



2015
RAPPORT
D'ÉVALUATION
DU PLAN D'ACTION
MONDIAL POUR
LES VACCINS

GRUPE
STRATÉGIQUE
CONSULTATIF
D'EXPERTS SUR
LA VACCINATION

I RÉSUMÉ

Le Plan d'action mondial pour les vaccins (PAMV) a fixé des objectifs ambitieux mais atteignables en vue de sauver, grâce à la vaccination, des milliers de vies pendant la Décennie de la vaccination (2011-2020).

La Décennie de la vaccination n'est pas en voie de réaliser son potentiel réel. Des progrès satisfaisants ont néanmoins été accomplis dans certains pays, y compris ceux où vivent de nombreux enfants non vaccinés. **Ces améliorations isolées devront devenir la norme si l'on veut remettre le plan sur les rails.**

Les recommandations formulées dans le présent rapport concernent **deux problèmes majeurs** qui entravent les progrès de la Décennie de la vaccination.

- Tout d'abord, il est urgent de modifier les stratégies d'élimination du tétanos maternel et néonatal, de la rougeole et de la rubéole ainsi que leur mise en œuvre, et d'y affecter des ressources adaptées.
- Le cadre de suivi et d'évaluation du Plan d'action mondial pour les vaccins est doté de mécanismes de responsabilisation insuffisants, ce qui entrave les efforts déployés pour faire des buts du plan une réalité.

À ce stade décisif qu'est le milieu de la Décennie de la vaccination, le SAGE formule neuf recommandations axées sur ces grandes problématiques.

Pour améliorer la responsabilisation afin d'atteindre les objectifs du Plan d'action mondial pour les vaccins :

1. Les pays doivent avoir adopté des plans d'action nationaux pour les vaccins, conformes au PAMV et aux plans d'action régionaux pour les vaccins. Les Ministères de la Santé, des Finances et tous les autres ministères concernés, doivent démontrer leur leadership en établissant un processus annuel de suivi et de responsabilisation aux niveaux national et sous-nationaux. Ce processus de suivi devrait se faire par l'intermédiaire d'un organisme indépendant tel que, par exemple, le Groupe Technique Consultatif national sur la Vaccination (GTCV). Chaque pays devrait partager, chaque année, avec les bureaux régionaux de l'OMS, son rapport de suivi qui inclura le suivi du progrès réalisé pour l'atteinte des objectifs des plans mais aussi le partage des bonnes pratiques.
2. Une fois les plans d'action régionaux finalisés (d'ici à décembre 2015), les bureaux régionaux de l'OMS devront instaurer un processus annuel de revue des progrès par l'intermédiaire de leurs comités consultatifs techniques régionaux et en rendre annuellement compte aux comités régionaux. La première revue annuelle devrait être organisée au premier semestre de 2016 pour les pays ayant déjà un plan conforme au PAMV. Les rapports des comités régionaux de l'OMS doivent être communiqués chaque année au SAGE dans le cadre du processus de revue globale.
3. Les partenaires de développement aux niveaux mondial, régional et national devraient harmoniser leur appui aux pays pour renforcer leurs cadres de leadership et de responsabilisation et pour mettre en œuvre leurs plans nationaux. Cette harmonisation devrait inclure l'établissement et/ou le renforcement de mécanismes de coordination des partenaires à tous les niveaux.

4. Les agences du secrétariat de la décennie des vaccins devraient rendre compte au SAGE en 2016 des activités de soutien conduites dans les 10 pays où vivent la majorité des enfants non vaccinés et sous-vaccinés. Ce mécanisme de suivi annuel devrait inclure une discussion de ces rapports au sein des comités consultatifs techniques régionaux.

Pour remédier aux carences observées dans la mise en œuvre du PAMV s'agissant de certaines maladies en particulier

5. Étant donné l'insuffisance des progrès dans l'élimination du tétanos maternel et néonatal et le faible déficit de financement, l'OMS et l'UNICEF devraient organiser une réunion avec les partenaires mondiaux et les 21 pays restants afin de convenir d'un plan d'action, des ressources et des responsabilités respectives en vue d'atteindre l'objectif d'élimination au plus tard en 2017 et ensuite de mettre en place des stratégies pour maintenir l'élimination dans tous les pays.
6. Les partenaires de développement aux niveaux mondial, régional et national devraient aider les pays à obtenir les ressources nécessaires et à la mise en place effective de leurs plans d'élimination et stratégies de contrôle de la rougeole et de la rubéole. Les résultats de la revue à mi-parcours prévue pour 2016 du plan global d'élimination de la rougeole et de la rubéole, une fois adoptés par le SAGE, devraient être considérés pour la révision des plans et pour le suivi et le renforcement de la qualité de leur mise en application.

Pour améliorer la couverture vaccinale en particulier là où vivent de nombreux enfants non vaccinés et sous vaccinés

7. Les partenaires de développement aux niveaux mondial, régional et national devraient harmoniser leurs efforts afin d'aider les pays à vacciner plus d'enfants en renforçant leurs systèmes de soins et mettre en œuvre parallèlement des approches ciblées pour atteindre les enfants qui échappent constamment à la vaccination systématique, en particulier dans les pays où les taux de vaccination ou les taux sous-nationaux pour les pays à large population sont inférieurs à 80 % et les populations déplacées à cause de conflits (à la fois les populations déplacées dans leur propre pays et les réfugiés).
8. L'OMS devrait donner des orientations aux pays et aux partenaires sur la mise en œuvre des programmes de vaccination et des stratégies de vaccination pendant les situations de conflit et de perturbation chronique.

Le rapport de suivi du SAGE de 2016 servira aussi comme revue du progrès à mi-parcours de la décennie des vaccins, aussi le SAGE recommande :

9. que ce rapport soit présenté au Forum Mondial économique mondial de Davos, là même où la décennie des vaccins a été lancée. Ce rapport de 2016 devra notamment mettre en exergue les activités qui ont été des éléments clés de succès aux niveaux globaux, régionaux et nationaux.

TABLE DES MATIÈRES

1. LA DÉCENNIE DE LA VACCINATION : À MI CHEMIN	6
2. OÙ SONT LES POPULATIONS NON VACCINÉES ?	7
3. CIBLES POUR LES MALADIES : DÉFIS ET POSSIBILITÉS	10
4. DES SUCCÈS QUI POURRAIENT DEVENIR LA NORME	12
5. FACTEURS COMMUNS AUX SUCCÈS	14
6. LEADERSHIP ET RESPONSABILISATION : LA VOIE À SUIVRE	16
7. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	20
ANNEXE 1 : MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL SUR LA DÉCENNIE DE LA VACCINATION DU GROUPE STRATÉGIQUE CONSULTATIF D'EXPERTS (SAGE) SUR LA VACCINATION	22
ANNEXE 2 : MEMBRES DU GROUPE STRATÉGIQUE CONSULTATIF D'EXPERTS (SAGE) SUR LA VACCINATION	29

1. LA DÉCENNIE DE LA VACCINATION : À MI CHEMIN

Tous les pays se sont engagés en faveur des buts et des stratégies du Plan d'action mondial pour les vaccins en vue d'éliminer le tétanos maternel et néonatal, la rougeole, le syndrome de rubéole congénitale et la poliomyélite ; de libérer tous les enfants, où qu'ils vivent, des maladies évitables par la vaccination ; et d'examiner comment les vaccins pourraient sauver plus de vies.

Il y a un an, le SAGE publiait un rapport où il critiquait l'insuffisance des progrès accomplis vers les buts du Plan d'action mondial pour les vaccins. On ne saurait s'attendre à des changements importants pour les principaux indicateurs, non seulement la collecte de données suppose un décalage temporel, mais le changement prend du temps. Comprendre, à chaque niveau, qui doit faire quoi, d'ici quand, est déjà une étape importante.

