

Plan d'Action Mondial pour les Vaccins

2011-2020

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS:

Plan d'action mondial pour les vaccins 2011-2020.

1.Programmes de vaccination. 2.Vaccins - ressources et distribution. 3.Promotion de la santé. 4.Recherche. 5.Programmes nationaux de santé. I.Organisation mondiale de la Santé.

ISBN 978 92 4 250498 9 (classification NLM : WA 115)

© **Organisation mondiale de la Santé 2013**

Tous droits réservés. Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé sont disponibles sur le site Web de l'OMS (www.who.int) ou peuvent être achetées auprès des Éditions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; courriel : bookorders@who.int . Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Éditions de l'OMS via le site Web de l'OMS à l'adresse http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Imprimé en Suisse

ATTRIBUÉ À // PHOTOGRAPHIE (photographe, avec la permission de) / **photo de couverture** : Saiful Huq Omi, GAVI Alliance / **p. 12** : OPS/OMS / **p. 13** : Olivier Asselin, GAVI Alliance / **p. 15** : Amy McIver, PATH / **p. 16** : Anna Grove, National School of Tropical Medicine / **p. 18** : OPS/OMS / **p. 19** : Olivier Asselin, Sabin Vaccine Institute / **p. 20** : OPS/OMS / **p. 21** : Gabe Bienczycki, PATH / **p. 22, gauche** : Gabe Bienczycki, PATH / **p. 22, centre** : OPS/OMS / **p. 22, doirte** : Lesley Reed, PATH / **p. 23, gauche** : OPS/OMS / **p. 23, centre** : Amy McIver, PATH / **p. 23, doirte** : Esther Havens, Sabin Vaccine Institute / **p. 25** : OPS/OMS/ **p. 26** : Gabe Bienczycki, PATH / **p. 27** : Gabe Bienczycki, PATH / **p. 29** : Lesley Reed, PATH / **p. 31** : Olivier Asselin, Sabin Vaccine Institute / **p. 33** : Esther Havens, Sabin Vaccine Institute / **p. 36** : Amy McIver, PATH / **p. 40** : Olivier Asselin, GAVI Alliance / **p. 41** : OPS/OMS / **p. 43** : GAVI Alliance / **p. 47** : Jessica Stuart, Sabin Vaccine Institute / **p. 48** : Esther Havens, Sabin Vaccine Institute/ **p. 52** : Esther Havens, Sabin Vaccine Institute / **p. 54** : Amira Al-Shairf, GAVI Alliance / **p. 55** : Shirley Villadiego, PATH / **p. 56** : Olivier Asselin, GAVI Alliance / **p. 60** : Patrick McKern, PATH / **p. 61** : Jessica Stuart, Sabin Vaccine Institute / **p. 66** : Esther Havens, Sabin Vaccine Institute / **p. 67** : Esther Havens, Sabin Vaccine Institute / **p. 68** : Olivier Asselin, Sabin Vaccine Institute **p. 69** : Jessica Stuart, Sabin Vaccine Institute / **p. 71** : Lesley Reed, PATH / **p. 73** : Photomorphíc, iStock / **p. 77** : Olivier Asselin, Sabin Vaccine Institute / **p. 78** : Olivier Asselin, Sabin Vaccine Institute / **p. 81** : Esther Havens, Sabin Vaccine Institute / **p. 83** : Olivier Asselin, Sabin Vaccine Institute **p. 89** : Josef Muellek , iStock / **p. 91** : Olivier Asselin, Sabin Vaccine Institute / **p. 95** : Saiful Huq Omi, GAVI Alliance / **p. 101** : Olivier Asselin, Sabin Vaccine Institute / **p. 108** : Gabe Bienczycki, PATH / **p. 115** : Bartosz Hadyniak, iStock / **p. 125** : Olivier Asselin, Sabin Vaccine Institute // **DESIGN : BÜRO SVENJA**

Plan d’Action Mondial pour les Vaccins

2011-2020

Table des Matières

1.	2.	3.	4.	5.
4 Avant-propos	8 Le plan d'action mondial pour les vaccins	84 Plan d'action mondial pour les vaccins 2012 Résolution de l'Assemblée Mondiale de la Santé	88 Annexes	144 Remerciements & Personne à contacter
	10 Préambule	50 Objectif stratégique 4 : Les systèmes de vaccination performants font partie intégrante d'un système de santé efficace	90 Annexe 1 : Résumé des indicateurs recommandés	
	14 La vaccination aujourd'hui	58 Objectif stratégique 5 : Les programmes de vaccination bénéficient de manière durable d'un financement prévisible, d'un approvisionnement de qualité et de technologies de pointe	94 Annexe 2 : Responsabilités des parties prenantes	
	22 Six principes directeurs	64 Objectif stratégique 6 : Les innovations issues des programmes de recherche et développement aux niveaux national, régional et mondial maximisent les avantages de la vaccination	100 Annexe 3 : Méthodologie de calcul des coûts et du financement, et hypothèses	
	24 Mesure de la réussite	72 Retours en matière de santé sur l'investissement dans les vaccinations	114 Annexe 4 : Impacts sur la santé et hypothèses de méthodologie	
	28 Les objectifs du GVAP	80 Élan continu de la Décennie des vaccins (2011-2020)	120 Annexe 5 : Pays et organisations ayant contribué à l'élaboration du GVAP	
	32 Mesures visant à atteindre les objectifs stratégiques		124 Annexe 6 : Le cadre de suivi et d'évaluation/responsabilisation	
	34 Objectif stratégique 1 : Tous les pays s'engagent à faire de la vaccination une priorité			
	38 Objectif stratégique 2 : Les individus et les communautés comprennent la valeur des vaccins et exigent les vaccinations à la fois comme un droit et comme une responsabilité			
	44 Objectif stratégique 3 : Les avantages de la vaccination s'appliquent à tous de manière équitable			



Avant-propos

Le Plan d'action mondial pour les vaccins (Global Vaccine Action Plan, soit GVAP) est un cadre approuvé par l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2012, établi pour concrétiser la vision de la Décennie de la vaccinations en offrant un accès universel à la vaccination. La mission décrite dans le GVAP est simple : améliorer la santé en étendant tous les avantages de la vaccination à tous les individus, quel que soit l'endroit où ils sont nés, qui ils sont et où ils vivent d'ici à 2020 et au-delà.

Des preuves irréfutables démontrent les avantages de la vaccination comme l'une des interventions de santé les plus efficaces et rentables connues. Au cours des dernières décennies, la vaccination a permis beaucoup de choses, y compris l'éradication de la variole, une réalisation considérée comme l'un des plus grands triomphes de l'humanité. Les vaccins ont sauvé d'innombrables vies, abaissé l'incidence mondiale de la polio de 99 % et réduit, les maladies, les infirmités et la mort liées à la diphtérie, la coqueluche, la rougeole, l'infection par *Haemophilus influenzae* de type b, au tétanos, et aux épidémies de méningites à méningocoques.

De nouveaux progrès ont été réalisés en introduisant des vaccins contre les infections à pneumocoques et contre la diarrhée à rotavirus ainsi que des vaccins qui préviennent des maladies chroniques telles que les cancers du foie et du col utérin.

Nous nous trouvons à un moment charnière de l'histoire. À l'heure actuelle, la communauté mondiale de la santé a une occasion sans précédent de s'allier avec les gouvernements pour élaborer et mettre en œuvre des plans et des stratégies qui permettront d'améliorer la vie de millions d'individus à travers le monde grâce à l'accès universel aux vaccins adaptés.

Ensemble, nous pouvons surmonter les obstacles qui subsistent, en délivrant des vaccins dans le monde entier. Ces puissants outils sont déjà disponibles pour la plupart des individus, mais pas tous. Pour étendre la vaccination à tous, le GVAP cherche à assurer des ressources suffisantes, à développer des systèmes de santé et des infrastructures de soutien et à travailler avec les pays en vue de former les agents de santé nécessaires pour atteindre les populations isolées et marginalisées. Le plan énonce également la nécessité d'un effort concerté pour développer des vaccins nouveaux et améliorés et des technologies qui contribueront à optimiser les avantages de la vaccination dans le monde entier pour les années à venir.

Ce plan d'action ambitieux visant à fournir à tous les individus les vaccins dont ils ont besoin est le produit de la Collaboration pour la Décennie de la vaccination, un effort sans précédent qui a réuni des experts du développement, de la santé et de la vaccination avec les parties prenantes.

L'idée forte que les vaccins fonctionnent et sauvent des vies doit désormais être partagée avec un public beaucoup plus large, à l'aide d'outils tels que la Semaine mondiale de la vaccination, entre autres, pour promouvoir la vaccination universelle et aider à se concentrer sur les défis actuels liés à la vaccination. Alors que les agents de la santé dévoués vaccinent les gens tous les jours dans tous les pays, cette semaine spéciale donne aux pays et aux organisations des possibilités supplémentaires, ciblées, pour sensibiliser le public à la façon dont la vaccination sauve des vies - au cours de la même semaine, chaque année, dans tous les pays.

Lorsqu'ils ont approuvé le GVAP, les responsables de la santé de 194 pays ont également déclaré que l'éradication de la poliomyélite constituait une urgence programmatique pour la santé mondiale, demandant un financement suffisant pour mener à terme l'initiative. L'éradication de la poliomyélite est une première étape majeure dans la mise en œuvre du GVAP.

Notre objectif est de nous appuyer sur les réalisations passées tout en utilisant notre savoir-faire et notre expérience pour sauver plus de vies. Ce plan, qui s'appuie sur la vision stratégique mondiale pour la vaccination de l'OMS et de l'UNICEF, et sur la stratégie de l'Alliance GAVI, fournit les principes directeurs et les objectifs stratégiques qui permettront de vacciner de plus en plus de personnes contre davantage de maladies, d'introduire des vaccins salvateurs et des technologies nouvellement disponibles, ainsi que de coordonner les vaccinations et d'autres interventions de santé essentielles. Le plan propose également des objectifs clés de progrès dans le domaine de la recherche et du développement.

Le comité de direction de La Décennie de la vaccination, avec tous les partenaires - gouvernements et élus, professionnels de la santé, universités, fabricants, agences mondiales, partenaires au développement, société civile, médias et secteur privé - s'est engagé à atteindre les objectifs ambitieux de la GVAP. Ensemble, nous allons suivre et mesurer les progrès accomplis dans le contexte de responsabilisation du GVAP et de la Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant, du secrétaire général de l'ONU. Beaucoup d'autres apporteront sans doute bientôt leur soutien alors que le plan est traduit et mis en œuvre aux niveaux national et régional. Le succès de ce plan mondial ambitieux sera l'un des héritages les plus durables pour les enfants d'aujourd'hui et les générations à suivre.



Dr Seth Berkley
Président-directeur général
GAVI Alliance



Dr Christopher Elias
Président du programme de
développement international
Fondation Bill et Melinda Gates



M. Anthony Lake
Directeur exécutif
UNICEF



Dr Margaret Chan
Directrice générale
Organisation mondiale de la Santé



Dr Anthony Fauci
Directeur
*Institut national des allergies et des
maladies infectieuses américain*



Mme Joy Phumaphi
Secrétaire de direction
Alliance des leaders africains contre le paludisme

Plan d'Action Mondial pour les Vaccins

En mai 2011, la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé a pris note d'un rapport du Secrétariat sur la stratégie intitulée « La vaccination dans le monde : vision et stratégie ».¹ Lors des discussions, la vision de la Décennie de la vaccination (2011-2020) et la mise au point d'un plan d'action mondial pour les vaccins ont été bien accueillies. Par la suite, le Conseil exécutif, lors de sa cent trentième session en janvier 2012, a examiné le plan d'action mondial et donné des orientations.² Le Conseil a également adopté la résolution EB130.R12 sur la Semaine mondiale de la vaccination.³ Le plan final a été approuvé lors de la 65e Assemblée Mondiale de la Santé en mai 2012.

¹ Véanse los documentos [A64/14](#) y [WHA64/2011/REC/2](#), actas resumidas de la sexta sesión, sección 2, de la séptima y de la octava sesión, sección 2.

² Véanse los documentos [EB130/21](#) y [EB130/2012/REC/2](#), acta resumida de la undécima sesión.

³ En el documento [EB130/2012/REC/1](#) figura la resolución, así como las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de la adopción de la resolución.

Introduction

Le plan d'action mondial pour les vaccins s'appuie sur les succès de la stratégie « La vaccination dans le monde : vision et stratégie, 2006-2015 », lancée en 2005 en tant que premier cadre stratégique décennal pour exploiter pleinement les possibilités de la vaccination. La mise au point de ce plan a réuni de nombreuses parties prenantes dans le domaine de la vaccination, dont des gouvernements et des responsables élus, des professionnels de santé, des universitaires, des fabricants, des institutions mondiales, des partenaires au développement, des membres de la société civile, des médias et le secteur privé, pour définir collectivement ce que la communauté de la vaccination souhaitait réaliser au cours de la décennie à venir. Au total, le processus consultatif mondial a atteint plus de 1100 individus, représentant plus de 140 pays et 290 organisations, et a compris deux sessions spéciales destinées à informer les représentants des missions permanentes des Nations Unies et d'autres organisations intergouvernementales à Genève et à New York.



L'élaboration du plan a rassemblé plus de 1 100 personnes dans 140 pays, représentant 290 organisations distinctes

La vaccination constitue une composante essentielle du droit humain à la santé et une responsabilité individuelle, collective et gouvernementale, et doit être reconnue comme telle. On estime qu'elle prévient chaque année 2,5 millions de décès. À l'abri des maladies évitables par la vaccination, les enfants vaccinés peuvent grandir dans de bonnes conditions et réaliser pleinement leur potentiel. Ces avantages sont encore majorés par les vaccinations à l'adolescence et à l'âge adulte.

Dans le cadre d'un ensemble complet d'interventions pour prévenir et combattre les maladies, les vaccins et la vaccination représentent un investissement essentiel pour l'avenir d'un pays et pour celui de la planète.

Il est temps maintenant d'exprimer clairement notre engagement à réaliser pleinement le potentiel de la vaccination. La reconnaissance collective de cette opportunité a amené la communauté mondiale de la santé à appeler au lancement d'une stratégie appelée Décennie de la vaccination, conformément aux demandes formulées dans la résolution WHA61.15 sur la Stratégie mondiale de vaccination. La vision de la Décennie de la vaccination (2011-2020) est celle d'un monde dans lequel tous les individus et toutes les collectivités jouissent de la vie sans craindre les maladies évitables par la vaccination. La mission de cette Stratégie est d'étendre à toutes les personnes, indépendamment de leur origine, de leur identité et de leur lieu de vie, les bénéfices complets de la vaccination d'ici à 2020 et au-delà.

Le plan d'action mondial pour les vaccins réitère les buts existants et en fixe de nouveaux pour la décennie à venir, propose six objectifs stratégiques et les mesures qui aideront à leur réalisation, et fournit une estimation initiale des besoins en ressources et du retour sur investissement. [L'annexe 1](#) récapitule les indicateurs recommandés pour suivre et évaluer les progrès. Au-delà du plan d'action, les parties prenantes aux niveaux national, régional et mondial doivent assumer la responsabilité de mesures spécifiques, transposer le plan d'action en plans opérationnels détaillés (en actualisant à la fois le plan d'action et les plans opérationnels à mesure que de nouvelles informations deviennent disponibles), achever la mise au point d'un cadre d'obligations redditionnelles pour la Décennie de la vaccination (2011-2020), et mobiliser des ressources pour que la vision de cette Stratégie devienne réalité. Pour ce faire, il faudra aux institutions mondiales et nationales innover et changer leur façon de travailler. [L'annexe 2](#) résume les responsabilités des parties prenantes.



Le présent siècle promet d'être celui des vaccins

À bien des égards, le siècle dernier a été celui des traitements, avec des réductions considérables de la morbidité et de la mortalité résultant notamment de la découverte et de l'utilisation des antibiotiques, principaux moteurs du changement en matière de santé. Le présent siècle promet d'être celui des vaccins, avec la possibilité d'éradiquer, d'éliminer ou de juguler un certain nombre de maladies infectieuses graves, potentiellement mortelles ou débilitantes, et la vaccination au cœur des stratégies préventives. S'assurer de la réalisation de la vision portée par la Décennie de la vaccination est une étape importante dans cette direction.



La vision

de la Décennie de la vaccination (2011-2020) est celle d'un monde dans lequel tous les individus et toutes les communautés profitent d'une vie exempte de maladies évitables par la vaccination.

Le Paysage de la Vaccination Aujourd'hui

Importants progrès accomplis au cours de la dernière décennie

Au cours des 10 dernières années, des progrès conséquents ont été accomplis dans la mise au point et l'introduction de nouveaux vaccins et dans l'élargissement de la portée des programmes de vaccination. Les bénéficiaires de la vaccination sont plus nombreux que jamais et l'accès et le recours aux vaccins parmi des tranches d'âge autres que les nourrissons sont en cours de développement. Grâce à la vaccination, combinée à d'autres interventions relevant des soins de santé et du développement – dont l'amélioration de l'accès à une eau propre et à l'assainissement, une meilleure hygiène et l'éducation –, le nombre annuel de décès chez les enfants de moins de cinq ans a chuté, selon les estimations, de 9,6 millions en 2000 à 7,6 millions en 2010, malgré l'augmentation chaque année du nombre de naissances.



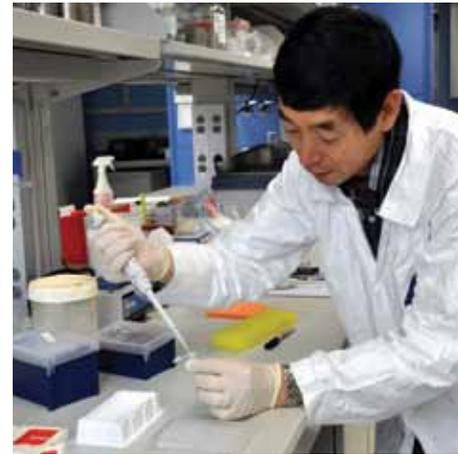
**Le nombre annuel de décès
chez les enfants de moins de
cinq ans a chuté d'environ
2 millions de 2000 à 2010**

La vaccination a joué un rôle moteur dans la réduction de la mortalité de l'enfant : la couverture par les vaccins en usage depuis le lancement du Programme élargi de vaccination s'est étendue et de nouveaux vaccins ont été introduits. Des vaccins contre l'hépatite B et Haemophilus influenzae type b ont été intégrés aux calendriers de vaccination dans 179 et 173 pays respectivement ; la poliomyélite approche de l'éradication ; et un grand nombre des décès que pourrait provoquer la rougeole sont évités chaque année. Le nombre de décès dus à des maladies classiques évitables par la vaccination (diphtérie, rougeole, tétanos néonatal, coqueluche et poliomyélite) a régressé, selon les estimations, de 0,9 million en 2000 à 0,4 million en 2010.⁴

Des vaccins nouveaux et de plus en plus perfectionnés, arrivés sur le marché au cours de la dernière décennie, parmi lesquels le vaccin antipneumococcique conjugué et les vaccins contre les infections à rotavirus et à papillomavirus humain, sont actuellement en cours d'introduction partout dans le monde. Des efforts sont consentis pour raccourcir le délai qui existait historiquement entre l'arrivée de nouveaux vaccins dans les pays à revenu élevé et leur introduction dans les pays à faible revenu. Par exemple, les vaccins antipneumococciques ont été introduits dans les pays à faible revenu à peine plus d'un an après leur arrivée dans les pays à revenu élevé.

La collaboration internationale sous une forme innovante a permis de mettre au point un vaccin conjugué abordable contre Neisseria meningitidis séro groupe A. Ce vaccin est maintenant en usage dans la ceinture africaine de la méningite. Actuellement, des vaccins homologués sont utilisés pour prévenir ou contribuer à prévenir, et à combattre 25 infections évitables par la vaccination (Tableau 1).

Le renforcement par les pays de leurs programmes nationaux, facilité par un appui plus efficace de la part des parties prenantes locales, nationales, régionales et internationales et par la coordination entre ces parties, a réussi à faire progresser les taux de couverture vaccinale. Le financement par les budgets nationaux affectés aux programmes de vaccination a progressé au cours de la dernière décennie, tout comme le flux des ressources internationales allouées à la vaccination. D'après les données des programmes de vaccination pour l'année 2010,⁵ 154 des 193 États Membres ont déclaré avoir une ligne budgétaire spécifique pour la vaccination, et 147 ont élaboré des plans nationaux pluriannuels pour maintenir les progrès obtenus, améliorer encore les résultats en vue d'atteindre les buts visés et introduire de nouveaux vaccins répondant aux besoins.

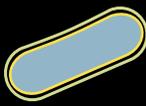
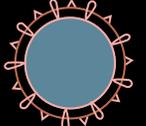
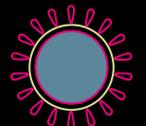
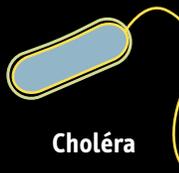
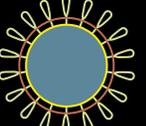
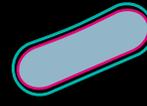
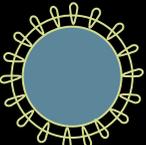
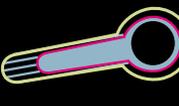
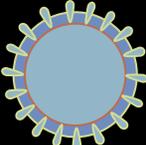
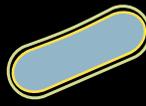
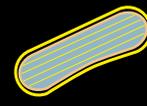
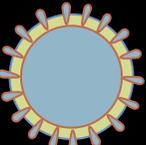
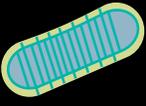
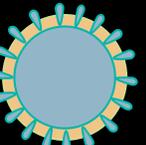
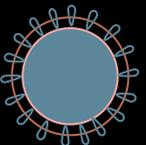
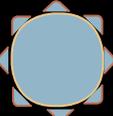
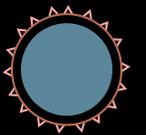
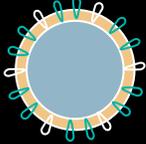
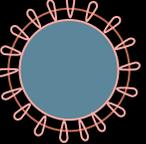
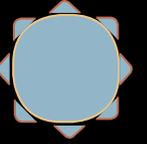


Des efforts sont consentis pour raccourcir le délai qui existait historiquement entre l'arrivée de nouveaux vaccins dans les pays à revenu élevé et leur introduction dans les pays à faible revenu

⁴ Source des estimations : rougeole et tétanos néonatal, in Statistiques sanitaires mondiales 2012 (à paraître), Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012 ; diphtérie et poliomyélite, pour 2000 : http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates_regional_2000_v3/en/index.html (consulté le 5 avril 2012), pour 2008 : <http://apps.who.int/ghodata/> (consulté le 5 avril 2012) ; coqueluche, données provisoires du Secrétariat de l'OMS.

⁵ http://www.who.int/immunization_monitoring/data/en/ (consulté le 13 avril 2012).

TABLEAU 1. AGENTS INFECTIEUX OU MALADIES ÉVITABLES PAR LA VACCINATION

 Charbon	 Rougeole	 Rubéole	 Choléra	 Maladies à méningocoques
 Grippe	 Diphtérie	 Oreillons	 Tétanos	 Hépatite A
 Pertussis	 Tuberculose	 Hépatite B	 Maladies à pneumocoques	 Fièvre typhoïde
 Hépatite E	 Poliomyélite	 Encéphalites à tiques	 Haemophilus influenzae type b	 Rage
 Varicelle et herpès zoster (zona)	 Papillomavirus humain	 Gastro-entérite à rotavirus	 Fièvre jaune	 Encéphalite japonaise

Les initiatives mondiales et régionales en faveur de la vaccination ont apporté un soutien aux pays dans l'édification de leurs systèmes et dans l'introduction de nouveaux vaccins. Les buts et les grandes étapes à l'échelle mondiale, fixés par la stratégie « La vaccination dans le monde : vision et stratégie, 2006-2015 », la Déclaration du Millénaire des Nations unies, le Sommet mondial pour les enfants des Nations Unies, la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations unies consacrée aux enfants et, plus récemment, la Stratégie mondiale du Secrétaire général des Nations Unies pour la santé des femmes et des enfants ont stimulé l'élargissement des programmes de vaccination nationaux. Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, ces programmes ont été appuyés par des initiatives telles que l'Alliance GAVI, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, l'Initiative contre la rougeole, la Division des approvisionnements de l'UNICEF et le Fonds de roulement pour l'achat de vaccins de l'OPS.



Atteindre les populations non desservies sera particulièrement difficile, mais ces inéquités doivent être combattues car ces populations supportent souvent une charge de morbidité plus lourde

Des besoins importants restent insatisfaits

En dépit de ces progrès, les maladies évitables par la vaccination demeurent une cause majeure de morbidité et de mortalité. L'adoption de nouveaux vaccins par les pays à revenu faible ou intermédiaire (où les charges de morbidité sont souvent les plus fortes) a été plus lente que dans les pays à revenu élevé. Pour l'année 2010 par exemple, 13 % seulement des membres de la cohorte de naissance pour les pays à revenu élevé vivaient dans un pays qui n'avait pas intégré le vaccin antipneumococcique conjugué à son calendrier de vaccination. Sur l'ensemble de la cohorte de naissance pour les pays à faible revenu, 98 % des individus vivaient dans des pays où le vaccin antipneumococcique conjugué ne figurait pas dans le calendrier vaccinal.

Des écarts en matière de couverture persistent entre les pays, comme à l'intérieur de leur territoire. En 2010, la couverture moyenne par trois doses de vaccin contenant des valences diphtérie- tétanos-coqueluche et par un vaccin renfermant une valence rougeole dans les pays à faible revenu était inférieure de 15 % et de 16 %, respectivement, à celle obtenue dans les pays à revenu élevé. Néanmoins, ces valeurs révèlent une tendance positive par rapport à l'écart de couverture de 30 % pour les deux vaccins relevé en 2000.

Dans certains pays, la couverture par un vaccin contenant une valence rougeole dans les zones rurales est inférieure de 33 % à celle atteinte dans les zones urbaines. De même, le taux de couverture par la vaccination antirougeoleuse parmi le quintile le plus riche de la population de certains pays est supérieur de 58 % et plus à celui relevé parmi le quintile le plus pauvre. Cette couverture peut aussi être très faible dans les implantations urbaines pauvres, notamment dans les grandes villes où s'installent des populations migrantes en transit, et parmi les populations indigènes.

L'éloignement géographique des centres de santé n'est pas le seul déterminant d'une faible couverture ; les inéquités sont aussi associées à d'autres déterminants socio-économiques tels que le niveau de revenu et le niveau d'éducation de la mère. Il conviendra de se focaliser particulièrement sur les pays à revenu faible ou intermédiaire fortement peuplés, où vivent la majorité des personnes non vaccinées. Atteindre les populations non desservies sera particulièrement difficile, mais ces inéquités doivent être combattues car ces populations supportent souvent une charge de morbidité plus importante et ont parfois peu accès aux services de base et aux soins médicaux, les fragiles économies individuelles ou familiales étant alors soumises à un impact sévère du fait de la maladie.



16%

La couverture par le DTC3 est 16 % plus faible dans les pays à faible revenu que dans les pays à revenu élevé en 2010

Nouvelles opportunités et nouveaux défis pour la Décennie de la vaccination (2011-2020)

C'est principalement aux individus et aux collectivités, aux gouvernements et aux professionnels de santé qu'incombe la responsabilité d'exploiter les opportunités et de faire face aux défis qui se présentent dans la décennie actuelle. Des vaccins nouveaux et plus améliorés devraient devenir disponibles si l'on se fonde sur les résultats préalables solides obtenus pour plusieurs vaccins contre des maladies actuellement non évitables par la vaccination. L'introduction de nouveaux vaccins visant plusieurs agents étiologiques importants de maladies très dévastatrices, comme les pneumonies, les diarrhées et le cancer du col de l'utérus, peut servir de catalyseur pour élargir la portée d'interventions complémentaires. Outre la réduction de la mortalité qu'ils entraîneront, ces nouveaux vaccins permettront de prévenir la morbidité, avec un retour sur investissement même dans les pays qui ont déjà réussi à améliorer les taux de mortalité. Des innovations introduites dans des vaccins existants apporteront des bénéfices supplémentaires tels qu'une efficacité et une stabilité thermique accrues, une plus grande facilité d'administration et un coût plus bas.

Dans le même temps, le développement de vaccins et d'autres innovations en matière de vaccination se heurte à des procédés de fabrication et à des procédures réglementaires de plus en plus complexes, ainsi qu'à une augmentation des coûts de recherche, de développement et de production. À mesure que de nouveaux vaccins deviendront disponibles (par exemple contre la dengue ou le paludisme) et que les vaccins encore sous-utilisés (par exemple contre le choléra, le papillomavirus humain, la rage, les rotavirus, la rubéole ou la fièvre typhoïde) seront administrés plus largement, les systèmes logistiques et d'approvisionnement – déjà surchargés – seront confrontés encore plus fortement à la nécessité d'innover. Enfin, le nombre d'agents de santé, ainsi que leurs connaissances et leurs compétences, devront être renforcés et les agents eux-mêmes mieux coordonnés et mieux supervisés. Si les défis à relever sont nombreux, l'introduction de nouveaux vaccins fournit aussi une occasion de consolider les systèmes de vaccination et joue un rôle de catalyseur dans la mise en œuvre d'un grand nombre de réformes nécessaires. À mesure que les investissements nationaux dans la vaccination augmentent, la supervision exercée par les gouvernements et les obligations redditionnelles à leur égard doivent être renforcées.



Le nombre d'agents de santé, ainsi que leurs connaissances et leurs compétences, devront être renforcés

On s'attend à ce que les besoins en financement pour la vaccination fassent plus que doubler au cours de la décennie à venir dans les domaines suivants : recherche-développement, achats et administration. Les vaccins nouveaux et plus complexes seront à l'origine de nouveaux besoins financiers et les pays devront prendre des décisions difficiles face à des priorités sanitaires concurrentes. Les ressources devront être affectées plus efficacement et les décisions à ce sujet être guidées par les priorités nationales et les capacités, par des informations claires sur les coûts et bénéfices des différentes options et par une gestion financière améliorée. Les dépenses doivent être mises en relation avec les résultats et les effets, faisant alors ressortir des arguments clairs en faveur des investissements dans la vaccination.

Les économies de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire continuant à se développer, il en est de même de leur capacité à financer la vaccination. Les pays qui dépendaient de l'aide au développement seront en mesure de financer une proportion croissante de leurs programmes de vaccination, et même finalement d'assurer un financement autonome. Certains seront capables d'étendre ce nouveau soutien financier et technique aux projets mondiaux dans le domaine de la vaccination. Dans le même temps, on s'attend à ce que les fabricants de vaccins de certains de ces pays apportent une contribution encore plus importante à la fourniture de vaccins abordables et de grande qualité, d'où une dispersion plus large des sources de production et une intensification de la concurrence.

La disponibilité grandissante des informations et la pénétration croissante de la téléphonie mobile et des réseaux sociaux peuvent accroître la demande des populations à l'égard de la vaccination et garantir que celles-ci sont au courant des bénéfices tirés des vaccins comme de leurs risques potentiels. La communauté de la vaccination peut tirer parti des réseaux sociaux et des médias électroniques pour dissiper les craintes, améliorer les connaissances des populations et établir la confiance plus efficacement.

Les leçons tirées des dernières décennies, les besoins insatisfaits, ainsi que les occasions à saisir et les défis que comporte la présente décennie ont été soigneusement pris en compte dans la formulation des principes directeurs, des mesures du succès et des mesures préconisées, exposés dans les sections suivantes.



Les économies de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire continuant à se développer, il en est de même de leur capacité à financer la vaccination

Six Principes Directeurs

Six principes directeurs ont guidé l'élaboration du plan d'action mondial pour les vaccins :



1

APPROPRIATION PAR LES PAYS

il appartient principalement aux pays et il est essentiellement de leur responsabilité de mettre en place une bonne gouvernance et de fournir à tous des services de vaccination efficaces et de qualité.

2

RESPONSABILITÉ PARTAGÉE ET PARTENARIAT

la vaccination contre les maladies évitables par la vaccination est une responsabilité individuelle, collective et gouvernementale qui transcende les frontières et les secteurs.

3

ÉQUITÉ

l'accès équitable à la vaccination est une composante clé du droit à la santé.

4

INTÉGRATION

des systèmes de vaccination forts, intégrés à des systèmes de santé plus larges et étroitement coordonnés avec les programmes de soins de santé primaires, sont essentiels pour garantir la pérennité des programmes de vaccination.

5

PÉRENNITÉ

des décisions et des stratégies de mise en œuvre informées, des niveaux d'investissement appropriés, ainsi qu'une gestion financière et une supervision améliorées sont indispensables à la pérennité des programmes de vaccination.

6

INNOVATION

les possibilités de la vaccination ne pourront se concrétiser pleinement que par l'apprentissage, l'amélioration continue et l'innovation en matière de recherche-développement, ainsi que par l'innovation et l'amélioration de la qualité dans tous les domaines de la vaccination.



Ces six principes fondamentaux peuvent guider de manière réaliste et efficace la gamme complète des activités en rapport avec la vaccination au cours de la Décennie consacrée à cette intervention (2011-2020). Si le plan d'action mondial pour les vaccins doit être transposé pour s'adapter aux différents contextes régionaux, nationaux et communautaires, ces principes directeurs sont universellement applicables et pertinents pour chacun des buts et des objectifs stratégiques de la Décennie de la vaccination présentés ci-après.

Mesures du Succès

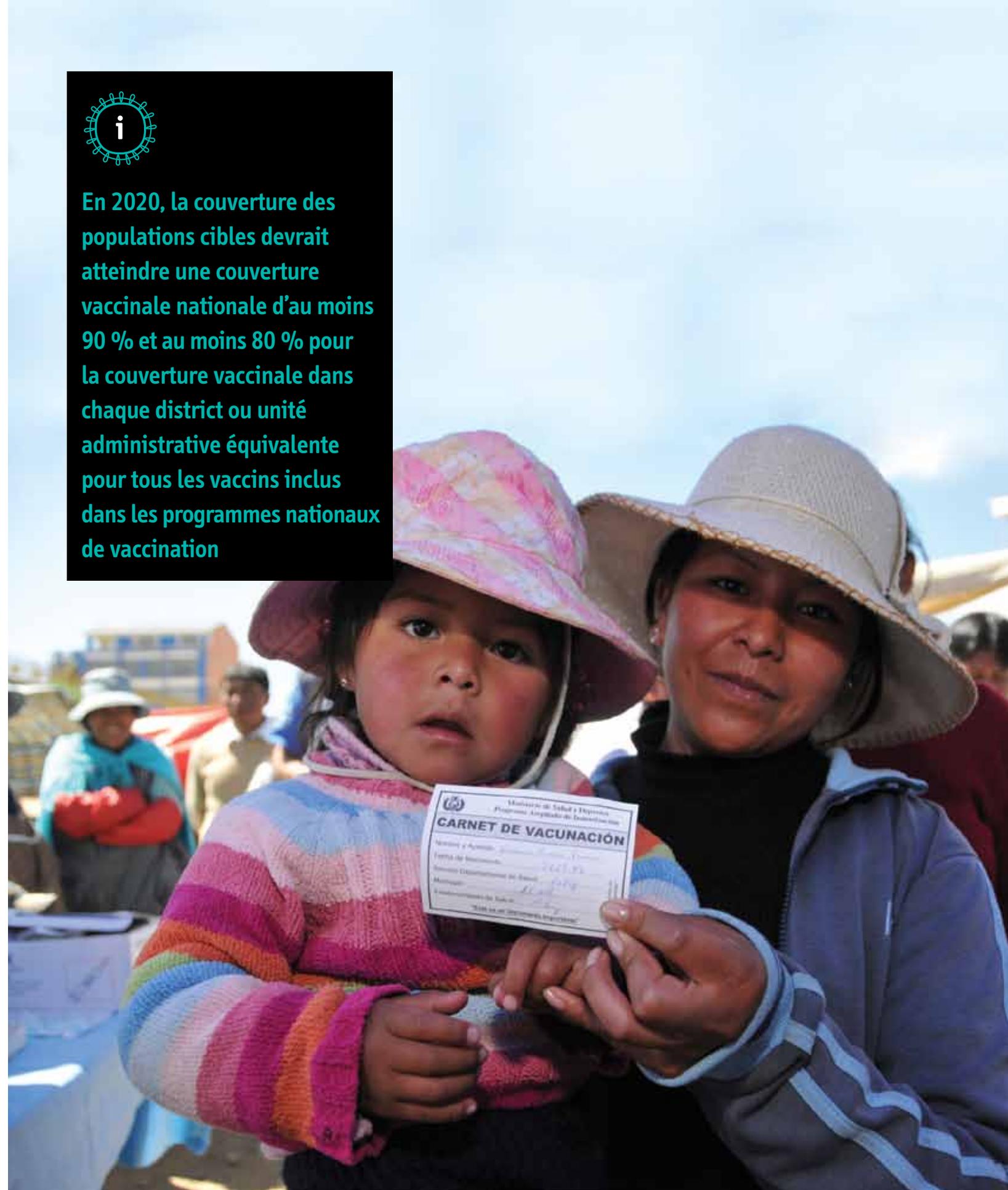
La Décennie de la vaccination prévoit de prendre des mesures pour réaliser des buts ambitieux. Au tout début de la décennie, il s'agira d'atteindre les buts en matière d'élimination et d'éradication déjà fixés et donc de faire face à l'urgence de santé publique constituée par la transmission du poliovirus sauvage afin de parvenir à un monde exempt de la poliomyélite. Il faudra également s'assurer de l'élimination mondiale ou régionale de la rougeole, de la rubéole et du tétanos néonatal.⁶

Mener à bien ce programme n'a jamais été aussi critique. Les succès obtenus encourageront la réalisation d'autres buts ambitieux. Échouer signifie que des millions de cas de maladie et de décès évitables continueront de se produire.

