



MAINTENIR LES ENFANTS EN BONNE SANTÉ

L'ALLIANCE DU VACCIN
RAPPORT DE SITUATION
2015

NOTRE MISSION POUR 2011-2015

Sauver la vie des enfants et protéger la santé des populations en élargissant l'accès à la vaccination dans les pays en développement



1,5 million d'enfants meurent chaque année de maladies évitables par la vaccination



L'Alliance du Vaccin soutient actuellement 12 vaccins vitaux



Notre objectif : que chaque enfant puisse bénéficier des bienfaits de la vaccination

Même si l'utilisation des vaccins a augmenté dans les pays en développement,

19 MILLIONS D'ENFANTS

N'ONT TOUJOURS PAS REÇU LA TOTALITÉ DES VACCINS ESSENTIELS,

ce qui représente



DEUX FOIS

LE NOMBRE D'ENFANTS NÉS CHAQUE ANNÉE AUX ÉTATS-UNIS ET DANS L'UNION EUROPÉENNE RÉUNIS



L'ALLIANCE DU VACCIN

Notre partenariat combine l'expertise technique de la communauté du développement et le savoir-faire entrepreneurial du secteur privé



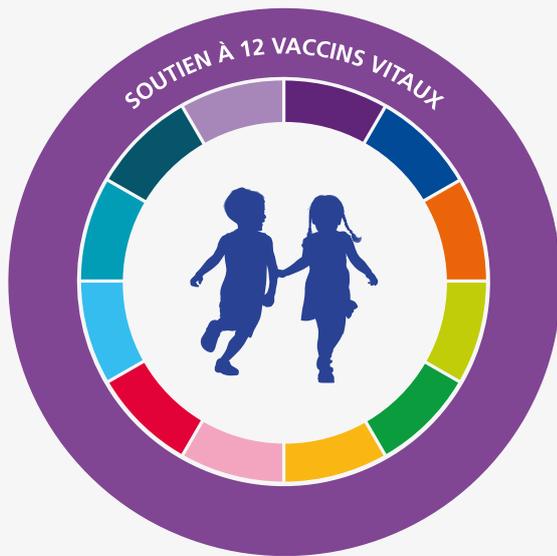
Nos partenaires

- **L'Organisation mondiale de la Santé (OMS)** réglemente les vaccins et aide les pays à les introduire, à renforcer la couverture vaccinale et à améliorer la qualité des données.
- **L'UNICEF** procure les vaccins et aide les pays à maintenir leur chaîne du froid, à améliorer l'accès aux vaccins et à collecter les données.
- **La Banque mondiale** aide à mettre en place des mécanismes financiers innovants comme la Facilité internationale de financement pour la vaccination (IFFIm) et le Fonds de garantie de marché (Advance Market Commitment ou AMC)
- **La Fondation Bill & Melinda Gates** et les autres partenaires du secteur privé apportent des financements et leur expertise.
- **Les gouvernements des pays bénéficiaires** identifient leurs besoins en vaccins, cofinancent et mettent en œuvre les programmes de vaccination.
- **Les organisations de la société civile** interviennent pour que chaque enfant puisse bénéficier de la vaccination.
- **Les fabricants de vaccins** garantissent la qualité des vaccins, leur approvisionnement et leur accessibilité à des prix abordables pour les pays en développement.
- **Les gouvernements des pays donateurs** s'engagent sur des financements à long terme.
- **Les partenaires du secteur privé** apportent les ressources, les compétences et l'innovation qui nous aident à accomplir notre mission.
- **Les organismes de recherche** nous aident à produire des données factuelles et à communiquer sur l'importance de la vaccination.

NOS QUATRE OBJECTIFS

Nous avons défini quatre objectifs stratégiques pour mener à bien notre mission :

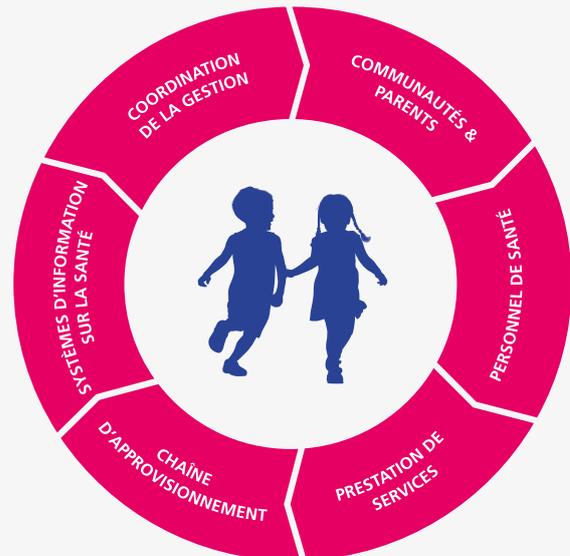
1 DES ENFANTS EN BONNE SANTÉ



L'objectif vaccination : Accélérer l'adoption et l'utilisation des vaccins nouveaux ou sous-utilisés en renforçant le processus décisionnel des pays et en facilitant leur introduction

page 10 →

2 DES SYSTÈMES SAINS



L'objectif systèmes de santé : Augmenter l'efficacité des services de vaccination en renforçant les systèmes de santé

page 32 →

73 PAYS MÈNENT LEURS PROGRAMMES DE VACCINATION AVEC LE SOUTIEN DE GAVI

Afghanistan, Angola, Arménie, Azerbaïdjan, Bangladesh, Bénin, Bhoutan*, Etat plurinational de Bolivie, Burkina Faso, Burundi, Cambodge, Cameroun, République centrafricaine, Comores, République démocratique du Congo, Congo, République populaire démocratique de Corée, Côte d'Ivoire, Cuba, Djibouti, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Géorgie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Guyana, Haïti, Honduras*, Inde, Indonésie, Kenya, Kirghizistan, Kiribati, République démocratique populaire lao, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, République de Moldavie, Mongolie*, Mozambique, Myanmar, Népal, Nicaragua, Niger, Nigéria, Ouganda, Ouzbékistan, Pakistan, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Rwanda, Îles Salomon, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Sierra Leone, Somalie, Soudan, Soudan du Sud, Sri Lanka*, Tadjikistan, République-Unie de Tanzanie, Tchad, Timor-Leste, Togo, Ukraine**, Viet Nam, Yémen, Zambie, Zimbabwe

*Ne bénéficie plus du soutien de Gavi depuis janvier 2016

**N'a pas bénéficié du soutien de Gavi en 2015



En tant que championne de la cause de Gavi, j'aimerais demander à tous de soutenir les initiatives de l'Alliance du Vaccin qui donnent aux nations les moyens de prévenir les maladies.

HE Ellen Johnson Sirleaf

Présidente de la République du Libéria

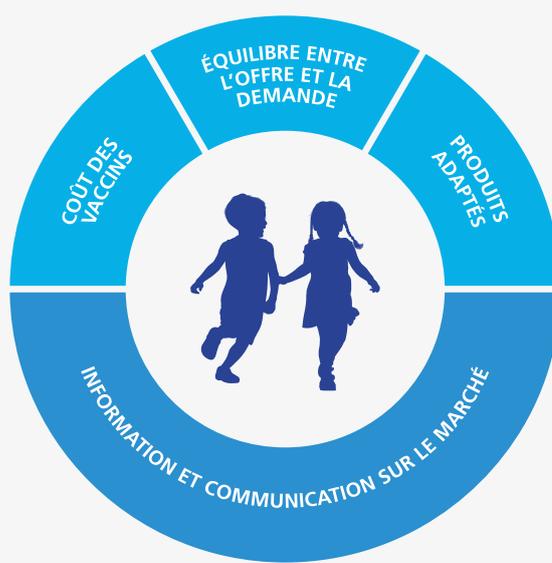
3 DES FINANCEMENTS SAINS POUR LA VACCINATION



L'objectif financement : Accroître la prévisibilité des financements internationaux et améliorer la viabilité à long terme des financements nationaux pour la vaccination

page 48 →

4 DES MARCHÉS SAINS



L'objectif façonnage des marchés : Assurer la disponibilité des vaccins adéquats à un prix abordable pour les pays en développement

page 64 →

L'ALLIANCE DU VACCIN EST FINANCÉE PAR

Fondation A & A, Absolute Return for Kids (ARK), Afrique du Sud, Allemagne, Alwaleed Philanthropies, Anglo American plc, Australie, Fondation Bill & Melinda Gates, Brésil, Canada, Children's Investment Fund Foundation, Chine, Comic Relief, Commission européenne, République de Corée, Danemark, Dutch Postcode Lottery, Fondation ELMA pour les vaccins et la vaccination, Espagne, États-Unis d'Amérique, Fédération internationale des répartiteurs pharmaceutiques (IFPW), Fondation « La Caixa », Fondation internationale des Lions Clubs, Fonds de l'OPEP pour le développement international (OFID), France, Inde, Irlande, Italie, Japon, JP Morgan, LDS Charities, Luxembourg, Norvège, Sultanat d'Oman, Pays-Bas, Qatar, Royaume d'Arabie Saoudite, Royaume-Uni, Fédération de Russie, Suède, UPS, Vodafone, Son Altesse Cheikh Mohammed ben Zayed Al Nahyan

QUESTIONS-RÉPONSES AVEC LES DIRIGEANTS DE GAVI

Seth Berkley, Directeur exécutif de Gavi et Ngozi Okonjo-Iweala, Présidente du Conseil d'administration, reviennent sur une période charnière qui a vu le plus de changements depuis la création de Gavi, et exposent ce que cela peut signifier pour la prochaine période stratégique.

Dr Seth Berkley, Directeur exécutif

Quelles sont, pour Gavi, les grandes leçons de sa stratégie 2011-2015 ?

Seth : Cette dernière période a été consacrée en grande partie à la lutte contre les deux maladies les plus meurtrières chez les enfants, la pneumonie et la diarrhée. Entre 2011 et 2015, nous avons étendu l'utilisation des vaccins qui protègent contre chacune de ces maladies et dépassé notre objectif quant au nombre de lancements. Un ou plusieurs de ces vaccins - contre le pneumocoque, contre le rotavirus et le vaccin pentavalent - ont été ajoutés aux calendriers de vaccination systématique dans 14 pays de plus qu'initialement prévu. En 2015, l'Inde a achevé l'introduction du vaccin pentavalent, ce qui est particulièrement encourageant. Par ailleurs, l'accès à la vaccination systématique a été accéléré dans les pays bénéficiant du soutien de Gavi, essentiellement grâce à nos activités de façonnage du marché. Le prix moyen pondéré de la vaccination d'un enfant avec les trois vaccins, pentavalent, contre le pneumocoque et contre le rotavirus, a chuté de 43% depuis le début de la période stratégique. Il est possible maintenant de vacciner un enfant avec l'ensemble des vaccins universellement recommandés par l'OMS pour ce que coûtaient autrefois juste ces trois vaccins. C'est un progrès extraordinaire.

Que peut-on en retenir au moment où nous passons de Gavi 3.0 à Gavi 4.0 ?

Seth : Nous avons bien réussi le lancement des vaccins, mais nous n'avons pas atteint la couverture que nous espérions. Cela tient en partie à des retards dans le démarrage, mais aussi à la difficulté d'atteindre les enfants dans les zones à haut risque. Trop d'enfants n'ont toujours pas accès à la vaccination. Cela ne veut pas dire que nous n'avons pas progressé ; la couverture vaccinale a atteint un record historique. Mais un enfant sur cinq n'est toujours pas vacciné ; pour atteindre cet enfant, nous devons vraiment axer nos efforts à la fois sur la couverture vaccinale et sur l'équité, notamment en continuant à miser sur les systèmes de santé qui constituent la base de la pyramide de santé primaire. C'est de cela qu'il s'agit pour Gavi 4.0.

Qu'est-ce que cela implique pour l'avenir et pour les défis qui restent à relever ?

Seth : Ce que fait l'Alliance du Vaccin en aidant les pays à renforcer leurs programmes de vaccination, c'est essentiellement les aider à accroître leurs capacités. Il s'agit de permettre aux systèmes de santé de prendre en charge des vaccins plus complexes, comme le vaccin polio inactivé (VPI) et le vaccin contre la méningite, et de les aider à mieux faire face aux épidémies. Cette aide à la préparation et à la réponse aux urgences sanitaires prendra probablement une place croissante dans les activités de Gavi, étant donné que le changement climatique, la croissance démographique et la densification urbaine associés au problème croissant de la résistance aux médicaments modifient le comportement des maladies

La couverture vaccinale a atteint un record historique. Mais un enfant sur cinq n'est toujours pas vacciné ; pour atteindre cet enfant, nous devons vraiment axer nos efforts sur la couverture vaccinale et sur l'équité.

Seth Berkley

Directeur exécutif de Gavi, l'Alliance du Vaccin

infectieuses et menacent notre capacité à les prévenir. Au cours de la période stratégique 2011-2015, la mobilisation contre les épidémies a été plus importante que prévu, notamment avec Ebola, mais aussi avec le choléra, la rougeole et la fièvre jaune. L'expérience des nouveaux mécanismes de financement utilisés par Gavi a été mise à profit pour innover avec les vaccins contre le virus Ebola. L'accroissement de la couverture vaccinale jouera également un rôle important dans la préparation aux épidémies en permettant de les prévenir et de s'assurer que les systèmes sont en place et à même de riposter rapidement. C'est pourquoi notre Conseil d'administration a adopté en 2015 une nouvelle stratégie de lutte contre la rougeole qui place le renforcement de la vaccination systématique au centre d'une approche plus globale visant à éliminer cette maladie hautement infectieuse. Face à la croissance des menaces mondiales pour la sécurité sanitaire, des systèmes solides et une couverture élevée en vaccination systématique deviendront encore plus indispensables.

Dr Ngozi Okonjo-Iweala, Présidente du Conseil d'administration de Gavi

Quelle est l'importance de la volonté politique pour le succès à long terme de Gavi ?

Ngozi : Les enfants représentent les forces vives des pays ; c'est pourquoi la protection de leur santé doit être une priorité pour tous les gouvernements. Les ministres de la santé le savent déjà, mais à l'avenir, Gavi doit impliquer d'autres dirigeants politiques comme les ministres des finances, et les convaincre de faire de la prévention des maladies infantiles une priorité nationale. Pour assurer à la vaccination un financement durable, chaque budget national doit comporter une ligne budgétaire pour les vaccins. En tant qu'ancienne ministre des finances je sais que c'est possible si l'on démontre l'intérêt économique de la vaccination. Nous devons expliquer non seulement que les vaccins peuvent être abordables, mais qu'ils constituent un investissement qui, pour chaque dollar investi, rapporte immédiatement 16 dollars US en réduction de dépenses de santé. De cette façon, et en illustrant comment les vaccins peuvent aider les gouvernements à atteindre leurs objectifs économiques et leurs objectifs de développement, on peut réussir à faire inscrire la vaccination à l'ordre du jour de tous les pays.

Quels sont les signes qui montrent que les pays sont en train de s'approprier leurs programmes de vaccination ?

Ngozi : Tous les pays veulent au fond pouvoir subvenir eux-mêmes à leurs besoins, et le modèle novateur proposé par Gavi est unique dans le sens où il leur offre précisément cette possibilité – c'est d'ailleurs une des raisons qui ont fait que je me suis engagée. En 2015, notre modèle opérationnel a prouvé sa raison d'être quand quatre pays ont pu progressivement se passer entièrement du soutien de Gavi. Avec près de vingt autres pays qui devraient suivre dans les cinq prochaines années, c'est une nouvelle page qui s'ouvre dans l'histoire de l'Alliance du Vaccin – et bon nombre de signes indiquent que les pays sont prêts à prendre en main leurs programmes de vaccination. Au cours des cinq dernières années, 14 pays ont assumé le financement d'au moins un de leurs programmes soutenus par Gavi. De plus, les pays participent davantage à leurs programmes de vaccination : le cofinancement à la fin de la période stratégique 2011-2015 était de 47% supérieur à ce qui avait été prévu en 2010.

Que signifient ces changements à long terme pour le modèle de Gavi ?

Ngozi : Cela signifie que Gavi n'aura plus à intervenir dans de nombreux pays dans la mesure où ils prendront en main la gestion de leurs programmes de vaccination de façon durable. Cela permettra à Gavi de se concentrer sur les pays restants, encore très fragiles, ce qui représente un défi encore plus grand. A l'avenir, l'approche sera de plus en plus centrée sur les pays. L'introduction du cadre d'engagement pour les partenaires (PEF, pour Partners' Engagement Framework) qui englobe nos partenaires principaux, dont l'OMS et l'UNICEF, permettra de mieux adapter notre soutien aux besoins particuliers de chaque pays grâce à une présence permanente dans les pays, financée par Gavi.

Tous les pays veulent au fond pouvoir subvenir eux-mêmes à leurs besoins, et le modèle novateur proposé par Gavi est unique dans le sens où il leur offre précisément cette possibilité

Ngozi Okonjo-Iweala

Présidente du Conseil d'administration de Gavi



MESURER NOS PROGRÈS

Au cours des cinq dernières années, les activités de Gavi ont été guidées par sa stratégie 2011-2015. Alors que cette période stratégique tire à sa fin, il convient d'analyser les progrès réalisés par Gavi pour atteindre ses objectifs.

LES INDICATEURS RELATIFS À NOTRE MISSION

Sauver la vie des enfants → p. 08

L'OBJECTIF VACCINATION

Accélérer l'accès aux vaccins nouveaux ou sous-utilisés → p. 10

L'OBJECTIF SYSTÈMES DE SANTÉ

Renforcer les plateformes de distribution des vaccins → p. 32

L'OBJECTIF FINANCEMENT

Assurer un financement prévisible à long terme → p. 48

L'OBJECTIF FAÇONNAGE DES MARCHÉS

Instaurer un marché sain pour les vaccins → p. 64



PLUS DE LA **MOITIÉ**
DES ENFANTS
VACCINÉS EN 2015
L'ONT ÉTÉ AVEC LE
SOUTIEN DE GAVI

LES INDICATEURS RELATIFS À NOTRE MISSION

→ En avance sur nos trois objectifs

Gavi a dépassé les objectifs de mission pour la période 2011-2015

Notre troisième période stratégique s'est achevée en décembre 2015. Nos résultats sont présentés pour chacun des trois objectifs de mission sous forme de graphique assortis d'une analyse.

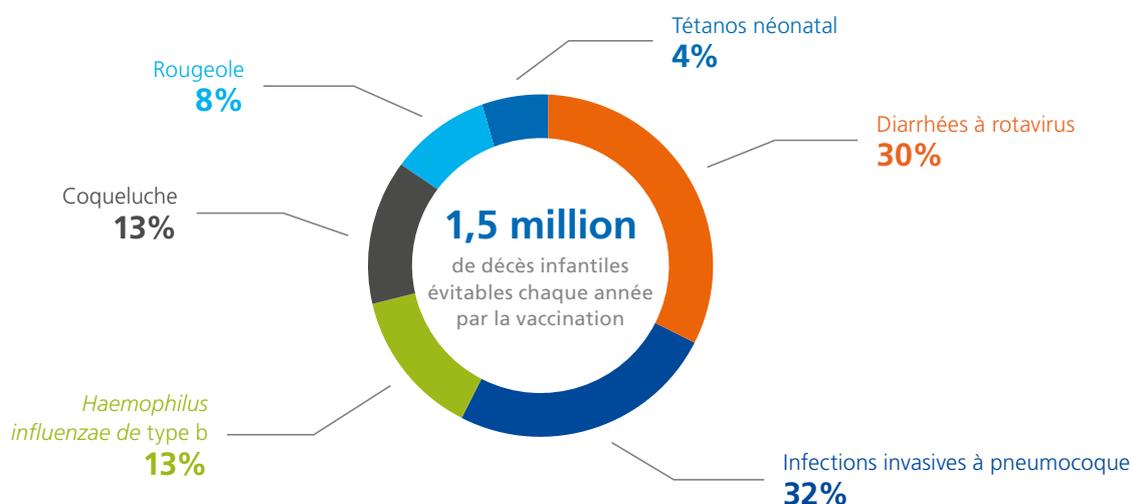
Le premier indicateur, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans, témoigne de notre engagement à aider les pays à atteindre le quatrième objectif du Millénaire pour le développement : réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans. Ce taux de mortalité se définit comme la probabilité qu'un enfant né dans un des pays soutenus par Gavi meure avant d'atteindre l'âge de cinq ans.

Le deuxième indicateur des objectifs de mission reflète l'impact des vaccins financés par Gavi sur la mortalité. Il correspond au nombre de décès futurs évités dans les pays soutenus par Gavi grâce à 10 vaccins : vaccin pentavalent, vaccins contre le pneumocoque, le rotavirus, la fièvre jaune, la méningite A, l'encéphalite japonaise, le virus du papillome humain (VPH), la seconde dose de vaccin contre la rougeole, le vaccin rougeole-rubéole et le vaccin contre la rubéole.

Pour évaluer notre contribution à l'augmentation du niveau de vaccination systématique dans les pays qui bénéficient de notre soutien, nous avons également estimé le nombre d'enfants qui ont reçu les vaccins financés par Gavi dans le cadre de programmes de vaccination systématique. Pour être sûrs de ne pas compter deux fois les enfants qui ont reçu plus d'un vaccin ou plus d'une dose, nous avons fondé nos calculs sur le nombre total d'enfants ayant reçu la dernière des doses recommandées pour tout vaccin soutenu par Gavi. Les vaccins inclus dans cet indicateur sont les suivants : vaccins contre l'hépatite B, contre l'*Haemophilus influenzae* de type b, contre le pneumocoque et contre le rotavirus, seconde dose de vaccin contre la rougeole, vaccin contre la fièvre jaune administré en routine, vaccin contre le VPH, contre la rubéole, ainsi que les vaccins contre la méningite A et contre l'encéphalite japonaise administrés en routine.

Six grandes maladies évitables par la vaccination

Pourcentage des décès infantiles dans le monde



Source : OMS

RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ INFANTILE

Dans les pays soutenus par Gavi, la mortalité infantile moyenne est passée de 76 à 63 décès pour 1000 naissances viables entre 2010 et 2015, ce qui correspond à un taux de réduction sans précédent de 3,6% par an. L'accélération du nombre d'introductions de nouveaux vaccins au cours des dernières années ainsi que l'augmentation de la couverture pour les vaccins existants ont participé à la réduction substantielle des taux de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans.

Taux de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans

dans les pays éligibles au soutien de Gavi (pour 1 000 naissances viables)



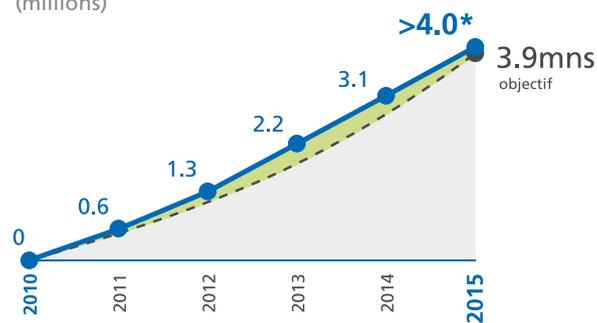
Sources : Groupe inter-agences des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité infantile, Division de la population ; Perspectives de la population mondiale

NOMBRE DE DÉCÈS FUTURS ÉVITÉS

Entre début 2011 et fin 2015, Gavi a aidé les pays à prévenir plus de 4 millions de décès futurs et a ainsi dépassé son objectif qui était de 3,9 millions de décès évités pour la période quinquennale. De plus, les campagnes de vaccination contre la rougeole menées entre 2013 et 2015 avec le soutien de Gavi ont sans doute permis d'empêcher plus de 300 000 décès dus à des maladies évitables par la vaccination. Depuis sa création en 2000, Gavi a ainsi contribué à éviter plus de 8 millions de décès dans les pays en développement.

Nombre de décès évités

(millions)



*Projection

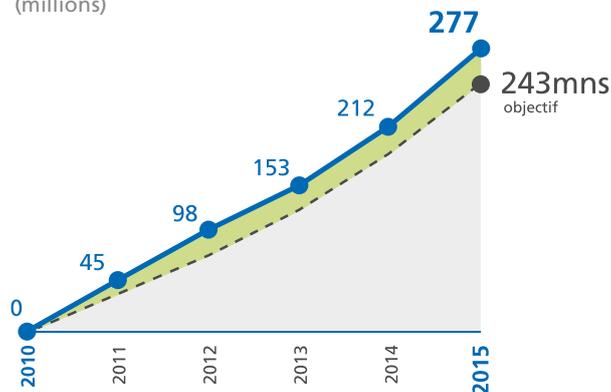
Source : Modélisation effectuée conjointement par Gavi, l'Alliance du Vaccin et la Fondation Bill & Melinda Gates

NOMBRE D'ENFANTS VACCINÉS

Fin 2015, 277 millions d'enfants supplémentaires avaient été vaccinés avec des vaccins financés avec l'aide de Gavi par rapport à fin 2010. Ce qui signifie que l'Alliance du Vaccin a dépassé son objectif de vacciner 243 millions d'enfants supplémentaires au cours de la période 2011-2015 pour l'ensemble de nos programmes de vaccination systématique. Depuis notre création en 2000, nous avons aidé les pays à vacciner près de 580 millions d'enfants.

Nombre d'enfants vaccinés

(millions)



Sources : OMS/UNICEF, Estimations nationales de la couverture vaccinale, Division de la population de l'ONU ; Perspectives de la population mondiale

ACCÉLÉRER L'ACCÈS AUX VACCINS VITAUX

→ Gavi dépasse ses objectifs d'introduction de vaccins pour 2015

14 pays introduisent plus tôt que prévu le vaccin contre le pneumocoque, le vaccin pentavalent et le vaccin contre le rotavirus, mais les taux de couverture vaccinale accusent un retard

→ Le vaccin contre le virus du papillome humain (VPH) protège 1 million de jeunes filles contre le cancer du col de l'utérus

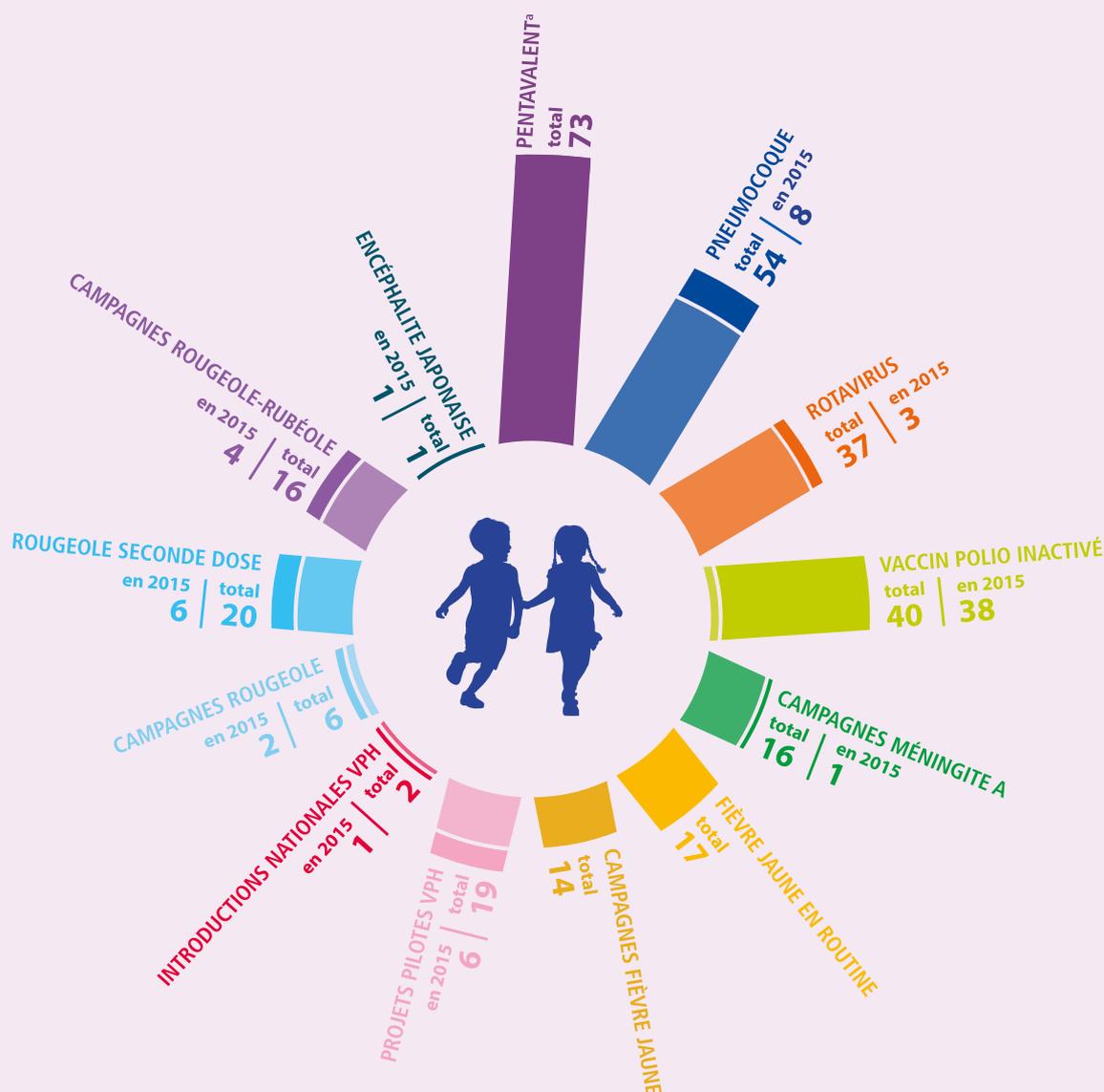
Les projets pilotes apportent des informations précieuses qui serviront à réviser la stratégie de soutien à la vaccination contre le VPH

→ L'Alliance du Vaccin revoit sa stratégie pour la vaccination contre la rougeole et la rubéole

L'élimination de ces maladies très contagieuses nécessite des systèmes de vaccination de routine solides

**INTRODUCTION
DES VACCINS**
DES OBJECTIFS ATTEINTS
PLUS TÔT QUE PRÉVU

Introductions de vaccins et campagnes de vaccination soutenues par Gavi depuis le début du programme et en 2015



^a5 des 73 pays ont introduit le vaccin pentavalent indépendamment du soutien de Gavi

Nous avons achevé la période 2011-2015 en dépassant nos objectifs quant au nombre d'introductions nationales des vaccins pentavalent, contre le pneumocoque et contre le rotavirus. Néanmoins, les taux de couverture de ces trois vaccins demeurent en-dessous de nos objectifs. Ce retard devrait être rattrapé au cours des prochaines années, les pays en développement les plus peuplés ayant prévu d'introduire le vaccin contre le pneumocoque, le vaccin contre le rotavirus ou les deux. Il est encourageant de constater que l'Inde, qui comptabilise près d'un tiers de la cohorte des naissances de Gavi, a achevé l'introduction du vaccin pentavalent dans tout le pays en 2015.

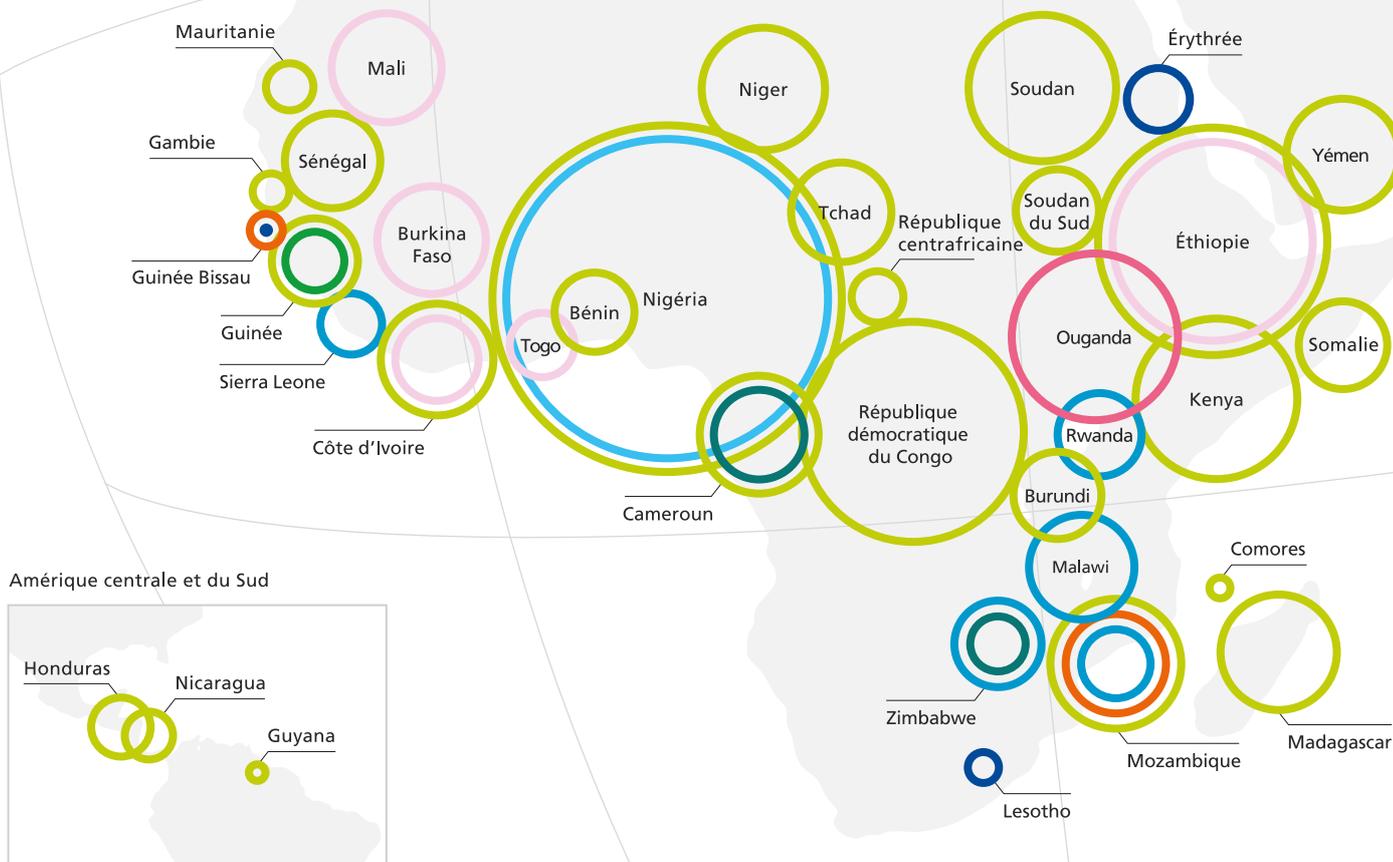
En soutenant plus de 200 introductions de vaccins en cinq ans, nous avons aidé les pays à renforcer leur capacité à administrer davantage de vaccins. Gavi fournit un soutien à pratiquement tous les vaccins universellement recommandés par l'OMS dans les deux premières années de vie, ainsi que le vaccin VPH qui s'administre à l'adolescence.

