

PLAN D'ACTION MONDIAL
POUR LES VACCINS
2011-2020

Groupe stratégique
consultatif d'experts
sur la vaccination

EXAMEN ET ENSEIGNEMENTS



Organisation
mondiale de la Santé



PLAN D'ACTION MONDIAL
POUR LES VACCINS
2011-2020

Groupe stratégique
consultatif d'experts
sur la vaccination

EXAMEN ET ENSEIGNEMENTS

WHO/IVB/19.07

© Organisation mondiale de la Santé 2019

Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'œuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué ci-dessous. Dans l'utilisation qui sera faite de l'œuvre, quelle qu'elle soit, il ne devra pas être suggéré que l'OMS approuve une organisation, des produits ou des services particuliers. L'utilisation de l'emblème de l'OMS est interdite. Si vous adaptez l'œuvre, vous devez obtenir la même licence ou une licence Creative Commons équivalente. Si vous réalisez une traduction de cette œuvre, vous devez ajouter l'avertissement suivant avec la citation suivante : « Cette traduction n'a pas été effectuée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'OMS n'est pas responsable du contenu ou de l'exactitude de cette traduction. L'édition originale en anglais est l'édition de référence et faisant foi ».

Toute médiation relative à des litiges découlant de la licence sera menée conformément aux règles de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle.

Citation suggérée. Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination. Plan d'action mondial pour les vaccins 2011-2020. Examen et enseignements. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2019 (WHO/IVB/19.07). Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Catalogage à la source. Disponible à l'adresse <http://apps.who.int/iris>.

Ventes, droits et licences. Pour acheter les publications de l'OMS, voir <http://apps.who.int/bookorders>. Pour soumettre une demande en vue d'un usage commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir <http://www.who.int/about/licensing>.

Matériel attribué à des tiers. Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente œuvre qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d'obtenir cette permission du titulaire du droit d'auteur. L'utilisateur s'expose seul au risque de plaintes résultant d'une infraction au droit d'auteur dont est titulaire un tiers sur un élément de la présente œuvre.

Clause générale de non-responsabilité. Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OMS 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 traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets 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 n'implique pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'OMS, 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'OMS a pris toutes les dispositions 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'OMS ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

La présente publication contient les avis collectifs du Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination et ne représente pas nécessairement les décisions ou les politiques de l'OMS.

Design et mise en page : Paprika

Imprimé en Suisse.



TABLE DES MATIÈRES

Préface	v
Résumé d'orientation	vii
Recommandations de haut niveau	ix
I. Historique du PAMV	1
II. Progrès réalisés au cours de la Décennie de la vaccination	5
III. Réflexions et enseignements tirés de l'expérience	15
IV. Conclusions	25
V. Recommandations techniques	26
Annexe 1 Groupe de travail sur la Décennie de la vaccination du Groupe stratégique consultatif d'experts (SAGE) sur la vaccination et contributeurs	31
Annexe 2 Membres du SAGE	32
Annexe 3 Autres sources d'information	33





PRÉFACE

Le Plan d'action mondial pour les vaccins 2011-2020 (PAMV) a été élaboré en vue de concrétiser la vision de la Décennie de la vaccination, à savoir que tous les individus et toutes les communautés peuvent vivre sans redouter les maladies à prévention vaccinale. Alors que la décennie touche à sa fin, il est temps de dresser le bilan des progrès réalisés dans le cadre du PAMV et d'appliquer les enseignements tirés à la stratégie mondiale de vaccination pour la prochaine décennie.

Ce rapport a été élaboré pour le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination (SAGE) par le Groupe de travail de la Décennie de la vaccination du SAGE (annexe 1).

Le présent rapport complète les rapports d'évaluation annuels préparés par le Groupe de travail de la Décennie de la vaccination du SAGE. Il analyse l'ensemble de la décennie, en s'appuyant sur un examen des progrès accomplis dans la réalisation des buts et objectifs du PAMV ainsi que sur les perceptions des intervenants recueillies par le biais de trois enquêtes, qui ont suscité 310 réponses parmi les partenaires de la vaccination et deux ensembles d'entretiens semi-structurés avec 80 intervenants réalisés en 2017-2019. Il intègre également de précieuses informations émanant des membres du Groupe de travail ainsi que des représentants des organisations partenaires et des bureaux régionaux de l'OMS qui ont largement contribué aux évaluations annuelles. L'annexe 3 fournit des liens vers l'ensemble des données qui ont servi à élaborer ce rapport.

Le présent document dresse le bilan des enseignements tirés du PAMV et formule des recommandations pour l'élaboration, le contenu et la mise en œuvre de la prochaine stratégie mondiale de vaccination.

Le Plan d'action mondial pour les vaccins 2011-2020 (PAMV) a été élaboré en vue de concrétiser la vision de la Décennie de la vaccination



RÉSUMÉ D'ORIENTATION

De grandes avancées, mais des objectifs non atteints

Au cours de la dernière décennie, de grands progrès ont été réalisés en matière de vaccination. Le nombre d'enfants vaccinés n'a jamais été aussi élevé, de plus en plus de pays introduisent de nouveaux vaccins et la communauté mondiale de la recherche et du développement (R-D) génère un flux régulier de vaccins nouveaux et améliorés.

Néanmoins, de nombreuses cibles du Plan d'action mondial pour les vaccins (PAMV) ne sont toujours pas atteintes. Au niveau mondial, la couverture par les vaccins essentiels stagne. Malgré des efforts soutenus, la poliomyélite n'est pas éradiquée et la rougeole connaît une résurgence inquiétante. Les bienfaits de la vaccination sont encore inégalement répartis, tant à l'intérieur des pays que d'un pays à l'autre.

Toutefois, le PAMV comportait des cibles ambitieuses pour stimuler l'action. Si l'on se focalise sur la distinction binaire entre « atteint/non atteint », on ne perçoit pas les progrès non négligeables qui ont été réalisés au cours de la décennie dans un grand nombre de pays, bien souvent dans des conditions très difficiles. L'absence de progrès dans un nombre relativement restreint de pays, généralement touchés par des conflits ou une instabilité politique chroniques, masque les avancées majeures réalisées ailleurs.

Une stratégie mondiale complète

Le Plan d'action mondial a été élaboré à l'issue d'une vaste consultation mondiale avec un éventail sans précédent de parties prenantes, y compris des pays. Il a créé un cadre mondial complet pour s'attaquer aux principaux problèmes de la vaccination. Il a défini une vision commune et créé un forum au sein duquel les partenaires de la vaccination peuvent discuter collectivement des sujets qui les préoccupent, ainsi qu'un mécanisme permettant de faire le lien entre les activités des partenaires mondiaux. Il a également servi de point focal essentiel en veillant à préserver la visibilité de la vaccination à l'échelle mondiale.

Le PAMV était une stratégie mondiale globale couvrant à la fois les initiatives en matière d'élimination/d'éradication des maladies et les activités des programmes nationaux de vaccination. Pour la première fois, elle mettait également l'accent sur la R-D de nouveaux vaccins et de nouvelles technologies vaccinales.

Une faible marge pour susciter le changement

Malgré ces atouts, dans la pratique, le PAMV ne disposait que d'une capacité limitée pour influencer les actions des pays et des partenaires afin d'atteindre ses objectifs.

Des décalages entre objectifs mondiaux et priorités nationales

Le Plan d'action mondial est largement considéré comme une stratégie descendante, axée sur des objectifs et des cibles mondiaux. En outre, comme le PAMV adhérerait au principe d'équité, il aspirait à atteindre des objectifs similaires pour tous les pays, quel que soit leur statut. De plus, contrairement aux attentes, il ne prévoyait pas de ressources supplémentaires. En conséquence, certains pays ont estimé que les objectifs et les délais fixés étaient irréalistes, ce qui a limité l'adhésion à ses objectifs.

En outre, les pays et les partenaires ont souvent adopté une approche sélective pour atteindre les objectifs du PAMV, en fonction de leurs propres priorités, plutôt que de s'engager pleinement sur tous les aspects du plan.

Une mise en œuvre partielle

Le Plan d'action mondial pour les vaccins devait être mis en œuvre au niveau des pays grâce à l'actualisation des plans nationaux de vaccination, avec l'appui des partenaires de développement. Or, cela ne s'est produit que dans une mesure limitée et, bien souvent, les ressources n'étaient pas suffisantes pour concrétiser les ambitions nationales ou les objectifs du PAMV.

Plus tard dans la décennie, les Plans d'action régionaux pour les vaccins ont permis de réduire l'écart entre la stratégie et la planification aux niveaux mondial et national. Cependant, il a fallu du temps pour les élaborer, ce qui a retardé la mise en œuvre du PAMV dans les régions et les pays.

Les services de vaccination étaient faiblement intégrés aux autres services de santé et les relations avec les autres secteurs étaient peu développées. Bien que de nombreux partenariats productifs aient été établis, les activités n'étaient pas toujours parfaitement coordonnées, que ce soit au niveau mondial ou national. Des acteurs tels que les organisations de la société civile (OSC) et le secteur privé peuvent jouer davantage de rôles. En l'absence de structure organisationnelle spécifique pour le PAMV, les possibilités d'établir des liens plus étroits avec les nouvelles priorités en matière de santé, comme la sécurité sanitaire mondiale, n'ont pas été pleinement exploitées.

De nombreuses activités de communication et de sensibilisation ont été organisées lors du lancement du PAMV. Elles n'ont toutefois pas été poursuivies pendant toute la décennie, et la faible visibilité du PAMV, en particulier auprès des acteurs nationaux, peut également avoir réduit son impact.

Un suivi rigoureux, mais une responsabilisation limitée

Le PAMV a élaboré un cadre de suivi, d'évaluation et de responsabilisation à la fois novateur et complet. Il a défini un ensemble commun d'indicateurs pour évaluer les progrès et permettre aux pays de comparer leurs résultats. De même, il a attiré l'attention sur la valeur des données de qualité et sensibilisé aux inégalités de couverture au sein des pays.

Toutefois, la présentation de rapports annuels détaillés n'a pas suffi à garantir la responsabilisation ou à influencer les activités des pays et des partenaires dans la mesure nécessaire à la réalisation des objectifs du PAMV. Au niveau des pays, les données recueillies n'ont souvent eu qu'un impact minime ou insignifiant sur la planification et le fonctionnement des programmes.

Les moyennes mondiales ont masqué des variations nationales considérables, occultant des progrès exceptionnels dans de nombreux pays et régions. En outre, elles fournissaient peu d'explications sur les causes sous-jacentes et les mesures correctives envisageables. En outre, les indicateurs nationaux masquaient d'importantes disparités au niveau infranational. Certains indicateurs étaient compliqués et difficiles à interpréter, ou ne saisissaient pas toute la complexité des objectifs du PAMV.

Une pertinence pérenne dans des contextes en évolution constante

La plupart des buts et objectifs identifiés par le PAMV demeurent pertinents aujourd'hui, et ses cibles sont des engagements convenus à l'échelle mondiale qui permettront de se rapprocher des objectifs de développement durable (ODD).

La dernière décennie a été caractérisée par une volatilité considérable. Une urbanisation galopante, des migrations et des déplacements, des conflits et de l'instabilité politique, le coût inabordable des nouveaux vaccins dans les pays à revenu intermédiaire, les pénuries de vaccins inattendues aux niveaux local et mondial et une réticence croissante face à la vaccination sont autant de difficultés majeures qui se sont posées pendant cette décennie. Bien que conscient de ces problèmes, le PAMV ne disposait que de moyens limités pour influencer les ripostes à l'échelon mondial, régional et national.

Le monde continue de connaître des flambées de maladies infectieuses évitables par la vaccination, et les objectifs d'élimination des maladies n'ont pas encore été atteints. Le PAMV couvrait à la fois des initiatives axées sur des maladies spécifiques et le renforcement des programmes nationaux de vaccination. Ces deux approches ont leurs avantages, mais l'expérience de la dernière décennie montre que l'élimination dépend en définitive de la base fournie par de solides programmes nationaux de vaccination.

Ces réflexions plaident en faveur d'une nouvelle stratégie mondiale de vaccination, qui s'appuie sur les points forts du PAMV et sur les enseignements tirés au cours de la dernière décennie.

RECOMMANDATIONS DE HAUT NIVEAU

Une stratégie mondiale de vaccination après 2020 devrait :

1. S'appuyer sur les enseignements tirés de l'expérience du Plan d'action mondial pour les vaccins, afin de garantir une mise en œuvre plus rapide et plus complète aux niveaux mondial, régional et national

2. Mettre l'accent sur les pays :

- 2a. Placer les pays au centre de l'élaboration et de la mise en œuvre de la stratégie pour en assurer la spécificité et la pertinence par rapport au contexte
- 2b. Renforcer la prise de décisions reposant sur des bases factuelles et pilotée par les pays
- 2c. Encourager la recherche et le partage d'innovations pour améliorer l'exécution des programmes
- 2d. Promouvoir l'utilisation de la recherche par les pays pour accélérer l'adoption des vaccins et des technologies vaccinales et pour améliorer l'exécution des programmes.

3. Maintenir la dynamique en vue de la réalisation des objectifs du PAMV :

- 3a. Incorporer les éléments clés du PAMV, en tenant compte de son exhaustivité et de la nécessité d'enregistrer chaque année des progrès en matière de vaccination.
- 3b. Insister plus particulièrement sur les situations d'urgence humanitaire, les déplacements et les migrations, et la fragilité chronique
- 3c. Encourager une plus grande intégration entre les initiatives d'élimination des maladies et les programmes nationaux de vaccination
- 3d. Encourager une plus grande collaboration et une meilleure intégration tant à l'intérieur du secteur de la santé qu'à l'extérieur

4. Établir un modèle de gouvernance mieux à même de transformer la stratégie en action :

- 4a. Créer une structure de gouvernance et un modèle opérationnel solides et flexibles reposant sur une collaboration plus étroite entre les partenaires à tous les niveaux
- 4b. Intégrer la flexibilité nécessaire pour détecter les problèmes émergents et y remédier
- 4c. Élaborer et poursuivre une solide stratégie de communication et de sensibilisation

5. Promouvoir la planification à long terme pour le développement et la mise en œuvre de nouveaux vaccins et d'autres innovations en matière de prévention, afin que les populations en bénéficient le plus rapidement possible

6. Promouvoir l'utilisation des données pour stimuler et guider l'action et éclairer la prise de décisions

7. Renforcer le suivi et l'évaluation aux niveaux national et infranational pour promouvoir une plus grande responsabilisation

Vous trouverez des recommandations techniques plus détaillées à la page 26.