⁶ D'ici à 2015, parvenir à l'élimination du tétanos maternel et néonatal (définie comme moins d'un cas de tétanos néonatal pour 1000 naissances vivantes) dans chaque district, à l'élimination de la rougeole dans quatre Régions OMS au moins et à celle de la rubéole dans deux Régions OMS au moins. D'ici à 2020, parvenir à l'élimination de la rougeole et de la rubéole dans cinq Régions OMS au moins.



En 2020, la couverture des populations cibles devrait atteindre une couverture vaccinale nationale d'au moins 90 % et au moins 80 % pour la couverture vaccinale dans chaque district ou unité administrative équivalente pour tous les vaccins inclus dans les programmes nationaux de vaccination





Plus tard au cours de la décennie, les succès s'enregistreront sous forme de développement des services de vaccination pour atteindre les cibles en matière de couverture vaccinale dans chaque Région, pays et collectivité. En 2015, la couverture des populations cibles devrait atteindre le but fixé par la stratégie « La vaccination dans le monde : vision et stratégie, 2006-2015 », à savoir au moins 90 % au niveau national et au moins 80 % dans chaque district ou unité administrative équivalente (le marqueur pour ce but étant la couverture par les vaccins contenant des valences diphtérie-tétanos-coqueluche). D'ici à 2020, la couverture des populations cibles devrait atteindre ces niveaux pour tous les vaccins administrés dans le cadre des programmes nationaux de vaccination à moins que d'autres cibles n'existent. L'introduction des vaccins doit toujours faire l'objet d'un suivi, avec comme objectif l'introduction dans au moins 80 pays à revenu faible ou intermédiaire d'un ou plusieurs vaccins nouveaux ou sous-utilisés appropriés d'ici à 2015. Ces réalisations techniques ne pourront perdurer que si les pays s'approprient pleinement leurs programmes de vaccination systématique (voir [objectif stratégique 1](#) ci-après).

Au cours de cette décennie, des millions de décès et de cas de maladie supplémentaires devraient devenir évitables avec la mise au point, l'autorisation et l'introduction de technologies et de vaccins nouveaux ou améliorés contre des maladies à forte charge de morbidité. Plus spécifiquement, il convient de suivre les progrès vers l'autorisation et le lancement de vaccins contre un ou plusieurs agents responsables de maladies actuellement non évitables par la vaccination (tels que le cytomégalovirus, le virus de la dengue, les streptocoques du groupe A, le virus de l'hépatite C, les ankylostomes, les leishmanies et le virus respiratoire syncytial) et vers au moins une nouvelle plate-forme de vaccination.



Atteindre les objectifs de couverture vaccinale dans chaque région, pays et communauté

Buts de la Décennie de la vaccination (2011-2020)

<p>Obtenir un monde exempt de la poliomyélite</p>		<p>Atteindre les cibles mondiales et régionales en matière d'élimination</p>	
<p>Atteindre les cibles en matière de couverture vaccinale dans chaque Région, pays et collectivité</p>		<p>Mettre au point et introduire des technologies et des vaccins nouveaux ou plus améliorés</p>	
<p>Dépasser la cible de l'objectif 4 du Millénaire pour le développement portant sur la réduction de la mortalité infanto-juvénile.</p>			

Si l'on parvient à atteindre ces buts spécifiques en matière de vaccination, on aura évité des centaines de millions de cas et des millions de décès d'ici la fin de la décennie et gagné des milliards de dollars de productivité, et la vaccination aura contribué au dépassement de la cible de l'objectif 4 du Millénaire pour le développement portant sur la réduction de la mortalité infanto-juvénile (et la cible qui prévoit sa réalisation après 2015).



Par exemple, on estime que si les cibles en matière de couverture pour l'introduction et/ou l'usage durable de 10 vaccins seulement (contre l'hépatite B, *Haemophilus influenzae* type b, le papillomavirus humain, l'encéphalite japonaise, la rougeole, le méningocoque A, les pneumocoques, les rotavirus, la rubéole et la fièvre jaune) sont atteintes dans 94 pays au cours de la décennie, on pourra éviter entre 24 et 26 millions de décès dans l'avenir par rapport à un scénario hypothétique dans lequel la couverture par ces vaccins est nulle.

Entre 24 et 26 millions de décès pourront être évités

Six Objectifs Stratégiques

Des progrès continus vers les six objectifs stratégiques suivants permettront de réaliser les buts de la Décennie de la vaccination (2011-2020) :



1

TOUS LES PAYS S'ENGAGENT EN FAVEUR DE LA VACCINATION EN TANT QUE PRIORITÉ.

Les principaux indicateurs pour suivre les progrès vers cet objectif stratégique sont la présence au niveau national d'un cadre juridique ou d'une législation garantissant le financement de la vaccination et celle d'un groupe consultatif technique indépendant répondant à des critères définis.

2

LES INDIVIDUS ET LES COLLECTIVITÉS COMPRENENT LA VALEUR DES VACCINS ET RÉCLAMENT LA VACCINATION À LA FOIS COMME UN DROIT ET UNE RESPONSABILITÉ.

Les progrès vers une meilleure compréhension et une amplification de la demande peuvent être évalués à travers le suivi du niveau de confiance du public envers la vaccination, mesuré par des enquêtes sur les connaissances, les attitudes, les croyances et les pratiques.

3

LES BÉNÉFICES DE LA VACCINATION SONT ÉQUITABLEMENT ÉTENDUS À TOUS LES INDIVIDUS.

Les progrès vers une plus grande équité peuvent être évalués à travers le suivi du pourcentage de districts où la couverture par trois doses de vaccin contenant des valences diphtérie-tétanos-coqueluche est inférieure à 80 % et où il existe des écarts notables de couverture entre les quintiles de richesse supérieur et inférieur (ou autre indicateur d'équité approprié).

4

DES SYSTÈMES DE VACCINATION FORTS FONT PARTIE INTÉGRANTE D'UN SYSTÈME DE SANTÉ PERFORMANT.

La force d'un système de santé peut être évaluée d'après le taux d'abandon entre la première dose de vaccin contenant des valences diphtérie, tétanos et coqueluche et la première dose de vaccin à valence rougeole. La qualité des données est importante pour surveiller le fonctionnement d'un système de santé. Elle peut être estimée d'après l'évaluation que font l'OMS et l'UNICEF des données de couverture vaccinale comme de grande qualité ou non.

5

LES PROGRAMMES DE VACCINATION ONT DURABLEMENT ACCÈS À UN FINANCEMENT PRÉVISIBLE, À UN APPROVISIONNEMENT DE QUALITÉ ET À DES TECHNOLOGIES INNOVANTES.

Les principaux indicateurs pour suivre les progrès vers cet objectif stratégique seront le pourcentage des coûts de vaccination systématiquement financés par les budgets des États et la capacité mondiale installée pour la production des vaccins universellement recommandés dans les cinq ans suivant l'autorisation/la demande potentielle.

6

LES INNOVATIONS APPORTÉES PAR LA RECHERCHE-DÉVELOPPEMENT AUX NIVEAUX NATIONAL, RÉGIONAL ET MONDIAL MAXIMISENT LES BÉNÉFICES DE LA VACCINATION.

Les principaux indicateurs de progrès vers cet objectif stratégique sont la preuve de principe d'un vaccin présentant une efficacité supérieure ou égale à 75 % contre le VIH/sida, la tuberculose ou le paludisme et le démarrage des essais de phase III d'un vaccin antigrippal universel de première génération. En outre, la capacité de recherche et développement nationale peut être mesurée par la capacité institutionnelle et technique à fabriquer des vaccins et/ou à effectuer les essais cliniques et les travaux de recherche opérationnelle et organisationnelle associés.

Mesures pour Atteindre les Objectifs Stratégiques

Il ne sera possible de réaliser la vision et les buts de la Décennie de la vaccination (2011-2020) que si toutes les parties prenantes dans la vaccination s'engagent à atteindre les six objectifs stratégiques et prennent des mesures pour y parvenir ; font respecter les principes directeurs de cette stratégie dans la mise en œuvre de toutes ces mesures ; et suivent et évaluent régulièrement les progrès en direction des objectifs stratégiques et des buts en utilisant les indicateurs présentés plus haut ([voir également l'annexe 1](#)).

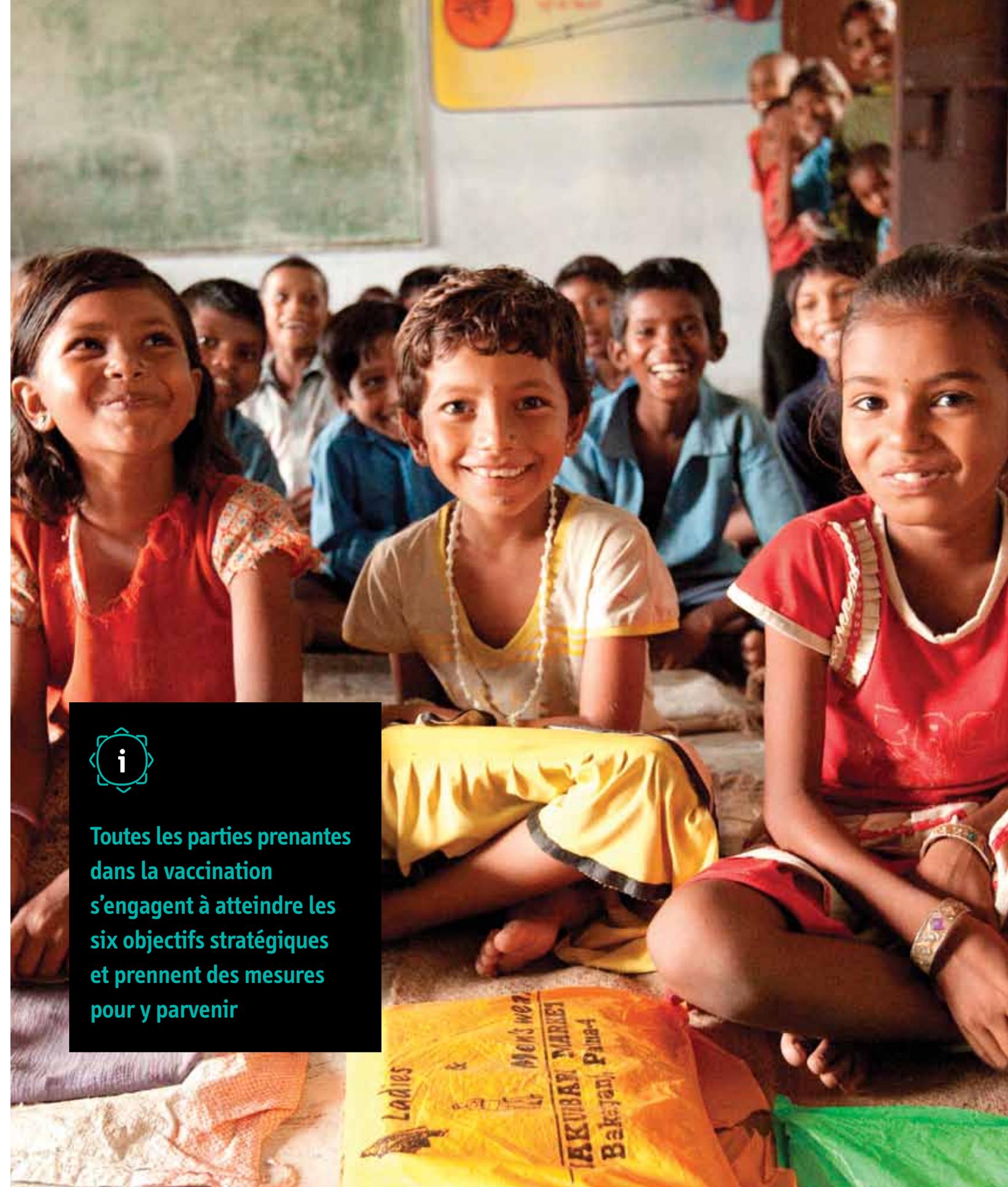
Il faut également disposer d'un cadre d'obligations redditionnelles définissant la méthodologie et les sources de données à utiliser pour ces indicateurs, identifiant les parties prenantes responsables des différentes mesures et spécifiant les procédures et les responsabilités pour le suivi et l'évaluation des progrès au cours de la Décennie. Le plan d'action mondial

pour les vaccins pose les bases de chacune de ces composantes. Le développement plus poussé et la mise en œuvre du cadre d'obligations redditionnelles aux niveaux national, régional et mondial pourrait s'effectuer au cours de l'année 2012 en tirant parti des résultats de la [Commission de l'Information et de la Redevabilité pour la Santé de la Femme et de l'Enfant](#) et en

s'alignant, dans la mesure du possible, sur les efforts et les initiatives sur le plan redditionnel de l'ensemble des parties prenantes au niveau national pour rapporter et suivre les progrès.



Toutes les parties prenantes dans la vaccination s'engagent à atteindre les six objectifs stratégiques et prennent des mesures pour y parvenir



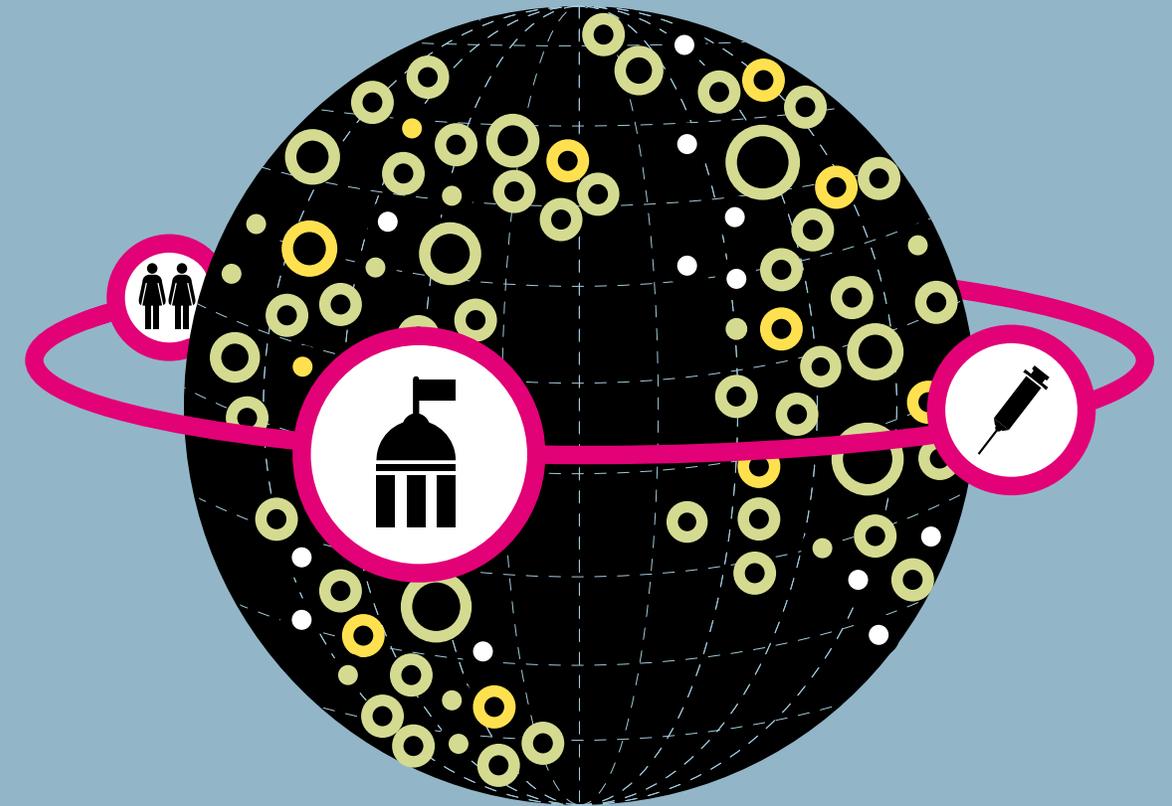
Objectif stratégique

1

Tous les pays s'engagent en faveur de la vaccination en tant que priorité.

S'engager en faveur de la vaccination en tant que priorité signifie avant tout reconnaître son importance en tant qu'intervention de santé publique essentielle et sa valeur en termes de rentabilité sanitaire et économique. Les pays démontrent leur engagement en faveur de la vaccination en fixant des cibles nationales ambitieuses, mais atteignables ; en allouant des ressources financières et humaines adéquates aux programmes pour atteindre ces cibles ; en s'assurant que leur plan national de vaccination est pleinement intégré à leur plan national de santé, dispose d'un budget approprié et a bénéficié pour sa formulation de la participation de l'ensemble des parties prenantes importantes ; et en faisant preuve d'une bonne intendance et de résultats satisfaisants dans la mise en œuvre de leur plan de santé national. L'engagement des pays en faveur de la vaccination n'implique cependant pas que l'on accorde une priorité ou un financement aux programmes de vaccination aux dépens d'autres programmes sanitaires vitaux.

Au plan national, la législation, les politiques et les décisions d'affectation des ressources doivent se fonder sur des éléments crédibles et actuels concernant l'impact direct et indirect de la vaccination. Une grande part de cette base factuelle existe déjà, mais n'atteint pas les décideurs politiques, car ceux qui génèrent les données ne sont pas toujours ceux qui interagissent avec ces décideurs. La collaboration entre, d'une part, les experts techniques qui produisent ces données et, d'autre part, les défenseurs de la vaccination qui élaborent des messages spécifiques au contexte mettant en lumière l'importance de la vaccination dans le cadre des services sanitaires et sociaux, peut permettre d'exprimer sans équivoque la valeur de cette intervention et le soutien qu'elle apporte à la progression vers l'équité et au développement économique.



Pour tous les pays : Établir et maintenir l'engagement à la vaccination ; informer et consulter les leaders d'opinion sur la valeur de la vaccination ; renforcer les capacités nationales à élaborer des politiques fondées sur des preuves.

Il convient de mettre en place ou de renforcer des organes indépendants, tels que des groupes consultatifs techniques régionaux ou nationaux sur la vaccination, à même de guider les politiques et les stratégies des pays sur la base des données épidémiologiques et du rapport coût/efficacité locaux, ce qui réduira la dépendance à l'égard d'organismes extérieurs pour les orientations politiques. Ces organes peuvent facilement être appuyés par des institutions ou des individus chargés de collationner et de synthétiser les informations nécessaires à une prise de décisions éclairée. Les systèmes et les initiatives d'appui régionaux, tels que l'Initiative ProVac de l'OPS,⁷ peuvent être élargis pour soutenir les pays dans le renforcement de leur processus décisionnel. Il est important que les groupes consultatifs techniques nationaux sur la vaccination ou leurs équivalents régionaux s'engagent à côté des universitaires, des sociétés professionnelles et d'autres institutions et comités nationaux tels que les organismes de réglementation dans le domaine des vaccins, les comités de coordination nationaux du secteur de la santé, et les comités de coordination interagences, pour garantir une démarche cohésive et coordonnée dans la réalisation des priorités nationales. Des liens forts entre les ministères de la santé, de l'éducation⁸ et des finances, ainsi que des ressources humaines et des législateurs sont aussi indispensables à la mise en œuvre durable des programmes.

L'appui et l'approbation formelle des politiques et des plans nationaux au plus haut niveau politique et administratif, tant au plan national qu'infranational, sont considérés comme essentiels pour garantir l'engagement et la pérennité. Les gouvernements et les responsables élus ont la responsabilité de mettre en place la législation et d'affecter les budgets. La vaccination étant un indicateur fort de la capacité globale du système de santé à délivrer des services, les législateurs doivent être encouragés à examiner avec attention, défendre et suivre étroitement les budgets et les dépenses qui lui sont consacrés ainsi que les activités des programmes de vaccination, tant au niveau national que dans leurs circonscriptions respectives. Des organisations appartenant à la société civile peuvent plaider efficacement pour un plus grand engagement et faire tenir aux gouvernements les engagements qu'ils ont pris. Pour que leur mise en œuvre soit efficace, les programmes de vaccination doivent disposer de structures de gestion. Les responsables aux niveaux national et infranational de la mise en œuvre des plans de vaccination peuvent être considérés comme responsables des performances du programme s'ils disposent d'une autonomie suffisante pour assurer une direction efficace et s'ils disposent des compétences requises en matière de gestion et de suivi des programmes.



Veiller à ce que les plans nationaux de vaccination sont pleinement intégrés dans les plans nationaux de santé

⁷ L'Initiative ProVac est un ensemble d'outils destinés à appuyer : i) l'estimation du rapport coût/efficacité et de l'impact épidémiologique et économique des nouveaux vaccins ; ii) la formation ; et iii) le renforcement des infrastructures nationales pour la prise de décisions.

⁸ Particulièrement important pour l'administration des vaccins à des enfants plus âgés et à des adolescents par le biais des programmes de santé scolaire et pour la surveillance du respect des exigences en matière de vaccination lors de l'admission à l'école.

Pour les pays à revenu élevé ou intermédiaire, l'engagement en faveur de la vaccination doit couvrir les mêmes domaines, mais peut aussi inclure le maintien ou l'exercice du rôle de partenaire au développement. Avec les institutions mondiales, les pays partenaires au développement peuvent coordonner la diffusion des informations et des meilleures pratiques entre les pays, aider à combler temporairement des lacunes en matière de financement, et appuyer le renforcement des capacités en œuvrant avec les parties prenantes dans les différents contextes nationaux.

TABLEAU 2. RÉSUMÉ DES MESURES PRÉCONISÉES POUR ATTEINDRE L'OBJECTIF STRATÉGIQUE 1
TOUS LES PAYS S'ENGAGENT EN FAVEUR DE LA VACCINATION À TITRE PRIORITAIRE



Instaurer et poursuivre l'engagement en faveur de la vaccination

S'ASSURER de l'existence d'un cadre législatif ou juridique dans chaque pays, comprenant notamment des dispositions affectant une ligne budgétaire à la vaccination, ainsi que pour le suivi et l'établissement de rapports.

ÉLABORER des plans nationaux de vaccination complets et s'intégrant dans les plans nationaux de santé par un processus ascendant, qui implique toutes les parties prenantes.

FIXER des cibles spécifiques aux pays, ambitieuses mais atteignables dans le cadre des buts de réduction de la morbidité et de la mortalité.

EXAMINER avec attention, défendre et suivre de près les budgets et les dépenses pour la vaccination et les activités des programmes de vaccination.

APPUYER la participation des organisations de la société civile et des associations professionnelles locales aux discussions nationales sur la vaccination et la santé.

Informer des leaders d'opinion de l'intérêt de la vaccination et engager ces leaders pour le défendre

ÉTUDIER des modèles pour promouvoir la collaboration entre les parties prenantes qui génèrent des données sur la vaccination et celles qui les utilisent pour fixer des priorités et formuler des politiques.

DÉVELOPPER et diffuser une base de données sur l'intérêt des vaccins et de la vaccination pour la santé publique et la valeur ajoutée apportée par l'obtention d'un accès à la vaccination et d'une utilisation des vaccins qui soient équitables.

DÉVELOPPER et diffuser la base de données concernant les bénéfices économiques élargis de la vaccination pour les individus, les ménages, les collectivités et les pays.

AIRE figurer la vaccination à l'ordre du jour des réunions des organes directeurs à tous les niveaux et des autres forums sociaux, sanitaires et économiques.

Renforcer les capacités nationales à formuler des politiques reposant sur des bases factuelles

CRÉER ou renforcer des organismes indépendants pour formuler des politiques nationales de vaccination (par exemple des groupes consultatifs techniques nationaux ou régionaux sur la vaccination).

METTRE au point des moyens plus efficaces à l'intention des organismes nationaux de réglementation, des comités de coordination du secteur sanitaire et des comités de coordination interagences pour appuyer les programmes de vaccination dans le cadre des programmes de lutte contre certaines maladies et des soins de santé préventifs.

CRÉER des forums régionaux et des échanges entre pairs d'informations, de bonnes pratiques et d'outils.

CRÉER des mécanismes élargis et plus transparents pour agréger, partager et utiliser les informations afin de suivre les engagements.

Objectif stratégique

2

Les individus et les collectivités comprennent l'intérêt des vaccins et réclament la vaccination en tant que droit et responsabilité.

Des améliorations importantes de la couverture et de la durabilité des programmes sont possibles si les individus et les collectivités comprennent les bénéfices et les risques de la vaccination, sont encouragés à faire appel aux services, sont autorisés à faire des demandes au système de santé, et se sont appropriés la planification et la mise en œuvre des programmes au sein de leur collectivité locale. Bien qu'il y existe généralement une forte demande en services de vaccination, accéder aux populations difficiles à atteindre, obtenir des taux de couverture élevés et atteindre les objectifs en termes d'équité peut nécessiter des stratégies supplémentaires pour stimuler la demande à l'égard de la vaccination.

Générer de la demande de la part des individus, des ménages et des collectivités nécessitera de faire un usage plus efficace des plates-formes classiques et de recourir à de nouvelles stratégies pour faire connaître les bénéfices de la vaccination, mettre en avant celle-ci comme une composante clé du droit à la santé et inciter à une plus large utilisation des services. Les nouveaux efforts pourraient tirer parti des médias sociaux et des démarches du marketing commercial et social pour promouvoir la vaccination et répondre aux préoccupations. Il faudrait également faire appel aux nouvelles technologies reposant sur le téléphone mobile et l'Internet, en s'inspirant de l'expérience et des succès obtenus avec des campagnes de santé publique innovantes. Les recherches menées dans les domaines des communications et de la sociologie pour identifier les obstacles à la vaccination et les éléments jouant en sa faveur doivent servir de base à l'élaboration de messages adaptés au contexte. Des leçons sur les vaccins et la vaccination doivent figurer dans les programmes d'enseignement de l'école primaire. Des approches plurisectorielles faisant la promotion de certains efforts, comme l'éducation et l'autonomisation des femmes, contribueront à améliorer l'utilisation de la vaccination et des services de santé en général.



Des améliorations importantes de la couverture et de la durabilité des programmes sont possibles si les individus et les collectivités comprennent les bénéfices et les risques de la vaccination

Le cas échéant, les stratégies programmatiques pourraient aussi inclure des mesures incitatives à la fois à l'intention des ménages pour qu'ils fassent appel aux services de vaccination et à celle des prestataires de soins de santé pour qu'ils améliorent leurs résultats en matière de vaccination des enfants, et notamment de ceux qui n'étaient pas atteints auparavant. Au niveau des ménages, les programmes de transfert conditionnel de fonds imposent souvent la vaccination des enfants comme préalable pour que les foyers bénéficient de transferts de revenus. Des éléments indiquent que ces programmes pourraient avoir un impact positif sur les taux de couverture vaccinale, même dans des pays où les taux de couverture sont déjà élevés, en particulier pour les populations plus marginalisées. Les programmes de transfert conditionnel de fonds étant souvent administrés dans les pays dans le cadre d'un large train de mesures de protection sociale ou visant à soulager la pauvreté, ils fournissent l'occasion d'établir des liens entre les programmes de vaccination et le ministère de la santé et d'autres initiatives en faveur du développement de plus grande ampleur, y compris celles gérées par d'autres ministères.

Au niveau des établissements de soins, il est possible de motiver davantage les ménages comme les prestataires de soins par des cadeaux en nature au moment de la vaccination pour les premiers et par des primes financières dépendant des résultats pour les seconds. On dispose de premiers éléments laissant à penser que le financement en fonction des résultats des services de vaccination conduit à une augmentation du nombre d'enfants vaccinés, même si l'analyse plus rigoureuse de l'incidence d'un tel financement sur la vaccination est encore en cours.

Fournir des incitations au personnel de santé et aux ménages à travers des dons financiers ou en nature présente des difficultés de mise en œuvre qu'il faut soigneusement prendre en compte. Ces schémas doivent respecter l'autonomie des bénéficiaires. Des études dans le domaine social doivent aussi déterminer dans quelles conditions ces incitations contribuent à une amélioration de la couverture et les types et les niveaux de ces incitations convenant à un contexte donné. Les activités de génération de la demande doivent être couplées avec des mécanismes destinés à garantir la fiabilité de l'approvisionnement en vaccins.

Certains motifs de réticence seront sans doute sensibles à une amélioration de la communication et à des initiatives de plaidoyer pour les vaccins destinées à contrer les groupes de pression antivaccination et à mieux faire comprendre l'intérêt des vaccins ou les dangers des maladies. Néanmoins, on apporte une meilleure réponse à d'autres motifs de réticence en garantissant la qualité des services dispensés. Les individus hésiteront moins à faire appel aux services s'ils

Les activités de génération de la demande doivent être couplées avec des mécanismes destinés à garantir la fiabilité de l'approvisionnement en vaccins



en perçoivent la qualité comme acceptable. La probabilité qu'ils viennent aux séances de vaccination sera plus forte si les services prévus sont pratiques et si leur disponibilité est prévisible ; si des conseils pratiques sont dispensés sur le lieu, le moment et les raisons de la vaccination et sur ce à quoi il faut s'attendre après ; si les agents de santé ont une attitude bienveillante ; si les temps d'attente sont raisonnables ; et si les services sont proposés gratuitement. Le personnel de santé devra avoir été formé pour communiquer efficacement face aux médias et aux collectivités locales si des manifestations postvaccinales graves sont signalées, afin d'évacuer les craintes et de surmonter les réticences face à la vaccination.

Faire changer les choses supposera la participation des individus, des ménages et des collectivités dans l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies de génération de la demande. Pour ce faire, il faudra également trouver des défenseurs nouveaux et plus vigoureux parmi les collectivités, disposant des connaissances locales, de la crédibilité et de l'expérience en première ligne nécessaires pour promouvoir le changement. La participation d'organisations de la société civile nationales sera essentielle pour construire un plaidoyer vigoureux. Elle devra être appuyée par un renforcement des capacités. Encore une fois, un effort pour promouvoir la collaboration entre les générateurs de données et ceux qui les utilisent pourrait participer à la formation des défenseurs et créer des liens avec les réseaux sociaux et professionnels locaux, qui sont une importante source de défenseurs de la vaccination sur le terrain. Un tel effort est particulièrement nécessaire si les programmes nationaux adoptent une approche de la vaccination portant sur l'ensemble de l'existence.

Les défenseurs actuels doivent recruter de nouveaux porte-parole pour la cause des vaccins – il pourra s'agir de formateurs, de dirigeants religieux, de personnalités des médias traditionnels ou sociaux, de médecins de famille, d'agents de santé communautaires et de défenseurs de la vaccination.

Les chercheurs et les experts techniques joueront aussi un rôle important en sensibilisant davantage les collectivités et en apportant des réponses crédibles à la désinformation concernant la vaccination.

La génération d'une demande chez les individus et les collectivités renforcera l'engagement national à l'égard des vaccins et de la vaccination ([objectif stratégique 1](#)). Les activités visant à générer de la demande à l'égard des vaccins et de la vaccination devront s'appuyer sur un mouvement plus large pour aider les gens à tenir leur gouvernement pour responsable de l'accès aux services de santé.



Selon de premières indications, le financement des services de vaccination basé sur la performance conduit à un nombre croissant d'enfants vaccinés

**TABLEAU 3. RÉSUMÉ DES MESURES PRÉCONISÉES POUR ATTEINDRE L'OBJECTIF STRATÉGIQUE 2
LES INDIVIDUS ET LES COLLECTIVITÉS COMPRENNENT L'INTÉRÊT DES VACCINS ET RÉCLAMENT
LA VACCINATION EN TANT QUE DROIT ET QUE RESPONSABILITÉ**



Recruter des individus et des collectivités pour défendre les bénéfices de la vaccination et entendre leurs préoccupations

ENTAMER un dialogue permettant à la fois de transmettre des informations et de répondre aux préoccupations et aux craintes des gens.

UTILISER les outils fournis par les médias sociaux et les enseignements tirés des campagnes de marketing commercial et social.

TIRER parti des nouvelles technologies reposant sur le téléphone mobile et l'Internet.

INCLURE la vaccination dans les programmes d'enseignement de base.

MENER des recherches dans le domaine de la communication.

Créer des incitations pour stimuler la demande

METTRE en place, le cas échéant, des incitations à vacciner ou à se faire vacciner à l'intention des agents de santé et des ménages, tout en respectant l'autonomie des bénéficiaires (transferts en numéraire ou en nature, délivrance de plusieurs services groupés ou reconnaissance par les médias, par exemple).

RÉALISER des recherches dans le domaine social pour améliorer la prestation de services de vaccination et la capacité à répondre aux besoins des diverses collectivités.

Renforcer la capacité de plaidoyer

RECRUTER de nouveaux porte-parole, notamment parmi les formateurs, les dirigeants religieux, les personnalités des médias traditionnels et sociaux, les médecins généralistes, les agents de santé communautaires et les défenseurs de la vaccination formés (entre autres).

FORMER le personnel de santé à des techniques de communication efficaces, en particulier pour répondre aux réticences face aux vaccins et à la notification de manifestations post-vaccinales graves, afin de maintenir la confiance et d'atténuer les craintes.

RECRUTER, habiliter et soutenir des organisations de la société civile pour faire valoir l'intérêt des vaccins auprès des collectivités et des décideurs locaux et des médias locaux et mondiaux.

METTRE sur pied des plans nationaux ou régionaux de plaidoyer impliquant des organisations appartenant à la société civile du pays.

METTRE en relation les efforts de plaidoyer aux niveaux mondial, national et communautaire avec des réseaux professionnels ou universitaires.



