



2016  
RAPPORT  
D'ÉVALUATION  
DU PLAN D'ACTION  
MONDIAL POUR  
LES VACCINS

GRUPE  
STRATÉGIQUE  
CONSULTATIF  
D'EXPERTS SUR  
LA VACCINATION



## I RÉSUMÉ D'ORIENTATION

Alors que le Plan d'action mondial pour les vaccins, ou PAMV (2012-2020), arrive à mi-parcours, le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination (SAGE) reste gravement préoccupé par la lenteur excessive des progrès accomplis pour atteindre les objectifs fixés en vue d'éradiquer la poliomyélite, d'éliminer la rougeole et la rubéole, d'éliminer le tétanos maternel et néonatal, et de favoriser un accès plus équitable aux vaccins salvateurs. Malgré les améliorations constatées dans certains pays et l'introduction de nouveaux vaccins à un rythme soutenu au niveau mondial, la couverture vaccinale moyenne dans le monde n'a progressé que de 1 % depuis 2010.

En 2015, 68 pays n'ont pas atteint la cible qui consiste à obtenir une couverture d'au moins 90 % au niveau national par la troisième dose du vaccin contenant les valences diphtérie, tétanos et coqueluche. Qui plus est, 26 pays ont fait état d'une absence de changement dans les niveaux de couverture et 25 pays ont signalé une nette baisse de la couverture depuis 2010. Les 16 pays qui ont fait des progrès notables doivent être salués pour avoir réussi à atteindre par la vaccination davantage de gens, en particulier les membres vulnérables et marginalisés de la société. Certains des pays où le nombre des personnes non vaccinées est le plus grand sont aussi ceux qui ont fait les progrès les plus remarquables, notamment l'Éthiopie, l'Inde et la République démocratique du Congo, et même si les cibles relatives à la couverture n'ont pas été atteintes dans ces pays, ils avancent dans la bonne direction.

Les 111 pays qui sont entrés dans la décennie avec une couverture vaccinale élevée, et l'ont maintenue jusqu'en 2015, se projettent aujourd'hui vers des objectifs plus ambitieux, de nouveaux vaccins et une couverture plus équitable. Dans ces pays, les programmes de vaccination peuvent montrer la voie en améliorant l'accès à d'autres interventions de santé publique et en fournissant une structure de base pour la prestation de services de santé préventifs tout au long de la vie. La recherche-développement dans le domaine des vaccins progresse rapidement et un réservoir de nouveaux vaccins en pleine expansion souligne la nécessité de construire des systèmes de santé qui peuvent permettre d'atteindre, de manière fiable, de nouveaux groupes d'âge cibles.

Les membres du SAGE sont des partisans passionnés de la vaccination et ils sont fermement convaincus de sa capacité à donner aux individus et aux familles un meilleur départ dans la vie et à protéger les populations d'un nombre croissant de maladies invalidantes. La vaccination est à l'échelle mondiale l'un des outils les plus efficaces et les plus économiques contre la menace des maladies émergentes et elle a un impact puissant sur le développement social et économique. Reconnaisant le rôle que joue la vaccination en tant que garant d'une bonne santé et le rôle que joue la santé dans l'obtention d'un développement durable, le SAGE s'est montré favorable à l'introduction d'indicateurs relatifs à la vaccination pour mesurer les progrès vers la réalisation des objectifs de développement durable.

Les quatre prochaines années représentent pour les pays une occasion sans précédent de tirer parti de l'attention et du soutien dont bénéficie la vaccination et de l'utiliser dans l'intérêt des populations partout dans le monde. Des efforts plus dynamiques de la part de tous les pays et des partenaires de la vaccination sont indispensables pour rattraper le temps perdu et atteindre les objectifs fixés par le Plan d'action mondial pour les vaccins à l'horizon 2020.

Le SAGE a formulé neuf recommandations qui sont présentées de manière détaillée à la fin de ce rapport.

1. Faire preuve d'un leadership et d'une gouvernance plus solides dans le cadre des systèmes de vaccination nationaux.
2. Accorder la priorité au renforcement des systèmes de vaccination.
3. Obtenir les investissements nécessaires pour maintenir la vaccination pendant les transitions dans le cadre de la lutte contre la poliomyélite ou du soutien de GAVI.
4. Améliorer les capacités de surveillance et la qualité comme l'utilisation des données.
5. Améliorer les mécanismes de responsabilisation pour suivre la mise en œuvre du plan d'action mondial et des plans d'action régionaux pour la vaccination.
6. Atteindre les cibles d'élimination pour le tétanos maternel et néonatal, la rougeole, la rubéole et le syndrome de rubéole congénitale.
7. Surmonter les obstacles à un approvisionnement en vaccins à des prix abordables et en temps voulu dans les situations de crise humanitaire.
8. Soutenir les capacités de recherche-développement de vaccins dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.
9. Accélérer le développement et l'introduction de technologies et de vaccins nouveaux.

## TABLE DES MATIÈRES

1.	PROGRÈS RÉALISÉS CONCERNANT LES INDICATEURS	6
2.	LE POINT DE VUE DU SAGE	10
3.	LES LIGNES DE FORCE	12
4.	LES LIGNES DE FAILLE	14
5.	LES MENACES PESANT SUR LES PROGRÈS FUTURS	18
6.	DES RAISONS D'ESPÉRER	19
7.	POURQUOI LA VACCINATION N'A JAMAIS ÉTÉ AUSSI IMPORTANTE QU'AUJOURD'HUI	20
8.	LES RECOMMANDATIONS DU SAGE	21
	<b>ANNEXE 1 : MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL SUR LA DÉCENNIE DE LA VACCINATION DU GROUPE STRATÉGIQUE CONSULTATIF D'EXPERTS (SAGE) SUR LA VACCINATION</b>	<b>24</b>
	<b>ANNEXE 2 : MEMBRES DU GROUPE STRATÉGIQUE CONSULTATIF D'EXPERTS (SAGE) SUR LA VACCINATION</b>	<b>25</b>

# 1. PROGRÈS RÉALISÉS CONCERNANT LES INDICATEURS

Tandis que la mise en œuvre du Plan d'action mondial pour les vaccins est désormais à mi-parcours, le SAGE note que même si des progrès ont été faits dans certains pays, les cibles à mi-parcours n'ont pas été atteintes pour l'éradication de la poliomyélite, l'élimination du tétanos néonatal, l'élimination de la rougeole et de la rubéole, et la couverture par la vaccination systématique. Le rythme actuel des progrès doit évoluer si l'on veut atteindre les objectifs fixés par le PAMV d'ici 2020.

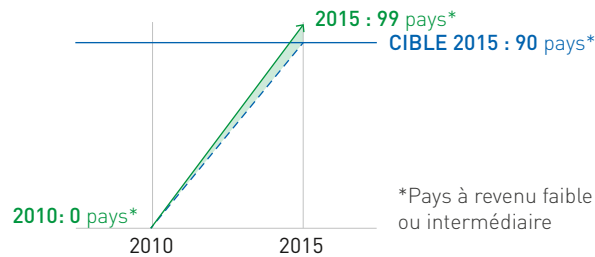
**Le rythme actuel des progrès doit évoluer si l'on veut atteindre les objectifs fixés par le PAMV d'ici 2020.**

LES CIBLES DU PAMV POUR 2015 N'ONT ÉTÉ ATTEINTES DANS AUCUNE CATÉGORIE SAUF UNE

## CIBLE DÉPASSÉE

### INTRODUCTION DE VACCINS :

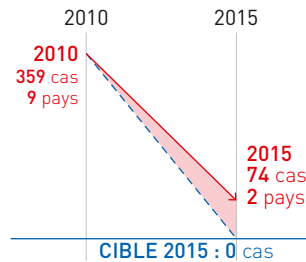
Nombre de pays à revenu faible ou intermédiaire ayant introduit un ou plusieurs vaccins nouveaux ou sous-utilisés depuis 2010



## CIBLES MANQUÉES

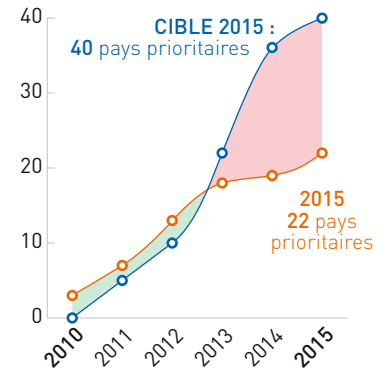
### POLYOMIÉLITE :

Nombre de nouveaux cas de poliomyélite paralytique dus au poliovirus sauvage



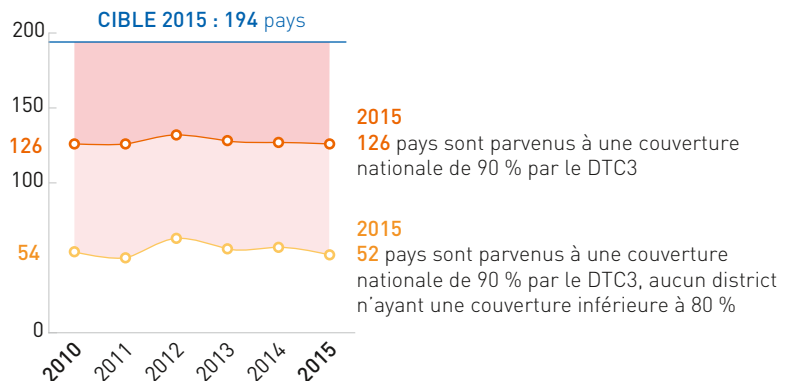
### ÉLIMINATION DU TÉTANOS MATERNEL ET NÉONATAL :

Nombre de pays où l'élimination a été vérifiée



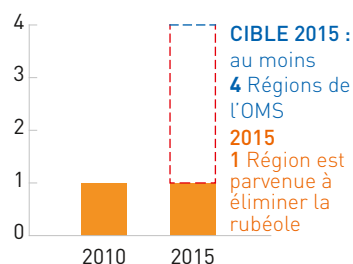
### COUVERTURE ET ÉQUITÉ :

Nombre de pays où la couverture vaccinale à l'échelle nationale est de 90 %, aucun district n'ayant une couverture inférieure à 80 %



