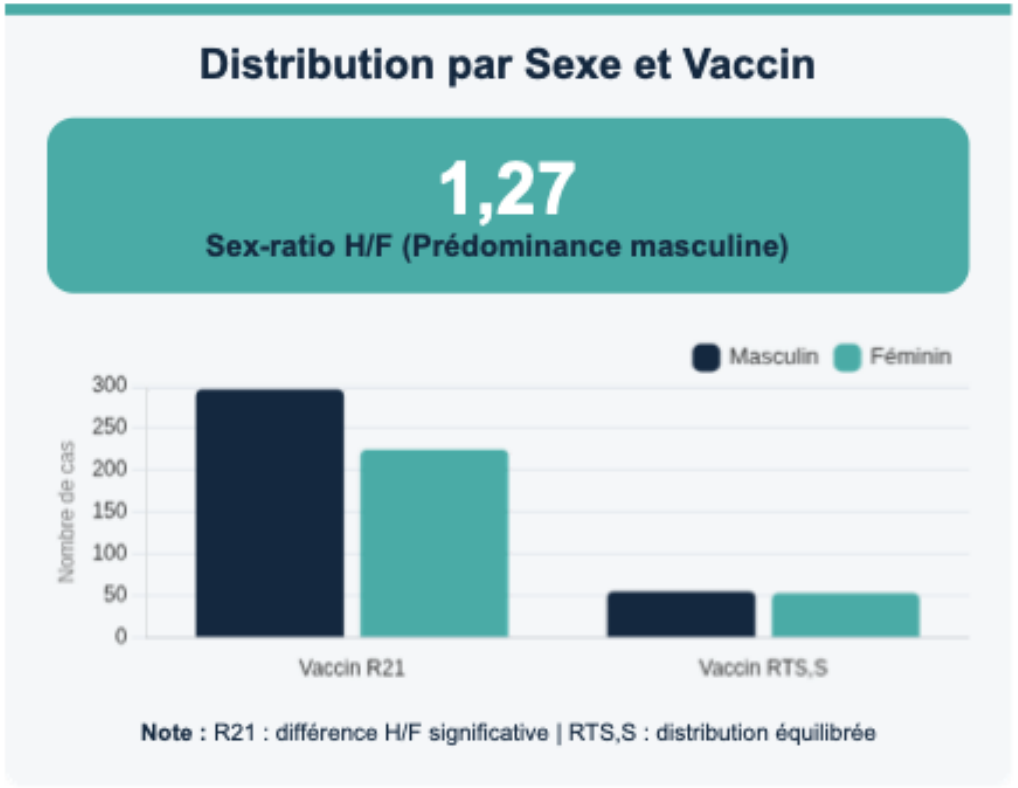


Attribution des vaccins (Pays partenaires) :
R21 : Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Tchad, Mali, Nigeria, Togo, Guinée
RTS,S : Ghana, Bénin, Cameroun, Niger