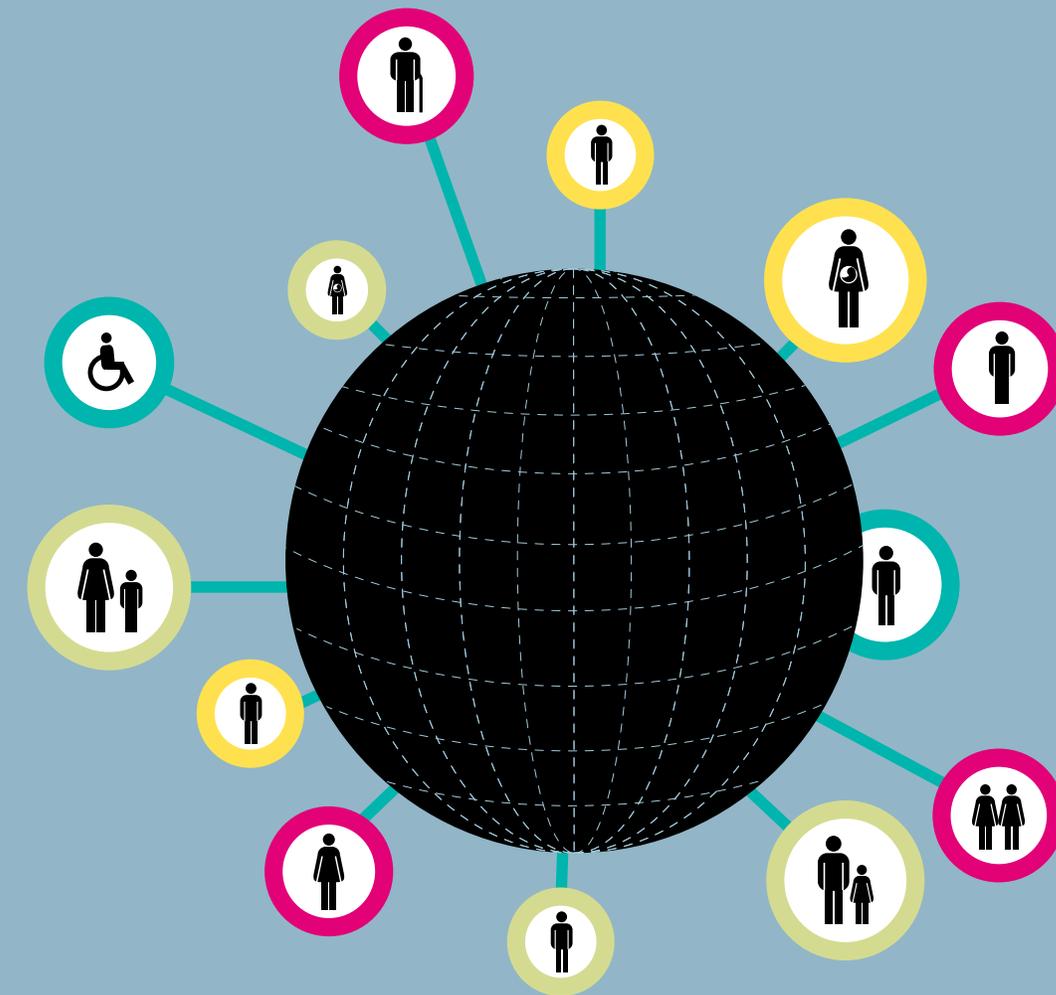
Objectif stratégique

3

Les bénéfices de la vaccination sont équitablement étendus à tous les individus.

Aujourd'hui, quatre enfants sur cinq reçoivent au moins une série de vaccinations de base pendant la petite enfance et sont donc en mesure de mener une vie plus productive et en meilleure santé. Malheureusement, cela signifie aussi qu'un enfant sur cinq n'est pas atteint. Pendant la décennie en cours, les bénéfices de la vaccination devront être étendus plus équitablement à tous les enfants, adolescents et adultes. Réaliser cet objectif stratégique signifiera que tout individu pouvant prétendre à la vaccination recevra tous les vaccins appropriés – quels que soient le lieu géographique où il se trouve, son âge, son sexe, son éventuelle incapacité, son niveau d'éducation, sa situation socio-économique, son appartenance ethnique ou sa situation professionnelle –, ce qui permettra d'atteindre les populations non desservies et de réduire les disparités en matière de vaccination dans les pays et entre eux. La charge de morbidité tendant à se concentrer de manière disproportionnée parmi les populations les plus marginalisées, toucher davantage d'individus permettra non seulement d'atteindre un plus grand degré d'équité, mais aussi d'obtenir un plus fort impact sanitaire, et contribuera au développement économique. En outre, il sera impossible d'atteindre les buts en matière d'élimination et d'éradication des maladies sans obtenir et maintenir un taux de couverture élevé et équitable.

En 2002, l'OMS, l'UNICEF et d'autres partenaires ont introduit la stratégie « Atteindre chaque district », une première étape vers l'obtention d'une couverture plus équitable. Grâce à ses diverses composantes opérationnelles, qui comprennent le rétablissement de services de proximité, l'exercice d'une supervision positive, l'implication des collectivités, le suivi et l'utilisation des données, ainsi que la planification et la gestion des ressources au niveau du district, cette stratégie a été en mesure d'étendre la prestation des services de vaccination. De même, les initiatives visant à éliminer ou à éradiquer une maladie ou à obtenir une baisse



Réaliser cet objectif stratégique signifiera que tout individu pouvant prétendre à la vaccination recevra tous les vaccins appropriés – quels que soient le lieu géographique où il se trouve, son âge, son sexe, son éventuelle incapacité, son niveau d'éducation, sa situation socio-économique, son appartenance ethnique ou sa situation professionnelle

rapide de la mortalité ont eu recours à des stratégies telles que des journées nationales ou infranationales de la vaccination (pour l'éradication de la poliomyélite) ou à des activités de vaccination supplémentaires (pour l'élimination de la rougeole et de la rubéole, la réduction de la mortalité due à la rougeole et l'élimination du tétanos néonatal). Plus récemment, des stratégies collectivement désignées comme des intensifications périodiques de la vaccination systématique ont été appliquées pour étendre la vaccination aux personnes encore non atteintes, en associant celle-ci à d'autres interventions apportant des soins de santé primaires.

Mais même ces stratégies continuent de laisser de côté certaines populations, par exemple celles résidant en dehors des structures sociales et administratives traditionnelles. Pour préserver les gains de ces efforts historiques et pour atteindre et maintenir les buts de la lutte contre les maladies, l'approche stratégique « Atteindre chaque district » doit changer de nom pour devenir « Atteindre chaque collectivité ». Pour obtenir une couverture plus équitable, la collectivité doit être définie comme allant au-delà de la collectivité géographiquement définie. Atteindre chaque collectivité veut dire s'efforcer de desservir tout individu pouvant prétendre à la vaccination, même parmi ceux habituellement hors de portée des gouvernements.

Atteindre chaque collectivité suppose de comprendre tous les obstacles à l'accès et à l'utilisation de la vaccination ; cela exige aussi d'identifier les individus non desservis et d'examiner et de réviser les microplans au niveau du district et de la collectivité pour s'assurer que ces obstacles sont surmontés. Il faut tirer parti du développement rapide des technologies de l'information pour établir des registres et des bases de données concernant la vaccination, qui permettront de suivre le statut vaccinal de chaque individu, de lui faire parvenir en temps utile des rappels lorsqu'il doit se faire vacciner et de consulter facilement des données pour étayer des interventions. L'introduction de numéros d'identification uniques pourrait servir de catalyseur à la mise en place de tels systèmes.

En s'inspirant de l'expérience acquise avec les campagnes fructueuses de vaccination contre la poliomyélite, il faut faire appel à la planification décentralisée et aux actions de proximité pour atteindre des populations éloignées, nomades ou encore historiquement marginalisées. De nouvelles stratégies pour toucher les urbains pauvres et les migrants urbains seront également nécessaires. Compte tenu de la nature ténue et évolutive des structures collectives et du niveau insatisfaisant de sécurité parmi ces populations, il sera particulièrement important, pour atteindre ces groupes, de disposer de nouvelles approches pour les actions de proximité.

L'approche stratégique d'«Atteindre chaque district» doit changer de nom pour devenir «Atteindre chaque collectivité»



Cela est d'autant plus vrai que parfois, le sentiment le plus unificateur dans ces zones urbaines et péri-urbaines est la défiance partagée et profondément enracinée à l'égard des personnes extérieures et tout particulièrement des représentants de l'État.

Mettre œuvre les stratégies destinées à atteindre toutes les populations non desservies exigera de s'engager au côté du secteur non gouvernemental, et notamment d'organisations de la société civile et du secteur privé, et de faire appel à tous les aspects de la vaccination, y compris le plaidoyer, la mobilisation sociale, la prestation de services et les performances des programmes de surveillance. Pour soutenir une telle collaboration, les gouvernements doivent allouer davantage de ressources aux collectivités non desservies et s'assurer que les programmes disposent de personnel en effectif suffisant et bien formé pour mettre en œuvre efficacement les stratégies. Des partenariats entre plusieurs secteurs du public (par exemple avec des établissements de formation) et la coordination avec les programmes axés sur les populations vulnérables seront indispensables. En outre, les efforts pour fournir des services de vaccination de grande qualité à tous les enfants devront être poursuivis sans relâche pour préserver les gains déjà enregistrés.

D'autres dimensions de l'équité méritent d'être prises en compte durant la Décennie de la vaccination (2011-2020), et notamment les disparités entre pays, la vaccination des adolescents et des adultes et la vaccination dans les situations d'urgence.

Historiquement, il a fallu des décennies avant que les vaccins utilisés dans les pays à revenu élevé deviennent disponibles dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Pour faire face à cette injustice, des mesures sont prises, comme par exemple l'introduction de nouveaux vaccins avec l'appui de l'Alliance GAVI. Néanmoins, il faut faire beaucoup plus pour préserver et accroître ces gains, en particulier dans les pays à revenu intermédiaire.

Une démarche « sur l'ensemble de l'existence » doit aussi être adoptée pour rendre les bénéfices de la vaccination accessibles à toutes les personnes à risque dans chaque tranche d'âge. À mesure que l'on remporte des succès contre certaines maladies avec la vaccination des nourrissons, on reconnaît aussi de plus en plus la nécessité de renforcer l'immunité pour préserver et accroître ces gains. En outre, des vaccins nouveaux ou existants, bénéfiques pour les enfants d'âge scolaire, les adolescents et les adultes particulièrement à risque – comme les agents de santé, les personnes immunodéprimées, celles manipulant des animaux et celles ayant atteint un âge avancé – (par exemple les vaccins contre le papillomavirus humain, la grippe et la rage) sont maintenant disponibles et de plus en plus utilisés. Le succès des efforts pour éliminer le tétanos maternel et néonatal et les bénéfices pour les mères et les nourrissons de la vaccination contre la grippe pendant la grossesse ont fait croître l'intérêt pour la mise au point d'autres vaccins administrables pendant la grossesse (par exemple des vaccins contre les streptocoques du groupe B et contre le virus respiratoire syncytial). Il faudra pour cela élaborer des stratégies permettant d'atteindre les individus tout au long de leur existence et des plans pour bâtir les systèmes qui suivront et garderont trace des progrès accomplis.

De manière analogue, il faudra disposer de plans ciblés pour garantir l'accès à la vaccination dans le cadre des crises humanitaires, des flambées de maladie et des conflits. Ces plans doivent être axés notamment sur la communication et les dispositions à prendre pour constituer des stocks de vaccins.



élaborer des stratégies permettant d'atteindre les individus tout au long de leur existence

Des efforts de recherche opérationnelle et sociale sont nécessaires pour guider le choix du type de stratégie de délivrance mentionnée plus haut et tester son efficacité. Ces recherches doivent porter essentiellement sur l'identification des principales raisons de la faible couverture dans certaines zones ou collectivités, en évaluant les obstacles économiques à la vaccination, en appréhendant les meilleures approches pour atteindre les individus d'âges divers et en déterminant quelles incitations seraient les plus efficaces pour toucher ces différents groupes.

TABLEAU 4. RÉSUMÉ DES MESURES PRÉCONISÉES POUR ATTEINDRE L'OBJECTIF STRATÉGIQUE 3
LES BÉNÉFICES DE LA VACCINATION SONT ÉQUITABLEMENT ÉTENDUS À TOUS LES INDIVIDUS



Élaborer et mettre en œuvre de nouvelles stratégies pour éliminer les iniquités

RENOMMER la stratégie « Atteindre chaque district » pour l'appeler dorénavant « Atteindre chaque collectivité » dans l'optique de remédier aux iniquités au niveau des collectivités.

FAIRE appel à des groupes mal desservis et marginalisés pour mettre au point des stratégies ciblées et adaptées destinées à réduire les iniquités.

INTRODUIRE de nouveaux vaccins appropriés dans les programmes nationaux de vaccination (voir aussi l'objectif 5).

METTRE en place une approche portant sur l'ensemble de l'existence pour planifier et mettre en œuvre la vaccination et notamment des stratégies nouvelles pour garantir l'équité à tous les âges de la vie.

PRÉVENIR et combattre les maladies évitables par la vaccination pendant les flambées épidémiques et les crises humanitaires et dans les zones de conflit.

Renforcer la base de connaissances et les capacités pour permettre une délivrance équitable

SUIVRE le statut vaccinal de chaque individu, en s'appuyant sur les registres de vaccination, les bases de données électroniques et les systèmes d'identification nationaux par des numéros.

TIRER parti des structures collectives pour améliorer la communication et délivrer des services (accoucheurs traditionnels, registre des naissances, par exemple).

IMPLIQUER des organisations de la société civile dans les actions de proximité auprès des collectivités et la planification.

METTRE au point de nouvelles approches pour faire participer les collectivités dans les zones urbaines et périurbaines.

FORMER les agents de santé et les organisations de la société civile à faire participer les collectivités, à identifier les personnes influentes pouvant aider à la planification, à l'organisation et au suivi des programmes de santé et de vaccination, ainsi que les besoins de la collectivité, et à collaborer avec les collectivités pour répondre à ces besoins.

MENER des recherches opérationnelles et en sciences sociales pour trouver des stratégies fructueuses permettant de réduire les iniquités et d'améliorer la qualité et la prestation des services de vaccination.

Objectif stratégique

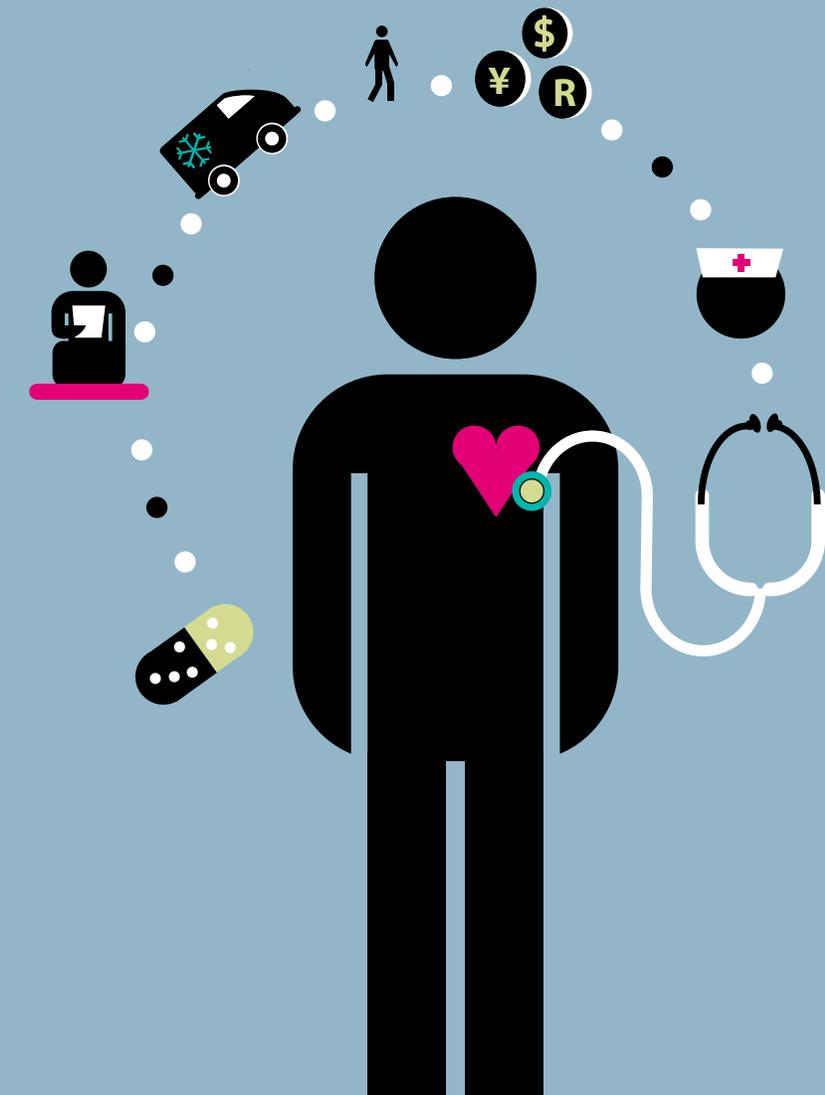
4

Des systèmes de vaccination solides font partie intégrante d'un système de santé performant.

L'introduction avec succès par les programmes de vaccination de nouveaux vaccins, la réalisation des buts en matière de qualité, d'équité et de couverture et l'obtention de l'autonomie financière dépendent du bon fonctionnement du système de santé. Les nombreuses composantes interconnectées d'un système de vaccination requièrent une approche pluridisciplinaire pour élaborer un programme cohésif, non fragmentaire et performant, qui travaille de manière coordonnée et synergique avec les autres programmes de soins de santé primaires.

Les systèmes de santé exercent une large palette de fonctions allant de la politique et de la réglementation aux systèmes d'information et aux chaînes d'approvisionnement, en passant par les ressources humaines et la gestion et le financement généraux des programmes. Ils incluent à la fois le secteur public et le secteur privé et, dans certains pays, ce dernier peut jouer un rôle précieux dans l'éducation des ménages concernant les bénéfices et la nécessité de la vaccination, ainsi que dans la délivrance de soins de santé. Certaines de ces fonctions ont été envisagées dans d'autres sections de ce document. La présente section traite des mesures nécessaires pour promouvoir une plus grande coordination entre les programmes de vaccination et d'autres programmes au sein des systèmes de santé et pour renforcer les informations, les ressources humaines, la chaîne d'approvisionnement et les composantes logistiques des systèmes de santé.

La fourniture de services de vaccination doit continuer à servir de plate-forme pour la délivrance d'autres interventions de santé publique prioritaires comme la supplémentation en vitamine A, la vermifugation et les moustiquaires imprégnées d'insecticide. D'autres programmes prioritaires devraient aussi servir de plate-forme pour délivrer la vaccination. Chaque contact avec le secteur de la santé doit être exploité pour vérifier le statut vaccinal et pour vacciner en cas d'indication. En outre, à mesure que l'on parvient à disposer de vaccins ciblant certains, mais non



La fourniture de services de vaccination doit continuer à servir de plate-forme pour la prestation d'autres interventions de santé publique prioritaires



La coordination de la vaccination avec des programmes intégrés de soins de santé primaires peut aussi faciliter les efforts de mobilisation sociale

la totalité, des agents pathogènes à l'origine de syndromes particuliers, comme la pneumonie, les diarrhées et le cancer du col de l'utérus, il importe de profiter de l'occasion offerte par l'introduction de ces vaccins pour étendre la délivrance d'interventions complémentaires. Par exemple, l'introduction des vaccins antipneumococcique et antirotavirus doit être complétée par d'autres mesures pour prévenir et traiter les maladies respiratoires et diarrhéiques associées et s'en protéger.

Le déploiement des nouveaux vaccins doit donc s'accompagner de plans complets de lutte contre la maladie à l'échelle mondiale et nationale. La coordination de la vaccination avec d'autres services doit s'opérer à tous les niveaux des programmes nationaux, impliquer des actions de proximité et la participation des centres de santé et faire partie de la gestion des programmes. La coordination de la vaccination avec des programmes intégrés de soins de santé primaires peut aussi faciliter les efforts de mobilisation sociale, en aidant à générer une demande en services de la part des collectivités ([objectif stratégique 2](#)) et à remédier aux inéquités ([objectif stratégique 3](#)). De plus, des efforts devraient être consentis pour que les programmes mondiaux de vaccination axés sur les buts en matière d'élimination et d'éradication (campagnes contre la poliomyélite et la rougeole, par exemple) n'opèrent pas de manière isolée. C'est aux pays que revient le choix en fonction de leur contexte local des mécanismes pour promouvoir une interaction et une coordination plus grandes entre les différents programmes. Les synergies et les gains d'efficacité qui résulteront de cette intégration et de cette coordination seront particulièrement bénéfiques aux pays dont les systèmes de santé sont fragiles.

Pour que la vaccination soit efficace, il est essentiel d'accéder en temps utile à des informations de grande qualité. Ces informations essentielles comprennent les indicateurs de processus permettant aux programmes de suivre leurs performances et de prendre des actions correctives, et les indicateurs de résultat mesurant l'impact des programmes. Ces indicateurs de performances et d'impact doivent être analysés en parallèle avec les dépenses pour identifier les goulets d'étranglement et les meilleures pratiques et pour jauger l'efficacité globale du programme (rapport qualité/prix). Les systèmes d'information concernant la vaccination doivent être reliés à des systèmes d'information de plus grande ampleur, tout en restant facilement accessibles et en répondant aux besoins des programmes de vaccination.

Le suivi de la couverture vaccinale et du taux d'abandon est en place depuis le lancement du Programme élargi de vaccination pour garantir l'efficacité des programmes. Même si la qualité des données et la promptitude avec laquelle elles sont rapportées se sont améliorées régulièrement au cours des années, la qualité des données de couverture administrative est encore insuffisante dans de nombreux pays. En outre, l'utilisation des données pour prendre des actions correctives au niveau des districts ou des collectivités est encore insatisfaisante. De nouvelles approches du suivi de la vaccination par des identifiants uniques (évoquées dans [l'objectif stratégique 3](#)) peuvent améliorer la qualité des données de couverture vaccinale et faciliter la tenue de registres de vaccination exhaustifs. De nouvelles technologies, dont les dispositifs de communication portables et les téléphones mobiles, peuvent appuyer cet effort et faciliter la mise en commun des données. Disposant de données de plus grande qualité et de nouveaux outils d'analyse de ces données, les administrateurs de programmes sont en mesure, à tous les niveaux administratifs, d'exploiter ces informations pour améliorer les performances de leur programme, allouer des fonds à bon escient et suivre plus efficacement les progrès.

La surveillance des maladies est indispensable pour étayer la prise de décisions concernant l'adoption de nouveaux vaccins et les stratégies d'utilisation de ces vaccins dans le cadre des programmes nationaux. Cette surveillance est également essentielle pour suivre l'impact de la vaccination et les évolutions de l'épidémiologie des maladies, ainsi que pour appuyer un usage durable des vaccins. Il sera également crucial de disposer de données épidémiologiques solides pour comprendre l'efficacité des vaccins et guider l'établissement des priorités pour la communauté de la recherche et du développement, ainsi que pour identifier les domaines où ces activités sont les plus nécessaires ([objectif stratégique 6](#)). La plate-forme de surveillance des maladies doit être renforcée pour améliorer la qualité et le partage des informations. Il s'agira notamment de renforcer les capacités de laboratoire pour la confirmation microbiologique du diagnostic et pour le suivi de la propagation des maladies par des techniques de typage moléculaire.



En de rares occasions, des réactions indésirables sont susceptibles d'affecter la santé des bénéficiaires de la vaccination. Plus fréquemment, des événements sanitaires résultant d'une coïncidence peuvent se produire après la vaccination. Dans les deux cas, il est extrêmement important de détecter et d'analyser rapidement les manifestations postvaccinales graves. Pour aider les pays à revenu faible ou intermédiaire à gérer ces problèmes importants, l'OMS et ses partenaires ont mis au point le plan stratégique Global Vaccine Safety Blueprint. Celui-ci permettra aux pays concernés de disposer au moins d'une capacité minimale pour les activités en rapport avec la sécurité des vaccins ; il participera au renforcement des capacités d'évaluation de la sécurité vaccinale dans les pays qui introduisent des vaccins venant d'être mis au point, qui mettent en place des vaccins dans des contextes présentant des caractéristiques nouvelles ou qui, à la fois, produisent et utilisent des vaccins présélectionnés ; et enfin il mettra en place une structure de base pour la sécurité des vaccins dans le monde. La mise en œuvre des stratégies prévues par le plan Global Vaccine Safety Blueprint pour renforcer les capacités de surveillance de la sécurité vaccinale pendant la Décennie de la vaccination (2011-2020) permettra de garantir que tout individu, partout dans le monde, reçoit les vaccins les plus sûrs possible et que les réticences dans l'utilisation des vaccins ne résultent pas de problèmes de sécurité vaccinale.

S'assurer que tous, quel que soit l'endroit, reçoivent les vaccins les plus sûrs possible et que les problèmes de sécurité ne sont pas un motif d'hésitation dans l'utilisation des vaccins

La complexité grandissante des programmes de vaccination et l'ambition qui caractérise les nouveaux buts se traduisent par une augmentation du nombre d'agents de santé formés nécessaires pour assumer la charge de travail de plus en plus lourde, et notamment d'administrateurs de programme aux niveaux national et infranational et de travailleurs de première ligne qui délivrent les services et interagissent directement avec les collectivités. Les administrateurs de programme doivent disposer de connaissances techniques sur les vaccins et la vaccination, ainsi que de compétences en gestion. Les agents de santé de première ligne, qui administrent non seulement des vaccins, mais également des interventions comprenant des soins de santé primaires et une éducation à la santé, doivent bénéficier d'une formation coordonnée, complète et très pratique, dont le contenu est pertinent et actualisé, avant et pendant l'exercice de leurs fonctions, ainsi que d'une supervision après la formation. Le personnel de santé doit être en mesure non seulement d'expliquer pourquoi la vaccination est importante, mais aussi de prodiguer des conseils nutritionnels aux individus et aux collectivités, de créer un environnement sain et de reconnaître les signes de danger lorsqu'une personne tombe malade. Les programmes de vaccination doivent s'assurer que cette formation et cette supervision bénéficient effectivement aussi aux agents de santé communautaires. Des organisations appartenant à la société civile peuvent contribuer à la formation et à la coordination de ces agents.

Les agents de santé ne peuvent être efficaces que s'ils disposent de fournitures (vaccins, compléments et médicaments) suffisantes lorsqu'ils en ont besoin. Dans de nombreux pays, l'arrivée des nouveaux vaccins a entraîné un dépassement de la capacité du système de chaîne du froid en place. Il faut donc, d'urgence, augmenter la capacité des chaînes d'approvisionnement et des systèmes de gestion des déchets et les rendre plus efficaces et plus fiables. Ces systèmes devront être rationalisés pour maximiser leur efficacité. Il faut aussi prendre en compte et s'efforcer de réduire le plus possible l'impact environnemental de l'énergie, des matériaux et des procédés utilisés pour la vaccination, tant au niveau des pays qu'à l'échelle mondiale. La disponibilité de nouvelles technologies offre des possibilités d'innover non seulement pour améliorer la gestion de la chaîne d'approvisionnement en vaccins, mais aussi pour rechercher de plus grandes synergies avec d'autres secteurs et avec les systèmes d'approvisionnement d'autres interventions sanitaires. Un autre potentiel d'innovation réside dans l'exploitation des enseignements tirés des pratiques et de la gestion des chaînes d'approvisionnement dans le secteur privé. En outre, il convient d'examiner quelles tâches pourraient être externalisées et confiées à des entreprises privées pour parvenir à une plus grande efficacité.



La disponibilité de nouvelles technologies offre des possibilités d'innover non seulement pour améliorer la gestion de la chaîne d'approvisionnement en vaccins



Les agents de santé de première ligne ont besoin d'une formation coordonnée, complète et très pratique, avant et en cours de service

Il est essentiel de s'assurer que les systèmes d'approvisionnement pour la vaccination disposent à tous les niveaux d'un personnel compétent, motivé, autonome et en effectif suffisant. De même, les améliorations apportées aux systèmes d'information sanitaire doivent aussi faciliter la gestion des ressources, en aidant le personnel à s'assurer de la disponibilité permanente de quantités suffisantes de vaccins pour répondre à la demande. La mise en œuvre des efforts pour renforcer les chaînes d'approvisionnement doit bénéficier à la fois aux programmes de vaccination et aux efforts nationaux de plus grande ampleur dans le domaine sanitaire.

La mise au point de stratégies plus solides, plus efficaces et plus globales pour la lutte contre les maladies et la vaccination exigera des ministères de la santé qu'ils jouent un rôle directif dans le renforcement et la coordination des programmes de vaccination et plus largement des systèmes de santé, en faisant appel notamment à des organisations de la société civile, à des universitaires ou à des praticiens privés. Ils pourront recourir au savoir-faire des universitaires pour aider à la mise au point et au déploiement de stratégies et d'outils nouveaux pour la prestation de services. Des organisations appartenant à la société civile peuvent contribuer au développement de programmes intégrés de manière à ce qu'ils soient adaptés aux réalités locales et fassent appel à des ressources humaines provenant des collectivités. Enfin, ces dernières peuvent faire valoir la responsabilité de leur gouvernement en réclamant des services intégrés. Des organisations régionales et mondiales peuvent aussi contribuer à la mise en commun des données et des bonnes pratiques à l'intérieur des pays et entre eux et à garantir l'accès des programmes nationaux à des outils analytiques. Les partenaires au développement peuvent fournir des ressources financières supplémentaires en cas de besoin.

TABLEAU 5. RÉSUMÉ DES MESURES PRÉCONISÉES POUR ATTEINDRE L'OBJECTIF STRATÉGIQUE 4 DES SYSTÈMES DE VACCINATION SOLIDES FONT PARTIE INTÉGRANTE D'UN SYSTÈME DE SANTÉ PERFORMANT



Mettre au point des approches globales et coordonnées

S'ASSURER que les programmes mondiaux de vaccination axés sur la réalisation des buts en matière d'éradication et d'élimination (campagnes contre la poliomyélite et la rougeole, par exemple) sont intégrés aux programmes nationaux de vaccination et n'opèrent pas de manière indépendante.

S'ASSURER que le déploiement des nouveaux vaccins s'accompagne de plans complets pour lutter contre les maladies ciblées.

S'ASSURER de la coordination entre les secteurs public et privé pour l'introduction des nouveaux vaccins, la notification des maladies évitables par la vaccination et l'administration des vaccins, ainsi que de la qualité de la vaccination dans ces deux secteurs.

ENVISAGER l'inclusion de vaccins (selon les priorités nationales) dans les programmes de santé portant sur l'ensemble de l'existence.

Renforcer les systèmes de suivi et de surveillance

AMÉLIORER la qualité de l'ensemble des données administratives concernant la vaccination et promouvoir leur analyse et leur utilisation à tous les niveaux

administratifs pour faire progresser les performances des programmes.

DÉVELOPPER et promouvoir l'usage de nouvelles technologies pour collecter, transmettre et analyser les données relatives à la vaccination.

CONTINUER à renforcer et à développer les systèmes de surveillance des maladies pour qu'ils génèrent des informations servant à la prise de décisions, ainsi qu'au suivi de l'impact de la vaccination sur la morbidité et la mortalité et des évolutions de l'épidémiologie de la maladie.

S'ASSURER de l'existence des capacités pour exercer les activités relevant de la sécurité des vaccins, et notamment de celles permettant la collecte et l'interprétation des données de sécurité, et de la présence de capacités renforcées dans les pays qui introduisent des vaccins venant d'être mis au point.

Renforcer les capacités des administrateurs et des agents en première ligne

S'ASSURER que les programmes de vaccination et les autres programmes de soins de santé primaires disposent de ressources humaines suffisantes pour programmer et délivrer de manière prédictible des services de qualité acceptable.

ACCROÎTRE le niveau des formations dispensées aux agents avant l'entrée en fonction, pendant l'exercice de cette fonction et par la suite, et mettre au point de nouveaux programmes d'enseignement abordant la vaccination comme une composante de la lutte contre les maladies.

PROMOUVOIR une formation et une supervision coordonnées des agents de santé communautaires

Renforcer les infrastructures et la logistique

INNOVER pour améliorer la capacité de la chaîne du froid et la logistique, ainsi que la gestion des déchets.

LIMITER le plus possible l'impact environnemental de l'énergie, des matériaux et des procédés utilisés par les systèmes d'approvisionnement des services de vaccination, à la fois dans les pays et à l'échelle mondiale.

DOTER les systèmes d'approvisionnement d'un personnel compétent, motivé, autonome et en effectif suffisant à tous les niveaux.

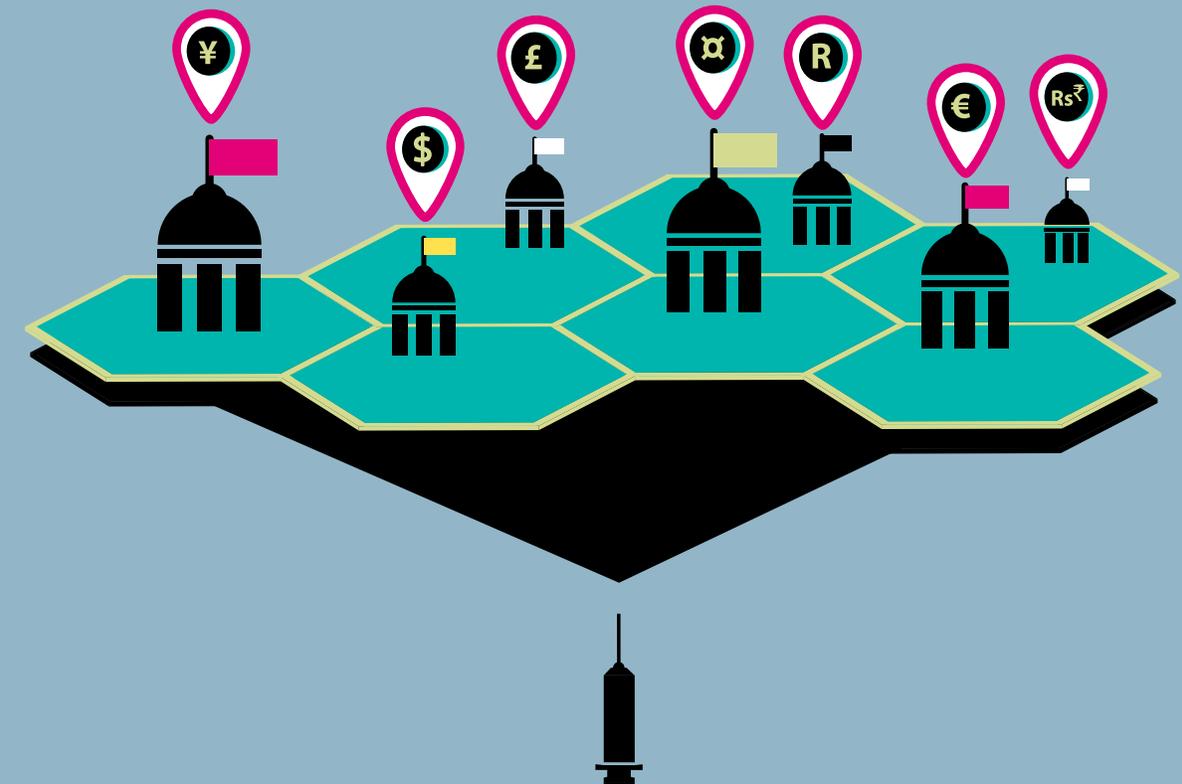
Objectif stratégique

5

Les programmes de vaccination disposent d'un accès durable à un financement prévisible, à un approvisionnement de qualité et à des technologies innovantes.