Au début de la période stratégique, nous financions en moyenne un programme de vaccination dans chacun des pays soutenus par Gavi ; cinq ans plus tard, ce chiffre a pratiquement quadruplé.

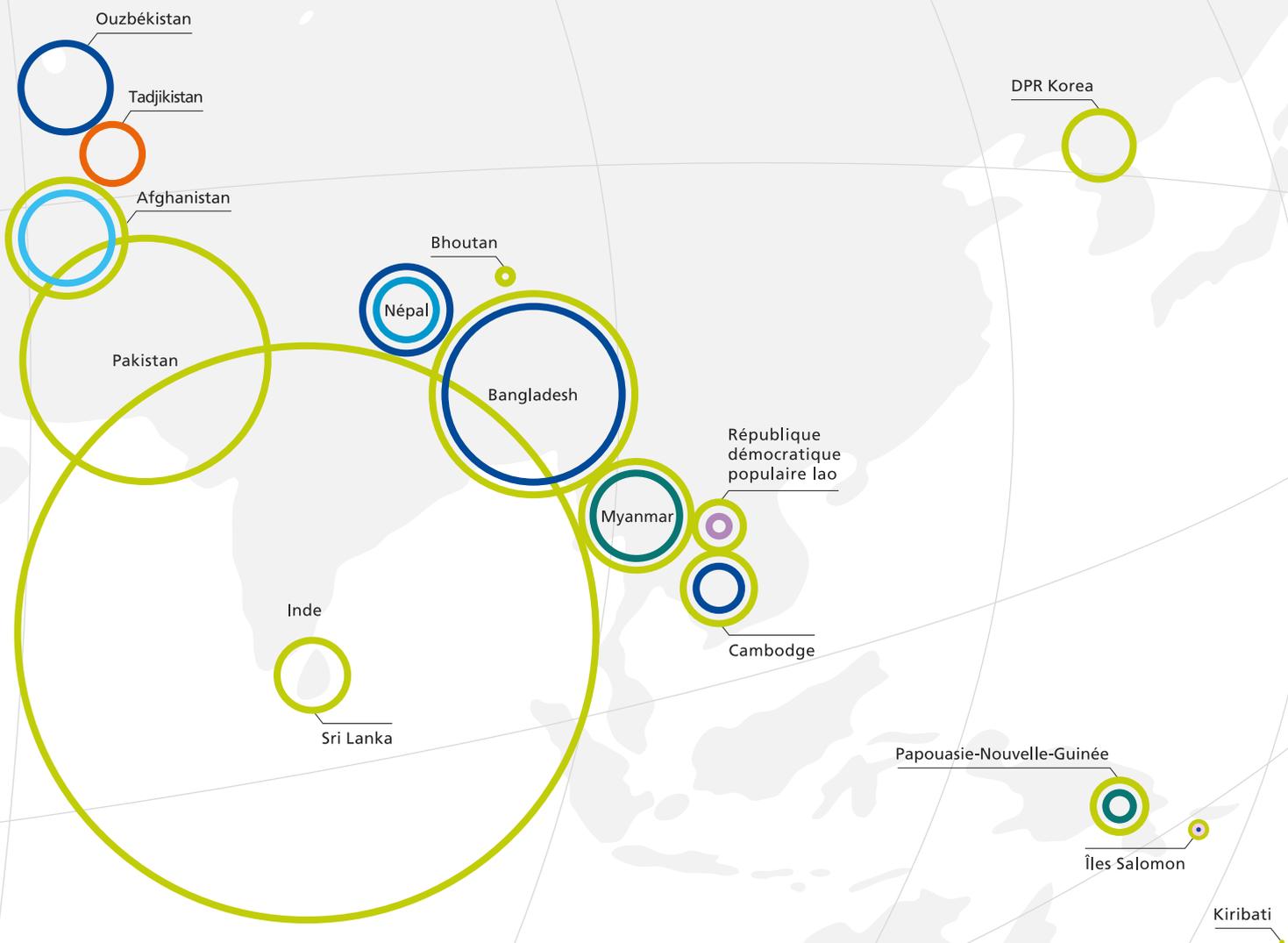
En 2015, Gavi a également tiré les leçons de l'introduction de deux vaccins essentiels : le vaccin contre le virus du papillome humain (VPH) et le vaccin rougeole-rubéole. Notre nouvelle stratégie contre la rougeole et la rubéole relance la lutte contre ces deux maladies infectieuses en renforçant notamment la couverture vaccinale de routine. Maintenant que nous abordons la nouvelle période stratégique, nous allons non seulement soutenir l'introduction de ces vaccins mais aussi faire en sorte qu'ils soient ancrés solidement dans des systèmes nationaux de vaccination renforcés.

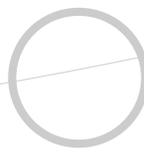
LANCEMENT DE VACCINS ET NOUVELLES CAMPAGNES DE VACCINATION SOUTENUS PAR GAVI EN 2015

- Vaccin contre le VPH: programmes nationaux
- Vaccin contre le VPH: programmes pilotes
- Vaccin polio inactivé
- Vaccin contre l'encéphalite japonaise
- Rougeole: campagnes de vaccination
- Rougeole: seconde dose
- Campagnes de vaccination rougeole-rubéole
- Vaccin contre la méningite A
- Vaccin contre le pneumocoque
- Vaccin contre le rotavirus



Sources : Gavi, l'Alliance du Vaccin, 2016 ; Nations Unies, Division de la Population, Département des affaires économiques et sociales, Perspectives de la population mondiale



 = 1 million de naissances annuelles

DES OBJECTIFS D'INTRODUCTION DE VACCINS ATTEINTS PLUS TÔT QUE PRÉVU

En 2015, nous avons continué à mesurer nos progrès par rapport à nos objectifs d'introduction et de couverture pour les trois vaccins essentiels dans les pays éligibles au soutien de Gavi : le vaccin pentavalent, le vaccin contre le pneumocoque et le vaccin contre le rotavirus. A eux trois, ces vaccins confèrent une protection contre les maladies les plus meurtrières chez les enfants – la pneumonie, la diarrhée et la méningite - et réduisent le risque de cancer du foie en protégeant contre l'hépatite B.

Le vaccin pentavalent

Protège en une seule injection contre cinq infections majeures : diphtérie-tétanos-coqueluche (DTC), hépatite B et Haemophilus influenzae de type b (Hib).

Soutien de Gavi : **vaccination systématique**

L'Alliance du Vaccin a atteint dès 2012 son objectif quinquennal pour le vaccin pentavalent et fin 2014, les 73 pays soutenus par Gavi l'avaient tous introduit

L'année 2015 a été le témoin de progrès appréciables par rapport à notre objectif de couverture vaccinale avec le vaccin pentavalent. Avec son introduction par l'Uttar Pradesh, le vaccin cinq-en-un était en place dans tous les états indiens en décembre. Nous avons toutefois manqué de 9% notre objectif de couverture vaccinale de 77%, mais la mise en place du vaccin en Inde – pays dont la cohorte de naissance est la plus importante au monde avec 26 millions de nouveau-nés chaque année – devrait faire sensiblement augmenter les taux de couverture d'ici la fin de l'année 2016.

Dès la fin de l'année 2014, soit 12 mois plus tôt que prévu, et 15 ans après la décision d'assurer à tous les pays en développement l'accès aux vaccins DTC, Hib et hépatite B, l'Alliance a atteint son objectif d'introduire le vaccin pentavalent dans la totalité des 73 pays soutenus par Gavi.

L'infection par l'hépatite B est responsable de maladies aiguës ou chroniques comme le cancer du foie et la cirrhose qui causent des centaines de milliers de décès chaque année, tandis que la bactérie Hib provoque des méningites, des pneumonies et des septicémies.

La réussite exemplaire du vaccin pentavalent illustre l'efficacité de notre modèle de partenariat public-privé. Alors que l'OMS et l'UNICEF aident les pays à décider de façon éclairée quand et comment introduire le vaccin, la Division des approvisionnements de l'UNICEF s'attache à répondre à la demande annuelle de 200 millions de doses. Avec l'augmentation du nombre de fournisseurs, qui est passé d'un seul en 2000 à sept en 2016, la capacité de production a été multipliée par 10, et le prix moyen pondéré du vaccin pentavalent a chuté de 44% durant la période stratégique en cours.

Gavi a atteint ses objectifs d'introduction pour les trois vaccins avec plus d'un an d'avance – ce qui illustre la constance de la demande pour les nouveaux vaccins de la part des pays soutenus par Gavi. Mais le pourcentage d'enfants ayant reçu la totalité des doses de chacun de ces vaccins est inférieur à nos objectifs quinquennaux, essentiellement du fait de ruptures de stock et de retards dans certains des pays en développement les plus peuplés.

Pays ayant introduit le vaccin en 2015 :

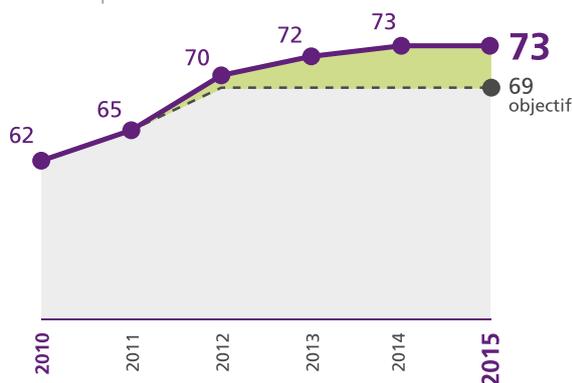
Les 73 pays soutenus par Gavi ont tous achevé l'introduction fin 2014

Nombre d'enfants vaccinés entre le début du programme et fin 2015 :

296 millions

Nombre de pays ayant introduit le vaccin

Vaccin pentavalent



Source : Gavi, l'Alliance du Vaccin, 2015

Couverture vaccinale (%)

Vaccin pentavalent, 3^e dose



Source : OMS/UNICEF : Estimations nationales de la couverture vaccinale, 2016



La Mission Arc-en-ciel promet un avenir meilleur aux enfants indiens sous-immunisés
p. 30-31

Le vaccin contre le pneumocoque

Permet de prévenir la première cause de pneumonie bactérienne, principale responsable de décès évitables par la vaccination chez les enfants de moins de cinq ans.

Soutien de Gavi : **vaccination systématique**

Gavi dépasse l'objectif pour 2015 d'introduction du vaccin mais manque l'objectif de couverture vaccinale

Les pays continuent à reconnaître l'importance du vaccin contre le pneumocoque dans la prévention de l'une des maladies les plus meurtrières chez les enfants – la pneumonie. En 2015, huit nouveaux pays ont introduit le vaccin dans leur programme de vaccination systématique, portant à 51 le nombre total de pays ayant introduit le vaccin au cours de la période stratégique 2011-2015, ce qui est bien au-dessus de l'objectif de 45. Au total, 54 pays ont bénéficié de notre aide pour introduire le vaccin contre le pneumocoque depuis qu'il fait partie de notre portefeuille. Parmi les pays qui l'ont introduit en 2015 figurent le Bangladesh, qui a introduit simultanément le vaccin polio inactivé, et le Népal qui a poursuivi l'introduction du vaccin même après le tremblement de terre dévastateur dont il a été victime.

L'OMS estime qu'à ce jour 76 millions d'enfants ont été protégés contre les infections à pneumocoque avec le soutien de Gavi. Seuls 15 des pays éligibles au financement de Gavi doivent encore faire la demande d'aide pour l'introduction du vaccin contre le pneumocoque.

Tout aussi encourageant que les introductions réussies du vaccin pentavalent, l'adoption du vaccin contre le pneumocoque par 8 pays en 2015 ont fait passer son taux de couverture à 35% 2015 – mais il manque toujours cinq points de pourcentage pour atteindre l'objectif quinquennal.

Néanmoins, dans certains pays qui ont introduit les deux vaccins, pentavalent et antipneumococcique, les taux de couverture pour les trois doses de vaccin contre le pneumocoque restent inférieurs à ceux des trois doses de vaccin pentavalent – bien qu'ils aient le même calendrier. Cela se traduit par l'échec de Gavi à atteindre ses objectifs en matière de couverture vaccinale pour la période 2011-2015, échec que l'on peut attribuer à des problèmes d'approvisionnement dans les premières années du programme et au retard pris dans l'introduction du vaccin dans des pays à forte population comme le Bangladesh et le Nigéria.

Notre nouvelle mission 2016-2020 étant axée sur l'augmentation de la couverture vaccinale et de l'équité, les partenaires de l'Alliance du Vaccin s'activent pour arriver à maintenir et augmenter durablement les taux de couverture vaccinale pour le pneumocoque. Ils s'efforcent notamment de maintenir la stabilité

de l'approvisionnement en vaccin, d'offrir un soutien adapté à ceux qui doivent encore l'introduire, et de faire en sorte que les programmes, une fois en place, soient durablement viables.

Il est encourageant de constater que le Conseil d'administration de Gavi a approuvé la nouvelle stratégie pour l'Inde, qui alloue des financements dans le but de promouvoir l'introduction du vaccin contre le pneumocoque dans l'ensemble du pays.

Pays ayant introduit le vaccin en 2015 :

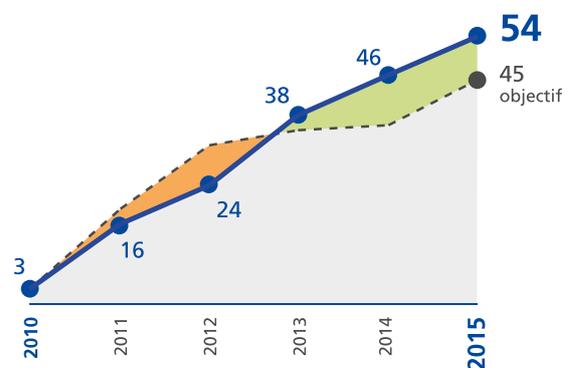
Bangladesh, Cambodge, Érythrée, Guinée-Bissau, Lesotho, Népal, Îles Salomon Ouzbékistan

Nombre d'enfants vaccinés entre le début du programme et fin 2015 :

76 millions

Nombre de pays ayant introduit le vaccin

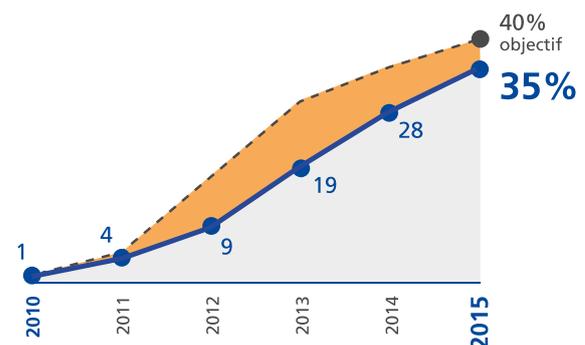
Vaccin contre le pneumocoque



Source : Gavi, l'Alliance du Vaccin, 2016

Couverture vaccinale (%)

Vaccin contre le pneumocoque, 3e dose



Source : OMS/UNICEF : Estimations nationales de la couverture vaccinale, 2016

VACCIN CONTRE LE ROTAVIRUS : LE NOMBRE D'INTRODUCTIONS DÉPASSE L'OBJECTIF FIXÉ

Le vaccin contre le rotavirus

Protège contre la principale cause de diarrhée sévère qui tue des centaines de milliers d'enfants chaque année.

Soutien de Gavi : **vaccination systématique**

Fin 2015, plus de la moitié des pays soutenus par Gavi avaient introduit le vaccin dans leurs systèmes de vaccination de routine

L'introduction du contre le vaccin rotavirus dans trois nouveaux pays a permis de dépasser notre objectif 2011-2015 de 33 introductions, avec une marge confortable de quatre. Néanmoins, l'Alliance du Vaccin a achevé sa période stratégique avec un retard de 11 points de pourcentage sur ses objectifs de couverture vaccinale annuelle, essentiellement du fait de problèmes d'approvisionnement qui se sont produits jusqu'en 2014.

L'année 2015 a vu peu de nouvelles demandes de soutien pour le vaccin rotavirus. Cela s'explique par différents facteurs comme le fait que certains pays n'étaient pas éligibles au soutien de Gavi (leur taux de couverture vaccinale DTC3 étant trop faible ou le pays étant en phase de transition vers l'autofinancement) ou qu'ils ont donné la priorité à d'autres vaccins.

Mais l'introduction du vaccin prévue dans plusieurs pays très peuplés devrait améliorer les taux de couverture à partir de 2018. La République démocratique du Congo, l'Inde, le Nigéria et le Pakistan qui à eux quatre comptabilisent près de la moitié des naissances dans les pays soutenus par Gavi, devraient tous introduire le vaccin contre le rotavirus. L'année 2015 a bien démarré avec l'introduction du vaccin au Tadjikistan dans les délais prévus. En 2014, l'introduction avait été retardée dans plusieurs pays, leurs systèmes de vaccination n'étant pas suffisamment équipés ou préparés.

Gavi recommande aux pays d'intégrer cette vaccination aux autres interventions efficaces en termes de coûts contre la diarrhée, comme l'allaitement au sein, une bonne nutrition, le lavage des mains au savon, l'accès à l'eau potable et à l'assainissement et le recours aux sels de réhydratation orale, aux antibiotiques et à la supplémentation en zinc.

Pays ayant introduit le vaccin en 2015 :

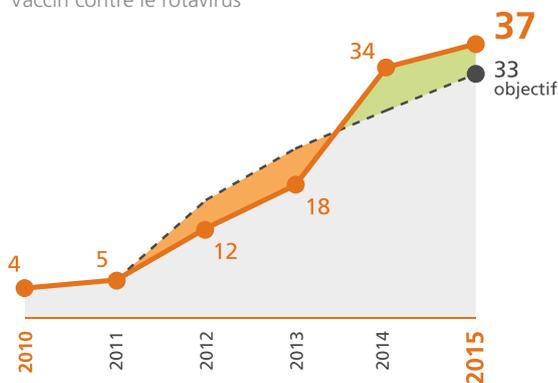
Guinée-Bissau, Mozambique, Tadjikistan

Nombre d'enfants vaccinés entre le début du programme et fin 2015 :

plus de 36 millions

Nombre de pays ayant introduit le vaccin

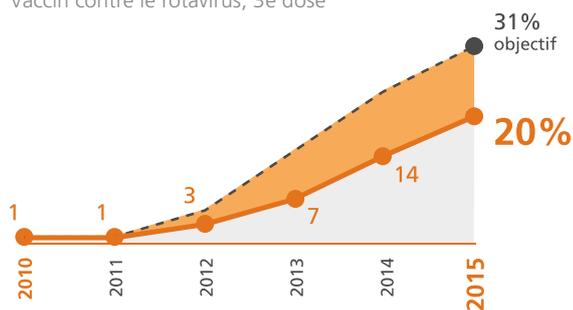
Vaccin contre le rotavirus



Source : Gavi, l'Alliance du Vaccin, 2015

Couverture vaccinale (%)

Vaccin contre le rotavirus, 3e dose



Source : Estimations nationales OMS/UNICEF de la couverture vaccinale

VACCIN VPH CONTRE LE CANCER DU COL DE L'UTÉRUS



Prévention du cancer du col de l'utérus : des leçons apprises en dehors du cadre scolaire
p. 18-19

Le vaccin contre le virus du papillome humain

Protège contre la principale cause de cancer du col de l'utérus. La vaccination est vitale dans les pays en développement où l'accès au dépistage et au traitement est limité.

Soutien de Gavi : **vaccination systématique et projets pilotes**

Gavi tire les enseignements des projets pilotes pour revoir son soutien au vaccin VPH

Grâce au soutien de Gavi pour le vaccin contre le virus du papillome humain (VPH), un million de jeunes filles ont pu être vaccinées en à peine trois ans contre une cause importante de cancer. Fin 2015, 19 pays avaient mené des projets pilotes, premier pas vers l'introduction du vaccin au niveau national, tandis que deux pays – le Rwanda et l'Ouganda – avaient ajouté le vaccin à leur programme de vaccination systématique. En outre, le Conseil d'administration de Gavi a fourni un financement catalytique à 15 pays qui n'étaient plus éligibles à l'aide de Gavi quand le vaccin VPH a été proposé pour la première fois.

Comme cela prend plus de temps que prévu pour passer du stade de projet pilote au stade de l'introduction du vaccin, Gavi veut repenser sa stratégie de soutien au vaccin VPH. La nouvelle stratégie s'inspirera fortement des enseignements précieux fournis par les projets pilotes, destinés à tester la faisabilité de la vaccination des adolescentes avec le vaccin VPH. Les principaux enseignements sont les suivants :

- **Il est possible d'administrer le vaccin dans les écoles** : les pays ont obtenu une couverture vaccinale supérieure à 80% en administrant le vaccin VPH dans les écoles – ce qui est bien supérieur au minimum de 50% nécessaire pour pouvoir prétendre au soutien de Gavi.
- **Il convient de l'intégrer à la vaccination systématique** : les données du Rwanda, de l'Ouganda et de la République-Unie de Tanzanie montrent que le prix de la vaccination diminue si le vaccin VPH est administré dans des centres de santé existants et lors de séances de vaccination, ainsi que dans les écoles.
- **La communication est un facteur essentiel** : la sensibilisation des décideurs politiques et de la population sur la prévention du cancer du col de l'utérus est cruciale pour le succès des programmes de vaccination VPH.
- **Il convient d'intégrer la vaccination VPH aux autres programmes de santé publique** : les pays pourront saisir l'opportunité d'intégrer la vaccination VPH aux autres programmes de santé destinés aux adolescents comme les traitements antiparasitaires et l'éducation à la santé.

L'infection par le VPH est la principale cause de cancer du col de l'utérus, cancer qui tue chaque année 266 000 femmes, essentiellement dans les pays en développement. Si l'on ne fait rien en matière de prévention et de lutte, le nombre de décès par cancer du col utérin pourrait s'élever à 416 000 en 2035. Au total, Gavi devrait aider les pays à vacciner plus de 30 millions de jeunes filles d'ici 2020, objectif ambitieux qui a été reconnu en novembre par un prix spécial attribué par la communauté mondiale du cancer.

Pays ayant introduit le vaccin en 2015 : **Ouganda**

Pays ayant mené des projets pilotes en 2015 :

Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Îles Salomon, Mali, Togo

Nombre de jeunes filles vaccinées entre le début du programme et fin 2015 :

1 million



Jeunes filles faisant la queue pour se faire vacciner contre le VPH à l'hôpital de district de Kayunga, Ouganda
GAVI / 2014 / Tormod Simensen

PRÉVENTION DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS: DES LEÇONS APPRISSES EN DEHORS DU CADRE SCOLAIRE



Jusqu'ici, la vaccination contre le virus du papillome humain (VPH), qui permet de prévenir le cancer du col de l'utérus, s'est effectuée essentiellement dans le cadre de campagnes menées dans les écoles. Mais qu'en est-il des adolescentes qui ne vont pas à l'école ? Comment atteindre les communautés où la fréquentation scolaire est faible ? Une nouvelle approche qui est davantage axée sur les communautés est testée actuellement dans le Comté de Bong, au Libéria, et pourrait apporter la réponse à ces questions.



Princess Ko

Une des premières adolescentes à participer à une séance de vaccination contre le VPH en dehors de l'école au Libéria

La jeune Princess Ko, âgée d'une dizaine d'années, attend patiemment avec les autres filles que l'on appelle son nom. Sous le regard de ses parents, elle rentre dans la petite hutte qui sert de centre de santé communautaire pour recevoir sa première injection de vaccin contre le virus du papillome humain (VPH). On sent planer une certaine anxiété ; pourtant au moment de la piqûre, elle ne sourcille pas et ne fait même pas la grimace. Princess regarde la marque de la piqûre et sourit avec fierté et peut-être aussi une pointe de soulagement. Ayant traversé l'épidémie d'Ebola qui a ravagé l'Afrique de l'Ouest et l'épidémie de rougeole qui a suivi, elle comprend, de même que ses parents, l'importance de la vaccination et la chance qu'elle a d'être parmi les premières au Libéria à recevoir ce vaccin qui peut lui sauver la vie.

Princess a même encore plus de chance qu'elle ne croit. C'est l'une des premières séances de vaccination contre le VPH mettant à profit les enseignements des précédentes introductions ; la vaccination s'adresse aussi bien aux jeunes filles qui sont à l'école qu'à celles qui n'y vont pas. Le projet pilote de vaccination contre le VPH qui se déroule dans le comté de Bong, à 200 km de la capitale Monrovia fait partie du lancement simultané de deux vaccins : contre le VPH et contre le rotavirus.

Depuis que Gavi a commencé à soutenir les vaccins contre le VPH, la demande a été extrêmement élevée. Les pays reconnaissent l'importance de la vaccination VPH pour réduire l'incidence des cancers du col de l'utérus, mais il n'est pas facile d'atteindre la population cible – les filles âgées de 9 à 13 ans – car les programmes de vaccination sont plus adaptés à la vaccination des nourrissons. Les 21 comtés qui ont déjà introduit le vaccin avec l'aide de Gavi, dont 6 en 2015, l'administrent essentiellement dans le cadre de campagnes de vaccination organisées dans les écoles. Cette approche a permis de vacciner beaucoup de filles, mais elle ne résout pas le problème de celles qui ne vont pas à l'école.

Princess Ko est l'une des huit jeunes filles qui ont participé à la séance de vaccination pour les enfants de Bong qui ne vont pas à l'école. L'école la plus proche se trouve à plus de 8 km, à faire à pied le long d'une grande route très fréquentée – trajet que la plupart des parents considèrent trop dangereux pour laisser leur enfant le faire tous les jours.

Pour arriver à vacciner contre le VPH les jeunes filles comme Princess et ses amies, le Libéria lance des actions locales de sensibilisation sur la prévention du cancer du col de l'utérus en organisant des rencontres personnelles avec les chefs communautaires. Cela permet d'assurer une forte participation aux séances de vaccination dans les centres de santé communautaires comme celui de Bong.

D'autres pays observent avec intérêt la nouvelle stratégie utilisée par le Libéria pour mettre en place la vaccination VPH. Comme la plupart des pays n'ont introduit le vaccin que dans des districts où la fréquentation scolaire est élevée, nous avons très peu d'informations sur ce qui marche quand



Jeunes filles participant à une séance de vaccination en dehors des écoles dans le Comté de Bong, au Liberia

Gavi / 2016 / Duncan Graham-Rowe

« Il faut absolument trouver les moyens d'atteindre les jeunes filles comme Princess si l'on veut arriver à infléchir la courbe ascendante des décès attribuables au cancer du col de l'utérus »

ce n'est pas le cas. Mais nous pensons que combiner les projets de mobilisation sociale comme celui de Bong avec des séances de vaccination dans les écoles permettra d'augmenter les taux nationaux de couverture vaccinale et de réduire les inégalités en matière de santé, car on atteint ainsi certains des membres les plus marginalisés de la société. L'expérience du Libéria apportera également des informations sur la possibilité d'utiliser la vaccination VPH comme plateforme pour introduire d'autres interventions qui concernent plus largement la santé des adolescents et leur éducation dans ce domaine, comme l'administration de traitements antiparasitaires et la diffusion d'informations sur la nutrition, sur le fonctionnement de l'organisme et sur l'hygiène menstruelle. Il faut absolument trouver les

moyens d'atteindre les jeunes filles comme Princess si l'on veut arriver à infléchir la courbe ascendante des décès attribuables au cancer du col de l'utérus. Actuellement, 266 000 femmes meurent chaque année de ce cancer, c'est-à-dire pratiquement une toutes les deux minutes. Ce chiffre pourrait déjà dépasser celui des décès maternels et, si l'on ne fait rien, il pourrait atteindre 416 000 en 2035.

Mais pour Princess, la bonne nouvelle, c'est qu'il est question de construire une école dans son village et qu'elle ne sera plus exclue du système éducatif. En ce qui concerne le vaccin VPH, Princess est rayonnante quand elle montre sa carte de vaccination. Voilà une chose de faite.

LES PROGRÈS AVEC LE SOUTIEN AU VPI ET AU VACCIN ORAL CONTRE LE CHOLÉRA

Le vaccin polio inactivé (VPI)

Protège contre une infection virale très contagieuse, qui affecte essentiellement les enfants de moins de cinq ans, et qui peut entraîner une paralysie irréversible ou même la mort.

Soutien de Gavi : **vaccination systématique**

Le programme de vaccination VPI se met en place à une vitesse record

En 2015, l'Alliance du Vaccin a continué à soutenir l'une des introductions les plus rapides de toute l'histoire de la vaccination : l'introduction d'au moins une dose de vaccin polio inactivé (VPI) dans les programmes de vaccination systématique de tous les pays soutenus par Gavi. Fin 2015, les 71 pays éligibles avaient tous reçu un avis favorable à leur demande de soutien pour le VPI, et 38 avaient introduit ce vaccin avec succès.

L'ampleur et la rapidité de l'introduction du VPI auxquelles s'ajoutent les difficultés rencontrées pour augmenter la production et l'utilisation accrue du vaccin dans les campagnes de vaccination ont entraîné de graves problèmes d'approvisionnement. Cela a obligé au moins 40 pays à retarder l'introduction du VPI. Ainsi, 21 pays – où le risque d'épidémie de poliomyélite est faible – n'auront introduit le vaccin qu'en 2016, après le passage mondialement synchronisé du vaccin polio oral (VPO) trivalent au vaccin bivalent.

Pour éliminer le risque de poliomyélite vaccinale, le Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale demande le retrait des vaccins oraux d'ici 2019 – étape cruciale pour l'éradication de la polio.

Ce retrait progressif débute en avril 2016 avec le remplacement du vaccin VPO trivalent contenant le virus de types 1, 2 et 3 par le VPO bivalent ne comportant que les poliovirus de types 1 et 3. Pour réduire les risques associés à ce changement, l'OMS recommande à tous les pays d'introduire, avant le changement, au moins une dose de VPI dans leur programme de vaccination systématique. Le VPI confère une protection contre les trois types de poliovirus.

Des problèmes d'approvisionnement pourraient également affecter 19 pays qui ont déjà introduit le VPI, ce qui augmente le risque de ruptures de stock structurelles ; ce serait une première pour les vaccins soutenus par Gavi. Les problèmes d'approvisionnement risquant de durer au moins jusqu'en 2018, le Groupe de gestion des systèmes de vaccination, responsable de la coordination des partenaires lors de la Phase finale de l'éradication de la poliomyélite, donne la priorité aux pays soutenus par Gavi les plus exposés aux épidémies dues au poliovirus de type 2. Certains pays, dont plusieurs états de l'Inde et le Sri Lanka, peuvent utiliser des doses de VPI moins concentrées. Cela permettra quand même de conférer une protection tout en réduisant le risque de ruptures de stock de vaccin.

Le poliovirus sauvage reste endémique en Afghanistan et au Pakistan. C'est pourquoi l'Initiative mondiale pour l'éradication de la polio (IMEP) a reporté le délai pour l'éradication de la polio de 2018 à 2019.

Pays ayant introduit le vaccin en 2015 :

Afghanistan, Bangladesh, Bénin, Bhoutan, Burundi, Cambodge, République centrafricaine, Comores, République démocratique du Congo, République populaire démocratique de Corée, Côte d'Ivoire, Ethiopie, Gambie, Guinée, Guyana, Honduras, Inde (graduellement), Kenya, Kiribati, République démocratique populaire lao, Madagascar, Mauritanie, Mozambique, Myanmar, Nicaragua, Niger, Nigéria, Pakistan, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Sénégal, Îles Salomon, Somalie, Soudan, Soudan du Sud, Sri Lanka, Tchad, Yémen

Nombre d'enfants vaccinés entre le début du programme et fin 2015 :

10 millions

L'infirmière Madeleine Semo vaccine un nourrisson avec le VPI au centre de santé Ngbaka à Kinshasa, République démocratique du Congo

GAVI / 2015 / Phil Moore





Participer à l'éradication de la poliomyélite est une occasion qui se présente qu'une fois dans la vie. Quand le monde sera certifié exempt de poliomyélite, je serai le plus heureux des hommes.

Dr Tanbirul Islam

Bureau de l'OMS au Bangladesh

Le vaccin oral contre le choléra

Le choléra est une infection intestinale aiguë provoquée par l'ingestion d'eau ou d'aliments contaminés. Il peut rapidement conduire à une déshydratation sévère ou même à la mort, dans sa forme extrême.

Soutien de Gavi : **stock mondial de vaccin oral contre le choléra**

Le stock a fourni deux millions de doses de vaccin à six pays en 2015

Avant la décision de Gavi, en 2013, d'accorder 115 millions de dollars US pour maintenir le stock d'urgence de vaccin oral contre le choléra (VOC) pendant cinq ans, de 2014 à 2018, il était difficile de répondre à la demande causée par les 1 à 4 millions de nouveaux cas de choléra survenant chaque année. Actuellement, le choléra est responsable de quelque 28 000 à 142 000 décès annuels à travers le monde.

Le soutien de Gavi pour le stock d'urgence de VOC a permis d'atténuer la pénurie mondiale de vaccin contre le choléra. En 2015, le nombre de doses de vaccin dispensées dans le monde a augmenté de 60%, avec plus de deux millions de doses distribuées à six pays, dont le Bangladesh, le Cameroun et Haïti. Malgré ces progrès, la pénurie persiste, ce qui oblige certains pays à repousser leurs campagnes. Mais en décembre, l'OMS a préqualifié un nouveau vaccin produit par la société Eubiotics, située en République de Corée, une évolution appréciable qui devrait contribuer à résoudre les problèmes d'approvisionnement.

Le stock de vaccin, conçu pour les urgences et pour les pays qui subissent régulièrement des épidémies, est géré par le Groupe international de coordination qui englobe la Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant Rouge, Médecins Sans Frontières, l'UNICEF et l'OMS.

Notre soutien permet d'améliorer l'approvisionnement, mais il aidera également les pays à rassembler des preuves de l'efficacité du vaccin contre les épidémies de choléra et incitera d'autres producteurs de vaccin à renforcer les capacités de production. Ces informations nous aideront à élaborer notre prochaine stratégie d'investissement dans le VOC, prévue pour 2018.