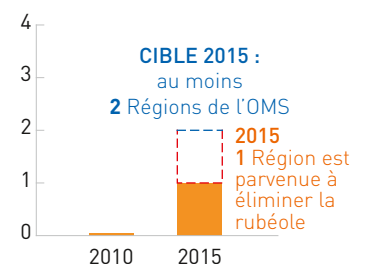
### ROUGEOLE :

Nombre de Régions de l'OMS qui sont parvenues à éliminer la rougeole



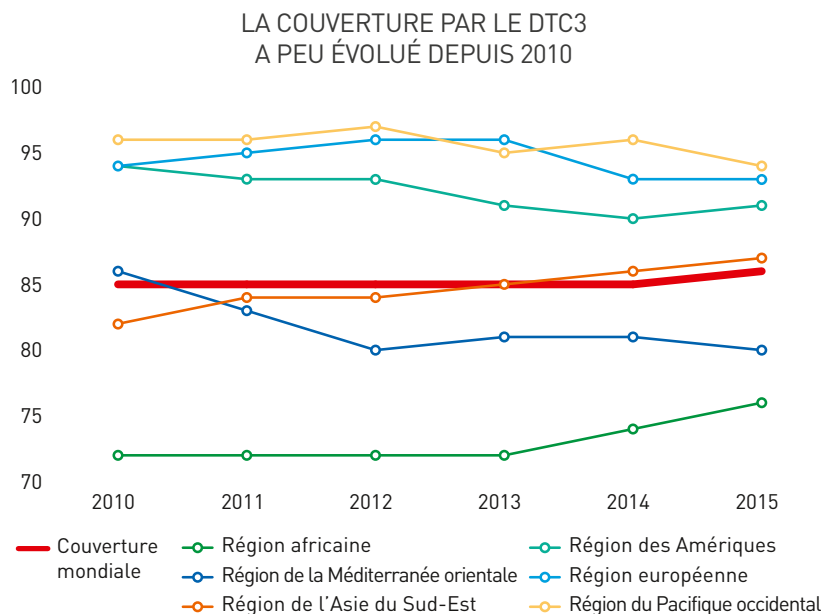
### RUBÉOLE :

Nombre de Régions de l'OMS où l'élimination de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale a été vérifiée



## CIBLES CONCERNANT LA COUVERTURE VACCINALE ET L'ÉQUITÉ

Depuis 2010, de manière générale, l'indicateur mesurant la couverture vaccinale et l'équité ne s'est amélioré que de façon marginale.<sup>1</sup> Tandis que 126 États Membres (65 %) sont parvenus à une couverture d'au moins 90 % par le DTC3 en 2015, la plupart avaient déjà atteint cet objectif avant le début de la décennie. Quinze pays supplémentaires seulement ont atteint ce niveau de couverture depuis 2010. En outre, ils ne sont que 52 États Membres (27 %) sur les 88 où des données fiables sont disponibles au niveau des districts, à avoir atteint les cibles en matière d'équité qui consistent en une couverture nationale  $\geq 90$  % par le DTC3, et une couverture  $\geq 80$  % dans chaque district.



**L'évolution générale de la couverture moyenne par le DTC3 à l'échelle mondiale a été de 1 % entre 2010 et 2015.**

Source : Estimations de l'UNICEF/OMS sur la couverture vaccinale dans les pays (WUENIC), 2010-2015

Parmi les 68 pays<sup>2</sup> qui n'ont pas encore atteint une couverture de 90 % ou plus au niveau national, 16 (8 %) ont fait des progrès, tandis que 25 pays (13 %) font état d'une nette baisse de la couverture depuis 2010. Pour 26 autres pays, aucun changement significatif n'a été constaté dans la couverture par le DTC3 depuis 2010. Un seul pays qui avait débuté la décennie avec une couverture supérieure à 80 % a indiqué qu'en 2015, celle-ci avait clairement progressé, témoignant ainsi de la difficulté à accroître la couverture au-delà de 80 %. L'évolution générale de la couverture moyenne par le DTC3 à l'échelle mondiale a été de 1 % (passant de 85 % à 86 %) entre 2010 et 2015.

Parmi les pays où des progrès sont constatés, l'Inde, l'Éthiopie et la République démocratique du Congo se distinguent parce qu'ils font tous trois partie des 20 pays qui comptabilisent le plus grand nombre de personnes non vaccinées, et que leurs efforts pour accroître la couverture font une réelle différence en permettant de combler les lacunes en matière de vaccination. Ces efforts doivent être élargis pour réduire les inégalités socioéconomiques et géographiques qui persistent encore dans chacun de ces pays.

Dans les pays où la couverture stagne ou diminue, la situation est bien différente. Un petit sous-ensemble de ces pays éprouvent des difficultés à fournir des services de vaccination fiables parce qu'ils sont confrontés à l'instabilité politique ou à des situations d'urgence. La Syrie, le Yémen et le Soudan du Sud en font partie. La majorité des pays où la couverture est inférieure à 90 % ne parviennent pas à atteindre les cibles fixées malgré un environnement relativement stable et prévisible. Dans ce dernier cas, la faiblesse des infrastructures de santé, les insuffisances de la gouvernance et l'absence d'intégration qui conduit à laisser passer les occasions de vacciner, sont des facteurs jouant un rôle majeur.

<sup>1</sup> Cet indicateur comptabilise le nombre de pays parvenant à une couverture nationale de 90 % par la troisième dose du vaccin contenant les valences de la diphtérie, du tétanos et de la coqueluche (DTC3), tous les districts obtenant une couverture supérieure ou égale à 80 %.

<sup>2</sup> Le Soudan du Sud, devenu Membre de l'OMS en 2012, n'est par conséquent pas inclus dans l'analyse des tendances 2010-2015.

## CIBLES CONCERNANT LA LUTTE CONTRE LES MALADIES

Les indicateurs mesurant les progrès vers l'élimination des maladies et les objectifs d'éradication sont au nombre de trois. En 2015, aucune de ces cibles n'a été atteinte. L'émergence de plusieurs cas de poliovirus sauvage au Nigéria en 2016, après plus de 24 mois sans aucun cas signalé dans l'ensemble du continent africain, a été un décevant revers. Ce virus a circulé sans être détecté depuis 2011 dans une zone du pays où l'accès aux services de santé est très limité, révélant ainsi un défaut inquiétant dans l'armure de la surveillance de la poliomyélite. Des progrès ont été obtenus en vue de l'élimination du tétanos maternel et néonatal, 22 pays ayant validé cette élimination depuis 2010, mais 18 autres n'ont pas encore atteint cet objectif. Les progrès sont positifs mais très lents : c'est la troisième fois que l'on s'est fixé pour cible l'élimination du tétanos maternel et néonatal à l'échelle mondiale sans parvenir à l'atteindre.

**C'est la troisième fois que l'on s'est fixé pour cible l'élimination du tétanos maternel et néonatal à l'échelle mondiale sans parvenir à l'atteindre.**

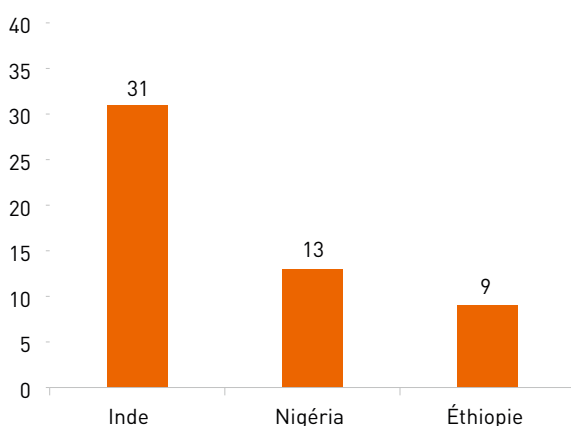
Les progrès vers l'élimination de la rougeole et de la rubéole sont aussi plus lents que prévu. Depuis 2010, l'incidence mondiale de la rougeole a diminué de 21 %, passant de 50 cas par million d'habitants à 39,3 cas en 2015, ce qui reste nettement supérieur à la cible mondiale pour 2015 qui est de moins de cinq cas par million d'habitants. Des flambées de rougeole sont survenues dans de nombreux pays – conséquence d'une couverture vaccinale insuffisante à la fois par les services et les campagnes systématiques, et d'une sensibilité accrue dans les groupes d'âge plus âgés. Même si les flambées de rougeole sont signalées, la qualité des données les concernant ne permet pas toujours d'obtenir les informations complètes requises pour prendre des mesures correctives. La surveillance de la rougeole reste de qualité médiocre dans de nombreux pays où la notification manque de rigueur, la capacité des responsables nationaux à utiliser les données pour la prise de décisions à des fins programmatiques et stratégiques s'en trouvant limitée. La lutte contre la rubéole marque un retard encore plus important : 45 États Membres n'ont pas encore introduit le vaccin et deux Régions (l'Afrique et la Méditerranée orientale) n'ont toujours pas fixé de cible pour l'élimination ou la lutte contre la maladie. Une Région (les Amériques) a éliminé avec succès la transmission endémique de la rubéole et le syndrome de rubéole congénitale, une élimination vérifiée en 2015.

**Le Comité international d'experts a déclaré l'élimination de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale en 2015 et de la rougeole en 2016 dans la Région des Amériques.**

**45 États Membres n'ont pas encore introduit le vaccin antirubéoleux.**

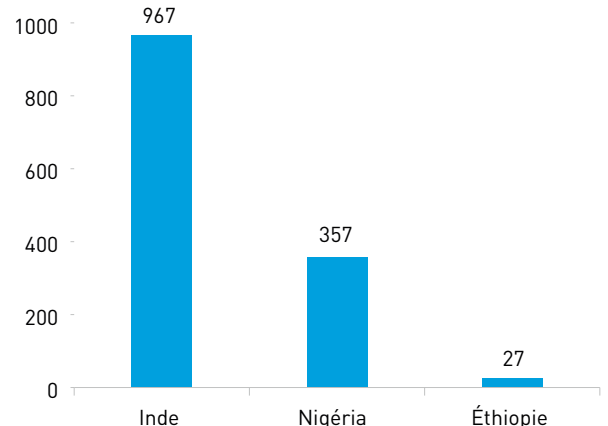
### L'IMPACT POTENTIEL D'UNE RÉDUCTION DES RESSOURCES CONSACRÉES À L'ERADICATION DE LA POLIOMYÉLITE DANS LES TROIS PAYS OÙ LA CHARGE DE MORBIDITÉ DUE À LA ROUGEOLE EST LA PLUS ÉLEVÉE EST DRAMATIQUE

Contribution (%) à la mortalité mondiale due à la rougeole



Source: OMS, Département Information, bases factuelles et recherche, Estimations des causes de décès chez l'enfant, 2000-2015 (actualisées au 5 février 2016).