Pour réaliser les buts de la Décennie de la vaccination (2011-2020), des mesures doivent être prises à la fois dans les pays et à l'échelle mondiale pour accroître le montant total des fonds mis à disposition par les pays et les partenaires au développement pour la vaccination. Les pays doivent s'assurer de la pérennité financière des programmes de vaccination nationaux par une évaluation régulière de leurs besoins en ressources ; une délivrance efficace des services ; la disponibilité de fonds suffisants au niveau national ; et la mobilisation de ressources complémentaires auprès des partenaires au développement pour combler une éventuelle lacune de financement. Les gouvernements doivent aussi étudier des mécanismes de financement de la santé et de la vaccination innovants et pouvant se substituer aux mécanismes actuels. Certains pays ont mis en place des fonds fiduciaires ou font appel, entre autres stratégies, à des revenus fiscaux dédiés. En outre, il importe de ne pas suivre seulement les budgets, mais aussi les dépenses. Les gouvernements peuvent améliorer l'accès aux vaccins et prévenir les pénuries de vaccins, de matériel de vaccination ou d'agents de santé en s'assurant que les fonds budgétés sont déboursés en continu et en temps utile pour répondre aux besoins des programmes.

Bien que le financement des services de vaccination soit avant tout une responsabilité centrale des gouvernements, les partenaires au développement doivent soutenir les stratégies nationales par un financement à plus long terme et plus prévisible et explorer la génération suivante de mécanismes de financement innovants. L'accent doit être mis sur les obligations redditionnelles mutuelles entre les pays et leurs partenaires dans le développement concernant le financement de la vaccination. L'une des approches possibles consiste à réaliser un suivi annuel



Des mesures doivent être prises tant au sein des pays qu'à l'échelle mondiale pour augmenter le montant total des fonds disponibles pour la vaccination



L'un des moteurs extrêmement important, mais souvent négligé, de toutes ces interventions est l'assurance de la qualité des vaccins

des fonds alloués à la vaccination par les partenaires et les gouvernements. Pour les pays, comme pour les partenaires au développement, le plaidoyer reposant sur des éléments factuels et les efforts politiques doivent se focaliser sur l'obtention d'un engagement renouvelé à respecter les engagements financiers antérieurs.

Il est également nécessaire d'améliorer l'affectation et la durabilité des financements, ainsi que les obligations redditionnelles associées. La coordination des soutiens financiers apportés par les partenaires au développement et d'autres sources externes en vue de cibler les priorités budgétaires des pays garantira que les fonds répondent aux besoins les plus pressants de ces derniers. Les stratégies d'affectation des ressources doivent être revues périodiquement pour confirmer qu'elles atteignent les buts fixés, par exemple ceux portant sur l'éradication et l'élimination des maladies, aussi rapidement et aussi efficacement que possible. Des boucles de rétroaction doivent être mises en place pour améliorer la durabilité, les résultats et l'impact des programmes. Parmi les méthodologies à explorer figurent les systèmes de financement lié au résultat. Néanmoins, les mérites de ces schémas doivent être mis en balance avec l'importance d'un financement prédictible, le risque de créer des incitations perverses et la nécessité pour mettre en œuvre ces schémas de disposer de données de grande qualité. De tels systèmes impliqueraient de lier la distribution des fonds internationaux, nationaux et locaux à des mesures spécifiques de performances et de s'appuyer sur les mesures obtenues pour promouvoir l'amélioration des programmes.

Il faudrait disposer de mécanismes de fixation des prix et d'achats innovants pour alléger la pression financière et soutenir le développement des vaccins nouveaux et existants et le passage à l'échelle supérieure de leur production. Ces innovations seront particulièrement importantes pour les pays à revenu intermédiaire inférieur qui n'ont pas accès aux mécanismes de fixation des prix et d'achats de l'OPS, de l'UNICEF et de l'Alliance GAVI. Les mécanismes à étudier sont notamment la fixation de prix différentiels selon des nouvelles approches passant par la détermination des prix par un tiers, la négociation groupée ou des méthodes d'achats destinées aux pays à revenu intermédiaire inférieur. Des modèles d'achats groupés existent actuellement pour les vaccins et les produits pharmaceutiques. À titre d'exemple, on peut citer les achats groupés par le fonds de roulement de l'OPS et les mécanismes de crédit à court terme. Ces modèles et d'autres pourraient être évalués et modifiés pour mieux s'adapter aux besoins des pays à revenu intermédiaire inférieur et aux marchés des différents vaccins.

L'apport d'un financement durable à long terme a un effet incitatif sur les fabricants, ce qui améliore la sécurité des approvisionnements. Par ailleurs, des interventions sont aussi nécessaires du côté de l'offre. Une proportion croissante des vaccins abordables utilisés pour vacciner la population mondiale sont fabriqués dans des pays à revenu faible ou intermédiaire. Dans la décennie à venir, ces pays devront non seulement garantir la qualité, l'innocuité et l'efficacité des vaccins utilisés sur leur territoire, mais auront aussi des obligations grandissantes, au niveau mondial, concernant la protection et l'amélioration de la sécurité de l'entreprise de vaccination à l'échelle de la planète. Les interventions potentielles du côté de l'offre pour garantir la qualité, l'innocuité et l'efficacité des vaccins comprennent l'identification et la diffusion des meilleures pratiques de fabrication et de contrôle de la qualité, l'investissement dans les capacités de recherche et développement et la mise en place de transferts de technologie et d'accords de développement solidaire.

L'un des moteurs extrêmement important, mais souvent négligé, de toutes ces interventions est l'assurance de la qualité des vaccins. Une assurance de la qualité satisfaisante repose essentiellement sur une normalisation efficace, qui garantit la possibilité de produire chaque produit vaccinal de manière invariable et permet à un grand nombre de fabricants de fournir des produits similaires et de qualité identique. Des processus normatifs pour obtenir des normes harmonisées au niveau mondial s'appliquant aux vaccins existent déjà, et parmi eux figurent les étalons biologiques internationaux, mais des interventions sont nécessaires pour renforcer la normalisation mondiale.



En outre, chaque pays doit développer des capacités pour surveiller et garantir l'usage sans risque des vaccins, conformément à la stratégie définie par l'initiative Global Vaccine Safety Blueprint de l'OMS (comme indiqué dans la discussion suivant la définition de l'objectif stratégique 4). Des mesures doivent aussi être prises pour renforcer les systèmes de réglementation nationaux et élaborer des réglementations harmonisées au plan mondial afin que l'on puisse gérer efficacement et en temps utile la demande croissante en examens réglementaires. Cette question n'intéresse pas que les pays à revenu faible ou intermédiaire participant à un transfert de technologie, mais aussi les autorités de réglementation des pays à revenu élevé où le savoir-faire et les ressources doivent être maintenus. Ces interventions du côté de l'offre doivent s'appuyer sur de solides études de rentabilité menées par les pays pour s'assurer de l'impact de ces investissements conséquents et à long terme.

Pour évoluer vers un financement durable, il faudra que les gouvernements et les partenaires au développement s'engagent à apporter davantage de ressources et à améliorer l'efficacité des programmes, tout comme doivent le faire d'autres pays accédant au rang de partenaire au développement. De même, un approvisionnement durable nécessitera une implication plurisectorielle de la part des gouvernements (par exemple des secteurs des sciences et des technologies, du commerce, de l'industrie et de la santé) pour créer un environnement aidant les fournisseurs à renforcer leurs capacités. Les économies émergentes ont un rôle particulièrement important à jouer dans les deux cas, compte tenu de leur fort taux de croissance économique et du rapide développement de la base d'approvisionnement dans ces pays.

Pour une plus grande harmonisation, les activités actuellement exercées par la Division des approvisionnements de l'UNICEF et l'Alliance GAVI pour améliorer la communication et la coordination entre les pays, les fabricants de vaccins et les organisations du secteur public doivent être davantage développées. Les pays ont besoin d'un forum leur permettant de communiquer clairement la demande attendue en nouveaux vaccins et de fournir des conseils sur les profils recommandés pour les produits. Cette information de première main devrait permettre aux fournisseurs de prendre des décisions mieux informées en matière de développement des produits et de planification des capacités, d'où une diminution des risques liés à la mise au point et à la distribution des produits. Elle devrait aussi aider les partenaires au développement et d'autres organisations du secteur public à élaborer des stratégies et des plans d'aide plus défendables et plus fiables. Ce forum pourrait en outre servir aux fournisseurs à communiquer avec exactitude les gammes actuelles et futures de prix et de volumes d'approvisionnement à l'intention des pays et, aux pays à partager des informations et des expériences concernant les achats de vaccins.



TABLEAU 6. RÉSUMÉ DES MESURES PRÉCONISÉES POUR ATTEINDRE L'OBJECTIF STRATÉGIQUE 5
LES PROGRAMMES DE VACCINATION DISPOSENT D'UN ACCÈS DURABLE À UN FINANCEMENT À LONG TERME ET À UN APPROVISIONNEMENT DE QUALITÉ

Accroître le montant total du financement

OBTENIR que les gouvernements s'engagent à investir dans la vaccination en fonction de leur capacité de paiement et des bénéfices attendus.

FAIRE appel à de nouveaux partenaires au plan national et pour le développement et diversifier les sources de financement.

DÉVELOPPER la nouvelle génération de mécanismes financiers innovants.

Améliorer l'accessibilité économique pour les pays à revenu intermédiaire

ÉTUDIER les stratégies de fixation de prix différentiels afin de définir des critères explicites pour la détermination des prix par un tiers et les tarifs à proposer à l'heure actuelle et dans l'avenir aux pays à revenu intermédiaire inférieur ou intermédiaire.

ÉTUDIER des mécanismes de négociation ou d'achats groupés à l'intention des pays à revenu intermédiaire inférieur ou intermédiaire.

Améliorer l'allocation des financements dans les pays à revenu faible ou intermédiaire

RENFORCER la budgétisation et la gestion financière au plan national pour mieux intégrer la planification financière et la planification des soins de santé, ainsi que la fixation des priorités.

COORDONNER le soutien financier apporté par les partenaires au développement et d'autres sources externes.

ÉVALUER et améliorer les mécanismes de soutien financier sur la base de leur efficacité pour atteindre les buts concernant des maladies.

FAIRE reposer le financement sur des règles de transparence et d'objectivité pour garantir la pérennité des programmes.

PROMOUVOIR l'utilisation d'arguments portant sur les coûts ou le rapport coût/bénéfice dans la levée de fonds, la prise de décisions et la défense du financement de la vaccination.

ÉTUDIER des systèmes de financement lié au résultat.

Assurer un approvisionnement de qualité

METTRE sur pied et soutenir des réseaux d'autorités de réglementation et de fournisseurs visant à diffuser les meilleures pratiques et à améliorer les capacités en matière d'assurance et de contrôle de la qualité.

METTRE au point des outils pour renforcer la normalisation à l'échelle mondiale de la fabrication et les procédures réglementaires.

RENFORCER les systèmes nationaux de réglementation et élaborer des réglementations harmonisées au niveau mondial.

FOURNIR un forum permettant aux pays de faire connaître leur demande attendue en vaccins et en technologies et prodiguer des conseils aux fabricants sur les profils souhaités pour les produits.

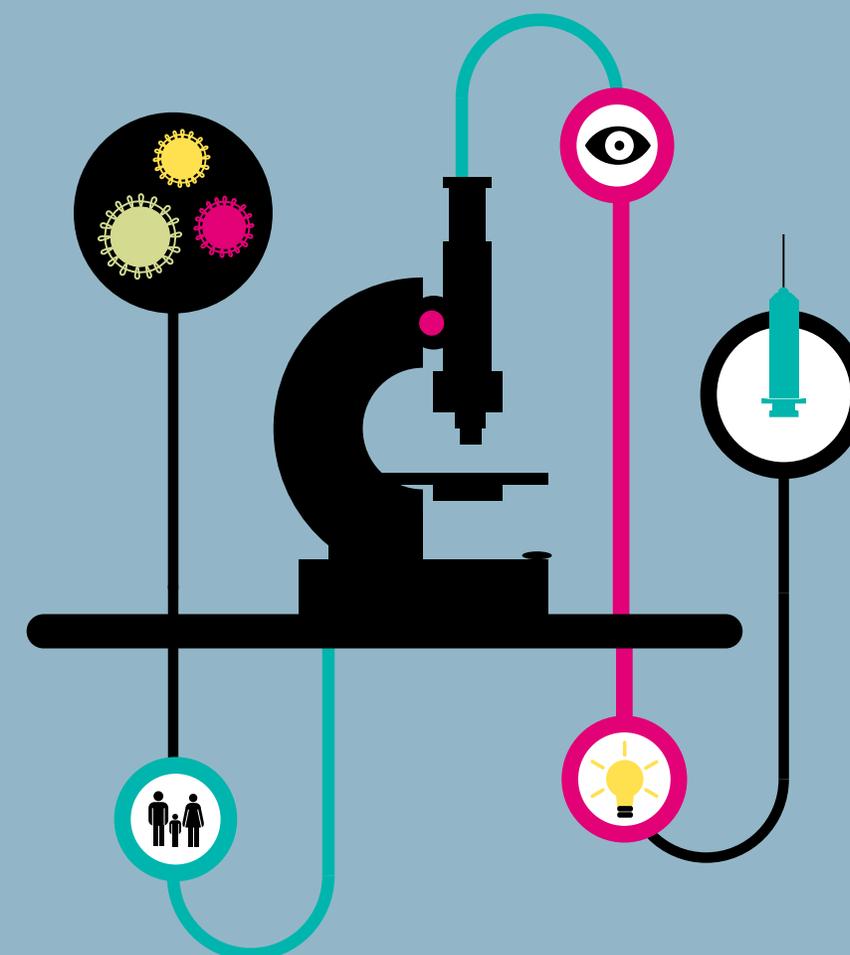
Objectif stratégique

6

Les innovations apportées par les activités de recherche-développement aux niveaux national, régional et mondial maximisent les bénéfices de la vaccination.

Au cours de la décennie à venir, des efforts de recherche et développement ciblés et innovants seront nécessaires pour découvrir et développer de nouveaux vaccins et pour les administrer. Ces efforts de recherche et développement innovants conduiront à : 1) identifier les mécanismes de protection et de pathogenèse ; 2) trouver de nouvelles cibles antigéniques bien définies pour la mise au point de nouveaux vaccins ; 3) développer des technologies de traitement biologique, de formulation, de fabrication et d'administration pour les vaccins nouveaux et améliorés ; et 4) générer des données relatives à la charge de morbidité et au rapport coût/efficacité pour la prise de décisions au niveau national.

L'OMS a mené une étude détaillée sur le classement par priorités des maladies et l'Institut de Médecine des États-Unis d'Amérique a entrepris de développer un modèle destiné à aider les décideurs à affecter des priorités aux vaccins préventifs en fonction de critères sanitaires, économiques, démographiques, programmatiques et sociaux, et des possibilités scientifiques, techniques et commerciales. Dans le cadre de la Décennie de la vaccination, il n'a pas été entrepris d'exercice collectif de classement par priorités des vaccins ou des maladies. En plus des efforts susmentionnés, on trouvera ci-après la présentation d'une gamme de besoins en matière de recherche-développement, allant de la découverte, à la mise au point et à l'administration des vaccins, dans lesquels les parties prenantes peuvent choisir d'investir en fonction de leurs propres priorités et de la perception qu'elles ont du retour sur investissement qu'elles obtiendront.



Des recherches sont nécessaires pour accélérer le développement, les homologations et l'adoption des vaccins qui sont actuellement en phase précoce de développement



Des scientifiques appartenant à des disciplines jusqu'à présent non impliquées dans la recherche vaccinale devront être recrutés

Parmi l'ensemble des activités de recherche et développement, un renforcement des engagements et une consultation plus poussée des utilisateurs finaux sont nécessaires pour garantir que les technologies et les innovations reçoivent des priorités en fonction de la demande qu'elles suscitent et de leur valeur ajoutée réelles. De nouvelles dispositions devront aussi être prises pour faciliter le transfert de technologie, l'accès aux informations associées et le partage de celles-ci, tout en reconnaissant et en respectant les droits de propriété intellectuelle. Pour appuyer ce travail et optimiser son efficacité, des scientifiques appartenant à des disciplines jusqu'à présent non impliquées dans la recherche vaccinale (biologie des systèmes, nanotechnologies, biologie structurale et métabolomique) devront être recrutés. Des ingénieurs chimistes et mécaniciens, des chimistes et des spécialistes des technologies de l'information auront aussi un rôle essentiel à jouer dans cet effort.

En outre, il est nécessaire, dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, de renforcer les capacités et de développer les ressources humaines pour réaliser les travaux de recherche et développement, et notamment trouver les meilleurs moyens pour mener la recherche opérationnelle et évaluer les programmes de vaccination. Les activités de recherche et développement sont exercées dans des établissements d'excellence, implantés dans de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire. Ces capacités produisent des données indigènes et favorisent la collaboration bilatérale et multilatérale dans les domaines des sciences fondamentales et du développement des vaccins. Il est possible de renforcer encore davantage les capacités par des formations et des échanges entre pairs entre les pays.

Un réseautage plus poussé des centres de recherche (de la découverte aux essais cliniques) facilitera les échanges d'idées et la constitution efficace de partenariats entre les établissements des pays à revenu faible, intermédiaire ou élevé.

La découverte et la recherche fondamentale poseront les bases de l'impact qui s'exercera au cours des futures décennies. Des recherches à l'interface entre l'hôte et les agents pathogènes sont nécessaires au développement de nouveaux vaccins. La progression des connaissances sur les réponses immunitaires innées et adaptatives permettra une conception plus rationnelle des vaccins. Grâce à une meilleure compréhension des caractéristiques immunologiques et moléculaires des microbes par la biologie des systèmes, il sera possible d'identifier de nouvelles cibles antigéniques pour la mise au point des vaccins et des moyens efficaces pour prédire les réponses immunitaires protectrices et les mécanismes de protection. Des études appropriées sur la génétique de l'hôte et les marqueurs biologiques contribueront à la compréhension de la variabilité des réponses aux vaccins parmi les populations humaines ou de la susceptibilité aux manifestations indésirables.

Pour la mise au point de technologies vaccinales et de vaccins nouveaux ou améliorés, la communauté de la recherche et du développement tirera profit de l'adoption des bonnes pratiques en matière de gestion de portefeuille et de partenariat, et notamment de l'identification d'indicateurs précoces de succès et d'échec pour informer les décisions d'investissements sur la base des étapes clés. La communauté devra également envisager de nouvelles approches pour garantir que les vaccins candidats prometteurs puissent passer de la découverte au développement, en particulier lorsque les incitations du marché sont insuffisantes. Cette considération est particulièrement importante pour les vaccins destinés à prévenir des maladies négligées.



Les mécanismes d'administration sans seringue ainsi que des vaccins thermostables sont des domaines de recherche prioritaires

Des efforts de recherche sont nécessaires pour accélérer la mise au point, l'autorisation et l'utilisation des vaccins actuellement à un stade précoce du développement, et notamment la mise au point de technologies permettant une fabrication plus efficace et moins onéreuse des vaccins. Un plus grand accès à la technologie et au savoir-faire pour les adjuvants et leur formulation dans les vaccins est nécessaire pour réaliser des progrès dans le développement de nouveaux vaccins plus efficaces. La mise au point de mécanismes d'administration sans seringue et d'un conditionnement s'adaptant au mieux aux besoins et aux contraintes des pays ainsi que l'obtention de vaccins stables à la chaleur et de nouvelles technologies de biotraitement et de fabrication sont des domaines de recherche prioritaires pour accélérer le développement des vaccins de la génération suivante, plus efficaces, moins onéreux et plus faciles à fabriquer et à administrer.

De surcroît, l'élaboration et le suivi dynamique d'un agenda mondial dans le domaine des sciences de la réglementation amélioreront l'efficacité de la fabrication et permettront d'obtenir des

produits mieux caractérisés, d'améliorer la conception des essais cliniques et de respecter les critères les plus exigeants en matière d'innocuité et d'efficacité des vaccins. Un défi considérable reste à surmonter pour comprendre les effets indésirables et trouver des moyens de les éviter, sans compromettre l'efficacité connue du produit existant – et sans subir les coûts de développement, d'essai et d'enregistrement d'un nouveau produit. Dans ces conditions, la recherche sur des modèles animaux et des systèmes in vitro, qui prédisent mieux l'innocuité et l'efficacité, pourrait abréger le temps nécessaire pour développer des vaccins sûrs et efficaces et les rendre disponibles pour les collectivités. Connaître les liens entre protection et innocuité aidera grandement à mener ces produits de deuxième génération jusqu'à l'autorisation et à l'utilisation.

S'agissant de la délivrance des vaccins, les priorités pour améliorer l'efficacité des programmes et pour accroître la couverture vaccinale et l'impact des vaccins devraient comprendre des recherches sur l'utilisation d'informations efficaces grâce aux technologies de communication modernes et dans le domaine social pour comprendre les déterminants culturels, économiques et organisationnels de la vaccination. L'analyse en termes d'économie de la santé guidera l'introduction et le classement par priorités des vaccins, ce qui rendra nécessaires des études épidémiologiques, immunologiques et opérationnelles représentatives, et des études d'impact des vaccins seront donc nécessaires.

Il faudra également mener des travaux de recherche opérationnelle sur les approches de délivrance des vaccins les plus efficaces afin de surmonter les difficultés que pose la vaccination tout au long de l'existence (enfants, adolescents, femmes enceintes, personnes âgées, entre autres) et la vaccination dans les situations d'urgence ou de flambée épidémique. Des recherches sur les possibilités d'interférence immunologique et sur l'optimisation des calendriers d'administration deviendront nécessaires à mesure que des nouveaux vaccins seront introduits dans les programmes de vaccination systématique et que la vaccination sera étendue au-delà de la première année de vie. Dans le cas de populations particulières, comme les femmes enceintes, la confirmation de l'innocuité sera particulièrement importante. Il faut en outre réaliser des recherches pour développer des biomarqueurs permettant de valider les estimations de couverture vaccinale et de mieux mesurer les profils d'immunité au niveau des populations. De plus, les recherches visant la mise au point d'outils diagnostiques pour établir l'étiologie, utilisables sur le terrain et peu onéreux, et en plus adaptés à l'utilisation au point de soins dans les pays à faible revenu, contribueront utilement à l'amélioration de la qualité de la surveillance.



Il faudra également mener des travaux de recherche opérationnelle sur les approches de délivrance des vaccins les plus efficaces afin de surmonter les difficultés que pose la vaccination tout au long de l'existence



On trouvera ci-après la présentation d'une gamme de besoins en matière de recherche-développement, allant de la découverte, à la mise au point et à l'administration des vaccins

Une action concertée de la communauté des chercheurs, des fabricants, des professionnels de santé, des administrateurs de programme, des groupes consultatifs techniques nationaux sur la vaccination, des organismes de réglementation en matière de vaccination et des partenaires au développement sera nécessaire pour exploiter pleinement les possibilités de la recherche et du développement au cours de la prochaine décennie. Ces groupes devront s'accorder sur des méthodes et des arguments pour affecter des priorités et des ressources rares, en s'efforçant de maintenir un équilibre entre les choix privilégiés par les pays et la nécessité que les efforts de recherche et les marchés développés soient à grande échelle pour soutenir le développement et la commercialisation. Les professionnels de santé, les administrateurs de programme, les autorités de réglementation dans le domaine des vaccins et les groupes consultatifs techniques nationaux sur la vaccination peuvent aider à identifier les domaines dans lesquels des innovations seraient possibles et évaluer la demande et la valeur ajoutée réelles pour ces innovations. Les partenaires au développement peuvent contribuer à promouvoir une affectation judicieuse de certaines ressources pour la R-D, en fonction des priorités convenues. La communauté des chercheurs et les fabricants auront une responsabilité de premier plan dans la promotion de l'innovation et l'exécution du programme de recherche précédemment défini.

TABLEAU 7. RÉSUMÉ DES MESURES PRÉCONISÉES POUR ATTEINDRE L'OBJECTIF STRATÉGIQUE 6
LES INNOVATIONS APPORTÉES PAR LES ACTIVITÉS DE R-D AUX NIVEAUX NATIONAL, RÉGIONAL ET MONDIAL MAXIMISENT LES BÉNÉFICES DE LA VACCINATION



Développer les capacités et renforcer l'engagement auprès des utilisateurs finaux

S'ENGAGER auprès des utilisateurs finaux à classer par ordre de priorité les vaccins et les innovations en fonction de la demande et de la valeur ajoutée perçues.

METTRE en place des plates-formes pour l'échange d'informations sur la recherche dans le domaine des vaccins et pour le développement d'un consensus.

RENFORCER davantage les capacités et les moyens humains dans les pays à revenu faible ou intermédiaire pour mener les activités de R-D et de recherche opérationnelle.

DÉVELOPPER le réseautage entre les centres de recherche pour constituer efficacement des partenariats entre les établissements des pays à revenu faible, intermédiaire et élevé.

PROMOUVOIR la collaboration entre les scientifiques appartenant à des disciplines traditionnellement impliquées dans la recherche sur les vaccins et les spécialistes de disciplines qui ne l'étaient pas auparavant.

Permettre la mise au point de nouveaux vaccins

MENER des recherches sur les aspects fondamentaux des réponses immunitaires innées et adaptatives, en particulier chez les humains.

ÉTUDIER les caractéristiques immunologiques et moléculaires des microbes.

AMÉLIORER la compréhension de l'ampleur et des causes de la variabilité des réponses au vaccin chez les agents pathogènes et parmi la population humaine.

Accélération du développement, de l'autorisation et de l'utilisation des vaccins

PROMOUVOIR un accès plus large à la technologie, au savoir-faire et à la propriété intellectuelle concernant les adjuvants et leur formulation dans les vaccins.

METTRE au point des mécanismes d'administration sans seringue des vaccins, ainsi qu'un conditionnement répondant au mieux aux besoins et aux contraintes des programmes nationaux.

DÉVELOPPER des vaccins antirotavirus et antirougeoleux stables à la chaleur.

METTRE au point de nouvelles technologies de biotraitement et de fabrication.

ÉLABORER un agenda mondial pour la recherche en sciences de la réglementation.

ADOPTER les meilleures pratiques dans la gestion des portefeuilles et des partenariats de R-D.

Améliorer l'efficacité des programmes et accroître la couverture et l'impact vaccinaux

CHERCHER à faire un usage plus efficace de l'information grâce aux technologies de communication modernes.

MENER des études et des enquêtes épidémiologiques, immunologiques, sociales et opérationnelles représentatives sur l'impact des vaccins afin de guider l'analyse en termes d'économie de la santé.

RÉALISER des travaux de recherche opérationnelle sur l'amélioration des stratégies d'administration tout au long de l'existence et sur la vaccination dans le cadre des urgences humanitaires, des États dits fragiles et des pays en situation de conflit ou sortant d'une telle situation.

EFFECTUER des recherches sur les possibilités d'interférence et les calendriers d'administration optimaux.

MENER des recherches pour développer des outils diagnostiques améliorés destinés à la surveillance dans les pays à faible revenu.

Retours sur Investissement dans le Plan Sanitaire de la Vaccination

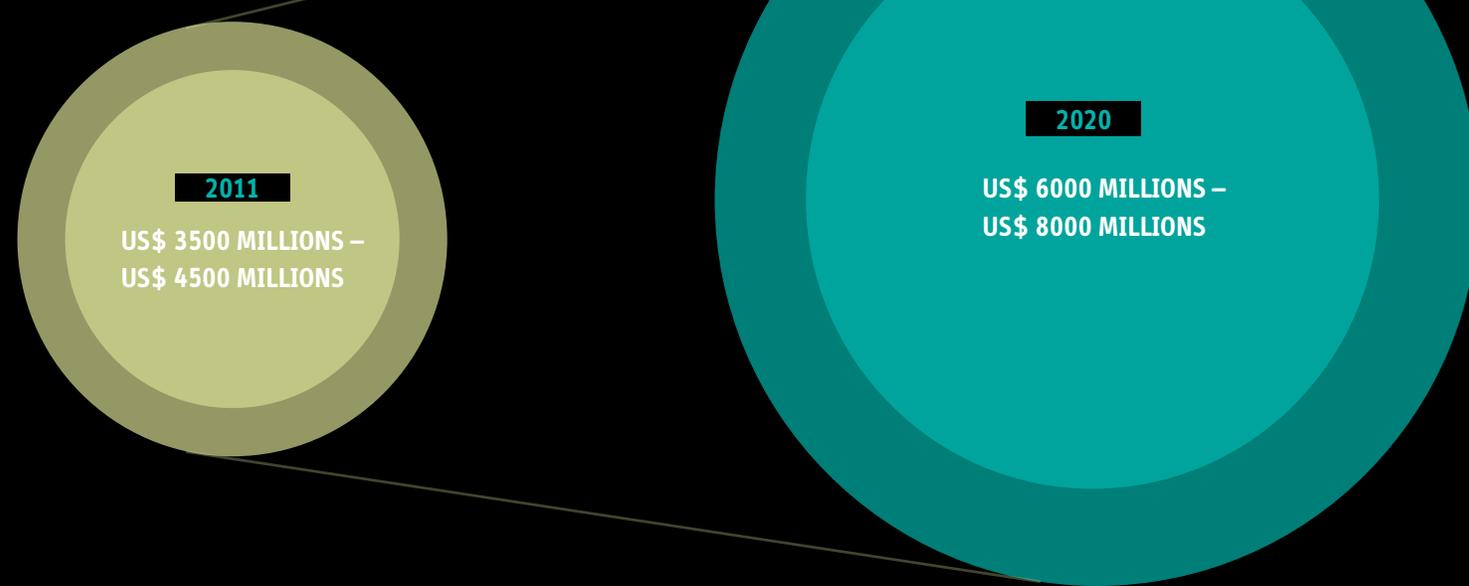
Le plan d'action mondial pour les vaccins a exposé un ensemble de buts ambitieux et d'objectifs stratégiques pour la décennie à venir dans la perspective d'étendre l'impact et la portée de la vaccination dans le monde. En élargissant la couverture par les vaccins existants, en introduisant de nouveaux vaccins et en poursuivant l'élimination et l'éradication de certaines maladies, il sera possible d'éviter des millions de décès et de générer un bénéfice économique représentant des milliards de dollars.



L'investissement de l'ensemble des parties prenantes permettra de produire un impact important sur la santé et l'économie



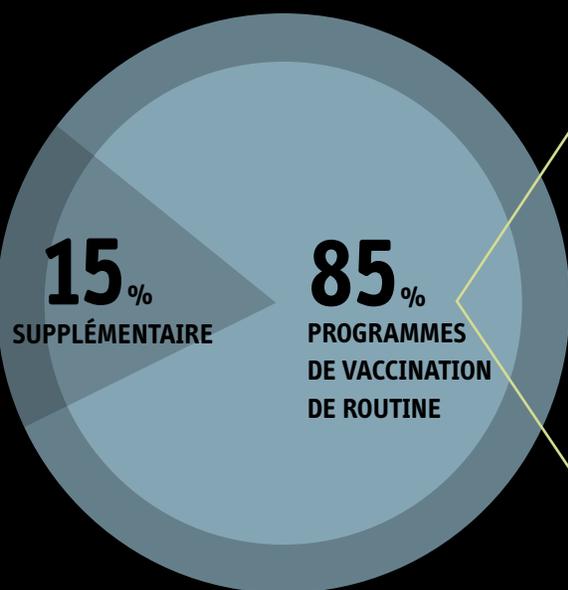
PROJECTION DU COÛT POUR ATTEINDRE LES OBJECTIFS D'ÉLIMINATION ET D'ÉRADICATION DANS 94 PAYS DU MONDE À REVENUS FAIBLES ET INTERMÉDIAIRES INFÉRIEURS



COÛTS CUMULATIFS AU COURS DE LA DÉCENNIE (2011-2020)

US\$ 50 000 MILLIONS – US\$ 60 000 MILLIONS

ACTIVITÉS DE VACCINATION SUPPLÉMENTAIRES pour le contrôle et l'éradication accélérés de la maladie et les efforts d'élimination au cours de la décennie



EXEMPLES DE COUVERTURE

2011 2020

COUVERTURE DU VACCIN CONTRE LE PNEUMOCOQUE



VACCIN PENTAVALENT



JUSQU'À CINQ VACCINS SUPPLÉMENTAIRES



D'après les projections, les coûts à supporter pour maintenir et faire passer à l'échelle supérieure les programmes de vaccination actuels, introduire des vaccins nouveaux ou sous-utilisés et mener des activités de vaccination supplémentaires pour atteindre les objectifs en matière d'élimination et d'éradication dans les 94 pays à revenu faible ou intermédiaire inférieur, passeront d'un montant compris entre US \$3,5 milliards et US \$4,5 milliards en 2011 à un montant situé entre US \$6 milliards et US \$8 milliards en 2020, ce qui représente, en cumul sur la décennie (de 2011 à 2020), un coût de US \$50 milliards à US \$60 milliards environ. Toutes les estimations suivantes s'appliquent aux 94 pays mentionnés.⁹

Sur l'ensemble de ces coûts, on estime qu'environ US \$42 milliards à US \$51 milliards (soit approximativement 85 % du total) sont destinés à appuyer l'élargissement de la couverture par la vaccination systématique et l'introduction de vaccins supplémentaires dans les programmes de vaccination systématique.¹⁰ Par exemple, la couverture par le vaccin antipneumococcique pour la cohorte de naissance de ces 94 pays passera de 8 % en 2011 à environ 90 % d'ici à 2020. De même, la couverture par le vaccin pentavalent (DTC + hépatite B + Hib) devrait augmenter de 50 % en 2011 à plus de 90 % en 2020. Pour prendre un autre exemple, il est prévu que jusqu'à cinq vaccins supplémentaires, actuellement non autorisés ou non utilisés à grande échelle dans les pays à revenu faible ou intermédiaire inférieur, soient introduits dans nombre des pays couverts par l'analyse au cours de la décennie à venir : il s'agit des vaccins contre le choléra, la dengue et le paludisme ainsi que du vaccin antipoliomyélique inactivé et du vaccin conjugué contre la typhoïde. Les programmes de délivrance des vaccins devront être renforcés pour s'assurer qu'ils répondent aux besoins actuels, qu'ils seront convenablement maintenus pendant la décennie, qu'ils ont une capacité suffisante pour intégrer les vaccins supplémentaires qu'il est prévu d'intégrer et qu'ils facilitent la réalisation des aspirations en matière de couverture vaccinale dans les pays à revenu faible ou intermédiaire inférieur. En conséquence, les coûts annuels de la vaccination systématique augmenteront d'environ US \$2,5 milliards en 2011 à US \$7,5 milliards en 2020.

Les 15 % restants, soit un chiffre estimatif cumulé entre US \$8 milliards et US \$9 milliards, seront consacrés aux activités de vaccination supplémentaires participant à la lutte accélérée contre les maladies et aux efforts d'éradication et d'élimination sur l'ensemble de la décennie, qui compléteront les programmes de vaccination systématique. Cette analyse suppose que les efforts concernés porteront principalement sur la rougeole, la méningite à méningocoques A, la poliomyélite, la rubéole, le tétanos et la fièvre jaune.

24-26
millions de décès futurs
pourraient être évités

⁹ Les pays couverts par l'analyse des coûts comprennent les 92 pays à revenu faible ou intermédiaire inférieur selon la classification de la Banque mondiale de juillet 2011 (disponible à l'adresse : <http://www.icsoffice.org/Documents/DocumentsDownload.aspx?Documentid=474>, consulté le 11 avril 2012), ainsi que 2 pays à revenu intermédiaire-supérieur (Azerbaïdjan et Cuba) qui reçoivent l'aide de l'Alliance GAVI pour les vaccins existants, mais se sont affranchis de cette aide pour les futurs vaccins.