I. HISTORIQUE DU PAMV

À l'origine de cette initiative, il y a l'appel lancé par Bill et Melinda Gates à l'occasion du Forum économique mondial de 2010 pour faire de la prochaine décennie la « Décennie de la vaccination ». Après le lancement du Programme élargi de vaccination en 1974 et l'engagement en faveur de la vaccination universelle des enfants en 1984, la couverture vaccinale mondiale avec la série de trois doses du vaccin DTC (diphtérie-tétanos-coqueluche) a quadruplé pour atteindre 84 % en 2010. La variole était éradiquée et l'utilisation des vaccins progressait à grands pas pour lutter contre d'autres maladies infectieuses. L'Alliance GAVI, créée en 2000, permettait aux pays les plus pauvres d'accéder aux nouveaux vaccins, tandis que la Vision et la Stratégie mondiales pour la vaccination, lancées en 2006, proposaient une vision commune et des stratégies spécifiques pour protéger un plus grand nombre de personnes contre un nombre accru de maladies. De nouveaux vaccins encore plus prometteurs étaient en cours de développement.

Toutefois, les progrès de la vaccination ne profitaient pas de manière égale à tous. D'importantes inégalités en matière d'accès et de couverture existaient tant d'un pays à l'autre qu'à l'intérieur d'un même pays. Ces disparités ont conduit à la vision de la Décennie de la vaccination, celle d'un monde dans lequel tous les individus et toutes les communautés peuvent vivre sans redouter les maladies à prévention vaccinale.

Élaboration du PAMV

La Décennie de la vaccination a été lancée en 2010 afin d'élaborer un plan commun pour réaliser cette vision. La collaboration était dirigée par l'OMS, l'UNICEF, l'Alliance GAVI, l'Institut national américain des allergies et des maladies infectieuses et la Fondation Bill et Melinda Gates, coordonnée par l'Institut de Salud Global Barcelona, Espagne, et financée par la Fondation Bill et Melinda Gates. Un conseil composé des directeurs des organisations chefs de file et d'un représentant de l'Alliance des dirigeants africains contre le paludisme a apporté appui et conseils stratégiques.

La Décennie de la vaccination a constitué un comité directeur, réuni plusieurs groupes de travail pour rédiger le PAMV et mené une série de consultations auprès d'un large éventail d'experts afin d'affiner son contenu. Parmi ceux-ci, on retrouvait des élus, des professionnels de santé, des universitaires, des industriels, des organismes internationaux, des partenaires de développement, des OSC et des médias de plus de 140 pays et 290 organismes. Un groupe de travail a ensuite élaboré un cadre de suivi, d'évaluation et de responsabilisation.

Les ministres de la santé ont approuvé à l'unanimité le PAMV lors de l'Assemblée mondiale de la Santé de 2012 ; le cadre de suivi et d'évaluation a été approuvé un an plus tard. Au cours des années suivantes, des plans d'action régionaux pour les vaccins et des plans nationaux pluriannuels ont été élaborés ou mis à jour pour les mettre en conformité avec le PAMV. Les intervenants africains sont même allés jusqu'à mobiliser une volonté politique en faveur de la vaccination, en convoquant la Conférence ministérielle sur la vaccination en Afrique en 2016. Cette réunion a lancé la Déclaration d'Addis-Abeba sur la vaccination, par laquelle les chefs d'État et les ministres de la santé, des finances, de l'éducation et des affaires sociales ainsi que les dirigeants locaux ont pris dix engagements spécifiques pour promouvoir la santé sur le continent africain par des investissements continus dans la vaccination.

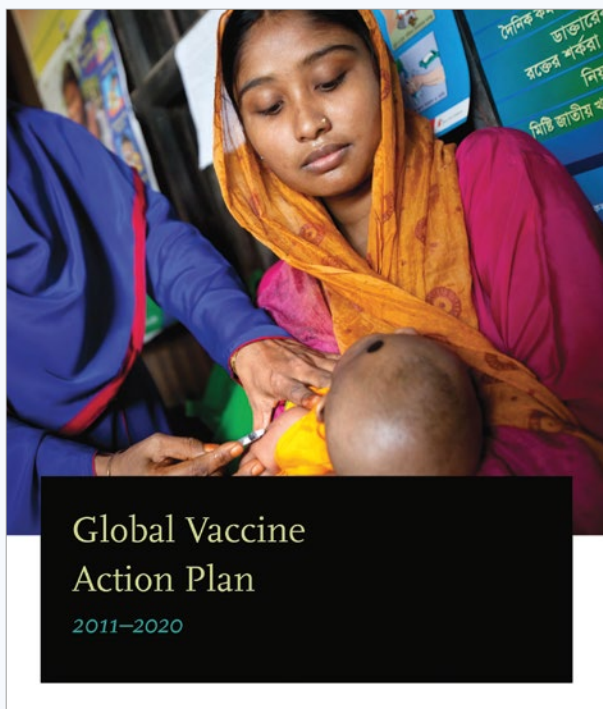
Plus de 140 pays ont participé à l'élaboration du PAMV

Conception du PAMV

Le PAMV a rassemblé les objectifs de vaccination déjà approuvés par l'Assemblée mondiale de la Santé et fixé de nouveaux objectifs ambitieux dans d'autres domaines. Les objectifs préexistants comprenaient l'éradication de la poliomyélite, l'élimination de la rougeole et de la rubéole région par région, l'élimination du tétanos maternel et néonatal dans les pays prioritaires et la réalisation d'une couverture vaccinale équitable et d'un niveau élevé. Le PAMV demandait également que des mesures soient prises pour réduire les inégalités de couverture dues à la situation géographique, à l'âge, au sexe, au handicap, au niveau d'instruction, au statut socioéconomique, à l'origine ethnique et à la situation professionnelle, et pour réduire le taux d'abandon. En outre, une série d'indicateurs d'entrée et de processus ont été mis au point pour évaluer l'appropriation par le pays, le financement, l'intégration des services, la qualité des données et la disponibilité des vaccins. De même, des indicateurs ont également été élaborés pour suivre les progrès réalisés dans la conception et le déploiement de nouveaux vaccins et de technologies novatrices.

Pour guider les pays et les partenaires, le PAMV a défini un ensemble complet d'activités pour concrétiser ces ambitions et décrit la contribution que pourrait apporter chaque acteur de la vaccination, des familles et communautés aux agences mondiales. Le PAMV a invité les parties prenantes, y compris les gouvernements nationaux, à assumer la responsabilité de la mise en œuvre de ces activités, y compris la traduction de la stratégie en plans opérationnels détaillés et la mobilisation des ressources humaines et financières nécessaires à leur réalisation.

LE PAMV EN BREF



Vision

Un monde dans lequel tous les individus et toutes les communautés peuvent vivre sans redouter les maladies à prévention vaccinale.

Principes directeurs

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

Buts

1. Parvenir à un monde exempt de la poliomyélite
2. Atteindre les cibles en matière de couverture vaccinale dans chaque région, pays et collectivité
3. Dépasser la cible de l'objectif 4 des OMD (objectifs du Millénaire pour le développement) portant sur la réduction de la mortalité infanto-juvénile
4. Atteindre les cibles mondiales et régionales en matière d'élimination
5. Mettre au point et introduire des technologies et des vaccins nouveaux ou améliorés

Objectifs stratégiques

1. Tous les pays s'engagent en faveur de la vaccination en tant que priorité
2. Les individus et les collectivités comprennent la valeur des vaccins et réclament la vaccination à la fois comme un droit et une responsabilité
3. Les bénéfices de la vaccination sont équitablement étendus à tous les individus
4. Des systèmes de vaccination forts font partie intégrante d'un système de santé performant
5. Les programmes de vaccination ont durablement accès à un financement prévisible, à un approvisionnement de qualité et à des technologies innovantes
6. Les innovations apportées par la recherche-développement aux niveaux national, régional et mondial maximisent les bénéfices de la vaccination

Mise en œuvre

La mise en œuvre du PAMV a pris deux formes. Premièrement, le PAMV incluait les activités en cours des programmes nationaux de vaccination et des partenariats et alliances mondiaux existants. Les partenariats et alliances mondiaux comprenaient des programmes bénéficiant de ressources suffisantes, tels que l'Alliance GAVI et l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, ainsi que des initiatives moins bien pourvues, comme l'Initiative contre la rougeole et la rubéole et l'Initiative pour l'élimination du tétanos maternel et néonatal.

Deuxièmement, il y avait les mesures qui découlaient directement du PAMV. Il s'agissait notamment de l'élaboration ou de la mise à jour des plans d'action régionaux pour les vaccins et de la **Déclaration d'Addis-Abeba sur la vaccination** ; du processus mondial de suivi, d'évaluation et de responsabilisation ; et des **Semaines mondiales de la vaccination** et autres activités entreprises pour accroître la visibilité de la vaccination.



Le processus mondial de suivi, d'évaluation et de responsabilisation était le seul aspect du PAMV qui disposait de ressources spécifiques. Ainsi, on a ajouté les indicateurs du PAMV à la fiche commune de déclaration OMS/UNICEF, et SAGE a créé le Groupe de travail de la Décennie de la vaccination pour évaluer les progrès et formuler des recommandations en vue d'un changement de cap. Tout au long de la décennie, les pays ont présenté des rapports annuels, l'OMS et les organismes partenaires ont compilé des rapports de situation, et le **rapport d'évaluation indépendant de SAGE** et ses recommandations ont été examinés chaque année au titre d'un point permanent de l'ordre du jour de l'Assemblée mondiale de la Santé.

D'autres résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé relatives à la vaccination, appelant à la transparence des prix et à une plus grande accessibilité financière des vaccins, ainsi qu'à l'accélération des progrès en vue d'atteindre les cibles du PAMV, ont été adoptées respectivement en 2015 et 2017.





II. PROGRÈS RÉALISÉS AU COURS DE LA DÉCENNIE DE LA VACCINATION

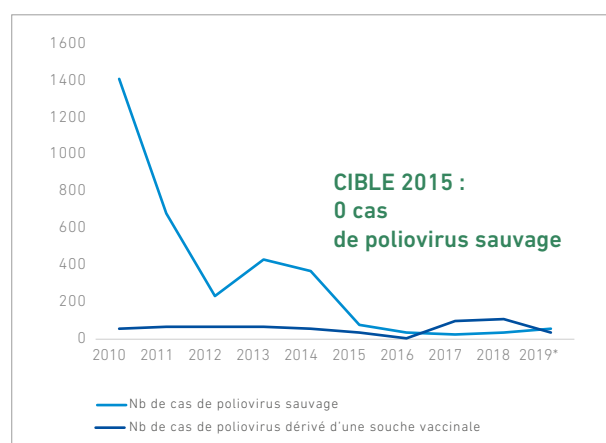
La plupart des objectifs du PAMV ne seront vraisemblablement pas atteints d'ici 2020 (voir l'annexe 3 pour les liens vers les données complètes). Néanmoins, même si les progrès sont insuffisants, ils sont constants dans de nombreux domaines.

Objectif 1 : Éradication de la poliomyélite

Malgré des progrès considérables (Figure 1), les efforts d'éradication de la poliomyélite se heurtent à d'importants problèmes de sécurité et d'acceptation par la communauté dans les derniers foyers de transmission du poliovirus sauvage. Le poliovirus sauvage de type 2 a été certifié comme étant éradiqué en 2015 et le poliovirus sauvage de type 3 n'a pas été détecté depuis 2012. Le poliovirus sauvage de type 1 semble ne circuler actuellement qu'en Afghanistan et au Pakistan.

Le poliovirus dérivé d'une souche vaccinale continue de circuler dans un certain nombre de pays. Ces cas soulignent l'importance de maintenir une couverture vaccinale élevée dans le cadre des programmes nationaux de vaccination.

Figure 1. Cas de poliovirus sauvage dans le monde et cas de poliovirus dérivé d'une souche vaccinale en circulation 2010-2019 (au 17 juillet 2019)



Objectif 2 : Atteindre les objectifs d'élimination mondiaux et régionaux

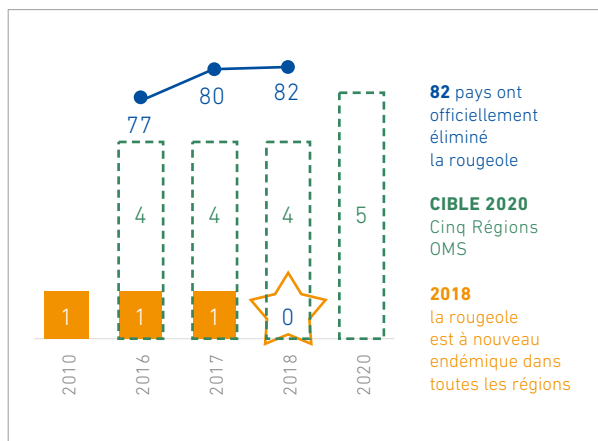
Élimination de la rougeole. La vaccination a réduit l'incidence déclarée de la rougeole de 83 % depuis 2000, évitant ainsi 21,1 millions de décès. Toutefois, les cas de rougeole ont récemment réapparu dans toutes les régions et l'incidence mondiale a doublé entre 2017 et 2018 ; cette tendance se poursuit en 2019. Les six régions de l'OMS se sont toutes engagées à éliminer la rougeole d'ici 2020. La Région des Amériques a été certifiée comme ayant éliminé la rougeole en 2016, mais, des flambées ayant éclaté dans plusieurs pays à partir de 2017, la certification régionale lui a été retirée en 2018.

De nombreux pays ont réussi à interrompre la transmission de la rougeole et à conserver le statut de pays sans rougeole. Cependant, cette maladie continue de circuler sans interruption dans toutes les régions du monde (Figure 2).

La couverture mondiale avec la première dose du vaccin antirougeoleux s'est stabilisée autour de 86 % ; ce taux est trop faible pour parvenir à l'élimination, et l'on observe des variations importantes dans la couverture d'un pays à l'autre et à l'intérieur de chaque pays. Alors que la couverture mondiale avec la deuxième dose du vaccin antirougeoleux dans les programmes nationaux de vaccination n'a cessé d'augmenter, passant de 42 % en 2010 à 69 % en 2018, près d'un tiers des enfants ne reçoivent toujours pas les deux doses nécessaires pour maximiser leur protection.

Même dans les pays à forte couverture vaccinale, des grappes d'enfants et d'adultes non vaccinés perpétuent le risque de flambées. Ces dernières, en particulier celles dues aux importations, concernent les pays à revenu élevé, intermédiaire ou faible, ce qui montre la nécessité d'une coordination transfrontière aux niveaux régional et mondial. Les problèmes d'efficacité des programmes de vaccination et de réticence à se faire vacciner constituent également des enjeux importants.