Nombre actuel d'agents en équivalent plein temps financés sur les fonds de la poliomyélite travaillant pour la lutte contre la rougeole et la rubéole dans les pays où le taux de mortalité due à la rougeole est le plus élevé\*



Source: Étude du Boston Consulting Group dans les pays suivants : Afghanistan, Angola, Éthiopie, Inde, Nigéria, Pakistan, République démocratique du Congo, Somalie, Soudan du Sud et Tchad, pour l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, 2015.

\* Le nombre actuel d'agents en équivalent plein temps est calculé en utilisant le % de temps consacré à la lutte contre la rougeole et la rubéole par le nombre total d'agents employés à la lutte contre la poliomyélite.



## INTRODUCTION DE NOUVEAUX VACCINS

Depuis 2010, 99 pays à revenu faible et intermédiaire (73 %) ont introduit au moins un vaccin nouveau ou sous-utilisé (à l'exclusion du VPI) dans leur programme de vaccination national et ont continué à utiliser ce vaccin pendant au moins 12 mois, ce qui équivaut à un total de 160 introductions de vaccins. L'Alliance GAVI a apporté son soutien à 64 de ces pays. Sur les 99 pays qui ont introduit au moins un vaccin, ils sont 47 à avoir introduit et poursuivi l'utilisation de plusieurs vaccins, y compris 14 pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure, 19 pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure et 14 pays à revenu faible.

**160 introductions de vaccins ont eu lieu dans 99 pays depuis 2010.**

---

## RECHERCHE-DÉVELOPPEMENT

Tous les deux ans, le SAGE examine les progrès réalisés par rapport aux objectifs fixés dans le domaine de la recherche-développement. Parmi ces objectifs figurent l'homologation et le lancement d'un vaccin contre l'une ou plusieurs des principales maladies qui actuellement ne peuvent être évitées par la vaccination et l'homologation et le lancement d'au moins une nouvelle plate-forme technologique de vaccination.

En juillet 2015, le premier vaccin antipaludique à être évalué par un organisme de réglementation a bénéficié d'un avis positif de l'Agence européenne des médicaments (EMA). Cette étape est une condition préalable indispensable à une recommandation de politique générale de l'OMS et à l'homologation en vue d'utiliser le vaccin dans les programmes nationaux de vaccination. Un vaccin contre la dengue a été homologué dans de nombreux pays et au moins deux autres vaccins candidats contre la maladie sont au stade des essais de phase III, plusieurs autres vaccins candidats étant à un stade antérieur de développement. En novembre 2016, le recrutement pour un essai clinique de phase III d'un vaccin anti-VIH commencera en Afrique du Sud parmi la population adulte.

Il s'avère extrêmement difficile de mettre au point des vaccins antituberculeux, étant donné qu'il n'existe pas de corrélats de protection pour guider la conception du vaccin. Toutefois, la conception d'essais novateurs, de nouveaux modèles animaux, un nouveau groupe de partenaires pour l'élaboration de modèles d'épreuve humains et l'introduction d'approches et de techniques immunologiques novatrices, telles que les patchs à micro-aiguilles (micro-array patches), ont insufflé un nouvel élan à la recherche-développement de vaccins antituberculeux et élargi la gamme des possibilités.

Les vaccins candidats contre d'autres maladies prioritaires, y compris le vaccin antigrippal universel et les vaccins pour la protection maternelle, tels que les vaccins contre le virus respiratoire syncytial, les infections à streptocoque du groupe B, l'anatoxine tétanique et la coqueluche, sont au stade du développement préclinique et clinique.

En réponse à la menace que représentent les nouveaux pathogènes émergents, l'OMS a mis au point un schéma directeur pour servir de guide à l'action en matière de recherche-développement dans les situations d'urgence. La rédaction de la partie consacrée aux vaccins s'est inspirée des enseignements tirés de la mise au point du vaccin contre la maladie à virus Ebola. L'application de ce schéma directeur au développement du vaccin contre la maladie à virus Zika a permis à la recherche-développement de progresser à une allure sans précédent.

**Un nouveau schéma directeur pour servir de guide à l'action en matière de recherche-développement dans les situations d'urgence a permis des progrès fulgurants dans le développement du vaccin contre la maladie à virus Zika.**

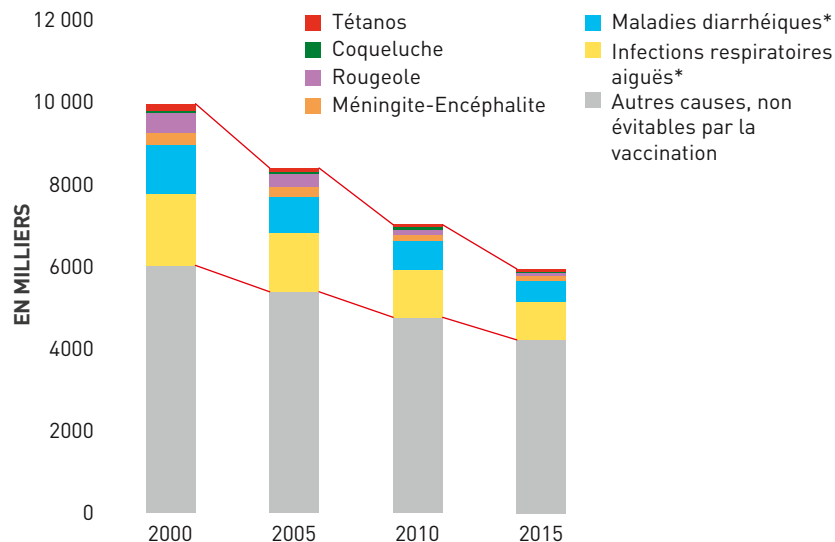
---

## 2. LE POINT DE VUE DU SAGE

Le rythme d'introduction de nouveaux vaccins dans les pays à revenu faible ou intermédiaire et l'impact escompté sur la morbidité et la mortalité des moins de cinq ans représentent une lueur d'espoir tandis que le PAMV arrive à mi-parcours. Même si l'on ne dispose pas d'études de modélisation pour quantifier la part de la baisse de la mortalité chez les enfants de moins de cinq ans qui peut être attribuée au vaccin, la brusque baisse de la morbidité et de la mortalité dues à la pneumonie et à la diarrhée qui a pu être constatée dans un petit nombre de pays après l'introduction des vaccins antipneumococcique et antirotavirus indique que cette contribution est majeure. Tant qu'il est possible d'élargir l'introduction de nouveaux vaccins à un plus grand nombre de pays qui continuent à avoir des taux de mortalité élevés du fait de la pneumonie et de la diarrhée, une couverture élevée et équitable par ces vaccins reste une stratégie gagnante pour un réel impact en matière de santé publique.

**Une couverture élevée et équitable par les nouveaux vaccins reste une stratégie gagnante pour un réel impact en matière de santé publique.**

### LES VACCINS ONT CONTRIBUÉ DE MANIÈRE ESSENTIELLE À LA RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS À L'ÉCHELLE MONDIALE



Sources : OMS, Département Information, bases factuelles et recherche, Estimations des causes de décès chez l'enfant, 2000-2015 (actualisées au 5 février 2016).

\*Note : La réduction de la mortalité pour les maladies évitables par la vaccination tient compte de l'impact des autres interventions. Les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires aiguës ne sont pas toutes évitables par la vaccination.

Le SAGE se félicite aussi des progrès substantiels réalisés dans la recherche-développement de vaccins, en particulier contre le VIH, le paludisme, la dengue et la tuberculose.

Les progrès rapides réalisés dans la recherche-développement sur les vaccins depuis 2010 soulignent qu'il est nécessaire d'élargir d'urgence les capacités en matière d'essais cliniques dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, de renforcer les capacités des organismes de réglementation nationaux à évaluer et homologuer des vaccins et technologies, et de passer à la recherche sur la mise en œuvre pour les vaccins et les plateformes technologiques de vaccination beaucoup plus tôt au cours du processus.

**Les progrès de la recherche-développement soulignent qu'il est nécessaire d'élargir d'urgence les capacités en matière d'essais cliniques, de renforcer les organismes de réglementation nationaux et de passer plus tôt à la recherche opérationnelle.**

## PRINCIPALES PRÉOCCUPATIONS

Les bonnes nouvelles concernant les vaccins nouveaux et à venir sont toutefois assombries par la lenteur des progrès au niveau mondial pour atteindre d'autres cibles du PAMV. Les enfants non vaccinés ou sous-vaccinés dans le monde sont encore au nombre de 19 millions, et ils représentent les membres les plus défavorisés de la société : les populations qui fuient les catastrophes, qui sont marginalisées, démunies ou simplement non répertoriées. Pour ces populations, chaque jour d'exclusion des avantages de la vaccination représente une occasion perdue de construire des communautés plus fortes et en meilleure santé.

Le fait d'avoir manqué à plusieurs reprises les objectifs d'éradication et d'élimination se traduit par des campagnes prolongées et plus coûteuses qui finalement compromettent l'enthousiasme mondial pour ce type d'initiatives et sapent la demande des communautés pour des services de vaccination. Un financement insuffisant des initiatives de lutte contre les maladies, en particulier dans les pays qui ne peuvent pas bénéficier des fonds de GAVI, a contrarié les efforts visant à introduire un vaccin à valence rubéole, à mener des campagnes de grande qualité contre la rougeole parmi les groupes plus âgés, et à s'engager en faveur des objectifs nationaux et régionaux d'élimination ou à atteindre ces objectifs. La médiocre qualité des campagnes dans de nombreux pays n'a pas permis de limiter suffisamment la circulation des maladies infectieuses, ce qui se traduit par des flambées qui doivent être prises en charge en utilisant des ressources qui pourraient être dépensées à meilleur escient dans les services de vaccination systématique.