Les coûts présentés plus haut pour les activités de vaccination systématiques et supplémentaires couvrent les coûts projetés d'acquisition des vaccins et du matériel d'injection et ceux de délivrance de ces vaccins et des fournitures, y compris les logistiques de transport et de chaîne du froid, les ressources humaines, la formation, la mobilisation sociale, la surveillance et la gestion des programmes. Ils n'incluent pas les coûts supplémentaires ou les gains d'efficacité pouvant résulter des mesures préconisées par le plan d'action mondial pour les vaccins dans les cas où l'on ne dispose pas d'éléments suffisants pour calculer maintenant ces montants. Plus spécifiquement, ils ne couvrent pas les coûts supplémentaires du passage à l'échelle supérieure pour la vaccination contre la grippe saisonnière ou les moyens complémentaires nécessaires pour accroître la surveillance et l'engagement de la société civile, ainsi que l'aide technique actuelle et supplémentaire des agences pour la mise en œuvre du plan d'action mondial pour les vaccins. Néanmoins, ces coûts représentent quand même la majorité des dépenses nécessaires à la réalisation des objectifs stratégiques de la Décennie de la vaccination (2011-2020).

Les gouvernements des pays à revenu faible ou intermédiaire inférieur vont continuer à jouer un rôle essentiel dans la couverture des besoins en ressources. En supposant que le financement national de la vaccination augmente en parallèle avec l'évolution projetée du PIB et que tous les pays susceptibles de bénéficier de l'aide de l'Alliance GAVI remplissent entièrement les conditions de cofinancement, on estime que les fonds apportés par les gouvernements nationaux pour la vaccination systématique et les activités de vaccination supplémentaires pourraient atteindre au total US \$20 milliards environ sur la décennie. Par ailleurs, si l'Alliance GAVI renouvelle son financement au niveau actuel sur la période 2016-2020, elle apportera des fonds supplémentaires à hauteur de US \$12 milliards selon les estimations pour la même période, soit environ US \$11 milliards pour les programmes de vaccination systématique et US \$1 milliard pour les programmes comprenant des activités de vaccination supplémentaires. Sur la base de ces hypothèses, les gouvernements nationaux et l'Alliance GAVI pourraient fournir collectivement un financement total d'approximativement US \$32 milliards pour la décennie. Il convient de considérer ces estimations comme le financement minimum disponible pour cette période, car elles n'englobent pas les contributions des partenaires au développement au-delà des aides fournies par le biais de GAVI (en raison des incertitudes considérables sur les niveaux futurs du financement apporté par les partenaires au développement).

Si l'Alliance GAVI renouvelle son financement au niveau actuel sur la période 2016-2020, elle apportera des fonds supplémentaires à hauteur de US \$12 milliards selon les estimations pour la même période

11 000 millions	1 000 millions
de programmes de vaccination de routine	d'activités de vaccination supplémentaires



L'obtention du financement supplémentaire, dont le montant estimé se situe entre US \$18 milliards et US \$28 milliards, exigera l'implication de toutes les parties prenantes : les gouvernements, pour continuer à faire de la vaccination une priorité dans les décisions d'allocation des ressources ; les partenaires au développement, pour maintenir et renforcer l'accès au financement de la vaccination malgré des priorités concurrentes ; et la collectivité dans son ensemble, pour poursuivre les efforts visant à réduire les coûts d'acquisition des vaccins et de délivrance des services de vaccination.

L'investissement apporté par l'ensemble des parties prenantes produira un impact sanitaire et économique important. Les efforts pour maintenir ou étendre la couverture par les vaccins existants et ceux pour introduire de nouveaux vaccins, s'ils sont entrepris ensemble, ont le pouvoir d'éviter des millions de décès et des centaines de millions de cas de maladie, tout en générant un impact économique positif qui se chiffre en milliards de dollars sur la décennie.

Pour illustrer l'impact que peut avoir la vaccination, une sous-analyse sur 10 vaccins, délivrés pendant la décennie¹¹ et entraînant un coût estimé de US \$42 milliards sur les US \$50 milliards à US \$60 milliards représentant le coût de la vaccination pour la décennie, montre que ces vaccins pourraient au total dans l'avenir éviter entre 24 et 26 millions de décès (Tableau 8), par comparaison avec un scénario hypothétique dans lequel la couverture par ces vaccins serait nulle.¹²

¹⁰ Les maladies couvertes par les vaccins soumis à l'analyse financière sont entre autres : le trio diphtérie-tétanos-coqueluche, l'hépatite B, *Haemophilus influenzae* type b, le papillomavirus humain, l'encéphalite japonaise, la rougeole, le méningocoque A, les oreillons, les pneumocoques, la poliomyélite, les rotavirus, la rubéole, la tuberculose et la fièvre jaune.

¹¹ Les vaccins inclus dans l'analyse des bénéfices sanitaires couvrent, dans des pays représentant 99,5 % de la cohorte de naissance des 94 pays couverts par l'analyse, les maladies suivantes : hépatite B, *Haemophilus influenzae* type b, papillomavirus humain, encéphalite japonaise, méningite A, pneumocoque, rotavirus, rubéole, fièvre jaune et rougeole.

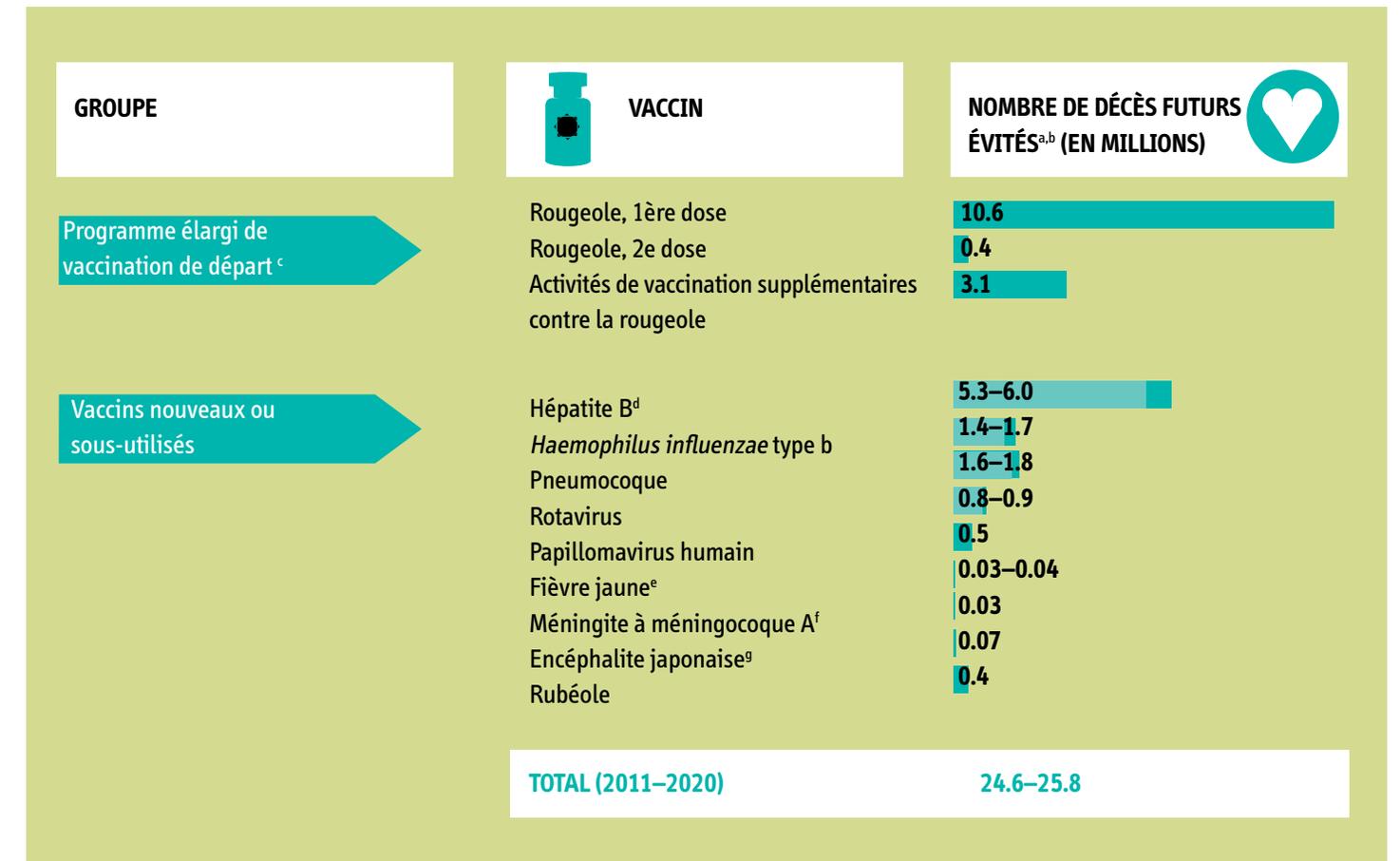
¹² Les données étaient insuffisantes pour estimer la morbidité évitée par la vaccination dans ces pays.



Ces chiffres de mortalité évitée représentent une estimation de la totalité des bénéfices que l'on pourra obtenir sur la décennie avec ces 10 vaccins, en maintenant ou en améliorant les niveaux actuels de vaccination et en introduisant des vaccins supplémentaires dans les programmes nationaux de vaccination de pays sélectionnés, l'absence de vaccination étant prise comme scénario de comparaison. Ces bénéfices ne se limitent pas aux bénéfices incrémentaux résultant des mesures supplémentaires prises dans le cadre de la Décennie de la vaccination (2011-2020).

Les projections dont on dispose actuellement pour les coûts, les fonds disponibles et l'impact sanitaire évolueront à mesure qu'on réalisera l'analyse complémentaire et que des données nouvelles et de meilleure qualité deviendront disponibles. Cette analyse complémentaire permettra d'étendre le champ d'application présenté par ce document, et notamment d'accroître le nombre de maladies couvertes par l'analyse des coûts et des bénéfices sanitaires, de quantifier l'impact sur la morbidité et les bénéfices économiques, et d'obtenir un niveau de détail plus fin pour l'évaluation des coûts et les projections de financement. Cette analyse complémentaire est nécessaire pour mieux comprendre les coûts et les bénéfices des activités de R-D consacrées aux vaccins, pour lesquelles on ne dispose pas de projections actuellement. Des données nouvelles et de meilleure qualité permettront, entre autres, de faire progresser l'analyse avec des statistiques de morbidité révisées, de meilleures prévisions des prix des vaccins, des données démographiques de plus grande qualité et des données plus cohérentes entre tous les pays. En outre, il convient de mettre au point et de maintenir un procédé pour actualiser les estimations des coûts, des financements et des impacts sanitaires et économiques aux niveaux national et mondial, en principe sur une base annuelle. Cette actualisation facilitera la planification, la coordination et les engagements pour les nombreuses parties prenantes qui devront atteindre les objectifs stratégiques et les buts de la Décennie de la vaccination (2011-2020).

TABLEAU 8. NOMBRE TOTAL DE DÉCÈS FUTURS ÉVITÉS, 2011-2020, EN SUPPOSANT L'ABSENCE DE VACCINATION COMME SCÉNARIO DE COMPARAISON



a Les estimations des nombres de décès futurs évités ont été élaborées par un groupe de travail comprenant des membres du personnel de l'OMS, de l'Alliance GAVI, de la Fondation Bill & Melinda Gates et du PATH. Ces estimations ont fait appel à une combinaison de modèles de cohorte statiques et dynamiques et à diverses sources de données pour les 10 vaccins, y compris l'application logicielle l'Outil de Vie sauvées (Lives Saved Tool). Les projections de la couverture vaccinale sont tirées des prévisions stratégiques de la demande réalisées par GAVI 4.0 (4 octobre 2011) et des prévisions ajustées de la demande également produites par l'Alliance.

b Des plages sont indiquées dans le cas des estimations pour lesquelles des hypothèses de substitution ont été prises en compte pour déterminer la portée en termes de pays et des prévisions de la demande.

c Les données étaient insuffisantes pour permettre l'estimation de la mortalité évitée grâce aux vaccins BCG et antidiphthérique-antitétanique-anticoquelucheux.

d Vaccination passée à l'échelle supérieure au cours de la décennie 2001-2010.

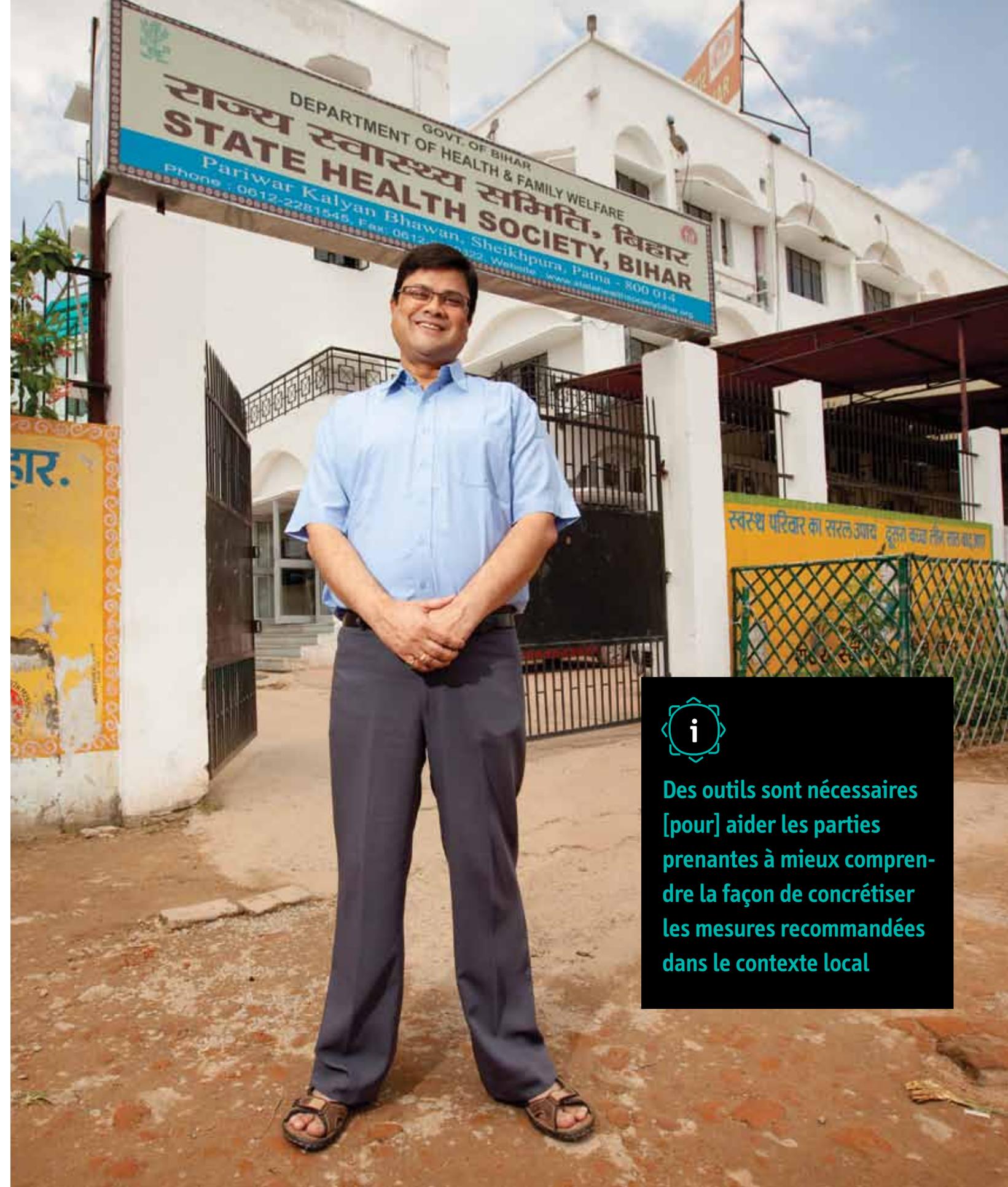
e Morbidité limitée à quelques régions seulement.

f Comme précédemment.

g Comme précédemment.

Une Dynamique Continue Pendant la Decennie de la Vaccination (2011-2020)

Pour que la Décennie de la vaccination n'enregistre que des succès sur toute sa durée, il faut porter l'attention et intervenir au-delà du développement du plan d'action mondial pour les vaccins. Quatre ensembles d'activités clés seront nécessaires pour transposer ce plan d'action en mesures et en résultats : la mise au point d'outils pour transposer le plan ; le développement d'un cadre complet d'obligations redditionnelles ; l'obtention de l'engagement de la communauté des parties prenantes ; et la communication des difficultés et des opportunités que présente la Décennie de la vaccination.



Des outils sont nécessaires [pour] aider les parties prenantes à mieux comprendre la façon de concrétiser les mesures recommandées dans le contexte local

Il faut disposer d'outils exprimant pleinement la réflexion sous-jacente au projet de plan d'action mondial pour les vaccins et fournissant des informations détaillées pour permettre la mise en œuvre de ce plan. L'élaboration, la publication et la communication de ces outils aideront les parties prenantes à mieux comprendre comment transposer les mesures préconisées en plan d'action destiné au contexte local.

Le plan d'action mondial pour les vaccins pose les bases d'un cadre d'obligations redditionnelles qui devra être finalisé en décrivant plus en détail les rôles et les responsabilités des parties prenantes, en fournissant une série complète d'indicateurs, en indiquant précisément la méthodologie et les sources de données pour chacun de ces indicateurs et en donnant des points de comparaison, le cas échéant. Des investissements sont nécessaires pour améliorer la qualité des données et développer des systèmes plus robustes de surveillance et d'évaluation au niveau des pays. Il convient d'effectuer régulièrement des audits pour contrôler la qualité des données. Les comités régionaux et l'Assemblée de la Santé de l'OMS devront examiner les progrès par pays chaque année à partir de 2013.

Les engagements envers le plan d'action mondial pour les vaccins des pays, des organisations appartenant à la société civile, des organisations multilatérales, des partenaires au développement et des fabricants de vaccins peuvent transformer le plan d'action écrit en dynamique. La mise en place de ces engagements et d'une stratégie pour les coordonner exigera des efforts aux niveaux national, régional et mondial. Il faudra trouver des canaux appropriés et mettre au point des communications ciblées pour s'assurer que les messages de la Décennie de la vaccination atteignent toutes les parties prenantes et trouvent un écho auprès d'elles.

La Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé sera suivie immédiatement d'une période critique pour la transposition des points inscrits à l'ordre du jour en mesures effectives. Parmi les occasions de soutenir et de renforcer la dynamique actuelle au cours des mois suivants de l'année 2012, figurent les réunions du Comité régional de l'OMS, la réunion du Comité exécutif de l'Alliance GAVI, la réunion du Comité exécutif de l'UNICEF, le Forum des Partenaires de l'Alliance GAVI et le Sommet « Child Survival : A call to action ».

La collaboration dans le cadre de la Décennie de la vaccination est un effort limité dans le temps qui se termine avec l'achèvement du plan d'action mondial pour les vaccins et des activités connexes spécifiées plus haut. Il n'y aura pas de nouvelle

structure pour soutenir la phase de mise en œuvre de la Décennie de la vaccination/ du plan d'action mondial pour les vaccins. Les principales parties prenantes devront s'impliquer dans le soutien à la mise en œuvre et au suivi des progrès.

L'OMS jouera un rôle directeur dans l'exécution du plan d'action en tant qu'institution normative directrice dans le domaine de la santé mondiale, en fournissant notamment des normes et des étalons pour la production et le contrôle de la qualité des vaccins. Elle fera de même dans le renforcement de la délivrance de la vaccination et des systèmes de suivi et de surveillance des programmes. En collaboration avec d'autres parties prenantes, le Secrétariat de l'OMS plaidera et apportera un soutien technique aux États Membres pour promouvoir une plus grande appropriation par les pays, la création de synergies entre les programmes de vaccination et d'autres programmes de soins de santé primaires et la réalisation de travaux de recherche, en vue notamment d'accroître l'efficacité et l'impact des programmes.

La collaboration dans le cadre de la Décennie de la vaccination est un effort limité dans le temps qui se termine avec l'achèvement du plan d'action mondial pour les vaccins et des activités connexes spécifiées plus haut



Résolution de l'Assemblée Mondiale de la Santé

SOIXANTE-CINQUIÈME ASSEMBLÉE MONDIALE
DE LA SANTÉ

WHA65.17 Point 13.12 de l'ordre du jour, 26 mai 2012

Plan d'action mondial pour les vaccins

La soixante-cinquième Assemblée Mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur le projet du Plan d'action mondial pour les vaccins ;¹ Considérant l'importance de la vaccination comme l'une des interventions de santé publique les plus rentables, celle-ci doit être reconnue comme une composante essentielle du droit à la santé ;

¹ Document A65/22.

Reconnaissant les progrès remarquables réalisés en matière de vaccination dans plusieurs pays pour garantir la vaccination de chaque individu qui doit l'être avec tous les vaccins adaptés, indépendamment de l'emplacement géographique, de l'âge, du sexe, du handicap, du niveau d'éducation, du niveau socio-économique, du groupe ethnique ou de l'emploi ;

Se félicitant de la contribution des programmes de vaccination efficaces à la réalisation des objectifs de santé mondiaux, en particulier pour réduire la mortalité et la morbidité infantiles, et de leur potentiel de réduction de la mortalité et de la morbidité tout au long de la vie ; Notant que l'introduction de nouveaux vaccins dirigés contre plusieurs causes importantes de maladies mortelles majeures telles que la pneumonie, la diarrhée et le cancer du col de l'utérus peut favoriser l'intensification des interventions complémentaires et créer des synergies entre les programmes de soins primaires, et qu'au-delà des gains de mortalité, en prévenant la morbidité, ces nouveaux vaccins auront des retombées économiques même dans les pays qui ont déjà réussi à réduire la mortalité ;

Notant avec préoccupation qu'en dépit des progrès déjà accomplis, les objectifs d'éradication et d'élimination des maladies telles que la poliomyélite, la rougeole, la rubéole et le tétanos maternel et néonatal ne peuvent pas être réalisés sans atteindre et maintenir une couverture élevée et équitable ;

Craignant que les pays à revenus faible et moyen, où l'adoption de vaccins disponibles s'est faite plus lentement, puissent être privés de la possibilité d'accéder à des vaccins nouveaux et améliorés susceptibles d'être disponibles au cours de cette décennie ; Alarmée de constater que, globalement, les services de vaccination de routine n'atteignent pas un enfant sur cinq, et que des lacunes importantes subsistent dans la couverture vaccinale de routine au sein des pays ;

Rappelant les résolutions WHA58.15 et WHA61.15 sur la stratégie mondiale de vaccination,
 1 Document A65/22. WHA65.17

DIXIÈME SÉANCE PLÉNIÈRE, 26 MAI 2012

1. APPROUVE LE PLAN D'ACTION MONDIAL POUR LES VACCINS ;

2. INVITE INSTAMMENT LES ÉTATS MEMBRES :

- (1) à appliquer la vision et les stratégies du Plan d'action mondial pour les vaccins, dans le but de développer les vaccins et les composants nécessaires à leur stratégie et plans nationaux de santé, en accordant une attention particulière à l'amélioration des performances du Programme élargi de vaccination, et selon la situation épidémiologique dans leurs pays respectifs ;
- (2) à s'engager à allouer suffisamment de ressources humaines et financières pour atteindre les objectifs de vaccination et les autres étapes majeures ;
- (3) à présenter chaque année un rapport aux comités régionaux lors d'une session dédiée à la Décennie de la vaccination, sur les leçons apprises, les progrès réalisés et les défis à relever, ainsi que les mesures mises à jour pour atteindre les objectifs nationaux de vaccination ;

3. PRIE LE DIRECTEUR GÉNÉRAL :

- (1) de favoriser l'harmonisation et la coordination des efforts mondiaux de vaccination par toutes les parties prenantes à l'appui de la mise en œuvre du Plan d'action mondial pour les vaccins ;
- (2) de veiller à ce que le soutien apporté à l'exécution du Plan d'action mondial pour les vaccins, aux niveaux régional et national accorde une place importante au renforcement de la vaccination de routine ;
- (3) d'identifier les ressources humaines et financières pour apporter l'appui technique nécessaire à la mise en œuvre des plans nationaux du Plan d'action mondial pour les vaccins, et suivre leur impact ;
- (4) de mobiliser davantage de ressources financières afin de soutenir la mise sur pied du Plan d'action mondial pour les vaccins, dans les pays à revenus faible et moyen ;
- (5) de suivre les progrès et rendre compte annuellement, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, à l'Assemblée de la Santé, jusqu'à la Soixante-et-unième Assemblée mondiale de la Santé, des avancées réalisées vers la réalisation des objectifs de vaccination dans le monde, comme question de fond, à l'aide du cadre de responsabilisation proposé pour orienter les discussions et les interventions futures.

Annexes

4.



Annexe 1 :

Indicateurs recommandés

SUGGESTION D'INDICATEURS D'OBJECTIFS ET DE CIBLES ¹

OBJECTIF	CIBLE D'ICI À L'ANNÉE 2015	CIBLE D'ICI À L'ANNÉE 2020
Parvenir à l'éradication de la poliomyélite	Mettre fin à la transmission du poliovirus sauvage dans le monde (d'ici à 2014)	Certification de l'éradication de la poliomyélite (d'ici à 2018)
Atteindre les objectifs d'élimination mondiaux et régionaux	Le tétanos néonatal éliminé dans toutes les régions de l'OMS La rougeole éliminée dans au moins quatre régions de l'OMS La rubéole et le syndrome de rubéole congénitale éliminés dans au moins deux régions de l'OMS	La rougeole et la rubéole éliminées dans au moins cinq régions de l'OMS
Atteindre les objectifs de couverture vaccinale dans chaque région, pays et communauté	Atteindre 90 % de couverture nationale et 80 % dans chaque district ou unité administrative équivalente, avec trois doses du vaccin diphtérie-tétanos-coqueluche (DTP)	Atteindre une couverture nationale de 90 % et de 80 % dans chaque district ou unité administrative équivalente, pour tous les vaccins inclus dans les programmes nationaux, sauf recommandation contraire
Développer et introduire des technologies et des vaccins nouveaux et améliorés	Au moins 90 pays à revenus faible et moyen ont introduit un ou plusieurs vaccins nouveaux ou sous-utilisés	Tous les pays à revenus faible et moyen ont introduit un ou plusieurs vaccins nouveaux ou sous-utilisés Homologation et lancement du ou des vaccins contre une ou plusieurs maladies majeures actuellement non évitables par la vaccination Homologation et lancement d'au moins une plate-forme technologique de distribution
Dépasser l'objectif n° 4 du Millénaire pour le développement portant sur la réduction de la mortalité infantile	Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (Cible 4.A)	Dépasser l'objectif n° 4 Cible 4.A du Millénaire pour le développement portant sur la réduction de la mortalité infantile



SUGGESTION D'INDICATEURS D'OBJECTIFS ET DE CIBLES

OBJECTIF STRATÉGIQUE

1

TOUS LES PAYS S'ENGAGENT À FAIRE DE LA VACCINATION UNE PRIORITÉ.

2

LES INDIVIDUS ET LES COMMUNAUTÉS COMPRENNENT LA VALEUR DES VACCINS ET EXIGENT LES VACCINATIONS À LA FOIS COMME UN DROIT ET COMME UNE RESPONSABILITÉ.

3

LES AVANTAGES DE LA VACCINATION S'APPLIQUENT À TOUS DE MANIÈRE ÉQUITABLE.

4

LES SYSTÈMES DE VACCINATION PERFORMANTS FONT PARTIE INTÉGRANTE D'UN SYSTÈME DE SANTÉ EFFICACE.

5

LES PROGRAMMES DE VACCINATION BÉNÉFICIENT DE MANIÈRE DURABLE D'UN FINANCEMENT PRÉVISIBLE, D'UN APPROVISIONNEMENT DE QUALITÉ ET DE TECHNOLOGIES DE POINTE.³

6

LES INNOVATIONS ISSUES DES PROGRAMMES DE RECHERCHE ET DÉVELOPPEMENT AUX NIVEAUX NATIONAL, RÉGIONAL ET MONDIAL MAXIMISENT LES AVANTAGES DE LA VACCINATION.

INDICATEURS

Dépenses intérieures pour la vaccination par personne ciblée

Présence d'un groupe de consultation technique indépendant qui répond aux critères définis

Pourcentage des pays ayant évalué (ou mesuré) le niveau de confiance dans la vaccination au niveau infranational²

Pourcentage d'individus non vaccinés ou sous-vaccinés dont le manque de confiance a joué un rôle dans la prise de décision²

Pourcentage des districts ayant une couverture de 80 % ou plus pour les trois doses de vaccin diphtérie-tétanos-coqueluche

Réduction des écarts de couverture entre le quintile de revenu le plus faible et le plus élevé, et d'autres indicateurs de l'équité appropriés

Taux d'abandon entre la première dose et la troisième dose du vaccin diphtérie-tétanos-coqueluche

Couverture prolongée du vaccin diphtérie-tétanos-coqueluche de 90 % ou plus pendant trois ans ou plus

Données de couverture vaccinale évaluées comme étant de haute qualité par l'OMS et l'UNICEF

Nombre de pays disposant d'une surveillance des cas de maladies évitables par la vaccination qui répond aux normes de qualité

Pourcentage de doses de vaccin utilisées dans le monde entier dont la qualité est garantie

Progrès vers le développement de vaccins contre le VIH, la tuberculose et le paludisme

Les progrès vers un vaccin universel contre la grippe (protection contre les variants issus de dérive et de cassure antigéniques)

Les progrès des capacités institutionnelles et techniques permettent de procéder à des essais cliniques de vaccins

Nombre de vaccins ayant été soit ré-homologués, soit homologués pour une utilisation dans une chaîne à température contrôlée à des températures au-dessus de la plage traditionnelle de 2 à 8 °C

Nombre de technologies de distribution des vaccins (dispositifs et équipements) qui ont reçu la préqualification de l'OMS par rapport à 2010

1 Ces indicateurs proposés seront présentés au CE de l'OMS et à l'Assemblée mondiale de la Santé pour examen final en 2013. Le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination examinera également le développement et l'ajout d'indicateurs de suivi de l'équité de l'accès aux vaccins entre les pays, et l'intégration des systèmes de vaccination dans les systèmes de santé plus larges, respectivement.

2 Indicateur provisoire à déterminer de manière définitive sur la base des résultats de l'évaluation pilote dans les régions sélectionnées

3 Le rapport d'activités comprendra également un rapport narratif des progrès réalisés dans l'approvisionnement en vaccins, les prix et les achats.

Annexe 2 : Responsabilité Des Parties Prenantes

L'occasion se présente d'accomplir de réels progrès au cours de la décennie à venir. Pour que ce potentiel se réalise, il faut que toutes les parties prenantes aient des responsabilités clairement définies et coordonnées. La responsabilité principale incombe aux individus et aux collectivités, d'une part, et aux gouvernements et aux professionnels de santé, d'autre part, en tant que bénéficiaires et fournisseurs de la vaccination respectivement. D'autres parties prenantes jouent également un rôle important dans la réalisation des objectifs.





EN TANT QUE BÉNÉFICIAIRES DE LA VACCINATION, LES INDIVIDUS ET LES COLLECTIVITÉS DOIVENT :

COMPRENDRE les risques et les bénéfices des vaccins et de la vaccination et considérer la vaccination comme un devoir de citoyen responsable ;

RÉCLAMER en tant que droit des programmes de vaccination sûrs et efficaces à leurs dirigeants et à leurs gouvernements et tenir ceux-ci pour responsables de la délivrance de ces programmes ;

PRENDRE part à des débats sur la santé publique et s'investir dans les décisions essentielles concernant le processus de vaccination ;

PARTICIPER et contribuer au processus de délivrance de la vaccination et faire connaître les besoins et les points de vue de leur collectivité aux décideurs.



EN TANT QUE FOURNISSEURS PRINCIPAUX DE LA VACCINATION, LES GOUVERNEMENTS DOIVENT :

SOUTENIR davantage les programmes nationaux de vaccination et assurer leur pérennité financière d'ici à 2020 ;

FINANCER, en fonction des revenus des pays et de la croissance de leur économie, une part croissante des programmes nationaux de vaccination dans l'intention de les financer entièrement par la suite, puis participer au financement des actions mondiales en faveur de la vaccination ;

ÉLABORER et mettre en place des lois, des réglementations et des politiques appuyant les programmes de vaccination et une base d'approvisionnement sûre et de grande qualité, le cas échéant ;

DÉVELOPPER des plans spécifiques aux Régions et aux pays en collaboration avec d'autres parties prenantes dans la Région et/ou le pays ;

CLASSER par ordre de priorité et s'appropriier pleinement leurs programmes nationaux de vaccination afin de créer des programmes mus par le désir d'équité et atteignant chaque collectivité ;

TRAVAILLER en collaboration avec les parties prenantes au sein et en dehors des gouvernements ;

RÉPONDRE avec des informations communiquées en temps utile lorsque la population émet des craintes quant à l'innocuité et à l'efficacité des vaccins pour préserver sa confiance ;

S'ASSURER que les programmes de vaccination disposent d'un personnel en effectif suffisant, bien formé et recevant des incitations appropriées pour gérer le programme et délivrer les services ;

RENDRE les gens plus conscients de l'importance de la vaccination dans l'amélioration de la santé d'une population et de ses contributions au renforcement des systèmes de santé et des soins de santé primaires ;

FAIRE PASSER efficacement des messages sur les vaccins pour créer une demande ;

ÉTABLIR un dialogue avec les collectivités et les médias et faire appel à des techniques de communication efficaces pour transmettre des messages sur les vaccins et répondre aux préoccupations relatives à leur sécurité ;

ENCOURAGER et soutenir la recherche sur les vaccins et les thèmes en rapport avec la vaccination ; et encourager l'éducation sur les vaccins à tous les niveaux ;

COLLABORER aux niveaux régional et international à des programmes de sensibilisation, à la mise en commun des données probantes et à la préparation d'interventions coordonnées ;

PRENDRE part à des dialogues ouverts avec les fabricants pour s'assurer de l'accessibilité économique des vaccins nouveaux et actuels.



LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ DOIVENT :

FOURNIR des services de vaccination de qualité et des informations à leur sujet ;

METTRE en place des cours de formation sur les vaccins et la vaccination dans les universités et les établissements formant les professionnels de santé, ainsi que des formations continues s'adressant à tous les prestataires de soins de santé (médecins, infirmiers, pharmaciens et praticiens en santé publique) ;

IDENTIFIER les zones dans lesquelles les services de vaccination pourraient être améliorés et des innovations apportées ;

SERVIR de porte-parole crédible et proactif en faveur des vaccins et recruter d'autres défenseurs ;

FAIRE APPEL aux technologies existantes et émergentes pour améliorer la délivrance et le recueil d'informations ;

ÉTABLIR un dialogue avec les collectivités et les médias et utiliser de façon efficace les techniques de communication pour faire passer les messages sur les vaccins et répondre aux préoccupations concernant la sûreté des vaccins.



LES UNIVERSITAIRES DOIVENT :

PROMOUVOIR l'innovation afin d'accélérer la mise au point de vaccins nouveaux et améliorés, contribuer à l'optimisation de la formulation des vaccins et de la logistique des programmes de vaccination, et poser les bases de ce que sera l'impact de la vaccination dans les décennies à venir ;

POURSUIVRE un programme de recherche pluridisciplinaire axé sur la production d'un impact mutationnel et fondé sur les besoins des utilisateurs finaux ;

METTRE au point des vaccins et des technologies conduisant à optimiser et à maximiser la délivrance des vaccins ;

ADOPTER de nouvelles méthodes de travail qui accélèrent les avancées scientifiques ;

AMÉLIORER le dialogue avec les autres chercheurs, les fabricants et les autorités de réglementation afin d'harmoniser les actions et d'accroître l'efficacité de la réponse aux difficultés locales et mondiales posées par la vaccination ;

FOURNIR les données, méthodes et arguments clés permettant de donner en permanence la priorité à la vaccination, tant aux niveaux mondial que local ;

EFFECTUER plus fréquemment des examens systématiques afin d'identifier les régions où il existe de solides preuves scientifiques (cela pourrait être la base des politiques de santé) et les régions en étant dépourvues (cela pourrait constituer la base de la future recherche) ;

FOURNIR des données et indiquer les meilleures pratiques en matière de vaccination ;

APPUYER le développement des capacités de fabrication ;

PROMOUVOIR l'allocation de budgets pour les vaccins et pour la recherche sur la vaccination.