Comme le recommande l'OMS, le VOC est de plus en plus considéré comme partie intégrante de la réponse au choléra. Parmi les mesures de prévention et de lutte contre le choléra figurent les sels de réhydratation et la purification de l'eau ainsi que les mesures d'assainissement et d'hygiène. Une étude financée par Gavi, réalisée par le Centre international pour la recherche sur les maladies diarrhéiques, Bangladesh (International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh, ou icddr,b) teste une stratégie de vaccination originale conçue pour que les enfants des bidonvilles puissent bénéficier du VOC ; cette étude s'intéresse également au rapport coût-efficacité d'un certain nombre de stratégies de prévention, dont la vaccination.

Pays ayant mené des campagnes de vaccination en 2015 :

Bangladesh, Cameroun, Haïti, Malawi, Soudan du Sud, République-Unie de Tanzanie

Nombre de personnes vaccinées grâce au stock de vaccin oral contre le choléra en 2015 :

Plus d'1 million



Distribution de vaccin oral contre le choléra dans le camp de personnes déplacées de Minawao au Cameroun

Gavi / 2015 / Athanas Makundi

ÉLIMINER LA PRINCIPALE CAUSE D'ENCÉPHALITE VIRALE

Le vaccin contre l'encéphalite japonaise

Transmise par les moustiques, l'encéphalite japonaise (EJ) est la principale cause d'encéphalite virale, surtout en Asie. Les taux de mortalité peuvent atteindre 30%, et près de 50% des survivants souffrent de séquelles définitives.

Soutien de Gavi : **campagnes de rattrapage pour les enfants âgés de 9 mois à 15 ans à condition que les pays financent eux-mêmes la vaccination systématique**

La République démocratique populaire lao ajoute le vaccin contre l'encéphalite japonaise à son programme de vaccination systématique juste après la campagne de rattrapage financée par Gavi

En avril 2015, la République démocratique populaire lao a été le premier pays à mener une campagne de vaccination contre l'encéphalite japonaise (EJ) financée par Gavi. – à peine 18 mois après que l'OMS ait ajouté un vaccin EJ développé par l'Institut de produits biologiques de Chengdu à la liste des vaccins préqualifiés que les agences des Nations Unies peuvent se procurer. C'était la première fois que l'OMS préqualifiait un vaccin fabriqué en Chine. Suite au succès de la campagne de rattrapage, la République démocratique populaire lao a ajouté le vaccin EJ à son programme de vaccination systématique.

Alors que cette maladie virale est peu connue en dehors de l'Asie, quelque quatre milliards de personnes vivent dans des régions à risque, dont huit pays soutenus par Gavi en Asie du Sud-Est et dans le Pacifique occidental. Le soutien de Gavi pour les campagnes de vaccination EJ de rattrapage devrait préparer la mise en place de programmes de vaccination systématique financés par les pays eux-mêmes et aider la région à faire le premier pas dans la lutte contre l'encéphalite japonaise. Le Népal et le Viet Nam ont également déposé une demande d'aide qui a été approuvée, avec des campagnes prévues respectivement en 2016 et 2017.

L'Alliance s'appuie sur les forces de chacun de ses partenaires pour accélérer l'accès au vaccin EJ dont les délais de fabrication sont longs. L'OMS, la Division des approvisionnements de l'UNICEF, PATH et la Fondation Bill & Melinda Gates jouent tous un rôle essentiel en assurant l'approvisionnement en vaccin avant la date prévue pour son introduction.

Pays ayant mené des campagnes de vaccination en 2015 :

République démocratique populaire lao

Nombre d'enfants (âgés de 9 mois à 14 ans) vaccinés entre le début du programme et fin 2015 :

1,6 million



Des infirmières se préparent à administrer la première dose de vaccin contre l'encéphalite japonaise à des écoliers de Vientiane, République démocratique populaire lao

Gavi / 2015 / Bart Verweij

PRÉVENIR LA ROUGEOLE PAR LA VACCINATION SYSTÉMATIQUE ET LES CAMPAGNES DE VACCINATION

Le vaccin contre la rougeole

Permet de prévenir la rougeole et ses complications qui continuent à faire plus de 100 000 morts chaque année.

Soutien de Gavi : **seconde dose de vaccin contre la rougeole pour la vaccination systématique pendant cinq ans au maximum et campagnes de vaccination contre la rougeole dans six grands pays à haut risque épidémique**

Campagnes de vaccination financées par Gavi en 2015 dans deux pays à haut risque: L'Afghanistan et le Nigéria

A ce jour, Gavi a permis de vacciner 32 millions d'enfants contre la rougeole, avec six pays ayant bénéficié de son soutien pour introduire une seconde dose de vaccin contre la rougeole en 2015. La Sierra Leone fait partie de ces six pays – signe encourageant que le pays se remet des effets de l'épidémie d'Ebola qui a retardé l'introduction, prévue initialement en 2014.

Depuis 2013, Gavi finance également des campagnes de vaccination contre la rougeole dans six grands pays considérés comme à haut risque épidémique ; ces campagnes ont permis d'atteindre au total 118 millions d'enfants en trois ans. L'Afghanistan et le Nigéria ont tous deux mené des campagnes de vaccination contre la rougeole en 2015. Mais alors qu'ils font état d'une couverture vaccinale élevée, ces pays connaissent toujours des épidémies de rougeole, ce qui montre la nécessité de se concentrer sur le renforcement de la vaccination systématique et d'améliorer la surveillance des campagnes.

En 2015, le Conseil d'administration de Gavi a approuvé des campagnes de suivi la vaccination contre la rougeole au Tchad, en République démocratique du Congo, en Éthiopie et au Nigéria dans le but de réduire le risque d'épidémie et d'éviter que les épidémies en cours ne s'aggravent.

Pays ayant introduit une seconde dose de vaccin contre la rougeole en routine (avec le vaccin rougeole ou le vaccin rougeole-rubéole) en 2015 :

Malawi, Mozambique, Népal, Rwanda, Sierra Leone, Zimbabwe

Pays ayant mené des campagnes de vaccination contre la rougeole en 2015 :

Afghanistan, Nigéria

Nombre d'enfants ayant reçu une seconde dose de vaccin rougeole ou rougeole-rubéole entre le début du programme et fin 2015 :

32 millions

Nombre d'enfants vaccinés grâce aux campagnes de vaccination contre la rougeole entre le début du programme et fin 2015 :

118 millions

Une infirmière prépare le vaccin contre la rougeole dans le district de Kilifi au Kenya

Gavi / 2015 / Duncan Graham-Rowe



PROTÉGER LES ENFANTS CONTRE LA ROUGEOLE ET LA RUBÉOLE

Le vaccin rougeole-rubéole

Chaque année, dans les pays bénéficiant du soutien de Gavi, 80 000 enfants naissent avec des malformations et des handicaps dus au syndrome de rubéole congénitale. Le vaccin contre la rubéole protège contre cette maladie dévastatrice.

Soutien de Gavi : **campagnes de vaccination rougeole-rubéole de rattrapage ; allocations pour l'introduction du vaccin dans les campagnes de vaccination systématique**

En 2015, Gavi a soutenu des campagnes de vaccination rougeole-rubéole de rattrapage dans quatre pays d'Afrique et d'Asie

La vaccination rougeole-rubéole permet de réduire le nombre d'enfants des pays en développement qui naissent avec le syndrome de rubéole congénitale. En fournissant un vaccin combinant les deux antigènes, Gavi permet aux pays d'alléger la charge qui pèse sur leurs systèmes de distribution.

Nous soutenons les campagnes de vaccination de rattrapage rougeole-rubéole ciblées sur la prochaine génération de mères et sur les enfants âgés de 9 mois à 14 ans. Par ce soutien et par l'allocation pour l'introduction du nouveau

vaccin, l'Alliance du Vaccin veut promouvoir l'introduction des vaccins contre la rubéole dans les programmes de vaccination systématique de façon à maintenir une couverture élevée et éviter les épidémies de rubéole.

En 2015, Gavi a aidé six pays à ajouter le vaccin rougeole-rubéole à leurs programmes nationaux de vaccination en leur allouant une subvention et a financé quatre campagnes en Afrique et en Asie. La campagne de vaccination de rattrapage menée au Myanmar a permis d'atteindre plus de 13 millions d'enfants, et a ainsi parachevé la vaccination systématique en se focalisant sur les communautés difficiles à atteindre. En République-Unie de Tanzanie, notre partenariat avec la Fondation internationale des Lions Clubs a pu mobiliser plus d'une centaine de chefs religieux qui ont participé aux activités de sensibilisation à l'importance de la vaccination rougeole-rubéole.

Pays ayant mené des campagnes de vaccination rougeole-rubéole en 2015 :

**Cameroun,
Myanmar,
Papouasie-
Nouvelle-Guinée,
Zimbabwe**

Nombre de personnes vaccinées contre la rougeole-rubéole entre le début du programme et fin 2015 :

164 millions



Au Rwanda, des enfants attendent le début d'une séance de vaccination rougeole-rubéole

Gavi / 2013 / Charlie Whetham

NOUVELLE STRATÉGIE DE LUTTE CONTRE LA ROUGEOLE ET LA RUBÉOLE



L'ensemble des mesures de soutien permettra de sauver des vies et offre aux pays en développement une occasion en or de revoir la façon de protéger leurs enfants contre la rougeole.

Dagfinn Høybråten

Président du Conseil d'administration de Gavi de 2011 à 2015



L'importance des données : au Myanmar, de jeunes infirmières apprennent à enregistrer soigneusement chaque enfant vacciné

Measles & Rubella Initiative / 2012

Au cours des cinq dernières années, la couverture vaccinale contre la rougeole a stagné autour de 78% dans les pays soutenus par Gavi. Parallèlement, le nombre d'épidémies de cette maladie hautement contagieuse a augmenté – aussi bien dans les pays en développement que dans les pays développés. Comme il faut une couverture vaccinale de 95% pour prévenir les épidémies de rougeole, l'apparition d'une épidémie constitue généralement le signe d'alerte d'une couverture systématique faible et d'une immunité réduite dans la population.

En 2015, le Conseil d'administration de Gavi a approuvé une nouvelle stratégie visant à renverser cette tendance et à remettre les pays sur la bonne voie pour maîtriser la rougeole et la rubéole. Parmi les experts de la vaccination qui guident cette réflexion figurent des représentants de l'OMS, de l'UNICEF, des Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (Centers for Disease Control and Prevention) des États-Unis d'Amérique et de la Fondation Bill & Melinda Gates.

Depuis 2004, date à laquelle Gavi a commencé à soutenir financièrement l'Initiative contre la rougeole et la rubéole, le soutien pour les vaccins contre la rougeole a évolué et se décline maintenant sous quatre formes différentes – qui visent toutes à contrôler la rougeole. La nouvelle stratégie, qui prendra effet juste avant le dépôt des demandes de soutien de Gavi en septembre 2016, place le renforcement de la vaccination systématique au centre d'une démarche plus globale de lutte contre la rougeole et la rubéole.

Outre l'extension de notre soutien pour l'administration systématique d'une seconde dose de vaccin contre la rougeole et la première et la seconde dose du vaccin rougeole-rubéole, la nouvelle approche :

- accorde maintenant un soutien aux campagnes de vaccination de tous les pays soutenus par Gavi qui en ont besoin, et non plus à six grands pays seulement ;
- finance, dans tous les pays soutenus par Gavi, des campagnes périodiques de suivi de vaccination rougeole ou rougeole-rubéole, qui sont supervisées de façon indépendante ; et
- recommande de mieux planifier les campagnes, en se fondant davantage sur les données disponibles.

Pour renforcer l'engagement des pays dans la lutte contre la rougeole, le soutien de Gavi devra s'inscrire dans les plans pluriannuels de vaccination. Pour pouvoir prétendre au soutien de Gavi pour une seconde dose avec le vaccin rougeole-rubéole, les pays devront indiquer comment ils prévoient d'atteindre tous les districts et toutes les communautés, et financer eux-mêmes intégralement la vaccination systématique contre la rougeole.

La nouvelle stratégie contre la rougeole et la rubéole est au centre de la stratégie globale 2016-2020 de Gavi, avec deux nouveaux indicateurs de performance axés sur la rougeole. Nous prévoyons que notre financement permettra d'éviter plus d'un million de décès dus à la rougeole et au syndrome de rubéole congénitale au cours de la prochaine période quinquennale.

PRÉVENIR LA MÉNINGITE PAR LA VACCINATION SYSTÉMATIQUE ET LES CAMPAGNES DE VACCINATION

Le vaccin contre la méningite A

Protège contre les épidémies saisonnières de méningite A qui menacent 450 millions de personnes dans la ceinture africaine de la méningite. Les survivants peuvent souffrir de lésions cérébrales, de surdité et de diverses autres séquelles invalidantes.

Soutien de Gavi : **campagnes de vaccination de masse et vaccination systématique avec le vaccin contre la méningite A**

Gavi financera la vaccination systématique à partir de 2016 ; son soutien a déjà été accordé à six pays

Le vaccin MenAfriVac est l'aboutissement du Projet Vaccins Méningite, initiative à laquelle ont participé les ministères de la santé de la région concernée, la Fondation Bill & Melinda Gates, l'UNICEF, l'OMS et PATH, et qui a permis de développer en 10 ans un vaccin abordable pour la ceinture africaine de la méningite.

Les campagnes de vaccination de masse financées par Gavi depuis 2010 ont permis d'immuniser 235 millions de personnes âgées de 1 à 29 ans dans 16 des 26 pays de la ceinture de la méningite : Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Ethiopie, Gambie, Ghana, Guinée, Mali, Mauritanie, Niger, Nigéria, Sénégal, Soudan, Tchad et Togo. Ce chiffre inclut les sujets vaccinés lors de la campagne menée en Guinée en 2015, retardée suite à l'épidémie d'Ebola, et ceux qui ont été vaccinés lors de la dernière phase de la campagne nationale en Éthiopie qui

portait sur 16,1 millions d'individus et était intégrée à une campagne de vaccination contre la rougeole.

En moyenne, les pays ont réussi à atteindre plus de 85% de la population à risque de contracter cette maladie mortelle. Le résultat a été spectaculaire, le nombre d'épidémies enregistrées dans la ceinture de la méningite atteignant son niveau le plus bas jamais observé. Après vaccination d'1,8 million d'individus avec une dose unique de vaccin dans trois régions du Tchad, l'incidence de la méningite a chuté de 94%. De plus, aucun nouveau cas ne s'est produit chez les enfants de moins d'un an ni chez les adultes de plus de 29 ans, ce qui démontre l'effet positif de MenAfriVac sur le niveau d'immunité de la population^a.

A partir de 2016, nous soutiendrons la vaccination systématique des enfants âgés de 9 à 18 mois. Pour l'instant, ce type de soutien a été accordé à six pays qui commenceront à prendre des mesures pour introduire le vaccin à une seule dose dans leur calendrier de vaccination systématique au cours de l'année 2016. Gavi financera également des campagnes de vaccination de rattrapage pour protéger les enfants nés après une campagne de vaccination de masse.

Pays ayant mené des campagnes de vaccination en 2015 :
Guinée

Nombre de personnes (âgées de 1 à 29 ans) vaccinées au cours des campagnes de vaccination entre le début du programme et fin 2015 :

235 millions

Nous avons vraiment réussi un exploit historique avec le vaccin contre la méningite A – en créant spécialement pour l'Afrique un vaccin efficace et abordable.

Steve Davis

Président-Directeur général de PATH

Le stock d'urgence de vaccins contre la méningite

Soutien de Gavi : **différents vaccins multivalents contre les diverses souches de méningocoques, notamment les souches A, C, W et Y**

Alors que le vaccin contre la méningite A a pratiquement fait disparaître les épidémies causées par le sérotype A de *Neisseria meningitidis* (NmA), quatre autres souches de méningocoque, dont le NmC, continuent à causer des épidémies de méningite virale dans certaines parties d'Afrique.

Entre février et juin 2015, une épidémie de méningite C a fait un millier de morts au Niger et au Nigéria. Pour la première fois, les fonds de Gavi ont servi à acheter un vaccin multivalent (ACWY) contre la méningite qui a été utilisé pour faire face à la situation d'urgence du Niger.

Pays ayant utilisé le stock de vaccins contre la méningite en 2015 :

Niger, Nigéria

^aSource : Daugla DM, et al. Effect of a serogroup A meningococcal conjugate vaccine (PsA-TT) on serogroup A meningococcal meningitis and carriage in Chad: a community study. Lancet 2014 Jan 4;383(9911):40-7, Epub 2013 Sept 12.

LA LUTTE CONTRE LA PNEUMONIE AU NÉPAL : L'IMPORTANCE DES CHIFFRES

NEPAL

À l'hôpital Patan de Katmandou, Gavi finance des études pour déterminer l'impact de deux vaccins qui protègent les enfants contre les principales causes de pneumonies mortelles : *Haemophilus influenzae* de type b (Hib) et le pneumocoque. Pour les trois médecins qui mènent ces études, la recherche pionnière de Patan participe à l'élaboration de la politique vaccinale du Népal de quatre façons.

QUANTIFICATION DU POIDS DE LA MALADIE

« Certains pays ignorent le poids des infections à Hib et à pneumocoques chez les jeunes enfants, » explique le Dr Andrew J Pollard, Professeur d'infectiologie et d'immunologie pédiatriques à l'Université d'Oxford, université qui soutient les études d'impact de Patan aux côtés de Gavi. « Il est essentiel de produire des données qui prouvent l'étendue de ces maladies ; les gouvernements ont besoin de ces informations pour mettre en place les programmes de vaccination qui permettent de prévenir ces causes de pneumonie chez les jeunes enfants. »

ADAPTATION DE LA POLITIQUE VACCINALE

Lorsqu'il a introduit le vaccin contre le pneumocoque en 2015, le Népal a été le premier pays soutenu par Gavi à utiliser le schéma de vaccination 2+1 – deux doses en primovaccination plus une dose de rappel – au lieu du schéma standard 3+0 – trois doses en primovaccination – utilisé dans la plupart des pays. Cette décision repose sur les données obtenues à l'hôpital Patan montrant que l'immunité dans la deuxième année de vie est meilleure avec le schéma 2+1 qu'avec le schéma 3+0.

« Il est évident que notre étude a aidé le gouvernement à prendre la décision d'utiliser un schéma de vaccination 2+1 pour la vaccination contre le pneumocoque, » constate le Professeur Shrijana Shrestha, doyen de l'Académie des sciences de la santé de l'hôpital Patan. « Notre expérience pourrait également être très utile pour les pays voisins. »

DÉMONSTRATION DE L'IMPACT DE LA VACCINATION SUR LA PNEUMONIE

Le Dr Imran Ansari, pédiatre en chef de Patan, estime qu'avant l'introduction du vaccin contre *Haemophilus influenzae* de type b (Hib) dans le calendrier de vaccination systématique du Népal, plus d'un quart des quelque 1 500 à 2 000 enfants admis dans son service chaque année souffraient de pneumonie. « Même si les études d'impact n'ont pas encore été publiées, je suis persuadé que l'incidence des pneumonies a baissé depuis l'introduction du vaccin Hib, » affirme-t-il.

DÉMONSTRATION DE L'IMPACT ÉCONOMIQUE

La recherche menée à Patan concerne non seulement l'efficacité du vaccin dans la réduction de la pneumonie, mais aussi l'impact économique à long terme de la prévention de la maladie pour les familles comme pour le gouvernement. « Nous nous intéressons à l'économie de la santé, » relève le Dr Pollard. « En prévenant la maladie, comment avons-nous modifié la santé de la population ? Quel en est l'impact économique, pour les familles qui n'ont plus à garder leur enfant malade et pour le système de santé ? »

QUESTIONS-RÉPONSES

Quelles sont les études d'impact financées par Gavi ?

L'Alliance du Vaccin finance une série d'études à travers le monde dont l'objectif est de montrer l'impact de la vaccination contre le pneumocoque et contre le rotavirus dans les pays soutenus par Gavi. Ces vaccins protègent les enfants contre les principales causes de pneumonie et de diarrhée évitables par la vaccination – sachant qu'il s'agit des deux maladies mondialement les plus meurtrières chez les enfants.

Quel est l'objectif de ces études d'impact ?

Elles nous permettent de mieux connaître les deux vaccins et leur effet sur la santé – nous manquons de données sur l'impact des vaccins contre le pneumocoque et le rotavirus dans les pays à revenu faible, en particulier en Asie. Ensuite, nous espérons que ces études fourniront aux responsables des politiques de santé, au niveau national et régional, la preuve que l'utilisation systématique de ces deux vaccins a une influence sur la santé. Ces données seront particulièrement importantes dans le cas du rotavirus car, à ce jour, peu de pays asiatiques ont introduit le vaccin.

Où ont lieu les études ?

Dix études d'impact ciblées sont en cours en Afrique et en Asie. Gavi finance en outre la surveillance des infections invasives à pneumocoque et des diarrhées à rotavirus ainsi que la surveillance de l'innocuité des vaccins dans de nombreux sites répartis dans les pays soutenus par Gavi.

Quels sont les principaux axes de recherche sur l'impact du vaccin contre le pneumocoque ?

Les études portent sur deux types de vaccin contre le pneumocoque : PCV10, qui protège contre 10 souches de pneumocoque et PCV13 qui protège contre 13 souches.

Les recherches portent sur :

- l'efficacité du vaccin ;
- la variation du nombre d'enfants hospitalisés pour pneumonie, méningite et septicémie avant et après l'introduction du vaccin ;
- le taux global de couverture avec le vaccin contre le pneumocoque ;
- l'impact de l'amélioration de la santé des enfants et des adultes sur l'économie locale ; et
- les répercussions plus larges de la vaccination sur les populations locales (si suffisamment d'enfants sont vaccinés contre le pneumocoque, la maladie pourra difficilement s'implanter dans la communauté – ce qui confère une certaine protection à ceux qui ne sont pas vaccinés ; c'est ce que l'on appelle l'immunité de groupe).

Et le vaccin contre le rotavirus ?

Nous espérons que les études d'impact du vaccin contre le rotavirus menées actuellement en Afrique, en Haïti et en Ouzbékistan permettront de montrer l'impact réel du vaccin sur le nombre d'hospitalisations pour cause de diarrhée. Elles visent également à mesurer l'efficacité du vaccin quand il est administré dans le cadre du calendrier de vaccination systématique.^a

Enfants népalais

Gavi / 2015 /
Sam Phillips

^aParashar UD, et al. Health impact of rotavirus vaccination in developing countries: Progress and way forward. Clin Infect Dis, 2016 May 1;62 Suppl 2 :S91-5.

FIÈVRE JAUNE : DE NOUVELLES ZONES À RISQUE

🔥 Le vaccin contre la fièvre jaune

Permet de prévenir cette maladie virale mortelle transmise par les moustiques. Le taux de mortalité est proche de 50% chez les sujets présentant une forme grave.

Soutien de Gavi : **campagnes de vaccination de masse et vaccination systématique**

Les campagnes de vaccination de masse permettent de protéger les pays « à haut risque », mais la fièvre jaune s'étend à de nouvelles zones

Le développement du vaccin contre la fièvre jaune dans les années 1930 a valu le Prix Nobel à l'Institut Rockefeller. Depuis des siècles, le virus tropical était responsable d'épidémies dévastatrices dans les grandes villes africaines, américaines et européennes. Quand elle a été frappée par la fièvre jaune, en 1793, la ville de Philadelphie a vu disparaître un dixième de sa population.

Au cours des 20 dernières années, le déclin de l'immunité dans la population, combiné à un exode rural rapide, au changement climatique et à la déforestation a entraîné la recrudescence du nombre de cas de fièvre jaune. On estime actuellement à 200 000 le nombre annuel de cas dans le monde, et à 30 000 le nombre annuel de décès dus à cette maladie.

Une dose unique de vaccin contre la fièvre jaune induit une immunité durable, probablement à vie, chez 99% des sujets vaccinés. Entre 2006 et 2014, le Groupe international de coordination (GIC) a distribué dans le monde, avec le soutien de Gavi, plus de 25 millions de doses de vaccin anti-amarile en réponse aux épidémies de fièvre jaune. Le GIC comprend des représentants de l'OMS, de l'UNICEF, de Médecins sans Frontières et de la Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge.

Les campagnes de prévention de masse financées par Gavi, qui ont débuté en 2011, ont permis jusqu'ici de protéger 98 millions de personnes dans 14 pays : Bénin, Burkina Faso, Cameroun, République centrafricaine, Côte d'Ivoire, Ghana, Guinée, Libéria, Mali, Nigéria, Sénégal, Sierra Leone, Soudan et Togo. Depuis 2000, Gavi a également aidé 17 pays à ajouter le vaccin contre la fièvre jaune à leurs calendriers de vaccination systématique.

D'après l'Initiative contre la fièvre jaune, les campagnes de vaccination de masse ont permis de réduire notablement le risque d'épidémies de fièvre jaune en Afrique et de diminuer de 27% le poids de la maladie dans les 12 pays « à haut risque ». Aucune épidémie de fièvre jaune n'a été enregistrée en Afrique de l'Ouest en 2015. Mais l'urbanisation rapide et les changements environnementaux modifient la répartition géographique de la fièvre jaune, le virus affectant maintenant des zones considérées auparavant comme non endémiques. En 2015, deux pays d'Afrique centrale considérés comme à « faible risque » - la Guinée équatoriale et le Gabon - ont rapporté des cas de fièvre jaune. En décembre, les premiers cas d'une épidémie urbaine ont été détectés à Luanda en Angola - cette épidémie s'est répandue par la suite dans toute la communauté.

Bien que quatre sociétés produisent du vaccin contre la fièvre jaune, la demande pour les campagnes de vaccination de masse préventives et réactives a épuisé les réserves. Les doses destinées aux campagnes préventives sont fréquemment réaffectées au traitement des épidémies, ce qui réduit dangereusement le niveau des stocks d'urgence et retarde les campagnes de prévention. Au Nigéria et au Soudan par exemple, les campagnes ont trois à quatre ans de retard. Face à cette situation, Gavi travaille avec l'OMS pour revoir sa stratégie de lutte contre la fièvre jaune. La nouvelle stratégie sera présentée au Conseil d'administration en 2016.

Nombre de personnes vaccinées lors des campagnes de vaccination entre le début du programme et fin 2015 :

Plus de 98 millions

Nombre de personnes vaccinées en routine entre le début du programme et fin 2015 :

91 millions



RÉPUBLIQUE-UNIE DE TANZANIE : LA COUVERTURE VACCINALE À LA CROISÉE DES CHEMINS

Dre Dafrossa Cyrily Lyimo gère le Programme de vaccination et de développement des vaccins de Tanzanie depuis 2009. Elle a débuté sa carrière il y a près de 30 ans comme médecin généraliste dans un hôpital municipal avant de s'orienter vers la gestion des services de santé. Nous avons parlé avec Dre Dafrossa de la situation en matière de vaccination dans son pays et de sa vision de l'avenir.

Gavi : Quelle est la situation en matière de couverture vaccinale en Tanzanie ?

Dre Dafrossa Cyrily Lyimo (DCL) : Elle est bonne en général. En 2015, nous avions une couverture de 98% avec la troisième dose de vaccin pentavalent. La couverture avec ce vaccin a augmenté dans tous les districts.

Quel a été le tournant décisif pour le programme national de vaccination ?

DCL : C'était en 2001-2002, au moment où la Tanzanie a obtenu le soutien de Gavi, et où notre gouvernement a augmenté son cofinancement.

Quels sont vos succès les plus remarquables ?

DCL : L'introduction simultanée des vaccins contre le pneumocoque et contre le rotavirus en 2013, l'amélioration de la couverture vaccinale systématique et l'obtention de la certification de l'élimination de la poliomyélite en Tanzanie par le Comité régional africain de certification. Et en 2012, nous avons rejoint les pays ayant éliminé le tétanos néonatal.

Quels sont les plus grands obstacles ?

DCL : La Tanzanie est un pays immense, aussi le plus difficile est d'arriver à trouver un équilibre entre assurer la viabilité durable des programmes de vaccination et atteindre un maximum d'enfants. Le fait que notre pays comporte un certain nombre de zones difficiles à atteindre, avec des populations nomades, ne nous aide pas. Nous avons également dû faire face à des problèmes de transport pour distribuer les vaccins et le matériel, à un manque de ressources humaines et à des barrières sectorielles. De ce fait, la couverture vaccinale est faible et fluctuante dans certains districts. Le manque de financement pour mettre en place le nécessaire ne nous facilite pas la tâche.

Vous êtes arrivés à obtenir une couverture vaccinale élevée sur le plan national ; à votre avis, cela tient à quoi ?

DCL : Je dirais que c'est grâce à la volonté du gouvernement et à l'engagement de partenaires tels que Gavi, l'OMS, l'UNICEF, l'Initiative Clinton pour l'accès à la santé et le Programme de survie maternelle et infantile. Ce qui a également contribué au succès, c'est le fait que le programme ait eu une direction forte au niveau national et infranational, et que nous disposions d'une stratégie très claire, d'une planification minutieuse ainsi que d'une chaîne du froid et d'une infrastructure satisfaisantes.

Dans quelle mesure l'important soutien politique, et en particulier l'implication personnelle de l'ancien président Kikwete, ont-ils joué un rôle dans la réussite de la vaccination en Tanzanie ?

DCL : L'ancien président Kikwete a joué un rôle essentiel à plusieurs niveaux. Il a accueilli la cérémonie d'ouverture du Forum des partenaires de Gavi en 2012. Il a engagé son gouvernement à se procurer les vaccins classiques et à cofinancer les vaccins de Gavi, et il a lancé le One Plan for Reproductive and Child Services (Plan unique pour les services de santé reproductive et infantile) qui a permis d'améliorer la santé maternelle et infantile. Sous sa direction, la Tanzanie est arrivée à réduire la mortalité infantile, en grande partie grâce à la vaccination.

Alors que la couverture vaccinale nationale est élevée, certaines communautés comme les tribus Massaï sont difficiles à atteindre. Comment la Tanzanie s'y prend-elle pour régler ce problème ?

DCL : Nous cherchons à comprendre la culture des nomades pour être sûrs de les atteindre et pouvoir leur proposer des services de vaccination. Il convient pour cela de développer une stratégie efficace, de diffuser des messages adaptés et d'organiser régulièrement des réunions de santé primaire.

Comment est-ce que Gavi peut aider la Tanzanie à s'assurer que chaque enfant soit vacciné, quel que soit l'endroit où il vit ?

DCL : Gavi peut nous aider à recueillir les données nécessaires et à accéder aux communautés difficiles à atteindre. Gavi peut également nous aider à relier les données des registres d'état civil et de vaccination et à trouver des solutions innovantes pour établir une identification unique et cartographier les mouvements de notre population nomade.

Comment voyez-vous la situation de la Tanzanie dans cinq ans, en ce qui concerne la couverture vaccinale et l'équité ?

DCL : J'espère que nous aurons réussi à pérenniser notre niveau national élevé de couverture vaccinale tout en améliorant nos performances chez les populations difficiles à atteindre et dans les districts dont les résultats sont moins bons. Nous espérons tout particulièrement atteindre l'objectif mondial d'élimination de la rougeole et de la rubéole et contribuer à créer un monde exempt de poliomyélite.

Pourquoi faites-vous tout cela ?

DCL : Tout d'abord et avant tout, j'aime les enfants. Je suis moi-même maman de quatre enfants. Au début des années 1960, mes parents ont fait tout leur possible pour que je sois vaccinée. Je voudrais que tous les enfants nés en Tanzanie puissent bénéficier de la même protection. Et à l'époque où je travaillais comme médecin dans un service de pédiatrie, tous les jours des enfants mouraient de maladies évitables par la vaccination, par exemple de diarrhée, de pneumonie, de diphtérie, de rougeole et de tétanos. Il y avait des vaccins, mais le problème était d'y avoir accès. Maintenant que j'ai l'occasion d'agir, je veux faire tout ce que je peux pour que les enfants puissent bénéficier de vaccins efficaces et des différents services de prévention.



L'objectif du « Plan unique » de la Tanzanie, vise à ce que tous les enfants puissent bénéficier des nouveaux vaccins.

Gavi / 2012 / Sala Lewis

LA MISSION ARC-EN-CIEL PROMET UN AVENIR MEILLEUR AUX ENFANTS INDIENS SOUS-IMMUNISÉS



Près d'un cinquième des enfants sous-immunisés dans le monde vit en Inde. En 2015, avec le soutien de Gavi, le gouvernement indien a lancé la Mission Indradhanush – Mission Arc-en-ciel, une initiative nationale pour administrer les vaccins vitaux aux millions d'enfants vivant « cachés » dans des bidonvilles et autres zones difficiles à atteindre.



De plus en plus, les communautés les plus marginalisées vivent cachées dans des bidonvilles urbains, pourtant à la vue de tous.

De la fenêtre du 11^e étage, la vue sur la ville d'Agra est fascinante. Au loin dans la brume, au-delà des toits qui scintillent dans la chaleur de l'Inde, on peut distinguer le dôme d'ivoire et les quatre minarets familiers du Taj Mahal. Cette vue est normalement réservée à la classe moyenne émergente qui a suffisamment d'argent pour pouvoir s'offrir des appartements dans de grands immeubles. Mais aujourd'hui, les seuls à bénéficier de cette vue, ce sont des migrants, des ouvriers du bâtiment qui construisent ce complexe immobilier et qui, ironie du sort, n'ont pas de toit.

Ces ouvriers vivent dans un bidonville au pied de la tour – dans des cabanes provisoires qui servent d'abri à des centaines de travailleurs ainsi qu'à leurs familles, tout au moins jusqu'à la fin des travaux. Après, ils prendront leurs affaires et iront là où ils pourront trouver du travail. Ces campements que l'on retrouve un peu partout en Inde sont au centre des activités de la Mission Indradhanush – Mission Arc-en-Ciel – une initiative nationale qui vise à améliorer l'accès des enfants à la vaccination. Lancée en 2015, cette initiative politique

audacieuse a pour mission de faire en sorte que tous les enfants de moins de deux ans et les femmes enceintes soient totalement vaccinés avec les sept vaccins que comprend le Programme de vaccination universelle indien.

Actuellement, l'Inde abrite près d'un cinquième des enfants sous-vaccinés dans le monde. Ce qui veut dire que 3,2 millions d'enfants ne reçoivent même pas la totalité des vaccins les plus basiques (trois doses de vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche). En concentrant leurs efforts sur les districts dont les performances sont les moins bonnes, le gouvernement indien espère arriver à changer les choses, avec l'aide de l'OMS, de l'UNICEF et de Gavi ; il se donne cinq ans pour atteindre 90% des enfants.