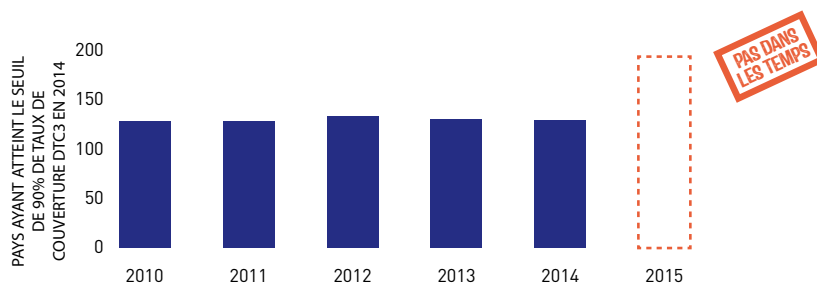
D'ici à 2020, à chaque fois que l'on manquera les cibles du Plan d'action mondial pour les vaccins, on manquera aussi l'occasion d'augmenter le nombre d'enfants qui vivront sans connaître ces maladies mortelles. Dans la deuxième moitié de cette Décennie de la vaccination, les pays, les Régions et les partenaires mondiaux peuvent et doivent atteindre des résultats.

Le troisième rapport du SAGE est axé sur **le leadership et sur les systèmes de responsabilisation aux niveaux national, régional et mondial**, éléments nécessaires au succès du Plan d'action mondial pour les vaccins.

2. OÙ SONT LES POPULATIONS NON VACCINÉES ?

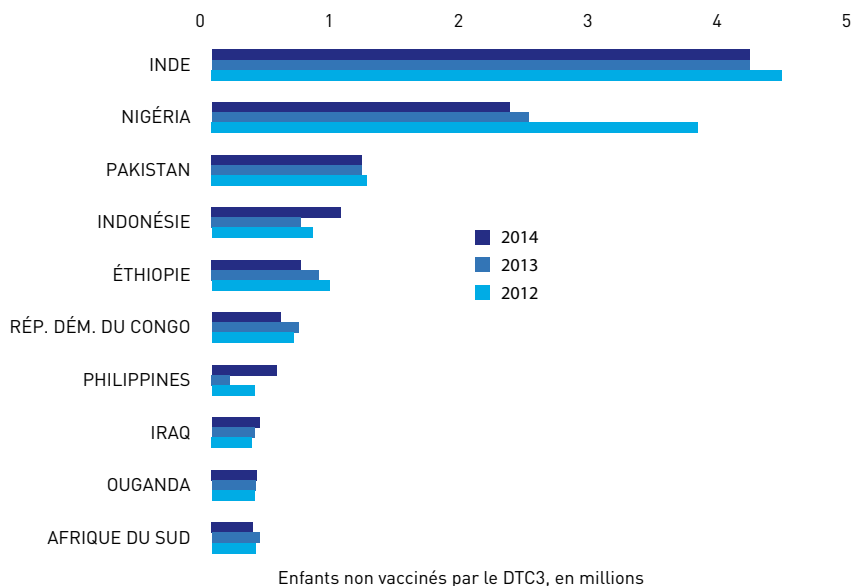
Le rapport 2014 du SAGE portait sur les cinq cibles relatives à des maladies pour lesquelles le Plan d'action mondial pour les vaccins n'est pas dans les temps. La première d'entre elles, la couverture nationale par le DTC3, indique le nombre d'enfants qui, dans un pays, sont protégés contre les maladies en question. Elle constitue également un indicateur du bon fonctionnement du programme de vaccination et, plus généralement, du système de santé.

La cible consistait à parvenir à une couverture de 90 % dans l'ensemble des 194 pays d'ici à 2015. En 2014, seuls 129 pays sont parvenus à une couverture de 90 %, soit un de moins qu'en 2013 et un de plus seulement qu'en 2010.



LES 10 PAYS OÙ VIVENT LE PLUS D'ENFANTS NON VACCINÉS

Le DTC3 est actuellement administré à 86 % des enfants du monde, et ce chiffre n'a pas beaucoup évolué au cours des cinq dernières années. Les 10 pays où vit le plus grand nombre d'enfants non vaccinés ou sous vaccinés sont tous des pays à revenu faible ou intermédiaire de la tranche inférieure. Dans la plupart d'entre eux, une vaste population et de mauvaises performances aboutissent à un nombre globalement élevé d'enfants non vaccinés. Dans certains pays, il arrive également que la qualité des données pose problème.



De nombreux autres pays abritent des zones géographiques à faibles taux de vaccination. Seuls 54 États Membres ont indiqué avoir atteint une couverture par le DTC3 de 90 % au niveau national et de 80 % ou plus

dans tous les districts (le second volet de la cible de couverture vaccinale nationale). Dans 73 pays, on ne dispose toujours pas de données au niveau des districts.

Les migrants en transit dans les villes et les zones périurbaines ainsi que les populations autochtones sont mal desservies. L'urbanisation rapide a créé de nouvelles lacunes de couverture vaccinale là où les services de santé ne suffisent pas à répondre à la demande. Les pays où des enfants échappent à la vaccination abritent désormais des populations adolescentes et adultes non vaccinées. Certains pays sont en outre confrontés à des catastrophes naturelles et à des conflits, ce qui crée des difficultés particulières.

Dans sept pays, moins de la moitié du total des enfants est vaccinée.

LES SEPT PAYS OÙ PLUS DE 50 % DES ENFANTS SONT NON VACCINÉS OU SOUS VACCINÉS (COUVERTURE NATIONALE PAR LE DTC3 EN 2014)

Guinée équatoriale	24
Soudan du Sud	39
Somalie	42
République arabe syrienne	43
Tchad	46
République centrafricaine	47
Haïti	48

Dans certains pays, les guerres et les catastrophes naturelles ont décimé les systèmes de santé et obligé une diaspora non vaccinée à fuir vers les pays voisins ou les régions plus lointaines encore. Il arrive aussi que les enfants déplacés à l'intérieur de leur pays n'aient pas accès aux services de vaccination, et dans certaines zones, les combats en cours rendent cette intervention très difficile. L'OMS a mis au point un cadre décisionnaire pour la sélection des vaccins lors des crises humanitaires graves¹ mais des orientations supplémentaires sont nécessaires sur la mise en place, pendant les conflits ou les crises, de services de vaccination pérennes pour les personnes déplacées à l'intérieur de leur pays et celles qui se sont réfugiées à l'étranger.

ÉTUDE DE CAS EN SOMALIE : DES AMÉLIORATIONS OBTENUES DE HAUTE LUTTE

En Somalie, dans la Corne de l'Afrique, la mortalité de l'enfant est très élevée : 20 % des enfants décèdent avant leur cinquième anniversaire. La principale cause de décès est une maladie infectieuse que la vaccination a permis d'enrayer dans de nombreuses régions du monde : la rougeole. Vingt ans de guerre civile et de luttes entre factions ont décimé le système de soins somalien, ce qui, associé à la malnutrition, a créé les conditions favorables à la propagation de ce virus opportuniste.