Profil démographique des cas EIPV

Analyse comparative de la répartition par âge, sexe et type de vaccin administré





Top des signes cliniques rapportés



Les causes profondes de l’immaturité des systèmes de pharmacovigilance

Absence de budget souverain

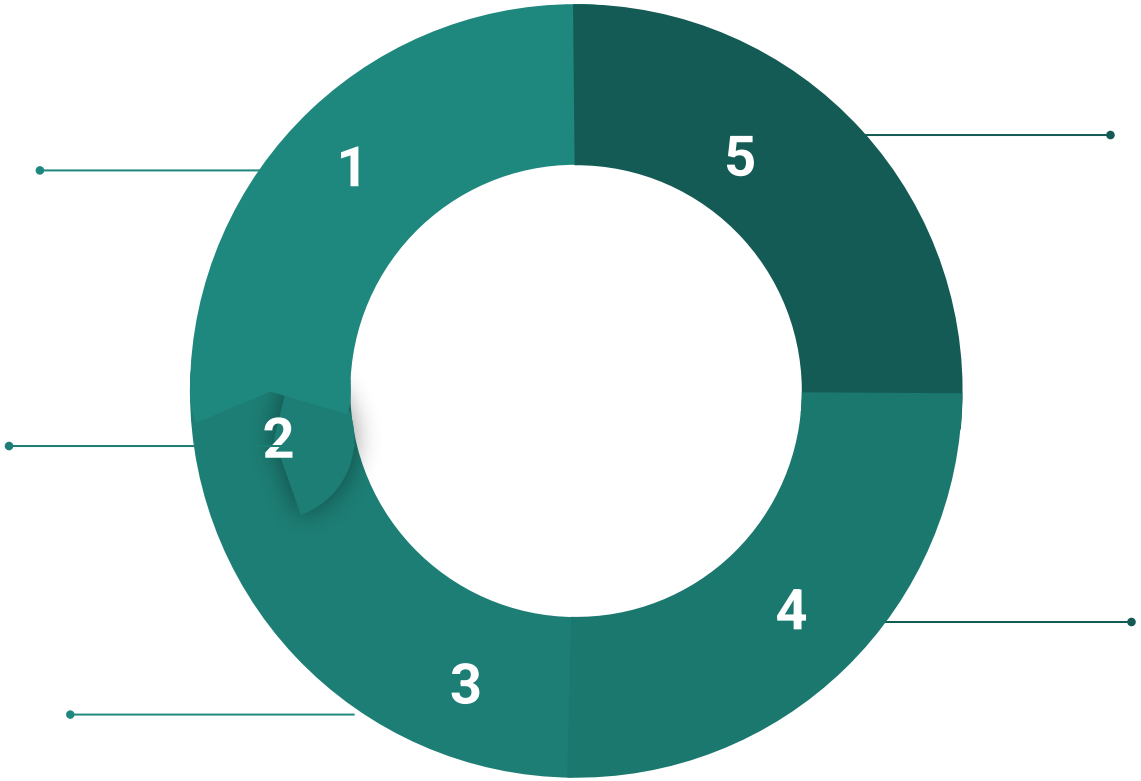
- Aucun budget national récurrent alloué à la PV

Fonctionnement en mode projet

- Dépendance totale aux cycle des subventions externes (Gavi, OMS,..)

Baisse de motivation

- Surcharge de travail, aucun incitatif pérennes pour les points focaux terrain



Sous-notification & données inexploitables

- Incapacité de mener des Investigations rapidement et indépendance.
- justifie le manque d'investissement national

Faible exploitation des notifications reçues

- Faible introduction des cas dans Vigiflow
- Pas de signal recherché
- Faible dynamique des comités techniques
- Culture de la gestion et de la minimisation du risque pas encore implanté

Recommandations Stratégiques pour le Renforcement Intégré de la Pharmacovigilance et de la Sécurité des Vaccins Antipaludiques

1 Renforcer la notification

- Simplifier & harmoniser les fiches de déclaration.
- Former les agents de santé à la détection, documentation & notification des MAPI.
- Mettre en place un feedback systématique aux déclarants.
- Sensibiliser cliniciens, vaccinateurs & superviseurs à la notification précoce.

2 Digitaliser & harmoniser les outils

- Assurer l'interopérabilité ODK – DHIS2 - VigiFlow.
- Intégrer des modules PV dans les systèmes nationaux d'information sanitaire.
- Accompagner les pays en transition vers la digitalisation.
- Promouvoir les applis mobiles (ex. Med Safety App).

3 Développer la surveillance active

- Déploiement de cohortes sentinelles pour les vaccins RTS,S/R21 dans les zones à forte transmission saisonnière.

Recommandations Stratégiques pour le Renforcement Intégré de la Pharmacovigilance et de la Sécurité des Vaccins Antipaludiques

4 Développer les compétences

- Mettre en place une formation continue en PV pour tous les acteurs (médecins, pharmaciens, infirmiers, superviseurs PEV).
- Renforcer les capacités des points focaux PV (central, régional, district).
- Développer des modules spécialisés en vaccinovigilance : MAPI, AESI, imputabilité, investigation.