LES FABRICANTS DOIVENT :

CONTINUER à mettre au point, à produire et à fournir des vaccins innovants et de grande qualité répondant aux besoins des pays ;

SOUTENIR la recherche et un programme de formation sur la vaccination ;

PARTICIPER à des dialogues ouverts avec les pays et le secteur public pour garantir l'accessibilité économique des vaccins actuels et nouveaux ;

CONTINUER à innover dans les procédés de fabrication et les structures tarifaires ;

AIDER le Programme élargi de vaccination à communiquer avec les médias pour favoriser une plus grande sensibilisation ;

APPUYER le passage rapide à plus grande échelle de la production et l'adoption pour les vaccins nouveaux ou améliorés lorsqu'ils arrivent sur le marché ;

DÉVELOPPER des partenariats soutenant la croissance des capacités de fabrication et favorisant l'augmentation de l'approvisionnement en vaccins et l'innovation dans le domaine vaccinal ;

TRAVAILLER de manière coordonnée avec les autres partenaires pour plaider la cause des vaccins et de la vaccination.



LES ORGANISATIONS MONDIALES, TELLES QUE L'OMS, L'UNICEF, LA BANQUE MONDIALE, LES BANQUES RÉGIONALES DE DÉVELOPPEMENT ET L'ALLIANCE GAVI, DOIVENT :

PRÉCONISER et fournir un soutien technique pour promouvoir l'appropriation des programmes par les pays ;

RENFORCER les capacités nationales et les infrastructures régionales ;

CONTINUER à définir des normes et des lignes directrices visant à améliorer les vaccins et les services de vaccination, pour tendre vers une plus grande équité et une meilleure prise en compte des spécificités liées au sexe et des sous-populations (minorités, groupes d'âge, etc.) ;

PROMOUVOIR les synergies entre la vaccination et les autres services de santé, ainsi qu'avec d'autres secteurs tels que l'éducation, le développement économique et les finances ;

FINANCER la délivrance des vaccins et les activités liées à la vaccination ;

TRAVAILLER en collaboration avec toutes les parties prenantes pour améliorer l'assistance technique en vue de renforcer la vaccination et les autres composantes des systèmes de santé ;

ENCOURAGER, partager et appuyer les prises de décisions s'appuyant sur des éléments factuels chez les diverses parties prenantes au développement, à la santé et à la vaccination ;

RECRUTER des partenaires pour générer une demande populaire à l'égard de la vaccination et soutenir la recherche et les améliorations concernant les programmes ;

PROMOUVOIR l'idée d'un financement national durable et inciter les pays émergeant à croissance rapide à participer au financement ;

DÉVELOPPER des mécanismes de responsabilité mutuelle qui obligent tous les gouvernements, les programmes et les

partenaires au développement à tenir leurs engagements en termes de niveau de soutien ;

PROMOUVOIR le dialogue entre les fabricants et les pays pour que l'offre s'adapte à la demande ;

APPLIQUER des mécanismes de financement et d'achat qui renforcent l'appropriation des opérations par les pays et encouragent l'équité et l'accessibilité financière dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.



LES PARTENAIRES AU DÉVELOPPEMENT, TELS QUE LES ORGANISATIONS BILATÉRALES, LES FONDATIONS ET LES PHILANTHROPES, DOIVENT :

REmplir des mandats et des missions institutionnels dans le domaine de la santé ;

SOUTENIR les pays et les entités régionales dans leurs efforts pour atteindre les objectifs nationaux et régionaux et contribuer à l'avancement de leurs priorités ;

PROMOUVOIR l'appropriation par les pays et la mise en place de plans nationaux en faveur de la santé, des vaccins et de la vaccination sous la direction des pays et disposant de budgets pour améliorer l'accès aux services et réduire les écarts de couverture contraires à l'équité ;

PROMOUVOIR des ensembles complets et intégrés d'interventions et de services essentiels, incluant les vaccins et la vaccination, et renforcer les systèmes de santé ;

FOURNIR un financement prévisible à long terme en ligne avec les plans nationaux et encourager les partenaires nouveaux et existants à financer les vaccins et la vaccination ;

RENFORCER les capacités de la société civile et appuyer les activités des organisations appartenant à cette société dans le pays ;

PARTICIPER au plaidoyer international en faveur de la vaccination en donnant librement accès à des données probantes susceptibles d'être partagées ;

MAINTENIR un financement transparent et coordonné, accompagné d'une évaluation en fonction des résultats.



LA SOCIÉTÉ CIVILE, Y COMPRIS LES ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES ET LES SOCIÉTÉS PROFESSIONNELLES, DOIVENT :

S'IMPLIQUER dans la promotion et la mise en œuvre des programmes de vaccination à l'échelle nationale et mondiale ;

PARTICIPER au développement et au test de démarches innovantes pour délivrer les services de vaccination capables d'atteindre les populations les plus vulnérables ;

RESPECTER les réglementations et les directives nationales concernant la conception et la délivrance des programmes de vaccination leur permettant de remplir leurs obligations envers les autorités nationales ;

FORMER, habiliter et recruter des groupes et des collectivités vulnérables pour qu'ils ou elles défendent leur droit à la santé, y compris les vaccins et la vaccination ;

METTRE sur pied des initiatives de terrain au sein des collectivités pour suivre les progrès accomplis et obliger les gouvernements, les partenaires au développement et autres parties prenantes à respecter leur engagement à fournir des services de vaccination de grande qualité ;

CONTRIBUER à améliorer les systèmes d'évaluation et de suivi au sein des pays ;

PARTICIPER à un plaidoyer à l'échelle nationale, régionale et mondiale, portant au-delà du monde de la vaccination, afin de s'assurer que les vaccins et la vaccination sont bien considérés comme un droit pour tous ;

COLLABORER dans les pays et entre eux pour mettre en commun des stratégies et construire une dynamique d'amélioration de la santé, des vaccins et de la vaccination.

LES MÉDIAS DOIVENT :

COMPRENDRE les bénéfices de la vaccination et les préoccupations qu'elle suscite pour rapporter les informations avec exactitude et promouvoir efficacement les programmes de vaccination ;

PARTICIPER à un plaidoyer à l'échelle nationale, régionale et mondiale, portant au-delà du monde de la vaccination, pour s'assurer que les vaccins et la vaccination sont considérés comme un droit pour tous ;

FAIRE appel à des techniques de communication efficaces pour faire passer les messages sur les vaccins et répondre aux préoccupations relatives à leur sécurité.



LE SECTEUR PRIVÉ DOIT :

SOUTENIR la diversification des sources de financement pour les programmes de vaccination (secteur privé, assureurs, patients, etc.) ;

PARTICIPER à un plaidoyer à l'échelle nationale, régionale et mondiale, portant au-delà du monde de la vaccination, et défendre la cause de la vaccination pour s'assurer que celle-ci et les vaccins sont considérés comme un droit pour tous.

Annexe 3 : Méthodologie et hypothèses pour le calcul des coûts et du financement

Projection des coûts et du financement disponible pour augmenter l'échelle des programmes de vaccination afin de réaliser les objectifs du Plan d'action mondial pour les vaccins (GVAP) de la Collaboration pour la Décennie des vaccins (DoVC), 2011-2020

OBJECTIF

Projeter la disponibilité et les exigences des ressources financières pour faciliter la vision définie dans le GVAP

MÉTHODES

Des projections de coûts et de flux financiers totaux annuels et cumulatifs ont été établies afin de caractériser les besoins en matière de ressources pour délivrer une gamme de vaccins existants et de vaccins essentiels à venir au cours de la décennie dans les pays du monde les plus pauvres, où les avantages de la vaccination sont censés être les plus importants. Les projections utilisent et consolident les informations issues des prévisions et études de coût actuelles, ainsi que les données propres aux pays tirées de leurs plans de vaccination. L'analyse se concentre sur la projection des coûts et des flux financiers qui seront vraisemblablement disponibles pour couvrir les frais d'acquisition des vaccins et du matériel d'injection, et les frais liés à la délivrance de ces vaccins et au système propre à la vaccination (p. ex., chaîne du froid). Les projections de financement sont une modélisation des flux de financement domestiques provenant des gouvernements des pays, de l'appui reçu de la part de l'Alliance GAVI, et d'autres sources importantes d'aide au développement en matière de vaccination.



Introduction

Un élément essentiel pour passer d'un ensemble de documents à l'action et à l'obtention de résultats consiste à effectuer une analyse de la disponibilité et des exigences des ressources financières pour faciliter la réalisation de la vision définie dans le GVAP. Le reste du présent document fournit un aperçu de la méthodologie et de l'approche qui sous-tendent la présente analyse. Au lieu d'aborder toutes les actions du GVAP, la présente analyse se concentre sur les coûts, le financement projeté et le manque de financement subséquent, sur la base de divers scénarios, pour vacciner les populations cibles dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire inférieur, avec des vaccins, existants ou à venir, qui devraient permettre de s'attaquer au lourd fardeau que les maladies font peser sur ces pays.

Méthodes

PAYS INCLUS

Bien que la Collaboration pour la Décennie de la vaccination (DoVC) soit une entreprise mondiale, l'analyse des projections des coûts de vaccination et du financement s'est concentrée sur 94 pays, comprenant tous ceux classifiés en tant que pays à faible revenu (35) ou pays à revenu intermédiaire inférieur (57) par la Banque mondiale en 2011, et deux pays qui sont actuellement en cours d'obtention d'admissibilité GAVI et sont classifiés en tant que pays à revenu intermédiaire supérieur.⁴ Un tableau énumérant les pays spécifiques inclus dans la présente analyse est présenté ci-dessous. Comme les données relatives à des variables essentielles n'étaient pas toujours disponibles, l'échantillon d'analyse a compris 89 pays représentant >99 % de la cohorte totale des naissances des 94 pays originaux. Parmi les 89 pays qui ont fait partie de l'analyse, 57 sont actuellement admissibles à un nouvel appui GAVI, 16 sont des pays qui sont actuellement en cours d'obtention de l'appui GAVI, et 21 pays ne sont pas admissibles à l'appui GAVI.

L'analyse s'est concentrée sur ces pays en partie pour la raison suivante : étant donné que les dépenses de santé de leur gouvernement sont soumises à des restrictions rigoureuses, ces pays sont généralement moins susceptibles d'avoir les capacités financières requises pour autofinancer entièrement les services de vaccination souhaités ; par conséquent, ils auront besoin de l'appui le plus important de la part de la communauté mondiale pour réaliser les objectifs du GVAP.

La présente analyse se concentre sur les coûts, le financement projeté et le manque de financement subséquent, en envisageant divers scénarios.

>99%
de la cohorte totale des naissances des 94 pays originaux représentés

⁴ Classification des revenus de la Banque mondiale publiée en juillet 2011, sur la base du RNB (revenu national brut) par habitant 2010. Les pays à faible revenu ont un RNB par habitant 2010 d'un montant égal ou inférieur à 1 005 USD. Les pays à revenu intermédiaire inférieur ont un RNB par habitant compris entre 1 006 USD et 3 975 USD.

TABLEAU 9 : CHAMP DES PAYS INCLUS DANS L'ANALYSE

Afghanistan	Malawi	République du Congo	Moldavie	Tuvalu
Bangladesh	Mali	Côte d'Ivoire	Mongolie	Ukraine
Bénin	Mozambique	Djibouti	Maroc	Ouzbékistan
Burkina Faso	Myanmar	Égypte	Nicaragua	Vanuatu
Burundi	Népal	Salvador	Nigéria	Viet Nam
Cambodge	Niger	Fidji	Pakistan	Cisjordanie et Gaza
République centrafricaine	Rwanda	Géorgie	Papouasie-Nouvelle-Guinée	Yémen
Tchad	Sierra Leone	Ghana	Paraguay	Zambie
Comores	Somalie	Guatemala	Philippines	Azerbaïdjan
Congo (République démocratique)	Tadjikistan	Guyana	Samoa	Cuba
Érythrée	Tanzanie	Honduras	São Tomé-et-Principe	
Éthiopie	Togo	Indonésie	Sénégal	
Gambie	Ouganda	Inde	Îles Salomon	
Guinée	Zimbabwe	Iraq	Sri Lanka	
Guinée Bissau	Angola	Kiribati	Soudan, Nord	
Haïti	Arménie	Kosovo	Soudan, Sud	
Kenya	Belize	République démocratique populaire lao	Swaziland	
Corée (République populaire démocratique)	Bhoutan	Lesotho	Syrie	
Kirghizistan	Bolivie	Îles Marshall	Timor-Leste	
Libéria	Cameroun	Mauritanie	Tonga	
Madagascar	Cap-Vert	Micronésie	Turkménistan	

CLASSIFICATION DES REVENUS SELON LA BANQUE MONDIALE

Faible revenu

Revenu intermédiaire inférieur

Revenu intermédiaire supérieur

VACCINS INCLUS

Bien que tous les vaccins soient importants dans le champ d'application étendu de la DoVC, les vaccins qui ont été inclus dans le champ d'application de la présente analyse sont les vaccins destinés à être utilisés chez l'être humain, actuellement disponibles et, dans de nombreux cas, largement utilisés, ainsi que des vaccins plus nouveaux censés permettre de s'attaquer énergiquement au fardeau que font peser les maladies évitables par la vaccination⁵, dans les 94 pays qui font partie du champ des pays indiqué précédemment. Outre les vaccins homologués et disponibles actuellement, l'analyse prend également en compte plusieurs nouveaux vaccins qui doivent être introduits au cours de la décennie. Les vaccins vétérinaires et les vaccins principalement recommandés à des fins thérapeutiques (p. ex., les vaccins contre la rage) et les vaccins principalement employés en dehors des cadres à faibles ressources (p. ex., les vaccins contre la grippe saisonnière) ont été exclus des analyses.

Aux fins de définir des méthodes et d'établir les sources de données, deux catégories (non exclusives mutuellement) ont été utilisées pour classer les vaccins couverts par la présente analyse : 1) les vaccins délivrés par le biais de campagnes et associés aux initiatives de lutte accélérée contre les maladies (ADC), d'éradication et d'élimination des maladies ; et 2) les vaccins délivrés par le biais des programmes de vaccination routinière. Cette classification a été utile, étant donné que les coûts de délivrance varient sensiblement en fonction des stratégies de délivrance (p. ex. principalement par le biais des campagnes de vaccination peu fréquentes vs la vaccination routinière), et que le calendrier et l'intensité des efforts de délivrance (qui affectent les coûts) diffèrent selon que les vaccins/maladies étaient associés ou non à des initiatives mondiales ou régionales de haut niveau, dans le cadre de la lutte accélérée contre les maladies (ADC), et de l'éradication et l'élimination des maladies. Le tableau ci-dessous résume les vaccins/maladies de chacune de ces catégories.

Le programme de vaccination et les stratégies de ciblage choisis pour chacun de ces vaccins ont été basés sur des orientations de niveau mondial (p. ex., provenant des documents de prise de position de l'OMS, des orientations du Groupe stratégique consultatif d'experts (SAGE). Par contre, pour les vaccins à venir pour lesquels il n'est souvent pas possible d'obtenir de telles informations, les hypothèses sur la stratégie de délivrance et le calendrier prévu en matière d'homologation ont été fondés sur les conseils des experts en développement des vaccins, particulièrement auprès des Partenariats de développement de produits.

TABLEAU 10 : CHAMP DES VACCINS/ MALADIES INCLUS DANS L'ANALYSE

(1) VACCINS ADC/D'ÉLIMINATION ET D'ÉRADICATION DES MALADIES (DÉLIVRÉS PAR LE BIAIS DE CAMPAGNES)

Vaccin antiméningococcique conjugué *
Rougeole
Vaccin antipoliomyélitique oral (VAO)
Rubéole
Tétanos
Fièvre jaune

(2) PROGRAMMES DE VACCINATION ROUTINIÈRE

Choléra (campagne)
Vaccin antiméningococcique conjugué*
Dengue (routinière)
Hépatite B
Virus du papillome humain (VPH)
Vaccin antipoliomyélitique inactivé (VAI)
Encéphalite japonaise (EJ)
(routinière et rattrapage)
Paludisme (routinière)
Rougeole (1ère et 2e doses)
Vaccin diphtérie-tétanos-coqueluche (DTC) non penta et combinaisons tétravalentes inc.
VAO
Penta (DTC-hépatite B-Hib)
Vaccin anti-pneumococcique
Vaccin anti-rotavirus
Rubéole
Tuberculose (BCG)
Vaccin contre la typhoïde (conjugué)
(routinière)
Fièvre jaune

*(PCV) A

Le travail a consisté à formuler des hypothèses analytiques, plutôt que des présuppositions d'orientation et de décisions de la part des autorités de réglementation et des pays individuels.

COMPOSANTES INCLUSES EN MATIÈRE DE CÔÛT ET DE FINANCEMENT

Pour chacune des catégories susmentionnées incluses dans l'analyse, des coûts ont été élaborés en trois segments : vaccins et matériel d'injection, délivrance des vaccins (y compris les coûts opérationnels de la chaîne du froid) et investissements pour les capacités de la chaîne du froid. Les coûts liés à la délivrance des vaccins et aux investissements pour la chaîne du froid ont ensuite été combinés en une seule catégorie de coûts de *délivrance*.

Les coûts désignent uniquement les coûts spécifiquement liés à la vaccination et les coûts liés aux ressources humaines pour les individus en partie dédiés à la vaccination. Les autres coûts partagés du système de santé, tels que les bâtiments, ont été exclus. Les coûts totaux pour maintenir les gains actuels et répondre aux besoins graduels pour augmenter l'échelle au cours de la prochaine décennie ont été inclus.

Les projections de coûts pour chaque pays ont été élaborées et agrégées pour les catégories de vaccins décrites dans le Tableau 2 qui couvre la période de 2011 à 2020. Les hypothèses et la méthodologie pour le scénario des coûts de référence sont résumées ci-dessous. Par ailleurs, des scénarios de niveau inférieur et de niveau supérieur ont été créés. Tous les coûts sont exprimés en dollars (USD) constants de 2010.

Pour chacun des groupes de vaccins inclus dans l'analyse, des flux de financement ont été projetés à partir de trois sources de financement : i) les gouvernements des pays ; ii) l'Alliance GAVI ; et iii) d'autres partenaires au développement (c.-à-d. les donateurs bilatéraux, les organisations multilatérales et les agents philanthropiques).

⁵ La liste des vaccins a été établie en se basant sur les efforts précédemment entrepris par l'OMS au nom de GAVI visant à caractériser les vaccins en fonction de leur priorité en matière de santé publique. Les termes de référence de ce travail figurent sur le site suivant : http://www.who.int/immunization/sage/Categorization_Activity_SAGE.pdf. Et les principales constatations de ce travail sont résumées sur le site suivant : http://fr.gavialliance.org/resources/3_Vaccine_Investment_Strategy.pdf.

LES CÔÛTS DE DÉLIVRANCE POUR LES SERVICES DE VACCINATION ROUTINIÈRE ENGLOBENT :

RESSOURCES HUMAINES

(aux niveaux national, sous-national, du district et du service)

ÉQUIPEMENT DE LA CHAÎNE DU FROID ET SES FRAIS GÉNÉRAUX

(installation, énergie, maintenance et réparations)

VÉHICULES ET TRANSPORT

GESTION DES PROGRAMMES

FORMATION ET RENFORCEMENT DES CAPACITÉS

MOBILISATION SOCIALE, INFORMATION, ÉDUCATION ET COMMUNICATION (IEC) ET PLAIDOYER

SURVEILLANCE DES MALADIES

LES FRAIS DE DÉLIVRANCE POUR LES CAMPAGNES SUPPLÉMENTAIRES ENGLOBENT :

COÛTS OPÉRATIONNELS

DES CAMPAGNES (y compris les réactions aux épidémies)

MOBILISATION SOCIALE

SURVEILLANCE DES MALADIES

ASSISTANCE TECHNIQUE

(au niveau du pays uniquement)

1) Programmes de lutte accélérée contre les maladies (ADC), et d'élimination et d'éradication des maladies

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) ont dirigé la mise en œuvre des programmes au niveau des pays, dans le cadre de divers efforts de lutte contre les maladies, et d'élimination et d'éradication des maladies, visant à combattre les maladies évitables par la vaccination (énumérées dans le [Tableau 10](#) précédent). Ces programmes produisent des plans et des prévisions qui présentent de manière détaillée les principales activités à entreprendre, et les coûts associés à la mise en œuvre de ces programmes.

Ces plans et ces prévisions ont servi de base pour projeter les coûts des vaccins et du matériel d'injection, les coûts liés à la délivrance de la vaccination pour chacun de ces programmes au cours de la décennie, et également les coûts associés à d'autres activités essentielles à l'administration des programmes.

(A) COÛTS DES VACCINS

Les populations cibles et le calendrier prévu des campagnes de vaccination, dans le but d'atteindre les objectifs fixés en matière de lutte, d'élimination et d'éradication des maladies concernées au cours de la décennie, ont été obtenus à partir des plans définis par les programmes. Ils ont été combinés avec les estimations des prix actuels des vaccins (fournis par le département de l'Approvisionnement de l'UNICEF) pour prévoir les coûts d'approvisionnement en vaccins et en matériel d'injection de ces programmes.

(B) COÛTS DE DÉLIVRANCE

Les coûts de délivrance des programmes de lutte accélérée contre les maladies (ADC), et d'élimination et d'éradication des maladies ont été séparés en coûts fondamentaux principalement encourus par les partenaires procédant à la mise en œuvre pour faciliter les programmes, en *coûts opérationnels* pour délivrer physiquement les vaccins et organiser les campagnes de vaccination, et en *fonds d'urgence* en cas de flambées de maladie.

Les coûts fondamentaux couvrent les activités essentielles : p. ex., pour stimuler la demande (Mobilisation sociale) et pour surveiller l'incidence et la prévalence de la maladie (Surveillance) dans les pays affectés. Les projections des coûts fondamentaux ont également été prises à leur valeur nominale telle qu'établie dans les plans du programme, si disponible. En l'absence de projections à long terme pour cette composante des coûts, des estimations de coûts fondamentaux récentes ont été projetées sur la base des prévisions du programme. Les coûts opérationnels englobent tous les frais d'exploitation, hors vaccins et coûts fondamentaux, nécessaires pour mettre en œuvre une campagne de vaccination. Les informations sur les coûts opérationnels propres à chaque pays et enregistrées dans les Plans de vaccination pluriannuels complets (MYP) ont été utilisées pour générer des métriques qui ont été appliquées aux prévisions précitées afin de projeter les frais d'exploitation de toutes les campagnes planifiées. Enfin, les fonds d'urgence englobent les besoins en ressources pour approvisionner et gérer les stocks de vaccins, et les fonds mis de côté qui doivent servir à déployer des campagnes réactives en cas de flambée de maladie ; ces montants sont basés sur les besoins historiques et diminués au fil du temps car l'on assume que les programmes de lutte accélérée contre les maladies (ADC), et d'élimination et d'éradication des maladies progressent pour atteindre leurs objectifs respectifs. Ces coûts ont également été déduits directement des plans du programme.

(2) Programmes de vaccination routinière

(A) COÛTS DES VACCINS

Des prévisions en matière de demande pour les vaccins traditionnels routiniers déjà sur le marché ont été estimées pour chaque pays en utilisant les prévisions existantes en matière de demande de l'OMS, de l'UNICEF et de GAVI (Prévision stratégique de la demande (SDF), version 4.0 et Prévision ajustée de la demande, version 4.0). Ces prévisions de la demande ont ensuite été combinées avec des estimations de prix pour projeter les coûts de ces vaccins et du matériel d'injection connexe. Pour les pays admissibles à GAVI, des prévisions de prix selon GAVA ont été utilisées pour chaque maladie. Pour les pays à revenu intermédiaire inférieur non GAVI inclus dans l'analyse, l'on a assumé que les prix de référence resteraient constants en utilisant le même écart qui existe entre les prix GAVI actuels et les prix du Fonds de roulement de l'OPS. Les coûts d'acquisition des vaccins et du matériel d'injection ont été projetés à l'aide des prévisions relatives à la demande et des prévisions relatives aux prix.

Projection des coûts des vaccins et du matériel d'injection, et de la délivrance de la vaccination pour chacun de ces programmes au cours de la décennie

Pour les vaccins à venir non encore disponibles, les prévisions relatives à la demande ont été élaborées en se basant sur les commentaires d'experts obtenus par le biais d'entretiens avec des représentants des Partenariats pour le développement de produits (PDP), et d'autres parties prenantes externes ayant une bonne connaissance des vaccins en développement. Des prévisions de coûts d'acquisition pour ces vaccins ont été projetées en appliquant à ces prévisions de demandes un prix projeté par dose pour chaque vaccin de ce segment.

(B) COÛTS DE DÉLIVRANCE

Les coûts de délivrance englobent les principales composantes des systèmes de prestation de services de la vaccination routinière : les ressources humaines à tous les niveaux du système et le renforcement continu des capacités (formation) ; les systèmes logistiques et de la chaîne d'approvisionnement nécessaires pour stocker et transporter les vaccins (équipement de la chaîne du froid, véhicules, transport, etc.) ; et les coûts de la gestion du programme (systèmes d'information, suivi et évaluation, etc.), de la mobilisation sociale et de la surveillance des maladies. L'approche choisie pour estimer les coûts de délivrance a consisté à séparer les coûts liés à la *prestation de services* des coûts liés à la *délivrance des vaccins*.

Les coûts de prestation de services sont ceux qui sont nécessaires pour mettre en œuvre le programme de vaccination nationale, qui permet d'effectuer la prestation des services de vaccination. Les informations fournies par les pays dans leur [MYP](#) ont servi de base pour estimer les coûts et le financement liés à la délivrance. Sous les auspices de Vaccination dans le monde : vision et stratégie (GIVS), les pays ont lancé un processus de planification stratégique de leur programme de vaccination nationale comprenant l'estimation des coûts actuels et futurs requis pour atteindre les objectifs et les cibles de leur programme. Sur la base des nombreuses informations disponibles pour environ 65 % des pays (58) faisant partie du champ d'application de l'analyse, les pays se sont livrés à un exercice de définition des coûts selon une approche ascendante, en utilisant une approche de calcul des coûts basée sur les ingrédients standards. À partir de cet échantillon de données réelles provenant des pays, des coûts unitaires moyens en fonction de la typologie des pays ont été utilisés pour imputer les valeurs manquantes des 35 % de pays restants pour lesquels des estimations locales n'étaient pas disponibles. Les besoins liés à l'augmentation de l'échelle ont été déduits à partir de diverses sources liées aux projections de couverture anticipée et à la manière dont les pays ont défini leurs priorités, leurs stratégies et leurs besoins dans leur MYP.



Les pays ont lancé un processus de planification stratégique de leur programme de vaccination national comprenant l'estimation des coûts actuels et futurs requis pour atteindre les objectifs et les cibles de leur programme respectif

Les coûts de délivrance des vaccins sont ceux qui sont nécessaires pour assurer un approvisionnement adéquat en vaccins par le biais du système de santé, et pour stocker et transporter les vaccins de manière efficace et en toute sécurité à travers l'intégralité de la chaîne d'approvisionnement et des systèmes logistiques des pays (depuis l'entrepôt national de vaccins jusqu'au lieu de la prestation de services dans un centre de santé ou une antenne). En d'autres termes, ils ont englobé tous les coûts de la chaîne du froid pour le stockage des vaccins (qu'il s'agisse des immobilisations en matériel ou des frais généraux récurrents y afférents) et la logistique liée au transport des vaccins (qu'il s'agisse des véhicules ou des frais généraux récurrents y afférents).

L'outil de prévision à l'échelle mondiale de l'OMS pour la chaîne du froid et la logistique a servi de base pour le calcul des coûts de délivrance des vaccins. Ledit outil formule des estimations (en utilisant les mêmes hypothèses de prévision de la demande pour les vaccins) sur les besoins continus nécessaires pour maintenir en place l'infrastructure existante de la chaîne du froid et sur les besoins graduels pour augmenter l'échelle afin d'étendre la couverture et d'introduire de nouveaux vaccins.

Les coûts d'investissement graduels liés à la chaîne du froid ont été analysés pour chaque pays. Le volume total de vaccins prévu a été comparé à la capacité de la chaîne du froid au niveau du pays. S'il était prévu que la capacité dépasse la capacité du pays pour une année donnée, le besoin graduel en matière de chaîne du froid était estimé en utilisant le coût pertinent par volume selon les données de référence de la chaîne du froid.

En raison de la nature unique de la prestation de services liée au vaccin contre le virus du papillome humain (VPH), ses coûts de délivrance ont été définis en se basant sur les constatations auxquelles ont abouti plusieurs projets pilotes de démonstration, telles que rapportées par le PATH.

65%

des pays se sont livrés à un exercice de définition des coûts selon une approche ascendante, en utilisant une approche de calcul des coûts basée sur les ingrédients standards.

TABLEAU 11 : RÉSUMÉ DE L'APPROCHE CHOISIE POUR ESTIMER LES COÛTS DE DÉLIVRANCE



Projections en matière de financement

Les projections en matière de financement ont été développées en utilisant trois sources principales : les dépenses publiques sanitaires d'après les propres sources du gouvernement, le financement de l'Alliance GAVI, et d'autres partenaires au développement. Ces projections ont été calculées pour les vaccins décrits dans le [Tableau 10](#).

1) FLUX GOUVERNEMENTAUX POUR LA VACCINATION

La méthodologie adoptée pour projeter les flux gouvernementaux pour la vaccination s'est appuyée sur les données en matière de financement, disponibles et considérées comme étant fiables, fournies par les pays dans leur Plan de vaccination pluriannuel complet (MYP). L'analyse de ces données a servi de base pour les estimations du financement gouvernemental pour les coûts des vaccins et des systèmes. Pour les pays qui ne disposaient pas de MYP, une méthodologie selon une approche basée sur un financement unitaire et les typologies a été appliquée selon des modalités similaires à celles utilisées pour les coûts. Pour les activités de vaccination supplémentaires (SIA), les typologies ont été basées sur des groupements de population, étant donné que les investissements par habitant des gouvernements ont tendance à être plus faibles pour les pays de taille moyenne/de grande taille (c.-à-d. population ≥ 10 millions) que pour les pays beaucoup plus petits (c.-à-d. population < 10 millions), principalement en raison d'économies d'échelle exploitables dans le cas des pays du premier groupe. En ce qui concerne le financement gouvernemental pour les services de vaccination routinière, plutôt que d'utiliser une typologie en fonction des groupes de population, les groupements de cofinancement GAVI, qui stratifient les pays, ont été utilisés, étant donné que ces groupes fournissent des données indirectes quant à la capacité à financer les vaccins et la vaccination. Cette typologie regroupe les pays comme suit : à faible revenu, à revenu intermédiaire, en cours d'obtention de l'appui GAVI et non GAVI.

En termes généraux, la méthode utilisée pour projeter les flux gouvernementaux a impliqué de générer une estimation de référence du financement gouvernemental pour l'année 2010 déduite des données MYP. Cette estimation de référence a été projetée sur une période allant de 2011 à 2020, sur la base des projections du Fonds monétaire international (FMI) concernant la croissance réelle du produit intérieur brut (PIB). L'hypothèse qui sous-tend les méthodes de projection est que la croissance du budget sanitaire des pays augmentera au même rythme que la croissance économique. C'est-à-dire que le financement du scénario de référence suppose que les gouvernements continueront, au fil du temps, de fournir la même part de budget sanitaire que ce qu'ils font actuellement, même si, en termes absolus, le montant de la contribution gouvernementale devrait augmenter parallèlement aux prévisions de croissance économique.

Dans le scénario de référence, aucun financement gouvernemental supplémentaire n'a été assumé être disponible pour les vaccins essentiellement nouveaux ou à venir qui ne font pas partie des vaccins traditionnels/élémentaires du Programme élargi de vaccination (PEV) ou de ceux qui sont appuyés par GAVI (p. ex., vaccins contre le paludisme, la dengue).

II) FINANCEMENT DE L'ALLIANCE GAVI

Pour les vaccins délivrés par le biais des campagnes et qui font partie des activités ADC, mais qui sont financés par GAVI, (c.-à-d. méningite « A », fièvre jaune, rubéole), le financement de l'Alliance GAVI a été assumé couvrir les coûts complets des vaccins/du matériel d'injection, tandis que pour les coûts opérationnels, l'on a assumé que GAVI fournirait un financement au minimum équivalent aux niveaux actuels (c.-à-d. 0,30 USD par individu cible).

Pour les vaccins routiniers appuyés par GAVI, les propres hypothèses de projection du financement de GAVI ont été appliquées jusqu'en 2020 pour déterminer le montant de fonds que GAVI fournira pour appuyer les nouveaux vaccins au cours de la décennie. L'analyse n'inclut pas le financement de GAVI qui est, et pourrait être disponible, pour les activités de délivrance associées aux programmes/ systèmes de vaccination routinière.

III) AUTRE FINANCEMENT DES PARTENAIRES AU DÉVELOPPEMENT

Pour les programmes routiniers, des niveaux spécifiques aux pays d'autres financements de la part de partenaires au développement (dans un échantillon de 40 MYP qui englobait des programmes avec des vaccins antiméningococcique conjugué [PCV], pentavalents et contre les rotavirus) ont été utilisés pour générer deux indicateurs pondérés en fonction de la population : 1) le financement des vaccins de la part d'autres partenaires au développement en tant que part de GHE ; et 2) le financement des coûts de *délivrance* de la part d'autres partenaires au développement en tant que part de GHE en fonction de deux groupes de population (<100 millions et >100 millions) en utilisant STATA10. Les moyennes pondérées en fonction de la population ont été appliquées à chaque pays dans le modèle basé sur son groupe de population, et multipliées par GHE pour établir des projections au cours de la période. Cette méthode suppose que les niveaux 2010 de l'appui apporté aux vaccins et à la délivrance des programmes routiniers par les autres donateurs relativement à GHE demeurent constants au fil du temps. Cela représente un niveau de référence du financement d'autres donateurs, auquel peut s'ajouter un financement d'autres partenaires en faveur des nouveaux vaccins.

Le financement d'autres partenaires au développement, en dehors des contributions à la vaccination qui se produisent par le biais du financement de l'Alliance GAVI, n'a pas été inclus aux fins de la présente analyse.

Élaboration des exigences futures estimées en matière de ressources

Les coûts d'acquisition des vaccins et les projections des coûts de délivrance ont été combinés avec les projections des flux financiers agrégés, sur une base annuelle, pour estimer les manques de financement / les nécessités de ressources graduelles, sur une base annuelle, afin de réussir des augmentations d'échelle des programmes de vaccination globalement conformes aux cibles de couverture décrites dans le GVAP.

LIMITATIONS

Cet exercice n'analyse pas, et ne tente pas d'estimer, les coûts de mise en œuvre du Plan d'action mondial pour les vaccins (GVAP). L'analyse décrite précédemment est uniquement un exercice destiné à déterminer les coûts d'acquisition des vaccins et de la prestation de services, et à apprécier la disponibilité des ressources permettant d'augmenter la couverture des vaccins existants et d'introduire des nouveaux vaccins au cours de la décennie.

Les projections de coûts qui découlent de ce travail n'englobent pas les coûts des frais généraux pour la mise en œuvre et la maintenance du GVAP ; des ressources supplémentaires seront requises pour cette activité.