Les migrants, comme cet ouvrier d'Agra, représentent une des communautés les plus difficiles à atteindre. Sans domicile fixe, ils vivent cachés, souvent sans électricité, et pourtant à la vue de l'administration locale. Même s'il leur arrive d'être en contact avec les services de santé, la continuité des soins est impossible alors qu'ils vont à la dérive d'un district à l'autre.



Pour réussir, la Mission Indradhanush doit, dans un premier temps, faire en sorte que les communautés de migrants demandent à bénéficier de la vaccination. Il faut pour cela une double approche. Fort de l'expérience de son programme qui a permis l'élimination de la poliomyélite, le gouvernement indien a déjà répertorié 256 000 campements de migrants et élabore des microplans de vaccination systématique pour ces communautés, ainsi que pour d'autres zones « à haut risque » qui échappent à la vaccination. Parallèlement, le Gouvernement travaille avec ces communautés « invisibles » pour les sensibiliser aux bienfaits des vaccins et démonter les fausses idées sur les problèmes de sécurité.

Les années qui viennent seront critiques, en partie à cause des objectifs ambitieux que l'Inde s'est fixés. Le gouvernement projette non seulement d'ajouter un certain nombre de vaccins à son Programme de vaccination universelle, comme les vaccins contre le rotavirus, la rubéole, le pneumocoque et le virus du papillome humain (VPH),

mais il espère se passer progressivement du soutien de Gavi. L'Inde devrait financer intégralement ses programmes de vaccination à partir de 2021.

Pour l'aider dans ce processus, le Conseil d'administration de Gavi a adopté en décembre un nouveau partenariat stratégique avec l'Inde, qui comprend un nouveau soutien aux vaccins, le renforcement du système de santé et la collaboration pour l'achat et la distribution des vaccins. Ce nouveau partenariat stratégique fait suite au soutien qu'avait apporté Gavi pour étendre à toute l'Inde l'utilisation du vaccin pentavalent. Avec l'introduction du vaccin cinq-en-un dans l'Uttar Pradesh en décembre dernier, la totalité des états indiens ont maintenant introduit le vaccin.

Le déploiement rapide du vaccin pentavalent a donné un nouvel élan aux initiatives gouvernementales visant à obtenir une couverture vaccinale plus équitable et plus durable. Pour les migrants indiens qui travaillent à Agra et à travers le pays, l'avenir et la santé s'annoncent incontestablement sous un meilleur jour.

L'OBJECTIF DES SYSTÈMES DE SANTÉ

→ La stratégie 2016-2020 est davantage centrée sur les pays

La nouvelle approche a pour objectif d'améliorer l'accès à la vaccination et de le rendre plus équitable, en donnant la priorité aux pays qui ont à affronter les plus grands défis

→ L'orientation stratégique sur le renforcement des chaînes d'approvisionnement donne déjà des résultats

Gavi met en place des plateformes pour l'équipement de la chaîne du froid et finance la formation de gestionnaires de la chaîne d'approvisionnement

→ Taux de couverture vaccinale : stagnation des progrès

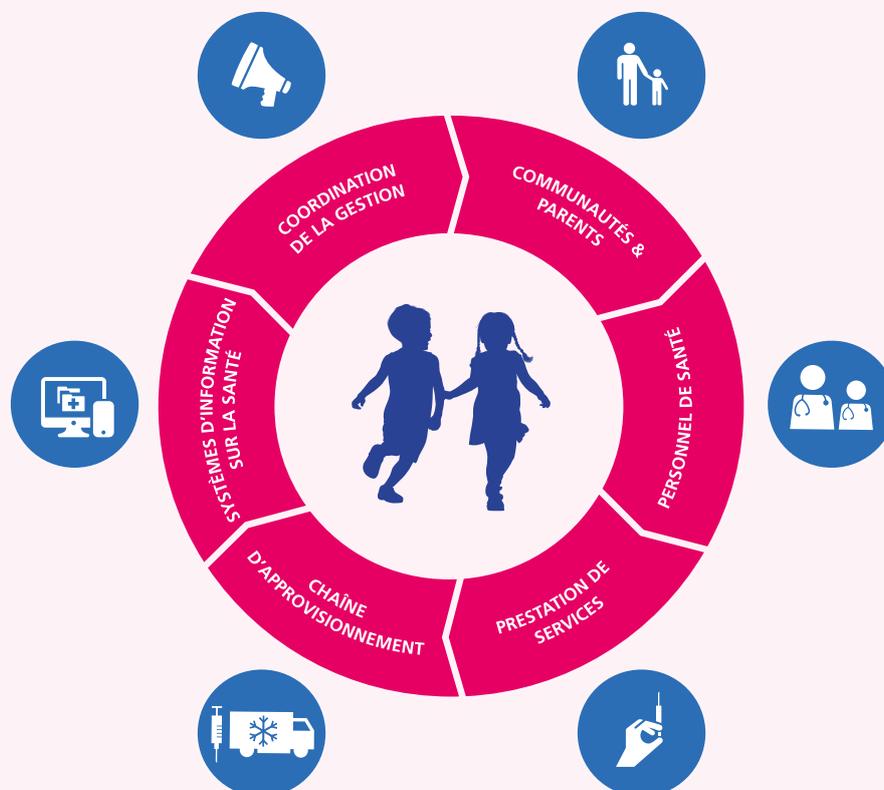
Même si la couverture par le vaccin DTC3 a augmenté de trois points de pourcentage entre 2011 et 2015, nous n'avons pas atteint notre objectif global



Grâce à notre partenariat avec Gavi, nous pourrons continuer à augmenter notre couverture vaccinale et avoir un impact positif et durable sur la santé de nos enfants.

HE Ibrahim Boubacar Keïta
Président, du Mali

Le soutien de Gavi au renforcement des systèmes de santé : principaux domaines d'intervention



65 millions

D'ENFANTS IMMUNISÉS AVEC DES VACCINS SOUTENUS PAR GAVI EN 2015



PRÈS D'UN ENFANT SUR CINQ N'A PAS REÇU LA TOTALITÉ DES VACCINS ESSENTIELS

Gavi et ses partenaires ont fait des progrès notables dans le domaine de l'accès aux vaccinations de routine dans de nombreux pays en développement, y compris ceux où les conditions sont particulièrement difficiles. Depuis 2010, la couverture vaccinale de base dans les pays soutenus par Gavi est passée de 78% à 81% malgré une augmentation importante de la population

Ce niveau d'accès sans précédent signifie que le nombre d'enfants vaccinés est plus important que jamais. Rien qu'en 2015, plus de 65 millions d'enfants ont été vaccinés avec l'aide de Gavi.

Mais comme les zones où il reste des enfants non vaccinés sont les plus difficiles à atteindre, la progression de la couverture a ralenti au cours de la période 2011-2015, et nous n'avons pas réussi à atteindre nos objectifs quinquennaux

en matière d'amélioration de la couverture vaccinale et d'équité.

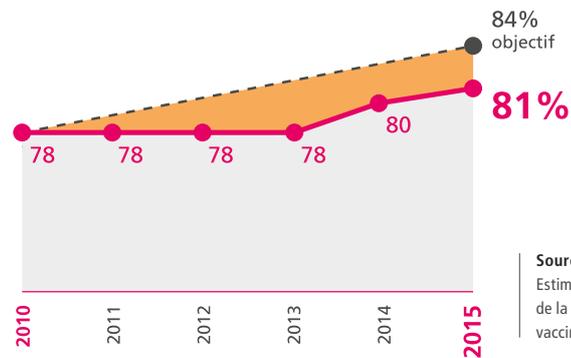
Dans les pays soutenus par Gavi, près d'un enfant sur cinq ne reçoit toujours pas la totalité des doses des vaccins essentiels.

Une approche « standard » ne permettra pas d'atteindre ces enfants. En 2015, nous avons commencé à jeter les bases d'un nouvel axe stratégique visant à améliorer la couverture vaccinale et l'équité. Un nouveau modèle de soutien au renforcement des systèmes de santé et de vaccination, qui sera appliqué à partir de 2016, orientera les investissements vers les segments qui en ont le plus besoin – les communautés et les populations les plus pauvres et les plus difficiles à atteindre.

LES SYSTÈMES DE SANTÉ DANS LES PAYS SOUTENUS PAR GAVI

COUVERTURE PAR LE DTC3 (%)

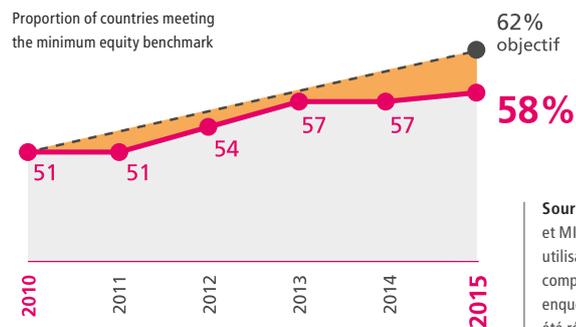
Le taux de couverture avec trois doses de vaccin contenant les valences diphtérie-tétanos-coqueluche (DTC3) est un indicateur standard qui permet d'évaluer la solidité des programmes nationaux de vaccination. En 2015, la couverture vaccinale avec les vaccins DTC3 – parmi lesquels le vaccin pentavalent – a atteint 81% dans les pays soutenus par Gavi. Alors que nous n'avons pas atteint notre objectif de 84% de couverture vaccinale dans les 73 pays, notre stratégie 2016-2020 sera axée sur l'amélioration de la couverture vaccinale que nous chercherons à rendre plus équitable.



Source : OMS/UNICEF : Estimations nationales de la couverture vaccinale, 2016

ÉQUITÉ EN MATIÈRE DE COUVERTURE VACCINALE (%)

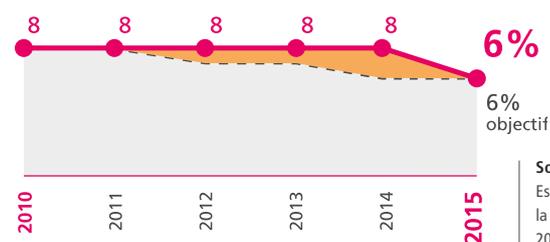
La pauvreté est un facteur déterminant dans l'accès à la vaccination. Ainsi, il est possible d'évaluer l'équité en matière de vaccination en comparant la couverture du DTC3 des 20% les plus pauvres de la population du pays à celle des 20% les plus riches. Le pourcentage de pays soutenus par Gavi atteignant le seuil minimum d'équité est passé de 51% en 2010 à 58% en 2015, soit quatre points de pourcentage en dessous de l'objectif.



Sources : Enquêtes DHS et MICS ; autres enquêtes utilisant des méthodes comparables quand aucune enquête DHS ou MICS n'a été réalisée

ÉCART ENTRE DTC1 ET DTC3 (%)

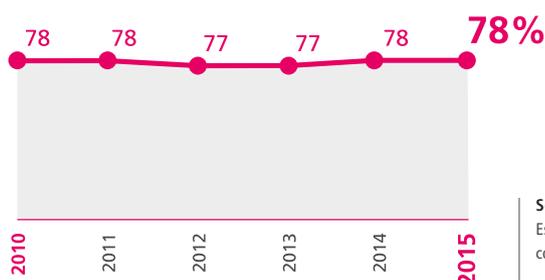
Le pourcentage d'enfants qui reçoivent la première dose de vaccin contenant le DTC, mais pas la troisième, reflète le nombre d'enfants qui n'ont pas reçu la série complète de vaccins. En 2015, la différence de couverture entre DTC1 et DTC3 dans les pays soutenus par Gavi a été ramenée à 6 points de pourcentage, ce qui correspond à notre objectif pour 2015, et montre que la capacité des pays à administrer la série complète de vaccins s'améliore.



Source : OMS/UNICEF : Estimations nationales de la couverture vaccinale, 2016

COUVERTURE AVEC LA PREMIÈRE DOSE DE VACCIN CONTRE LA ROUGEOLE (%)

Les enfants sont généralement vaccinés contre la rougeole à l'âge de 9 mois – après le DTC3 mais avant l'âge d'un an. La couverture avec la première dose de vaccin contre la rougeole, que Gavi ne finance pas actuellement, permet donc d'évaluer la capacité des services de santé à vacciner les enfants au-delà des premiers mois de vie. Alors que la couverture pour le DTC3 a augmenté ces dernières années, la couverture pour la première dose de vaccin contre la rougeole administrée en routine a stagné à 78%. Gavi n'a pas déterminé d'objectif de couverture vaccinale pour le vaccin contre la rougeole.



Source : OMS/UNICEF : Estimations nationales de la couverture vaccinale, 2016

RENFORCER LES SYSTÈMES DE SANTÉ

« La vaccination universelle jouera un rôle fondamental pour la santé de la population et pour le développement de nos économies.

President Jakaya Kikwete

Ambassadeur mondial pour la vaccination

Les investissements vont croissant

Avec 2015 s'est achevée une décennie de soutien de Gavi au renforcement des systèmes de santé (RSS). Au début, le financement au titre du RSS a servi à soutenir un large éventail d'initiatives destinées principalement à améliorer l'accès aux services de santé primaire. Les taux de couverture vaccinale dans de nombreux pays soutenus par Gavi se situaient alors autour de 70%.

L'accès aux services de santé primaire progressant régulièrement au cours de la période 2011-2015, le financement réservé au RSS a été de plus en plus utilisé pour améliorer la vaccination. Parallèlement, l'intérêt s'est déplacé de la prestation de soins à des secteurs tels que la gestion de la chaîne d'approvisionnement et les systèmes d'information sur la santé, domaines où persistaient des blocages importants. Durant cette période, nous avons également travaillé avec les pays pour mieux contrôler et évaluer les subventions accordées au titre du RSS.

En 2015, Gavi a déboursé 172 millions de dollars US pour le RSS – 19% de plus que l'année précédente. A la fin de l'année, 77 subventions de RSS étaient actives, réparties dans 64 pays. La couverture vaccinale de base a atteint une moyenne de 81% dans les 73 pays soutenus par Gavi en 2015, alors qu'elle n'était que de 78% en 2010. Le RSS a vraisemblablement contribué à cette augmentation.

La refonte du programme de RSS : préparation de la stratégie 2016-2020

Reconnaissant que le soutien au RSS est l'un de nos outils les plus puissants pour assurer notre mission, nous avons commencé en 2015 à restructurer le programme de RSS pour qu'il corresponde mieux aux objectifs de notre prochaine stratégie quinquennale.

A l'avenir, notre nouveau modèle de soutien au renforcement des systèmes de santé et de vaccination (RSSV) sera axé sur l'élimination des obstacles à un accès équitable, en donnant la priorité aux pays pour lesquels cela pose le plus de difficultés.

A Madagascar et au Pakistan par exemple, les subventions actuelles pour le RSS sont déjà en cours de réaffectation pour permettre d'atteindre les communautés qui continuent d'échapper à la vaccination. Le nouveau modèle regroupera et simplifiera les différents types de soutien que reçoit chaque pays, pour pouvoir mieux les intégrer.



Séminaire pour les agents de santé à Dhaka au Bangladesh

Gavi / 2015 / GMB Akash

Une plateforme pour la couverture sanitaire universelle

Les vaccins ne s'administrent pas tout seuls. Il faut d'une part des systèmes d'approvisionnement efficaces, des agents de santé qualifiés et des centres de santé bien gérés ; il faut d'autre part que les parents et les communautés reconnaissent l'importance de la vaccination.

Rien qu'en 2015, 65 millions d'enfants des pays soutenus par Gavi ont reçu trois doses de vaccin contenant le DTC. Cela équivaut à plus de 195 millions de points de contact entre ces enfants et le système de santé primaire, ce qui crée l'occasion non seulement pour ces enfants, mais aussi pour leurs parents et leurs frères et sœurs, d'avoir accès à d'autres services de soins et à de l'information.

En améliorant encore le système de vaccination de routine existant, nous disposerons d'une plateforme solide sur laquelle nous appuyer. Des systèmes de vaccination solides contribueront de façon importante à instaurer la couverture sanitaire universelle et permettront aussi d'atteindre d'autres objectifs du développement durable.

RENFORCER LE RÔLE DE LA SOCIÉTÉ CIVILE

Étant donné l'importance de leur contribution pour sensibiliser la population aux bienfaits de la vaccination, les organisations de la société civile (OSC) ont un rôle essentiel à jouer quand il s'agit d'augmenter la couverture vaccinale et de vacciner les enfants habitant dans les zones les plus difficiles à atteindre.

Pour renforcer la collaboration avec les OSC, la section Société civile de Gavi a reçu un financement d'un montant total de 7,7 millions de dollars US pour la période 2011-2015. Cette subvention, gérée par Catholic Relief Services, sert à affermir le rôle de la société civile dans le renforcement des systèmes de santé et de la vaccination grâce à l'établissement de plateformes dans 24 pays.

La majorité de ces plateformes sont membre des comités nationaux de vaccination, participent au dialogue sur la politique de santé et, avec les autres partenaires de Gavi, à l'élaboration et à la mise en œuvre des propositions en matière de renforcement des systèmes de santé (RSS). Des 15 pays qui ont obtenu le feu vert pour un financement au titre du RSS en 2015, 14 ont travaillé avec les OSC pour développer leurs propositions et tous, sauf un, ont attribué des fonds à des activités liées aux OSC.

Le soutien de Gavi aux OSC par des subventions au titre du RSS concerne aussi bien les activités menées au niveau national pour sensibiliser la population et susciter la demande de vaccins que la formation du personnel de santé et la prestation de services.

En Gambie par exemple, les OSC ont organisé en 2015 une formation du personnel de santé dans toutes les régions sanitaires. En Afghanistan, les OSC ont utilisé le soutien au RSS pour aider à administrer les vaccins essentiels de l'enfance ainsi que d'autres soins de santé maternelle et infantile dans des régions isolées.

La Coalition ghanéenne des ONG œuvrant dans le domaine de la santé, qui réunit plus de 500 OSC, a utilisé une partie de la subvention accordée pour le RSS au Ghana pour mener des activités régulières de sensibilisation communautaire et aider les OSC à participer aux campagnes de vaccination. La plateforme des OSC du Nicaragua a utilisé les fonds pour former les partenaires travaillant au niveau communautaire. En Inde, la plateforme des OSC a consacré une partie de la subvention à l'élaboration d'une stratégie de communication visant à modifier les comportements.

D'après une étude de 2015, la collaboration avec les OSC dans le cadre de ces plateformes correspond tout à fait à la mission de Gavi. Mais il est trop tôt pour en mesurer l'impact sur l'accès à la vaccination des populations à risque. L'étude a également jugé que cela prendrait du temps pour que les plateformes soient totalement reconnues et pleinement intégrées.

Genre et vaccination

La comparaison du nombre de garçons et de filles vaccinés ne permet pas de mettre en évidence tous les obstacles à la vaccination liés au genre. Des études ont révélé que globalement, il n'y avait pas de différences significatives entre les garçons et les filles en ce qui concerne la couverture vaccinale, même s'il existe des variations locales. D'autres facteurs liés au genre, généralement indépendants des programmes de vaccination, peuvent être source d'inégalités en matière de couverture vaccinale, mais ils sont souvent difficiles à mesurer et à traiter.

Par exemple, les enfants dont la mère n'a pas été scolarisée ont beaucoup moins de chances d'être vaccinés que ceux dont la mère a été instruite. C'est un problème particulièrement aigu dans les pays comme le Tchad où le niveau d'alphabétisation des femmes se situe globalement à la moitié de celui des hommes. Le Tchad se trouve également au troisième rang des pays où la proportion de femmes parmi le personnel de santé est la plus faible, ce qui peut dissuader les femmes d'emmener leurs enfants se faire vacciner.

Parfois, les femmes ne peuvent pas compter sur l'argent du ménage pour payer le transport au centre de santé ; il est possible aussi qu'elles n'aient pas le temps de se rendre au dispensaire

à cause de leurs tâches domestiques ou autres obligations familiales. Dans certains endroits, les femmes ne peuvent pas se déplacer sans être accompagnées.

Les obstacles à la vaccination ne concernent pas uniquement les femmes ; les pères de famille ont également un rôle important à jouer pour que leurs enfants aient accès à la vaccination.

Gavi accorde des financements au renforcement des systèmes de santé pour aider les pays à supprimer tous les obstacles à la vaccination, notamment ceux qui sont liés au genre. Dans cette optique, Gavi demande aux pays qui bénéficient de son soutien d'analyser les variations de la couverture vaccinale en fonction du sexe, des revenus et de la localisation géographique afin de comprendre pourquoi la couverture vaccinale est faible dans certains groupes. Il est crucial d'arriver à mieux définir les activités et les barrières liées au genre pour pouvoir s'attaquer aux problèmes plus subtils qui peuvent ne pas être immédiatement évidents à partir des données sur le nombre de garçons et de filles vaccinés.



YÉMEN : FONCTIONNER DANS L'ADVERSITÉ

Le Dr Osama Mere, né à Damas, a obtenu son diplôme de l'école de médecine de l'université de Damas en 1990. Pendant cinq ans, il a été à la tête de la Santé infantile et responsable national du Programme élargi de vaccination (PEV) en Syrie. En 2015, il a été nommé représentant intérimaire de l'OMS au Yémen. Nous avons parlé avec lui de la façon dont Gavi a adapté son soutien au renforcement des systèmes de santé (RSS) pour que la vaccination puisse avoir lieu malgré le conflit en cours au Yémen.

Gavi : Quels sont les principaux obstacles à la vaccination dans une zone de conflit comme le Yémen, Dr Mere ?

Dr Osama Mere (OM) : Le principal problème, c'est de faire entrer les vaccins dans le pays. La liaison aérienne des Nations Unies via Djibouti est la seule possibilité, mais elle nécessite l'accord de la Coalition arabe. Heureusement, ils laissent passer les vaccins.

Une fois les vaccins parvenus au Yémen, le défi est de les distribuer à travers le pays. Dans trois ou quatre districts, c'est très difficile à cause du conflit en cours. Mais malgré tout, on réussit à faire arriver le vaccin dans des endroits comme la ville de Taiz qui est pratiquement sous siège.

Quel soutien recevez-vous de l'Alliance du Vaccin au Yémen ?

OM : Gavi nous aide à vaincre le principal obstacle, le coût des vaccins. En 2015, le problème était que le gouvernement n'avait pas d'argent. Le prix du transport des vaccins jusqu'aux enfants qui en ont besoin, c'est-à-dire le transport lui-même plus les salaires, a également augmenté. Gavi nous a aidés à couvrir ces frais.

Comment le soutien au RSS a-t-il été adapté pour faire face aux problèmes particuliers rencontrés au Yémen ?

OM : Sans le RSS, il aurait été très difficile de faire face à la situation. C'est le seul financement dont nous disposions. Gavi a été extrêmement flexible. Ils ont admis qu'il nous fallait agir, faire un travail de proximité et distribuer les vaccins.

Pourriez-vous décrire comment le soutien de Gavi est actuellement utilisé au Yémen et quels sont les résultats ?

OM : En 2015, nous avons obtenu une couverture vaccinale de 67% pour le DTC3, avec des activités de proximité financées essentiellement par Gavi, notre principale source de financement. Au lieu des quatre tournées habituelles, on en a fait cinq. Ces activités de proximité ont été menées comme des campagnes. On a loué un millier de voitures et on les a envoyées sur le terrain pendant cinq jours avec des personnes qualifiées, grâce aux fonds de Gavi.

Dans chaque tournée de terrain, en travaillant de huit heures du matin à cinq heures du soir, on a pu effectuer 6 000 vaccinations, voire plus, en couvrant les villages les plus reculés et en allant dans des endroits où il n'y avait même pas l'électricité, ce qui nous a obligés à utiliser des générateurs et l'énergie solaire. Voilà, avec cinq tournées sur le terrain on a fait 30 000 vaccinations. Un grand succès malgré tout.

Nos collaborateurs ont aussi pu prodiguer des conseils sur la nutrition, les maladies infantiles et la santé reproductive.

Pourriez-vous préciser les approches innovantes que vous avez utilisées au Yémen pour atteindre les communautés vivant près des lignes de front ?

OM : Le Groupe de travail du Programme élargi de vaccination (PEV), principal responsable des activités de vaccination durant la crise, a suivi de très près les zones qui avaient besoin d'une attention particulière. Ils ont approché les autorités et les communautés locales, qui ont été très efficaces pour accroître l'accessibilité.

Quelle est l'importance du soutien politique pour le succès de la vaccination au Yémen ?

OM : Toutes les autorités des deux camps ont été très coopératives. Le vice-ministre de facto a participé à la plupart des réunions hebdomadaires du Groupe de travail du PEV aux côtés des représentants de l'OMS et de l'UNICEF. Le pays tout entier s'est efforcé de faciliter la tâche des services de vaccination. Mais il faut reconnaître que cela n'a pas été assorti du moindre financement pour les vaccins. Pour cela, on a dû s'appuyer sur Gavi et sur l'Organisation des Nations Unies.

A quels obstacles votre organisation est-elle encore confrontée quand il s'agit de maintenir et augmenter la couverture vaccinale au Yémen ?

OM : Ce qu'il faut faire, c'est revitaliser les centres de santé, et en particulier les départements de vaccination. Nous devons maintenir la qualité des services de vaccination en formant du nouveau personnel – formation de base et gestion efficace des vaccins – et nous assurer qu'ils bénéficient d'une supervision. Il nous faut également garantir l'approvisionnement en vaccins et leur distribution correcte et appropriée dans le pays.

Mais le principal, c'est de bien respecter les cinq tournées de terrain chaque année, en partant de microplans très précis.

Quelles sont les forces du modèle de Gavi et comment ce modèle a-t-il aidé l'Alliance du Vaccin à travailler au Yémen ?

OM : Le plus important, c'est que les fonds soient disponibles localement pour le Ministre de la santé du Yémen et qu'on puisse s'en servir avec une certaine souplesse. Cela dépend donc de la flexibilité de Gavi, qui est très appréciée au Yémen. C'est bien que le RSS vérifie que les fonds soient bien utilisés et qu'il suive attentivement les activités.

Pour finir, pouvez-vous nous dire quel a été votre plus grand succès ?

OM : Le maintien de la couverture vaccinale systématique au Yémen en 2015 en dépit du conflit armé et de l'instabilité politique. Tous les nouveaux vaccins offerts par Gavi ont été introduits au Yémen, y compris le vaccin pentavalent, les vaccins contre le pneumocoque, le rotavirus, la rougeole et la rubéole et le vaccin polio inactivé.



A ce jour, le Yémen a introduit cinq vaccins financés par Gavi

Gavi / 2013 / Alazz Alzain

LE SUCCÈS AVEC LES DONNÉES DANS LA PROVINCE DU PENDJAB : RELIER LES POINTS ENTRE EUX



Jamais la technologie a offert autant de possibilités pour le recueil de données sur la vaccination. Mais ce qui compte, ce n'est pas tant l'information que la façon dont on l'utilise – ce que le Pakistan découvre à toute allure.

Ce serait trop facile d'attribuer à la seule technologie moderne l'augmentation spectaculaire de la couverture vaccinale de base observée en 2015 dans la province du Pendjab. Si l'utilisation de smartphones pour collecter les données de vaccination a incontestablement joué un rôle essentiel, la vraie raison de ce succès, c'est la capacité à utiliser ces données pour brosser un tableau détaillé des services de vaccination – pour relier les points entre eux.

Entre octobre 2014 et avril 2015, les 3 750 vaccinateurs travaillant dans la province ont reçu un smartphone, dénommé E-vacc. Ces appareils sont équipés d'une application qui leur permet de s'enregistrer à des points de contrôle situés dans les zones rurales et de recueillir des informations précises grâce aux cartes de vaccination électroniques qui enregistrent quotidiennement les détails des vaccinations administrées aux enfants dans les dispensaires et les centres de santé. A Lahore, une équipe dédiée d'analystes puise dans cette mine d'informations, en faisant appel à d'autres technologies, pour créer un flux continu de données relatives à la vaccination qui peuvent servir à contrôler le taux de participation, le nombre d'enfants vaccinés, le nombre et le type de vaccins administrés et, ce qui est tout aussi important, la couverture de la zone.

Là où E-vacc excelle vraiment, c'est dans sa capacité à identifier les zones où la couverture vaccinale est faible et à localiser, grâce aux images satellitaires et à Google Maps, les communautés et les familles qui n'ont pas été atteintes précédemment. Cette information est renvoyée aux vaccinateurs qui, armés des informations exactes sur la localisation des enfants non vaccinés, peuvent se rendre dans ces zones pour leur offrir leurs services de vaccination. A leur arrivée, ils enregistrent leur localisation avec E-vacc et chargent les nouvelles données qui permettent au Programme élargi de vaccination (PEV) de mettre à jour la carte de la couverture vaccinale.

« Je pense que c'est de la technologie utilisée à bon escient » déclare le Dr Umar Saif, chef du Comité Technologies de l'information du Pendjab, l'organisation qui a joué un rôle central dans le développement et l'introduction du pack E-vacc.

En 2015, l'analyse des données a commencé à payer. La participation des vaccinateurs a augmenté de façon impressionnante de 67% et a entraîné un accroissement substantiel de la couverture pour le vaccin pentavalent cinq-en-un, de 64% à 86% en seulement 12 mois – ce qui correspond à la vaccination de 500 000 enfants supplémentaires. « Nous avons travaillé en étroite collaboration avec tous ceux qui sont impliqués dans la vaccination dans la province du Pendjab, » précise le Dr Saif, « de nos partenaires jusqu'aux vaccinateurs. Ils ont été consultés et formés, et leurs commentaires ont été pris en compte. »

Cette initiative a bénéficié d'une adhésion politique venant du sommet. La surveillance du Ministre en chef a joué un rôle essentiel, ajoute le Dr Saif. « Nos données de surveillance remontent jusqu'à lui, il les regarde personnellement pour voir où se situent les lacunes. Il vérifie que tout le monde continue à utiliser le système.

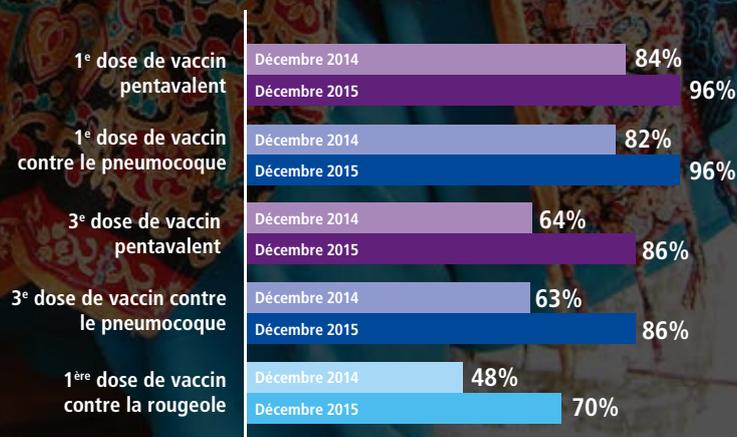
Les autres provinces du Pakistan reconnaissent l'intérêt du recueil et de l'analyse des données. Le Baloutchistan, le Khyber Pakhtunkhwa et le Sindh ont toutes officiellement demandé l'aide du gouvernement du Pendjab pour reproduire sa méthode avec E-vacc.



C'est le Khyber Pakhtunkhwa qui est le plus avancé ; il a commencé à introduire E-vacc en 2015. « Un des problèmes que nous avons mis en évidence, c'est le manque d'efficacité des vaccinateurs quand il s'agit de se rendre dans les régions reculées. Maintenant, notre programme PEV apprend à tous les vaccinateurs à planifier les tournées sur le terrain, avec l'aide de l'OMS et de Gavi, » explique le Dr Nasreen, qui coordonne la formation de l'équipe du PEV dans la province. « Grâce à E-vacc, les gestionnaires de district et de la province pourront alors vérifier si ces plans sont bien respectés. Cette stratégie permettra aux responsables d'identifier les zones habitées où les vaccinateurs omettent de se rendre. »

La couverture vaccinale de base (trois doses du vaccin pentavalent cinq-en-un) est passée de 64% à 86% en 12 mois seulement

Taux de couverture dans la province du Pendjab au Pakistan, en 2014 et 2015 (enfants âgés de 12 mois)



Source : Nielsen (déc. 2014 & déc. 2015)

PRIORITÉ AUX PAYS

Un des premiers objectifs de notre stratégie 2011-2015 était d'accélérer l'introduction des nouveaux vaccins dans les pays en développement qui, alors qu'ils sont frappés lourdement par les maladies, ne bénéficient généralement pas des vaccins les plus récents et les plus efficaces.

Fin 2015, les 73 pays soutenus par Gavi avaient tous introduit le vaccin pentavalent, et plus de la moitié avaient inclus les vaccins contre le pneumocoque et contre le rotavirus dans leurs programmes de vaccination systématique. En termes d'introduction de nouveaux vaccins, les pays à faible revenu se retrouvent au même niveau, et parfois même en avance sur les pays à revenu intermédiaire et élevé. Mais du fait des inégalités dans la couverture vaccinale au sein de ces pays, de nombreux enfants ne bénéficient toujours pas de ces vaccins vitaux.

Notre nouvelle stratégie s'attache davantage à atteindre tous les enfants, que leurs parents soient riches ou pauvres, qu'ils vivent dans un bidonville ou un quartier chic, que leur mère ait été instruite ou pas.

En prélude à notre stratégie 2016-2020, et sachant que les obstacles à la vaccination varient d'un pays à l'autre, nous avons mis en place en 2015 quatre nouvelles façons d'aider les pays. Ensemble, elles permettront de placer les besoins des pays au cœur de nos activités.

Une aide davantage centrée sur les pays

L'évaluation conjointe est au cœur de notre démarche d'accorder davantage d'importance aux besoins spécifiques de chaque pays : elle a été réalisée dans tous les pays pour la première fois en 2015. Dans le cadre de ce nouveau processus d'évaluation, les équipes nationales de vaccination et les partenaires ont examiné ensemble les progrès accomplis et identifié les lacunes au niveau des différents pays. Ces évaluations incluent la visite des centres de santé et l'observation des séances de vaccination ; ainsi, les recommandations finales relatives au renouvellement du soutien tiennent compte des problèmes rencontrés sur le terrain en temps réel.

Les rapports d'évaluation conjointe sont ensuite examinés par un panel d'experts de haut niveau chargé d'apprécier la performance de toutes les subventions de Gavi, avant approbation du versement de la tranche suivante de financement.