5 Structurer les comités d'experts

- Standardiser les procédures d'imputabilité.
- Organiser des réunions régulières pour l'analyse des signaux.
- Mutualiser les expertises via un sous-groupe du ReSAG.
- Garantir la disponibilité d'experts (cliniciens, pharmaciens, épidémiologistes, toxicologues).

6 Coordination inter-programmes (PV – Palu – PEV)

- Mettre en place un comité technique tripartite.
- Déployer des actions conjointes : supervisions, formations, revues de cas, protocoles harmonisés.

MERCI

OPT-MVAC

Optimising malaria vaccine uptake

Project funded by

Global Health EDCTP3

Co-funded by the European Union

UK Research and Innovation

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Swiss Confederation

Federal Department of Economic Affairs, Education and Research EAER
State Secretariat for Education, Research and Innovation SERI

RESAG 3 Présentation du rapport OPT MVAC WP4-T4.3

Surveillance continue de la mise en œuvre de la pharmacovigilance dans la campagne de vaccination antipaludique

Période : 15 octobre 2025 → 15 mars 2026

S.SKALLI, R.SOULAYMANI

LUXEMBOURG INSTITUTE OF HEALTH

UNIVERSITE IBA DER THIAM DE THIES U.I.D.T

TDR For research on diseases of poverty
UNICEF · UNDP · World Bank · WHO

European Vaccine Initiative

MMV Medicines for Malaria Venture

LONDON SCHOOL of HYGIENE &TROPICAL MEDICINE

Plan de présentation

1. Sources de données

VigiBase™

source unique R3

Dashboard AMVIRA

(non disponible R3)

DLP : 15 mars 2026

2. Résultats & Analyse

1) Déploiement des vaccins

2) Descriptif des EIPV :

2.1 Indicateurs de notification
2.2 Analyse démographique
2.3 Signes cliniques et SOC

3) Analyse Focus EIPV graves

4) Comparaison Rapport 3 *versus* Rapports 1 & 2

3. Conclusion

Principaux résultats

Principaux signaux détectés



OPT-MVAC

1. Déploiement des vaccins RTS,S et R21

VigiBase™

Statut au 15 mars 2026

12 / 14 pays

ont introduit le vaccin antipaludique

6 pays RTS,S

Bénin
Burkina Faso
Cameroun
Ghana
Guinée-Bissau
Niger

6 pays R21

Côte d'Ivoire
Guinée
Mali
Nigeria
Tchad
Togo

Nouveauté R3 : Guinée-Bissau introduit RTS,S le 28 janvier 2026

2 pays restants : Gambie, Sénégal (non encore introduits)

Pays	Vaccin	Date d'implémentation
Bénin	RTS,S	25 avril 2024
Burkina Faso	RTS,S	5 février 2024
Cameroun	RTS,S	22 janvier 2024
Côte d'Ivoire	R21	15 juillet 2024
Gambie	*vaccin non encore introduit*	
Ghana	RTS,S	1er avril 2019
Guinée	R21	1er avril 2025
Guinée-Bissau	**RTS,S**	**28 janvier 2026**
Mali	R21	1er avril 2025
Niger	RTS,S	19 septembre 2024
Nigeria	R21	2 décembre 2024
Sénégal	*vaccin non encore introduit*	
Tchad	R21	25 octobre 2024
Togo	R21	1er septembre 2025

OPT-MVAC

2. Descriptif des EIPV

2.1 Indicateurs de notification

Données VigiBase™

EIPV antipaludiques

656

cas notifiés (3,6 % des EIPV totaux)