Figure 2. Nombre de régions et de pays pour lesquels l'élimination de la rougeole a été vérifiée



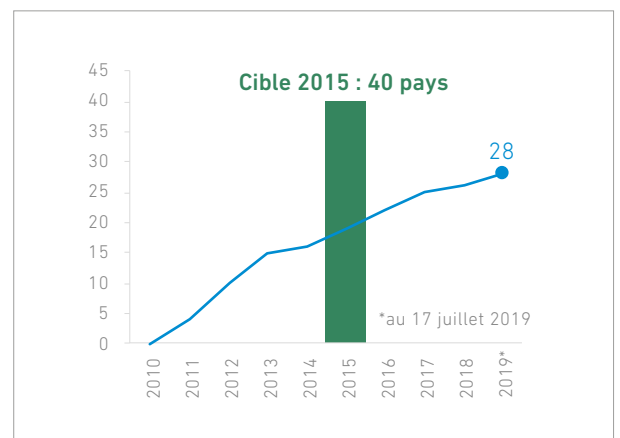
La rougeole est éliminée dans 82 pays, mais des flambées de grande ampleur se sont produites dans toutes les Régions de l'OMS en 2018

Élimination de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale (SRC). La rubéole n'est pas aussi infectieuse que la rougeole et la prévention ne nécessite qu'une seule dose de vaccin ; elle devrait donc être plus facile à éliminer. Or, l'objectif du PAMV (élimination de la rubéole et du SRC dans cinq Régions de l'OMS d'ici 2020) ne sera pas atteint. En 2018, 168 pays sur 194 avaient mis en œuvre la vaccination contre la rubéole et une seule Région de l'OMS est exempte de rubéole.

Élimination du tétanos maternel et néonatal.

Les progrès sont réguliers, mais il est peu probable que l'objectif mondial - l'élimination dans 40 pays prioritaires - soit atteint d'ici 2020 (Figure 3). En juillet 2019, seuls 28 de ces pays avaient éliminé cette maladie. Bien que plus de 30 000 nouveau-nés soient morts du tétanos en 2017, cela représente une réduction de 85 % depuis 2000..

Figure 3. Nombre de pays prioritaires ayant validé l'élimination du tétanos maternel et néonatal



Objectif 3 : Atteindre les cibles en matière de couverture vaccinale dans chaque région, pays et collectivité

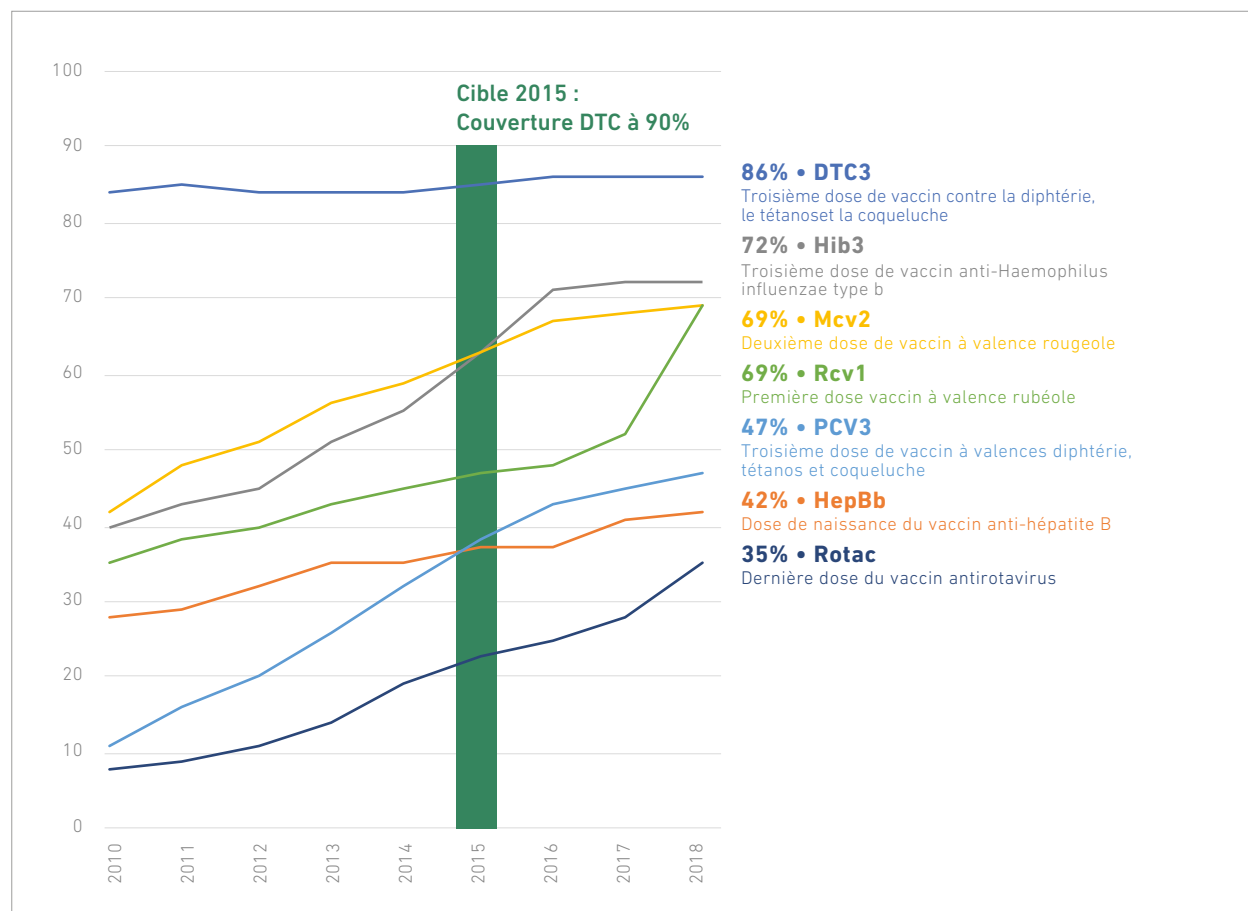
Entre 2010 et 2018, la couverture par trois doses de DTC s'est stabilisée à environ 86 % au niveau mondial. Cependant, de fait de la croissance de la population, les enfants n'ont jamais été aussi nombreux à recevoir les trois doses recommandées de DTC avant leur premier anniversaire : en 2018, 116 millions de nourrissons ont reçu trois doses de DTC, soit environ 4,9 millions de plus qu'en 2010. Néanmoins, chaque année, près de 20 millions de nourrissons ne reçoivent pas l'ensemble des vaccins recommandés.

À l'échelle mondiale, la couverture a augmenté pour de nombreux vaccins (Figure 4). Le taux de couverture vaccinale est extrêmement variable d'un pays et d'une région à l'autre, et si la richesse nationale est un facteur important, elle n'est pas l'unique facteur de réussite : certains pays à faible revenu sont parvenus à une couverture équitable et de niveau élevé, tandis que plusieurs pays à revenu élevé sont à la traîne. La couverture est restée faible dans plusieurs pays au cours de la décennie et a diminué dans certains, notamment plusieurs pays touchés par des conflits et des crises économiques et sociales.

Si la couverture s'est améliorée pour de nombreux vaccins, il subsiste bien des inégalités, tant à l'intérieur des pays qu'entre eux. En 2018, environ un tiers seulement des pays atteignent l'objectif d'une couverture de 80 % ou plus pour le DTC3 dans chaque district.

La couverture vaccinale pour le DTC3 stagne à 86 % au niveau mondial depuis 2010

Figure 4. Couverture mondiale pour certains vaccins



Objectif 4. Mettre au point et introduire des vaccins et des technologies nouveaux et améliorés

Au total, 116 pays à revenu faible ou intermédiaire ont introduit au moins un vaccin entre 2010 et 2017. L'objectif du PAMV, qui consiste à introduire au moins un nouveau vaccin d'ici à 2020 dans les 139 pays à revenu faible ou intermédiaire, ne sera probablement pas atteint, mais il s'en faudra de peu (Figure 5).

Néanmoins, les pays ont introduit de nouveaux vaccins plus rapidement que jamais au cours de la dernière décennie. Depuis 2011, plus de 470 vaccins ont été introduits dans des pays à revenu faible ou intermédiaire et plusieurs de ces pays ont introduit jusqu'à six ou sept vaccins.

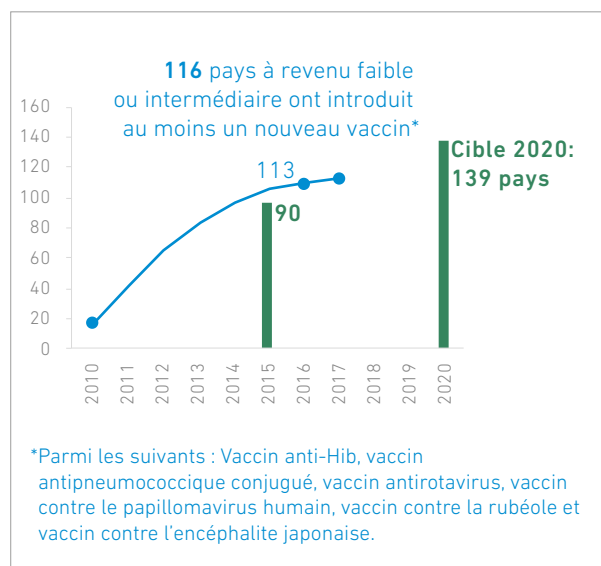
Les pays à revenu intermédiaire qui ne remplissent pas les conditions requises pour bénéficier du soutien de l'Alliance GAVI ont introduit moins de vaccins, en partie parce que l'adoption de vaccins plus récents et plus coûteux s'est faite lentement.

L'introduction à grande échelle d'un vaccin antiméningococcique du groupe A (« MenAfriVac »), conçu spécifiquement pour l'Afrique, a été particulièrement importante pendant cette décennie. L'utilisation de ce vaccin a pratiquement éliminé la méningite A dans les 26 pays de la « ceinture africaine de la méningite », où, en 2016, une épidémie avait touché 250 000 personnes et fait 25 000 morts.

Au 31 décembre 2018, le vaccin anti-Haemophilus influenzae type b (Hib) avait été introduit dans 191 pays sur 194, le vaccin antipneumococcique conjugué (PCV) dans 140 pays et le vaccin antirotavirus dans 97 pays. Le vaccin contre le virus du papillome humain (VPH) est actuellement administré aux adolescentes dans 90 pays. L'introduction coordonnée à l'échelle mondiale du vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI), désormais utilisé dans 192 pays, est l'une des avancées majeures de cette décennie.

Pour renforcer la tendance à la vaccination tout au long de la vie, la recommandation mondiale concernant le tétanos préconise la vaccination à différents âges pour garantir une protection à vie.

Figure 5. Introductions de nouveaux vaccins entre 2010 et 2017 dans les pays à revenu faible ou intermédiaire



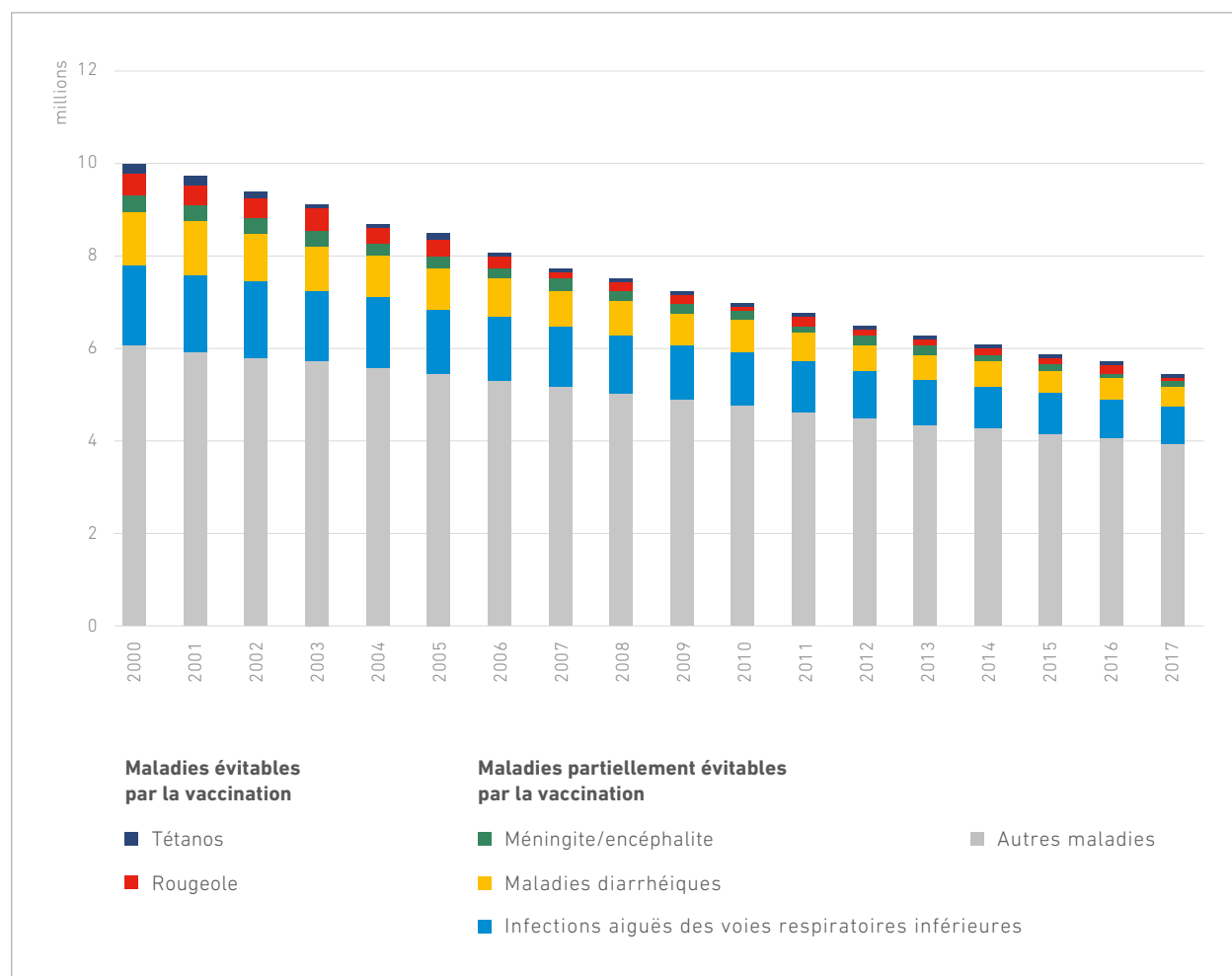
Plus de 80 % des pays à revenu faible ou intermédiaire ont introduit de nouveaux vaccins depuis 2010

Objectif 5 : Dépasser la cible de l'objectif 4 des OMD (objectifs du Millénaire pour le développement) portant sur la réduction de la mortalité infanto-juvénile

Le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans a considérablement baissé au cours des dernières décennies, et la diminution du nombre de décès d'enfants depuis 1990 est due en grande

partie à une réduction des maladies évitables par la vaccination (Figure 6). Entre 2010 et 2017, le taux de mortalité a diminué de 24 %, passant de 52 à 39 décès pour 1000 naissances vivantes. La cible de l'ODM 4 était de réduire de deux tiers le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans entre 1990 et 2015. Et grâce aux progrès récents, cette cible est en passe d'être atteinte.