La Somalie est bien loin d'avoir mis en place les éléments qu'un système de santé doit posséder pour assurer un fonctionnement efficace du programme de vaccination. L'administration centrale s'est effondrée et aucun cadre juridique ou de gouvernance ne régit la vaccination. De nombreux professionnels de la santé sont partis et les infrastructures ont été détruites. Les violences et les conflits se poursuivent dans certaines régions du pays. On compte de nombreuses personnes déplacées, les conditions de sécurité sont mauvaises et la population nomade dispersée s'efforce de survivre dans un contexte de sécheresses répétées et d'insécurité alimentaire.²

¹ Vaccination in acute humanitarian emergencies: a framework for decision making, WHO, 2013, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92462/1/WHO_IVB_13.07_eng.pdf

² Country Cooperation Strategy for WHO and Somalia 2010-2014, WHO, 2010; http://applications.emro.who.int/docs/CCS_Somalia_2010_EN_14487.pdf

Un programme de vaccination a été lancé dans le cadre de la reconstruction engagée ces 10 dernières années, palliant au manque de coordination observé jusqu'alors entre les 40 partenaires de la vaccination en Somalie. Une unité nationale a été établie en 2012 suite à la création d'unités au Somaliland et à Puntland en 2008. Des améliorations commencent à apparaître dans les régions du pays désormais accessibles. Le système de vaccination, encore embryonnaire, fait néanmoins face à d'immenses obstacles du point de vue de l'accès, de la gouvernance, de la dotation en personnel et des ressources.

En dépit de ces circonstances difficiles, la Somalie a réussi à interrompre deux grandes flambées de poliomyélite grâce à l'engagement des agents de santé communautaires et des défenseurs locaux de la vaccination. Mais les progrès sont difficiles à obtenir en matière de vaccination systématique. La couverture ne progresse pas suffisamment et seuls 30 % à 40 % des enfants sont vaccinés contre les principales maladies de l'enfance. Dans les zones inaccessibles, plus de 500 000 enfants ont encore besoin d'une vaccination de rattrapage. Les journées de la santé de l'enfant, organisées avec le concours de l'OMS et de l'UNICEF, ont permis d'augmenter la couverture de 20 %, mais il s'agit d'une stratégie coûteuse (US \$4,5 millions par tournée) qui a besoin d'un financement extérieur. Les fonds nécessaires ne sont pas disponibles.

LES ENFANTS NON VACCINÉS EXPOSÉS À UN RISQUE ACCRU

La réalité est que les enfants qui n'ont pas accès à la vaccination sont le plus souvent issus de populations marginalisées et vivent dans des zones rurales ou isolées mal desservies, des zones urbaines défavorisées, des États fragiles ou des régions déchirées par des conflits.³ Ils risquent davantage de contracter les maladies évitables par la vaccination, et ont moins accès au traitement. Il est inacceptable que des enfants meurent de maladies pour lesquelles des vaccins sont disponibles.

Il faut vacciner plus d'enfants dans ces pays, et la vaccination doit être durable. Il est d'une importance fondamentale d'obtenir des améliorations par rapport aux résultats nationaux antérieurs. Fait notable, le Nigéria et l'Inde comptaient moins de nourrissons non vaccinés en 2014 qu'en 2012. Ce sont également ces deux pays qui ont réalisé de grandes avancées dans l'élimination des maladies. Ils ont obtenu ces résultats grâce à des systèmes de responsabilisation engageant tous les partenaires à prendre certaines mesures, ce qui a produit des résultats concrets.

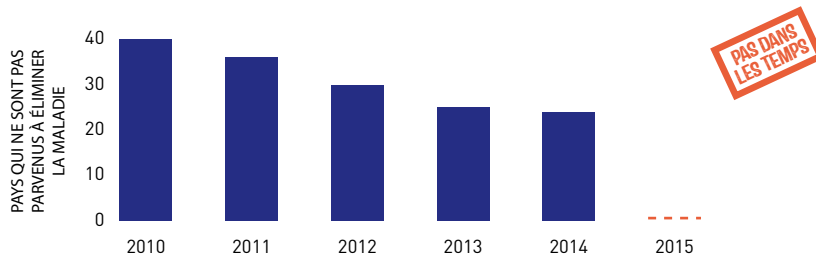
La dure réalité des inégalités : les enfants les plus exposés au risque de maladie sont aussi les moins vaccinés.

³ Vaccins et vaccination : la situation dans le monde, Troisième édition, 2009, OMS, UNICEF et Banque mondiale ; http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789242563863_fre.pdf?ua=1.

3. CIBLES POUR LES MALADIES : DÉFIS ET POSSIBILITÉS

TÉTANOS MATERNEL ET NÉONATAL

24 PAYS NE SONT PAS PARVENUS À ÉLIMINER LA MALADIE EN 2014

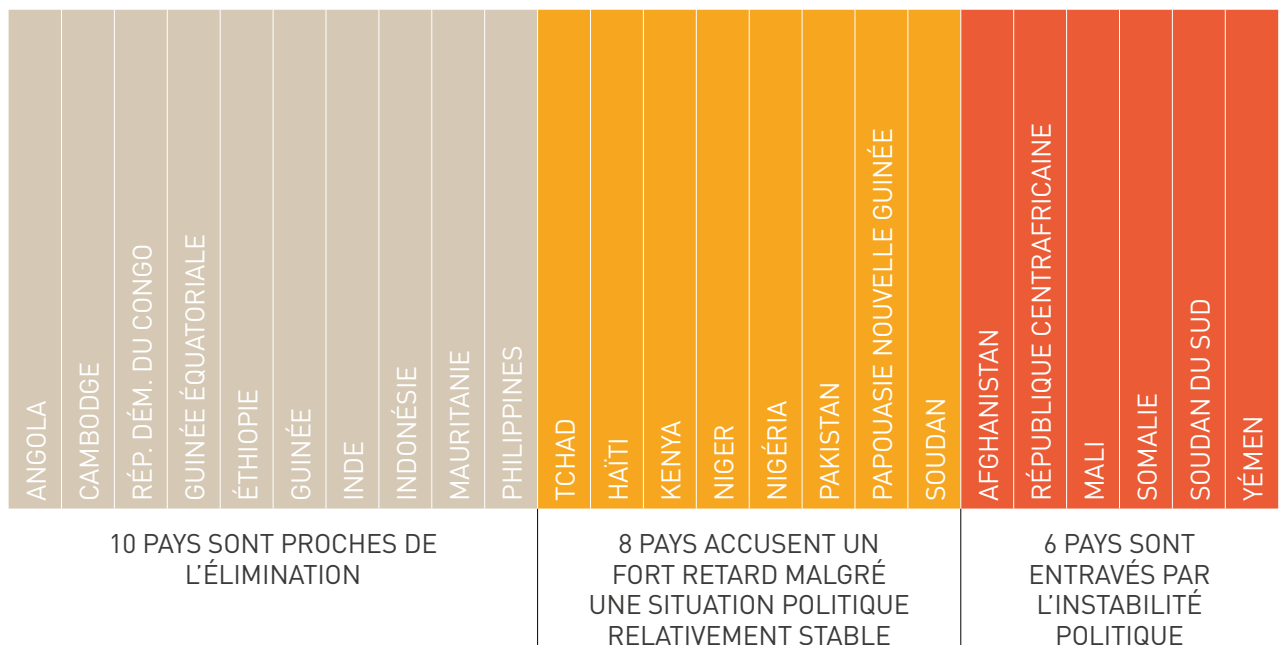


L'élimination d'ici à la fin de 2015 de cette terrible maladie qu'est le tétanos maternel et néonatal constituait l'une des principales cibles en matière de maladies du Plan d'action mondial pour les vaccins. Il est désormais presque certain qu'elle ne sera pas atteinte, alors qu'elle aurait pu l'être. Il est frustrant pour les pays, les Régions et le monde de voir que l'on a laissé le champ libre à une maladie qui pèse sur ceux qui ont les plus maigres ressources et inflige une souffrance inutile à des innocents.