Pour que la gestion des subventions soit plus proactive et davantage centrée sur les pays, et pour atténuer les risques, Gavi a augmenté le nombre de points focaux pour les pays (responsables pays). Le nombre de pays gérés par chaque point focal est passé d'environ 14 en 2012 à 4 en 2015.

Les pays prioritaires

Approximativement 80% des enfants sous-immunisés des pays soutenus par Gavi vivent dans seulement 20 pays, dont beaucoup sont vastes et qualifiés de fragiles. Alors qu'elle continue à soutenir tous les pays éligibles, l'Alliance du Vaccin va augmenter son assistance technique à ces pays prioritaires. L'Inde, qui comptabilise un cinquième de tous les enfants sous-immunisés des pays soutenus par Gavi, a été identifiée comme pays prioritaire ; une stratégie spécifique a été élaborée en 2015 pour guider notre partenariat avec l'Inde au cours de la prochaine période quinquennale.

Le cadre d'engagement des partenaires

Le cadre d'engagement des partenaires permet à l'Alliance du Vaccin de planifier, coordonner et budgéter les principales activités de ses partenaires clé. Dans le passé, l'aide technique fournie aux pays par des partenaires comme l'OMS et l'UNICEF était largement définie et financée au niveau international ou régional. Pour que ce soutien soit plus adapté aux besoins spécifiques de chaque pays, les partenaires de l'Alliance du Vaccin vont maintenant offrir une aide technique aux pays en fonction des priorités qu'ils auront définies eux-mêmes. Cette aide sera fournie par près de 200 membres du personnel basés en permanence dans les pays et, si possible, intégrée aux programmes nationaux du PEV.

Des investissements dans les domaines stratégiques

À l'avenir, le financement au titre de renforcement des systèmes de santé sera plus axé sur l'amélioration durable de la couverture vaccinale et de l'équité, et se fera en partie sous forme d'investissements dans des « domaines stratégiques ». Fin 2015, deux domaines stratégiques avaient été identifiés : la chaîne d'approvisionnement et le recueil et l'analyse des données. D'autres sont en cours d'identification.

Pour guider nos activités dans ces domaines stratégiques, nous avons commencé à mener des évaluations approfondies dans les pays prioritaires, afin d'identifier les principaux obstacles à la couverture vaccinale et à l'équité. Nous cherchons ensuite la meilleure façon de résoudre ces problèmes avec les gouvernements et divers partenaires, secteur privé inclus. Fin 2015, cette approche avait déjà été testée dans cinq pays : Inde, Kenya, Madagascar, Pakistan et Tchad, et cinq autres suivront en 2016.

UN DOMAINE STRATÉGIQUE : LES CHAÎNES D'APPROVISIONNEMENT EN VACCIN



Mon rêve, c'est d'avoir une chaîne du froid moderne et de pouvoir distribuer des vaccins de qualité jusque dans les villages les plus isolés du Rajasthan. Ce qui est important, ce n'est pas seulement de distribuer les vaccins, mais c'est aussi leur qualité.

Dr Anil Agarwal

Spécialiste en santé publique de l'UNICEF au Rajasthan, Inde

La chaîne d'approvisionnement en vaccin joue un rôle crucial quand il s'agit d'élargir l'accès à des vaccins sûrs et efficaces dans les pays en développement. Mais les systèmes de distribution des vaccins se heurtent souvent à des équipements obsolètes, des réseaux de distribution médiocres et une alimentation électrique défaillante. Actuellement, les chaînes de distribution ont du mal à fournir tous les vaccins nécessaires pour un calendrier complet.

Il n'est pas surprenant dans ces conditions que les pays accordent une grande importance à l'amélioration de la chaîne d'approvisionnement dans leurs propositions de RSS. Au cours de la période 2011-2015, plus d'un cinquième des investissements proposés concernaient les acquisitions et la gestion de la chaîne d'approvisionnement.

Le soutien de Gavi au renforcement de la chaîne d'approvisionnement

Habituellement, les chaînes d'approvisionnement comportent quatre niveaux qui tous doivent fonctionner de façon optimale pour que l'on puisse disposer de quantités suffisantes de vaccins ayant conservé toute leur efficacité:

- Un entrepôt central (national) équipé de chambres froides ;
- Deux niveaux de stockage intermédiaires (régional et de district) équipés de chambres froides ou de réfrigérateurs ; et
- Des dispensaires qui bénéficient de préférence de leurs propres réfrigérateurs.

On utilise des glacières et des blocs réfrigérants pour le transport des vaccins entre les différents niveaux, le personnel de santé utilisant des glacières pour conserver les vaccins au frais dans les dispensaires et lors des séances de vaccination sur le terrain, dernier maillon de la chaîne.

Elaborée en 2014 avec la collaboration de l'OMS, de l'UNICEF et de la Fondation Bill & Melinda Gates, notre stratégie relative à la chaîne d'approvisionnement en vaccins vise à trouver des solutions innovantes pour renforcer les systèmes de distribution à tous les niveaux.

Le soutien à la chaîne d'approvisionnement s'adresse à cinq secteurs principaux :

- **Le leadership** : renforcer les capacités des responsables de la chaîne d'approvisionnement par la formation et par la mise à disposition d'outils et de diverses autres ressources.
- **Les données** : aider à collecter les données qui sont nécessaires pour contrôler la qualité des installations d'entreposage et des moyens de transport, et pour gérer les stocks.
- **La conception** : soutien conceptuel pour les pays qui se lancent dans la restructuration de leurs chaînes d'approvisionnement afin de les rendre plus performantes, en s'attachant à la gestion du changement.
- **Les équipements** : apporter un soutien technique et financier pour aider les pays à planifier, sélectionner, installer et maintenir leurs nouveaux équipements de chaîne du froid.
- **L'amélioration constante** : aider et guider les pays qui souhaitent adopter des stratégies plus efficaces pour évaluer, gérer et améliorer leurs chaînes d'approvisionnement.



Infirmière montrant une boîte de vaccin VPH, stockée dans la chambre froide d'un hôpital local de Tanzanie

Gavi / 2014 / Karel Prinsloo

LE FONCTIONNEMENT DE LA CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT

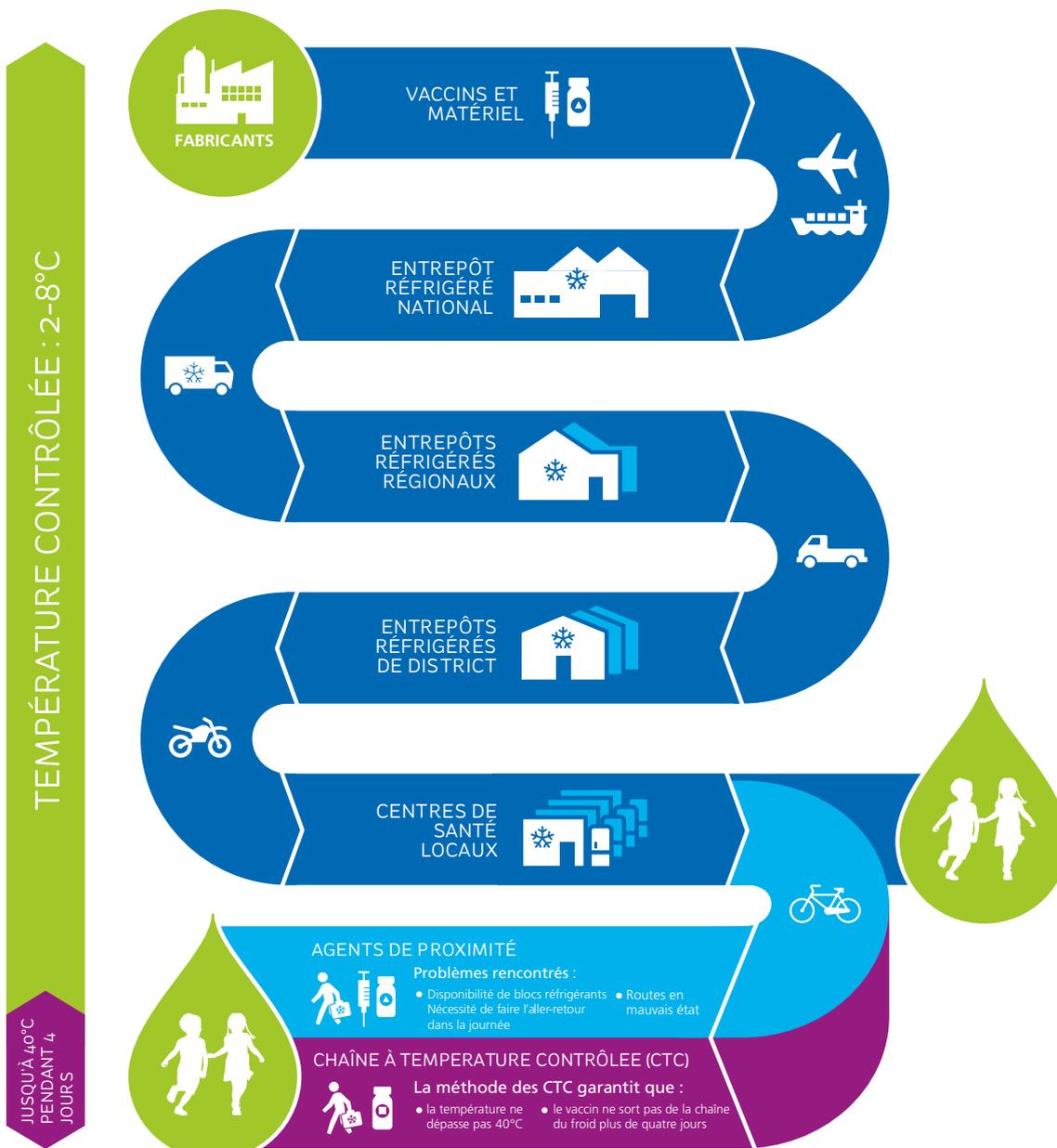
La chaîne d'approvisionnement en vaccin est un système qui suit les vaccins thermosensibles tout au long de leur trajet, de leur lieu de production jusqu'au moment de leur administration. Dans tous les pays soutenus par Gavi, cette chaîne relie des personnes, des lieux de distribution et des produits. Si les chaînes d'approvisionnement sont inopérantes ou mal gérées, les vaccins peuvent être exposés à des températures préjudiciables ou dépasser la date d'expiration avant d'avoir atteint leur destination, ou alors les dispensaires peuvent être à court de vaccins.



Centre d'excellence pour les gestionnaires des chaînes d'approvisionnement : un pas (STEP) dans la bonne direction
p. 62-63



Un avenir solaire brille sur la chaîne du froid d'Haïti
p. 70-71





C'est grâce à l'aide de mon tuteur que j'ai pu accomplir tant de choses en si peu de temps.

Lucy Kanja

Nairobi, Kenya

Étudiante au Centre d'excellence du Rwanda

Les investissements dans la chaîne du froid commencent déjà à porter leurs fruits, comme le montrent ces exemples de 2015.

La plateforme d'optimisation de l'équipement de la chaîne du froid

Selon une étude de 2014 portant sur 57 pays à revenu faible et intermédiaire, seulement 2% des installations comportent une chaîne du froid fonctionnelle faisant appel à une technologie adaptée.

Notre nouvelle plateforme d'optimisation de l'équipement de la chaîne du froid, approuvée par le Conseil d'administration en juin 2015, représente une étape importante vers l'accès à des équipements en chaîne du froid modernes et fiables. Le remplacement d'appareils obsolètes par des dispositifs à haute performance demande un investissement initial important, mais cela permet de faire des économies sur le long terme car la durée de fonctionnement s'en trouve augmentée et les coûts réduits. Les nouveaux équipements comme les frigidaires solaires sont souvent plus respectueux de l'environnement.

Par des investissements conjoints dans les nouvelles technologies, les plateformes permettent de mettre à niveau les équipements de la chaîne du froid de 135 000 installations. En modernisant les systèmes existants et en étendant la chaîne du froid à des communautés qui n'étaient auparavant pas connectées au réseau électrique, l'initiative permettra d'améliorer la couverture vaccinale et l'équité. Cela stimulera également l'innovation chez les fabricants et les incitera à proposer des services de maintenance et des garanties à long terme.

La réorganisation des systèmes de vaccination

En repensant la conception des chaînes d'approvisionnement, il est possible de réduire les coûts ainsi que la durée du transport des vaccins du dépôt central jusqu'aux dispensaires et aux antennes les plus reculés.

Au Nigéria par exemple, le nouveau système de gestion des stocks mis en place a permis d'augmenter de 60% à 88% la proportion d'installations disposant de stocks adéquats. De même, le Mozambique a réussi à améliorer la performance de sa gestion des stocks dans quatre provinces où elle est passée de 62% en 2012 à 80% en 2015.

Le Centre d'excellence pour la gestion des chaînes d'approvisionnement

L'ouverture, en novembre 2015, du Centre régional d'excellence de la communauté d'Afrique de l'Est pour les vaccins, la vaccination et la gestion de la chaîne d'approvisionnement, à l'université du Rwanda, va permettre de former une nouvelle génération de gestionnaires de la chaîne d'approvisionnement dans la région. Cette initiative bénéficie du soutien d'un large éventail de partenaires, parmi lesquels la Banque allemande de développement, la Fédération internationale des répartiteurs

pharmaceutiques et la Fondation Bill & Melinda Gates. United Parcel Services (UPS), spécialiste de la logistique, a joué un rôle prépondérant dans l'organisation de cette formation, qui est couplée à un programme novateur de tutorat.

Systèmes d'information et bases de données

Avec l'aide de Gavi, le gouvernement du Népal a mis au point une stratégie nationale de e-Santé qui intègre un système d'information logistique dans le système national d'information sanitaire. L'exploitation de cette méthode permet d'améliorer l'efficacité globale de la chaîne d'approvisionnement et notamment d'assurer un stock de vaccin suffisant dans tout le Népal, même dans les contreforts de l'Himalaya, et de réduire le gaspillage.

Engagement communautaire et stimulation de la demande

L'amélioration des chaînes d'approvisionnement ne représente qu'une partie de la solution – pour arriver à atteindre tous les enfants, il faut inclure davantage les communautés et les inciter à réclamer des services de vaccination. Pour pouvoir améliorer la couverture vaccinale et l'équité sur le long terme, il faut une saine demande en vaccination, c'est-à-dire que les individus et les communautés cherchent activement à bénéficier des programmes de vaccination, les soutiennent et aident à les pérenniser.

Les enfants seront privés de cette protection qui peut être vitale si leurs parents ou leurs tuteurs ne les emmènent pas aux séances de vaccination ou ne les ramènent pas pour la deuxième ou la troisième dose. Cet absentéisme peut tenir à différentes raisons comme le fait d'avoir d'autres priorités, ou l'ignorance du calendrier vaccinal.

En 2015, les pays ont travaillé avec les partenaires de Gavi pour accroître la mobilisation en faveur de la vaccination.

Nous avons par exemple participé à la création d'une initiative coordonnée par PATH dans la région de l'Afar en Éthiopie. Dans les communautés nomades afars, les chefs locaux s'emploient à faire connaître les bienfaits de la vaccination dans les écoles, lors de cérémonies religieuses et de spectacles de théâtre et de danse.

Au Pakistan, une initiative menée par l'Université Johns Hopkins utilise la radio comme moyen d'information sur la vaccination dans les communautés urbaines et rurales. Cette initiative vise aussi à accroître l'engagement politique, afin que toutes les infrastructures soient en place quand l'accroissement de la sensibilisation se traduira par une augmentation de la demande. Parallèlement, une autre étude sur l'impact du vaccin contre le pneumocoque, financée par Gavi, porte sur l'évaluation des différentes façons de susciter la demande de vaccins au Pakistan.

UN DOMAINE STRATÉGIQUE : LES DONNÉES

Il est essentiel de disposer de données fiables pour atteindre le dernier enfant sur cinq qui échappe encore à la vaccination complète avec les vaccins essentiels. Malgré les investissements pour améliorer la qualité des données, essentiellement grâce au soutien pour le renforcement des systèmes de santé, de nombreux pays ont encore du mal à collecter des données de bonne qualité et à les utiliser pour renforcer leurs programmes de vaccination.

Dans le cadre du nouveau domaine stratégique concernant les données, approuvé par le Conseil d'administration en 2015, nous introduisons de nouvelles façons d'aider les pays prioritaires à améliorer la disponibilité, la qualité et l'utilisation des données relatives à la vaccination.

Notre travail au niveau des pays se focalise sur trois domaines :

- **Administration des vaccins, couverture vaccinale et équité** : renforcer la qualité des données sur la couverture vaccinale pour pouvoir faire sauter les goulots d'étranglement ;
- **Surveillance des maladies à prévention vaccinale** : aider les pays à renforcer leurs systèmes de surveillance et à utiliser les données pour améliorer leurs programmes de vaccination ; et
- **Surveillance de l'innocuité des vaccins et contre-mesures** : établir et améliorer les systèmes de gestion des données pour déceler les effets indésirables et mettre en place une réponse efficace et des stratégies de communication.

Les fonds seront attribués principalement au titre de soutien aux systèmes de santé et de vaccination ainsi que dans le cadre d'engagement des partenaires.

Tous les pays bénéficiant du soutien au renforcement des systèmes de santé de Gavi doivent répondre à des critères spécifiques de qualité des données, notamment avoir un plan d'amélioration des données et réaliser au moins une enquête sur la couverture vaccinale tous les cinq ans.

Amélioration de la qualité des données en Afghanistan : une étude de cas

État parmi les plus fragiles et déchiré par les conflits, l'Afghanistan n'a pas été admis à recevoir en 2014 le financement fondé sur la performance, ayant enregistré des discordances de 19 points de pourcentage entre les différentes sources de données de couverture vaccinale. Reconnaisant les défis que représente le recueil et l'enregistrement de données fiables sur la vaccination, Gavi a accepté d'accorder des fonds supplémentaires à l'Afghanistan pour l'aider à améliorer la qualité de ses données.

Avec le soutien de l'UNICEF, de l'OMS et de Gavi, l'Afghanistan a élaboré un plan d'amélioration des données qui sera mis en œuvre à partir de 2016, et qui devrait permettre de renforcer la disponibilité, la qualité et l'utilisation des données fondamentales sur la vaccination. Ce plan prévoit la formation de 3 500 agents de santé et vise à responsabiliser les dirigeants provinciaux et nationaux des services de santé. Il inclut également la création d'une nouvelle unité de gestion des données qui supervisera le recueil et l'analyse des données et sera chargée de promouvoir leur utilisation par le gouvernement lors du processus décisionnel.

Ce n'est pas une solution miracle. 40% du pays sont inaccessibles pour cause de conflit, et les obstacles au recueil de données fiables et à leur utilisation sont colossaux. Cela prendra du temps pour améliorer la confiance dans les données de couverture vaccinale de l'Afghanistan.

Agent de santé traitant des données pour l'introduction du vaccin contre le pneumocoque au Kenya

Gavi / 2013 / Evelyn Hockstein



LA GESTION DES RISQUES

Gavi met tout en œuvre pour que son soutien soit utilisé à bon escient

Tout au long de l'année 2015, nous avons continué à renforcer notre stratégie de gestion des risques, de façon à pouvoir calculer les risques à prendre pour nous acquitter au mieux de notre mission. En étroite consultation avec nos partenaires, y compris nos donateurs, nous avons amélioré la capacité de l'Alliance du Vaccin à gérer les risques dans quatre domaines principaux.

Trois lignes de défense : En 2015, nous avons réorganisé notre surveillance de la gestion des risques et notre contrôle fiduciaire selon la pratique exemplaire de séparation des responsabilités, comme suit :

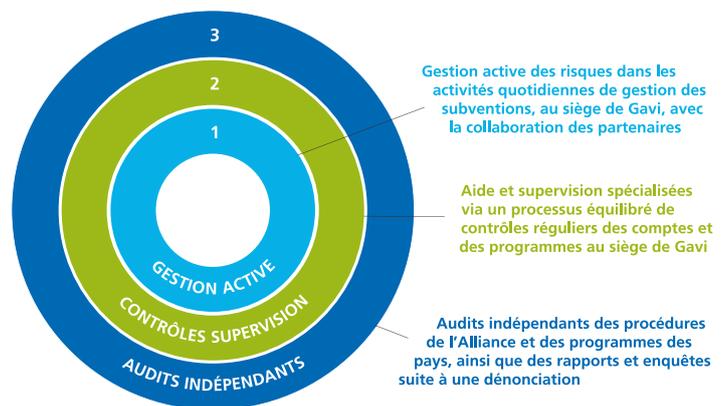
- **Première ligne :** gestion active des risques dans nos activités relatives aux subventions par le département des Programmes pays de Gavi en collaboration avec les pays et les partenaires sur le terrain ;
- **Deuxième ligne :** soutien spécialisé et supervision indépendante supplémentaire par le biais d'un certain nombre de fonctions de contrôle et de surveillance, selon un système équilibré ('checks and balances') s'ajoutant aux activités de première ligne ; et
- **Troisième ligne :** audit indépendant de la première et de la deuxième ligne de défense pour s'assurer de leur efficacité.

Renforcement de la gestion des risques : Le processus de gestion des subventions de Gavi est conçu de façon à assurer que son soutien portant sur les vaccins et les financements est utilisé à bon escient et que le personnel est bien équipé pour gérer correctement les risques. La politique de Gavi relative aux risques, qui a pris effet en janvier 2015, énonce des principes à suivre pour leur gestion, détermine la notion de risque, les rôles et les responsabilités de chacun et définit notre propension au risque.

Ressources : Gavi a recruté plus d'une vingtaine de personnes et en a réaffecté d'autres pour soutenir différents aspects de la gestion des risques autour des trois lignes de défense. Un responsable de la gestion des risques a été nommé en juin 2015 et un nouveau comité des risques a été créé, présidé par le Directeur exécutif de Gavi.

Collaboration : Gavi renforce sa collaboration avec ses partenaires pour améliorer les pratiques de gestion des risques au niveau des pays. En 2015, notre Conseil d'administration a approuvé le nouveau cadre d'engagement des partenaires. Il comporte un cadre de responsabilisation qui détaille les responsabilités en matière de gestion des risques et qui aidera à renforcer la surveillance. La collaboration et l'échange d'information avec les autres donateurs, comme le Fonds mondial, ont lieu aussi souvent que possible.

Trois lignes de défense



Source : Gavi, l'Alliance du Vaccin, 2015

La gestion des risques en République démocratique du Congo

La République démocratique du Congo (RDC) continue à être confrontée à des crises politiques, des conflits civils, une faible gouvernance et à de la corruption. Pour sécuriser le financement de Gavi et avoir un impact durable, un point focal pour le pays (responsables pays), épaulé par une équipe pays pluridisciplinaire, coordonne l'utilisation du soutien de Gavi à la RDC depuis janvier 2015.

En collaboration avec le Ministère de la santé et les partenaires et donateurs du pays, nous avons adopté une approche rigoureuse de gestion des subventions et des risques qui inclut :

- **Un agent fiduciaire**, contracté directement par Gavi et partagé avec le Fonds mondial, pour aider à atténuer les risques et renforcer la capacité financière et fiduciaire du Ministère de la santé. Cela a déjà permis d'améliorer la surveillance des finances et la qualité des rapports à ce sujet.
- **La surveillance étroite et quotidienne de la mise en œuvre des activités dans le pays.** Il est ainsi plus facile d'anticiper les retards et le pays est plus à même de respecter les délais critiques, par exemple pour la passation des marchés.
- **Un plan des risques**, élaboré avec les partenaires, pour que les services essentiels puissent être maintenus quels que soient les problèmes politiques.
- **Le contrôle régulier des expéditions de vaccin et des stocks**, ce qui a permis d'éviter les ruptures de stock et les gaspillages.



L'évaluation complète des pays effectuée par Gavi permet de recueillir des données détaillées et de très bonne qualité sur les programmes nationaux de vaccination en cours. Cela permet aux pays comme l'Ouganda, conjointement avec les partenaires de l'Alliance du Vaccin, d'identifier les problèmes dès qu'ils surgissent et d'apporter des améliorations quasiment en temps réel.



Le processus d'évaluation complète des pays nous indique où diriger nos efforts pour obtenir une meilleure couverture vaccinale.

Dr Patrick Banura

Programme élargi de vaccination de l'Ouganda

ÉVALUATION COMPLÈTE DES PAYS : LE BIG DATA À L'ÉCHELLE LOCALE

Reconnaître et faire sauter les goulots d'étranglement lors de la prestation de services représente une part essentielle de l'évaluation des programmes de vaccination. Mais la plupart des évaluations des programmes sont rétroactives et ont lieu après les campagnes de vaccination ou après l'introduction d'un vaccin en routine. En revanche, l'évaluation complète permet aux pays financés par Gavi d'identifier les obstacles à l'amélioration de la couverture vaccinale et d'ajuster les programmes en cours.

En 2015, quand l'Ouganda a introduit le vaccin contre le virus du papillome humain (VPH) dans son calendrier de vaccination de routine, l'évaluation a révélé que certaines jeunes filles échappaient à la vaccination. En examinant la couverture vaccinale à l'échelle du district, il est vite apparu que certaines régions n'avaient pas introduit le vaccin parce que les agents de santé n'étaient pas correctement formés.

« Le processus d'évaluation nous a indiqué où porter nos efforts pour obtenir une meilleure couverture, » reconnaît le Dr Patrick Banura, membre du Programme élargi de vaccination (PEV) en Ouganda. « Grâce à cette approche novatrice, les interventions lors du prochain cycle de renforcement du système de santé seront mieux ciblées. L'équité reste un problème, et nous devons utiliser les données pour améliorer l'accès à la vaccination. »

L'évaluation effectuée en Ouganda a non seulement permis d'identifier les variations locales dans l'administration des vaccins. Dans le cadre de cette évaluation, l'équipe a aussi mis au point un outil qui permet de contrôler les ressources allouées à la vaccination – par le gouvernement et par les donateurs. Quand il est apparu que les dépenses du gouvernement pour la vaccination diminuaient, le Groupe technique consultatif national pour la vaccination (NITAG) a utilisé ces données pour demander de modifier la Loi relative à la vaccination en Ouganda ; la nouvelle loi est passée en décembre 2015.

« Chiffres à l'appui grâce à l'évaluation, nous sommes arrivés à faire examiner deux points importants : la responsabilité du gouvernement dans le financement des services de vaccination de base et la création d'un fonds national pour la vaccination, » ajoute Celia Nalwadda, Secrétaire du NITAG.

Gilbert Asiimwe, membre de l'équipe d'évaluation complète en Ouganda, estime que ses possibilités sont encore bien plus larges. « L'évaluation complète des pays est très importante pour le système de vaccination, » conclut-il. « Notre Ministre de la santé a été très clair : ce type de travail ne fait que commencer ; on cherche maintenant comment l'améliorer et l'élargir dans les années à venir. »



Enfants de l'école primaire de Kasana, en Ouganda, lors de la Journée de la santé de l'enfant

Gavi / 2014 / Tomrod Simensen

ÉVALUATION COMPLÈTE DES PAYS : MODE D'EMPLOI

À quoi correspond l'évaluation complète des pays ?

L'évaluation complète des pays utilise de nouvelles méthodes pour identifier pratiquement en temps réel les forces et les faiblesses des programmes de vaccination. Cette information est utilisée pour mieux cibler les ressources et pour ajuster les programmes pendant leur mise en œuvre. Les informations obtenues sont également utilisées pour guider l'élaboration de nouveaux programmes.

Où ont lieu ces évaluations ?

Les évaluations ont commencé en 2013 au Bangladesh, au Mozambique, en Ouganda et en Zambie.

Qui sont les partenaires impliqués ?

Les évaluations sont menées par l'Institute for Health Metrics and Evaluation de l'Université de Washington en partenariat avec PATH et des institutions locales des quatre pays :

- Le Centre international de recherche sur les maladies diarrhéiques (iccdr,b) au Bangladesh ;
- L'Université Eduardo Mondlane, la Health Alliance International et le Centre de recherche sur la santé de Manhica au Mozambique ;
- La Collaboration pour la recherche sur les maladies infectieuses affiliée à l'Université Makerere en Ouganda ; et
- L'université de Zambie en Zambie

Les chercheurs travaillent avec les institutions locales pour collecter les données et renforcer la surveillance et l'évaluation sur place.

Comment cela est-il mis en place ?

Les évaluations utilisent différentes sources d'information et différentes méthodes pour dresser un tableau détaillé de la façon dont les programmes de vaccination soutenus par Gavi sont mis en œuvre au niveau de la province, du district et du sous-district. L'expérience montre que ces estimations locales détaillées sont plus utiles que les données nationales pour identifier les inégalités dans la couverture vaccinale.

Par exemple, les estimations pour les sous-districts (ou upazilas) du Bangladesh ont montré des variations significatives entre les 488 upazilas dans le nombre d'enfants ayant reçu la troisième dose de vaccin diphtérie-tétanos-coqueluche (DTC3) entre 2000 et 2013.

Quelles sont les méthodes utilisées pour ces évaluations ?

Les méthodes de recueil des données et les études utilisées pour les évaluations comprennent des entretiens avec les responsables des programmes et les partenaires de l'Alliance du Vaccin (pour essayer de comprendre comment les programmes de vaccination sont mis en œuvre). Elles incluent des enquêtes auprès des établissements de santé, y compris des entretiens avec les parents à la sortie des séances de vaccination (pour évaluer le succès de l'administration des vaccins), la mesure de biomarqueurs (à partir de prélèvements effectués lors des enquêtes auprès des ménages et utilisés pour estimer la couverture vaccinale) et des études d'efficacité des vaccins (pour évaluer l'impact des nouveaux vaccins).

UN FINANCEMENT DURABLE POUR LA VACCINATION

→ Quatre pays s'affranchissent du soutien de Gavi

Le Bhoutan, le Honduras, la Mongolie et le Sri Lanka s'affranchissent en douceur de l'aide de Gavi.

→ Les donateurs s'engagent pour la nouvelle période stratégique

Les promesses de dons recueillies lors de la conférence de Berlin dépassent les objectifs ; alors que s'achève la période 2011-2015, tous les engagements ont été tenus.

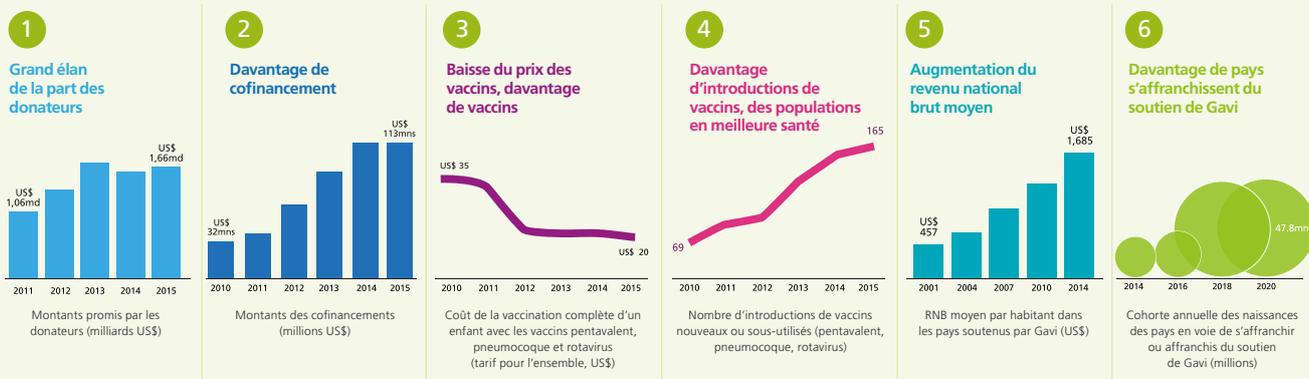
→ Les partenariats avec le secteur privé s'inscrivent dans la durée

La collaboration avec le secteur privé apporte un soutien financier en espèces, des compétences et des innovations qui aident Gavi à accomplir sa mission.

**113 millions
US\$**

TOTAL DES CONTRIBUTIONS
PROVENANT DU COFINANCEMENT
DES PAYS RIEN QU'EN 2015

Gavi : Un modèle de mobilisation dynamique des ressources



Depuis toujours, nous pensons que la vaccination doit à terme atteindre l'autosuffisance. Dès son lancement en 2000, le soutien de Gavi est axé sur l'investissement progressif des pays dans leurs programmes de vaccination. Notre modèle de financement a donc été conçu de façon à inciter les pays à prendre en main leurs programmes et à permettre leur pérennisation après l'arrêt de notre soutien financier. Fin 2015, à peine sept ans après les premières contributions des pays pour le cofinancement des vaccins soutenus par Gavi, notre modèle de financement est pleinement fonctionnel.

Les pays font d'énormes progrès dans la prise en charge du coût de leurs vaccins, ce qui témoigne de leur détermination à investir dans la vaccination et de l'utilité de l'aide fournie par l'Alliance du Vaccin aux pays qui se préparent à se passer de son soutien. Pour le modèle de financement de Gavi, l'année 2015 a été celle de l'épreuve de vérité, et donne un aperçu de ce que l'on peut attendre pour les années à venir.

Quatre pays – le Bhoutan, le Honduras, la Mongolie et le Sri Lanka – ont commencé à financer eux-mêmes la totalité des vaccins qu'ils avaient introduits avec le soutien de Gavi, alors que près d'une vingtaine d'autres pays se préparent à faire de même d'ici 2020.

Le soutien prévisible à long terme des donateurs représente une autre pierre angulaire du modèle de financement de Gavi ; il apporte aux pays la confiance et la sécurité dont ils ont besoin pour introduire de nouveaux vaccins. En donnant des prévisions sur la demande future, nous permettons aux fabricants de mieux planifier leur production et de fournir les vaccins à un prix plus abordable pour les pays en développement. Avec une plus grande couverture vaccinale, les populations sont en meilleure santé et plus productives, ce qui augmente leur prospérité économique. De ce fait, les pays sont mieux à même de prendre en charge la totalité du financement de leurs programmes de vaccination.

UN FINANCEMENT DURABLE POUR LA VACCINATION

Sur la voie de l'autofinancement

La politique de cofinancement de Gavi, la première de ce type à avoir été adoptée par une agence internationale de financement de la santé, permet aux pays en développement de jeter les bases du maintien durable de la distribution des vaccins vitaux – initialement introduits avec le soutien de Gavi.