Vaccin R21

83,6 %

548 cas, devient majoritaire

Cas graves

2,7 %

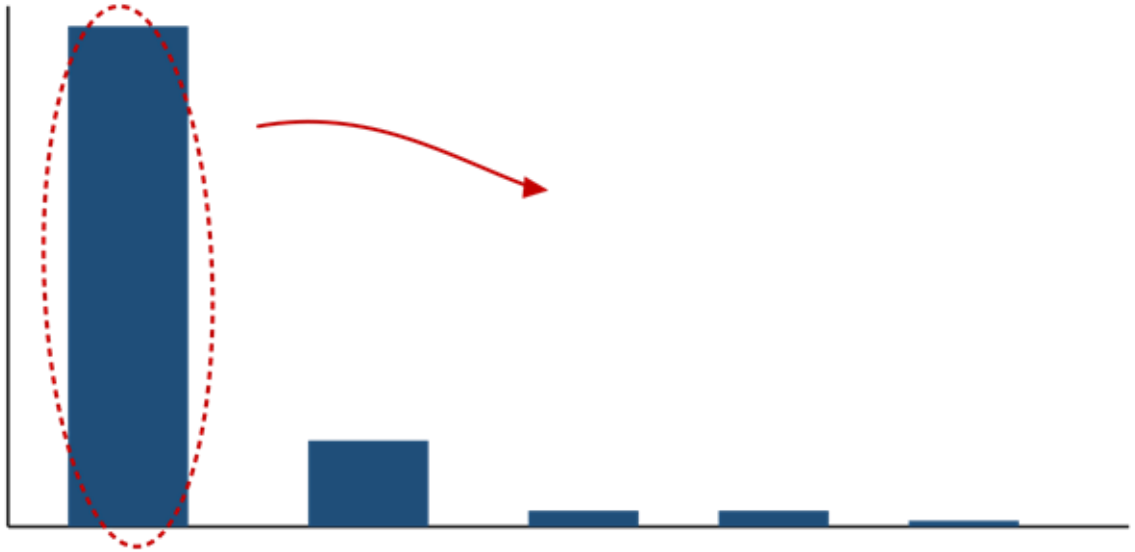
18 cas, 13 hospitalisations

Décès confirmés

2

0,3 % : Burkina Faso (R21)

Répartition des cas d'EIPV par pays



Faits marquants du semestre

Inversion du profil vaccinal :