Finalement, un programme de vaccination qui ne peut dispenser des services à la majorité de la population est le signe d'un système de santé fragile, qui sera moins résilient face aux situations d'urgence et à la menace très réelle d'introduction mondiale de pathogènes émergents tels que les virus Ebola ou Zika ou le virus de la fièvre jaune.

À mi-parcours de la mise en œuvre du PAMV, le SAGE est préoccupé par le fait que de nombreux pays n'ont pas saisi l'occasion de renforcer les programmes de vaccination et su tirer parti de la dynamique et de l'engouement croissants au niveau mondial en faveur des vaccins. Les pays doivent faire des efforts plus concertés pour parvenir à atteindre les objectifs du PAMV d'ici 2020, et les pays qui ont atteint ces objectifs ou fait des progrès réels vers la réalisation de ces objectifs doivent poursuivre ces efforts sur le long terme.

**Le rythme actuel des progrès mondiaux vers la réalisation des cibles du PAMV est trop lent.**

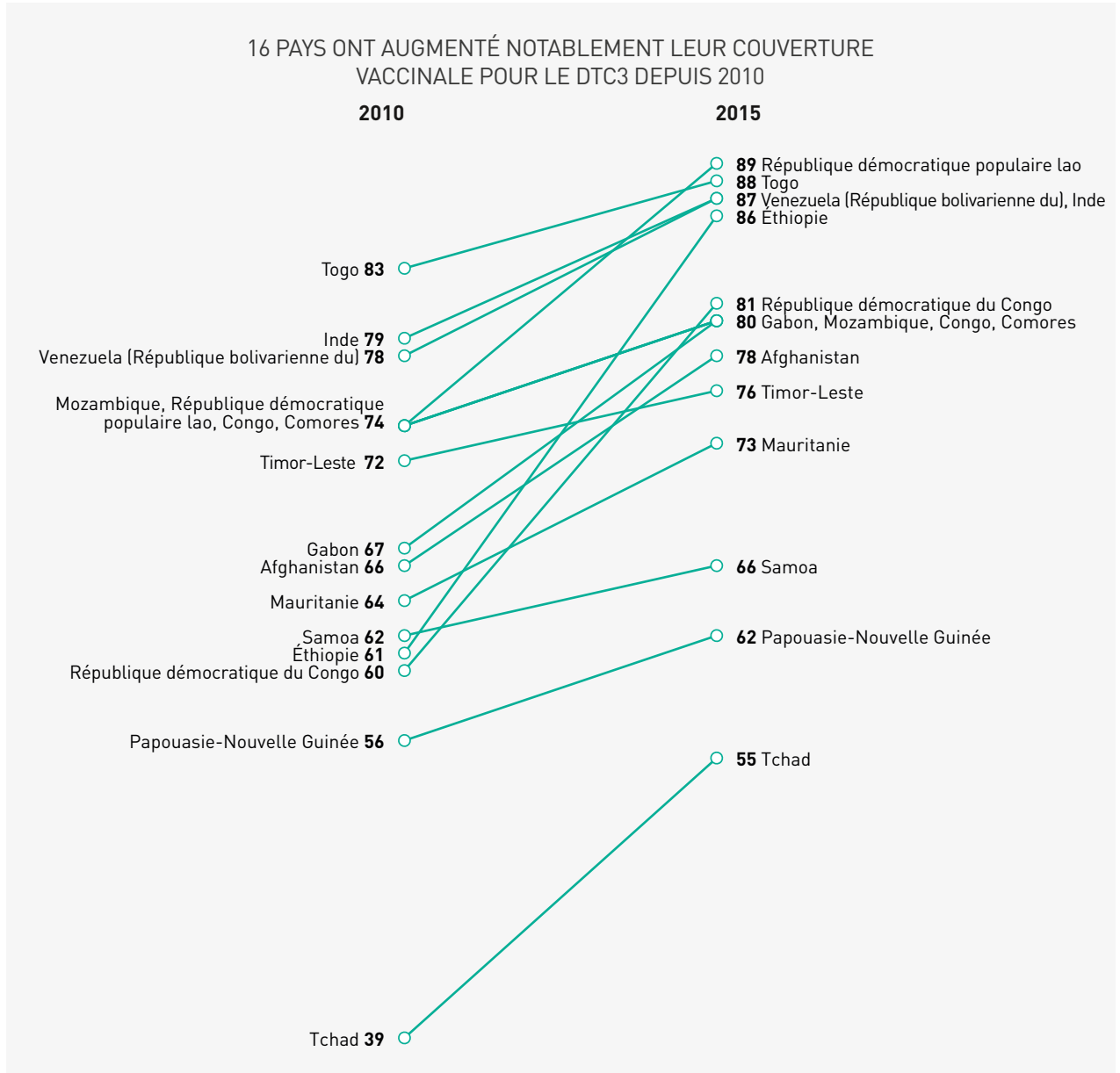
---

**Les programmes de vaccination fragiles sont moins résilients face aux situations d'urgence et moins à même de faire face à l'émergence de nouveaux pathogènes et de s'en relever.**

---

### I 3. LES LIGNES DE FORCE

Un examen détaillé des pays qui ont amélioré la couverture vaccinale depuis 2010 confirme ce que l'on sait déjà sur ce qu'il convient de faire pour que les résultats des programmes de vaccination s'améliorent.



Source : Estimations de l'UNICEF/OMS sur la couverture vaccinale dans les pays (WUENIC), 2010-2015

**Leadership.** Il existe plusieurs exemples remarquables de la manière dont un leadership courageux et engagé peut permettre d'améliorer les performances en matière de vaccination. Plus de 116 États Membres ont créé au niveau national des groupes consultatifs techniques indépendants sur la vaccination pour orienter la prise de décisions sur l'introduction de vaccins, et les programmes et politiques de vaccination. L'Ouganda et le Népal figurent parmi les premiers pays de leur région respective à avoir adopté des lois pour rendre la vaccination obligatoire et établir un mécanisme par l'intermédiaire duquel les donateurs, les individus et les entités du secteur privé peuvent contribuer à un fonds national pour la vaccination. Les autorités élues de la République démocratique du Congo ont mis en place un réseau parlementaire pour garantir la disponibilité des fonds et assurer le suivi des activités et des versements qui ont été promis par le Gouvernement. Pour le moment, l'Ouganda n'a pas constaté de progrès dans la couverture nationale depuis 2010 ; cependant, au Népal et en République démocratique du Congo, la couverture a progressé, passant respectivement de 82 % à 91 % et de 60 % à 81 % depuis 2010.

**Investissements dans les systèmes de santé.** La démonstration du leadership s'est aussi faite sous la forme d'investissements importants dans les systèmes et les personnels de santé. L'Éthiopie a récemment construit 16 000 nouveaux centres de santé, acheté 2 000 réfrigérateurs solaires sans batterie pour les établissements ne disposant pas de l'accès à l'électricité, formé un nouveau cadre d'agents de vulgarisation sanitaire rémunérés et mis sur pied une « armée » de trois millions de volontaires pour le développement sanitaire qui faciliteront l'accès à la vaccination dans tout le pays. Depuis 2010, date à laquelle ces investissements ont été lancés, la couverture vaccinale est montée en flèche en Éthiopie, passant de 61 % à 86 %. De même, l'Inde a engagé de nouveaux investissements dans les systèmes de santé : le matériel de la chaîne du froid a été remplacé et réparé, des milliers d'agents de santé communautaires accrédités (Accredited Social Health Activists) ont été formés, et la microplanification a été utilisée pour soutenir la vaccination. Ces mesures, associées à une intensification des services assurés dans le cadre des campagnes, se sont traduites par une hausse spectaculaire de la couverture par le DTC3 qui est passée de 79 % à 87 %, ce qui signifie qu'en 2015, deux millions d'enfants de plus qu'en 2010 ont bénéficié de services de vaccination. Le SAGE observera avec intérêt si de tels progrès peuvent être maintenus dans le temps.

**Dévouement du personnel.** Le travail quotidien des prestataires de services de vaccination fiables peut s'avérer difficile dans les environnements où les ressources sont limitées. Le personnel technique et les agents chargés de la vaccination sont confrontés à d'innombrables obstacles et frustrations qu'ils surmontent avec opiniâtreté dans un environnement parfois ingrat où les pressions et les attentes sont élevées. Trop souvent, les agents de santé sont insuffisamment payés ou attendent des mois avant de l'être, et tout le poids du programme de vaccination repose sur leurs épaules. Nous saluons les organisations de la société civile, le personnel des institutions, les bénévoles et tout particulièrement les agents de santé communautaires qui risquent leur vie dans les États fragiles ou les zones de conflit, notamment en Syrie, au Yémen et au Soudan du Sud, pour assurer les services de vaccination aux communautés vivant dans ces zones. C'est grâce à eux si, par exemple, pas moins de 41 % de la population a été vaccinée en Syrie en 2015.

**Interventions connues.** Après trois décennies d'expérience dont des enseignements peuvent être tirés, les agents chargés de la vaccination à tous les niveaux ont mis au point un arsenal d'outils et de stratégies pour obtenir des performances élevées quel que soit l'environnement ou presque. Appliquer la stratégie « Atteindre chaque communauté » dans 22 districts au Tchad, par exemple, a porté ses fruits et contribué à une progression durablement acquise dans la couverture, qui est passée de 39 % à 55 %. Les progrès réalisés au Nigéria sont aussi remarquables, en particulier compte tenu de la taille et de la complexité du pays. Le soutien au programme de vaccination de la part du Gouvernement et des partenaires s'est accru, et la riposte face aux récents cas de poliomyélite a été immédiate. De nombreux efforts ont visé à améliorer les soins de santé primaires au cours des dernières années et ont permis d'obtenir de meilleurs résultats dans la couverture, passée de 49 % à 56 % depuis 2014. Il faut cependant faire davantage pour combler l'écart entre la couverture actuelle et la couverture souhaitée, même si l'évolution se fait dans la bonne direction.