Il est possible d'éliminer durablement le tétanos maternel et néonatal

Le tétanos maternel et néonatal rappelle brutalement les inégalités choquantes qui existent en matière de prestation de soins. La bactérie responsable du tétanos ne sera jamais éradiquée, mais le respect de l'hygiène pendant l'accouchement et les soins du cordon ombilical et la vaccination des mères pendant la grossesse empêchent le développement de la maladie, sauvant la vie des mères et de leurs enfants.

On estime qu'il manque US \$130 millions pour débarrasser le monde de ce fléau, une somme minuscule par rapport à celle dépensée en 2014 par Gavi, l'Alliance du vaccin, dans ses programmes sur les vaccins nouveaux et sous utilisés (1,1 milliard). Dans la deuxième moitié de la Décennie de la vaccination, les pays et les partenaires mondiaux auront la possibilité de réorienter leurs efforts afin d'éliminer définitivement la maladie.



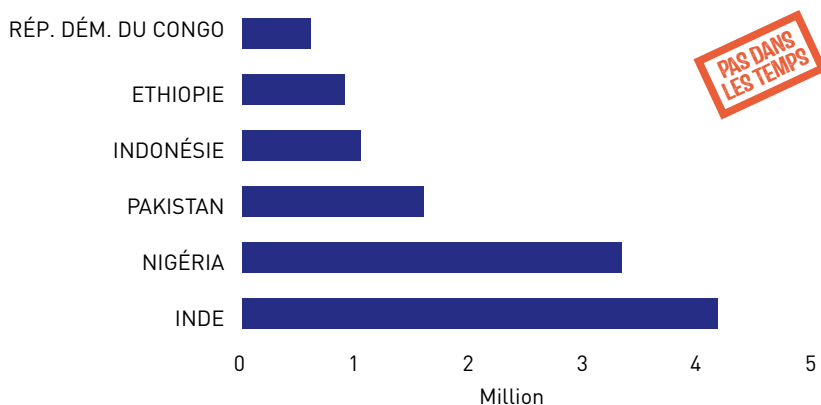
ROUGEOLE ET RUBÉOLE

Trois Régions de l'OMS – Méditerranée orientale, Région européenne et Pacifique occidental – se sont engagées à éliminer la rougeole d'ici à la fin de 2015. Toutes les Régions se sont engagées à le faire au cours de la décennie. La première cible sera manquée et 2020 est proche. Pis, la maladie sévit dans des zones où l'on ne sait plus à quoi elle ressemble, importée depuis des pays où les taux de vaccination sont trop faibles pour endiguer sa propagation parmi les populations qui ont été mal vaccinées ou qui, intentionnellement ou non, n'ont pas été vaccinées.

La rougeole est une maladie infectieuse opportuniste. Les enfants doivent recevoir deux doses de vaccin et, pour l'éliminer, les pays doivent atteindre une couverture de 95 % ou plus au niveau national et dans chaque district. Mais la couverture mondiale a stagné à 85 % environ ces cinq dernières années.

La moitié des 20,6 millions d'enfants qui, dans le monde, n'ont pas été vaccinés du tout contre la rougeole en 2014 vivent dans six pays, dans lesquels sont survenus cette année là, selon les estimations les plus prudentes, les deux tiers des 145 000 décès imputables à la rougeole en 2014.

NOURRISSONS N'AYANT PAS REÇU LA PREMIÈRE DOSE DE VACCIN ANTIROUGEOLEUX, EN MILLIONS, 2014



L'une des principales cibles relatives aux maladies du Plan d'action mondial pour les vaccins consiste à éliminer la rubéole de deux Régions de l'OMS d'ici à la fin de 2015. Même si la Région des Amériques l'a atteinte, elle sera très certainement manquée dans les autres Régions. La Région de l'Asie du Sud Est, la Région africaine et la Région de la Méditerranée orientale n'ont pas fixé de buts d'élimination pour la rubéole et la Région du Pacifique occidental n'a pas défini de date d'élimination. La Région européenne s'est fixé un but d'élimination en 2015, mais n'est pas en bonne voie pour l'atteindre.

La rubéole est généralement une maladie bénigne, mais lorsqu'elle survient en début de grossesse, elle peut causer des malformations congénitales, la mort du fœtus ou des handicaps permanents imputables au syndrome de rubéole congénitale. En décembre 2014, 140 pays avaient introduit des vaccins à valence rubéole. La couverture mondiale augmente, mais reste faible : elle était de 46 % en 2014 (contre 41 % en 2010). La couverture n'a pas augmenté dans beaucoup de pays, et 54 pays n'ont toujours pas intégré les vaccins à valence rubéole dans leur calendrier national.

Le vaccin combiné contre la rougeole et la rubéole est une solution économique et l'on n'a pas su à ce jour saisir l'occasion donnée d'éliminer conjointement ces deux maladies.

Le monde doit s'engager résolument pour l'élimination de la rougeole, suivant l'exemple des efforts que les pays, les Régions et les partenaires mondiaux ont mobilisés en vue de débarrasser le monde de la poliomyélite. La rubéole doit figurer dans une nouvelle stratégie afin d'obtenir des progrès réels pour ces deux buts.

Élimination de la rougeole et de la rubéole : une occasion manquée

4. DES SUCCÈS QUI POURRAIENT DEVENIR LA NORME

En 2015, les progrès accomplis par rapport aux principales cibles de la vaccination restent insuffisants, mais certains pays ont réalisé de grandes avancées et plusieurs cibles sont en voie d'être atteintes.

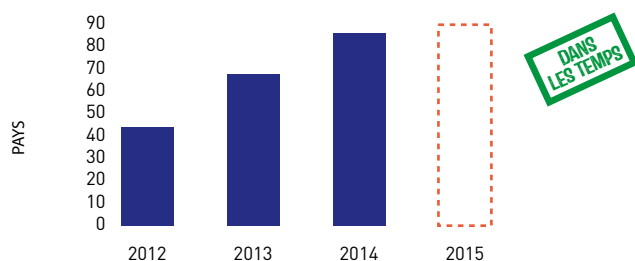
→ AVANCÉES EN MATIÈRE DE NOUVEAUX VACCINS

Les vaccins candidats contre la maladie à virus Ebola ont été mis au point et testés rapidement en vue d'offrir une protection contre cette terrible maladie.

La cible du Plan d'action mondial pour les vaccins sur l'introduction de vaccins nouveaux ou sous utilisés est en voie d'être atteinte au plan mondial : depuis 2010, 86 pays à revenu faible ou intermédiaire ont introduit (et continué d'utiliser pendant au moins un an) 128 vaccins au total.

Cependant, la couverture reste faible au niveau mondial, la pérennité n'est toujours pas assurée dans les pays réunissant les conditions pour un soutien de Gavi, l'Alliance du vaccin, et l'on s'inquiète de la capacité des pays à revenu intermédiaire non éligibles à fournir des vaccins. La couverture mondiale des vaccins antirotavirus et antipneumococcique reste faible au plan mondial (19 % et 31 % respectivement en 2014).

PAYS AYANT AJOUTÉ AU MOINS UN VACCIN NOUVEAU OU SOUS-UTILISÉ⁴



La situation est en bonne voie pour les nouveaux vaccins, mais de nombreuses vies pourraient encore être sauvées

→ AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES DONNÉES SUR LES PRIX DES VACCINS

Suite à l'adoption de la résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé sur le prix des vaccins,⁵ le Secrétariat de l'OMS a œuvré avec les pays en vue de favoriser l'échange de données à ce sujet. À ce jour, 40 pays ont échangé des informations avec l'OMS.