R21 passe de 22,1 % (R2) à **83,6 %** (R3) des cas notifiés

→ *reflet du déploiement accéléré du R21 sur 2025*

Burkina Faso = 84 % des notifications

Concentration géographique forte, comparable au Ghana au R1

→ *système de notification très actif, vaccin R21*

Pays à 0 cas notifié : Niger, Tchad, Guinée-Bissau, Guinée, Mali, Nigeria, Togo

→ *sous-notification probable, à investiguer*

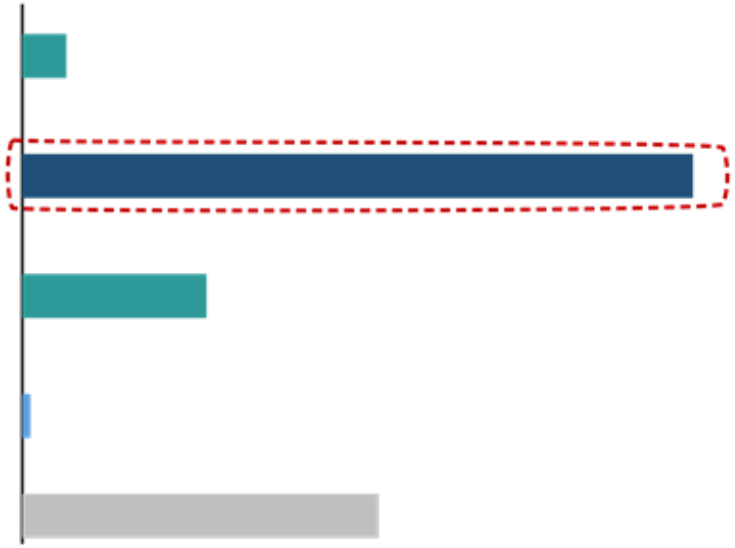
OPT-MVAC

2. Descriptif des EIPV

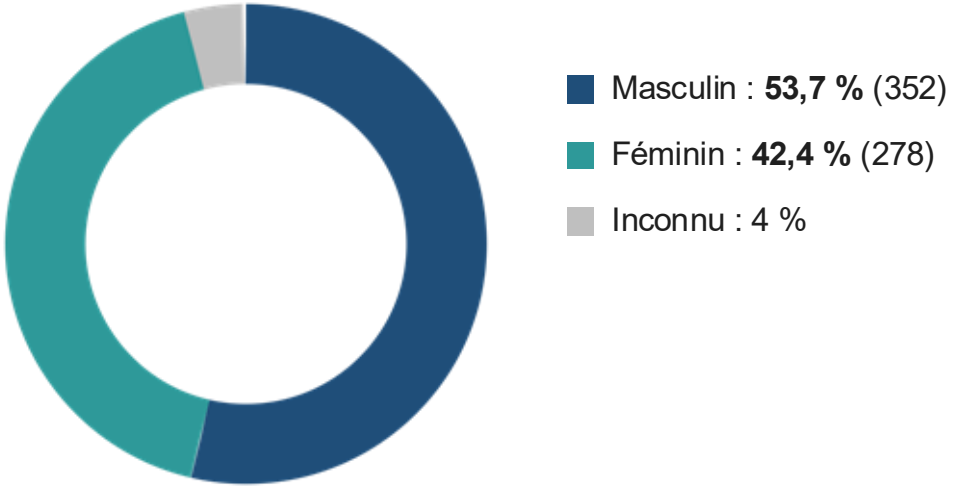
2.2 Analyse démographique des patients EIPV

Données VigiBase™

Répartition par tranche d'âge



Répartition par sexe



Cible vaccinale confirmée : 54 % des cas concernent les enfants de 28 j à 23 mois, cohérent avec le schéma OMS recommandé.

Sex-ratio H/F = 1,27 (sur 630 cas renseignés). Limite : 28,7 % des cas (188) avec âge non précisé.

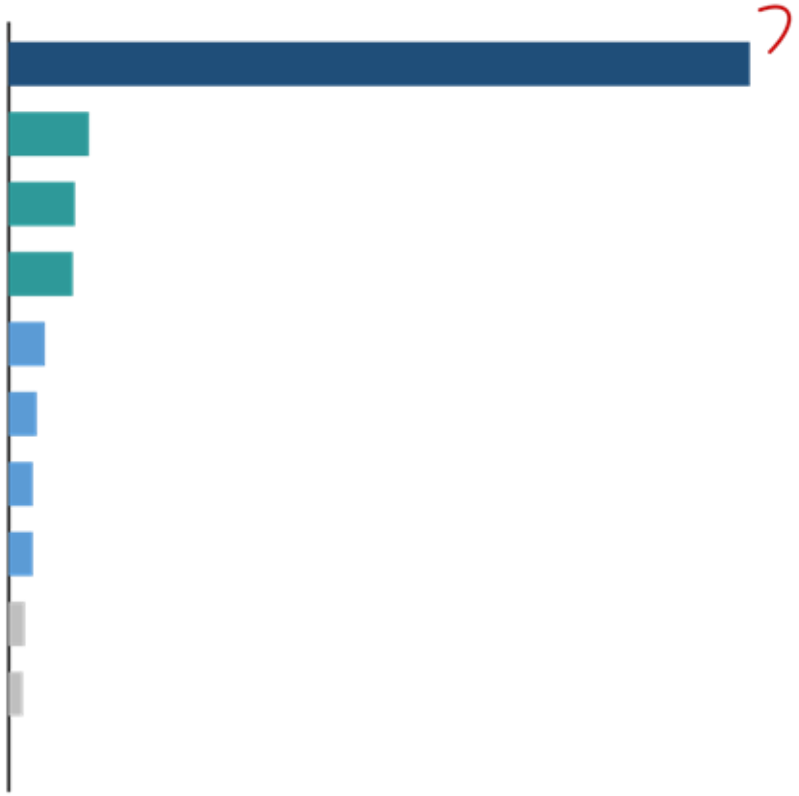
OPT-MVAC

2. Descriptif des EIPV

2.3 Signes cliniques et classification SOC

Données VigiBase™

Top 10 signes cliniques rapportés



Top 4 SOC (System Organ Class)

Système Organe Classe	Cas
Affections générales et anomalies au site d'administration	529
Infections et infestations	71
Affections gastro-intestinales	56
Affections respiratoires, thoraciques et médiastinales	27