**Responsabilisation.** Les engagements aux niveaux national, régional et mondial en faveur de la vaccination et des plans, budgets et activités correspondants ne sont que des promesses vaines lorsque personne n'est responsable de leur réalisation. Au niveau mondial, le Plan d'action mondial pour les vaccins a été un mécanisme positif pour inciter les États Membres de l'OMS, les institutions des Nations Unies et les autres partenaires mondiaux de la vaccination à tenir leur parole et à prendre acte de progrès insuffisants. La conférence ministérielle sur la vaccination tenue récemment en Afrique, à laquelle ont participé les Ministres de la santé de 70 États Membres de la Région africaine et de la Région de la Méditerranée orientale, est un bon exemple de l'utilisation des plans d'action régionaux pour la vaccination afin que les Ministres de la santé rendent compte des progrès accomplis conformément à un ensemble d'indicateurs convenus. Les mécanismes de responsabilisation au niveau des pays ont été mis à profit dans plusieurs d'entre eux, et l'on a fait appel aux organisations de la société civile, aux cadres juridiques et aux groupes consultatifs techniques nationaux sur la vaccination pour superviser la mise en œuvre des plans en matière de vaccination et suivre les progrès en vue d'atteindre les cibles convenues.

**En Éthiopie, les investissements dans les systèmes de santé ont contribué à l'amélioration de la couverture qui est passée de 61 % en 2010 à 86 % en 2015.**

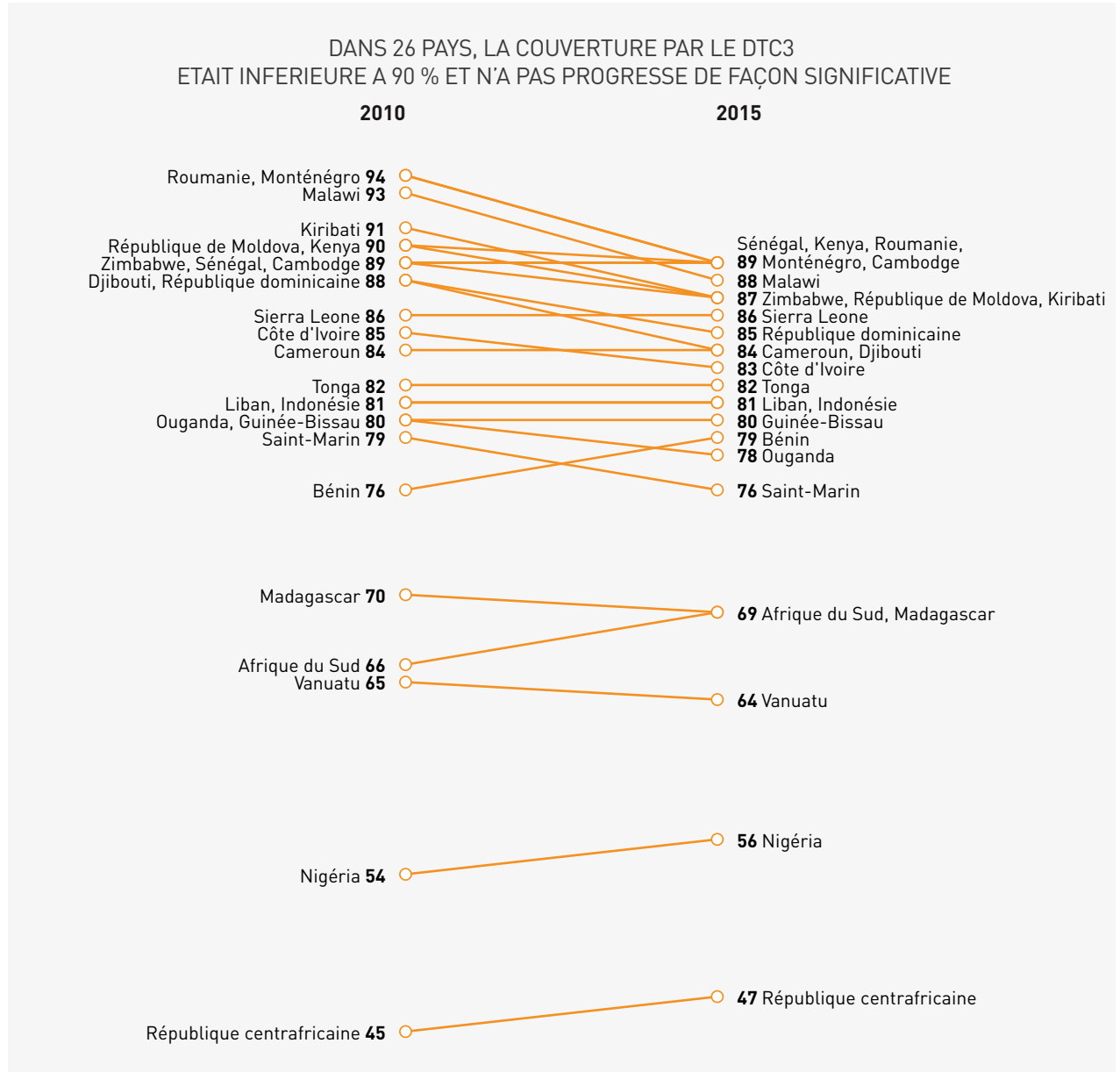
---

**Nous saluons les organisations de la société civile, le personnel des institutions, les bénévoles et tout particulièrement les agents de santé communautaires qui risquent leur vie dans les États fragiles ou les zones de conflit pour assurer la vaccination.**

---

## I 4. LES LIGNES DE FAILLE

Bien que chaque pays soit unique, on distingue plusieurs facteurs communs qui sont un frein aux progrès et nuisent à la qualité et aux résultats des programmes de vaccination.



Source : Estimations de l'UNICEF/OMS sur la couverture vaccinale dans les pays (WUENIC), 2010-2015

**Engagement insuffisant.** La faille la plus fréquente et la plus nocive au sein des pays où la couverture stagne ou diminue est une absence générale d'intérêt et d'engagement en faveur de la vaccination à tous les niveaux. Dans les pays où l'engagement est faible ou le leadership peu actif, les programmes de vaccination souffrent d'un manque de fonds suffisants et/ou fiables, de capacités en ressources humaines inappropriées et d'une faible motivation pour surmonter les difficultés chroniques qui nuisent aux performances. Même si l'accessibilité économique des vaccins reste une préoccupation légitime pour un certain nombre de pays, elle n'excuse pas toujours l'absence d'investissement national dans les programmes de vaccination. L'investissement national dans les services de vaccination doit encore progresser, en particulier dans les pays qui ne bénéficieront plus du soutien de l'Alliance GAVI. Cet investissement est rentable et entraîne des retombées importantes sous la forme d'une réduction dans le coût des soins à long terme et d'un pourcentage plus élevé de la population en

**Les investissements nationaux dans les services de vaccination doivent encore progresser, et ce particulièrement dans les pays qui ne bénéficieront bientôt plus du soutien de l'Alliance GAVI.**

mesure de contribuer à la vitalité de la communauté et à la viabilité économique. Améliorer la couverture par les vaccins figurant actuellement dans les programmes de vaccination constitue pour les pays la stratégie la plus judicieuse sur le plan économique pour garantir que lorsque de nouveaux vaccins plus coûteux seront introduits, ils auront un impact puissant sur la santé et l'économie.

**Inaccessibilité et surveillance insuffisante.** L'inaccessibilité physique ou politique est un autre obstacle auquel sont confrontés les programmes de vaccination. Lorsqu'une communauté est inaccessible du fait d'un manque de confiance, de l'absence de routes ou d'approvisionnement, les poches de population insuffisamment vaccinées devraient être pour les pays un sujet de préoccupation. La surveillance est d'autant plus importante dans ces zones que les maladies peuvent circuler et se propager à d'autres. La résurgence récente de la poliomyélite au Nigéria est un brusque rappel des conséquences possibles lorsque des populations sont hors d'atteinte à la fois des systèmes de vaccination et de surveillance.

**Médiocrité de la gouvernance.** La faiblesse de l'encadrement par les autorités s'est traduite par une baisse très coûteuse des performances en matière de vaccination dans plusieurs pays. Dans un petit nombre d'entre eux, les problèmes d'achat ont abouti à des pénuries persistantes, de sorte que les familles ne recherchent ou n'attendent plus de services de vaccination de la part des centres de santé locaux. Il n'est pas surprenant que ces problèmes démotivent le personnel de santé et que la qualité des services s'en ressentent. Dans certains pays où les systèmes de santé sont décentralisés, on a pu constater jusqu'à cinq ans et plus de confusion quant aux rôles et responsabilités au sein du programme de vaccination, avec des mécanismes de responsabilisation inappropriés et une supervision insuffisante au niveau national comme au niveau des districts. Lorsque c'est le cas, le financement destiné à la vaccination au niveau du district peut varier largement avec une absence quasi-totale de transparence quant à la manière dont les priorités sont fixées dans l'allocation des ressources, d'où l'impossibilité d'orchestrer des améliorations dans la vaccination à ce niveau.

**Obsolescence de la culture des données.** Le SAGE a soulevé la question de la médiocre qualité des données chaque année depuis qu'il rédige les rapports d'évaluation du PAMV. L'absence de données fiables et la non-utilisation des données dans la prise de décisions à tous les niveaux de gouvernement constituent un phénomène généralisé et préoccupant. Peu de pays disposent d'une méthode de collecte des données sur la vaccination auprès du secteur privé. De même, peu de pays ont la capacité d'analyser les données pour localiser les poches de populations non vaccinées. Les données de couverture elles-mêmes peuvent varier largement d'une enquête ou d'un rapport administratif à l'autre, d'où la difficulté de savoir si les programmes fonctionnent bien ou mal, et quelles doivent être les prochaines priorités. Après l'amélioration de l'exactitude des données de vaccination recueillies au Mexique, par exemple, le pays a fait état de niveaux de couverture inférieurs de près de 10 points de pourcentage à ceux des années précédentes. Le SAGE félicite le Gouvernement mexicain pour le travail accompli parce qu'il a permis de donner une visibilité dans le système de santé aux populations sous ou non vaccinées. Au fur et à mesure que les pays atteindront des niveaux de couverture plus élevés, leurs données devront être plus détaillées et plus spécifiques. La couverture au niveau des districts est désormais demandée dans les formulaires communs OMS/UNICEF de notification sur la vaccination, mais la disponibilité et la qualité des données restent déficientes.