Les pays récemment devenus autosuffisants peuvent continuer de bénéficier des prix de Gavi et s'approvisionner auprès de l'UNICEF, mais restent vulnérables pendant la période de transition, lorsqu'ils doivent augmenter leurs ressources nationales. Les pays à revenu intermédiaire qui n'ont jamais reçu d'aide significative de Gavi et s'approvisionnent eux-mêmes sont vulnérables face au prix des vaccins et aux ruptures de stock. L'approvisionnement en vaccins continue de poser problème.

⁴ Etats membres à revenu faible ou intermédiaire ayant introduit un vaccin nouveau ou sous-utilisé et ayant continué de s'en servir pendant au moins un an.

⁵ Résolution WHA68.6 sur le Plan d'action mondial pour les vaccins, portant notamment sur l'approvisionnement et sur le prix des vaccins : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_R6_fr.pdf.

→ SUCCÈS DANS L'ÉLIMINATION DES MALADIES

Alors que les progrès vers les cibles restent lents au plan mondial, certains pays ont obtenu des succès remarquables.

- L'Inde a été déclarée exempte de tétanos maternel et néonatal, démontrant qu'il est possible d'éliminer cette terrible maladie même dans des circonstances difficiles. L'Inde est un des pays comptant le plus grand nombre d'enfants non vaccinés et sous vaccinés. Avec cette annonce, elle rejoint le Cambodge et la Mauritanie, qui ont également été déclarés exempts au premier semestre de 2015, et Madagascar, déclaré exempt en 2014.
- Aucun cas de poliovirus sauvage n'est survenu en Afrique depuis le mois d'août 2014, ce qui est une immense réussite. Le Nigéria n'est plus considéré comme un pays où la poliomyélite est endémique, et il ne reste donc plus que deux pays dans cette catégorie : l'Afghanistan et le Pakistan. Ces derniers sont les seuls où des cas de poliovirus sauvage ont été recensés en 2015. Les récents succès de l'Inde en matière de vaccination ont été rendus possibles par l'exploitation de ses infrastructures de lutte contre la poliomyélite. De la même manière, les ressources de la lutte antipoliomyélitique ont été mises à profit pour endiguer la flambée de maladie à virus Ébola en Afrique.
- La région des Amériques est la première à éliminer la rubéole et le syndrome de rubéole congénitale, une réalisation majeure.

**Des succès isolés
qui doivent devenir
la norme**

I 5. FACTEURS COMMUNS AUX SUCCÈS

Les précédents rapports du SAGE ont porté entre autres sur :

- la qualité des données
- la participation communautaire
- l'approvisionnement en vaccins.

Ces trois ingrédients étaient tous présents dans les pays qui ont accompli en 2015 des progrès importants vers les cibles relatives aux maladies.

QUALITÉ DES DONNÉES

Si l'on ne sait pas qui a été vacciné contre quelles maladies aux niveaux local, national, régional et mondial, il est impossible d'allouer des ressources limitées là où elles produiront le plus de résultats ni de comprendre comment améliorer l'efficacité ou l'efficience des programmes. Les données doivent être utiles et guider la stratégie à chaque niveau.

En Inde, la stratégie d'élimination du tétanos maternel et néonatal était fondée sur des données. L'élimination a été rendue possible par la Mission Indradhanush (Rainbow), une campagne de vaccination menée en 2015 qui a fait un bon usage des ressources en ciblant les zones à faible couverture vaccinale en vue de maximiser les succès. Des données ont été utilisées à chaque étape de la mission, d'abord afin de comprendre pourquoi certains enfants échappaient à la vaccination puis afin de mettre en œuvre les stratégies et de cibler les districts à faibles taux de vaccination. Des données étaient également disponibles au niveau opérationnel, permettant d'assurer une planification méticuleuse des séances de vaccination en fonction de la situation géographique des enfants non vaccinés, et d'effectuer un suivi constant des résultats. De manière plus générale, les données ont également servi à élaborer la stratégie de l'Inde pour l'élimination du tétanos maternel et néonatal, à recenser les besoins de formation théorique et pratique pour les agents de santé et les infirmiers (500 000 agents de première ligne ont été formés), à moderniser les centres de soins de santé primaires de sorte à prodiguer pendant l'accouchement des soins adaptés à la demande de la communauté, et à intégrer la vaccination et les soins prénatals en vue de maximiser les succès.

La qualité des données revêt une importance centrale et aucun pays ne le comprend sans doute mieux que le Mexique, où les taux de vaccination ont d'abord dû être revus à la baisse avant de pouvoir les améliorer.

ÉTUDE DE CAS – UNE BAISSÉ DES RÉSULTATS AVANT UNE AMÉLIORATION RÉELLE

En 2013, le Mexique s'est engagé dans une démarche d'amélioration de la qualité des données de son programme de vaccination. Celle-ci consistait notamment à réviser les chiffres de la population et à remplacer son système d'information désormais dépassé.

En raison de ce processus, les chiffres de la couverture vaccinale pour 2013 ont été plus faibles que ceux précédemment enregistrés.

Progressivement, des mesures pour améliorer la qualité des données ont été prises dans chaque État et des recensements plus précis ont pu être effectués. En 2014, les taux de couverture se sont améliorés et cela devrait continuer.

Le Mexique a persisté avec courage dans son plan d'amélioration. Armé d'informations plus fiables, le pays est désormais en mesure de combler de manière plus ciblée les lacunes de la couverture vaccinale.

PRISE EN MAIN PAR LES COMMUNAUTÉS

L'examen par l'OMS des pays qui sont parvenus à éliminer le tétanos maternel et néonatal souligne l'intérêt d'une mobilisation communautaire précoce et active. L'efficacité des interventions des agents de santé communautaires est bien documentée, en particulier dans les populations rurales et marginalisées.⁶

En Afrique, la participation des responsables communautaires locaux et de district et d'une multitude d'agents communautaires a permis de transformer les efforts d'éradication de la poliomyélite, même dans des pays où les services sont constamment perturbés, comme la Somalie.

Le succès rencontré par l'Inde contre le tétanos maternel et néonatal est, lui aussi, largement attribuable aux agents de santé communautaires et aux organisations de la société civile. Le facteur décisif est que les bénévoles doivent être issus des communautés où ils travaillent.

VACCINS DISPONIBLES

En 2014, le SAGE a attiré l'attention sur le manque de données de qualité concernant l'accessibilité économique des vaccins et l'approvisionnement en vaccins. Si l'on veut augmenter les taux de vaccination, des vaccins doivent être disponibles.

Au total, en 2014, 33 pays ont fait état d'interruptions dans la prestation de services en raison de pénuries de vaccins. Plus de la moitié des ruptures de stock étaient dues à des problèmes à l'intérieur des pays. L'épuisement des stocks nationaux avait entraîné dans les districts des ruptures obligeant à interrompre les services de vaccination.

Indiscutablement, les cadres législatifs régissant l'approvisionnement de même que les plans de vaccination nationaux doivent aborder ce problème. L'épuisement des stocks de vaccins en raison de la mauvaise qualité des mécanismes d'achat ou du manque de planification met en péril les programmes de vaccination. Il faut éviter à tout prix les situations où l'on n'a aucun vaccin à offrir à un enfant qui vient pour cette

⁶ How effective are community health workers? an overview of current evidence with recommendations for strengthening community health worker programs to accelerate progress in achieving the health-related millennium development goals, Perry H and Zulliger R, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, September 2012; http://www.coregroup.org/storage/Program_Learning/Community_Health_Workers/review%20of%20chw%20effectiveness%20for%20mdgs-sept2012.pdf

intervention. Si l'on démotive la personne qui s'occupe de l'enfant, elle ne reviendra pas avec lui, et un grand nombre d'enfants sous vaccinés sont donc à risque. Il faut tenir compte de ces aspects dans la planification nationale et dans les processus de gouvernance de la vaccination.