3. Analyse des EIPV graves

Focus cas de décès

Données VigiBase™

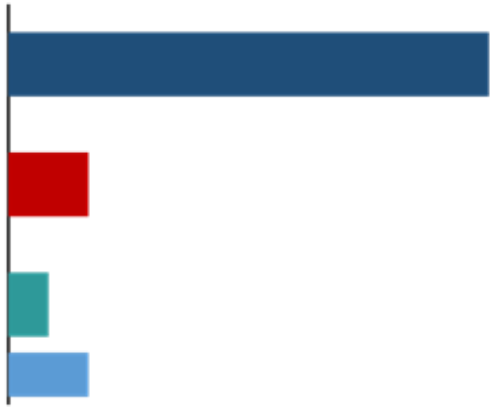
⚠ **18 cas graves (2,7 %) dont 2 décès (0,3 %), tous deux au Burkina Faso, sous vaccin R21**

Taux de gravité par vaccin

RTS,S
0,9 %
1 cas grave / 108

R21
3,1 %
17 cas graves / 548

Critères de gravité des 18 cas



Profil détaillé des 2 cas de décès

Cas 1 (notifié par un médecin)

Profil : garçon de 21 mois · vaccin R21

TTO : 5 à 6 mois après vaccination

Tableau clinique : fièvre, toux, rhinopharyngite, détresse respiratoire

Cas 2 (notifié par un pharmacien)

Profil : garçon de 6 ans · vaccin R21

TTO : jusqu'à 4 ans *(chronologie atypique, exposition sept. 2021)*

Tableau clinique : retard de croissance, pneumonie, anémie, otite, varicelle, noyade

> Aucune évaluation causale OMS. Données insuffisantes pour conclure à un lien causal avec le vaccin.

OPT-MVAC

Focus Cas 2 : pourquoi le lien causal
avec le vaccin R21 est très improbable

Données VigiBase™

1

Incohérence chronologique majeure ?

2

Délai d'apparition (TTO) atypique

Time To Onset = jusqu'à 4 ans
entre la vaccination et les événements rapportés

Totalement atypique pour un effet vaccinal. Les EI vaccinaux surviennent classiquement dans les jours / semaines qui suivent.

3

Cause de décès non vaccinale

Le tableau clinique du Cas 2 inclut une **noyade** parmi les événements rapportés

Cause externe / accidentelle, par nature non imputable à un vaccin antipaludique.

Conclusion du Rapport 3

« Informations disponibles insuffisantes pour conclure à une relation causale avec le vaccin. »
Une investigation clinique approfondie reste nécessaire (dossiers médicaux, contexte infectieux, traitements associés, documentation).

OPT-MVAC

4. Comparaison Rapport 1 *vs* Rapport 2 *vs* Rapport 3

Indicateur	Rapport 1	Rapport 2	Rapport 3
Période	01/04/2019 – 15/05/2025	15/05 – 15/10/2025	**15/10/2025 – 15/03/2026**
Sources de données	AMVIRA + VigiBase™	AMVIRA + VigiBase™	**VigiBase™ seul** (AMVIRA indisponible)
Pays RTS,S / R21	5 / 4 (9 pays actifs)	5 / 6 (11 pays) +Mali, Togo	**6 / 6 (12 pays) +Guinée-Bissau**
Total EIPV antipaludiques	2 558	208	**656 ↑ × 3,2 vs R2**
Répartition RTS,S / R21	99,1 % / 0,9 %	77,8 % / 22,1 %	**16,4 % / 83,6 %**
Pays dominant (notifications)	Ghana : 95,9 %	Bénin 40,8 % / Ghana 36 %	**Burkina Faso : 84,1 %**
Notificateur principal	Patients 44,8 %	Autres PS 57,7 %	**Médecins 61,0 %**
Gravité globale	20,3 %	16,3 %	**2,7 %** ↓ net
Décès (VigiBase)	25 (1,0 %) : tous Ghana / RTS,S	5 (2,4 %) : Ghana + Burkina	**2 (0,3 %) : Burkina / R21**