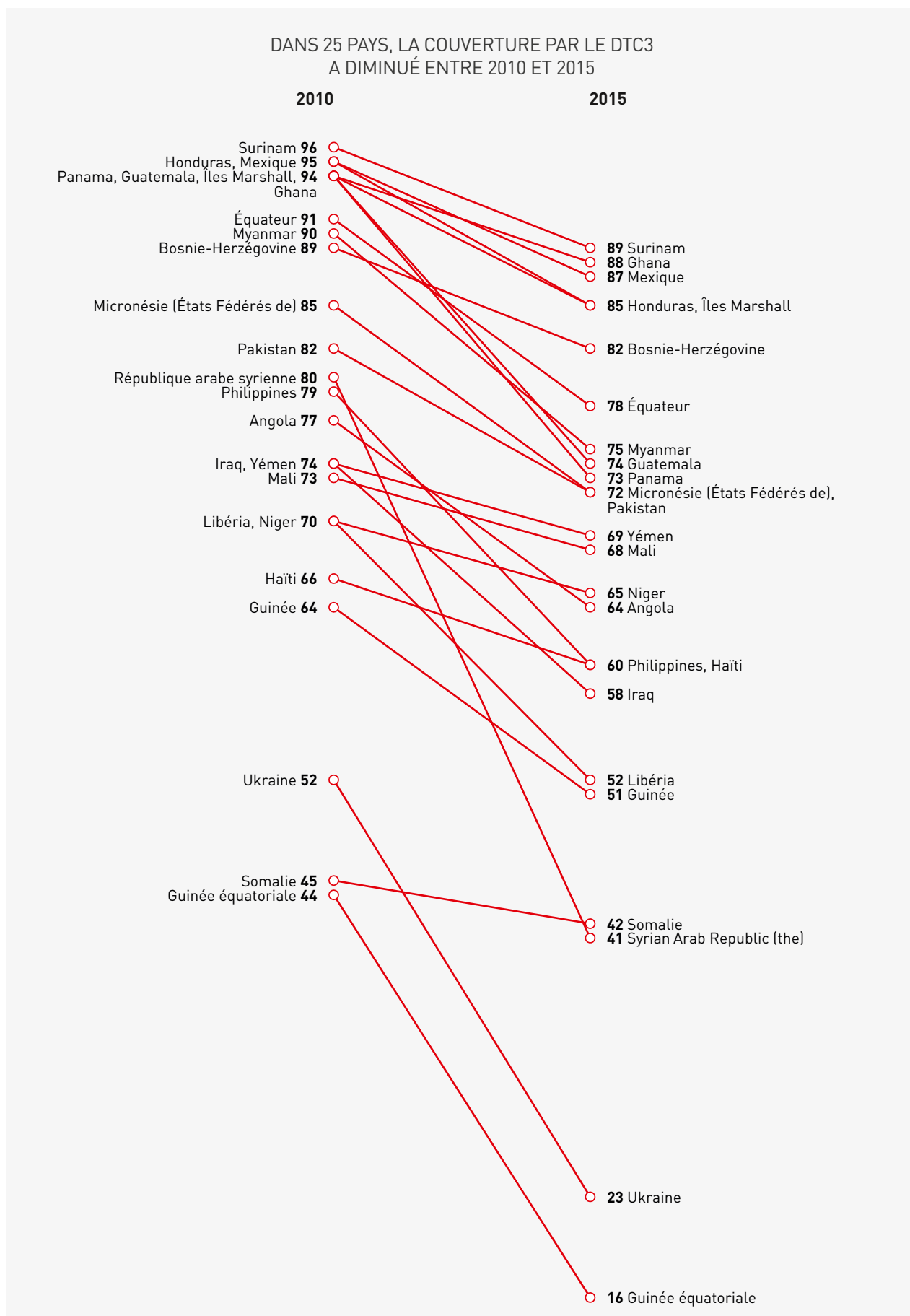
**Absence d'interconnexion.** Il existe une absence persistante d'interconnexion entre la vaccination et l'action du système de santé au sens large. Les acteurs de la vaccination sont insuffisamment représentés dans les discussions relatives aux soins sanitaires universels, d'où des priorités en matière de vaccination négligées et des occasions perdues de tirer parti de la vaccination dans l'intérêt d'autres programmes sanitaires. Il existe aussi un manque de coordination entre les organes nationaux, régionaux et mondiaux, d'où la difficulté de faire connaître les besoins et de s'unir pour obtenir les résultats souhaités. Malgré la recommandation préconisant une supervision de la mise en œuvre des plans d'action régionaux pour la vaccination par les comités régionaux, rares sont ceux qui assurent le suivi des progrès et demandent aux pays de rendre des comptes. Au niveau des pays,

**Dans certains pays où les systèmes de santé sont décentralisés, on a pu constater jusqu'à cinq ans et plus de confusion quant aux rôles et responsabilités au sein du programme de vaccination.**

**Au fur et à mesure que les pays atteindront des niveaux de couverture plus élevés, leurs données devront être plus détaillées et plus spécifiques.**

**Il existe une absence persistante d'interconnexion entre la vaccination et l'action du système de santé au sens large.**

une absence surprenante de prise de conscience à l'égard du PAMV persiste dans de nombreux endroits. Cette absence d'interconnexion entre les différents domaines représente d'importantes occasions de collaboration et de synergie manquées à la fois pour la vaccination et pour d'autres secteurs de la santé.





**Conflits et situations d'urgence.** Les conflits et situations d'urgence sont toujours une source de préoccupation, non seulement pour les communautés vivant dans des zones fragiles, mais aussi pour les régions où les flux de migrants ou de réfugiés sont importants. À l'heure actuelle, il est demandé aux pays hôtes de localiser, comptabiliser et vacciner des populations importantes qui soit traversent, soit s'installent de façon plus permanente chez eux. Même si certains pays font des efforts louables pour gérer ces flux, d'autres sont rapidement dépassés par l'augmentation de la charge et des coûts.

**Flambées.** Les flambées déstabilisantes et coûteuses de maladies évitables par la vaccination épuisent les ressources allouées à celle-ci et mettent en lumière les incohérences existant à la fois dans les services de vaccination systématique et supplémentaire. En 2015, d'importantes flambées de fièvre jaune, de rougeole et de choléra sont survenues en Afrique et ont représenté d'énormes défis pour les programmes de vaccination dans les pays touchés. Pour construire des systèmes de santé plus résilients, capables de supporter les tensions induites par les flambées et les maladies émergentes, il sera essentiel d'apprendre à gérer les flambées tout en maintenant les services de vaccination.

**À l'heure actuelle, il est demandé aux pays hôtes de localiser, comptabiliser et vacciner des populations importantes qui soit traversent, soit s'installent de façon plus permanente chez eux.**

---

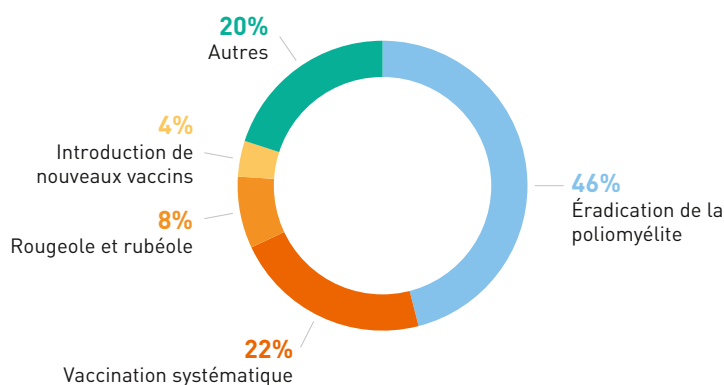
## 5. LES MENACES PESANT SUR LES PROGRÈS FUTURS

Si l'on se projette dans les quatre prochaines années, apparaissent certains problèmes clés qui représentent une réelle menace pour notre capacité à atteindre les objectifs du PAMV et à protéger davantage de vies par la vaccination.

**Transitions.** Dans le cadre de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (GPEI) et du soutien de l'Alliance GAVI, la planification de la transition a commencé et les planificateurs doivent faire face aux conséquences, en particulier pour maintenir la couverture vaccinale et introduire de futurs vaccins. On a régulièrement recours au personnel financé par la lutte contre la poliomyélite et aux ressources affectées à la lutte contre la poliomyélite pour appuyer la planification de l'introduction de nouveaux vaccins, les activités de surveillance des maladies, les services de vaccination systématique et les ripostes aux flambées. En République démocratique du Congo par exemple, le personnel travaillant pour la lutte contre la poliomyélite a joué un rôle crucial dans la riposte immédiate du pays face à une récente flambée de fièvre jaune. On a aussi eu recours aux agents de la lutte contre la poliomyélite au Nigéria pour endiguer la propagation de la maladie à virus Ebola. Le Nigéria a débuté le processus de transition vers le retrait du soutien de l'Alliance GAVI alors que la couverture vaccinale demeure insuffisante. Ayant introduit très peu de vaccins nouveaux et sous-utilisés, le Nigéria se trouve dans une position délicate pour atteindre les objectifs du PAMV sans le soutien de l'Alliance GAVI.

**Sans le soutien de l'Alliance GAVI ; le personnel, le matériel et les systèmes de surveillance financés par l'Initiative mondiale pour l'éradication de la polio, les programmes de vaccination seront privés de ressources humaines et d'autres éléments essentiels, ce qui pourrait gravement nuire aux progrès visant à atteindre les objectifs du PAMV et à la pérennité des avancées obtenues.**

LE PERSONNEL DE L'INITIATIVE MONDIALE POUR L'ERADICATION DE LA POLIO CONSACRE PLUS DE LA MOITIE DE SON TEMPS A D'AUTRES ACTIVITES DE VACCINATION OU DE SANTE PUBLIQUE



Source : Étude du Boston Consulting Group dans les pays suivants : Afghanistan, Angola, Éthiopie, Inde, Nigéria, Pakistan, République démocratique du Congo, Somalie, Soudan du Sud et Tchad, pour l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, 2015

## I 6. DES RAISONS D'ESPÉRER

Malgré des préoccupations légitimes, le SAGE a de nombreuses raisons de croire que la vaccination sera la clé de voûte des programmes de santé dans le monde entier au cours des décennies à venir.