Figure 6. Nombre total de décès d'enfants de moins de cinq ans dus à certaines maladies évitables par la vaccination entre 1990 et 2017



Source : OMS, données de l'Observatoire mondial de la santé, novembre 2018.

Depuis 2010, la mortalité des enfants a reculé d'un quart au niveau mondial

Objectifs stratégiques

Des progrès importants ont été enregistrés dans la réalisation des six objectifs stratégiques du PAMV.

Donner la priorité à la vaccination

Les **dépenses publiques** consacrées aux programmes nationaux de vaccination ont augmenté d'environ un tiers entre 2010/11 et 2017/18 dans les pays à revenu faible ou intermédiaire qui ont communiqué des données. Cependant, les vaccins les plus récents sont généralement plus chers et leur disponibilité est actuellement fortement tributaire des financements accordés par l'Alliance GAVI, ce qui fait planer des doutes sur la pérennité de l'accès. En outre, les dépenses publiques ont été très volatiles d'une année sur l'autre au cours de la décennie, et ont diminué dans une douzaine de pays.

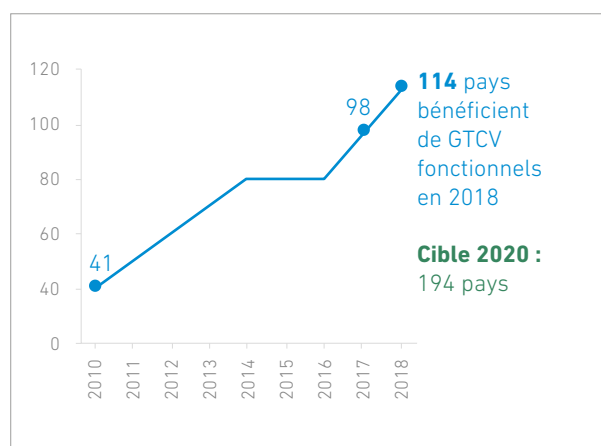
Les pays ont investi dans le renforcement de leur **capacité à prendre des décisions fondées sur des bases factuelles**. Le nombre de pays dont les Groupes techniques consultatifs nationaux sur la vaccination (GTCV) répondent à tous les critères de processus PAMV a presque triplé, passant de 41 en 2010 à 114 en 2018 (Figure 7). Aujourd'hui, 85 % de la population mondiale est couverte par ces GTCV, contre 52 % en 2010.

Quelque 85 % de la population mondiale est couverte par un GTCV répondant à des critères de fonctionnement définis

Stimuler la demande

De plus en plus de pays communiquent régulièrement des données sur la réticence face à la vaccination (161 pays en 2017). Les causes sont diverses, aucun facteur ne représentant à lui seul plus d'un tiers des cas, et elles sont souvent très liées au contexte. L'OMS recommande le déploiement d'une stratégie sur plusieurs fronts pour y faire face. L'UNICEF, l'Alliance GAVI et de nombreux pays sont en train d'élaborer des programmes pour lutter contre ces réticences en amont.

Figure 7. Nombre de GTCV fonctionnels dans le monde



Remédier aux inégalités et gérer les situations d'urgence

La nature et l'ampleur des inégalités diffèrent d'un pays à l'autre et à l'intérieur d'un même pays. La situation économique et la marginalisation sociale restent des facteurs clés associés à une faible couverture, alors que les communautés urbaines pauvres et les communautés rurales isolées demeurent encore souvent mal desservies. Les stratégies existantes, telles que *Reach Every Community*, visent à remédier aux inégalités infranationales en matière de couverture, mais ne répondent pas aux besoins des personnes en transit.

En outre, de nouvelles initiatives ont été lancées pour faire en sorte que les personnes touchées par les flambées épidémiques et les crises humanitaires bénéficient de services de vaccination. Consciente de la charge que représentent les maladies à tendance épidémique, l'Alliance GAVI a étendu son soutien aux vaccins d'urgence contre le choléra, la méningite à méningocoque, la fièvre jaune et la maladie à virus Ebola.

Les conflits, les déplacements et les migrations ayant créé la plus grande population de personnes vulnérables de l'histoire de l'humanité et les changements climatiques étant susceptibles d'aggraver les perturbations, un « mécanisme humanitaire » a été mis au point pour l'achat de vaccins abordables pour les populations confrontées à des situations d'urgence humanitaire. En outre, l'Alliance GAVI a mis en place une politique pour les situations de fragilité, les situations d'urgence et les réfugiés.

Renforcement et intégration des systèmes de santé

Les **capacités des systèmes de vaccination** ont été renforcées dans de nombreux pays, par exemple grâce à la restructuration des chaînes d'approvisionnement dans des pays aussi différents que l'Éthiopie, le Bénin et le Canada. En 2017, 69 pays avaient reçu confirmation de l'appui de l'Alliance GAVI pour le renforcement de leurs systèmes de santé afin d'améliorer les fonctions des programmes de vaccination. Les ruptures de stocks ont diminué depuis 2016, mais le nombre de pays signalant des ruptures de stocks au niveau national reste bien supérieur à l'objectif fixé pour 2020, et les systèmes de distribution et de livraison restent insuffisants dans de nombreux pays.

Au cours de la décennie, les **stratégies de lutte intégrée contre les maladies** se sont multipliées. Elles associent la vaccination à d'autres interventions comme le renforcement de la surveillance, la réduction des risques et l'amélioration des traitements. Malheureusement, la mise en œuvre de certaines stratégies à long terme a peu progressé.

De nouvelles stratégies mondiales de lutte contre le choléra et la fièvre jaune ont été élaborées et des stratégies intégrées de lutte contre la méningite et le paludisme sont en cours d'élaboration, anticipant l'arrivée sur le marché de nouveaux vaccins.

Le PAMV envisageait un renforcement de la coordination entre la vaccination et d'autres aspects des **soins de santé primaires**. On observe une certaine intégration de la prestation des services, comme les soins prénatals et la vaccination maternelle (par exemple, diphtérie/tétanos/coqueluche et vaccination des femmes enceintes contre la grippe) et la vaccination contre le VPH dans les écoles. La vaccination continue d'avoir une plus grande portée que d'autres services, ce qui donne à penser qu'il est possible d'utiliser la vaccination pour améliorer l'accès à d'autres services de santé.

Financement durable et approvisionnement en vaccins

L'**appui apporté par les donateurs** à la vaccination s'est accru au niveau mondial, passant d'un peu moins d'un demi-milliard de dollars en 2010 à plus d'un milliard de dollars en 2018. Les budgets d'aide au développement étant comprimés dans certains pays donateurs, les multiples intérêts en concurrence pour obtenir l'aide des donateurs, l'augmentation du nombre de pays se trouvant dans une situation transitoire pour le soutien de l'Alliance GAVI et le financement de l'éradication de la poliomyélite commençant à diminuer, la vaccination risque de rencontrer des difficultés croissantes pour obtenir un appui financier extérieur. Une planification efficace de la transition pour la poliomyélite sera indispensable pour maintenir les fonctions essentielles des programmes nationaux de vaccination.

À l'échelle mondiale, l'appui apporté par les donateurs à la vaccination a dépassé US \$1 milliard en 2018

Pour améliorer les marchés des vaccins, l'Alliance GAVI a créé des incitations pour que de nouveaux fabricants entrent sur le marché, améliorant ainsi l'accès au vaccin antipneumococcique conjugué (PCV), à celui contre le virus du papillome humain (VPH) et au vaccin contre la maladie à virus Ebola. Des mécanismes novateurs d'approvisionnement et de financement mis au point par l'UNICEF et l'Alliance GAVI ont permis de ramener le prix moyen pondéré du vaccin pentavalent de US \$2,98 en 2010 à US \$0,79 en 2019 dans les pays membres de l'Alliance GAVI, soit plusieurs centaines de millions de dollars d'économies. En particulier, une plus grande clarté sur les besoins futurs probables a encouragé davantage d'entreprises à se lancer dans la fabrication de vaccins pentavalents et antirotavirus. Cependant, on a constaté des pénuries pour plusieurs vaccins, notamment le BCG, le VPI (vaccin antipoliomyélitique inactivé) et le vaccin anti-malaria. La diversité croissante des formulations et des combinaisons de vaccins soulève également la question de la dépendance croissante des pays à l'égard d'un nombre relativement restreint de fabricants pour certains produits.

Entre 2010 et 2019, le prix du vaccin pentavalent a chuté de plus de 70 % pour les pays membres de l'Alliance GAVI

Les pays à revenu intermédiaire continuent de signaler que le coût des vaccins constitue un obstacle majeur à leur introduction. S'ils paient les vaccins plus chers, c'est en partie car ils manquent de capacités d'achat et ont des processus réglementaires sous-optimaux. Pour répondre à leurs besoins, la **plateforme d'information sur les marchés pour l'accès aux vaccins** (Market Information for Access to Vaccines) vise à rendre le prix des vaccins plus transparent, à faire mieux correspondre l'offre mondiale et les besoins nationaux et à améliorer les capacités des pays à acheter les vaccins.

Recherche et développement

Au cours de la décennie, des **vaccins améliorés** contre la typhoïde et le rotavirus et de **nouveaux vaccins** contre la dengue, la méningite B et le choléra ont été homologués et ont commencé à être utilisés. En outre, des progrès remarquables ont été réalisés dans la mise au point de vaccins contre d'autres maladies. Le vaccin antipaludique le plus avancé fait l'objet d'études pour son application expérimentale dans trois pays africains, parallèlement à la poursuite de la lutte antivectorielle et de l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide. Un nouveau vaccin contre

la tuberculose a récemment démontré sa capacité à réduire la progression de l'infection latente à la maladie active. Des essais d'efficacité déterminants sont en cours pour deux vaccins candidats contre le VIH. Les progrès réalisés en vue de la mise au point d'un vaccin antigrippal universel sont plus lents, bien que plusieurs candidats en soient aux premières évaluations cliniques, et des priorités clés pour la recherche future ont été établies.

La flambée de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest et les infections par le virus Zika dans les Amériques ont attiré l'attention du monde entier sur la menace des **infections émergentes et réémergences**. Des mécanismes ont été mis en place pour coordonner et soutenir des ripostes mondiales, notamment le Schéma directeur de l'OMS sur la recherche-développement pour la prévention des épidémies et la Coalition pour les innovations en matière de préparation aux épidémies (CEPI). Des résultats très prometteurs sur l'efficacité du vaccin anti-Ebola ont été obtenus pour des vaccins candidats pendant la flambée en Afrique de l'Ouest, et un vaccin anti-Ebola a été utilisé en 2019 en République démocratique du Congo dans le cadre de dispositions sur l'utilisation humanitaire.

Trois pays africains ont lancé des études sur l'application expérimentale du vaccin antipaludique

De multiples nouvelles **technologies d'administration**, telles que l'administration sans aiguille, les contenants primaires scellés à l'aide de la technologie BFS (formage-remplissage-scellage) et les pastilles de contrôle des vaccins améliorées, ont été homologuées et préqualifiées par l'OMS. Toutefois, la mise en œuvre sur le terrain est lente, en partie en raison des coûts associés au passage à de nouvelles technologies. De même, si trois vaccins ont été homologués pour une utilisation en chaîne de température contrôlée, leur mise en œuvre à grande échelle est limitée.

La sensibilisation à l'importance de la recherche sur la mise en œuvre et de la recherche opérationnelle s'est accrue. D'importants programmes de recherche sur la mise en œuvre ont été organisés pour la vaccination contre le VPH et le paludisme. Néanmoins, le potentiel de la recherche opérationnelle et de la **recherche sur la mise en œuvre** pour accélérer l'introduction de nouveaux produits et processus et améliorer l'exécution des programmes n'est pas encore pleinement exploité.

ÉVOLUTIONS MAJEURES DU CONTEXTE MONDIAL DE LA VACCINATION SUR 2010-2019

Changements démographiques

La population mondiale est passée de 6,96 milliards d'habitants en 2010 à 7,71 milliards en 2019, la Région africaine et la Région de la Méditerranée orientale étant celles où la croissance est la plus rapide. La proportion de la population vivant en milieu urbain est passée de 50,7 % de la population mondiale en 2010 à 55 % en 2018.

Crises humanitaires et migrations de populations

En 2010, selon le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, 33,9 millions de personnes ont été déplacées de force. En 2018, leur nombre s'élevait à 70,8 millions, un record historique. Ce chiffre comprend 25,9 millions de réfugiés, 41,3 millions de personnes déplacées dans leur propre pays et 3,5 millions de demandeurs d'asile. Une personne sur 108 dans le monde est déplacée.

Attention accrue portée aux maladies infectieuses émergentes, à la préparation aux épidémies et à la sécurité sanitaire mondiale

Ces dernières années ont été marquées par d'importantes flambées de maladies infectieuses telles que le virus Zika dans les Amériques, la maladie à virus Ebola en Afrique, le choléra au Yémen et en Syrie, ou la diphtérie chez les réfugiés Rohingya au Bangladesh. En outre, la résistance aux antimicrobiens constitue un risque grandissant.

Les Objectifs de développement durable succèdent aux objectifs du Millénaire pour le développement en 2016

La vaccination contribue à 14 des 17 ODD et joue un rôle particulièrement important pour l'ODD3, sur la santé et le bien-être. La vaccination occupe une place moins importante dans le cadre de mesure des ODD car elle est mesurée par un indicateur composite sur l'accès aux médicaments.