Les coûts et le financement pour l'activité de Recherche et développement (R&D) ne sont pas saisis dans cette analyse.

Les coûts et le financement pour l'activité de Plaidoyer et d'Appui politique ne sont pas saisis dans cette analyse.

L'approche adoptée pour cet exercice se fonde sur les sources d'information existantes et la projection mondiale des besoins générés par différents groupes (p. ex., polio, rougeole), afin de tirer profit des meilleures données disponibles, dans la mesure du possible. En raison de cette approche, il est difficile d'assurer la cohérence des méthodes utilisées dans l'ensemble du travail effectué, et l'atténuation complète des risques de double comptage.

Les coûts sont limités à un ensemble prioritaire de pays, bien que les aspirations de la Décennie de la vaccination et du GVAP soient mondiales.

Bien qu'il soit important de reconnaître les limitations de la présente analyse, l'on ne pense pas que l'une quelconque des limitations décrites précédemment change la nature directionnelle des résultats dudit exercice.

Annexe 4 : Méthodologie et hypothèses quant aux impacts sur la santé

Projection de l'impact total de la vaccination administrée entre 2011 et 2020, en comparaison avec un scénario de non vaccination, pour les vaccins choisis



IMPACT PRÉVU DE LA VACCINATION ADMINISTRÉE ENTRE 2011 et 2020

A. SAMPLE DATA OUTPUT

Données indiquées pour les personnes vaccinées dans le cadre du scénario de l'impact DoV

GROUPE	MALADIES ÉVITABLES PAR LA VACCINATION	STRATÉGIE EN MATIÈRE DE VACCINATION	NOMBRE DE DÉCÈS FUTURS ÉVITÉS	NOMBRE DE DÉCÈS ÉVITÉS POUR 1 000 PERSONNES VACCINÉES
Vaccins PEV originaux	Rougeole : 1ère dose	routinière	10,6 M	16,5
	Rougeole : 2e dose	routinière	0,4 M	1,9
	Rougeole : SIA	campagne	3,1 M	3,5
New or underutilized vaccines	Hépatite B	routinière	entre 5,3 et 6,0 M	8,3
	Hib	routinière	entre 1,4 et 1,7 M	2,6
	Vaccin anti-pneumococci-que	routinière	entre 1,6 et 1,8 M	4,3
	Vaccin anti-rotavirus	routinière	Entre 0,8 et 0,9 M	3,1
	Virus du papillome humain (VPH)	routinière	0,5 M	15,1
	Fièvre jaune	routinière	Entre 0,03 et 0,04 M	0,2
	Méningite à méningocoques « A »	campagne et routinière	0,03 M	0,8
	Encéphalite japonaise (EJ)	campagne et routinière	0,07 M	0,1
	Rubéole	campagne et routinière	0,4 M	0,4
TOTAL (2011-2020)			entre 24,6 et 25,8 M	

B. INDICATEUR

Décès futurs évités calculés sur une période de risque de mortalité dans les cohortes vaccinées, en comparaison avec un scénario de non vaccination, pour les vaccins délivrés au cours de la période de 2011 à 2020.

C. PAYS

Quatre-vingt-quatorze (94) pays, comprenant tous ceux classifiés en tant que pays à faible revenu (35) ou pays à revenu intermédiaire inférieur (57) par la Banque mondiale en 2011, et deux pays qui sont actuellement en cours d'obtention de l'admissibilité à l'Alliance GAVI et sont classifiés en tant que pays à revenu intermédiaire supérieur, ont été pris en compte dans le cadre du champ d'application de la présente analyse. Comme les données requises n'étaient pas toujours disponibles, 13 pays à faible population ont été omis ; cette omission ne change pas la nature directionnelle de la présente analyse.

D. PROJECTIONS DÉMOGRAPHIQUES

Division de la population de l'Organisation des Nations Unies 2008 (hépatite B, fièvre jaune, NmA, EJ, VPH, rubéole) ou révision 2010 (Hib, rotavirus, sulfadoxine-pyriméthamine [Sp], rougeole).

E. PROJECTIONS EN MATIÈRE DE COUVERTURE

Prévision stratégique de la demande (SDF) de GAVI version 4.0, 4 octobre 2011 ; Prévision ajustée de la demande de GAVI (la SDF version 4.0, du 4 octobre 2011 a été utilisée pour les 73 pays admissibles à GAVI.) Une projection différente, cependant, a été utilisée pour les pays non admissibles à GAVI.

F. STRATÉGIES EN MATIÈRE DE VACCINS ET DE VACCINATION

G. SOURCE ET STRUCTURE DU MODÈLE

H. FARDEAU DES MALADIES SOUS-JACENTES

HÉPATITE B	Routinière, nourrisson	Centres de contrôle des maladies	Cohorte statique de l'histoire naturelle basée sur la population
HIB	Routinière, nourrisson	Johns Hopkins University (outil de modélisation de Vies sauvées)	Cohorte statique
VACCIN ANTI-PNEUMOCOCCIQUE	Routinière, nourrisson	Johns Hopkins University (outil de modélisation de Vies sauvées)	Cohorte statique
VACCIN ANTI-ROTAVIRUS	Routinière, nourrisson	Johns Hopkins University (outil de modélisation de Vies sauvées)	Cohorte statique
VIRUS DU PAPILLOME HUMAIN (VPH)	Routinière jeunes filles de 10 à 13 ans	Harvard University	Cohorte statique
FIÈVRE JAUNE	Routinière, nourrisson (à la suite des SIA effectuées avant 2011)	GAVI (modèle des coûts et impacts à long terme)	Estimation de 0,2 décès évités pour 1 000 personnes vaccinées à partir d'une estimation selon un modèle de cohorte statique pour le Nigéria appliquée aux figures projetées de personnes vaccinées au cours de la période de 2011 à 2020
MÉNINGITE À MÉNINGOCOQUES	Routinière, nourrisson + SIA une fois (toutes les personnes d'1 à 29 ans)	GAVI (modèle des coûts et impacts à long terme)	Estimation de 1,04 (SIA) et 0,08 (routinière, nourrisson) décès évités pour 1 000 personnes vaccinées à partir d'une estimation selon un modèle de cohorte statique pour le scénario de l'investissement NmA appliquée aux nombres projetés de personnes vaccinées par chaque stratégie au cours de la période de 2011 à 2020
ENCÉPHALITE JAPONAISE (EJ)	Routinière, nourrisson + SIA une fois (toutes les personnes d'1 à 15 ans)	PATH	Cohorte statique
RUBÉOLE	SIA une fois (tous les garçons et toutes les filles de 9 mois à 14 ans)	UK Health Protection Agency Centre for Infections, CDC (Centre pour le contrôle des maladies), OMS	Cohorte dynamique
ROUGEOLE Rougeole : 1ère dose Rougeole : 2e dose Rougeole : SIA	Routinière, nourrisson Routinière, enfance Variables	OMS/département Vaccination, vaccins et produits biologiques (2012)	Modèle dynamique de l'histoire naturelle informé par des données de surveillance

HÉPATITE B	Données d'enquête sérologique sur les antigènes de surface HBsAG de l'hépatite B avant la vaccination (de nombreux pays)
HIB	OMS/CHERG (Groupe de référence pour l'épidémiologie de la santé de l'enfant) 2008 : décès dus à la pneumonie chez les enfants de moins de 5 ans (de nombreux pays) x proportion de cas de pneumonie révélés par radiographie dus à Hib avant la vaccination (études exploratoires dans six pays)
VACCIN ANTI-PNEUMOCOCCIQUE	OMS/CHERG (Groupe de référence pour l'épidémiologie de la santé de l'enfant) 2008 : décès dus à la pneumonie chez les enfants de moins de 5 ans (de nombreux pays) x proportion de cas de pneumonie révélés par radiographie dus à Sp avant la vaccination (études exploratoires dans trois pays)
VACCIN ANTI-ROTAVIRUS	OMS/CHERG (Groupe de référence pour l'épidémiologie de la santé de l'enfant) 2008 : décès dus à la diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans (de nombreux pays) x proportion de cas de gastro-entérite graves dus à l'infection à rotavirus (de nombreux pays)
VIRUS DU PAPILLOME HUMAIN (VPH)	Enquêtes rétrospectives avant la vaccination portant sur des femmes atteintes d'un cancer du col de l'utérus invasif avec utilisation de techniques moléculaires pour déterminer la proportion due à HPB et la proportion due à des génotypes VPH spécifiques (de nombreux pays)
FIÈVRE JAUNE	Étude de 1993 avant la vaccination consistant en la modélisation de l'impact de la vaccination au Nigéria au cours de la période de 1991 à 2026. Modèle basé sur plusieurs études relatives au fardeau des maladies au Nigéria (un pays, peu de données comparables ailleurs) Seul le fardeau de la maladie épidémique pris en compte. Impact basé sur l'augmentation marginale de la couverture depuis l'année antérieure au lancement de l'appui GAVI
MÉNINGITE À MÉNINGOCOQUES	Sur la base d'une étude de surveillance hospitalière prospective avant la vaccination au Niger effectuée au cours de la période de 1981 à 1996 (un pays, peu de données comparables ailleurs)
ENCÉPHALITE JAPONAISE (EJ)	Sur la base d'un examen effectué en 2011 et portant sur des études de surveillance basées sur la population Certaines avant la vaccination, d'autres après la vaccination (plusieurs pays)
RUBÉOLE	Enquêtes sérologiques rétrospectives sur la rubéole avant la vaccination pour déterminer l'incidence liée spécifiquement à l'âge (de nombreux pays)
ROUGEOLE	Taux de létalité provenant de l'examen des taux de létalité chez les enfants de moins de 5 ans effectué en 2009 par Wolfson et al Taux de létalité pour les enfants de 5 à 9 ans supposés représenter 50 % des taux de létalité des enfants de 1 à 4 ans et taux de létalité supposé équivaloir à 0 pour les enfants de plus de 10 ans. Distribution des âges déduite des données de surveillance basées sur des cas, en utilisant la couverture de la première dose et les régions en tant que covariables

Annexe 5 : Pays et Organisations qui ont Contribué à l'Elaboration du GVAP

ORGANISATIONS DONT LES MEMBRES ONT APPORTÉ UNE CONTRIBUTION ET DES COMMENTAIRES AU GVAP

ENTITÉS GOUVERNEMENTALES :

Africa Regional Certification Commission, Albanian Institute of Public Health, Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia de México, Chinese Centers for Disease Control, Chinese National Institute for Food and Drug Control, European Medicines Agency, Federación de Planificación Familiar Estatal, Forum des parlementaires africains et arabes pour la population et le développement, Health Canada,

Indian Department of Biotechnology, Indian National Institute of Immunology, National Primary Healthcare Development Agency of Nigeria, Paul Ehrlich Institut, President's Emergency Plan for AIDS Relief, Dutch National Institute of Public Health & Environment, Sudan National Medicines & Poisons Board, U.K. Department of Health, U.K. Health Protection Agency, U.K. National Institute of Biological Standards and Control, U.S. Army, U.S. Centers for Disease Control and Prevention, U.S. Department of Defense, U.S. Department of Health and Human Services, U.S. Department

of State, U.S. Food and Drug Administration, U.S. National Institutes of Health - National Institute of Allergy and Infectious Diseases, Yemen Supreme Board for Drugs.

PROFESSIONNELS DE SANTÉ :

American Academy of Pediatrics, Asociación Mexicana de Pediatría, Confederación Nacional de Pediatría de México, Hôpital d' Enfants de Rabat, Indian Academy of Pediatrics, International Pediatric Association, Leiden University Medical Center, Sudan Pediatric Association, Uganda Paediatric Association.

UNIVERSITÉS :

Aga Khan University, American Association for the Advancement of Science, Australian National Centre for Immunisation Research & Surveillance, Banaras Hindu University, Barcelona Centre for International Health Research, Barcelona Institute for Global Health, Center Esther Koplowitz, Centre for Health Sciences Training, Research and Development, Centro para Vacunas en Desarrollo de Chile, Centro de Investigación y de Estudios Avanzados del Instituto Politécnico Nacional, Chandigarh Post Graduate Institute of Medical Education and Research, Christian Medical College, Chulalongkorn University, Emory University Hospital, Fred Hutchinson Cancer Research Center, Fundacio Clinic per a la Recerca Biomedica, Georgia Institute of Technology, Gorgas Institute, Griffith University, Hospital Clínic, Indian Council for Medical Research, Indian International Centre for Genetic Engineering and Biotechnology, Infectious Diseases Research Institute, Institut Català d'Oncologia, Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer, Institut Pasteur, Institute of Medical Sciences, Instituto de Salud Pública Universidad Veracruzana, International Agency for Research on Cancer, International Centre for Diarrhoeal Disease Research

Bangladesh (ICDDR), Jawaharlal Nehru University, Johns Hopkins University, Jordan University Hospital, Karolinska Institute, London School of Hygiene & Tropical Medicine, Lund University, Mahidol University, Makerere University, Mali's Center for Vaccine Development, Marrakech Faculté de Médecine, Maxwell School of Syracuse University, Mayo Clinic Vaccine Research Group, Medical Research Council, Menzies School of Health Research, Methodist Hospital Research Institute, Molecular Biophysics Unit Indian Institute of Science, New York Academy of Sciences, Novartis Vaccines Institute for Global Health, Oswaldo Cruz Foundation, Pakistan's National Institute of Child Health, Pakistan's National Institute of Health, Princeton University, Ragon Institute, Rockefeller University, Sandra Rotman Centre for Global Health, Tehran University of Medical Sciences, The Wharton School University of Pennsylvania, Universidad Autónoma de México, Universidad Autónoma de Yucatán, Universidad Autónoma San Luis Potosí, Universidad del Valle de Guatemala, Universidad Peruana Cayetano Heredia, University College London, University of Alabama, University of Antwerp, University of California – San Francisco, University of Cape Town, University of Erfurt, University of Geneva, University

of Goettingen, University of Hong Kong, University of Kwazulu-Natal, University of Maryland, University of Melbourne, University of Michigan, University of Minnesota, University of Oxford, University of Philippines, University of Tennessee, University of Toronto, University of Warwick, University of Yaounde, Walter Reed/ Armed Forces Research Institute of Medical Sciences Research Unit Nepal, Wellcome Trust.

PARTENARIATS DE DÉVELOPPEMENT DE PRODUITS :

Aeras—Global TB Vaccine Foundation, Dengue Vaccine Initiative, European Vaccine Initiative, International AIDS Vaccine Initiative, International Vaccine Institute, Malaria Vaccine Development Program, Malaria Vaccine Initiative, Medicines for Malaria Venture, Meningitis Vaccine Project, Tuberculosis Vaccine Initiative.

FABRICANTS :

Aridis Pharmaceuticals, Baxter, Bharat Biotech, BIO, Biofarma, Biological E, Bio-Manguinhos/Fiocruz, Biovac Institute, Birmex, Butantan Institute, Centro de Ingenieria y Biotecnología de Cuba, CNBG, Crucell Vaccines, Developing Countries Vaccine Manufacturers Network, GlaxoSmithKline Biologicals, Indian Immunological Limited, Inovio Pharmaceuticals, Intercell, International Federation of

Pharmaceutical Manufacturers and Associations, Laboratorio Emea, Merck, NasVax, Novartis Pharma AG, Novartis Vaccine Institute for Global Health, Novavax, Pfizer, Sanofi-Aventis, Sanofi-Pasteur, Serum Institute, Shanta Biotechnics Limited, Vaxinnate Corporation, Xiamen Innovax Biotech Co. Limited, Zydus Cadilla.

AGENCES INTERNATIONALES :

Alliance des dirigeants africains contre le paludisme (ALMA), Alliance GAVI, Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (PMNCH), Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), Nations Unies (ONU), Banque mondiale, Organisation mondiale de la Santé (OMS) et ses bureaux régionaux

PARTENAIRES DU DÉVELOPPEMENT :

African Development Bank, Australian Agency for International Development, Bill & Melinda Gates Foundation, Canadian International Development Agency, European Union, Inter-American Development Bank, Japan International Cooperation Agency, Norwegian Agency for Development Cooperation, Spanish Agency for International Development Cooperation, Swedish International Development Cooperation Agency, U.K. Department for International Development, U.S. Agency for International Development.

SOCIÉTÉ CIVILE :

@Verdade, ACTION, Action for Global Health, ActionAid, Afro Global Alliance, Aga Khan Health Services, Agence de Médecine Préventive, Alternative Santé, American Association for Cancer Research, American Cancer Society, Inc., Americans for Informed Democracy, American Red Cross, American Society of Tropical Medicine and Hygiene, Asociation Lalla Salma de Lutte contre le Cancer, Association d'Assistance aux Développement, Associazione Italiana Donne per lo Sviluppo – Italian Association for Women in Development, BIO Ventures for Global Health, Carlos Slim Foundation, Catholic Relief Services, Center for Global Development, Center for Strategic & International Studies, Cestas – Centro di educazione sanitaria e tecnologia appropriate sanitarie, Civil Society Human and Institutional Development Programme, Clinton Health Access Initiative, Communication for Development Centre in Nigeria, Consortium of Christian Relief and Development Associations in Ethiopia, CORE Group, Ethiopian Catholic Secretariat, European Parliamentary Forum, European Public Health Alliance, Every Child by Two, Farmamundi, GAVI CSO Constituency, German Foundation for World Population (DSW), Ghana Coalition of NGOs in Health, Global Action for Children, Global

Commission on HIV and the Law, Global Eye, Global Health Advocates, Global Health Council, Global Health Technologies Coalition, Global Poverty Project, Health Action International, Health and Rights Education Program, Health Development Consultancy Services (HEDECS), HealthNet TPO, Interact Worldwide, International Council of Voluntary Agencies, International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, International HIV/AIDS Alliance, International Research Foundation for Development, Kaiser Family Foundation, Kenya AIDS NGOs Consortium, Kenya Community Health Network, Kenya Red Cross, Kid Risk, Inc., Knowledge Ecology International, Light Africa International, Lions Club International Foundation, Malaria No More, Management Sciences for Health, Millennium Development Goals Health Alliance, Médecins du Monde, Medecins Sans Frontières, Medicos del Mundo, Medicus Mundi International, Mundo Sano, Niger's Regroupement des ONGs et Associations du Secteur de la Santé, Nothing But Nets, ONE, Oxfam, Partnership for Maternal, Newborn, and Child Health CSO constituency, PATH, Philippine Foundation for Vaccination, Plan International,

Planeta Salud, Policy Cures, PSI, Réseau des Plates-formes nationales d'ONG d'Afrique de l'Ouest et du Centre, RESULTS, Results for Development, Rotary International, Sabin Vaccine Institute, Save the Children, Sightsavers, Soins de Sante Primaires en Milieu Rural, Stop AIDS Alliance, Strengthening Rights and Equality by Empowering Teams, Swaasthya, Task Force for Global Health, TB Alert, Terre des Hommes, The Centre for Health Policy, The Communications Initiative, The INCLIN Trust International, Union des ONG du Togo, Union for International Cancer Control, United Methodist Church General Board of Church and Society, United Nations Foundation, U.S. Fund for UNICEF, Vaccines for Africa Initiative, Welthungerhilfe, World Vision.

SECTEUR PRIVÉ :

Applied Strategies, Bernard Fanget Consulting, Boston Consulting Group, Codexis, Dynavax, Evergreen Associates, Global Health Strategies, GMMB, John Snow, Inc., Johnson & Johnson, Kleiner Perkins Caufield & Byers, Lion's Head Global Partners, Liquidia Technologies, McKinsey & Company, MedImmune, NeoVacs, S.A., PricewaterhouseCoopers, Weber Shandwick.

PAYS QUI ONT APPORTÉ UNE CONTRIBUTION ET DES COMMENTAIRES AU GVAP :

Afghanistan, Albanie, Algérie, Angola, Argentine, Arménie, Australie, Autriche, Bahamas, Bangladesh, Barbade, Belgique, Belize, Bénin, Bolivie (État plurinational de), Botswana, Brésil, Brunei Darussalam, Burkina Faso, Burundi, Cambodge, Cameroun, Canada, Cap-Vert, République centrafricaine, Tchad, Chili, Chine, Colombie, Congo, Costa Rica, Côte d'Ivoire, Cuba, Chypre, République démocratique du Congo, Danemark, République dominicaine, Équateur, Égypte, Salvador, Guinée équatoriale, Estonie, Éthiopie, Finlande, ancienne République yougoslave de Macédoine, France, Guyane française, Gabon, Gambie, Géorgie, Allemagne, Ghana, Grèce, Guatemala, Guinée, Guinée Bissau, Haïti, Honduras, Hongrie, Inde, Indonésie, Irlande, République islamique d'Iran, Italie, Jamaïque, Japon, Jordanie, Kazakhstan, Kenya, Kirghizistan, République démocratique populaire lao, Liban, Lesotho, Libéria, Libye, Madagascar, Malawi, Maldives, Mali, Mauritanie, Maurice, Mexique, Monaco, Mongolie, Maroc, Mozambique, Myanmar, Namibie, Népal, Pays-Bas, Nicaragua, Niger, Nigéria, Norvège, Pakistan, Panama, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Paraguay, Pérou, Philippines, Pologne, Portugal,

Qatar, République de Corée, Fédération de Russie, Rwanda, São Tomé-et-Principe, Arabie saoudite, Sénégal, Serbie, Seychelles, Sierra Leone, Singapour, Somalie, Afrique du Sud, Soudan du Sud, Espagne, Soudan, Suriname, Swaziland, Suède, Suisse, République arabe syrienne, Thaïlande, Timor-Leste, Togo, Trinité-et-Tobago, Tunisie, Turquie, Îles Turks et Caicos, Ouganda, Ukraine, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, République-Unie de Tanzanie, États-Unis d'Amérique, Uruguay, Ouzbékistan, Venezuela (République bolivarienne du), Viet Nam, Yémen, Zambie, Zimbabwe.

Annexe 6 : Le cadre de suivi et d'évaluation/ responsabilisation

Contexte

Le cadre de suivi et d'évaluation/responsabilisation est un élément crucial du plan d'action mondial pour les vaccins (Global Vaccine Action Plan, soit GVAP). Reconnaisant l'importance d'un suivi étroit des avancées de la mise en œuvre du GVAP, l'Assemblée mondiale de la Santé (AMS) a adopté une résolution préconisant l'émission de comptes rendus annuels sur les progrès accomplis à chaque réunion des comités régionaux et lors de l'AMS, par l'intermédiaire du Conseil exécutif (CE) de l'OMS.



EN DEFINISSANT LE CHAMP D'APPLICATION DU CADRE DE SUIVI ET D'ÉVALUATION/RESPONSABILISATION (CADRE SE/R), LE GVAP FAIT REFERENCE AUX BESOINS SUIVANTS :

DÉTERMINER de façon définitive un ensemble complet d'indicateurs GVAP à l'aide d'une méthodologie et des sources de données appropriées pour chaque indicateur défini et références établies, le cas échéant.

INVESTIR dans l'amélioration de la qualité des données et le renforcement des systèmes de suivi et d'évaluation nationaux.

OBTENIR l'engagement, conforme aux principes du GVAP, des différentes parties prenantes, y compris des gouvernements nationaux, des organisations de la société civile, des agences multilatérales, des fondations privées, des partenaires de développement et des fabricants de vaccins.

ÉLABORER un mécanisme de coordination de la concrétisation de ces engagements aux niveaux mondial, régional et national.

ASSURER le compte rendu annuel des progrès à chaque réunion des Comités régionaux et lors de l'AMS, par l'intermédiaire du CE de l'OMS.

Le cadre de responsabilisation de la Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant, du secrétaire général de l'Organisation des Nations unies (ONU)

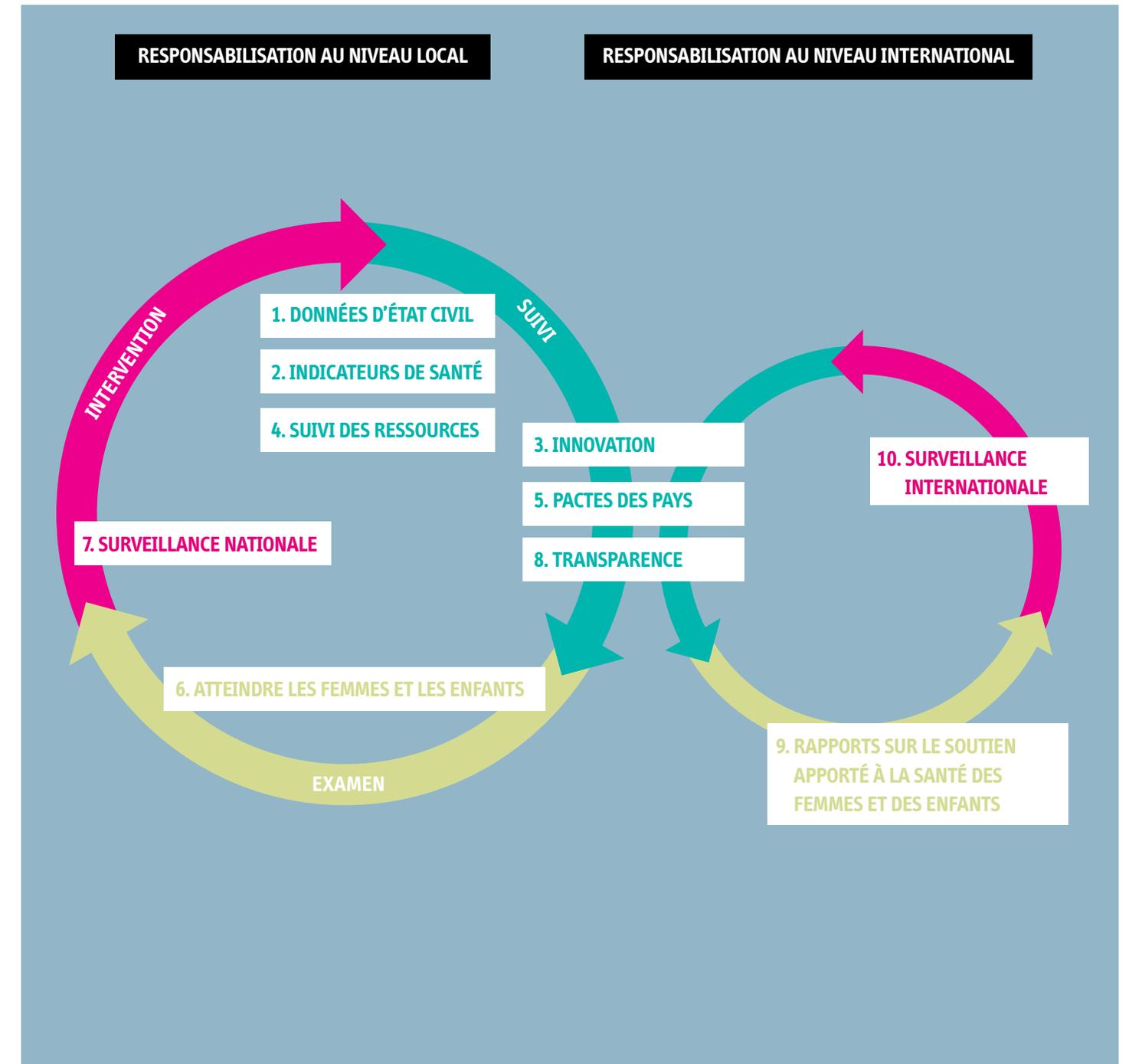
Le GVAP appelle à prendre en compte les recommandations de la Commission de l'information et de la responsabilisation pour la santé de la femme et de l'enfant, ainsi qu'à harmoniser les travaux, autant que possible, avec les autres efforts de responsabilisation.

Le cadre de responsabilisation de la Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant, du secrétaire général de l'ONU fait référence à un processus cyclique de suivi, d'examen et de recours/mesures pour évaluer les progrès, documenter les objectifs atteints, cerner les problèmes à corriger et prendre rapidement des mesures si nécessaire. Ce processus doit être mis sur pied aux niveaux national et mondial comme l'illustre la figure 1.⁶ Afin d'améliorer la surveillance des progrès réalisés, un groupe d'examen indépendant d'experts (Independent Expert Review Group, soit iERG)⁷ présente un rapport annuel au Secrétaire général de l'ONU portant sur les résultats et les ressources liés à la Stratégie mondiale et sur la progression de la mise en œuvre des recommandations de la Commission. Le rapport annuel de la Décennie de la vaccination qui sera soumis à l'AMS sera également communiqué à l'iERG à titre d'information pour établir le compte rendu annuel destiné au Secrétaire général de l'ONU.

6 Commission de l'information et de la responsabilisation pour la santé de la femme et de l'enfant. Tenir les promesses, mesurer les résultats. Organisation mondiale de la Santé 2011 (http://www.who.int/woman_child_accountability/en/)

7 Membres de l'iERG http://www.who.int/woman_child_accountability/iERG/members/en/

FIGURE 1 : LE CADRE DE RESPONSABILISATION DE LA STRATÉGIE MONDIALE POUR LA SANTÉ DE LA FEMME ET DE L'ENFANT, DU SECRÉTAIRE GÉNÉRAL DE L'ONU



Processus suggéré pour le cadre de suivi et d'évaluation/responsabilisation du GVAP

Un processus similaire cyclique de suivi, d'examen et de recommandations de mesures à prendre est suggéré pour le cadre SE/R GVAP. En plus des niveaux nationaux et internationaux, un niveau régional de mise en œuvre du cadre SE/R GVAP est nécessaire pour répondre à l'exigence de soumission des rapports annuels aux Comités régionaux de l'OMS.

L'utilisation d'un cadre similaire permet la complémentarité avec le processus de responsabilisation de la Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant, du secrétaire général de l'ONU et offre la possibilité de tirer parti et/ou d'utiliser ces processus pour suivre et rapporter certains aspects du GVAP. Ceci s'applique en particulier au processus de suivi des engagements et des ressources décrit dans les documents se rapportant à cette session. La figure 2 illustre le processus suggéré pour le cadre SE/R GVAP. Les lignes directrices concernant les engagements de vaccination à prendre en vertu de la stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant, du secrétaire général de l'ONU figurent sur le site internet du conseil de direction de la Collaboration pour la Décennie de la vaccination (DoV).

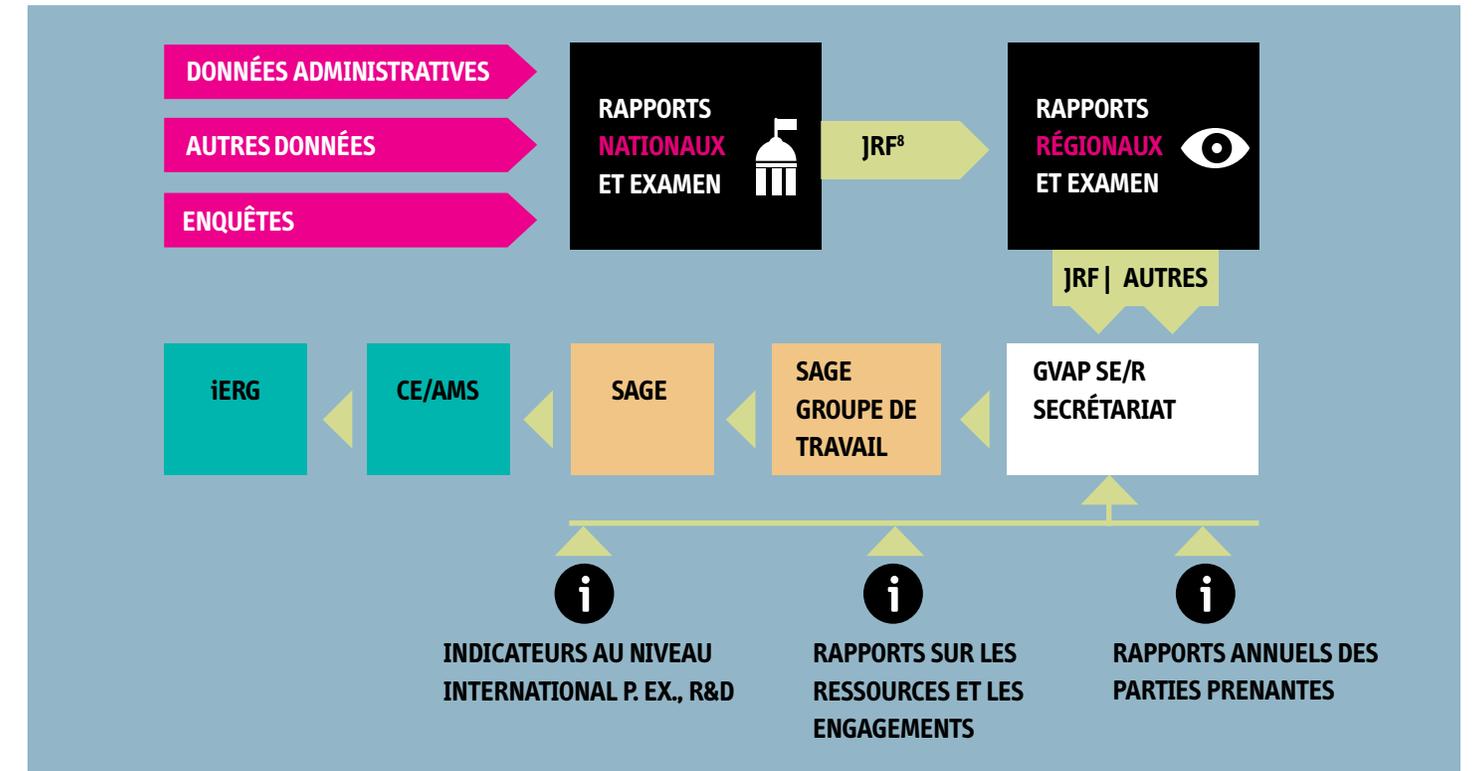
Le cadre SE/R GVAP sera appliqué aux éléments suivants : (1) le suivi des résultats (définis comme une progression par rapport aux cibles du GVAP ainsi qu'aux indicateurs des objectifs stratégiques) ; (2) la documentation et le suivi des engagements des parties prenantes concernant le GVAP et le DoV ; (3) le suivi des ressources investies dans les vaccins et les campagnes d'immunisation ; et (4) l'intégration d'un contrôle et d'un examen indépendants des progrès, par le biais du Groupe stratégique consultatif d'experts (SAGE) sur la vaccination, qui communiquera avec les organes directeurs.

Une dernière série d'indicateurs GVAP (voir les tableaux 12 et 13) a été examinée et approuvée par les membres du SAGE au cours de la réunion du 6 au 8 novembre 2012, et sera présentée au CE de l'OMS en janvier 2013 et à l'AMS en mai 2013.

LE SUIVI DES ENGAGEMENTS ET DES RESSOURCES :

Le système de suivi et évaluation/ permettra de documenter et surveiller les engagements des parties prenantes au plan d'action mondial pour les vaccins et de suivre les ressources investies dans les vaccins et la vaccination.

FIGURE 2:
CADRE DE SUIVI ET D'ÉVALUATION/RESPONSABILISATION DU GVAP PROPOSÉ



AU NIVEAU MONDIAL : Le processus de révision annuelle passera par le Groupe stratégique consultatif d'experts (SAGE), le Conseil d'Administration de l'OMS et l'Assemblée Mondiale de la Santé. Le rapport sera également partagé avec le groupe d'examen indépendant d'experts (iERG) pour leur rapport annuel sur la santé des femmes et des enfants pour le Secrétariat général des Nations Unies.

AU NIVEAU RÉGIONAL : Les bureaux régionaux de l'OMS sont en train de développer leurs mécanismes d'examen et de rapports aux Comités régionaux. Groupes consultatifs techniques régionaux sur la vaccination peuvent assumer ce rôle, tout comme le rôle de SAGE au niveau mondial.