**Phase finale de la lutte contre la poliomyélite.** La communauté mondiale est sur le point d'éradiquer la poliomyélite et elle peut y parvenir en appliquant les méthodes connues pour être efficaces et en gardant le cap. Le succès de l'éradication de la poliomyélite valide la capacité de la communauté mondiale à s'unir pour atteindre un objectif commun. Le remplacement du VPO trivalent par le VPO bivalent a eu lieu dans le monde entier en l'espace de 15 jours et, conjointement à l'introduction progressive réussie du VPI, il témoigne du pouvoir de la volonté politique et de la force de la bonne gouvernance. Si cela a été possible même dans les pays où les systèmes sont faibles, la couverture par la vaccination peut de la même façon être améliorée.

**Des exemples de réussite.** Certains pays croient fermement au pouvoir de la vaccination et en récoltent les fruits. Ils nous montrent qu'il est possible d'atteindre les objectifs du PAMV et que le résultat est à la hauteur de l'investissement et de l'engagement fournis. Dix-sept pays ont vu leurs taux de couverture progresser de plus de 10 % entre 2010 et 2015, y compris des pays fortement peuplés tels que l'Éthiopie, l'Inde et la République démocratique du Congo. D'autres, tels que le Mexique et l'Ouganda, ont pris des risques pour modifier leurs systèmes et améliorer les résultats même si les retombées se font encore attendre. Ces exemples sont source d'enseignements, de nouvelles idées et de stratégies éprouvées permettant d'améliorer les performances dans divers environnements.

**Retour sur investissement.** Comme le rapportait récemment un article de la revue *Health Affairs*, le retour sur investissement de la vaccination par 10 antigènes courants est estimé à 16 pour 1 dans les pays à revenu faible ou intermédiaire au cours de la Décennie de la vaccination (2011-2020).<sup>3</sup> Si l'on tient compte de la valeur que les gens accordent au fait de vivre plus longtemps et en meilleure santé, le retour sur investissement est presque triple. Rares sont les autres interventions sanitaires qui sont aussi efficaces pour réduire au minimum l'impact de la morbidité et de la mortalité et assurer santé et bien-être aux familles partout dans le monde.

**Effet ricochet.** La vaccination est un élément essentiel du système de santé sans lequel la couverture universelle des soins de santé ne peut être réalisée. C'est souvent le premier contact d'un enfant avec le système de santé et un tremplin potentiel pour des soins préventifs intégrés dès la petite enfance puis tout au long de l'âge adulte. Le SAGE a recommandé récemment l'utilisation de l'indice de couverture composite<sup>4</sup> pour évaluer l'intégration des services de santé. Cet indicateur sera utilisé pour identifier les occasions manquées dans le cadre de quatre plateformes de services de santé : la vaccination, la planification familiale, les soins maternels/néonataux, et la prise en charge d'un enfant malade. L'indicateur montre d'ores et déjà que la vaccination est une plateforme sous-utilisée qui permettrait d'offrir d'autres services de santé essentiels tout au long de la vie.

**Ouvrir de nouvelles possibilités.** Les efforts de recherche-développement conduisent de manière accélérée à la découverte et à l'essai d'un portefeuille élargi de vaccins candidats contre le paludisme, le VIH, la tuberculose, la grippe et le virus respiratoire syncytial (VRS), entre autres. Des plateformes technologiques de vaccination sont aussi conçues pour que les vaccins soient plus faciles à stocker, transporter et administrer. Ces technologies, une fois testées, homologuées et déployées à plus grande échelle, auront un impact puissant sur la santé et le bien-être dans le monde entier.

**Certains pays croient fermement au pouvoir de la vaccination et en récoltent les fruits. Ils nous montrent qu'il est possible d'atteindre les objectifs du PAMV et que le résultat est à la hauteur de l'investissement et de l'engagement fournis.**

**La vaccination est une plateforme sous-utilisée qui pourrait permettre d'offrir d'autres services de santé essentiels tout au long de la vie.**

<sup>3</sup> Ozawa S, et al. Return on Investment from Childhood Immunization in Low- and Middle-Income Countries, 2011-20. *Health Affairs* 35: 199-207, No. 2, Feb 2016. Peut être consulté à l'adresse <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.2015.1086>

<sup>4</sup> Composite Coverage Index : <http://www.countdown2015mnch.org/about-countdown/countdown-data>.

## 7. POURQUOI LA VACCINATION N'A JAMAIS ÉTÉ AUSSI IMPORTANTE QU'AUJOURD'HUI

**Individus.** La vaccination a prouvé sa capacité à améliorer la santé et le bien-être des individus et des cellules familiales, sous toutes leurs formes. Les vaccins sont désormais disponibles tout au long de la vie, protégeant les individus contre certaines des causes les plus fréquentes de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans mais aussi contre des maladies qui surviennent plus tard au cours de la vie, parmi lesquelles deux formes de cancer (le cancer du foie et le cancer du col de l'utérus).

**Communautés.** Tandis que l'urbanisation des populations s'accroît et que les conflits et les situations d'urgence se traduisent par d'importantes migrations, les programmes de vaccination assurant une couverture élevée et équitable ont une grande capacité à protéger les plus vulnérables contre la maladie et l'incapacité et à assurer leur survie.

**Systèmes de santé.** La vaccination est un élément essentiel des soins universels. Elle fournit une base en matière d'infrastructure, de personnel, de systèmes et d'outils, qui peut permettre d'élargir la portée de tous les services de prévention. À un moment où les services de santé sont sous pression, les possibilités d'intégration des services de vaccination doivent être activement recherchées. La vaccination est une stratégie fondamentale pour la réalisation d'autres priorités, qu'il s'agisse de lutter contre l'hépatite virale, de limiter la résistance aux antimicrobiens, de fournir une plateforme pour la santé des adolescents ou d'améliorer les soins anténatals et néonatals.

**Sécurité sanitaire.** Aujourd'hui plus que jamais, nous avons besoin de systèmes de santé qui soient résilients et capables de faire face aux maladies émergentes, aux flambées et aux autres menaces pour la sécurité sanitaire, voire de contribuer à lutter contre celles-ci. Lorsqu'ils sont solides et résilients, les systèmes de vaccination peuvent être utilisés pour gérer les menaces pour la sécurité sanitaire et se relever plus aisément après celles-ci.

**Développement durable.** La vaccination est un facteur déterminant du développement durable, permettant à d'autres priorités de développement telles que l'éducation et le développement économique de s'établir durablement.

**La vaccination est une stratégie fondamentale pour la réalisation d'autres priorités en matière de santé, qu'il s'agisse de lutter contre l'hépatite virale, de limiter la résistance aux antimicrobiens, de fournir une plateforme pour la santé des adolescents ou d'améliorer les soins anténatals et néonatals.**

## I 8. LES RECOMMANDATIONS DU SAGE

Il y a quatre ans, lors de l'Assemblée mondiale de la Santé, l'ensemble des 194 États Membres sont convenus des objectifs du Plan d'action mondial pour les vaccins. Ces objectifs donnent une orientation à la Décennie de la vaccination et soulignent son caractère d'urgence ; leur réalisation aura un impact retentissant sur la santé. Non seulement des programmes de vaccination solides préviennent-ils les maladies mais ils facilitent aussi la conformité avec le Règlement sanitaire international ; contribuent à la lutte contre la résistance aux antimicrobiens ; préviennent les flambées et ouvrent largement la voie à la riposte face à celles-ci ; ils contribuent en outre au développement durable.

### LE SAGE RECOMMANDE AUX ÉTATS MEMBRES :

1. **De faire preuve d'un leadership et d'une gouvernance plus solides dans le cadre des systèmes de vaccination nationaux.**
  - a) Les ministres doivent à tous les niveaux être de fervents défenseurs de la vaccination dans leurs pays et régions. Ces responsables de haut niveau devraient faire connaître le l'excellent retour sur investissement, l'importance et l'urgence d'investir davantage dans les programmes de vaccination et d'en assurer la pérennité, en tant que partie intégrante de la couverture sanitaire universelle financée par l'état.
  - b) Les États sont encouragés à promulguer des lois qui garantissent l'accès à la vaccination, établissent des Groupes Techniques Consultatifs pour la Vaccination (GTCV) au niveau national ou des groupes équivalents, veillent à ce que des budgets suffisants soient alloués à la vaccination chaque année, et créent des mécanismes pour suivre et gérer de manière efficace les fonds à tous les niveaux (y compris ceux venant du secteur privé).
  - c) Les responsables au niveau national doivent prendre des décisions courageuses en vue d'améliorer les systèmes, les protocoles et les politiques nécessaires pour atteindre et maintenir une forte couverture vaccinale. Il est possible que ces améliorations supposent une réorganisation des chaînes d'approvisionnement, des systèmes d'information et des politiques d'achat, ainsi qu'une réévaluation des rôles et des responsabilités dans le cas où les pouvoirs publics décideraient de mettre en œuvre une décentralisation du système de santé.
  - d) Les administrateurs des programmes de vaccination nationaux doivent faire rapport chaque année aux GTCV ou groupes équivalents sur les enseignements tirés et les défis restant à relever pour mettre en œuvre les plans de vaccination nationaux et montrer comment ces plans sont alignés sur les objectifs des plans d'action régional et mondial pour les vaccins.
2. **D'accorder la priorité au renforcement des systèmes de vaccination.**
  - a) Il conviendrait que les pays élargissent leurs services de vaccination, au-delà des nourrissons et des enfants, à tous les groupes d'âge, et déterminent les moyens les plus efficaces et économiques d'atteindre d'autres groupes d'âge dans le cadre d'une prestation intégrée des services de santé. De nouvelles plateformes sont requises de toute urgence pour atteindre les populations au cours de la deuxième année de vie, de l'enfance, de l'adolescence, de la grossesse et pendant l'âge adulte plus avancé.
  - b) Les 34 pays dont les niveaux de couverture nationale par le DTC3 sont inférieurs à 80 % doivent accélérer la mise en œuvre des interventions qui ont fait leurs preuves afin de renforcer les systèmes de vaccination dans le cadre de services de santé intégrés. Les pays, sur l'avis des GTCV ou groupes équivalents, doivent identifier et mettre en œuvre des interventions prioritaires, notamment le développement des ressources humaines, l'augmentation du financement national pour la vaccination ainsi que l'amélioration de la qualité et de l'utilisation des données.