ÉTUDE DE CAS : UN SYSTÈME D'ACHAT MORIBOND EXPOSE LES ENFANTS AU RISQUE

Les Philippines financent un programme de vaccination depuis les années 1990, mais, ces dernières années, la complexité du processus régissant les achats publics de biens et de services a entraîné des retards.

Les ruptures de stocks de vaccins continuent d'entraver la vaccination, avec des conséquences sur la couverture. En 2014, le taux de vaccination est passé sous 80 %.

6. LEADERSHIP ET RESPONSABILISATION : LA VOIE À SUIVRE

Pendant plus d'un an, aucun cas de poliovirus sauvage n'a été enregistré au Nigéria. Le 25 septembre 2015, le Directeur général de l'OMS a annoncé que le Nigéria n'est plus un pays où la poliomyélite est endémique. Demandez à une personne concernée ce qui a rendu possible ce formidable succès : elle ne tardera pas à citer la responsabilisation. Le pays et ses partenaires techniques ont instauré et fait appliquer des mécanismes de responsabilisation clairs afin d'évaluer les résultats et, en fonction de ceux-ci, de récompenser, sanctionner ou cesser la collaboration. Ce n'était pas là le seul facteur, mais il s'est révélé décisif.

Le SAGE ne s'attend pas, d'une année sur l'autre, à des changements majeurs concernant les grandes cibles fixées pour les maladies, mais il a examiné les évolutions observées l'année dernière dans les programmes de vaccination eux-mêmes. Même si la responsabilisation s'est légèrement améliorée, nous sommes bien loin d'avoir accompli les progrès nécessaires dans ce domaine. Or, il s'agit là d'un élément essentiel à la réussite.

Le leadership des pays a joué un rôle central dans les programmes fructueux examinés par le SAGE en 2015. En Somalie, le manque de leadership national entrave la prestation de services, l'affectation du personnel, la diffusion des informations et, plus particulièrement encore, le financement. Même si les vaccins sont fournis et livrés dans le cadre de campagnes d'organismes d'aide extérieure, les problèmes sous-jacents dans le système de soins rendront difficile de pérenniser les changements.

En Inde, le succès de la stratégie d'élimination du tétanos maternel et néonatal tient à de nombreux facteurs, mais il est incontestable que l'un des points forts était le leadership qui a permis de renforcer la responsabilisation à tous les niveaux.

Le leadership, facteur déterminant du succès

ÉTUDE DE CAS : LE LEADERSHIP, CLÉ DU SUCCÈS DE LA MISSION INDRADHANUSH

En Inde, la Mission Indradhanush (Rainbow) reposait sur un leadership à tous les niveaux. Cette campagne, menée dans tout le pays sur quatre mois en 2015, a été associée à la vaccination systématique afin de vacciner 6,65 millions d'enfants et 1,86 million de femmes enceintes supplémentaires.

Le Gouvernement indien a fourni les ressources nécessaires à la mission et s'est engagé au plus haut niveau pour en garantir le succès. Ainsi, le Premier Ministre a fait une déclaration nationale et le Ministre de la santé a écrit à tous les agents de santé de première ligne participant au programme. Les responsables locaux et de district leur ont emboîté le pas.

Un autre aspect du leadership était d'ordre communautaire. La recherche a montré que l'insuffisance de la sensibilisation et l'appréhension sont souvent en cause dans la non vaccination des enfants. La stratégie consistant à recruter une multitude d'agents de santé communautaires, qui ont joué un rôle important entre autres pour la mobilisation sociale et la traduction vers les langues locales, a contribué au succès, parallèlement à la stratégie médiatique intégrée.

Ce leadership a permis de garantir que la Mission Indradhanush bénéficiait du soutien, de l'autorité et des ressources nécessaires. Il a également permis de s'assurer que les ressources ont été affectées là où elles étaient nécessaires et, enfin, de mobiliser les organisations de la société civile qui ont pu, à leur tour, jouer un rôle de premier plan au sein de la communauté.

Le groupe de travail du SAGE a été informé par plusieurs organismes qui travaillent de façon innovante avec les pays en vue d'améliorer le leadership en créant des partenariats entre les pays à revenu faible et ceux qui se sont récemment affranchis du soutien de Gavi et qui possèdent une bonne compréhension des problèmes. Grâce à son processus de planification, Gavi, l'Alliance du vaccin, peut accomplir des progrès décisifs, non seulement vers une plus grande durabilité des systèmes de soins, mais aussi vers un leadership national plus solide, de sorte à garantir la pérennité et à définir clairement les responsabilités.

Pour atteindre les objectifs du Plan d'action mondial pour les vaccins, la responsabilisation doit intervenir à trois niveaux :

- dans les pays, là où les résultats sont obtenus
- dans les Régions de l'OMS, où le Plan d'action mondial pour les vaccins est transposé en autant de cadres régionaux, où le soutien est apporté et où l'on échange les bonnes pratiques
- au niveau mondial, là où les partenaires du Plan d'action mondial pour les vaccins peuvent aider fortement les pays à prendre leurs responsabilités, avec l'appui du SAGE.

RESPONSABILISATION DES PAYS

Les pays se sont efforcés d'atteindre les buts du Plan d'action mondial pour les vaccins. En vertu du système de responsabilisation, chaque pays doit mettre en place un plan d'action national pour les vaccins. Actuellement, 72 pays soutenus par Gavi, l'Alliance du vaccin, ainsi que 9 autres pays sont dotés de plans pluriannuels complets au titre du système de planification. Les nouvelles lignes directrices sur la planification reflètent les buts et les stratégies du Plan d'action mondial pour les vaccins et 61 plans ont été ou seront établis ou révisés en fonction de celles-ci. D'autres pays disposeront de plans de vaccination nationaux qui doivent désormais être alignés sur le Plan d'action mondial pour les vaccins et son équivalent régional.

Chaque année, un organisme indépendant possédant une expertise technique, comme le Comité consultatif technique national sur la vaccination (GTCV), et un organisme doté de compétences gestionnaires, tel qu'un Comité de Coordination Inter-agences (CCIA), doivent passer en revue les progrès accomplis vers les résultats énoncés dans les plans. En 2014, 123 pays ont indiqué posséder un NITAG, et seuls 25 d'entre eux remplissaient les conditions nécessaires pour un soutien de Gavi. Seuls

81 pays possédaient un NITAG répondant aux critères de l'OMS en matière de fonctionnalité, parmi lesquels 15 seulement étaient éligibles au soutien de Gavi. Tous les pays devraient posséder un groupe consultatif technique indépendant assumant une série de responsabilités, en particulier un rôle clé en matière de responsabilisation.

Les ressources humaines et physiques doivent être disponibles pour mettre en œuvre les plans tandis que l'intégration avec les autres services de soins permet d'obtenir des gains d'efficacité et de saisir davantage de possibilités. En l'absence de ces piliers indispensables à la pérennité des systèmes de soins, les partenaires mondiaux peuvent être d'une grande aide.

C'est aux pays qu'incombe la responsabilité d'atteindre les buts du Plan d'action mondial

Alors même que la plupart des enfants non vaccinés et sous vaccinés vivent soit dans des zones géographiques particulières caractérisées par des inégalités nationales, soit dans des pays où les systèmes de santé sont fragiles, les plans nationaux doivent être assortis de stratégies qui favorisent l'équité en matière de vaccination, à toutes les étapes de la vie et dans les différents groupes de population.