OPT-MVAC

Sources : Dashboard AMVIRA · VigiBase™ · DLP 15 mars 2026

Conclusion

1. Notifications

1) Forte hausse des notifications

208 (R2) ➜ **656** (R3) × 3,2

Le système monte en puissance

2) Bascule vaccinale

R21 : 22 % ➜ **83,6 %**

Reflet du déploiement 2025

3) Hétérogénéité géographique

Burkina F. = **84 %** des cas

7 pays à 0 cas : sous-notification

4) Notificateurs professionnalisés

Médecins : **61 %** (vs 9,3 % R0)

Qualité de notification améliorée

2. Signaux ⚠

2 DÉCÈS : Burkina Faso / R21

➜ Concentration : 100 % des décès Burkina Faso, vaccin R21

➜ 2 garçons : 21 mois et 6 ans

➜ TTO variable : 5-6 mois (cas 1) / jusqu'à 4 ans (cas 2)

➜ Aucune imputabilité OMS, lien causal non établi

Profil de tolérance globalement favorable. Gravité en nette baisse (20,3 % R0 ➜ 16,3 % R2 ➜ **2,7 % R3**).

Aucun signal de sécurité inattendu. Le suivi continu reste justifié.

DLP : 15 mars 2026

OPT-MVAC

OPT-MVAC

Optimising malaria vaccine uptake

Global Health EDCTP3

Co-funded by the European Union

UK Research and Innovation

Project funded by

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Swiss Confederation

Federal Department of Economic Affairs, Education and Research EAER
State Secretariat for Education, Research and Innovation SERI

This project (101160139) is supported by the Global Health EDCTP3 Joint Undertaking and its members