**Même si les objectifs du PAMV sont ambitieux, de nombreux pays, dont certains où les ressources sont particulièrement limitées, ont tiré parti des avantages sanitaires et économiques des vaccins et montré que la réalisation des objectifs du PAMV dans le cadre de la Décennie de la vaccination est non seulement possible mais nécessaire.**

- 3. D'assurer les investissements nécessaires pour maintenir la vaccination pendant les phases de transition de l'aide apportée par l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite et par GAVI l'Alliance du Vaccin.**
- a) Tous les pays doivent atténuer les éventuels risques que représente la diminution des financements consacrés à la poliomyélite pour le maintien de programmes de vaccination efficaces. Il est demandé aux pays où le personnel employé et les ressources mobilisées par l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite sont importants de décrire dans leurs plans de transition comment ils se proposent de maintenir et de financer les services de vaccination critiques, les activités de laboratoire et de surveillance, qui bénéficient actuellement du soutien financier ou du personnel de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite.
  - b) Dans tous les pays qui sont en transition parce qu'ils ne bénéficieront plus du soutien de GAVI l'alliance du vaccin, les partenaires doivent défendre avec fermeté et opiniâtreté une augmentation du financement intérieur pour pérenniser les avancées obtenues dans la vaccination.
  - c) Les donateurs doivent aussi voir plus loin que leurs investissements dans l'Alliance GAVI pour s'assurer que les pays en transition, les pays autonomes ainsi que ceux qui sont confrontés à une importante baisse du financement destiné à la lutte contre la poliomyélite ont les capacités, les outils et les ressources nécessaires pour maintenir la vaccination à long terme.
- 4. D'améliorer les capacités de surveillance et la qualité comme l'utilisation des données.**
- a) Il conviendrait que tous les pays renforcent et pérennisent leurs capacités de surveillance en investissant dans les systèmes de détection et de notification des cas, d'analyse systématique et de notification des données, dans des capacités renforcées des laboratoire ; en établissant un processus clair pour enquêter et confirmer les cas de maladies évitables par la vaccination, et dans une meilleure prévention et réponse aux flambées épidémiques.
  - b) Il est demandé aux responsables de la prise de décisions à tous les niveaux des programmes de vaccination d'utiliser des données actualisées (à savoir les données relatives à la surveillance des maladies, la couverture, et les prestations des programmes) pour arrêter leurs décisions en matière programmatique et stratégique afin de réduire la charge de morbidité et de protéger les populations à risque.

#### LE SAGE RECOMMANDE AUX PARTENAIRES DE LA VACCINATION :

- 5. D'améliorer les mécanismes de responsabilisation pour suivre la mise en œuvre du plan d'action mondial et des plans d'action régionaux pour la vaccination.**
- a) Les responsables des organismes partenaires du secrétariat du Plan d'action mondial pour les vaccins et les partenaires mondiaux de la vaccination doivent rappeler avec force et constance dans les forums nationaux et internationaux combien il est urgent et important d'accélérer le rythme des progrès mondiaux en vue de réaliser les objectifs du PAMV d'ici à 2020.
  - b) Il conviendrait que les directeurs régionaux de l'OMS veillent à ce que les progrès accomplis concernant la mise en œuvre des plans global et régionaux d'action pour les vaccins fassent l'objet d'un examen annuel lors des réunions du comité régional, comme il est demandé dans la résolution de l'assemblée mondiale WHA65.17. Les rapports préparés et discutés au niveau national pour examiner les progrès réalisés dans chaque pays doivent être le point de départ des discussions au niveau régional.
  - c) Les organisations de la société civile doivent décrire dans leur rapport 2017 sur le PAMV comment leurs activités sont reliées aux différents plans nationaux de vaccination de façon à ce que la portée géographique

et programmatique de ces activités soit plus visible. Les organisations de la société civile doivent aussi, dans la mesure du possible, mesurer et faire connaître l'impact de leurs activités.

**6. D'atteindre les cibles d'élimination pour le tétanos maternel et néonatal, la rougeole et le syndrome de rubéole congénitale.**

Il est demandé aux initiatives contre le tétanos maternel et néonatal et contre la rougeole et la rubéole d'élaborer un argumentaire en faveur de l'investissement qui détaille les besoins financiers nécessaires pour atteindre les objectifs d'élimination des programmes de vaccination systématique et de les pérenniser. Il est demandé d'utiliser cet argumentaire pour obtenir le soutien nécessaire des donateurs et des gouvernements nationaux d'ici fin Juillet 2017.

**7. De surmonter les obstacles à un approvisionnement opportun en vaccins à des prix abordables dans les situations de crise humanitaire.**

Les organismes internationaux, les donateurs, les fabricants de vaccins et les gouvernements nationaux doivent travailler ensemble pour alléger le fardeau financier qui pèse sur les pays en ce qui concerne l'achat et la vaccination des populations déplacées, et pour veiller à un approvisionnement en vaccins à des prix abordables et en temps voulu dans les situations de crise humanitaire.

**LE SAGE RECOMMANDE AUX PARTENAIRES DE LA RECHERCHE ET DÉVELOPPEMENT DE VACCINS :**

**8. De soutenir les capacités de recherche-développement de vaccins dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.**

- a) Les partenaires de la recherche-développement doivent continuer à soutenir l'expansion des capacités en matière de réglementation et d'essais cliniques en s'inspirant de modèles tels que le Forum africain pour la réglementation des vaccins (AVAREF) et le Réseau des autorités de réglementation des vaccins dans les pays en développement (DCVRN), en accélérant les procédures réglementaires pour les vaccins dans les situations d'urgence, et en insistant sur la conformité avec la position actuelle de l'OMS relative à l'enregistrement des essais cliniques et à la notification des résultats en temps voulu.
- b) L'OMS et le Comité consultatif sur le développement de produits pour les vaccins (PDVAC) doivent continuer à définir des objectifs mondiaux sur la base du consensus et à considérer comme prioritaire la recherche-développement pour des vaccins et des techniques d'administration des vaccins qui répondent aux besoins non satisfaits dans les pays à revenu faible et intermédiaire.
- c) Les chercheurs doivent appuyer la mise au point de modèles animaux normalisés, de tests normalisés et de modèles d'épreuve humains de grande qualité pour rationaliser le développement des produits et fournir des informations de meilleure qualité en vue des décisions relatives au développement des produits.

**9. D'accélérer le développement et l'introduction de technologies et de vaccins nouveaux**

- a) Dans le monde entier, il conviendrait que les chercheurs et les investigateurs accélèrent le développement des technologies et vaccins nouveaux prioritaires pour passer de la recherche-développement à une utilisation à grande échelle.
- b) Il faudra que la recherche sur la mise en œuvre soit entreprise dès les premières étapes du développement clinique afin de réduire les délais entre l'autorisation de mise sur le marché, le financement et la mise en œuvre des activités de vaccination.

## 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 (Membre du SAGE de 2010 à 2016)
- Yagob Yousef Al-Mazrou, Secrétaire général, Conseil des services de santé du Royaume d'Arabie saoudite, Arabie saoudite
- Alejandro Cravioto, consultant indépendant, Mexique

### EXPERTS

- Marie-Yvette Madrid, consultant indépendant, Genève, Suisse
- 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 du Center for Global Health, CDC des États-Unis d'Amérique, États-Unis d'Amérique
- 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 (précédemment Directeur de la vaccination, Department of Health, Royaume-Uni, et ancien Président du SAGE de 2005 à 2010)
- Oleru Huda Abason, Membre du Parlement, Parlement d'Ouganda
- Jon Kim Andrus, Vice-Président exécutif et Directeur Vaccine Advocacy and Education, Sabin Vaccine Institute, Washington, D.C., États-Unis d'Amérique
- Susan Elden, Conseiller en santé, The Department for International Development (DFID) Londres, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord
- Budihardja Singgih, Directeur technique, Australia Indonesia Partnership for Health Systems Strengthening, Jakarta, Indonésie
- Qinjian Zhao, Vice-Doyen, École de santé publique, Université de Xiamen, Xiamen, Fujian, Chine

### SECRÉTARIAT 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), Président du Département de pédiatrie de la Wake Forest University School of Medicine, États-Unis d'Amérique
- Yagob yousef Al-Mazrou, Secrétaire général du Health Services Council of the Kingdom of Saudi Arabia, Arabie saoudite
- Alejandro Cravioto, consultant indépendant, Mexique
- Ilesh Jani, Directeur général, Instituto Nacional de Saúde (Institut national pour la santé), Mozambique
- Jaleela Jawad, chef du pôle vaccination, Direction de la santé publique, Ministère de la santé, Bahreïn
- Kari Johansen, expert des maladies évitables par la vaccination, Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC), Suède
- Terry Nolan, Directeur de la Melbourne School of Population and Global Health, University of Melbourne, Australie
- Kate O'Brien, Professeur en santé internationale, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, États-Unis d'Amérique
- Andrew J. Pollard, Professeur, Paediatric Infection and Immunity, University of Oxford, Royaume-Uni
- Firdausi Qadri, Directeur, Infectious Diseases Division, Chef et Spécialiste scientifique principal, Mucosal Immunology & Vaccinology Laboratory, icddr,b, Dhaka, Bangladesh
- Claire-Anne Siegrist, Directeur du Centre collaborateur OMS pour l'immunologie vaccinale, Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), Suisse
- Piyanit Tharmaphornpilas, conseiller médical principal, Lutte contre les maladies, Ministère de la Santé, Thaïlande
- Nikki Turner, Professeur associé, Directeur de l'Immunisation Advisory Centre, University of Auckland, Nouvelle-Zélande
- Frederick Were, Directeur exécutif et professeur, Department of Paediatrics and Child Health, University of Nairobi, Kenya
- Charles Shey Wiysonge, Professeur et Directeur adjoint du Centre for Evidence-based Health Care, Stellenbosch University, Afrique du Sud