Il est bien plus important que les plans soient utiles plutôt qu'ils remplissent simplement les critères. C'est pourquoi ceux qui sont chargés de les mettre en œuvre doivent largement contribuer à leur élaboration. Les plans nationaux doivent s'appuyer sur des plans d'exécution plus détaillés au niveau des districts afin de garantir que les ressources limitées sont allouées là où elles seront le plus efficaces.

RESPONSABILISATION DE L'OMS AU NIVEAU RÉGIONAL

L'an dernier, il a été demandé aux Régions de l'OMS d'établir leurs propres plans d'action pour les vaccins. En 2015, au milieu de la Décennie, trois des six Régions de l'OMS possèdent un plan d'action régional pour les vaccins. Les Régions jouent un rôle directeur pour adapter les buts du Plan d'action mondial pour les vaccins à la situation régionale, et contribuent aussi de manière déterminante au système de responsabilisation qui s'y rapporte.

La Région africaine, la Région européenne et la Région du Pacifique occidental ont mis au point des plans régionaux. Au moment où nous écrivons, la Région des Amériques et la Région de la Méditerranée orientale en adoptent. La Région de l'Asie du Sud Est s'est fixé comme grande priorité d'établir ce document, et tous les plans doivent être finalisés d'ici à la fin de 2015 et adoptés en 2016, afin de donner des orientations aux pays sur leurs processus de planification.

Lorsque le Plan d'action mondial pour les vaccins a été adopté par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2012, il a été instamment demandé aux pays de faire rapport à leur Comité régional sur les enseignements tirés, les progrès accomplis, les problèmes qui demeurent et les mesures à prendre, chaque année de la Décennie des vaccins. Chaque Région devrait maintenant disposer de processus de suivi et de responsabilisation en bonne et due forme. Les résultats obtenus par les pays par rapport aux plans devraient être examinés au niveau régional par le groupe consultatif technique régional sur la vaccination et par le Comité régional.

**Les plans régionaux
fixent le cadre de
responsabilisation
nécessaire pour les pays**

L'an dernier, l'OMS a organisé une réunion avec les pays présentant des taux de vaccination inférieurs à 80 %. Cette année, le SAGE s'est concentré sur les 10 pays où vivent le plus d'enfants non vaccinés et sous vaccinés et sur les sept pays où les taux de vaccination sont inférieurs à 50 %. Les Régions doivent collaborer avec les pays où les taux de vaccination sont faibles afin de renforcer leurs systèmes de soins et d'améliorer les taux de vaccination.

RESPONSABILISATION AU NIVEAU MONDIAL

Au niveau mondial, le SAGE n'a pas encore adopté de position claire concernant les mécanismes de responsabilisation. Chaque organisation partenaire a ses propres cadres de planification et d'évaluation. La manière dont le leadership et la responsabilisation devraient concourir aux buts du Plan d'action mondial pour les vaccins n'a pas été précisément définie. Dans les domaines où le Plan accuse le plus grand retard – le tétanos maternel et néonatal et la rougeole et la rubéole – la coordination revêt une importance centrale, mais il faut aussi renforcer la responsabilisation si l'on veut atteindre les buts du Plan d'action mondial pour les vaccins.

La bonne exécution du Plan d'action mondial pour les vaccins incombe en premier lieu aux pays, et le soutien des partenaires techniques doit toujours être en harmonie avec les stratégies et les cadres nationaux. Cependant, un soutien accru des partenaires techniques serait utile à de nombreux pays pour élaborer leurs cadres de responsabilisation. Les partenaires ont donc un rôle important à jouer pour renforcer les mécanismes nationaux de responsabilisation, en s'attachant en priorité à améliorer le leadership et les systèmes de santé.

Conformément à la résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé portant sur l'adoption du Plan d'action mondial pour les vaccins, il est demandé à l'OMS de favoriser l'alignement et la coordination des efforts de vaccination mondiaux par l'ensemble des parties prenantes, à l'appui du Plan. À mi chemin de la Décennie, les partenaires mondiaux – notamment le groupe central du Plan d'action mondial, composé de l'OMS, de l'UNICEF, de Gavi, de la Fondation Bill & Melinda Gates et du National Institute of Allergy and Infectious Diseases – doivent harmoniser leurs efforts et leurs contributions afin d'atteindre les buts du Plan d'action mondial, tant pour les cibles relatives aux maladies que pour le programme général de vaccination. La meilleure chose qu'ils puissent faire dans cette perspective est d'aider les pays à améliorer les systèmes de soins et la responsabilisation. C'est ce que fait déjà Gavi, l'Alliance du vaccin, au moyen de ses processus de planification globale pluriannuelle, en veillant à la responsabilisation et en faisant en sorte que les ressources soient employées efficacement pour transformer les systèmes de soins. Les partenaires mondiaux peuvent faire mieux encore en mettant à profit leurs ressources et leur soutien technique.

Il s'agit là d'un aspect décisif pour faire en sorte que, durant la deuxième moitié de la Décennie de la vaccination, l'appui apporté aux pays dans la mise en œuvre du Plan d'action mondial pour les vaccins soit porteur de transformations et s'écarte de l'approche graduelle et « routinière » observée jusqu'à aujourd'hui.

Le SAGE, par l'intermédiaire de son groupe de travail sur la Décennie de la vaccination, joue un rôle de premier plan dans l'évaluation des progrès accomplis vers les buts du Plan d'action mondial pour les vaccins. Il se servira des rapports de ses partenaires mondiaux (consacrés à leurs efforts pour renforcer le leadership et la responsabilisation et à leur contribution au renforcement des systèmes de soins) ainsi que des rapports des Régions de l'OMS sur les progrès des pays comme d'un cadre pour ses futurs rapports annuels jusqu'en 2020.

Les partenaires mondiaux doivent renforcer le niveau de la responsabilité des pays

7. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La Décennie de la vaccination est arrivée à mi chemin, une étape décisive. Même si le présent rapport donne des motifs d'optimisme, nous ne sommes pas en voie d'atteindre les objectifs du Plan d'action mondial pour les vaccins. Si les succès obtenus par certains pays, grâce à l'instauration d'un leadership fort et d'une vraie responsabilisation à tous les niveaux, étaient généralisés cela permettrait d'atteindre durant la deuxième moitié de la Décennie de la vaccination, les progrès attendus du PAMV.

LE SAGE FORMULE LES RECOMMANDATIONS SUIVANTES :

Pour améliorer la responsabilisation afin d'atteindre les objectifs du Plan d'action mondial pour les vaccins :

1. Les pays doivent avoir adopté des plans d'action nationaux pour les vaccins, conformes au PAMV et aux plans d'action régionaux pour les vaccins. Les Ministères de la Santé, des Finances et tous les autres ministères concernés, doivent démontrer leur leadership en établissant un processus annuel de suivi et de responsabilisation aux niveaux national et sous-nationaux. Ce processus de suivi devrait se faire par l'intermédiaire d'un organisme indépendant tel que, par exemple, le Groupe Technique Consultatif national sur la Vaccination (GTCV). Chaque pays devrait partager, chaque année, avec les bureaux régionaux de l'OMS, son rapport de suivi qui inclura le suivi du progrès réalisé pour l'atteinte des objectifs des plans mais aussi le partage des bonnes pratiques.
2. Une fois les plans d'action régionaux finalisés (d'ici à décembre 2015), les bureaux régionaux de l'OMS devront instaurer un processus annuel de revue des progrès par l'intermédiaire de leurs comités consultatifs techniques régionaux et en rendre annuellement compte aux comités régionaux. La première revue annuelle devrait être organisée au premier semestre de 2016 pour les pays ayant déjà un plan conforme au PAMV. Les rapports des comités régionaux de l'OMS doivent être communiqués chaque année au SAGE dans le cadre du processus de revue globale.
3. Les partenaires de développement aux niveaux mondial, régional et national devraient harmoniser leur appui aux pays pour renforcer leurs cadres de leadership et de responsabilisation et pour mettre en œuvre leurs plans nationaux. Cette harmonisation devrait inclure l'établissement et/ou le renforcement de mécanismes de coordination des partenaires à tous les niveaux.
4. Les agences du secrétariat de la décennie des vaccins devraient rendre compte au SAGE en 2016 des activités de soutien conduites dans les 10 pays où vivent la majorité des enfants non vaccinés et sous-vaccinés. Ce mécanisme de suivi annuel devrait inclure une discussion de ces rapports au sein des comités consultatifs techniques régionaux.