Questionnaire relatif à l'activité de Pharmacovigilance ReSaG 3

4 Juin 2026

LUXEMBOURG INSTITUTE OF HEALTH

UNIVERSITE IBA DER THIAM DE THIES U.I.D.T

TDR For research on diseases of poverty
UNICEF • UNDP • World Bank • WHO

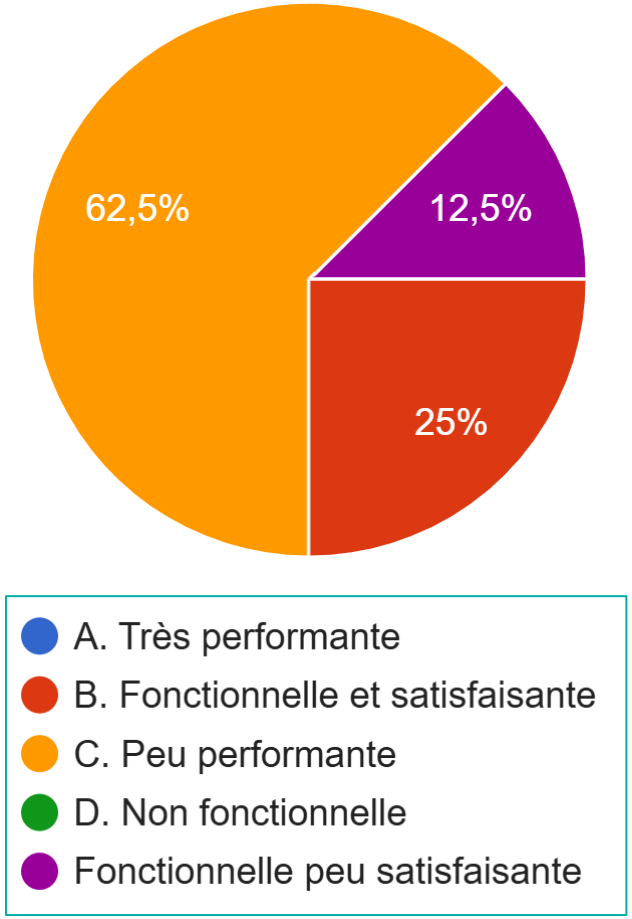
European Vaccine Initiative

MMV Medicines for Malaria Venture

LONDON SCHOOL of HYGIENE &TROPICAL MEDICINE

RABAT COLLABORATING CENTER Pharmacovigilance

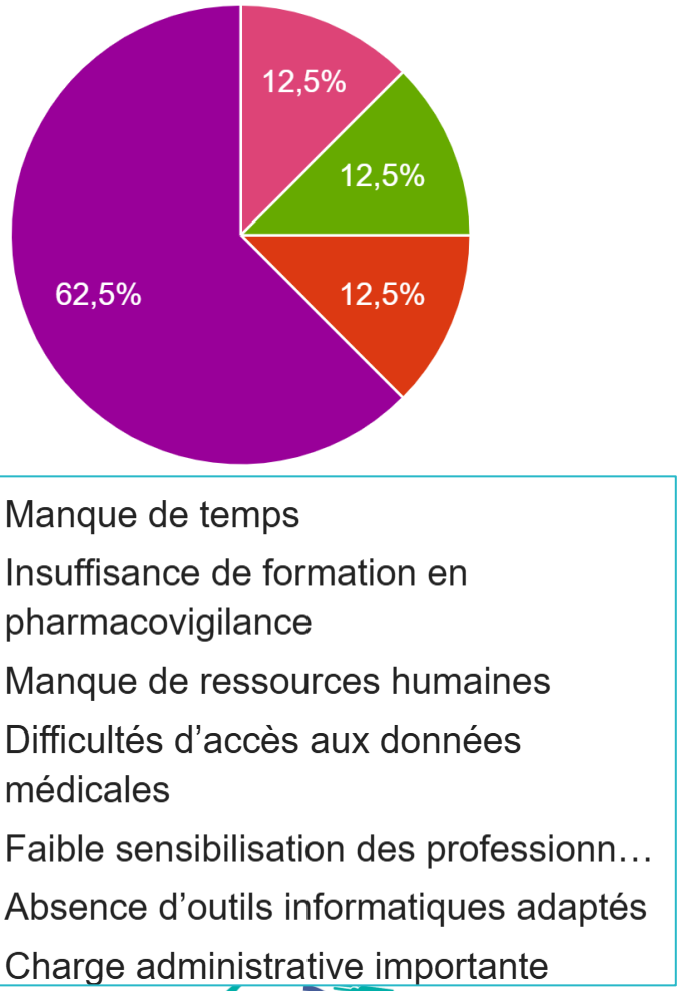
1 - Comment qualifiriez-vous votre activité de pharmacovigilance ? (8/14)



- Sous notification
- Déficit en formation
- Faible intégration PV dans prog. de santé
- Rotation du personnel
- Besoin de digitalisation
- Ressources limitées

OPT-MVAC

2 - Quels facteurs constituent un frein à votre activité de PV ? 6/14



- Insuffisance de formation
- Faible sensibilisation des professionnels de santé
- Faible intégration PV dans prog. de santé
- Manque de financement
- Systèmes d'information limités
  Besoin de digitalisation
- Difficultés de diffusion et de supervision

3 - Quels sujets ou problématiques souhaiteriez-vous voir abordés lors des prochains ReSaG ? 7/14

Renforcement des systèmes nationaux de PV
Financement

Analyse des cas
Détection des signaux
Vigibase, MedDRA, IA

Stratégies pour le renforcement des capacités

Engagement des parties prenantes

Intégration PV dans prog. de santé

Partage d'expérience:
Outils de notification
Digitalisation des circuits

Digitalisation

PV dans les essais cliniques

OPT-MVAC

Recommandations émanant du ReSaG 3

Thank you !


LUXEMBOURG
INSTITUTE
OF HEALTH


UNIVERSITE IBA DER THIAM DE THIES
U.I.D.T


LUX
MEA
LEX
SIGILLUM UNIVERSITATIS CHEIKH ANTA DIOP DAKARENSIS


TDR
For research on
diseases of poverty
UNICEF • UNDP • World Bank • WHO


European
Vaccine
Initiative


MMV
Medicines for Malaria Venture


LONDON
SCHOOL of
HYGIENE
&TROPICAL
MEDICINE


RABAT COLLABORATING CENTER
Pharmacovigilance