AU NIVEAU NATIONAL : Les groupes techniques consultatifs nationaux sur la vaccination (GTCV) et les Comités de coordination interagences (CCI) pourraient également assumer un rôle de suivi des engagements et des ressources au niveau des pays. Ceci sera déterminé pendant que les pays continuent à développer leurs plans nationaux.

8 JRF est le formulaire de rapport conjoint de l'OMS et de l'UNICEF.

TABEAU 12 : INDICATEURS SUGGÉRÉS POUR LES OBJECTIFS À LONG TERME

	1. ÉRADICATION DE LA POLIOMYÉLITE AU NIVEAU MONDIAL			2. ATTEINDRE LES OBJECTIFS D'ÉLIMINATION MONDIAUX ET RÉGIONAUX		
INDICATEURS	1.1. Mettre fin à la transmission du poliovirus sauvage dans le monde	1.2. Certification de l'éradication de la poliomyélite	2.1. Élimination du tétanos néonatal	2.2. Élimination de la rougeole	2.3. Élimination de la rubéole et du syndrome de rubéole congénital	
DÉFINITION OPÉRATIONNELLE	Aucun poliovirus sauvage isolé au niveau mondial pendant au moins un an, alors que la qualité de la surveillance des cas de paralysie flasque aiguë (PFA) est certifiée (taux annuel de PFA non poliomyélitiques d'au moins 1/100 000 habitants < 15 ans aux niveaux national et régional, avec des échantillons de selles adéquats prélevés auprès d'au moins 80 % des cas de PFA)	Aucun poliovirus sauvage isolé au niveau mondial pendant au moins trois ans en présence d'un système de surveillance de la PFA de qualité certifiée No wild poliovirus isolated globally for at least 3 years in the presence of certification quality AFP surveillance	< 1 cas de tétanos néonatal/1 000 naissances vivantes dans chaque district et maintien de l'élimination sur la base de la feuille annuelle OMS/UNICEF de calcul des données par district	Nombre de régions dont 100 % des pays ont déclaré l'interruption de la transmission du virus endémique de la rougeole pendant une période de > 12 mois, en présence d'une surveillance de haute qualité La qualité de la surveillance sera évaluée comme décrite dans les critères de vérification de l'élimination	Nombre de régions dont 100 % des pays ont déclaré l'interruption de la transmission du virus endémique de la rubéole pendant une période de > 12 mois, sans survenue de cas de syndrome de rubéole congénital associés avec la transmission endémique, en présence d'une surveillance de haute qualité	
SOURCE DE DONNÉES/RECUEIL	Systèmes de surveillance de la PFA au niveau national + données de surveillance supplémentaires si disponibles (surveillance de l'environnement ou surveillance des entérovirus par le biais des réseaux de laboratoires nationaux)	Documentation définitive au niveau national sur l'absence de poliomyélite soumise par les comités nationaux de certification (CNC) et acceptée par les commissions de certification des régions (CCR)	Feuille de calcul de données de l'OMS/UNICEF par district et rapport de validation de l'OMS (basé sur une assurance qualité par lot (LQA) dans le district le moins performant)	Chaque région dispose d'une commission de vérification qui examine chaque année le statut de tous les pays	Chaque région dispose d'une commission de vérification qui examine chaque année le statut de tous les pays	
RÉFÉRENCE	2011 : 650 cas confirmés de poliovirus sauvage signalés dans 16 pays	2011 : Documentation nationale sur l'absence de poliomyélite acceptée par les CCR dans 168 sur 194 états membres de l'OMS (87 %)	2010 (40 pays n'ont pas encore atteint l'objectif d'élimination)	2010 (0/5 régions - AMRO, WPRO, EMRO, EURO, AFRO)	2010 (0/2 régions - AMRO, EURO)	
CIBLE	2014	2018	2015	2015 : 4 régions OMS 2020 : 5 régions OMS	2015 : 2 régions OMS 2020 : 5 régions OMS	
ÉTAPES-CLÉS	Suivre le nombre de pays avec une documentation montrant l'éradication nationale de la poliomyélite, acceptée par les CCR		10 pays ont éliminé le tétanos néonatal en 2012 ; 22 pays auront éliminé le tétanos néonatal en 2013 ; 36 pays en 2014 ; 40 pays en 2015 ;	Suivre le nombre et le pourcentage des pays de chaque région pour lesquels l'élimination des maladies a été vérifiée	Suivre le nombre et le pourcentage des pays de chaque région pour lesquels l'élimination des maladies a été vérifiée	



3. ATTEINDRE LES OBJECTIFS DE COUVERTURE VACCINALE DANS CHAQUE RÉGION, PAYS ET COMMUNAUTÉ

INDICATEURS

3.1. Atteindre 90 % de couverture nationale et 80 % dans chaque district ou unité administrative équivalente avec trois doses du vaccin diphtérie-tétanos-coqueluche (DTP)

3.2. Atteindre une couverture nationale de 90 % et de 80 % dans chaque district ou unité administrative équivalente, pour tous les vaccins inclus dans les programmes nationaux, sauf recommandation contraire

DÉFINITION OPÉRATIONNELLE

Estimations de l'OMS et de l'UNICEF de la couverture vaccinale nationale (WHO UNICEF Estimates of National Immunization Coverage, soit WUENIC)* pour la couverture nationale ;

Données des districts :
- accepter les données administratives du JRF si les WUENIC sont basées sur la couverture administrative ; rapports de district manquants = indicateur non satisfait, encourager les déclarations ;

- si les WUENIC ne reposent pas sur la couverture administrative, mesure répétée (au moins deux enquêtes ou études spéciales pour documenter la couverture de district) ; mesure initiale (2009 à 2015) et mesure ultérieure (2016 à 2020)
- les pays peuvent choisir de mener des enquêtes dans des districts à « risque élevé » susceptibles d'avoir une faible couverture
- les enquêtes doivent être effectuées au moins deux fois tous les dix ans (enquête de référence et une autre fois), mais les pays doivent s'efforcer de mener des enquêtes plus fréquemment

Détermination de la couverture au niveau national et au niveau du district telle que définie ci-dessus

L'indicateur s'applique à tous les vaccins utilisés pour les vaccinations universelles dans l'ensemble du pays (à l'exception du VPH, où la vaccination universelle des filles sur l'ensemble du pays serait incluse)

La couverture se rapporte à la couverture de la série vaccinale primaire

Pour les vaccins contre le pneumocoque et le rotavirus, il s'agira de la couverture de la série vaccinale primaire des enfants âgés de 12 mois au plus. Pour les autres vaccins, la mesure exacte de la couverture doit être définie, mais elle sera conforme aux indications des WUENIC

SOURCE DE DONNÉES/RECUEIL

WUENIC, JRF, enquêtes ou études spéciales

WUENIC, JRF

RÉFÉRENCE

2010 ou mesure initiale

2010 ou mesure initiale (pour les données du district)

CIBLE

2015 - tous les États membres

2020 : Tous les États membres

ÉTAPES-CLÉS

Suivi des tendances en matière de couverture

Suivi des tendances en matière de couverture

	4. DÉVELOPPER ET INTRODUIRE DES TECHNOLOGIES ET DES VACCINS NOUVEAUX ET AMÉLIORÉS				5. DÉPASSER L'OBJECTIF N° 4 DU MILLÉNAIRE POUR LE DÉVELOPPEMENT, PORTANT SUR LA RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ INFANTILE
INDICATEURS	4.1. Homologation et lancement du ou des vaccins contre une ou plusieurs maladies majeures actuellement non évitables par la vaccination	4.2. Homologation et lancement d'au moins une plate-forme technologique de distribution	4.3. Nombre de pays à revenus faible et moyen ayant introduit un ou plusieurs vaccins nouveaux ou sous-utilisés		5.1. Réduire le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans
DÉFINITION OPÉRATIONNELLE	<p>L'homologation se rapporte à l'enregistrement du vaccin par une autorité réglementaire nationale (National Regulatory Authority, soit NRA) opérationnelle</p> <p>Le lancement est défini comme un ajout du vaccin au calendrier national de vaccination dans un ou plusieurs pays à revenus faible ou moyen (définition de la Banque mondiale, BM) et maintenu pendant une période d'au moins 12 mois.</p>	<p>Exclut l'utilisation du vaccin pratiquée uniquement dans le secteur privé. Comprend les vaccins compris dans le calendrier national susceptibles d'être utilisés sélectivement au sein de « populations à risque »</p> <p>L'homologation se rapporte à l'enregistrement du vaccin par une NRA opérationnelle</p> <p>La nouvelle plate-forme technologique de distribution fait référence à un nouveau mécanisme de distribution de vaccins à des bénéficiaires individuels facilitant la couverture, améliorant les performances, ou réduisant les coûts du vaccin ou de la distribution, par exemple des injecteurs, des micro-aiguilles, des aérosols, etc.</p> <p>Lancement tel que défini pour l'introduction de nouveaux vaccins (voir l'indicateur ci-dessus)</p>	<p>Pays à revenus faible et moyen = classement 2012 de la Banque mondiale</p> <p>Le vaccin est ajouté au calendrier national de vaccination et utilisé pendant une période prolongée d'au moins 12 mois (sauf les vaccins utilisés uniquement dans le secteur privé et absents du calendrier national de vaccination ; comprend les vaccins inclus dans le calendrier national, mais pour un usage sélectif auprès de populations à risque, p. ex. la grippe saisonnière)</p> <p>Les vaccins nouveaux et sous-utilisés se rapportent à tous les vaccins qui n'étaient pas inclus dans le calendrier national de vaccination</p>		<p>Taux de mortalité avant l'âge de cinq ans pour 1 000 naissances vivantes</p>
SOURCE DE DONNÉES/RECUEIL	Enquêtes annuelles avec les NRA ; JRF pour le lancement du vaccin ; définition des pays à revenus faible et moyen suivant la BM	Enquêtes annuelles avec les NRA ; JRF pour le lancement ; définition des pays à revenus faible et moyen suivant la BM	Banque mondiale, JRF		Groupe interinstitutions des Nations unies pour l'estimation de la mortalité nationale (IGME)
RÉFÉRENCE	0	0	2010		
CIBLE	2020 : un ou plusieurs	2020 : un ou plusieurs	2015 : au moins 90 2020 : tous les pays à revenus faible et moyen		2015 : réduction de 2/3 par rapport à 1990 2020 : dépassement de l'objectif de 2015
ÉTAPES-CLÉS	Compte rendu des progrès graduels (c.-à-d., nombre de produits en phase 1, 2 ou 3 d'essais cliniques) du développement et évaluation par le SAGE	Compte rendu des progrès graduels du développement (c.-à-d., nombre de produits en phase 1, 2 ou 3 d'essais cliniques) et évaluation par le SAGE	Suivi des tendances de l'introduction des vaccins		Suivi des tendances

* WUENIC = Estimations de l'OMS et de l'UNICEF de la couverture vaccinale nationale

TABLEAU 13 : INDICATEURS PROPOSÉS POUR LES OBJECTIFS STRATÉGIQUES À LONG TERME

1			2		
INDICATEURS			INDICATEURS		
TOUS LES PAYS S'ENGAGENT À FAIRE DE LA VACCINATION UNE PRIORITÉ			LES INDIVIDUS ET LES COMMUNAUTÉS COMPRENNENT LA VALEUR DES VACCINS ET EXIGENT LES VACCINATIONS À LA FOIS COMME UN DROIT ET COMME UNE RESPONSABILITÉ		
	1.1. Dépenses intérieures pour la vaccination par personne ciblée	1.2. Présence d'un groupe de consultation technique indépendant qui répond aux critères définis		2.1. Pourcentage des pays ayant évalué (ou mesuré) le niveau de confiance dans la vaccination au niveau infranational**	2.2. Pourcentage d'individus non vaccinés ou sous-vaccinés dont le manque de confiance a joué un rôle dans la prise de décision**
DÉFINITION OPÉRATIONNELLE	Dépenses de vaccination provenant des ressources nationales, comme rapportées dans le JRF Taille des populations cibles comme indiquée dans le JRF	Groupes nationaux de consultation technique sur les vaccinations, répondant à tous les critères opérationnels de l'OMS Les critères opérationnels sont décrits dans le JRF de l'OMS/UNICEF	DÉFINITION OPÉRATIONNELLE	Confiance dans la vaccination : La confiance dans l'utilité et l'innocuité des vaccins et dans le système qui les délivre. La confiance dans la vaccination s'inscrit dans un continuum et constitue l'un des facteurs qui influent sur le comportement allant de l'acceptation jusqu'au refus. Déterminer s'il y a eu une évaluation (ou une mesure) du niveau de confiance dans la vaccination au niveau infranational.	Confiance dans la vaccination : La confiance dans l'utilité et l'innocuité des vaccins et dans le système qui les délivre. La confiance dans la vaccination s'inscrit dans un continuum et constitue l'un des facteurs qui influent sur le comportement allant de l'acceptation jusqu'au refus. Détermination du pourcentage d'individus non vaccinés ou sous-vaccinés dont le manque de confiance a joué un rôle dans la prise de décision (ceci s'applique à tous les vaccins) et de l'existence d'une mesure ou d'une estimation de ce pourcentage.
SOURCE DE DONNÉES/RECUEIL	JRF	JRF	SOURCE DE DONNÉES/RECUEIL	JRF	JRF
RÉFÉRENCE	Dépenses déclarées pour 2010	2010	RÉFÉRENCE	À déterminer	À déterminer
CIBLE	Tendance croissante du pays à allouer des ressources aux programmes nationaux de vaccination	Groupes nationaux opérationnels de consultation technique sur les vaccinations dans tous les pays	CIBLE	Tendance à l'augmentation du pourcentage de pays ayant évalué le niveau de confiance dans la vaccination au niveau infranational	Tendance à la baisse de la distribution du pourcentage d'individus non vaccinés ou sous-vaccinés dont le manque de confiance joue un rôle au niveau national.
ÉTAPES-CLÉS	Suivi et rapport des tendances	Tendance croissante du nombre de pays disposant de groupes nationaux de consultation technique sur les vaccinations, opérationnels	ÉTAPES-CLÉS	Suivi et rapport des tendances	Suivi et rapport des tendances

** Indicateur provisoire à déterminer de manière définitive sur la base des résultats de l'évaluation pilote dans les régions sélectionnées.

3

LES AVANTAGES DE LA VACCINATION S'APPLIQUENT À TOUS DE MANIÈRE ÉQUITABLE

INDICATEURS

3.1. Pourcentage des districts ayant une couverture de 80 % ou plus pour les trois doses de vaccin diphtérie-tétanos-coqueluche

3.2. Réduction des écarts de couverture entre les quintiles de revenu et d'autres indicateurs de l'équité appropriés

DÉFINITION OPÉRATIONNELLE

Même procédé pour déterminer le niveau de couverture des districts que pour l'objectif 3

Détermination de l'indice de richesse tel que défini par les enquêtes démographiques et de santé (Demographic and health surveys, soit DHS) et de l'UNICEF en grappes à indicateurs multiples (Multi-indicator cluster surveys, soit MICS) ;
Si les quintiles de revenu sont utilisés, la couverture doit être rapportée pour tous les quintiles, pas seulement le quintile le plus bas et le plus élevé ;
Collecte des données par mesures répétées (étude spéciale ou enquête), avec au moins deux mesures, mesure initiale (2009-2015) et mesure finale (2016-2020)

SOURCE DE DONNÉES/RECUEIL

JRF annuel, ou études spéciales/enquêtes pour mesures répétées

Enquête auprès des ménages ou étude spéciale représentative de la population totale

RÉFÉRENCE

2010 ou mesure initiale

Mesure initiale

Tendance à la hausse de l'équité de la couverture vaccinale ; objectif proposé pour s'aligner sur les objectifs de GAVI : proportion de pays dotés d'un écart < 20 % de la couverture entre les quintiles de revenu 60 % en 2015 et 75 % en 2020

CIBLE

Tous les pays avec tous les districts ↑ 80 % de couverture pour le DTC3 à l'horizon 2020

ÉTAPES-CLÉS

Suivi des tendances du nombre de pays atteignant l'objectif

Tendance à la hausse de l'équité de la couverture vaccinale

4

LES SYSTÈMES DE VACCINATION PERFORMANTS FONT PARTIE INTÉGRANTE D'UN SYSTÈME DE SANTÉ EFFICACE

INDICATEURS

4.1. Taux d'abandon entre la première dose (DTC1) et la troisième dose (DTC3) du vaccin diphtérie-tétanos-coqueluche

4.2. Couverture prolongée du vaccin diphtérie-tétanos-coqueluche de 90 % ou plus pendant trois ans ou plus

DÉFINITION OPÉRATIONNELLE

$((DTC1 - DTC3) \times 100) / DTC1$

Pays avec une couverture prolongée de 90 % ou supérieure pendant trois années consécutives, basée sur les WUENIC

SOURCE DE DONNÉES/RECUEIL

WUENIC

WUENIC

RÉFÉRENCE

2010

2010

CIBLE

Tendance à la baisse du taux d'abandon

Tous les pays d'ici 2020

ÉTAPES-CLÉS

Tendances des taux d'abandon

Tendance à la hausse du nombre de pays avec une couverture prolongée de 90 % ou plus

4

SUITE

INDICATEURS

4.3. Données de couverture vaccinale évaluées comme étant de haute qualité par l'OMS et l'UNICEF

4.4. Nombre de pays disposant d'une surveillance des cas de maladies évitables par la vaccination

DÉFINITION OPÉRATIONNELLE

Utiliser l'évaluation qualitative de la qualité des données des WUENIC, sur la base des données communiquées à l'échelle nationale, la cohérence des données sur les estimations de la taille de la population cible, et la cohérence entre les estimations tirées de fichiers administratifs et d'autres sources de données (enquêtes et autres informations relatives aux programmes)

Nombre de pays déclarant avoir établi une surveillance dans le JRF et dont les rapports sont inclus dans les bases de données de l'OMS

La surveillance des maladies évitables par la vaccination comprendra, au minimum :

- la surveillance à l'échelle nationale de la poliomyélite, de la rougeole et du tétanos néonatal ;

SOURCE DE DONNÉES/RECUEIL

Niveau de confiance WUENIC

JRF et rapports de surveillance à l'OMS

RÉFÉRENCE

2010

CIBLE

Tous les pays devant disposer de données de couverture vaccinale de haute qualité pour 2020

100 % des pays pour la surveillance de la poliomyélite et de la rougeole pour 2015

ÉTAPES-CLÉS

Suivi des tendances du nombre de pays atteignant l'objectif

Tendance à la hausse

5

LES PROGRAMMES DE VACCINATION BÉNÉFICIENT DE MANIÈRE DURABLE D'UN FINANCEMENT PRÉVISIBLE, D'UN APPROVISIONNEMENT DE QUALITÉ ET DE TECHNOLOGIES DE POINTE***

INDICATEUR

5.1. Pourcentage de doses de vaccin utilisées dans le monde entier dont la qualité est garantie

DÉFINITION OPÉRATIONNELLE

Nombre de doses de vaccins de qualité garantie utilisées dans un pays / doses totales de vaccins utilisées pour le programme national de vaccination

Les vaccins de qualité garantie comprennent :

- les vaccins produits dans un pays disposant d'une autorité nationale de réglementation opérationnelle
- les vaccins préqualifiés par l'OMS

SOURCE DE DONNÉES/RECUEIL

JRF ; évaluation par l'équipe de l'OMS de la qualité, de la sécurité et des normes applicables aux vaccins

RÉFÉRENCE

2010

CIBLE

100 % des doses de vaccins pour 2020

ÉTAPES-CLÉS

Tendance à la hausse

***Le rapport d'activités comprendra également un rapport narratif des progrès réalisés dans l'approvisionnement en vaccins, les prix et les achats.

6

INDICATEURS

LES INNOVATIONS ISSUES DES PROGRAMMES DE RECHERCHE ET DÉVELOPPEMENT AUX NIVEAUX NATIONAL, RÉGIONAL ET MONDIAL MAXIMISENT LES AVANTAGES DE LA VACCINATION.

6.1. Progrès vers le développement de vaccins contre le VIH, la tuberculose et le paludisme

6.2. Les progrès vers un vaccin universel contre la grippe (protection contre les variants issus de dérive et de cassure antigéniques)

6.3. Les progrès des capacités institutionnelles et techniques permettent de procéder à des essais cliniques de vaccins

6.4. Nombre de vaccins ayant été soit ré-homologués, soit homologués pour une utilisation dans une chaîne à température contrôlée à des températures au-dessus de la plage traditionnelle de 2 à 8 °C

6.5. Nombre de technologies de distribution des vaccins (dispositifs et équipements) qui ont reçu la préqualification de l'OMS par rapport à la référence de 2010

DÉFINITION OPÉRATIONNELLE	Nombre d'essais cliniques terminés évaluant l'efficacité clinique de vaccins contre le VIH, la tuberculose et le paludisme et dont les résultats ont été rapportés	Nombre d'essais cliniques terminés portant sur la grippe et évaluant cliniquement l'étendue de la protection, dont les résultats ont été rapportés	Nombre de pays par régions de l'OMS ayant rapporté la réalisation d'essais cliniques de vaccins qui répondent aux normes de qualité (à préciser)	Tel que défini dans l'indicateur	Quatre catégories d'équipement seraient suivies - réfrigérateurs et congélateurs - glacières et porte-vaccins - accumulateurs de froid - dispositifs de contrôle de la température
SOURCE DE DONNÉES/RECUEIL	OMS, NIH et autres registres d'essais cliniques	OMS, NIH et autres registres d'essais cliniques	OMS, NIH et autres registres d'essais cliniques	Rapports des ARN	Base de données PQS
RÉFÉRENCE				Progression graduelle au-delà de 2010	Progression graduelle au-delà de 2010
CIBLE	Preuve de concept pour un vaccin qui présente une efficacité supérieure ou égale à 75 % contre le VIH/SIDA, la tuberculose ou le paludisme.	Au moins un vaccin offrant une protection à large spectre contre le virus grippal A, homologué	Chaque région dispose d'une base solide de pays compétents dans l'organisation et la gestion des essais vaccinaux.		
ÉTAPES-CLÉS	Rapport narratif sur les progrès réalisés dans le développement de ces vaccins	Narrative report on progress in development of these vaccines		Nombre croissant de vaccins	Nombre croissant de technologies

Le groupe de travail de la Décennie de la vaccination du SAGE qui examinera le rapport annuel d'activités du GVAP, étudiera également le développement et l'ajout d'indicateurs de mesure de l'équité dans l'accès aux vaccins entre les pays, et d'un indicateur de suivi de l'intégration des systèmes de vaccination dans les systèmes de santé plus larges.



Remerciements & Personne à contacter

Environ 1 100 participants en provenance de plus de 140 pays et de 290 organisations ont proposé des idées, des commentaires et des observations pour l'élaboration du Plan d'action mondial pour les vaccins.

Ce document a été élaboré sous les auspices du Conseil de la Direction Collaborative de la Décennie de la vaccination, composée de Seth Berkley (GAVI Alliance) Margaret Chan (Organisation Mondiale de la Santé), Christopher Elias (Fondation Bill & Melinda Gates), Anthony Fauci (Institut National Américain des Allergies et des Maladies Infectieuses), Anthony Lake (UNICEF), et Joy Phumaphi (Alliance des Leaders Africains contre le Paludisme).

LE COMITÉ DIRECTEUR COLLABORATIF DE LA DÉCENNIE DE LA VACCINATION A GUIDÉ L'ÉLABORATION DU GVAP :

Pedro Alonso (Coprésident du Comité directeur DoVC, Institut pour la santé mondiale de Barcelone (ISGLOBAL)), Ciro de Quadros (Coprésident du Comité directeur DoVC, the Sabin Vaccine Institute), Nicole Bates (Coprésident du Groupe de travail sur les programmes d'Appui public et politique, Fondation Bill et Melinda Gates), Zulfiqar Bhutta (Aga Khan University), Lola Dare (The Centre for Health Sciences Training, Research and Development), Helen Evans (Alliance GAVI), Lee Hall (Institut national des allergies et des maladies infectieuses (NIAID)), T. Jacob John (Retraité, Christian Medical College, Vellore, India), Jean-Marie Okwo-Bele (Coprésident du Groupe de travail sur les programmes de Délivrance, Organisation mondiale de la Santé (OMS)), Orin Levine (Coprésident du Groupe de travail sur les programmes d'Accès mondial, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health), David Salisbury (Coprésident du Groupe de travail sur les programmes de Recherche et développement, Ministère de la Santé du Royaume-Uni), Anne Schuchat (National Center for Immunization and Respiratory Diseases, the U.S. Centers for Disease Control and Prevention), Peter A. Singer (Coprésident du Groupe de travail sur les programmes d'Appui public et politique, Sandra Rotman Centre,

University Health Network and University of Toronto), Lucky Slamet (the National Agency of Drug and Food Control, Indonesia), Gina Tambini (Organisation panaméricaine de la santé (OPS)), Jos Vandelaer (Coprésident du Groupe de travail sur les programmes de Délivrance, UNICEF), et Sandy Wrobel (Coprésident du Groupe de travail sur les programmes d'Accès mondial, Applied Strategies).

HUIT GROUPES DE TRAVAIL :

(Délivrance, Accès mondial, Appui public et politique, Recherche et développement, Coûts et financement, Avantages sanitaires et économiques, Indicateurs du cadre de redevabilité, Communications), impliquant plus de 100 participants, ont collaboré à l'élaboration du présent document. Plus de 180 personnes supplémentaires ont pris part aux discussions des groupes de travail.

LES INDIVIDUS SUIVANTS ONT FAIT PARTIE DES GROUPES DE TRAVAIL :

PRINCIPAUX MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL SUR LES PROGRAMMES DE DÉLIVRANCE :

Amani Abdelmoniem (Ministère de la Santé, Soudan), Mercy Ahun (Alliance GAVI), Shams el Arifeen (ICDDR), Silvia Bino (Institut de santé publique, Albanie), Brent Burkholder (CDC), Pradeep Haldar (Ministère de la Santé et du Bien-être familial, Inde), Clifford

Kamara (the Sabin Vaccine Institute), Najwa Khuri-Bulos (Hôpital universitaire de Jordanie), Rebecca Martin (CDC), Susan McKinney (USAID), Robert Steinglass (John Snow, Inc.), Liang Xiaofeng (Chinese CDC), John Wecker (PATH), Simon Wright (Save The Children Royaume-Uni).

Plus de 70 individus supplémentaires ont participé aux discussions du Groupe de travail sur les programmes de Délivrance, et les personnes-ressources suivantes ont apporté leur soutien au groupe : Teresa Aguado (OMS), Thomas Cherian (OMS), Rudi Eggers (OMS), Gian Gandhi (UNICEF), Ed Hoekstra (UNICEF), Steve Jarrett (UNICEF), Lidija Kamara (OMS), Patrick Lydon (OMS), Osman Mansoor (UNICEF), Carsten Mantel (OMS), Violaine Mitchell (Fondation Bill et Melinda Gates), Dragoslav Popovic (UNICEF), and Daniel Tarantola (OMS).

GROUPE DE TRAVAIL ACCÈS INTERNATIONAL MEMBRES :

Girindre Beeharry (Fondation Bill et Melinda Gates), Kim Bush (Fondation Bill et Melinda Gates), David Cook (IAVI), Gerard Cunningham (Fondation Bill et Melinda Gates), Harkesh Dabas (Clinton Health Access Initiative), Patricia Danzon (The Wharton School, University of Pennsylvania), James Droop (Royaume-Uni Department for International Development), Christopher Egerton-Warburton

(Lion's Head Global Partners), David Ferreira (Alliance GAVI), Lauren Franzel (PATH), Björn Gillsater (UNICEF), Amanda Glassman (Center for Global Development), Shanelle Hall (UNICEF), Robert Hecht (Results for Development), Miloud Kaddar (OMS), Subhash Kapre (retired, the Serum Institute), Lothe Lene Jeanette (Norwegian Agency for Development Cooperation), Ian Lewis (UNICEF), Margie McGlynn (IAVI), Julie Milstien (University of Maryland), Neeraj Mohan (Clinton Health Access Initiative), Melinda Moree (BIO Ventures for Global Health), Mary C. Muduuli (Banque africaine de développement, BAD), Raja Rao (Fondation Bill et Melinda Gates), Daniel Rodriguez (Organisation panaméricaine de la santé (OPS)), Helen Saxenian (Results for Development), Meredith Shirey (UNICEF), Maya Vijayaraghavan (CDC), Melinda Wharton (CDC), Piers Whitehead (NeoVacs), Prashant Yadav (University of Michigan), Michel Zaffran (OMS). La Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health a conseillé le groupe par le biais de Kyla Hayford.

GROUPE DE TRAVAIL SOUTIEN PUBLIC ET POLITIQUE MEMBRES :

Geoff Adlide (Alliance GAVI), Luis Barreto (retired, Sanofi Pasteur Canada), Shereen El Feki (Global Commission on HIV and the Law), David Gold (Global Health Strategies), Elizabeth Gore (UN Foundation),

Jennifer Kates (Kaiser Family Foundation), Kaia Lenhart (GMMB), Jesus Lopez-Macedo (UNICEF), Adrian Lovett (ONE), Maziko Matemba (Health and Rights Education Program, Malawi), Gregory Poland (Vaccine), Kammerle Schneider (IAVI), Kamel Senouci (Agence de Medecine Preventive), Nelson Sewankambo (Makerere University), Damian Walker (Fondation Bill et Melinda Gates), Peg Willingham (UN Foundation). Plus de 30 individus supplémentaires ont participé aux discussions du Groupe de travail sur les programmes d'Appui public et politique. Le groupe de travail a bénéficié des apports de Stephanie Lazar, consultante auprès de la Fondation Bill et Melinda Gates, et de Lauren Leahy du Sandra Rotman Centre.

GROUPE DE TRAVAIL RECHERCHE ET DEVELOPPEMENT MEMBRES :

Alex von Gabain (Intercell), Bruce Gellin (U.S. Department of Health and Human Services), Jesse Goodman (Food and Drug Administration), Marie-Paule Kieny (WHO), Margaret Liu (ProTherImmune), Christian Loucq (International Vaccine Institute), Adel Mahmoud (Princeton University), Tom Monath (Kleiner Perkins Caufield & Byers), Gary Nabel (National Institutes of Health), Regina Rabinovich (Bill & Melinda Gates Foundation), Rino Rappuoli (Novartis Vaccines & Diagnostics), Steve Reed (Infectious Diseases Research Institute), Adam Sabow (McKinsey & Company),

Chris Wilson (Bill & Melinda Gates Foundation). Environ 100 individus ont participé aux discussions du Groupe de travail sur les programmes de Recherche et développement.

GROUPE DE TRAVAIL TECHNIQUE DOVC SUR LES PROGRAMMES DES COÛTS ET FINANCEMENT :

Logan Brenzel (Fondation Bill et Melinda Gates), Hugh Chang (PATH and DOVC Secretariat), Santiago Cornejo (GAVI Alliance), Eliane Furrer (GAVI Alliance), Lauren Franzel (PATH), Gian Gandhi (UNICEF), Patrick Lydon (OMS), Carol Marzetta (Applied Strategies), Helen Saxenian (Results for Development), and Sandra Wrobel (Applied Strategies), avec des services de conseil prodigués par The Boston Consulting Group.

GROUPE DE TRAVAIL BÉNÉFICES SUR LA SANTÉ ET SUR L'ÉCONOMIE :

Jessica Atwell (Johns Hopkins University), Dagna Constenla (Johns Hopkins University), S. Deblina Datta (Alliance GAVI), Ingrid Friberg (Johns Hopkins University), Marta Gacic-Dobo (OMS), Sue Goldie (Harvard School of Public Health), Peter Hansen (Alliance GAVI), Lisa Lee (Alliance GAVI), Orin Levine (Johns Hopkins University), Meredith O'Shea (Harvard School of Public Health), Sachiko Ozawa (Johns Hopkins University), Susan Reef (CDC), Meghan Stack (Johns Hopkins University), Peter Strebel (OMS),

Chutima Suraratdecha (PATH), Steven Sweet (Harvard School of Public Health), Yvonne Tam (Johns Hopkins University), Emilia Vynnycky (Health Protection Agency), Damian Walker (Fondation Bill et Melinda Gates), Neff Walker (Johns Hopkins University), Steve Wiersma (OMS).

GROUPE DE TRAVAIL SUIVI ET ÉVALUATION/INDICATEURS DU CADRE DE RESPONSABILISATION DE GESTION :

David Brown (UNICEF), Tony Burton (OMS), John Grove (Fondation Bill et Melinda Gates), Chung-Won Lee (CDC), Dragoslav Popovic (UNICEF), Daniel Thornton (Alliance GAVI), avec des services de conseil prodigués par The Boston Consulting Group.

GROUPE DE TRAVAIL COMMUNICATION :

Courtney Billet (NIAID), Hayate Hasan (OMS), Hannah Kurtis (PAHO), Christian Moen (UNICEF), Jeffrey Rowland (Alliance GAVI), Karen Lowry Miller (Fondation Bill et Melinda Gates).

L'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2011 et le Conseil exécutif de l'OMS en janvier 2012 ont examiné les versions provisoires du projet de Plan d'action mondial pour les vaccins (GVAP) et ont rendu des commentaires et conseils précieux quant à son processus et son contenu.

L'UNICEF a organisé une réunion d'information à l'intention des représentants des États Membres des Nations Unies le 19 janvier 2012, à New York. L'Annexe 5 renferme une liste de tous les pays et de toutes les organisations qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

Le Secrétariat de la DoVC a été chargé de préparer le Plan d'action mondial pour les vaccins, en étroite collaboration avec le Comité directeur et les groupes de travail. Les membres du Secrétariat étaient les suivants : Magdalena Robert (Directrice), Altaf Lal (Directeur technique), Hugh Chang (Conseiller auprès des coprésidents), Enric Jané (Conseiller auprès des coprésidents), Santiago Porto (Chef de projet), Laura Moya (Coordonnatrice du Groupe de travail sur les programmes de Délivrance et du Groupe de travail sur les programmes de Recherche et développement), Laurie Werner (Coordonnatrice du Groupe de travail sur les programmes d'Accès mondial et du Groupe de travail sur les programmes d'Appui public et politique), Laia Bertran

(Administratrice de projet), Richard Hatzfeld (Communications), Amy Alabaster (Communications), Dan Epstein (Communications), Joan Tallada (Coordonnatrice CSOS [système de commande de substances contrôlées]), Claudia Hernandez (Assistante de projet), Yolanda Amat (Assistante de projet), Desirée Van der Mei (Assistante de projet), Monique Shields (Assistante de projet).

Les membres du Comité Directeur approuve le Plan d'Action Mondial pour les Vaccins et sont globalement d'accord avec ses conclusions. Le document représente une vision commune du Comité Directeur tout en intégrant les contributions de membres des différents groupes de travail, des milieux universitaires, de la société civile, des fabricants et des contributions reçues par le biais de diverses consultations. Naturellement, toutes les vues exprimées dans ce document ne reflètent pas les opinions de toutes les personnes et institutions qui ont participé à l'élaboration du plan. Les individus et les institutions peuvent avoir différents points de vue sur certaines questions. Les points de vue exprimés par les individus ne représentent pas la position des institutions auxquelles ils appartiennent. Les membres du Comité Directeur tiennent à remercier publiquement tous les acteurs engagés dans cette collaboration.

Les questions au sujet du Plan d'action mondial pour les vaccins peuvent être adressées à des représentants des agences du Conseil pour la Collaboration et la Direction de la Décennie de la vaccination.



Email : media@gatesfoundation.org



Email : info@gavialliance.org



Email : ocpostoffice@niaid.nih.gov



Email : immunization@unicef.org



Email : vaccines@who.int

Le Secrétariat de la Collaboration pour la Décennie de la vaccination a été accueilli par :





9789242504989