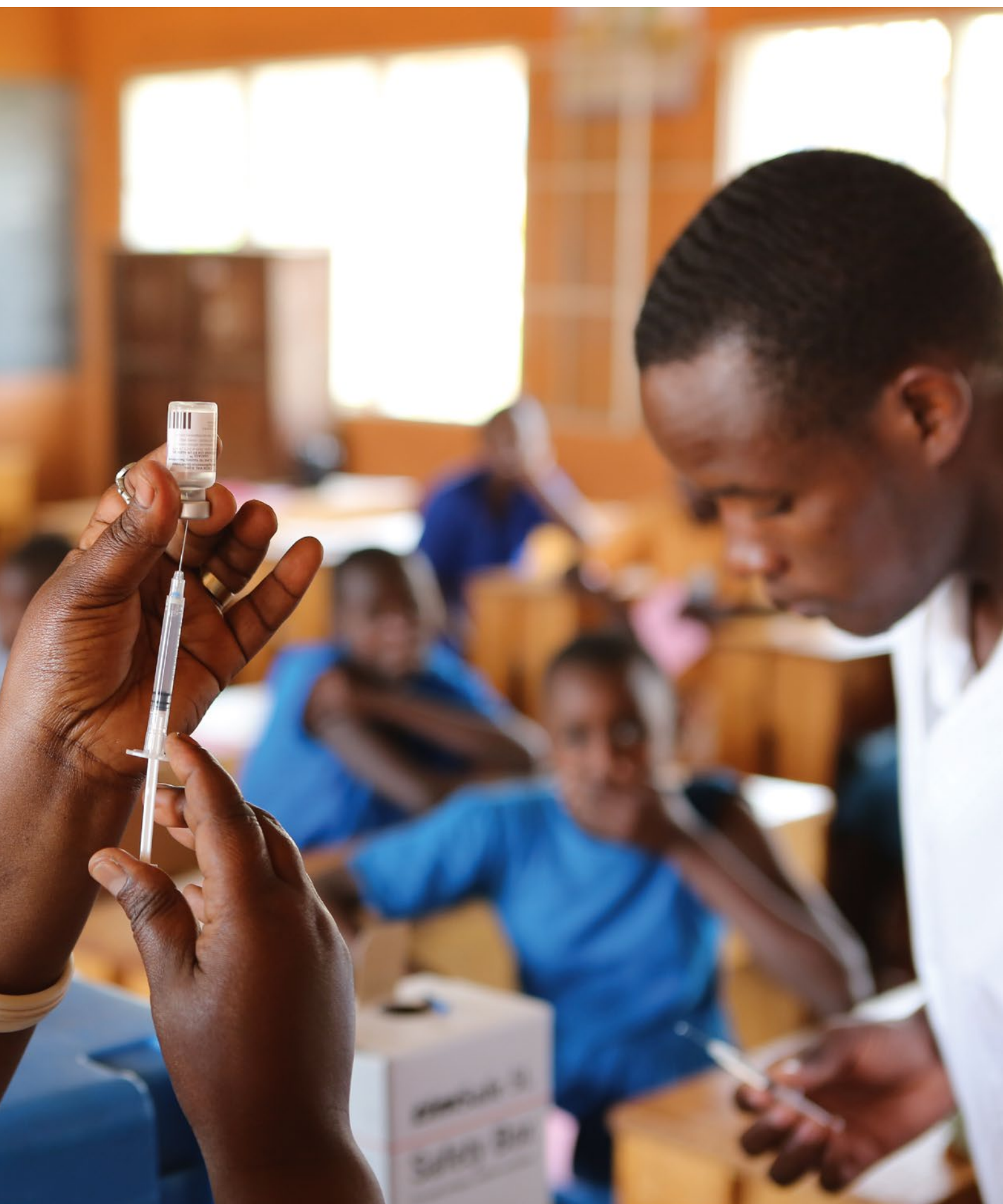
Volatilité politique et économique

L'appui à la vaccination dépend de l'évolution du climat économique et sociopolitique aux niveaux national et mondial.

Diffusion rapide des messages anti-vaccination

De nouveaux outils tels que les réseaux sociaux favorisent une diffusion rapide et large d'informations trompeuses sur la vaccination, ce qui sape la confiance dans la vaccination.





III. RÉFLEXIONS ET ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE L'EXPÉRIENCE

Globalement, il y a beaucoup à apprendre des données relatives aux indicateurs du PAMV, des commentaires émanant des acteurs de la vaccination et des réflexions collectives des membres des groupes de travail du PAMV, du personnel des bureaux régionaux de l'OMS et des représentants des organisations partenaires.

Même si de nombreux objectifs du PAMV n'ont pas été atteints, beaucoup de progrès ont été réalisés au cours de la Décennie de la vaccination

Si l'on ne s'intéresse qu'à la réalisation des objectifs, on pourrait avoir l'impression que le PAMV a eu un impact limité. Toutefois, cela ne tient pas compte des progrès importants qui ont été accomplis. Le nombre d'enfants vaccinés chaque année n'a jamais été aussi élevé, des régions comme l'Asie du Sud-Est et de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire ont enregistré des avancées non négligeables dans le domaine de la couverture vaccinale ; la plupart des pays à revenu faible ou intermédiaire ont introduit au moins un nouveau vaccin. Le nombre de décès dus à des maladies infectieuses évitables par la vaccination a nettement diminué, en particulier chez les nourrissons. Ces résultats méritent d'être soulignés.

Les objectifs du PAMV étaient audacieux et ambitieux, conçus pour inciter à l'action. Cependant, pour certaines régions et dans certaines localités, les délais de réalisation ont pu être irréalistes. En outre, bon nombre des « échecs » dans la réalisation des objectifs sont dus à un contexte très difficile, en particulier les conséquences des conflits et de l'instabilité politique. Pour se faire une idée exacte des progrès accomplis, il faut donc procéder à une lecture plus nuancée que celle qu'offre une distinction binaire entre succès et échecs dans la réalisation des objectifs du PAMV.

Une mise en œuvre incomplète : Le PAMV proposait une stratégie globale qui décrivait en termes généraux ce qu'il fallait faire pour atteindre les objectifs. Il a été conçu pour être mis en œuvre principalement au moyen de l'actualisation des plans nationaux de vaccination, ce qui n'a été fait que dans une mesure limitée et selon les priorités des pays, des partenaires et des initiatives de lutte contre les maladies existantes. En fonction de leurs propres priorités stratégiques, les partenaires ont privilégié certains domaines au détriment d'autres.

La mise en œuvre a été stimulée par l'élaboration de **plans d'action régionaux pour les vaccins**, qui tenaient davantage compte de la situation des pays et étaient adaptés aux capacités et aux problèmes régionaux. Dans certains cas, ils fixaient des cibles plus pragmatiques et ajoutaient des objectifs pertinents au plan régional. Toutefois, la plupart des plans régionaux ont été approuvés au milieu de la décennie, ce qui a contribué à retarder la mise en œuvre du PAMV, et les partenaires mondiaux et locaux y ont peu contribué.

Un apprentissage tout au long de la décennie : Il est important de noter qu'on a beaucoup appris au cours de la dernière décennie sur la nature des principaux enjeux de la vaccination, sur la meilleure façon de les appréhender et sur la manière dont une stratégie mondiale de vaccination pourrait contribuer plus efficacement au changement.

“Pour se faire une idée exacte des progrès accomplis, il faut donc procéder à une lecture plus nuancée que celle qu’offre une distinction binaire entre succès et échecs dans la réalisation des objectifs du PAMV”

Le PAMV n'a pas suffisamment tenu compte des différences de situation entre les pays

L'élaboration du PAMV a nécessité des **consultations** approfondies avec un large éventail d'organisations de parties prenantes, qui se sont efforcées d'intégrer le point de vue des pays. Il s'agissait donc de l'une des initiatives de santé mondiale les plus axées sur la collaboration jamais entreprises.

Toutefois, étant axé sur la réalisation d'objectifs et de cibles mondiaux, le PAMV est largement perçu comme une **stratégie descendante** (même si les objectifs ont été approuvés par les États Membres). En outre, comme il adhérait au principe d'équité, il visait à atteindre des objectifs identiques pour tous les pays, indépendamment de leur situation. Des objectifs et des calendriers ont ainsi été définis qui étaient irréalistes pour certains pays, limitant par conséquent leur adhésion. En dépit d'un cadre de suivi et d'évaluation sophistiqué, ces facteurs ont contribué au **manque de responsabilisation** en matière de réalisation des objectifs du PAMV, en particulier aux niveaux national et infranational.

Les pays à revenu intermédiaire qui ne peuvent prétendre au financement de l'Alliance GAVI étaient censés être en mesure d'autofinancer leurs programmes de vaccination et n'avaient guère accès à un appui financier ou technique, ce qui a contribué à retarder l'introduction de nouveaux vaccins dans ces pays.

Néanmoins, de nombreux pays aux ressources limitées sont parvenus à une couverture élevée ou à des niveaux de couverture sensiblement améliorés. Bien que les ressources financières extérieures soient manifestement importantes, elles ne constituent pas le seul facteur influant sur les résultats des programmes nationaux de vaccination. Dans de nombreux pays, une volonté politique plus affirmée et une assistance technique supplémentaire se sont révélées déterminantes.

“En dépit d'un cadre de suivi et d'évaluation sophistiqué, ces facteurs ont contribué au manque de responsabilisation en matière de réalisation des objectifs du PAMV, en particulier aux niveaux national et infranational”

Des défis spécifiques : Dans chaque région, un petit nombre de pays « atypiques » présentant de faibles taux de couverture font généralement baisser les moyennes régionales et mondiales, occultant en partie les progrès globaux. Nombre de ces pays sont touchés par des conflits et l'instabilité politique, parfois exacerbés par une pauvreté extrême, et comptent de vastes communautés de populations vulnérables. Il est devenu évident que chacun est confronté à ses propres défis et que les solutions devront être adaptées au contexte national.

Du niveau mondial au niveau national (et au-delà) : Dans une certaine mesure, et avec un certain retard, l'élaboration de plans d'action régionaux pour les vaccins a atténué la nature descendante du PAMV, ce qui a permis d'apporter aux pays un soutien mieux adapté fondé sur l'évaluation des capacités des programmes nationaux de vaccination. En outre, vers la fin de la décennie, on a accordé davantage d'attention aux structures politiques infranationales, qui jouent un rôle clé dans les programmes de vaccination de nombreux grands pays.



Les GTCV : une réussite exemplaire

Au cours de la décennie, le nombre de groupes techniques consultatifs pour la vaccination (GTCV) a fortement augmenté dans le monde : 85 % de la population mondiale vit désormais dans un pays dont le GTCV satisfait aux critères du PAMV. En outre, le rôle des GTCV s'est élargi, passant de conseils sur l'introduction de nouveaux vaccins à un appui plus général à l'élaboration de politiques nationales reposant sur des bases factuelles. Il est clairement établi que les GTCV peuvent influencer les décisions nationales et améliorer le fonctionnement des programmes de vaccination. Les GTCV sont indispensables à l'appropriation des programmes de vaccination par les pays et jouent un rôle clé face à l'augmentation du nombre et de la diversité des produits vaccinaux, à la nécessité de stratégies reposant davantage sur des bases factuelles afin d'accroître le recours à la vaccination et à la complexité croissante de la prise de décisions.

En particulier, les GTCV et leurs équivalents régionaux, les groupes techniques consultatifs régionaux pour la vaccination (GTCRV), ont évolué en fonction du contexte. Dans certaines régions, les GTCV font désormais partie intégrante du paysage de la vaccination : ils ont développé une fonction de suivi du programme national de vaccination et contribuent à la responsabilisation, et sont coordonnés par des structures régionales.

Cependant, les GTCV ne sont pas encore perçus comme des composantes essentielles des systèmes de vaccination dans tous les pays. La viabilité technique et financière et les capacités des GTCV restent problématiques dans de nombreux pays. Il se peut que les pays de petite taille ne disposent pas de l'expertise nécessaire pour mettre en place des GTCV pleinement opérationnels, un problème qui est en train d'être résolu grâce à des collaborations infrarégionales.

Si l'on parvient à relever ces défis, il sera possible de tirer parti de l'infrastructure des GTCV et des GTCRV, et de ses liens avec les processus décisionnels mondiaux, en s'appuyant sur les changements dynamiques observés au cours de la dernière décennie.

“Les GTCV sont indispensables à l'appropriation des programmes de vaccination par les pays et jouent un rôle clé face à l'augmentation du nombre et de la diversité des produits vaccinaux”

Innovation locale

L'évolution des GTCV et des GTCRV pour remplir des fonctions nationales et régionales est une illustration de l'adaptation de l'innovation afin de relever des défis locaux. Tout au long de la décennie, des solutions imaginatives et novatrices ont été mises au point aux niveaux national et régional, les régions jouant souvent un rôle important pour la facilitation ou la coordination. Citons par exemple le registre électronique de vaccination mis au point dans la Région des Amériques, ainsi que les ressources mises en œuvre par la Région européenne pour renforcer le soutien communautaire et lutter contre les messages anti-vaccination.

Toutefois, il se peut que les intervenants ne sachent pas qu'il existe des ressources adaptées ou qu'ils aient des difficultés à les localiser. Un défi majeur pour l'avenir sera de veiller à ce que les utilisateurs potentiels de ces outils et ressources en connaissent l'existence et qu'ils soient plus facilement accessibles pour que d'autres acteurs puissent les adapter et les utiliser.



Recherche locale

C'était la première fois que le PAMV mettait l'accent sur la recherche-développement, notamment sur les technologies vaccinales et le développement de nouveaux vaccins, secteurs où des progrès importants ont été réalisés. Bien que les capacités de recherche et de production de vaccins de certains pays à revenu intermédiaire se soient considérablement accrues, il reste encore beaucoup à faire pour encourager la participation locale à la recherche-développement et à la production de vaccins, en particulier dans les pays à faible revenu situés dans les régions d'endémie.

Même si elle fait partie du PAMV, on s'est moins intéressé à l'utilisation de la science de la mise en œuvre (amélioration constante de la qualité comprise), de la recherche opérationnelle et de la recherche comportementale et sociale pour améliorer la performance des programmes de vaccination et développer des innovations adaptées aux contextes locaux.

Pour l'avenir, nombre de nouveaux vaccins qui seront homologués au cours de la prochaine décennie auront des calendriers de vaccination complexes ou cibleront des personnes qui ne sont pas vaccinées de façon systématique aujourd'hui. La recherche sur la mise en œuvre jouera donc un rôle croissant dans la production de données factuelles qui informeront les décisions stratégiques et permettront d'utiliser les vaccins de la façon la plus efficace et la plus efficiente.

“On s'est moins intéressé à l'utilisation de la science de la mise en œuvre, de la recherche opérationnelle et de la recherche comportementale et sociale pour améliorer la performance des programmes de vaccination”

Les objectifs du PAMV sont toujours d'actualité, mais les défis qui restent à relever sont complexes

La couverture vaccinale s'est considérablement accrue depuis les années 1990. Elle a permis de sauver des millions de vies. Aujourd'hui, le rythme des progrès s'est inévitablement ralenti : les personnes les plus faciles à atteindre sont généralement bien desservies, mais il est toujours très difficile d'atteindre les populations les moins facilement accessibles.

Pour parvenir aux objectifs de vaccination, l'engagement et la vigilance doivent être constants. Comme l'ont montré les récentes flambées de rougeole, de diphtérie et d'autres maladies, le risque de voir les efforts anéantis est grand. Les flambées de rougeole sont un indicateur important de l'insuffisance de la couverture vaccinale et des lacunes des programmes de vaccination.