Pour remédier aux carences observées dans la mise en œuvre du PAMV s'agissant de certaines maladies en particulier

5. Étant donné l'insuffisance des progrès dans l'élimination du tétanos maternel et néonatal et le faible déficit de financement, l'OMS et l'UNICEF devraient organiser une réunion avec les partenaires mondiaux et les 21 pays restants afin de convenir d'un plan d'action, des ressources et des responsabilités respectives en vue d'atteindre l'objectif d'élimination au plus tard en 2017 et ensuite de mettre en place des stratégies pour maintenir l'élimination dans tous les pays.

6. Les partenaires de développement aux niveaux mondial, régional et national devraient aider les pays à obtenir les ressources nécessaires et à la mise en place effective de leurs plans d'élimination et stratégies de contrôle de la rougeole et de la rubéole. Les résultats de la revue à mi-parcours prévue pour 2016 du plan global d'élimination de la rougeole et de la rubéole, une fois adoptés par le SAGE, devraient être considérés pour la révision des plans et pour le suivi et le renforcement de la qualité de leur mise en application.

Pour améliorer la couverture vaccinale en particulier là où vivent de nombreux enfants non vaccinés et sous vaccinés

7. Les partenaires de développement aux niveaux mondial, régional et national devraient harmoniser leurs efforts afin d'aider les pays à vacciner plus d'enfants en renforçant leurs systèmes de soins et mettre en œuvre parallèlement des approches ciblées pour atteindre les enfants qui échappent constamment à la vaccination systématique, en particulier dans les pays où les taux de vaccination ou les taux sous-nationaux pour les pays à large population sont inférieurs à 80 % et les populations déplacées à cause de conflits (à la fois les populations déplacées dans leur propre pays et les réfugiés).
8. L'OMS devrait donner des orientations aux pays et aux partenaires sur la mise en œuvre des programmes de vaccination et des stratégies de vaccination pendant les situations de conflit et de perturbation chronique.

Le rapport de suivi du SAGE de 2016 servira aussi comme revue du progrès à mi-parcours de la décennie des vaccins, aussi le SAGE recommande :

9. que ce rapport soit présenté au Forum Mondial économique mondial de Davos, là même où la décennie des vaccins a été lancée. Ce rapport de 2016 devra notamment mettre en exergue les activités qui ont été des éléments clés de succès au niveaux globaux, régionaux et nationaux.

ANNEXE 1 : MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL SUR LA DÉCENNIE DE LA VACCINATION DU GROUPE STRATÉGIQUE CONSULTATIF D'EXPERTS (SAGE) SUR LA VACCINATION

MEMBRES DU SAGE

- Narendra Arora (Président du groupe de travail), Directeur exécutif, International Clinical Epidemiology Network, Inde
- Yagob Al Mazrou, Secrétaire général, Conseil des services de santé du Royaume d'Arabie saoudite
- Alejandro Cravioto, épidémiologiste principal, Global Evaluative Sciences, Seattle, États Unis (depuis février 2015, précédemment Directeur scientifique de l'International Vaccine Institute, Séoul, République de Corée, membre du SAGE depuis octobre 2015)

EXPERTS

- Fuqiang Cui, Professeur d'épidémiologie, Directeur adjoint du Programme national de vaccination, CDC de Chine
- Elizabeth Ferdinand, Professeur associé, University of the West Indies, Cave Hill, Barbade (depuis septembre 2014, précédemment médecin chef et Responsable du PEV Barbade)
- Alan Hinman, spécialiste principal en santé publique, Task Force for Global Health, États Unis d'Amérique
- Stephen Inglis, Directeur du National Institute of Biological Standards & Control, Health Protection Agency, Royaume Uni de Grande Bretagne et d'Irlande du Nord
- Marie Yvette Madrid, consultant indépendant, Genève, Suisse (depuis juin 2014, en remplacement de Shawn Gilchrist)
- Amani Mahmoud Mustafa, chef de projet, Sudan Public Health Training Initiative, The Carter Center, Soudan (depuis mai 2014, précédemment Responsable du PEV, Ministère de la santé, Soudan)
- Rebecca Martin, Directeur de la Global Immunization Division, CDC des États Unis d'Amérique
- Rozina Mistry, chargée de cours et Directeur de programme, Aga Kahn University, Pakistan
- Helen Rees, Directeur exécutif, Reproductive Health Research Unit, University of Witwatersrand, Afrique du Sud (Président du SAGE de 2010 à 2013)
- David Salisbury, chercheur associé, Centre on Global Health Security, Chatham House, Londres, Royaume Uni de Grande Bretagne et d'Irlande du Nord (depuis janvier 2014, précédemment Directeur de la vaccination, Department of Health, Royaume Uni, et ancien Président du SAGE de 2005 à 2010)
- Mary Rose MacColl, consultant indépendant

SECRETARIAT DU GROUPE DE TRAVAIL

- Fondation Bill & Melinda Gates
- Gavi, l'Alliance du vaccin
- United States National Institute of Allergy and Infectious Diseases
- Fonds des Nations Unies pour l'enfance
- Organisation mondiale de la Santé

ANNEXE 2 : MEMBRES DU GROUPE STRATÉGIQUE CONSULTATIF D'EXPERTS (SAGE) SUR LA VACCINATION

- Jon Abramson (Président du SAGE), Professeur, Wake Forest Baptist health, États Unis
- Yagob Yousef Al-Mazrou, Secrétaire général, Saudi Health Council, Royaume d'Arabie saoudite
- Narendra Arora Kumar, Directeur exécutif, International Clinical Epidemiology Network, Inde
- Alejandro Cravioto, épidémiologiste principal, Global Evaluative Sciences, Seattle, États Unis
- Juhani Eskola, Directeur Général, National institute for Health and Welfare, Finlande (Membre du SAGE jusqu'en Octobre 2015)
- Ilesh Jani, Directeur Général, Instituto Nacional de Saúde (Institut National de la Santé), Mozambique
- Jaleela Jawad, Directrice de la Vaccination, Direction de la Santé Publique, Ministère de la Santé, Bahreïn
- Kari Johansen, Expert Maladies a Prevention Vaccinales, European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), Suède
- Terry Nolan, Directeur, Melbourne School of Population and Global Health, The Université of Melbourne, Australie
- Kate O'Brian, Professeure, Santé Internationale, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, États Unis
- Claire-Anne Siegrist, Head, Centre Collaborateur OMS pour l'immunologie des Vaccins, Hôpital Universitaire de Genève, Suisse
- Piyanit Tharmaphornpilas, Conseil Médical Senior, Contrôle des Maladies, Ministère de la Santé, Thaïlande
- Nikki Turner, Professeure associée, Soins de santé primaires et médecine générale, Université d'Auckland, Nouvelle Zélande
- Frederick Were, Doyen, Ecole de Médecine, Université de Nairobi, Kenya
- Charles Shey Wiysonge, Professeur et Directeur adjoint, Center for Evidence-based Health Care, Université de Stellenbosch, Afrique du Sud