Appliquée pour la première fois en 2008, notre politique de cofinancement exige une participation à l'achat des vaccins de la part de tous les pays qui bénéficient du soutien de Gavi. Cette contribution n'est pas versée à Gavi, mais directement au fournisseur, selon les procédures d'achat en vigueur dans le pays. Le montant de la contribution est calculé en fonction des moyens financiers du pays qui sont mesurés par le revenu national brut (RNB) par habitant. Pour le cofinancement, les pays sont divisés en trois groupes : autofinancement initial, transition préparatoire et transition accélérée.

Dans la phase d'autofinancement initial, les contributions des pays sont fixées à 0,20 dollars US par dose – montant suffisant pour qu'ils s'approprient la démarche sans pour autant dissuader ceux à faible revenu d'introduire de nouveaux vaccins. Quand le pays passe dans la phase de transition préparatoire, le montant du cofinancement augmente de 15% par an.

Quand l'économie nationale croît et le pays dépasse le seuil d'éligibilité de Gavi (d'après la moyenne du RNB par habitant calculée sur trois ans), le pays entre dans la phase de transition accélérée – période de cinq ans au cours de laquelle le cofinancement passe progressivement à 100% du coût des vaccins de Gavi. Les pays dont le RNB a augmenté de façon spécialement rapide ont droit à deux années supplémentaires de préparation.

Tout au long de ce processus, les partenaires de l'Alliance du Vaccin travaillent en étroite collaboration avec les pays et leur fournissent une assistance technique pour les aider à se préparer à l'autosuffisance. À la fin de la période de transition, les gouvernements doivent normalement financer eux-mêmes entièrement leurs vaccins.

Glossaire pour mieux comprendre la stratégie de Gavi

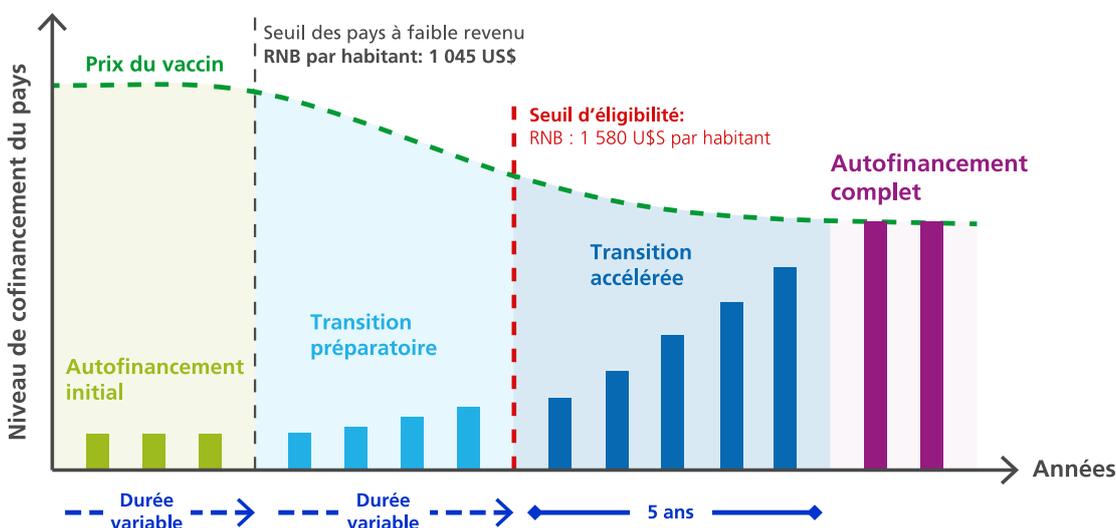
Éligibilité : se réfère à l'éligibilité du pays au soutien de Gavi. Elle repose sur le revenu national brut (RNB) par habitant, estimé par la Banque mondiale. En 2015, les pays dont le RNB était égal ou inférieur à 1 580 dollars US par habitant étaient éligibles pour un nouveau soutien.

Paiement à titre de cofinancement : portion du coût des vaccins et du matériel d'injection soutenus par Gavi qu'un pays contribue lors de l'achat conjoint. Cette part augmente avec le temps et au fur et à mesure de la croissance économique du pays.

Autofinancement : les pays s'autofinancent quand ils couvrent la totalité du coût d'un vaccin ou d'un programme de vaccination.

Transition : processus pendant lequel un pays se prépare à se passer du soutien de Gavi. Les pays en transition ont cinq ans pour se préparer à se procurer et à payer eux-mêmes leurs vaccins.

Le modèle de cofinancement de Gavi



Une année emblématique pour le cofinancement

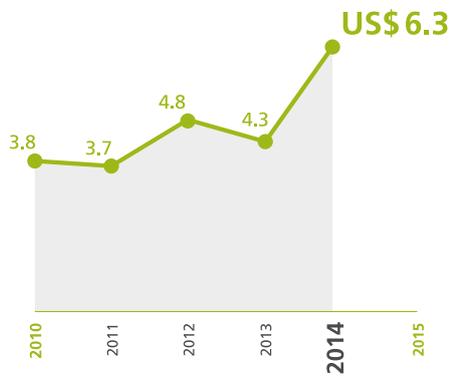
2015 a été notre année la plus réussie en termes de cofinancements, l'apogée des progrès remarquables réalisés par les pays au cours de la période stratégique 2011-2015. A la fin de l'année, 14 pays avaient complètement pris en charge le financement de 20 programmes de vaccination auparavant soutenus financièrement par Gavi. Quatre de ces pays – le Bhoutan, le Honduras, la Mongolie et le Sri Lanka – se sont affranchis du soutien de Gavi le 1er janvier 2016. Au total, la contribution des pays pour les programmes soutenus par Gavi en 2015 s'est élevée à 113 millions de dollars US – soit trois fois plus qu'en 2010.

Malgré l'obligation croissante de cofinancement, davantage de pays ont payé leur contribution dans les temps en 2015 : 85% contre 75% en 2014, ce qui correspond à une réduction de 40% du nombre de pays en défaut de paiement, qui est passé de 17 en 2014 à 10 en 2015. Ces progrès reflètent la détermination des pays à investir dans les vaccins et l'importance du soutien et du suivi fournis par Gavi et ses partenaires au cours de la période de transition. Malgré ces progrès, nous n'avons pas atteint notre objectif ambitieux de 100% des paiements au titre de cofinancement dans les délais.

Comme il apparaît ci-dessous, le montant total dépensé par les pays pour les vaccins cofinancés par Gavi est en augmentation. Le montant dépensé par enfant pour la vaccination dans les pays soutenus par Gavi a augmenté de 47% entre 2013 et 2014, passant de 4,30 dollars US à 6,30 dollars US. Les chiffres pour 2015 seront disponibles en octobre 2016.

Investissement des pays pour la vaccination (par enfant)

Dépense moyenne par enfant (US\$)



Sources : Formulaire de rapport conjoint OMS/UNICEF sur la vaccination ; rapports annuels Gavi ; Prévision de la demande de Gavi ; données PNUD.

Paiement du cofinancement dans les délais

Pourcentage de pays



Sources : UNICEF, Division des approvisionnements, Fonds renouvelable de PAHO et factures des achats effectués directement par les pays.

Eviter le cercle vicieux des défauts de paiements

Des 10 pays qui étaient en défaut de paiement pour leur contribution de 2015, 6 l'étaient déjà l'année précédente. Les partenaires de l'Alliance du Vaccin ont commencé à travailler plus intensément avec les pays défaillants pour se mettre d'accord sur des budgets et des échéanciers de paiement et éviter de rentrer dans un cercle vicieux de défauts de paiement du cofinancement.

Selon un nouveau schéma innovant mis en place par la Division des approvisionnements de l'UNICEF, les pays en défaut de paiement pourront acheter les doses de vaccins dont ils ont besoin sans devoir les payer avant d'émettre un bon de commande. Ces assouplissements à propos du « préfinancement » laisseront plus de temps aux pays pour résoudre leurs problèmes de cash flow et permettront de prévenir les ruptures de stock.

L'Angola et le Congo, tous deux en défaut de paiement en 2014 et en 2015, avaient payé la totalité de leurs arriérés à mi-2016, le Congo ayant même acquitté sa contribution de 2016 en avance. C'est un premier pas positif, même si les deux pays sont toujours confrontés à des défis importants pour leur transition prévue pour début 2018. Au milieu de l'année 2016, 8 des 10 pays en défaut de paiement avaient payé leurs arriérés de 2015.

Nouvelles politiques de cofinancement, d'éligibilité et de transition

Nos nouvelles politiques de cofinancement, d'éligibilité et de transition, approuvées par le Conseil d'administration en juin 2015, sont entrées en vigueur en janvier 2016. Ces nouvelles politiques soutiendront notre stratégie 2016-2020 en adoptant une approche plus globale en matière de durabilité. Il est en effet apparu nécessaire d'inclure la durabilité dans notre engagement avec les pays dès le début de notre soutien.

La nouvelle politique de cofinancement aidera les pays à se préparer à se passer durablement du soutien de l'Alliance du Vaccin. En effet, si l'on fixe le niveau de cofinancement en fonction du prix du vaccin dès la phase de transition préparatoire, les décideurs seront mieux informés des répercussions qu'aura leur choix sur les coûts et pourront ainsi les budgéter et les planifier à un stade plus précoce.

Pour éviter le cercle vicieux des défauts de paiement, il ne sera plus exigé des pays défaillants qu'ils paient la même année à la fois leurs arriérés et leurs engagements en cours. Gavi et le pays en cause se mettront d'accord sur un plan de paiement – qui permettra au pays de payer en plusieurs fois. Le programme de vaccination pourra ainsi se poursuivre tandis que le pays fera le nécessaire pour se remettre sur la bonne voie.

La nouvelle politique d'éligibilité et de transition accorde deux années supplémentaires aux pays dont le RNB a augmenté exceptionnellement vite, pour leur laisser le temps de se passer progressivement de notre soutien. A l'avenir, l'éligibilité au soutien de Gavi sera calculée en fonction de la moyenne du RNB par habitant sur trois ans plutôt que de l'estimation annuelle la plus récente. Cela permettra de s'assurer que le calendrier défini pour la transition ne dépend pas d'une amélioration temporaire de l'économie nationale.

Les pays où la couverture vaccinale de base est inférieure à 90% pourront en outre déposer auprès de Gavi une demande de soutien pour le renforcement des systèmes de santé durant la période de transition, de façon à assurer la pérennité de leurs programmes.

LA TRANSITION VERS L'AUTOFINANCEMENT



Sur la voie de la transition : La Géorgie prépare le terrain
p. 54-55

Les quatre premiers pays à s'affranchir du soutien de Gavi

En janvier 2016, quatre pays, le Bhoutan, le Honduras, la Mongolie et le Sri Lanka ont commencé à financer eux-mêmes entièrement tous les vaccins qui avaient été introduits avec l'aide de Gavi – preuve que notre modèle incitatif fonctionne bien. Ils ont tous les quatre atteint des niveaux élevés de couverture en vaccination de routine.

Ces quatre pays sont bien partis pour financer totalement les vaccins faisant déjà partie de leurs programmes de vaccination ; mais ils commencent également à intégrer de nouveaux vaccins dans leurs programmes, et ceci de façon indépendante. En juin 2015, la Mongolie a entièrement financé l'introduction du vaccin contre le pneumocoque, au prix négocié de 3,5 dollars US la dose, grâce au fonds de garantie de marché (Advance Market Commitment ou AMC). Le Honduras et le Sri Lanka projettent d'introduire les vaccins contre le virus du papillome humain (VPH) en 2016, avec le soutien catalytique de Gavi.

L'expérience nous a appris que l'on obtient de meilleurs résultats si l'on s'engage précocement avec les pays. En 2015, nous avons continué à travailler avec les pays pour élaborer des plans de transition détaillés avant qu'ils ne rentrent dans la phase de transition accélérée. Quand c'était possible, nous y avons ajouté des évaluations conjointes, pour réduire leur charge de travail pour les rapports. À la fin de l'année, nous avons aidé 15 pays à élaborer de tels plans.

Les principes d'une transition réussie

La prise en charge par les pays : aider les pays à prendre la responsabilité du financement des vaccins dès le début de notre soutien. Ceci est essentiel pour réussir la transition vers l'autofinancement.

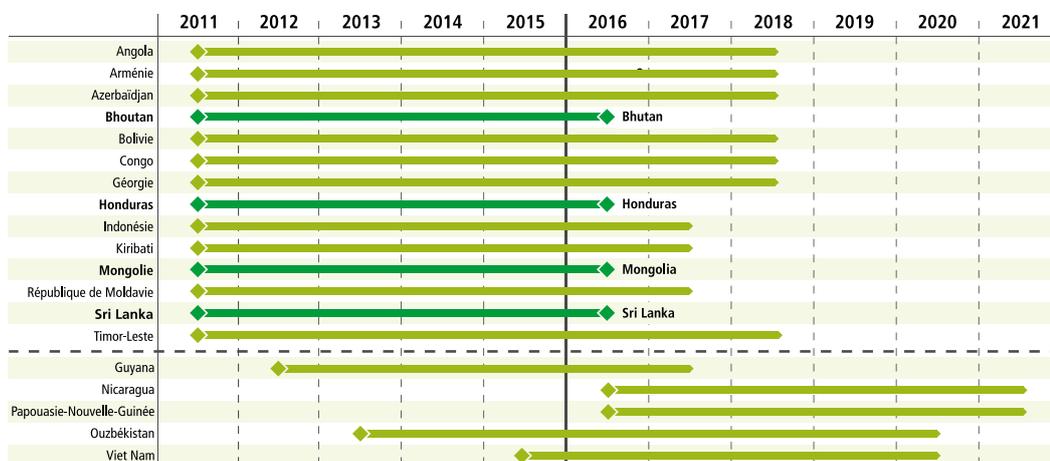
Un engagement précoce : Commencer la préparation à la transition plus tôt, quand le pays en est encore au stade initial de l'autofinancement (appelé auparavant stade de « revenu faible »), pour obtenir de meilleurs résultats par la suite.

Une mise en place progressive : comprendre que les différents stades de la transition nécessitent des interventions et un engagement différents, qui doivent tous se dérouler en temps voulu et se renforcer mutuellement.

Une évaluation systématique : fournir un cadre intégré pour identifier les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces pour la réussite de la transition. Cette approche permet de s'adapter à chaque pays, ce qui est essentiel, étant donné qu'ils ne suivront pas tous le même itinéraire de transition.

Chronologie : deux vagues de pays s'affranchissant du soutien de Gavi

La ligne verte représente la phase de transition du soutien aux vaccins (situation au 31 décembre 2015)



Source : Gavi, l'Alliance du Vaccin, 2016

Cuba et l'Ukraine, qui ne reçoivent pas de soutien financier pour les vaccins, s'émanciperont également du soutien de Gavi en 2016. Suite à la nouvelle stratégie de cofinancement et d'éligibilité approuvée en juin 2015 par le Conseil d'administration, le Nicaragua et la Papouasie-Nouvelle-Guinée ont obtenu une année supplémentaire dans la phase de transition préparatoire.



HONDURAS : LA TRANSITION VERS L'AVENIR

La ministre Yolani Batres a été nommée Secrétaire d'Etat au Bureau de la Santé du Honduras. en janvier 2014. Contrôler, éliminer et éradiquer les maladies évitables par la vaccination et introduire de nouveaux vaccins sont depuis lors ses grandes priorités. Nous avons discuté avec la Docteure Batres, qui fait en outre partie du Conseil d'administration de Gavi, de l'émancipation de son pays du soutien de Gavi et de son avenir.

Gavi : Pouvez-vous décrire la situation actuelle du Honduras, Dre Batres ?

Dr Yolani Batres (YB) : La situation économique du Honduras s'est améliorée. Maintenant, on nous considère de la même façon que le Mexique, le Brésil, la Colombie et l'Argentine. Mais comme ces pays ont plus de ressources que nous, nous sommes en quelque sorte désavantagés.

Quel regard porte le Honduras sur le reste du monde ?

YB : Le Honduras est tourné vers l'extérieur. Si nous voyons qu'un autre pays fait quelque chose de remarquable, surtout dans le domaine de la santé, nous sommes toujours prêts à l'imiter.

Depuis combien de temps le Honduras travaille-t-il avec Gavi ?

YB : Depuis 2004.

Pouvez-vous décrire vos relations avec Gavi ?

YB : Gavi respecte notre politique, nos programmes et nos lois. Nous avons travaillé côte à côte et nous avons beaucoup appris. Maintenant nous nous sommes affranchis du soutien financier de Gavi, mais nous avons toujours la possibilité de profiter de prix abordables pour les vaccins et de protéger ainsi notre population. Nous voulons également pouvoir acheter les nouveaux vaccins au même prix que Gavi.

Dans cette transition, quels sont les défis spécifiques du Honduras ?

YB : Notre défi, c'était d'obtenir le niveau de couverture vaccinale le plus élevé possible et de le maintenir. Nous avons dû également négocier avec Gavi pour maintenir le prix des vaccins à leur niveau actuel et avoir la possibilité d'introduire de nouveaux vaccins.

Qu'est-ce qui a permis au Honduras d'assurer cette transition ?

YB : Ce n'est pas un processus facile. Nous y sommes arrivés grâce à une planification rigoureuse et une bonne programmation. Par ailleurs, une nouvelle loi passée en 2013 garantit à tous les enfants l'accès gratuit aux vaccins. Mais il ne faut pas oublier que nous sommes un pays en développement et que nos finances sont limitées.

Maintenant que le Honduras a réussi sa transition, quels conseils pourriez-vous donner aux pays qui sont sur le point de s'engager dans le même processus ?

YB : Tous les pays doivent avoir l'objectif d'acquérir durablement leur indépendance financière. Pour cela, le ministère des finances doit être impliqué le plus tôt possible. Il faut les inclure dans les discussions et vérifier qu'ils comprennent le rôle qu'ils ont à assumer. C'est essentiel.

Il est nécessaire que le ministère de la santé planifie cette transition, des années et non pas des mois à l'avance. La période de transition peut être très longue et difficile.

Comment voyez-vous l'avenir immédiat du Honduras ? Que faut-il faire tout de suite ?

YB : L'avenir se présente bien. Ce qu'il faut faire dans l'immédiat, c'est essayer de maîtriser le prix des vaccins, pas juste pendant cinq ans, mais pour plus longtemps. Il faut aussi que le Honduras ait les moyens d'acheter de nouveaux vaccins.

Et quelle est votre vision à long terme pour le Honduras ?

YB : Je veux maintenir la couverture vaccinale au-dessus de 95% dans toutes les villes, tous les districts et toutes les zones rurales et continuer à utiliser les vaccins contre les maladies évitables.

Selon vous, comment devraient travailler les autres pays en transition avec Gavi ?

YB : Comme je l'ai déjà dit, il faut suivre scrupuleusement le processus établi, négocier avec les ministères de la santé et des finances, impliquer les responsables les plus haut placés. Nous avons par exemple d'excellents rapports avec le Président Hernández. Il s'implique beaucoup et voudrait même ajouter encore d'autres vaccins, pour des maladies comme la dengue et le paludisme.

Maintenant que le Honduras est arrivé à passer avec succès le cap de la transition, quelles relations votre pays entretient-il avec Gavi ?

YB : Elles sont très bonnes, pour moi personnellement et pour mon pays. Gavi écoute et respecte nos besoins, notre culture, nos lois et nos idées.

Pourquoi faites-vous tout cela ?

YB : J'aime travailler sur la protection de la santé, sur les maladies évitables. En tant que médecin, je pense que les vaccins représentent les seuls outils que l'on puisse vraiment maîtriser et administrer en étant sûr qu'ils vont prévenir la maladie.

J'ai eu la poliomyélite quand j'avais 11 ans. Aussi, je sais très bien ce qui peut arriver quand on vit en zone rurale et que l'on n'a pas accès aux vaccins. Je veux être sûre que cela n'arrive pas à d'autres enfants. Et j'aimerais que ceux qui vivent dans les pays riches se rendent compte des difficultés rencontrées dans un pays comme le Honduras.

Mais par-dessus tout, je veux mettre à profit ce que l'on a atteint et offrir à mon pays des possibilités de croissance encore plus grandes.

Pouvez-vous caractériser le Honduras en un mot ?

YB : L'humilité.



Une infirmière discute avec une mère et sa fille avant d'administrer un vaccin

Gavi / 2013 / Alazz Alzain



GÉORGIE



CALENDRIER DE LA TRANSITION

- 1991** La Géorgie déclare son indépendance après la chute de l'Union soviétique
- 1993-96** Épidémie de diphtérie
- 2002** Début du soutien de Gavi avec l'introduction du vaccin contre l'hépatite B
- 2008** La méfiance vis à vis de la vaccination compromet la campagne de vaccination rougeole-rubéole
- 2009** Passage au vaccin pentavalent (5-en-1)
- 2011** Grâce à une forte croissance économique, la Géorgie rejoint la première vague de pays projetant de s'affranchir du soutien de Gavi
- 2013** Introduction du vaccin contre le rotavirus avec le soutien de Gavi
- 2014** Introduction du vaccin contre le pneumocoque avec le soutien de Gavi ; la Géorgie élabore son plan de transition
- 2015** La Géorgie introduit seule un nouveau vaccin hexavalent (6-en-1)
- 2016** La Géorgie prend en charge le financement complet du vaccin contre le rotavirus, ce qui réduit à un seul le nombre de vaccins soutenus financièrement par Gavi, et lance une application mobile rappelant aux parents le calendrier vaccinal de leur enfant
- 2018** La Géorgie devrait s'affranchir totalement du soutien de Gavi

SUR LA VOIE DE LA TRANSITION : LA GÉORGIE PRÉPARE LE TERRAIN

En 2018, après 16 ans de soutien de Gavi, la Géorgie assumera la pleine responsabilité du financement de la totalité de ses vaccins. Le pays est bien préparé et bien établi sur la voie de la transition. En 2016, la Géorgie reçoit le soutien de Gavi pour un seul vaccin, le vaccin contre le pneumocoque, et finance seule l'introduction d'un nouveau vaccin hexavalent. Cinq personnes – qui toutes travaillent aux avant-postes de la vaccination – expliquent ce qui se cache derrière le succès de la Géorgie.

HIÉRARCHISATION DES PRIORITÉS



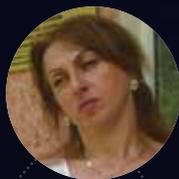
Valeri Kvaratskhelia,
Vice-ministre du travail, de la santé et des affaires sociales de Géorgie

Rien n'illustre mieux la détermination de la Géorgie de s'affranchir du soutien de Gavi que son programme tout récent de réforme sanitaire. Fin 2017, le gouvernement devrait être en mesure de fournir à chacun de ses citoyens l'accès à un centre de santé primaire.

« La vaccination est efficace dans les pays où le système de soins de santé primaire fonctionne bien, » constate Valeri Kvaratskhelia, Vice-ministre du travail, de la santé et des affaires sociales. « En 2018, la moindre communauté, le moindre village aura un centre de santé primaire qui fonctionne. »

Depuis 2013, la Géorgie a pratiquement doublé son budget de la santé, ce qui lui permet d'offrir une couverture sanitaire universelle à tous ses citoyens. « Le ministère de la santé et le gouvernement ont fait de la vaccination une priorité, » ajoute Valeri Kvaratskhelia. « Les deux prochaines années, l'état va continuer à augmenter sa participation à l'achat des vaccins pour qu'en 2018, nous soyons entièrement prêts à assumer la totalité des coûts. »

SURVEILLANCE



Nana Jintcharadze,
responsable régionale de la vaccination, région
de l'Adjara

L'implication de la Géorgie dans la vaccination s'étend jusqu'aux hameaux perdus au cœur des montagnes de l'Adjara. Nana Jintcharadze et son équipe sont responsables de la distribution des vaccins dans cette vaste région difficile à atteindre près de six mois par an à cause de la neige.

« Quand j'ai commencé il y a 18 ans, beaucoup d'enfants de la région n'étaient pas vaccinés, » admet Nana Jintcharadze, responsable régionale de la vaccination. « Je me souviens de l'épidémie de diphtérie, nous allions chercher les gens jusque dans la rue pour leur faire des tests. Maintenant, on ne voit plus aucun cas de diphtérie. »

L'introduction de registres régionaux de vaccination dans tout le pays, en septembre 2013, a radicalement modifié les taux de couverture vaccinale de l'Adjara et c'est ce qui permet à Nana et son équipe de suivre le statut vaccinal de pratiquement chaque enfant vivant dans la région.

« Tous les médecins de famille ont appris à inscrire des informations détaillées sur les enfants – leurs noms et prénoms, leur âge, le type de vaccins administrés, la date d'administration et le dosage, ainsi que le nom du médecin, » explique-t-elle.

« Je peux à tout moment vérifier combien d'enfants ont été vaccinés et calculer combien de vaccins ont été utilisés tel jour ou tel mois. Je me rends aussi tous les mois dans les dispensaires pour vérifier que les données électroniques et le journal du dispensaire correspondent et éliminer ainsi tout risque d'erreur. Ce système nous permet également d'identifier les médecins qui rencontrent des problèmes et nous pouvons alors les aider à les résoudre. »

BUDGÉTISATION



Ekaterine Kavtaradze,
Directrice générale adjointe du Centre
national pour la lutte contre les maladies
et la santé publique

Quand la Géorgie a annoncé son projet d'introduire le vaccin polio inactivé, les parents ont signalé qu'ils préféreraient le vaccin hexavalent six-en-un plutôt que d'avoir à faire injecter à leurs enfants un vaccin supplémentaire contre la poliomyélite. Ekaterine Kavtaradze, la directrice générale adjointe du Centre national pour la lutte contre les maladies et la santé publique a aidé le ministère de la santé à convaincre le gouvernement et le parlement d'augmenter le budget de la vaccination de 40% pour assurer l'accès universel au vaccin multivalent.

« Ce fut une étape importante dans la préparation du budget, » se souvient-elle, « nous avons collaboré très étroitement avec le ministère de la santé et le parlement de la Géorgie pour apporter les preuves de l'importance du vaccin hexavalent pour le programme de vaccination. »

« Quand le ministre des finances a présenté le budget au parlement, il a accepté d'accorder le montant demandé par le ministère de la santé. C'est un succès collectif énorme d'être arrivés à convaincre tous les décideurs qu'il est important d'accorder la priorité au programme national de vaccination lors de l'établissement des budgets. »

PRÉPARATION



Tamar Uglava,
spécialiste de la santé, UNICEF Géorgie

En 2008, les parents géorgiens se sont alarmés d'une série d'articles fallacieux qui établissaient un lien entre la vaccination contre la rougeole et la rubéole et certains effets indésirables. Du fait de la méfiance généralisée vis-à-vis des vaccins, la couverture vaccinale obtenue avec la campagne de vaccination rougeole-rubéole n'a pas dépassé 50%. Cette expérience a marqué un tournant dans la stratégie vaccinale du gouvernement géorgien.

« Suite aux événements de 2008, nous avons mené plusieurs enquêtes qui ont montré que pour communiquer efficacement avec les parents, il fallait passer par les médecins », relate Tamar Uglava, spécialiste de la santé du bureau géorgien de l'UNICEF.

« Nous avons travaillé avec le gouvernement pour former les professionnels de santé et leur permettre de répondre aux craintes de la population, en leur transférant des connaissances, en leur présentant des études de cas et en les aidant dans des jeux de rôle. Avec le temps, nous avons vraiment pu mesurer l'implication du gouvernement dans ce domaine. »

SENSIBILISATION



Amiran Gamkrelidze,
Directeur général du Centre national pour la lutte
contre les maladies et la santé publique

Le problème de méfiance vis à vis des vaccins de 2008 souligne la nécessité de mettre en place des campagnes d'éducation à la santé pour mieux informer la population sur les bienfaits de la vaccination systématique.

« Le rôle des campagnes de sensibilisation est énorme. Il est très important de communiquer le plus possible dans les médias, à la télévision et dans les journaux, » déclare Amiran Gamkrelidze, directeur général du Centre national pour la lutte contre les maladies et la santé publique. « Il nous faut expliquer à la population que la vaccination est l'intervention la plus importante de toute l'histoire de la santé publique. »

En 2015, la Géorgie a développé une application pour téléphones mobiles qui rappelle les calendriers de vaccination aux parents et à ceux qui ont la responsabilité d'enfants, et qui leur permet de retrouver les vaccins que leur enfant a reçus. L'application permet également de trouver facilement des informations sur les vaccins et sur les maladies qu'ils préviennent.

« Immédiatement après la naissance de son bébé, la mère reçoit gratuitement cette application, » précise le Dr Gamkrelidze. « Elles recevront par la suite des SMS pour leur rappeler quand il faut aller chez le médecin de santé primaire pour le prochain vaccin. »

LE FINANCEMENT DES DONATEURS ET DES INVESTISSEURS

Un exploit sans précédent

À la fin de l'année, Gavi avait obtenu le financement intégral de la période stratégique 2011-2015, tous les engagements financiers ayant été payés – ce qui représente une prouesse pour une agence multilatérale de développement.

Fin 2015, les fonds cumulés reçus par Gavi depuis sa création en 2000 se montaient à 12 milliards de dollars US. Ce montant comprend les contributions des gouvernements des pays donateurs, de la Commission européenne, de la Fondation Bill & Melinda Gates et du secteur privé.

La plupart des promesses de financement pour cette période étaient sous forme d'engagements pluriannuels. Avec un financement à long terme, les pays en développement peuvent planifier leurs programmes de vaccination en toute confiance et les fabricants, assurés de la demande, sont incités à investir dans la production et à réduire le prix des vaccins. Grâce à cette solide assise financière, Gavi peut se permettre une certaine flexibilité pour répondre à l'urgence, comme l'introduction mondiale du vaccin polio inactivé ou l'épidémie dévastatrice d'Ebola.

Les donateurs peuvent soutenir Gavi soit directement, soit par le biais de mécanismes de financement tels que la Facilité internationale de financement pour la vaccination (IFFIm), le Fonds de garantie de marché (Advance Market Commitment ou AMC) ou le Gavi Matching Fund. En 2015, le montant total des financements sous forme de contributions directes et en produits de ces trois mécanismes financiers innovants s'est élevé à 1,7 milliard de dollars US.

Contributions directes en 2015 : près d'un milliard de dollars US provenant de 14 gouvernements donateurs

En 2015, nous avons reçu près d'un milliard de dollars US de contributions directes de 14 gouvernements donateurs : Allemagne, Australie^a, Canada, République de Corée, États-Unis d'Amérique, France, Inde, Irlande, Japon, Luxembourg, Norvège, Pays-Bas, Royaume-Uni et Suède.

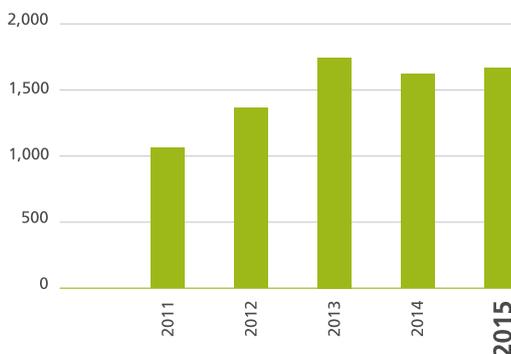
La valeur cumulée des contributions directes reçues des gouvernements et de la Commission européenne depuis la création de Gavi en 2000 s'élève à 6,1 milliards de dollars US.

Conventions de subventions signées par rapport à la totalité des engagements financiers (millions US\$)



Source : Gavi, l'Alliance du Vaccin, 2016

Engagements financiers envers Gavi et l'IFFIm (millions US\$)



Source : Gavi, l'Alliance du Vaccin, 2016

^aLa contribution de l'Australie a été payée en 2014.



La conférence d'aujourd'hui représente une étape importante du travail de Gavi pour les années à venir.

Dr Angela Merkel

Chancelière fédérale d'Allemagne

Plus de 7,5 milliards de dollars US d'engagements financiers pour la période 2016–2020

Notre conférence des donateurs de janvier 2015, qui s'est tenue à Berlin et a été accueillie par la Chancelière Angela Merkel dans le cadre de la présidence allemande du G7, a permis de mobiliser plus de 7,5 milliards de dollars US de financements supplémentaires pour la période stratégique 2016-2020. Ces engagements permettront d'aider les pays à vacciner 300 millions d'enfants au cours des cinq prochaines années.

Lors de la reconstitution des ressources de 2015, nous avons également réussi à élargir notablement notre base de donateurs. Nous avons accueilli quatre nouveaux pays donateurs – Chine, Oman, Qatar et Arabie Saoudite – qui ont pris des engagements financiers envers Gavi pour la première fois. Avec la contribution de la Chine, nous avons maintenant reçu des engagements financiers de tous les pays du BRICS (Afrique du Sud, Brésil, Fédération de Russie, Inde, Chine) et réalisé une percée importante auprès du Groupe des vingt (G20). Ces nouveaux engagements démontrent l'implication croissante de ces pays dans les collaborations Sud-Sud.

Par rapport à la période 2011-2015, certains donateurs ont doublé ou même triplé leur contribution, ce qui traduit leur confiance dans notre modèle de partenariat public-privé. Les contributions ont également été mieux réparties. Lors de notre précédente conférence des donateurs en 2011, près de 70% du montant total des promesses de financement venaient de trois donateurs, les 30% restants de neuf autres. En revanche, à Berlin, nos trois grands donateurs se sont engagés pour environ la moitié du montant total, les neuf donateurs suivants contribuant pour près de 50%.

Parmi les autres événements importants de 2015 figure un nouveau partenariat entre l'Agence Française de Développement, la Fondation Bill & Melinda Gates et Gavi, qui a été signé en juin 2015 et vise à renforcer la couverture vaccinale dans les pays du Sahel en Afrique au cours des cinq prochaines années. L'accord de financement tripartite facilitera l'introduction de nouveaux vaccins et permettra de renforcer les systèmes de santé dans six pays francophones de la région - Burkina Faso, Mali, Mauritanie, Niger, Sénégal et Tchad – ce qui représente une contribution importante pour la sécurité sanitaire de la région.

Angela Merkel, chancelière fédérale d'Allemagne lors de son allocution à la conférence des donateurs de Gavi à Berlin

Gavi / 2015 / Oscar Seykens



LE FINANCEMENT INNOVANT



Nous encourageons la réflexion sur ... la façon de reproduire la Facilité internationale de financement pour la vaccination pour faire face à des besoins de développement plus amples

La Communauté mondiale à la Conférence sur le financement du développement

Addis Ababa, Éthiopie

IFFIm : une décennie de financement innovant

L'année 2015 a marqué les dix ans du premier mécanisme de financement innovant de Gavi, la Facilité internationale de financement pour la vaccination (IFFIm). Au cours des dix dernières années, l'IFFIm a optimisé des promesses de financement à long terme qui ont permis d'émettre et de vendre des obligations sur le marché des capitaux. 2015 a également été une année charnière avec l'élargissement de ce mécanisme aux marchés émergents et la confirmation de la solidité du partenariat.