Il sera donc difficile d'atteindre les objectifs de vaccination et de lutte contre les maladies. Pour réussir, il faudra un engagement sans faille à l'égard des « principes élémentaires » - veiller à ce que les programmes nationaux de vaccination soient efficaces, efficaces et durables, dotés de ressources suffisantes et bien dirigés, année après année. Il ne saurait y avoir de solutions magiques qui transformeront les programmes du jour au lendemain.

Il sera sans aucun doute difficile d'étendre la couverture aux populations actuellement insuffisamment desservies. Il sera également difficile de comprendre pourquoi les individus sont réticents à recourir aux services de vaccination lorsqu'ils sont disponibles et s'attaquer aux raisons de cette réticence.

Les buts et objectifs stratégiques du PAMV, approuvés en 2012, n'ont rien perdu de leur pertinence et devraient constituer le socle d'une future stratégie de vaccination, actualisée pour qu'elle tienne compte des enseignements tirés des dix dernières années et des changements qui se sont produits dans le monde. L'objectif devrait être à la fois de préserver les progrès réalisés à ce jour et d'étendre les avantages de la vaccination à tous ceux qui en sont aujourd'hui privés.

“Pour parvenir aux objectifs de vaccination, l'engagement et la vigilance doivent être constants. Comme l'ont montré les récentes flambées de rougeole, de diphtérie et d'autres maladies, le risque de voir les efforts anéantis est grand”

Intégrer les activités fondées sur des maladies spécifiques et les programmes de vaccination nationaux

Les activités fondées sur des maladies spécifiques attirent l'attention sur des objectifs de lutte concrets, comme l'élimination, et sur les mesures à prendre. Ces objectifs très importants incitent puissamment à agir aux niveaux national, régional et mondial. Bien souvent, ils renforcent également des capacités qui bénéficient à d'autres programmes. Cependant, les activités fondées sur des maladies spécifiques peuvent aussi détourner l'attention et les ressources d'autres maladies infectieuses et, dans certains cas, en particulier pour l'éradication de la poliomyélite, conduire à la création de structures parallèles et à un manque de coordination au niveau national.

De nouveaux outils prometteurs pour l'amélioration de la couverture et la surveillance des maladies – comme la cartographie de la population fondée sur les systèmes d'information géographique (SIG) et la surveillance communautaire – ont été élaborés dans le cadre d'initiatives ciblant des maladies spécifiques. Il arrive que ces outils soient intégrés dans les programmes de vaccination nationaux, mais ce n'est pas systématique (en partie parce qu'ils peuvent être coûteux et requièrent une solide expertise technique). De plus, en l'absence d'intégration, certaines fonctions importantes risquent d'être perdues pendant les phases de transition concernant les financements.

Compte tenu de leur interdépendance, de solides programmes de vaccination nationaux offrent une base plus robuste aux initiatives de lutte contre les maladies, ce qui accroît la probabilité que les objectifs mondiaux d'éradication et d'élimination soient atteints. Dans le même temps, les efforts de lutte contre les maladies devraient être considérés comme des occasions d'améliorer les programmes de vaccination nationaux.

“Compte tenu de leur interdépendance, de solides programmes de vaccination nationaux offrent une base plus robuste aux initiatives de lutte contre les maladies, ce qui accroît la probabilité que les objectifs mondiaux d'éradication et d'élimination soient atteints”

Partenariats et intégration – l'élargissement de la portée de la vaccination

Au cours de la dernière décennie, on a observé une prise de conscience croissante de l'importance de la vaccination, allant bien au-delà de son rôle traditionnel, à savoir protéger les nourrissons des maladies infectieuses. L'élargissement de la portée de la vaccination a des répercussions majeures sur les relations qu'entretiennent les partenaires de la vaccination avec des acteurs du secteur de la santé et d'autres secteurs.

En particulier, on a souligné l'importance des **soins de santé primaires** au cours de la dernière décennie. La prestation de services intégrés dans le cadre des soins de santé primaires constituait un thème important du PAMV, mais les progrès réalisés sont limités.

La vaccination est de plus en plus considérée comme un élément fondamental de la santé et du bien-être à tout âge. Encore une fois, la **perspective sur la durée de vie** a été intégrée dans le PAMV, mais, en réalité, la vaccination des nourrissons est demeurée son principal objectif. La nécessité d'étendre la vaccination aux personnes âgées exigera des efforts plus concertés pour établir des liens avec d'autres secteurs à l'intérieur et à l'extérieur du système de santé.

L'intégration des services et d'autres fonctions clés telles que la **surveillance** peut être difficile sur le plan organisationnel ; cependant, le développement et le déploiement coordonnés des services et la surveillance des maladies promettent une efficacité plus grande et un impact plus durable.

Les **organisations de la société civile (OSC)** sont considérées comme l'un des principaux acteurs du PAMV. Elles s'emploient surtout à mobiliser les communautés et à fournir des services, mais elles forment un groupe très hétérogène et pourraient jouer un éventail beaucoup plus large de rôles. Les associations professionnelles, les universités et d'autres entités pourraient participer davantage aux activités de vaccination nationales, et les organisations communautaires pourraient prendre une part plus active à la planification, au suivi et à la participation communautaire à long terme.

Le PAMV n'a pas suffisamment parlé des **intervenants du secteur privé** (à but lucratif et non lucratif), qui apportent une contribution importante en élargissant l'accès aux vaccins dans de nombreux pays. La prestation de services par le secteur privé joue un rôle très spécifique au contexte et est susceptible d'évoluer à mesure que les pays progressent sur le plan économique.

De plus, les occasions de tisser des liens plus étroits avec les collectivités qui participent aux nouvelles priorités mondiales en matière de santé, comme la sécurité sanitaire mondiale et la résistance aux antimicrobiens, n'ont pas été pleinement saisies, malgré des intérêts communs dans des domaines tels que la surveillance des maladies infectieuses ou la mise au point des vaccins.

Enfin, il convient de souligner un autre enseignement important : la nécessité de favoriser le dialogue et la collaboration dans tous les domaines de la recherche-développement, de la recherche fondamentale à la mise en œuvre et au déploiement. Pour accélérer la mise au point de vaccins adaptés à l'utilisation sur le terrain, les chercheurs doivent impérativement comprendre les scénarios d'utilisation et les problèmes éventuels. De même, afin de planifier une évaluation clinique et sur le terrain des candidats-vaccins et leur adoption éventuelle, il faut informer rapidement les concepteurs, les responsables de la santé publique, les communautés et éventuellement d'autres intervenants des progrès des candidats-vaccins.

“L'élargissement de la portée de la vaccination a des répercussions majeures sur les relations qu'entretiennent les partenaires de la vaccination avec des acteurs du secteur de la santé et d'autres secteurs”

Urgences humanitaires et fragilité chronique

La dernière décennie a été marquée par de profonds bouleversements politiques, des conflits civils et des catastrophes naturelles. Dans de nombreux cas, ces phénomènes ont gravement désorganisé l'infrastructure et les services de santé, entraîné des déplacements massifs de population et sapé les efforts de vaccination et autres services de santé destinés aux populations vulnérables.

Bien que le PAMV n'ait pas spécifiquement mis l'accent sur les situations d'urgence humanitaire, des mécanismes importants ont été élaborés pour améliorer l'accès à la vaccination dans ces situations. Compte tenu du nombre de situations d'urgence humanitaire enregistrées chaque année ainsi que de la persistance des conflits et de la fragilité dans plusieurs pays, une stratégie spécifique est nécessaire pour garantir la disponibilité et la distribution des vaccins essentiels, en admettant que chaque situation d'urgence présentera probablement des défis qui lui seront propres. Au cours de la dernière décennie, l'expérience a mis en lumière la nécessité d'associer les communautés aux interventions et d'améliorer la préparation et la coordination de ces dernières afin de garantir l'accès aux services de vaccination notamment.

L'accélération de l'urbanisation et des migrations soulève également des problèmes de vaccination dans le cadre de l'action humanitaire. Il arrive que les programmes de vaccination soient suffisamment flexibles pour permettre la vaccination des migrants urbains et des migrants transitant par un pays, mais ce n'est pas toujours le cas. Il faut des stratégies pour les populations de passage, qui définissent clairement les rôles et les responsabilités des pays, des partenaires et des OSC, afin qu'aucun groupe ne tombe entre les mailles du filet de la vaccination.

Le suivi de la vaccination nationale et d'autres indicateurs pourraient également fournir des signes avant-coureurs de régression et de fragilité plus générale, ce qui permettrait d'engager des actions pour prévenir une interruption majeure des services.

“Il faut des stratégies pour les populations de passage, qui définissent clairement les rôles et les responsabilités des pays, des partenaires et des OSC”

Le PAMV a créé un cadre mondial pour la vaccination, mais n'a pas réussi à susciter suffisamment de changements pour atteindre ses objectifs

Le PAMV a créé un cadre mondial complet pour répondre aux principaux enjeux de la vaccination. Il a établi une vision commune et un forum au sein duquel les acteurs de la vaccination pouvaient discuter ensemble des sujets d'intérêt parmi tout l'éventail d'activités liées à la vaccination. En tant que stratégie mondiale et outil de sensibilisation, le PAMV a contribué à maintenir la visibilité de la vaccination dans le monde.

Dans le cadre de son processus de consultation, le PAMV a sensibilisé les parties prenantes à la nécessité d'améliorer la couverture vaccinale et l'équité. Son approbation par tous les États Membres a permis de faire de l'accès à la vaccination une priorité mondiale, de renforcer la volonté politique et de plaider en faveur de la vaccination auprès des décideurs politiques et économiques.

La mise en œuvre du PAMV et la réalisation de ses objectifs relevaient de la responsabilité des pays et de divers partenaires et programmes, dont l'engagement envers le PAMV était mitigé. Plutôt que de s'associer pleinement à ses objectifs et cibles, de nombreuses parties prenantes ont adopté les priorités du PAMV de manière sélective, en fonction de leurs propres priorités.

La synchronisation n'était pas optimale, que ce soit au niveau stratégique mondial ou, bien souvent, au sein des pays, car les partenaires s'engageaient trop souvent dans des activités sans s'être vraiment concerté avec les autres parties prenantes.

Inciter à agir : En l'absence de structure organisationnelle officielle, le PAMV disposait de peu de moyens pour progresser plus rapidement dans la réalisation de ses objectifs. En particulier, contrairement à de nombreuses attentes initiales, le PAMV ne disposait pas de ses propres ressources supplémentaires (sauf pour le suivi et l'évaluation aux niveaux mondial et régional), ce qui a pu dissuader les pays d'y participer. Cette perception erronée peut aussi avoir détourné l'attention de la maximisation des ressources nationales et de l'utilisation optimale des ressources existantes. Ces facteurs peuvent avoir limité la capacité du PAMV à faire évoluer les choses et à stimuler l'action pour atteindre les objectifs, et le PAMV peut ainsi avoir surestimé ce qui était réalisable.

En l'absence de structure organisationnelle formelle pour représenter la vaccination, l'intégration et l'établissement de relations avec les secteurs autres que celui de la santé ont également pris du retard.

“En l'absence de structure organisationnelle officielle, le PAMV disposait de peu de moyens pour progresser plus rapidement dans la réalisation de ses objectifs”



Relever des défis nouveaux

Les maladies infectieuses émergentes, la résurgence de la rougeole, l'urbanisation galopante, les migrations et les déplacements, les conflits et l'instabilité politique sont autant de défis majeurs à relever. Les campagnes anti-vaccination très médiatisées, l'ambivalence quant aux bienfaits des vaccins et la politisation de la vaccination, alimentées par l'essor des réseaux sociaux, sont au cœur des préoccupations. L'augmentation de la résistance aux antimicrobiens suscite un regain d'intérêt pour un recours accru aux vaccins.

Les rapports de situation annuels mentionnent ces menaces et ces opportunités. Mais, il n'existait aucun mécanisme permettant d'actualiser le PAMV. En outre, comme pour la mise en œuvre initiale, le PAMV n'avait qu'une marge de manœuvre limitée pour faire en sorte que les nouveaux défis soient pris en compte dans les priorités nationales, régionales ou mondiales.

Faire passer le message

De multiples activités de communication et de sensibilisation en rapport avec le PAMV ont été mises en œuvre au moment de son lancement, mais elles ont été moins nombreuses pendant le reste de la décennie. En outre, les partenaires mondiaux du PAMV ont pris la décision stratégique de se concentrer sur la promotion de la vaccination en général plutôt que sur le PAMV en particulier, dans le cadre d'initiatives telles que la Semaine mondiale de la vaccination.

Bien souvent, les parties prenantes dans les pays ne connaissaient pas bien le PAMV, en particulier celles qui se sont engagées dans la vaccination plus tard dans la décennie. Il est possible que ce manque de visibilité ait réduit l'impact du PAMV et limité sa capacité à susciter une convergence autour de ses objectifs, de ses cibles et de ses principes.

D'importantes activités régionales de communication et de sensibilisation ont été entreprises, en particulier la Déclaration d'Addis-Abeba sur la vaccination dans la Région africaine. Mécanisme potentiellement important pour garantir l'engagement politique, cette Déclaration n'a été signée par les chefs d'État qu'en 2017, preuve supplémentaire du temps qu'il peut falloir pour transformer une stratégie mondiale en actions régionales.

“Il est possible que le manque de visibilité ait réduit l'impact du PAMV”

L'inclusion de la recherche-développement dans le PAMV constituait une avancée majeure

Le PAMV était la première stratégie mondiale de vaccination à inclure la recherche-développement, ce qui a été largement considéré comme une innovation très positive. L'inclusion de la recherche-développement a attiré l'attention sur les produits vaccinaux et les technologies liées à la vaccination en cours de mise au point, et sur la nécessité d'examiner les obstacles potentiels tout au long de la voie translationnelle, notamment aux stades de l'homologation et de la posthomologation.

Bien que l'investissement mondial dans la mise au point de vaccins soit encore insuffisant, en particulier pour les maladies infectieuses touchant principalement les pays à revenu faible ou intermédiaire, les produits en cours de développement sont plus nombreux qu'il y a dix ans. Les questions de réglementation, de mise en œuvre et de capacité de production jouent un rôle déterminant dans la fourniture de vaccins en temps opportun aux populations.

Les progrès dans le domaine de la recherche-développement sont très prometteurs. Malgré d'importantes difficultés techniques, des progrès encourageants ont été accomplis dans la mise au point de vaccins contre les principales maladies recensées par le PAMV : le paludisme, la tuberculose, le VIH et la grippe. Les vaccins contre la typhoïde et la maladie à virus Ebola commencent à être utilisés sur le terrain, et des vaccins sont en cours d'élaboration pour des maladies mortelles comme le virus respiratoire syncytial, qui occasionne chaque année environ 3 millions d'hospitalisations et 60 000 décès chez les enfants de moins de 5 ans.