Suite au succès de 2014, l'IFFIm a lancé en 2015 un deuxième sukuk, c'est-à-dire une émission d'obligations respectant la loi islamique, ce qui a permis de lever 200 millions de dollars US et de renforcer le dialogue avec les donateurs et autres partenaires du Moyen-Orient.

A la fin de l'année, l'IFFIm avait débloqué 2,5 milliards de dollars US pour les programmes de vaccination soutenus financièrement par Gavi. Le rôle crucial de l'IFFIm dans la réussite de Gavi a été à nouveau mis en évidence lors de la conférence des donateurs de Berlin. De nouveaux engagements ont été pris, pour un montant total de 280 millions de dollars US, par la France (150 millions d'euros), les Pays-Bas (60 millions d'euros) et l'Australie (37,5 millions de dollars australiens) pour soutenir la vaccination jusqu'en 2020 et au-delà par le biais de l'IFFIm. Ces engagements financiers, rajoutés aux ressources dont l'IFFIm dispose déjà, lui permettront de fournir à Gavi à peu près 1,3 milliard de dollars US pour la période 2016-2020.

L'Afrique du Sud, l'Australie, l'Espagne, la France, la Norvège, les Pays-Bas, le Royaume-Uni et la Suède contribuent tous à l'IFFIm depuis 2006.

Transformer l'avenir du financement innovant

L'IFFIm a franchi une nouvelle étape en juillet 2015, avec la reconnaissance qui lui a été accordée lors de la Conférence internationale sur le financement du développement qui s'est tenue en Éthiopie, à Addis-Abeba. Les leaders mondiaux ont adopté le Programme d'action qui présente l'IFFIm comme un exemple de financement novateur et efficace qu'il conviendrait de reproduire pour d'autres causes mondiales de développement.

La contribution de l'IFFIm au développement a également été reconnue en 2015 par plusieurs distinctions, notamment le prix du « produit le plus performant dans le domaine de la finance transformationnelle » décerné par le Financial Times, et le prix de l'Euromoney pour « l'innovation en finance islamique ».



L'IFFIm a déboursé 2,5 milliards US\$ pour soutenir Gavi : séance de vaccination à Kinshasa, en République démocratique du Congo

Gavi / 2015 / Phil Moore

AMC : la nouvelle donne en santé globale

Aucune initiative n'a joué un rôle aussi important que le Fonds de garantie de marché (Advance Market Commitment ou AMC) pour favoriser l'accès aux vaccins contre le pneumocoque dans les régions du globe les plus défavorisées. Lancé en 2007, l'AMC a montré qu'il était capable de changer la donne dans le domaine de la santé globale en accélérant l'introduction des nouveaux vaccins à des prix raisonnables.

Avant l'AMC, il fallait en moyenne plus d'une dizaine d'années pour que les premiers enfants des pays en développement aient accès aux mêmes vaccins efficaces que les enfants des pays riches. Grâce à l'approche unique de l'AMC, les pays en développement ont eu accès au vaccin contre le pneumocoque moins de 12 mois après son développement, à une fraction du prix payé dans les pays à revenu élevé.

Une évaluation effectuée récemment et de façon indépendante, reconnaît ces succès et le rôle majeur qu'a joué l'AMC dans la réduction de la morbidité et de la mortalité en facilitant l'accès au vaccin contre le pneumocoque dans les pays en développement. Il apparaît toutefois que, si l'AMC a contribué à l'approvisionnement en vaccins, il n'a pas réussi à accélérer le développement de nouveaux produits. On estime néanmoins qu'un million de décès infantiles auront été évités d'ici 2020 grâce à l'AMC.

Fin 2015, 54 pays avaient introduit les vaccins contre le pneumocoque soutenus par Gavi dans leurs programmes de vaccination infantile de routine ; l'Alliance du Vaccin a donc dépassé son objectif pour 2015. Les donateurs ont fourni un montant total de 1,1 milliard de dollars US à l'AMC via la Banque mondiale, avec 0,4 million de dollars US supplémentaires de promesses de financement pour les futurs programmes soutenus par Gavi.

Le modèle de l'AMC s'est révélé si performant que l'on envisage actuellement de l'utiliser pour stimuler l'innovation et construire des marchés durablement viables dans d'autres secteurs comme l'agriculture et le changement climatique.

Comment fonctionne l'AMC

Les fabricants qui participent à l'AMC doivent fournir des vaccins offrant une protection contre les souches de pneumocoque les plus virulentes qui prédominent dans les pays soutenus par Gavi.

L'AMC utilise les promesses de financement des donateurs pour promouvoir la production de vaccin contre le pneumocoque pour les pays en développement. Ayant l'assurance de l'achat à prix fixe d'une partie des doses par le biais de l'AMC, les producteurs s'engagent de façon légalement contraignante à fournir le vaccin aux pays en développement pendant au moins 10 ans, à une fraction du prix pratiqué pour les pays à revenu élevé.

Le Canada, l'Italie, la Norvège, le Royaume-Uni, la Fédération de Russie et la Fondation Bill & Melinda Gates se sont collectivement engagés envers l'AMC pour 1,5 milliard de dollars US destinés aux vaccins contre le pneumocoque.



Flacon de vaccin contre le pneumocoque ; le vaccin a été introduit dans plus de 50 pays grâce à l'AMC.

Gavi / 2013 / Bart Verweij

UN MEILLEUR IMPACT GRÂCE AUX PARTENARIATS AVEC LE SECTEUR PRIVÉ



Centre d'excellence pour les responsables des chaînes d'approvisionnement : STEP, un pas dans la bonne direction
p. 62-63

Sauver des vies avec du cash et des partenariats

La collaboration avec le secteur privé a joué un rôle essentiel pour l'Alliance du Vaccin depuis sa création, quand nous avons constitué un partenariat avec les producteurs de vaccin pour assurer aux pays en développement un approvisionnement en vaccins à des prix abordables. En 2015, les fondations, les organismes privés et les particuliers ont apporté à Gavi une contribution de 273 millions de dollars US.

Avec le lancement en 2011 du Gavi Matching Fund, nous avons intensifié notre engagement avec le secteur privé. Ce mécanisme de financement a permis non seulement de doubler l'impact des contributions du secteur privé, mais aussi d'attirer de nouveaux investissements dans la vaccination. Depuis, notre collaboration s'est étendue au-delà des contributions financières pour inclure des partenariats mutuellement profitables, qui nous donnent la possibilité de mettre à profit le savoir-faire du secteur privé pour mener à bien notre mission.

En 2015, Gavi s'est employé à élargir les partenariats existants, tout en recherchant dans le secteur privé les compétences et l'innovation dans des domaines comme la chaîne d'approvisionnement ou la promotion de la demande en vaccination.

En janvier, à la conférence des donateurs de Berlin, nous avons établi de nouveaux partenariats avec **United Parcel Services (UPS)** et la **Fédération internationale des répartiteurs pharmaceutiques (IFPW)**, tous deux leaders dans le domaine de la logistique. En collaboration avec d'autres partenaires de l'Alliance du Vaccin comme l'UNICEF, ces deux organisations ont contribué, avec leurs compétences en gestion de la chaîne d'approvisionnement, de mettre place un programme de formation et de tutorat pour les responsables des chaînes d'approvisionnement à l'Université du Rwanda. Le programme propose des bourses financées par l'IFPW, ainsi que des cours avancés, développés par UPS.

Les activités de Gavi relatives à la chaîne d'approvisionnement ont encore été renforcées grâce à notre partenariat avec la **Fondation ELMA pour les vaccins et la vaccination** pour le pilotage d'un Supply Chain Fund (SCF - Fonds pour les chaînes d'approvisionnement). Ce fonds constitue un moyen de réponse rapide conçu pour aider les pays confrontés à des blocages inopinés dans leur chaîne d'approvisionnement en vaccin et qui n'ont pas les moyens financiers pour y remédier. Le soutien financier d'ELMA, dont le montant a été multiplié par deux par le Gavi Matching Fund, a déjà eu un effet remarquable au Cameroun, en Guinée-Bissau, au Mali et au Niger. Ce partenariat a également joué un rôle important dans la conception de la nouvelle plateforme d'optimisation de l'équipement de la chaîne du froid de Gavi.

Le Gavi Matching Fund

Le Gavi Matching Fund, lancé en 2011 par la Fondation Bill & Melinda Gates et le Département du Développement international britannique, verse des montants équivalents aux contributions du secteur privé en espèces ou en nature. En 2015, la Fondation Bill & Melinda Gates a renouvelé son engagement envers le Gavi Matching Fund jusqu'en 2020, rejointe par les Pays-Bas.

Le montant total des contributions par le biais du Gavi Matching Fund, incluant les versements complémentaires pour doubler la mise, s'est élevé à 210 millions de dollars US pour la période 2011-2015. Globalement, le secteur privé se situe maintenant dans les 15 premiers donateurs de Gavi.

« **la Caixa** » est l'un des plus anciens partenaires de Gavi appartenant au secteur privé. La Fondation « la Caixa » lève des fonds et mène des actions de sensibilisation en faveur de la vaccination, grâce au programme de dons de la part de son personnel et à l'Alliance des entreprises pour la vaccination des enfants – une initiative novatrice qui collecte les contributions de plus de 400 sociétés espagnoles pour le soutien aux programmes de Gavi. En 2015, notre partenariat s'est élargi pour inclure une nouvelle campagne : « 1=4, votre don vaut 4 fois plus », pour mobiliser les sociétés et la population espagnoles pour des dons en faveur de Gavi.

La **Fondation internationale des Lions clubs (LCIF)** (pour Lions Clubs International Foundation) a établi avec Gavi un partenariat innovant qui combine soutien financier et actions dans les pays pour sensibiliser et mobiliser la population en faveur des programmes de vaccination contre la rougeole et la rubéole. Le soutien financier de la LCIF, qui s'est élevé à 7,5 millions de dollars US en 2015, couplé aux contributions du Gavi Matching Fund, a permis de vacciner quelque 2,5 millions d'enfants de huit pays contre ces deux maladies.

La LCIF a également soutenu des campagnes de vaccination contre la rougeole et la rubéole au Nigéria et au Zimbabwe par ses actions de mobilisation sociale visant à augmenter la demande pour ces campagnes de vaccination cruciales.

Sur la lancée de son soutien à Gavi au Royaume-Uni, **Comic Relief** a inauguré son premier **Red Nose Day** aux États-Unis en 2015. Cet événement, qui s'est révélé un succès, a permis d'obtenir des fonds importants et de faire connaître les programmes de vaccination soutenus par Gavi auprès d'un nouveau public. Comic Relief a levé plus de 23 millions de dollars US aux États-Unis, dont plus d'un million a été utilisé pour aider à financer les programmes d'introduction du vaccin pentavalent soutenus par Gavi au Malawi et au Mozambique.



Nous sommes impatients de partager avec Gavi et ses partenaires nos compétences, nos ressources et notre connaissance de l'industrie, afin de renforcer les chaînes d'approvisionnement en fournitures médicales des pays en développement.

Ornella Barra

Présidente d'IFPW, et Co-directrice générale de Walgreens Boots Alliance

Un autre fait marquant de 2015 a été notre collaboration avec la **Children's Investment Fund Foundation (CIFF)**, qui a aidé à financer l'introduction du vaccin et les projets pilotes de vaccination contre le virus du papillome humain (VPH) dans 16 pays d'Afrique sub-saharienne. La contribution de la CIFF sera essentielle pour permettre de vacciner, d'ici 2020, 30 millions de jeunes filles contre le VPH, dans 40 pays soutenus par Gavi. Nous avons également continué à bénéficier de notre partenariat avec **LDS Charities** pour les programmes de vaccination contre la fièvre jaune et contre le pneumocoque en Afrique. Ces deux partenariats apportent des ressources et une visibilité vitales pour les actions de vaccination de plusieurs programmes de Gavi.

Il est essentiel d'élaborer de nouvelles approches innovantes pour améliorer la couverture vaccinale et l'équité – enjeux majeurs de notre prochaine stratégie quinquennale. En maximisant les synergies avec le secteur privé, nous avons l'objectif de promouvoir l'innovation, réduire les coûts et augmenter l'efficacité opérationnelle pour mener à bien notre mission. Alors que le nombre de pays qui s'affranchissent du soutien de Gavi augmente, la collaboration entre le secteur privé et les leaders des gouvernements revêt davantage d'importance si l'on veut assurer la viabilité à long terme des programmes nationaux de vaccination.

En 2015, Gavi a reçu des financements et des promesses de financement de ces partenaires du secteur privé :

**BILL & MELINDA
GATES foundation**

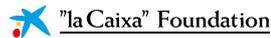
Fondation Bill & Melinda
Gates



The Children's Investment
Fund Foundation



Comic Relief



Fondation la Caixa



LDS Charities



Fondation internationale
des Lions Clubs

Fondation A&A



Vaccination des enfants dans une communauté rurale du Ghana lors de la visite mensuelle du dispensaire mobile

CRS / 2013 / Laura
Elizabeth Pohl

CENTRE D'EXCELLENCE POUR LES RESPONSABLES DES CHAÎNES D'APPROVISIONNEMENT : « STEP », UN PAS DANS LA BONNE DIRECTION



United Parcel Service (UPS), entreprise internationale active dans le domaine de la logistique, est spécialisée dans la distribution de colis aux quatre coins du monde ; elle offre aux responsables de la chaîne de distribution de vaccins des pays en développement des cours qui peuvent avoir un impact vital.

Quand les vaccins arrivent dans un pays en développement, les conditions de leur acheminement dans les dispensaires et les centres de santé – dont certains sont situés dans des régions extrêmement isolées – sont entre les mains de quelques agents de santé dévoués. Le personnel responsable de la qualité de la conservation et de la distribution des vaccins avait rarement la possibilité de recevoir une formation spécialisée sur la gestion de la chaîne de distribution – tout au moins jusqu'à ce que le numéro un mondial de la logistique, United Parcel Service (UPS), propose un cours au Centre régional d'excellence pour les vaccins, la vaccination et la gestion de la chaîne d'approvisionnement, qui vient d'ouvrir à Kigali.

« Même si le matériel, l'infrastructure et la technologie sont importants, le succès de l'installation et de la gestion de la chaîne d'approvisionnement repose sur la solidité de ceux qui en ont la charge, » reconnaît Kevin Etter, un des directeurs d'UPS. « Il est essentiel de former des dirigeants dévoués et compétents et du personnel responsable et motivé à tous les niveaux du système de santé. »

Après avoir introduit plus d'une centaine de vaccins au cours des cinq dernières années, les chaînes d'approvisionnement en Afrique ont atteint la limite de leur capacité. Les responsables de la distribution des grands entrepôts centraux aussi bien que des petits dépôts ont besoin d'augmenter le niveau de leurs compétences. Le partenariat de Gavi avec UPS a été établi en 2014 dans le but spécifique de mettre à profit l'expérience acquise par l'entreprise tout au long de ses 100 ans d'existence, pour améliorer l'efficacité des chaînes de distribution des vaccins des pays en développement. « UPS a une longue tradition d'innovation dans la gestion des programmes de développement, et c'est pour nous un honneur de partager quelques-unes de nos meilleures pratiques avec Gavi, » conclut Kevin Etter.

Entre 2015 et 2020, Gavi et UPS espèrent former 200 responsables de chaînes d'approvisionnement au Centre d'Excellence qui pourrait bien devenir un pôle régional pour l'éducation et l'innovation. Les étudiants recevront une formation en salles de cours et à distance, mais ils seront, de plus, jumelés à des tuteurs d'UPS et d'AmerisourceBergen, entreprise faisant partie d'IFPW, un autre partenaire de Gavi appartenant au secteur privé – voir l'encadré Prospectus. Avec les conseils des experts, ils peuvent mettre en pratique leurs nouvelles compétences, et établir un réseau avec les autres responsables pour partager leurs connaissances.

L'expérience de formation que nous proposons n'est pas du tout traditionnelle, ajoute Kevin Etter. Les participants ont adhéré avec enthousiasme à cette nouvelle façon de s'instruire et d'appliquer ensuite ce qu'ils ont appris au domaine dont ils ont la responsabilité.

L'un des premiers diplômés de STEP, Lucy Kanja, responsable d'un dépôt de vaccins à Dagoretti dans le Comté de Nairobi au Kenya, applique déjà ce qu'elle a appris. « A Dagoretti, le taux de rotation du personnel est élevé et je me demandais comment j'allais y arriver, » avoue-t-elle. « Grâce au programme STEP, j'ai appris à souder l'équipe et à attirer et retenir les meilleurs éléments. Maintenant, j'encadre trois agents de santé. Je les aide à acquérir les compétences nécessaires pour pouvoir gérer efficacement la chaîne de distribution des vaccins. »

Le directeur des opérations, Joshua Obel, est rentré à son bureau de l'Agence pour l'approvisionnement médical du Kenya (Kenya Medical Supplies Authority ou KEMSA), convaincu que le cours de formation STEP représente un pas vers l'objectif à long terme des pays, à savoir la mise en place de systèmes de vaccination autonomes. « J'ai participé à un tas de formations durant ma carrière, mais le cours STEP est le seul que je puisse vraiment mettre en pratique, » constate-t-il.



PROSPECTUS DU CENTRE D'EXCELLENCE

Localisation : Le Centre régional d'excellence pour les vaccins, la vaccination et la gestion de la chaîne d'approvisionnement des produits de santé (Regional Centre of Excellence for Vaccines, Immunisation and Health Supply Chain Management ou RCESCM) de la communauté d'Afrique de l'Est est basé à l'Université du Rwanda à Kigali. Il regroupe les Universités de Tanzanie, du Rwanda, du Burundi, de l'Ouganda et du Kenya avec l'objectif de développer les compétences régionales dans la gestion de la chaîne d'approvisionnement des produits de santé.

Date de création : Octobre 2015

Cours : Le Programme de formation stratégique pour les cadres (STEP, pour Strategic Training for Executive Programme) organisé par Gavi et UPS offre des formations et des diplômes de troisième cycle pour les responsables des chaînes d'approvisionnement.

Bailleurs de fonds : La Fondation Bill & Melinda Gates ; Gavi, l'Alliance du Vaccin ; la Fédération internationale des répartiteurs pharmaceutiques (IFPW) ; KfW (une banque allemande de développement) ; l'UNICEF ; le Fonds des Nations Unies pour la population ; United Parcel Service (UPS) ; l'OMS.

L'IFPW est une association qui représente plus de 30 entreprises à travers le monde, parmi lesquelles GlaxoSmithKline, Imperial Health Sciences et AmerisourceBergan. Elle s'est engagée à fournir au Centre ses compétences techniques et un financement d'un million de dollars US pour l'attribution de sept bourses pour un Master, ainsi que le personnel nécessaire pour permettre au Centre d'accomplir sa mission.

LA PAROLE AUX ANCIENS ÉLÈVES



Nom : **Lucy Kanja**

Fonction : Responsable du dépôt de vaccins de Dagoretti, dans le Comté de Nairobi

« Dans les régions difficiles à atteindre, le taux de rotation du personnel est élevé et je me demandais comment j'allais y arriver. Grâce au programme STEP, j'ai appris à souder l'équipe et à attirer et retenir les meilleurs éléments. Maintenant, j'encadre trois agents de santé. Je les aide à acquérir les compétences nécessaires pour pouvoir gérer efficacement la chaîne de distribution des vaccins. »



Nom : **Joshua Obel**

Fonction : Directeur des Opérations à l'Agence pour l'approvisionnement médical du Kenya (KEMSA)

« J'applique ce que j'ai appris pour intégrer la distribution des vaccins dans la chaîne de distribution des autres produits de santé traités par KEMSA. »

FAÇONNER LE MARCHÉ DES VACCINS

→ Les principaux objectifs relatifs au façonnage du marché sont atteints ou dépassés

Réduction importante du coût du vaccin pentavalent et des vaccins contre le pneumocoque et contre le rotavirus

→ Développement accéléré du vaccin Ebola

Grâce à une collaboration étroite avec les partenaires, un nouveau vaccin Ebola pourra être utilisé en cas d'urgence à partir de mi-2016

→ Élargissement du champ d'activités de Gavi en matière de façonnage des marchés

La nouvelle plateforme d'optimisation de l'équipement de la chaîne du froid élargit le modèle de façonnage des marchés au matériel associé à la vaccination



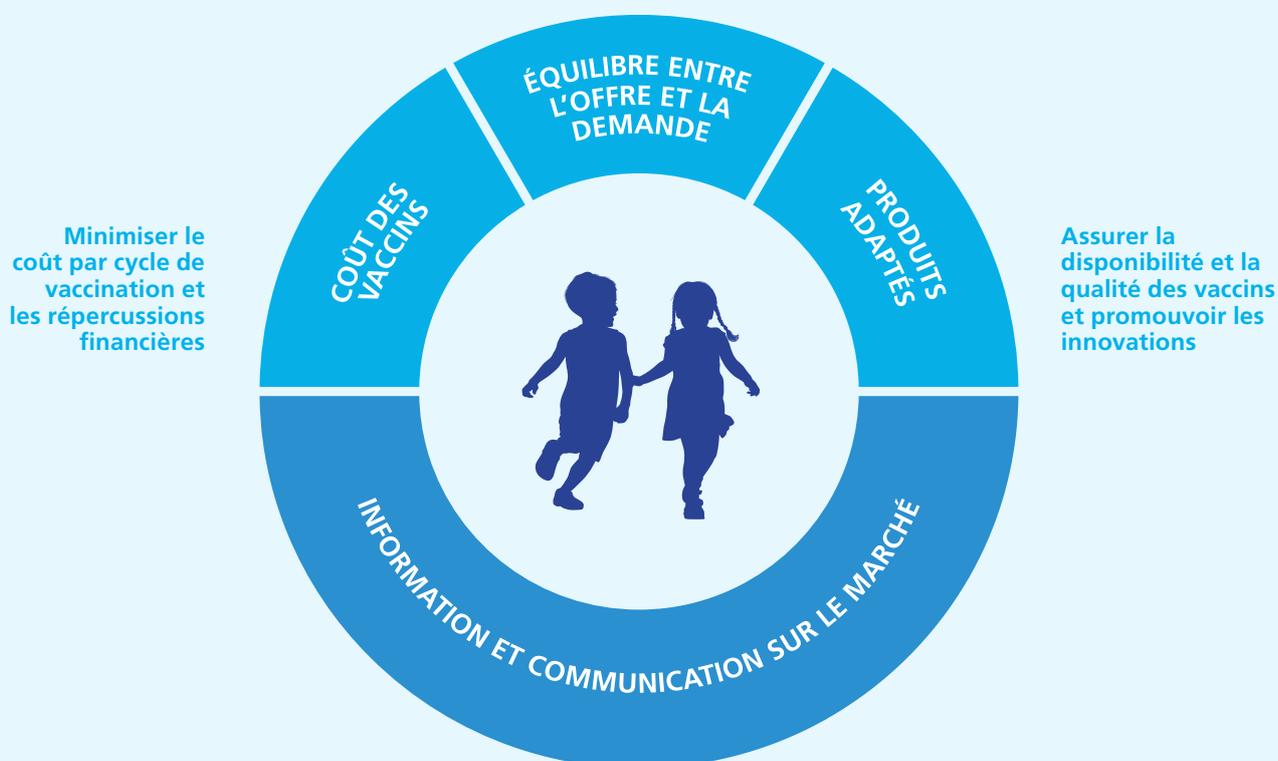
Avec les vaccins, nous avons tous le pouvoir de changer le monde, que ce soit à l'échelon local ou au niveau du développement, de l'invention ou de la création des vaccins.

Prof. David Salisbury

Président britannique, Jenner Vaccine Foundation

La stratégie de Gavi en matière d'achats et d'approvisionnement

Assurer un approvisionnement suffisant et continu



43%

RÉDUCTION DU PRIX DES VACCINS PENTAVALENT, ROTAVIRUS & PNEUMOCOQUE EN 2010-2015

2001 5 PRODUCTEURS DE VACCINS DANS 5 PAYS

2015 16 PRODUCTEURS DE VACCINS DANS 11 PAYS

Pour que tous les enfants puissent bénéficier des vaccins vitaux, il faut que le marché des vaccins fonctionne mieux pour les pays à faible revenu. Pour cela, il faut mettre en place des mécanismes qui permettent aux fabricants de planifier leur production en fonction de la demande exprimée, aux donateurs d'accroître leur retour sur investissement et surtout, aux pays en développement d'acheter les vaccins dont ils ont besoin à des prix accessibles et finalement de s'affranchir du soutien de Gavi.

En 2015, Gavi a atteint ses objectifs de façonnage du marché en ce qui concerne le prix et la sécurité des approvisionnements pour de nombreux vaccins vitaux. Toutefois, des pénuries persistent, en particulier pour les vaccins contre la fièvre jaune, contre le choléra et pour les vaccins polio inactivés.

La collaboration entre les partenaires de l'Alliance du Vaccin et les producteurs de vaccin a abouti au lancement, en janvier 2016, d'un fonds de garantie de marché pour le vaccin Ebola. Grâce à ce fonds, 300 000 doses de vaccin seront disponibles à partir de mi-2016 pour effectuer des essais cliniques et pour faire face aux situations d'urgence.

Au cours de l'année 2015, le projet d'élargir les activités de Gavi en matière de façonnage des marchés s'est rapproché de son but. Pour la prochaine période stratégique quinquennale 2016-2020, nos objectifs dans ce domaine ne se limiteront plus aux vaccins et incluront les autres produits associés à la vaccination, comme l'équipement de la chaîne du froid.

FAÇONNER LE MARCHÉ DES VACCINS

Façonner ensemble un marché sain pour les vaccins

Notre objectif est de vacciner davantage d'enfants contre les maladies évitables par la vaccination, tout en garantissant l'innocuité et l'efficacité des vaccins et en réduisant le gaspillage et les coûts de la chaîne d'approvisionnement. Pour atteindre ce but, il faut que le marché des vaccins soit en bonne santé.

Nous utilisons un certain nombre de critères pour définir la santé du marché des vaccins : Pour correspondre aux besoins des pays, ils doivent être disponibles en quantité suffisante, être de bonne qualité et abordables. Sont nécessaires également une base solide de fournisseurs fiables et un environnement favorable à l'innovation et à la concurrence à long terme.

Avec nos partenaires qui nous aident à façonner le marché, notamment la Fondation Bill & Melinda Gates et l'UNICEF, nous nous sommes engagés à mieux faire fonctionner le marché des vaccins dans l'intérêt des pays dont le revenu est le plus faible de la planète. Regrouper les demandes et fournir aux pays les vaccins nécessaires, à des prix abordables, constitue une part importante de notre modèle opérationnel. Comme nous apportons des financements prévisibles et une visibilité sur la demande à long terme, les producteurs peuvent mieux planifier la production et investir davantage dans ce secteur. Nous incitons également les producteurs de vaccins à pratiquer des prix différenciés, fixés en fonction du niveau du revenu national des pays, et nous soutenons l'innovation dans la formulation et le conditionnement.

Avec l'élargissement de notre portefeuille de vaccins et l'intensification de nos efforts pour augmenter la couverture vaccinale et la rendre plus équitable, la bonne santé du marché des vaccins est plus cruciale que jamais.

La production de vaccins en 2015

16 producteurs^a dans 11 pays

Producteurs et fournisseurs de Gavi en vaccins appropriés préqualifiés (sociétés mères entre parenthèses)

Biological E
Bio-Manguinhos^c
Chengdu Institute of Biological Products (China National Biotec Group)
Berna Biotech (Janssen/Johnson & Johnson)
Chumakov Institute
GlaxoSmithKline
Institut Pasteur Dakar
LG Life Sciences
Merck & Co.
Panacea Biotec
Pfizer
PT Bio Farma
Sanofi Pasteur
Shantha Biotechnics (Sanofi Pasteur)^c
Serum Institute of India
Bilthoven Biologicals (Serum Institute of India)



^adont 15 fournisseurs de Gavi et 1 producteur de vaccins préqualifiés.

^bun fabricant américain produit également des vaccins aux Pays-Bas.

^cFabricants de vaccins préqualifiés correspondant aux besoins de Gavi, mais qui n'ont pas fourni de vaccins à Gavi en 2015.

Note : le pays de production se réfère au pays où se trouve l'agence nationale de réglementation responsable de la libération des lots.

Sources : Division des approvisionnements de l'UNICEF et liste OMS des vaccins préqualifiés

ASSURER UN APPROVISIONNEMENT SUFFISANT ET CONSTANT

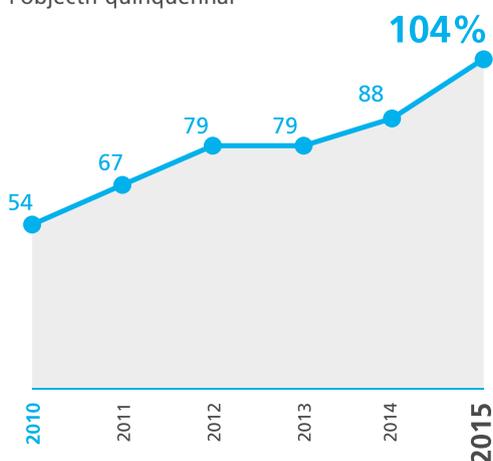
Les efforts des partenaires de l'Alliance du Vaccin pour assainir le marché ont contribué à augmenter la concurrence et diversifier la base de fabricants. En 2001, Gavi n'avait que 5 fournisseurs ; fin 2015, 16 fabricants produisaient des vaccins préqualifiés, adaptés aux besoins des pays soutenus par Gavi.

Pour mesurer la sécurité de l'approvisionnement en vaccins, l'Alliance du Vaccin utilise un indicateur fondé sur le nombre de produits proposés par les producteurs en réponse aux appels d'offre pour les vaccins que nous soutenons. Entre 2010 et 2015, ce nombre - exprimé en pourcentage de l'objectif fixé - est passé de 54% à 104%, signe que nous avons non seulement atteint notre objectif pour 2015, mais que nous l'avons dépassé.

Une autre façon de quantifier la sécurité de l'approvisionnement consiste à faire état du nombre de vaccins qui n'ont pas été livrés comme convenu avec l'UNICEF. En 2015, trois vaccins polio inactivés n'ont temporairement pas pu être livrés comme prévu, de même que quatre vaccins pentavalents et un vaccin contre la fièvre jaune.

Sécurité de l'approvisionnement

Nombre de produits offerts en % de l'objectif quinquennal



Source : Division des approvisionnements de l'UNICEF

Le vaccin contre la méningite A

En décembre 2015, l'OMS a préqualifié un vaccin conjugué contre la méningite A pour les programmes de vaccination systématique des nourrissons. Auparavant, le vaccin contre la méningite A n'était préqualifié que pour les campagnes de vaccination ciblant les enfants et les adultes de 1 à 29 ans. Avec nos partenaires, nous avons mis en route un processus d'appel d'offres après estimation des besoins pour que les pays puissent introduire ce nouveau vaccin dans leurs programmes nationaux à partir de 2016.

Le vaccin oral contre le choléra

Au début de l'année 2016, l'UNICEF a conclu un appel d'offre pour le vaccin contre le choléra. La pénurie de ce vaccin commence à s'atténuer, suite à la préqualification par l'OMS d'un nouveau vaccin oral contre le choléra à la fin de 2015. Notre investissement dans le stock mondial de vaccin oral contre le choléra, qui visait à résoudre les problèmes de pénurie de ce vaccin sur le marché, commence maintenant à porter ses fruits.

Le vaccin contre la fièvre jaune

Si l'approvisionnement mondial en vaccin contre la fièvre jaune est suffisant pour couvrir la vaccination systématique et la réponse normale aux urgences, il ne permet pas de répondre aux besoins des campagnes de prévention immédiates dans tous les pays à risque. Nous prévoyons que la situation devrait s'améliorer à terme, plusieurs fabricants ayant investi dans l'augmentation de leur production, mais tout dépend de l'évolution de l'épidémie de fièvre jaune en cours. Nous travaillons avec l'OMS pour mettre à jour la stratégie de contrôle de la fièvre jaune, qui sera présentée à notre Conseil d'administration en 2016.

Le vaccin polio inactivé (VPI)

Du fait des pénuries actuelles de vaccin polio inactivé (VPI), de nombreux pays ont été obligés de reporter son introduction qui était prévue pour 2015. Deux fabricants fournissent en VPI les pays soutenus par Gavi ; tous deux ont rencontré des problèmes techniques qui ont retardé l'augmentation de leur production. Les possibilités d'approvisionnement ne vont pas s'améliorer tout de suite, ce qui continuera à poser des problèmes pour l'introduction du vaccin dans de nouveaux pays.



Un infirmier manipule des flacons de vaccin polio inactivé dans un centre de santé qui vient tout juste d'ouvrir dans le village de Mbankana, en République démocratique du Congo

Gavi / 2015 / Phil Moore

VACCIN EBOLA : REDÉMARRER LE PROCESSUS

Alors que l'épidémie d'Ebola balayait l'Afrique de l'Ouest en 2014 et 2015, les producteurs de vaccin intensifiaient leurs efforts pour développer un vaccin sûr, efficace, destiné non seulement à juguler l'épidémie en cours, mais aussi à prévenir à l'avenir d'autres épidémies dévastatrices. Même si le développement d'un vaccin Ebola avait débuté il y a plus d'une dizaine d'années dans la perspective de lutte contre le bioterrorisme, les essais cliniques étaient au point mort car on ne voyait pas de marché pour ce vaccin.

A la fin de l'année 2014, le Conseil d'administration de Gavi a envoyé un message clair aux producteurs de vaccins : il leur a signifié que la demande existe en engageant 300 millions de dollars US pour l'achat de vaccins contre le virus d'Ebola. Par ailleurs, Gavi a dégagé 90 millions de dollars US supplémentaires pour aider les pays affectés par Ebola à introduire le vaccin et à reconstruire leurs systèmes de santé de façon à retrouver les niveaux de vaccination d'avant la crise.

Ce soutien a incité les producteurs de vaccin à investir dans le développement accéléré de vaccins candidats et à entamer des essais cliniques poussés.