En outre, plusieurs évolutions passionnantes pourraient avoir un impact significatif au cours de la prochaine décennie. Il s'agit notamment des plateformes vaccinales innovantes permettant de mettre au point rapidement des vaccins nouveaux et spécifiques d'une souche, de nouvelles interventions préventives telles que des anticorps largement neutralisants, davantage de vaccins pour protéger contre les maladies non transmissibles, des vaccins thérapeutiques et des vaccins contre les infections sexuellement transmissibles. Il faut soigneusement réfléchir aux répercussions de ces progrès sur les systèmes de réglementation, leur mise en œuvre et leur acceptation par le public afin de réduire au minimum tout retard dans leur adoption pour protéger la santé de la population.

“Malgré d'importantes difficultés techniques, des progrès encourageants ont été accomplis dans la mise au point de vaccins contre les principales maladies recensées par le PAMV : le paludisme, la tuberculose, le VIH et la grippe”

Le PAMV insistait sur le rôle crucial des données et encourageait d'importantes initiatives visant à améliorer la qualité des données et leur utilisation effective

Les données servent à de multiples fins, notamment la prise de décisions programmatiques, l'élaboration de politiques nationales, régionales et mondiales et l'appui aux activités de sensibilisation. Pour atteindre ces différents objectifs, il faut disposer d'un large éventail d'informations autres que les données de couverture, comme les données de surveillance des maladies infectieuses ainsi que les données produites par les pays et les données externes. En fonction de leurs rôles, les différents utilisateurs auront des besoins en données très différents.

En mettant l'accent sur les données, le PAMV a fait prendre conscience des inégalités de couverture au sein des pays et a attiré l'attention sur la nécessité de disposer de données de qualité. Il en a résulté d'importantes initiatives visant à améliorer la valeur des données pour les utilisateurs et à encourager une réflexion plus approfondie sur les attributs clés de la « qualité des données » (en particulier leur pertinence). La qualité des données administratives nationales et infranationales reste préoccupante dans certains pays, le risque étant que les décisions soient fondées sur une image inexacte de la couverture. Le manque de données à jour sur la taille des populations locales demeure un facteur essentiel des incertitudes dans les estimations de couverture. Les données sur les populations migrantes font largement défaut.

En dépit de l'importance accordée aux données, la collecte de données aux fins de l'établissement de rapports sur le PAMV n'était pas suffisamment liée à l'action, en particulier au niveau national. La collecte de données peut prendre beaucoup de temps pour le personnel de première ligne, qui peut ne pas percevoir l'intérêt de recueillir des données. En l'absence d'un lien étroit avec les interventions à tous les niveaux, la notification de données risque de plus en plus de devenir une fin en soi.

“En mettant l'accent sur les données, le PAMV a fait prendre conscience des inégalités de couverture au sein des pays et a attiré l'attention sur la nécessité de disposer de données de qualité”

Le cadre de suivi et d'évaluation du PAMV a été bénéfique à de multiples égards, mais il n'a pas débouché sur une véritable obligation de rendre des comptes

Le cadre de suivi et d'évaluation du PAMV a établi un ensemble commun d'indicateurs permettant d'évaluer les progrès, d'identifier les obstacles et de permettre aux pays de mesurer leurs résultats.

La notification annuelle faisait régulièrement le point sur les progrès accomplis et attirait l'attention sur les nouveaux sujets de préoccupation. La notification annuelle, à l'Assemblée mondiale de la Santé et bien souvent également aux comités régionaux de l'OMS, a renforcé la volonté politique manifestée par l'approbation de l'Assemblée mondiale de la Santé. Elle garantissait que les ministres de la Santé soient informés des progrès mondiaux dans le domaine de la vaccination et des résultats enregistrés par leur pays par rapport à ceux de pays comparables. Ces discussions ont permis aux pays d'évoquer certaines questions, comme par exemple l'accessibilité financière des nouveaux vaccins pour les pays à revenu intermédiaire.

Au niveau mondial, les recommandations formulées dans les rapports d'évaluation annuels étaient généralement jugées utiles. Elles mettaient en lumière des sujets de préoccupation spécifiques. Aux niveaux régional et national, nombre d'intervenants - y compris certains des principaux acteurs des programmes nationaux de vaccination - n'étaient pas au courant des recommandations spécifiques ou estimaient qu'elles étaient vagues ou inapplicables.

La mauvaise qualité des données empêchait de suivre plusieurs indicateurs. Dans certains cas, comme pour la réticence à se faire vacciner et la demande de vaccins, les mesures utilisées ne permettaient pas de saisir toute la complexité des problèmes. Le suivi de certains indicateurs du PAMV était difficile. Les indicateurs les plus détaillés ont été omis des rapports d'évaluation annuels destinés à un large public, et il est difficile de savoir dans quelle mesure les cibles détaillées ont permis de stimuler les progrès.

Il est important de noter que lorsqu'il était fait état du « retard » enregistré par certains résultats, cela masquait souvent d'importants progrès sous-jacents. En outre, les moyennes mondiales et les données au niveau des pays ne donnaient généralement que peu d'indications sur les causes de la médiocrité des résultats, ce qui limitait là encore les possibilités de prendre des mesures correctives.

Le cadre de suivi et d'évaluation du PAMV a donc généré un riche flux de données, mais son impact sur la réalisation des objectifs du PAMV a été limité. En fin de compte, le suivi et l'évaluation n'ont pas permis de faire en sorte que les parties prenantes rendent des comptes, y compris les partenaires mondiaux. Si les résultats des pays ont été évalués progressivement aux niveaux national, régional et mondial, les processus de responsabilisation mondiaux n'ont pas eu de retombées tangibles au niveau national et ont eu peu d'impact sur les activités des partenaires. Par conséquent, l'évaluation des avancées n'a pas systématiquement donné lieu aux actions nécessaires pour atteindre les objectifs du PAMV.

“Le cadre de suivi et d'évaluation du PAMV a donc généré un riche flux de données, mais son impact sur la réalisation des objectifs du PAMV a été limité”

IV. CONCLUSIONS

Au cours des deux dernières décennies, la couverture vaccinale a considérablement progressé, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Entre 2000 et 2018, on estime que l'utilisation de vaccins dans ces pays a permis d'éviter 35 millions de décès, dont 96 % chez les nourrissons. Ces efforts ont permis de diviser par près de deux le nombre de décès dus à des maladies évitables par la vaccination.

Pour l'avenir, la vaccination devrait permettre d'éviter au moins 122 millions de décès chez les personnes nées entre 2000 et 2030.

Ces statistiques témoignent de l'impact extraordinaire des vaccins. Il s'agit d'interventions d'une efficacité toute particulière : ils sont très efficaces, extrêmement sûrs, généralement abordables et ne risquent pas de voir se développer une résistance, comme c'est le cas pour les antimicrobiens.

En effet, les vaccins sont si efficaces qu'il est facile de les prendre pour acquis. Les flambées récentes devraient nous inciter à ne pas baisser la garde. Néanmoins tout le monde ne bénéficie pas de ces interventions éprouvées.

Le PAMV a créé une coalition mondiale unie pour diffuser les bienfaits de la vaccination. Le défi pour les dix prochaines années consiste à maintenir cette dynamique, à intégrer les enseignements importants et à élaborer une nouvelle stratégie pour améliorer encore les résultats.



V. RECOMMANDATIONS TECHNIQUES

Une stratégie mondiale de vaccination après 2020 devrait :

1. s'appuyer sur les enseignements tirés de l'expérience du PAMV pour assurer une mise en œuvre plus rapide et plus complète aux niveaux mondial, régional et national

- Faire avancer les principes établis par le PAMV, en maintenant ses éléments positifs et en les actualisant et en les adaptant si nécessaire à la lumière de la précieuse expérience acquise durant la dernière décennie.
- Veiller à ce que l'élaboration et la mise en œuvre des plans d'action nationaux et régionaux pour les vaccins commencent le plus rapidement possible, afin de maintenir la dynamique et de passer rapidement à la phase opérationnelle.
- Élaborer des plans d'action régionaux de vaccination dans le cadre des cycles régionaux de planification/approbation existants.
- Veiller à ce que les plans d'action nationaux pour les vaccins soient utilisés pour mettre à jour les plans de vaccination nationaux et soient intégrés dans des plans de services de santé plus larges.

2. Se concentrer principalement sur les pays

2a. Placer les pays au centre de l'élaboration et de la mise en œuvre de la stratégie pour faire en sorte que celle-ci soit adaptée au contexte et pertinente

- Intégrer de la flexibilité pour répondre aux besoins de tous les types de pays, en permettant à chacun de personnaliser son plan national au sein du cadre mondial, en tenant compte de ses besoins de développement, des besoins de vaccination de sa population, des ressources disponibles, des priorités concurrentes et des autres facteurs importants par rapport à la situation.
- Permettre aux pays de fixer des objectifs nationaux ambitieux tout en restant réalistes pour les indicateurs clés, assortis de jalons, dans le but de long terme d'atteindre les objectifs mondiaux qui ont été convenus ; tous les pays devraient avoir conscience de la nécessité de fixer les objectifs avec une grande détermination et sans délai.

- Permettre aux pays d'élaborer, en collaboration avec des partenaires externes et internes, des stratégies dirigées par les pays pour atteindre des objectifs, avec des rôles et responsabilités spécifiques et des besoins clairement définis en matière de ressources financières et d'assistance technique.
- Encourager les régions et les partenaires à fournir un appui technique adapté et coordonné en fonction des besoins spécifiques des pays, afin de renforcer durablement les capacités des programmes de vaccination nationaux.
- Veiller à ce que, dans les pays dotés de systèmes politiques/santé décentralisés, des processus de planification similaires soient mis en œuvre avec les autorités infranationales.

2b. Renforcer la prise de décisions reposant sur des bases factuelles et pilotées par les pays

- Promouvoir un engagement national résolu envers les Groupes techniques consultatifs nationaux sur la vaccination (GTCV).
- Renforcer et étendre les capacités techniques et les moyens des GTCV.
- Encourager les pays à faire appel à d'autres sources d'expertise nationale, y compris les instituts nationaux de santé publique et les établissements d'enseignement supérieur, directement ou par l'intermédiaire des GTCV.
- Veiller à ce que les fonctions et l'impact des GTCV soient régulièrement évalués.
- Développer des solutions innovantes telles que des GTCV infrarégionaux pour les pays faiblement peuplés ou dont l'expertise technique est limitée.
- Encourager le travail en réseau des GTCV aux niveaux infrarégional, régional et mondial, y compris un meilleur partage de l'expérience par le biais du réseau mondial des groupes consultatifs techniques nationaux.
- Explorer la possibilité d'une plus grande participation des GTCV en matière de suivi et de conseils sur les programmes nationaux et en qualité de porte-parole indépendant en matière de vaccination.

2c. Encourager la recherche et le partage d'innovations pour améliorer l'exécution des programmes

- Encourager les échanges entre pairs en matière d'expertise, d'enseignements tirés, d'outils et de ressources aux niveaux régional, national et infranational, avec des outils, des ressources techniques et une expertise plus visibles et plus faciles à obtenir, et à adopter ou adapter.
- Promouvoir une plus grande utilisation des outils novateurs mis au point par les programmes d'élimination/d'éradication.
- Encourager les pays, les régions et les partenaires à se tourner vers d'autres domaines, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur de la santé, pour trouver des innovations susceptibles d'être adoptées.

2d. Promouvoir l'utilisation de la recherche par les pays pour accélérer l'adoption des vaccins et des technologies vaccinales et pour améliorer l'efficacité des programmes

- Encourager les pays à élaborer des programmes nationaux de recherche sur la vaccination qui identifient les principales lacunes en matière de connaissances au niveau local.
- Encourager les pays à s'appuyer sur les données mondiales et locales pour répondre aux principaux thèmes de recherche et appuyer la prise de décisions reposant sur des bases factuelles.
- Promouvoir l'utilisation de la science de la mise en œuvre, de la recherche opérationnelle, de la science de l'exécution, de la recherche comportementale et sociale et de la science des données pour élaborer, piloter et évaluer les améliorations qui sont apportées aux programmes nationaux.
- Donner la priorité au développement des capacités nationales dans ces domaines de recherche.
- Mettre l'accent sur l'élaboration et l'évaluation collaboratives pour les innovations axées sur les besoins et susceptibles d'être portées à plus grande échelle.

3. Maintenir la dynamique en vue d'atteindre objectifs du PAMV

3a. Intégrer les éléments clés du PAMV, en reconnaissant son exhaustivité et la nécessité de pérenniser chaque année les avancées de la vaccination

- Poursuivre les efforts en vue d'atteindre les objectifs d'élimination et d'éradication mondiaux et régionaux convenus précédemment.
- Ne pas perdre de vue les autres buts et objectifs du PAMV :
 - Renforcer tous les aspects de la fonction des programmes nationaux de vaccination, dans une perspective systémique et en mettant l'accent sur le leadership, le renforcement des capacités humaines et la prestation de services centrés sur la personne.
 - Promouvoir l'intégration de la vaccination avec les autres services de soins de santé primaires.
 - Susciter un soutien actif du public en faveur de la vaccination.
 - Veiller à ce que les vaccins soient accessibles en temps opportun et de manière fiable à un prix abordable.
 - Favoriser l'autonomie financière nationale.
 - Conserver la recherche et le développement au cœur d'une nouvelle stratégie.

3b. Insister plus particulièrement sur les situations d'urgence humanitaire, les déplacements et les migrations, ainsi que sur la fragilité chronique

- Encourager une plus grande collaboration entre les programmes de vaccination et les programmes mondiaux et régionaux de gestion des situations d'urgence sanitaire.
- Sensibiliser davantage à la préparation, y compris la surveillance afin de fournir des alertes précoces et des évaluations des risques.
- Encourager une plus grande collaboration entre les partenaires (y compris les communautés) dans les ripostes aux situations d'urgence, en précisant plus clairement les rôles et les responsabilités.
- Explorer des approches novatrices pour déterminer la taille des groupes déplacés ou en migration et en améliorer le suivi.
- Promouvoir la recherche et la production de données factuelles dans les situations d'urgence.
- Développer des mécanismes régionaux pour détecter et répondre à une situation de fragilité nationale naissante.

3c. Encourager une plus grande intégration entre les initiatives d'élimination des maladies et les programmes de vaccination nationaux

- Insister sur l'importance d'élaborer des programmes de vaccination nationaux plus solides qui serviront de base à des initiatives axées sur une seule maladie.
- Veiller à ce que les initiatives axées sur une seule maladie contribuent au renforcement des capacités des programmes de vaccination nationaux.
- Renforcer la coordination entre les différentes initiatives axées sur une seule maladie.
- Promouvoir le développement d'une surveillance intégrée des maladies infectieuses, dans le contexte plus large du suivi du Règlement sanitaire international (RSI).

3d. Favoriser une collaboration et une intégration accrues à l'intérieur du secteur de la santé et au-delà

- Promouvoir une vision élargie de la collaboration et de l'intégration, à tous les niveaux (mondial, régional, national et infranational) et dans toutes les fonctions.
- Veiller à ce que la coordination des services de vaccination et d'autres services au sein du secteur de la santé contribue à l'élaboration de systèmes de soins de santé primaires intégrés.
- Renforcer les liens avec des secteurs autres que celui de la santé afin de créer des structures pour la vaccination à toutes les étapes de la vie.
- Encourager la participation active à des partenariats pour la lutte intégrée contre les maladies dans le cadre desquels la vaccination n'est qu'un élément des stratégies coordonnées parmi d'autres (par exemple, le paludisme, le choléra).
- Explorer les possibilités de collaborations mutuellement bénéfiques dans des domaines tels que les soins de santé primaires, la sécurité sanitaire mondiale, la résistance aux antimicrobiens, les changements climatiques, la sécurité alimentaire et les objectifs de développement durable.
- Explorer la possibilité de trouver d'autres partenaires à l'intérieur et à l'extérieur du secteur de la santé (par exemple toute la palette des OSC, notamment les associations professionnelles, les établissements universitaires et les ONG locales, ainsi que le secteur privé à but lucratif et non lucratif).

4. Établir un modèle de gouvernance mieux à même de transformer la stratégie en action

4a. Créer une structure de gouvernance et un modèle opérationnel solides et flexibles basés sur une collaboration plus étroite entre les partenaires à tous les niveaux

- Insister davantage sur les rôles, les responsabilités, les contributions et la responsabilisation pour atteindre les objectifs mondiaux et nationaux.
- Encourager les partenaires mondiaux à nouer des collaborations plus étroites, ce qui leur permettra de mieux coordonner leurs activités.
- Élaborer un modèle de gouvernance qui promeut ce qui précède et intègre une plus grande responsabilisation des partenaires mondiaux.
- Encourager la collaboration avec un éventail de partenaires plus large, qui favorisera des modèles de partenariat plus souples.
- Inclure dans le mécanisme de gouvernance la responsabilité première d'établir des stratégies mondiales de suivi et d'évaluation, de communication et de sensibilisation.

4b. Intégrer la flexibilité nécessaire pour détecter les problèmes émergents et y répondre

- Inclure la souplesse nécessaire pour faire face aux nouveaux défis susceptibles d'avoir un impact majeur sur la vaccination et les nouvelles possibilités qui se présenteront au cours de la prochaine décennie.

4c. Élaborer et poursuivre une solide stratégie de communication et de sensibilisation

- Élaborer une stratégie coordonnée de communication et de sensibilisation (C-S), en définissant les objectifs, les messages clés et les publics cibles.
- Veiller à ce que la stratégie de C-S mette clairement l'accent sur la « communication institutionnelle », en complément de la communication à d'autres fins (par exemple inciter à appuyer la vaccination de façon plus générale).
- Concentrer les activités de C-S sur la sensibilisation, l'adhésion et l'alignement des activités, maintenir la dynamique en faveur de la mise en œuvre et mobiliser des ressources en vue du renforcement des capacités (contributions financières et soutien en nature).

- Encourager les activités de C-S aux niveaux mondial, régional et national pour mobiliser un appui et des ressources, et pour renforcer et nouer des partenariats.
- Veiller à ce que la stratégie de C-S tienne compte du contexte du système de santé et des perspectives des autres acteurs du secteur.
- Poursuivre les activités de C-S tout au long de la décennie, en assurant leur suivi et en les adaptant le cas échéant.

5. Promouvoir la planification à long terme pour le développement et la mise en œuvre de nouveaux vaccins et d'autres innovations en matière de prévention, afin que les populations en bénéficient le plus rapidement possible

- Maintenir la dynamique en faveur du développement de nouveaux produits/technologies.
- Promouvoir le dialogue entre les pays, les partenaires et les concepteurs par le biais d'évaluations des besoins, d'évaluations, d'expérimentations et d'expansion, afin de garantir un accès rapide à des produits sûrs et efficaces qui correspondent aux besoins des pays.
- Identifier les principaux goulets d'étranglement dans l'homologation et l'utilisation des nouveaux produits, et élaborer de nouvelles stratégies pour les surmonter.
- Continuer de donner la priorité au renforcement des capacités et à la coordination des autorités nationales de réglementation, y compris l'harmonisation de la réglementation afin d'accélérer l'introduction des vaccins préqualifiés par l'OMS.
- Favoriser l'examen précoce des répercussions globales des nouvelles interventions qui sont proches de l'application pratique, afin de cerner les éventuels facilitateurs/obstacles à la mise en œuvre et les problèmes d'acceptabilité potentiels.
- Veiller à ce que les enseignements tirés des introductions de vaccins, qu'elles soient réussies ou problématiques, soient documentés et partagés afin d'éclairer la planification de la mise en œuvre à venir.
- Promouvoir le développement d'une capacité de recherche régionale et nationale pour appuyer la production de données factuelles plus pertinentes à l'échelle locale.

6. Promouvoir l'utilisation des données pour stimuler et guider l'action et informer la prise de décision

- Donner la priorité à la collecte des données spécifiquement requises pour suivre et améliorer l'exécution des programmes nationaux.
- Encourager un lien plus étroit entre la collecte de données et l'action, afin de favoriser une amélioration constante de la qualité.
- Renforcer les capacités des programmes nationaux en matière de collecte et d'utilisation des données.
- Encourager une plus grande transparence des données et un meilleur partage des données, dans le bon format, pour que les bonnes personnes puissent les utiliser au bon moment.
- Veiller à ce que les programmes disposent de la flexibilité nécessaire pour arrêter la collecte de données de peu d'intérêt et pour ajouter de nouvelles sources de données utiles.
- Encourager la collecte de données qualitatives pour aider à comprendre les causes sous-jacentes.
- Veiller à ce que les programmes de vaccination nationaux puissent s'appuyer sur les systèmes intégrés de données de surveillance des maladies infectieuses et y contribuer.
- Encourager les programmes de vaccination nationaux à se préparer au cours de la prochaine décennie à la mise en œuvre en première ligne des nouvelles technologies de l'information, qui sera probablement généralisée et potentiellement transformatrice.
- Promouvoir la collaboration avec des spécialistes des données et des informaticiens dans d'autres domaines pour garantir une utilisation efficace des données.
- S'assurer que des enseignements sont tirés des stratégies et des plans de gestion de l'information des ODD et de la couverture sanitaire universelle/des soins de santé primaires, ainsi que de l'expérience de la collecte de données.

7. Renforcer le suivi et l'évaluation aux niveaux national et infranational pour favoriser une plus grande responsabilisation

- Veiller à ce que la mise en œuvre ainsi que le suivi et l'évaluation soient pleinement intégrés de sorte qu'ils puissent davantage promouvoir la responsabilisation.
- Veiller à ce que les objectifs et les jalons soient fixés au niveau des pays, sur la base d'objectifs mondiaux convenus.
- Utiliser des processus reposant sur des bases factuelles pour définir des objectifs et des jalons mondiaux et nationaux.
- Veiller à ce que les progrès accomplis dans la réalisation des jalons et des objectifs soient examinés au moins une fois par an, afin d'étayer les mesures correctives, et que des examens plus approfondis soient effectués périodiquement (par exemple, tous les cinq ans).
- Renforcer les capacités de suivi et d'évaluation aux niveaux national et infranational.
- Explorer la possibilité pour les GTCV de jouer un rôle plus important dans le suivi et l'évaluation ainsi que dans la supervision des programmes.
- Reconnaître les risques de surcharger de travail le personnel de première ligne/des programmes ; un cadre de suivi et d'évaluation devrait être allégé et adapté à l'objectif, et toute collecte des données nationales avoir un objectif clair.
- Veiller à ce que les demandes de données aux niveaux régional et mondial ne servent qu'à des fins clairement définies ; dans la mesure du possible, l'analyse des données mondiales devrait être fondée sur des données faisant l'objet d'un recueil systématique pour informer les activités nationales.
- Veiller à ce que, dans la mesure du possible, la collecte de données serve à des fins multiples (par exemple, les ODD et les rapports de suivi et d'évaluation).
- Prévoir une certaine souplesse pour intégrer les objectifs, les cibles et les indicateurs (par exemple au niveau régional, au fil du temps) dans le cadre de suivi et d'évaluation.
- Reconnaître que certaines données importantes seront produites en dehors du cadre de suivi et d'évaluation (par exemple, recherche qualitative, analyse des causes profondes dans les pays).
- Encourager les pays et les régions à identifier des sous-ensembles spécifiques de données nationales nécessaires aux activités de sensibilisation et d'information sur les politiques.
- Veiller à ce que le calendrier des rapports de suivi et d'évaluation de la recherche tienne compte du rythme différent de la recherche, et permette de faire rapport de façon distincte sur le développement de nouveaux produits et sur la recherche opérationnelle/sur la mise en œuvre.

ANNEXE 1

GROUPE DE TRAVAIL SUR LA DÉCENNIE DE LA VACCINATION DU GROUPE STRATÉGIQUE CONSULTATIF D'EXPERTS (SAGE) SUR LA VACCINATION ET CONTRIBUTEURS

SAGE Members

Membres du SAGE

- Noni MacDonald (présidente du groupe de travail), professeure de pédiatrie, Dalhousie University, IWK Health Centre, Canada
- Ezzeddine Mohsni, conseiller technique principal in Global Health Development / Réseau de la Méditerranée orientale pour la santé publique (EMPHNET)

Experts

- Yagob Al-Mazrou, Secrétaire général du Conseil des services de santé du Royaume d'Arabie saoudite, Arabie saoudite
- Jon Kim Andrus, Professeur auxiliaire et directeur, Division of Vaccines and Immunization, Center for Global Health, Université du Colorado, États-Unis d'Amérique
- Narendra Arora, directeur exécutif, International Clinical Epidemiology Network (INCLEN), Inde
- Susan Elden, conseillère en santé, Département du Développement international, Londres, Royaume-Uni
- Marie-Yvette Madrid, consultante indépendante, Genève, Suisse
- Rebecca Martin, directrice du Center for Global Health, CDC, États-Unis d'Amérique
- Amani Mahmoud Mustafa, chef de projet, Sudan Public Health Training Initiative, Carter Center, Soudan

- Helen Rees, directrice exécutive, Wits Reproductive Health and HIV Institute, Personal Professor, codirectrice du Département d'obstétrique et de gynécologie, African Leadership in Vaccinology Excellence, Université de Witwatersrand, Afrique du Sud
- David Salisbury, chercheur associé, Centre on Global Health Security, Chatham House, Londres, Royaume-Uni
- Qinjian Zhao, Vice-Doyen, École de santé publique, Université de Xiamen, Xiamen, Fujian, Chine

Secrétariat du Groupe de travail

- Coordonnateur du Secrétariat de la Décennie de la vaccination : OMS
- Fondation Bill et Melinda Gates
- L'Alliance GAVI
- Fonds des Nations Unies pour l'enfance
- National Institute of Allergy and Infectious Diseases (Institut national des maladies allergiques et infectieuses), qui fait partie des National Institutes of Health des États-Unis
- Organisation mondiale de la Santé

Consultants

- MMGH Consulting, Zurich, Suisse
- Task Force for Global Health, Atlanta, États-Unis

ANNEXE 2

MEMBRES DU SAGE

- Alejandro Cravioto (Président du SAGE), affiliated with the Faculty of Medicine of the Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Mexique
- Rakesh Aggarwal, Jawaharlal Institute of Postgraduate Medical Education and Research (JIPMER), Pondichéry, Inde
- Ilesh Jani, Director General, Instituto Nacional de Saúde (National Institute for Health), Mozambique
- Jaleela Jawad, Head of Expanded Programme on Immunization, Public Health Directorate, Ministry of Health, Bahreïn
- Youngmee Jee, Director General, Centre for Infectious Disease Research, National Institute of Health, Korean Centre for Disease Control and Prevention, République de Corée
- Kari Johansen, Expert Vaccine Preventable Diseases, European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), Suède
- Noni MacDonald, Professor of Paediatrics, Division of Infectious Diseases, Department of Pediatrics, Dalhousie University, Canada
- Peter McIntyre, Professor in the Discipline of Child and Adolescent Health and the School of Public Health, University of Sydney, Australie
- Shabir Madhi, Professor of Vaccinology at the University of the Witwatersrand, Johannesburg, Afrique du Sud
- Ezzeddine Mohsni, Senior Technical Adviser in GHD/EMPHNET (Global Health Development / Eastern Mediterranean Public Health Network), Jordanie
- Kathleen Neuzil, Director, Center for Vaccine Development and Global Health (CVD), University of Maryland School of Medicine, États-Unis d'Amérique
- Andrew J. Pollard, Professor of Paediatrics, Department of Paediatrics, University of Oxford, Royaume-Uni
- Firdausi Qadri, Director, Infectious Diseases Division, Head and Senior Scientist, Mucosal Immunology and Vaccinology Laboratory, icddr,b, Dhaka, Bangladesh
- Nicola Turner, Director Immunisation Advisory Centre, University of Auckland, Nouvelle-Zélande
- Frederick Were, Executive Director - Professor, Department of Paediatrics and Child Health, University of Nairobi, Kenya



ANNEXE 3

AUTRES SOURCES D'INFORMATION

Le présent résumé s'appuie sur les documents de référence suivants, disponibles à l'adresse :

www.who.int/entity/immunization/global_vaccine_action_plan/GVAP_review_lessons_learned/en/

- Report on GVAP review and lessons learned: Methodology, analysis and results of stakeholder consultations
- The GVAP Monitoring, Evaluation and Accountability (M&E/A) Framework: Review and lessons learned
- Global Vaccine Action Plan - Monitoring, evaluation & accountability - 2019 report
- Global Vaccine Action Plan - Progress towards GVAP-RVAP goals – 2019 regional reports
- National Immunization Coverage Scorecards 1999-2018

Crédits photos :

• Couverture - Gavi / Saiful Huq Omi • Page iv - PATH /Gabe Biencycki • Pages vi et viii - UN Foundation / Stuart Ramson • Page x – WHO PAHO • Page 4 - WHO / Christine McNab • Page 6 - WHO WPRO / Shimizu • Page 10 - WHO PAHO • Page 13 - WHO / S. Volkov • Page 14 - WHO / Christine McNab • Page 16-17 - BMGF / Frédéric Courbet • Page 21 - WHO / Christine McNab • Page 25 - WHO / PAHO



For more information, contact:

World Health Organization

Department of Immunization, Vaccines and Biologicals

1211 Geneva 27

Switzerland

E-mail: vaccines@who.int

Web: www.who.int/immunization/en/