Nous avons été en mesure de signer en janvier 2016 un contrat d'achat anticipé avec Merck, dont le vaccin rVSV-ZEBOV était le plus avancé des candidats.

Dans un premier temps, 300 000 doses seront disponibles à partir de mi-2016 pour d'autres essais cliniques et en cas d'urgence.

Le contrat d'achat anticipé constitue pour Merck une incitation supplémentaire à poursuivre jusqu'au bout le développement de son vaccin, et devrait permettre en fin de compte la création d'un stock d'urgence contre de nouvelles épidémies. Une fois que le vaccin aura été enregistré et recommandé par l'OMS, il sera fourni à prix coûtant aux pays soutenus par Gavi.

Face à l'urgence de l'épidémie, Merck a travaillé avec les autorités de réglementation et a pu développer le vaccin 10 fois plus vite que dans des circonstances normales. D'autres producteurs, dont GlaxoSmithKline (GSK) et Janssen se sont également engagés dans le développement accéléré de leurs vaccins candidats suite à l'épidémie.



Mohamed Melvim Conteh, 25 ans, a reçu le vaccin Ebola dans le cadre d'une campagne de vaccination en anneaux à Magburala, en Sierra Leone

Gavi / 2016 / Kate Holt

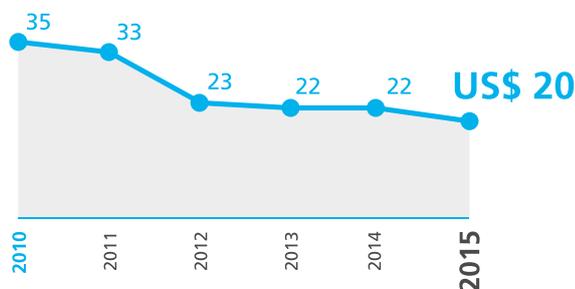
DES PARTENARIATS POUR DES VACCINS DE QUALITÉ, ADAPTÉS AUX BESOINS ET À MOINDRE COÛT

Grâce à ses efforts proactifs pour façonner le marché, Gavi a réussi à faire baisser le prix des vaccins pour les pays dont le revenu est le plus faible de la planète. Le prix moyen pondéré de la vaccination complète d'un enfant avec le vaccin pentavalent et les vaccins contre le pneumocoque et contre le rotavirus – un de nos principaux indicateurs de performance – est passé à 20 dollars US en 2015, ce qui représente une diminution de 7% par rapport à 2014 et de 43% par rapport à 2010.

Cela est dû en grande partie à la réduction du prix du vaccin contre le rotavirus, qui a chuté de 70% depuis 2010, et à la diminution du prix du vaccin pentavalent, qui a diminué de 44% durant la même période. Le prix moyen pondéré du vaccin contre le pneumocoque a diminué de 3% entre 2010 et 2015.

Coût total de la vaccination complète d'un enfant avec les vaccins pentavalent, contre le pneumocoque et contre le rotavirus

Prix pour l'ensemble des 3 vaccins (US\$)



Source : Offres des producteurs de vaccins partenaires de Gavi

Au cours de l'année 2015, un certain nombre de producteurs, notamment Biological E, GlaxoSmithKline, Janssen, Merck, Panacea Biotech, Pfizer, Sanofi Pasteur et Serum Institute of India ont annoncé d'appréciables réductions de prix.

Ces engagements contribueront à assurer la pérennité des programmes nationaux de vaccination et l'accès aux vaccins à prix abordable pour les pays qui se seront affranchis du soutien de Gavi.

Nous suivons, outre le coût total de la vaccination avec les trois vaccins mentionnés plus haut, la variation des offres de prix les plus élevées et les plus basses pour tous les vaccins que nous soutenons. Les changements de prix les plus notables en 2015 ont été observés pour le vaccin pentavalent et pour les vaccins contre le rotavirus et contre l'encéphalite japonaise.

- Le prix le plus élevé par dose de vaccin pentavalent est passé de 2,95 dollars US en 2014 à 2,35 dollars US en 2015. Cela a entraîné une réduction de 12% du prix moyen pondéré du vaccin.
- Du fait des variations des taux de change, le prix le plus bas pour une vaccination complète contre le rotavirus (équivalant à trois doses) est passé de 5,68 dollars US en 2014 à 4,80 dollars US, entraînant une diminution de 15% du prix moyen pondéré du vaccin.
- Les prix le plus bas et le plus élevé par dose de vaccin contre l'encéphalite japonaise ont tous les deux augmenté, essentiellement à cause de l'augmentation du prix des marchandises. Le prix moyen pondéré du vaccin a ainsi augmenté de 56% par rapport à 2014.

Par ailleurs, nous avons observé une tendance positive pour le matériel d'injection sécurisé, notamment les seringues autobloquantes et les boîtes de sécurité. Ces dispositifs sont vitaux si l'on veut réduire le risque d'infection et garantir la sécurité des injections pratiquées sur les enfants.

En regroupant les livraisons effectuées dans les différents pays, l'UNICEF a adopté une nouvelle stratégie pour ses appels d'offre qui s'est traduite par une réduction de 30% du nombre d'envois de matériel de sécurité. Le prix moyen pondéré du matériel a également diminué de 9%, ce qui devrait permettre d'économiser environ 5,5 millions de dollars US. Cette nouvelle stratégie présente également l'avantage de créer un marché plus sain et plus fiable pour ces produits. Gavi finance actuellement plus de 50% de tout le matériel d'injection sécurisé acheté par le biais de l'UNICEF.

UN AVENIR SOLAIRE BRILLE SUR LA CHAÎNE DU FROID EN HAÏTI



Premier pays dont la demande de soutien de Gavi pour la plateforme d'optimisation de l'équipement de la chaîne du froid a été approuvée, Haïti est prêt à améliorer sa couverture vaccinale.

Platon Malanga, dans l'ouest d'Haïti, se trouve à au moins 10 heures d'un trajet épuisant, à pied ou à cheval, du centre de santé le plus proche.

Haïti est extrêmement pauvre ; le pays n'a tout simplement pas les moyens d'acheter les motos ou les véhicules tout terrain nécessaires pour livrer les vaccins dans des endroits comme Platon Malanga. Mais pour la vaccination, le problème de loin le plus important, c'est le manque de moyens pour payer le gaz propane qui alimente la chaîne du froid. De ce fait, des quantités considérables de vaccins sont perdues à cause de la chaleur.

Comme l'explique François Jeannot, responsable du Programme élargi de vaccination (PEV) en Haïti : « C'est la raison pour laquelle la couverture vaccinale est basse dans le pays. Par exemple, si l'on utilise comme indicateur les trois doses de DTP ou de vaccin pentavalent, le pays n'atteint jamais les 86%. »

Avec des réfrigérateurs solaires, on n'aurait plus besoin de transporter dans les régions difficiles à atteindre comme Platon Malanga des bouteilles de propane qui sont lourdes et qui coûtent cher. Cela permettrait de réduire considérablement la pression sur la chaîne du froid du pays.

Quand le soutien de Gavi à la plateforme d'optimisation de l'équipement de la chaîne du froid (ECF) a été annoncé en 2015, le Ministère haïtien de la santé, l'UNICEF, l'OMS et les Centers for Disease Control and Prevention n'ont pas tardé à profiter de l'occasion pour moderniser la chaîne du froid du pays qui était en bien mauvais état.

Grâce à une étroite collaboration entre l'équipe du PEV, les partenaires techniques et les autres parties intéressées, Haïti a été le premier pays à bénéficier du soutien de Gavi pour les plateformes d'optimisation de l'ECF, et à obtenir des fonds pour couvrir l'achat de plus de 700 réfrigérateurs solaires.

« Le dossier soumis par Haïti remplissait toutes les conditions, » relate Homero Hernandez, point focal de Gavi pour Haïti. « Il s'intégrait dans une approche globale visant à renforcer l'efficacité de la chaîne du froid et correspondait tout à fait aux priorités nationales de vaccination. La demande a également démontré comment le soutien pouvait venir compléter les autres investissements dans la chaîne d'approvisionnement. »

Pour pouvoir bénéficier du soutien, les pays doivent montrer qu'ils ont recherché le type d'équipement de la chaîne du froid le plus adapté à chaque établissement. Haïti a eu la possibilité de se référer à son enquête de 2013 sur l'efficacité de la gestion des vaccins (EVM, pour effective vaccine management) qui comporte une évaluation du système de gestion de la chaîne du froid en suivant les vaccins depuis leur arrivée à Port-au-Prince jusqu'à leur lieu d'administration dans les dispensaires.

« L'enquête EVM nous a permis d'avoir de l'avance, » reconnaît François Jeannot qui a coordonné le groupe de travail chargé de préparer le dossier de candidature. « Nous avons utilisé ces données pour préparer notre proposition et rédiger un plan d'amélioration qui présentait nos besoins et ce qu'il fallait entreprendre pour renforcer la chaîne d'approvisionnement en vaccin, et notamment l'équipement de la chaîne du froid. »

Haïti a pu également fournir un budget détaillé pour la maintenance à long terme et la durabilité de toute la chaîne du froid. Cela inclut une demande de plus de 1 000 pièces de rechange et plus de 4 500 appareils de surveillance de la température. Les nouveaux réfrigérateurs solaires et autres éléments de la chaîne du froid ne résoudre pas tous les problèmes d'Haïti en termes de stockage et de sécurité des vaccins, mais c'est déjà un excellent début.

« L'ECF peut servir à renforcer le PEV dans son ensemble et apporter des solutions dans d'autres domaines connexes comme la distribution et le suivi des vaccins, la gestion des données et la surveillance des maladies évitables par la vaccination, » ajoute François Jeannot.

« Quand notre chaîne du froid fonctionnera correctement, il nous faudra motiver la population à se faire vacciner et former correctement nos agents de santé, » relève Derline Mentor, une responsable haïtienne de l'UNICEF pour la logistique et la chaîne du froid. J'espère que nous arriverons à atteindre une couverture de 90% pour les vaccins vitaux dans les cinq ans.

QUESTIONS- RÉPONSES

Qu'est-ce que la plateforme d'optimisation de l'équipement de la chaîne du froid ?

Il s'agit de la stratégie innovante de Gavi qui consiste à façonner le marché pour acheter les équipements de la chaîne du froid.

Comment fonctionne-t-elle ?

La plateforme génère une demande fiable d'équipement en chaîne du froid, ce qui entraîne un financement prévisible. Cela donne aux fabricants la confiance nécessaire pour investir dans les nouvelles technologies et dans la production. Sur le long terme, cela va stimuler l'innovation et réduire les coûts de fonctionnement du matériel éligible au soutien de la plateforme.

Comment Haïti a-t-il fait pour réussir ?

Le dossier soumis par Haïti est un modèle du genre. Le pays a utilisé un processus décisionnel systématique pour identifier ses principaux besoins en chaîne du froid et les équipements les plus adaptés. Ils ont aussi étudié comment le nouveau matériel permettrait d'améliorer quatre domaines essentiels de la gestion de la chaîne d'approvisionnement : la planification de l'amélioration continue, l'optimisation du système, la fiabilité de l'équipement de la chaîne du froid, la qualité des données et un fort leadership.

Quand est-ce qu'Haïti recevra les premiers équipements ?

Les premiers équipements devraient arriver en Haïti au cours du premier semestre 2017.

Quel est l'objectif de Gavi avec cette plateforme ?

Les pays soutenus par Gavi auront la possibilité de moderniser l'équipement de leur chaîne du froid dans les 90 000 établissements existants et d'équiper entièrement 45 000 nouvelles installations. Le retour sur investissement devrait être important : amélioration de la couverture vaccinale et de l'équité du fait que les vaccins pourront arriver dans les communautés qui étaient jusqu'ici hors circuit.

COMMENT LE SOUTIEN DE GAVI AIDERA À AMÉLIORER LA CHAÎNE DU FROID EN HAÏTI



721 réfrigérateurs solaires



2,518 unités de contrôle de température à distance



1,010 kits de pièces de rechange



2,142 dispositifs de surveillance continue de la température



420 glacières



Livraison de vaccins à des établissements régionaux en Haïti

Gavi / 2013 / Evelyn Hockstein

INNOVER POUR AMÉLIORER LA TECHNOLOGIE VACCINALE

2015 a marqué un tournant important dans le travail de Gavi visant à façonner le marché, avec le projet d'élargissement de ses activités aux équipements de la chaîne du froid, comme par exemple les réfrigérateurs. Cela se fera parallèlement à la mise en place de la plateforme d'optimisation de l'équipement de la chaîne du froid, qui débutera en 2016. La nouvelle plateforme et les activités de Gavi pour façonner le marché des produits concernés aideront les pays à améliorer l'efficacité et la sécurité des vaccins en augmentant la durée de vie des équipements de la chaîne du froid, en réduisant leur coût de fonctionnement et en améliorant le contrôle de la température.

Cette année a également vu l'adoption d'une nouvelle méthode de travail qui permet aux pays de sélectionner plus facilement les produits les plus susceptibles de les aider à améliorer la couverture vaccinale et l'équité, et qui facilite la prise de décision en introduisant des critères supplémentaires comme le gaspillage et le stockage.

Nous attendons maintenant des réponses plus rapides de la part des pays sur leurs préférences quant à la présentation des vaccins ; ces informations seront ensuite transmises systématiquement aux partenaires et aux fabricants. Avec deux nouvelles présentations pour le vaccin pentavalent préqualifié en 2015, les pays peuvent maintenant choisir entre un plus grand nombre de produits.

Des infirmiers préparent les seringues pour les vaccins conservés dans un nouveau réfrigérateur solaire d'un centre de santé dans le village de Mbankana, en République démocratique du Congo

Gavi / 2015 / Phil Moore





ÉTHIOPIE : APPROVISIONNEMENT ÉGALE PROGRÈS

L'Éthiopie, un des pays les plus pauvres de la planète, reçoit le soutien de Gavi pour sept vaccins vitaux. Liya Woldegiorgis est coordinatrice du Programme élargi de vaccination (PEV) au Ministère éthiopien de la santé depuis deux ans. Elle a une formation d'infirmière. Nous avons discuté avec elle du rôle vital de Gavi dans l'approvisionnement en vaccins essentiels.

Gavi : Quelle est aujourd'hui la situation en Éthiopie en ce qui concerne la vaccination ?

Liya Woldegiorgis (LW) : Notre plus grand succès, c'est l'amélioration significative de la couverture vaccinale. L'engagement politique envers la vaccination, du ministère jusque dans les régions, augmente continuellement. Actuellement, conformément à notre plan stratégique quinquennal, nous nous concentrons sur l'équité et la qualité. Nous travaillons également à l'extension de la chaîne du froid et aux activités de renforcement des capacités.

Notre plus grand défi, c'est d'arriver à intensifier la vaccination dans des endroits comme la région Somali où la couverture vaccinale est faible et les services de vaccination de mauvaise qualité.

Pourriez-vous décrire le rôle de Gavi en Éthiopie ?

LW : Gavi est notre bailleur de fonds le plus important et le plus fiable depuis 16 ans. Outre la création d'un accès vital à la vaccination, Gavi joue un rôle significatif dans le renforcement de notre système de santé.

Sans financement de Gavi, auriez-vous pu introduire de nouveaux vaccins ?

LW : Le gouvernement aurait été forcé de trouver une autre source de financement, ce qui aurait été pour le moins difficile. Il ne faut pas oublier qu'en travaillant avec Gavi, un autre avantage, c'est que l'on bénéficie des prix qu'ils négocient avec les fabricants.

Pourriez-vous expliquer l'avantage que tire l'Éthiopie de l'introduction de nouveaux vaccins comme le pentavalent et le vaccin contre le virus du papillome humain (VPH) avec le soutien de Gavi ?

LW : Ces vaccins permettent de réduire la mortalité et la morbidité. De plus, le vaccin pentavalent qui protège contre cinq maladies en une seule injection permet de réduire le nombre total d'injections à pratiquer sur les enfants. Nous avons introduit avec succès le vaccin VPH dans le cadre de projets pilotes menés dans les districts de Gomma et d'Ahferom. Plus de 6 000 jeunes filles en ont bénéficié.

Comment est-ce que Gavi vous a aidés à faire face aux épidémies de méningite dans votre pays ?

LW : Nous menons depuis 2013 des campagnes préventives de vaccination de masse contre la méningite A, en ciblant les personnes âgées de 1 à 29 ans. Avec le soutien technique et financier de Gavi, nous avons pu atteindre 60 millions de personnes considérées à haut risque d'être infectées.

Pourriez-vous décrire votre rôle en tant que responsable du PEV pour l'Éthiopie ?

LW : J'ai coordonné l'élaboration de notre plan quinquennal et maintenant j'aide à le mettre en œuvre. Je suis impliquée dans toutes les activités du PEV comme l'introduction des nouveaux vaccins et la gestion de la logistique et j'en assure la supervision. Parmi mes autres tâches, j'ai des activités complémentaires de vaccination et je supervise le travail de développement effectué avec nos partenaires.

Comment marche plus précisément l'approvisionnement en vaccins en Éthiopie ? Quels sont les étapes du processus et dans quelle mesure êtes-vous impliquée ?

LW : Pour les vaccins achetés par le gouvernement, le Ministre de la santé choisit en fonction du prix le plus intéressant. Une fois le budget approuvé, l'argent est transféré sur le compte du vendeur. Le vaccin arrive et l'agence d'approvisionnement en produits pharmaceutiques concernée est chargée de les répartir. Pour les vaccins soutenus par Gavi, c'est l'UNICEF qui gère l'approvisionnement.

Comment est-ce que Gavi vous aide à réaliser l'objectif de vaccination complète de chaque enfant ?

LW : Gavi finance 80% du prix des vaccins que nous introduisons et nous aide à faire connaître leur utilité auprès de la population. Chaque fois que l'on utilise un vaccin vital, la communauté en voit les effets, ce qui augmente la demande. Gavi a joué un rôle fondamental en nous aidant à atteindre avec trois ans d'avance l'objectif du Millénaire pour le développement de l'ONU de réduction de la mortalité des enfants de moins de cinq ans.

Nous savons que l'Éthiopie souhaite bénéficier du soutien de Gavi pour l'optimisation de l'équipement de la chaîne du froid. Pourquoi ?

LW : Pour de nombreuses raisons. Nous sommes un grand pays. Nous avons construit beaucoup de nouveaux établissements – 16 500 postes sanitaires, plus de 3 500 centres de santé et près de 400 hôpitaux. Ils ont tous besoin d'équipements modernes. Si nous avons accès à la plateforme, nous pourrions améliorer la qualité de nos services et augmenter la couverture vaccinale. Cela permettra d'améliorer la qualité des vaccins et de diminuer les ruptures de stock.

L'Éthiopie a fait un travail considérable pour vacciner les groupes difficiles à atteindre comme les populations nomades. Pourquoi pensez-vous personnellement que c'est si important ?

LW : La vaccination est l'intervention de santé publique dont le rapport coût-efficacité est le plus important. Tous les enfants et toutes les communautés ont le droit de bénéficier de la vaccination.

Comment voyez-vous l'avenir à court et moyen terme de la vaccination en Éthiopie ?

LW : Notre stratégie quinquennale concerne en priorité la conservation des acquis – le maintien de la couverture vaccinale actuelle, l'amélioration de la qualité et l'instauration de l'équité.

Quel rôle voyez-vous pour Gavi dans ce programme ?

LW : Gavi continuera à apporter une énorme contribution, pas seulement financière : elle nous fournira aussi une aide technique et nous aidera à mener à bien l'amélioration de notre système de santé.

Pourquoi faites-vous tout cela ?

LW : Pour de nombreuses raisons. Quand on travaille avec une communauté, on peut établir des contacts personnels avec la population et voir les résultats au cours des années. Je suis heureuse d'apporter ma pierre à l'édifice pour une communauté en bonne santé. Les activités axées sur la communauté sont vraiment impressionnantes. Voir les enfants en bonne santé me rend heureuse et donne un sens à ma vie.

À LA RECHERCHE DES PERSONNES EXPOSÉES À EBOLA : LA VIE SUR LA LIGNE DE FRONT



Emmanuel Lasanah, superviseur du service de soins ambulatoires de l'Hôpital de la Rédemption à Monrovia, a été l'un des principaux responsables de la recherche des personnes ayant été en contact avec des malades durant l'épidémie récente d'Ebola ; il a retrouvé plus de 900 personnes potentiellement infectées. Étant donné le statut à haut risque de sa fonction, il a été le premier au Libéria à recevoir le nouveau vaccin contre Ebola.

Voici son histoire.



Beaucoup d'infirmiers, d'auxiliaires médicaux, d'aides-soignants, de médecins mouraient d'Ebola. C'était terrifiant.

La peur était partout. La caractéristique, c'était la peur. Elle était toujours là, on l'avait toujours à l'esprit. C'était vraiment dur parce que des cas, il y en avait trop. Les centres de santé étaient submergés de malades. Les gens appelaient et on répondait qu'il n'y avait pas de place. Alors les familles venaient déposer les malades et les corps devant l'hôpital de la Rédemption et repartaient. Parfois ils laissaient plus de 15 morts à la fois. Dans chaque foyer, il y avait des morts. C'était terrible.

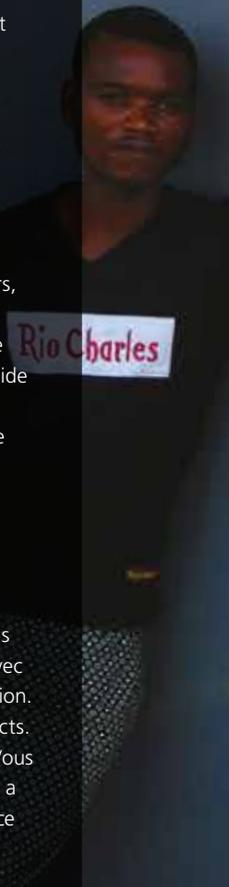
Au pic de la maladie, l'Hôpital de la Rédemption a pris un coup terrible et les services de santé se sont effondrés. Le directeur médical responsable de l'hôpital est mort d'Ebola. Des infirmiers, des auxiliaires médicaux, des aides infirmiers, des médecins mouraient d'Ebola. C'était terrifiant. Les gens avaient peur et se sont enfuis. Mais j'étais resté. Alors j'ai pensé qu'il fallait que j'aide mon pays ; je savais comment identifier ceux qui avaient été en contact avec les malades. Je me suis dit que je devais me rendre utile au lieu de rester sans rien faire et d'avoir peur. Alors je me suis porté volontaire pour prendre ça en charge.

Quand quelqu'un arrivait à l'hôpital avec de la fièvre, des vomissements, de la diarrhée et parfois des saignements, on allait immédiatement chez lui et on remplissait la fiche de renseignements que l'on transmettait ensuite au ministère. Dans cette fiche, nous listions tous ceux qui avaient été en contact avec le malade. On notait leur nom, leur âge, leur adresse et profession. Pour chaque cas d'Ebola, nous trouvions au minimum 15 contacts. Dans la zone qui m'était assignée, les gens vivent en groupes. Vous il y a des maisons avec cinq, six ou huit familles. Chaque famille a autour de sept ou huit membres. Alors, si c'est une maison de ce style, il faut parfois retrouver près de 50 contacts.

Ce n'était pas facile de retrouver les contacts. On avait peur d'attraper Ebola et on ne voulait pas entrer dans les maisons. Dans certaines communautés, ils nous prenaient pour cible, parce que les gens pensaient qu'on essayait d'inventer que leur proche avait Ebola. Beaucoup étaient dans le déni. Parfois, il a même fallu que l'on prévienne la police nationale pour empêcher la famille de prendre le corps pour l'enterrer.

J'étais vraiment, vraiment très inquiet. Et mon équipe avait peur et il fallait que je les encourage. Si nous avions peur et si nous n'y faisons rien, si nous n'intervenons pas, qu'est-ce qui se passerait ? Nous pouvions aussi attraper l'infection, la transmettre à nos familles, à nos amis, à nos proches. Ma famille ne voulait pas me laisser sortir. Je disais non, je suis un agent de santé, il faut que je sorte, pour aider à sauver la population. Il faut que quelqu'un s'en charge.

Les premiers symptômes d'Ebola ressemblent à ceux du paludisme. Alors, quand on commence à avoir de la fièvre, mal à la tête et mal aux articulations, la première chose à laquelle on pense, c'est je fais sûrement une crise de paludisme. L'introduction des caméras thermiques nous a beaucoup aidés. Avant cela, quelqu'un pouvait avoir de la fièvre et dire : « Non, non, ça va, » mais on voyait bien que ça n'allait pas. Puis on a commencé à utiliser le thermomètre



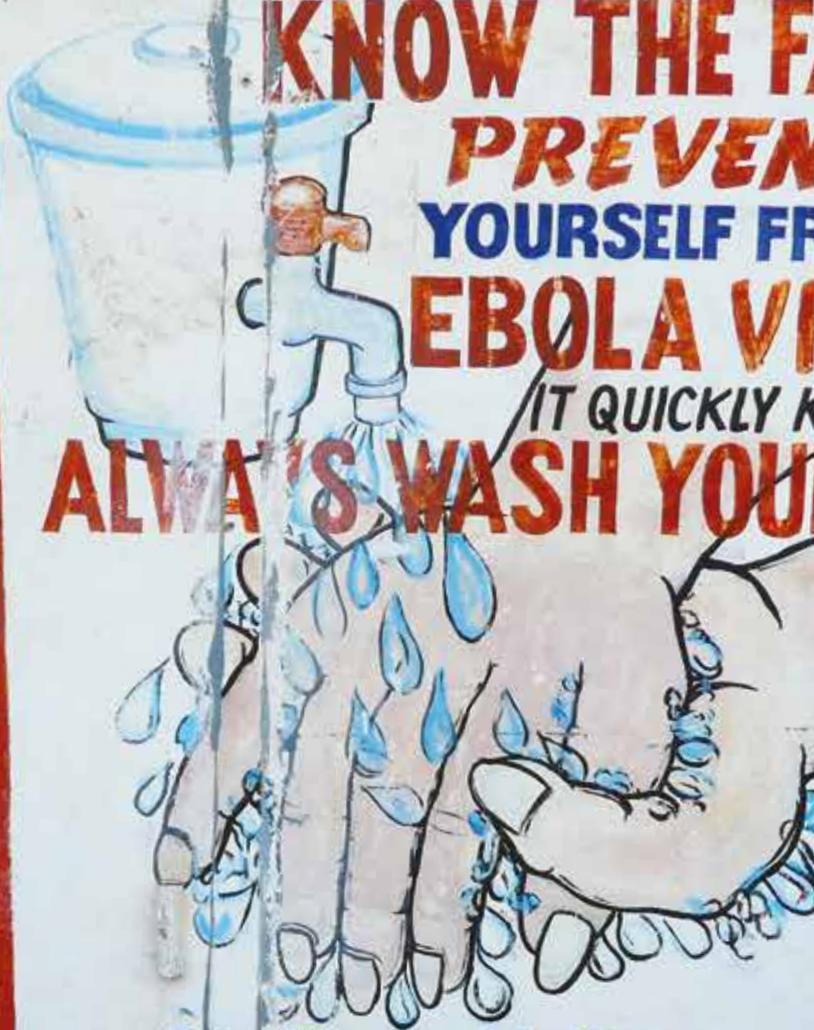
KNOW THE FACTS!

PREVENT YOURSELF FROM EBOLA VIRUS

IT QUICKLY KILLS

ALWAYS WASH YOUR HANDS

Hôpital de la Rédemption,
Monrovia
Gavi / 2016 /
Duncan Graham-Rowe



- | Symptoms | Preventions |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ● Fever ● Intense Weakness ● Muscle pain ● Headache ● Sore throat ● Vomiting ● Diarrhea ● Rash ● Impaired kidney & liver function ● Internal & external bleeding | <ul style="list-style-type: none"> ● Avoid physical contact with Ebola patients ● Wash your hands regularly ● Cook all animal food by-products thoroughly ● Avoid contact with fruit bats, monkeys & other primates ● Handle animals with gloves & protective clothing ● Use gloves when taking care of infected patients ● Avoid contact do not touch those who have <p>DIED from EBOLA</p> |

Take The Lead In Your Institution.
As I Take The Lead In My Institution,
Let's Fight EBOLA: A Message From: Madam

Ellen Johnson Sirleaf- President of
The Republic Of Liberia.

A CALL FOR SUPPORT TO FAVILEbola Campaign
CONTACT: 70886-705725

sur le terrain. Quand les gens avaient de la fièvre, on pouvait leur dire « Vous n'allez pas bien, vous avez de la fièvre. Vous avez été en contact avec quelqu'un qui a été admis à l'Unité de traitement Ebola ou avec quelqu'un qui est mort d'Ebola. C'est très dangereux si vous commencez à avoir des symptômes et cachez que vous êtes malade, parce que vous exposez toute votre famille. Alors plus vite vous irez à l'hôpital, mieux ce sera pour vous. »

Pour le Libéria, c'était une maladie inconnue. On n'avait jamais vu de cas d'Ebola auparavant. On n'y était pas préparé. Quand quelqu'un est malade, au Libéria, tout le monde vient le voir et le touche, et c'est souvent comme ça qu'Ebola s'est propagé. Quand les patients sont arrivés à l'hôpital, les agents de santé se sont occupés d'eux sans aucune protection. On n'avait pas l'habitude de porter des gants, des tabliers ou des bottes dans l'hôpital. C'est comme ça que beaucoup de nos collègues sont morts.

En voyant mourir nos collègues, nous avons tous pris peur, plus personne ne voulait toucher un patient. Vous travaillez aujourd'hui avec un collègue et deux ou trois jours plus tard il est mort. Vous avez peur, mais les patients continuent à affluer à l'hôpital. Plus

tard, on nous a appris ce qu'il fallait faire et on nous a donné l'équipement à mettre, des masques, des tabliers et des bottes à porter, des choses dont on n'avait jamais entendu parler jusqu'alors. Plus tard, des partenaires sont arrivés et ont commencé à construire des Unités de traitement Ebola.

J'ai pris la décision d'être le premier à me faire vacciner dans le cadre de l'étude d'un vaccin Ebola quand j'ai pensé tout à coup au nombre de membres de la famille, au nombre d'amis, au nombre d'agents de santé, au nombre de personnes de la communauté qui sont morts d'Ebola. Je savais que j'étais exposé parce que je recherchais les personnes qui avaient été en contact avec des malades. J'avais peur parce que je ne connaissais pas les effets du vaccin, mais j'ai décidé qu'il fallait que je participe à cette étude et que j'en bénéficie. Puisque j'avais déjà pris l'initiative pour la recherche des contacts, j'ai aussi voulu prendre les devants pour le vaccin Ebola, même s'il s'agissait cette fois d'une étude. Depuis que j'ai eu le vaccin, je me sens très bien. J'en suis tellement heureux.

ANNEXES

CONTRIBUTIONS EN FAVEUR DE GAVI

Annexe 1 → p. 78

STRUCTURE DE GOUVERNANCE

Annexe 2 → p. 80

PROMESSES DE FINANCEMENT

Annexe 3 → p. 82

ENGAGEMENTS POUR LES PROGRAMMES NATIONAUX

Annexe 4 → p. 84

DÉPENSES AFFÉRENTES AUX PROGRAMMES NATIONAUX APPROUVÉES PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Annexe 5 → p. 86

ENGAGEMENTS D'INVESTISSEMENTS APPROUVÉS PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Annexe 6 → p. 88



ANNEXE 1 : CONTRIBUTIONS EN FAVEUR DE GAVI, L'ALLIANCE DU VACCIN

Montants en espèces reçus par l'Alliance du Vaccin au 31 décembre 2015 (millions US\$)

Pays donateurs et Commission européenne	2015	Total 2010-2015
Allemagne	63,3	224,3
Australie		270,8
Canada	8,0	271,3
Commission européenne	22,3	92,7
République de Corée	4,0	7,0
Danemark		45,7
Espagne		43,2
États-Unis d'Amérique	200,0	1 379,5
France	5,9	120,9
Inde	1,0	3,0
Irlande	3,3	45,3
Japon	17,4	53,5
Luxembourg	0,9	11,9
Norvège	157,5	1 137,7
Oman	0,6	0,6
Pays-Bas	33,9	364,6
Royaume-Uni	442,5	1 622,3
Suède	41,5	377,5
Sous-total	1 002,0	6 071,7

Fondations, organisations et sociétés ^a	2015	Total 2010-2015
Fondation Bill & Melinda Gates	245,0	2 499,4
Son Altesse Cheikh Mohamed ben Zayed Al Nahyan		33,0
Fonds de l'OPEP pour le développement international (OFID)		1,1
Sous-total	245,0	2 533,5

Fondations, organisations et sociétés ^a	2015	Total 2010-2015
Fondation A & A		1,0
Absolute Return for Kids (ARK)		1,6
Anglo American plc		3,0
The Children's Investment Fund Foundation (UK)	12,5	31,8
Comic Relief	4,9	20,8
Dutch Postcode Lottery		3,2
Fondation ELMA pour les vaccins et la vaccination		2,0
Fondation « La Caixa »	1,3	26,8
LDS Charities	1,0	7,0
Fédération internationale des Lions Clubs	7,5	15,0
JP Morgan		2,4
Autres organisations privées	0,9	17,7
Sous-total	28,1	132,2
Produits de l'IFFIm ^b		2 475,7
Produits de l'AMC ^c	123,0	969,6
Total des contributions	1 398,1	12 182,8

^aInclut certaines contributions provenant de la Gavi Campaign.

^bProduits de l'IFFIm : Décaissements en liquide de la Banque mondiale : au bénéfice de GFA (2006-2012) et de Gavi (2013-2015).

^cProduits de l'AMC : transferts en liquide de la Banque mondiale au profit de Gavi.

Montants en espèces reçus par Gavi pour soutenir le Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale, 2013-2018, au 31 décembre 2015 (millions US\$)

Pays donateurs	2015	Total
Norvège	24,3	55,0
Royaume-Uni	4,7	4,7
Pays donateurs	Sous-total 29,0	59,7
Fondation Bill & Melinda Gates	105,0	105,0
Contributions privées	Sous-total 105,0	105,0
	Total 134,0	164,7

Mécanismes de financement innovants : AMC et IFFIm

Engagements envers l'AMC	2009-2020 (US\$ millions)
Italie	635,0
Royaume-Uni	485,0
Canada	200,0
Fédération de Russie	80,0
Fondation Bill & Melinda Gates	50,0
Norvège	50,0
	Total 1 500,0

Engagements envers l'IFFIm ^a	Durée de l'engagement (années) ^b	Montant (en millions)	Total (équivalent en millions US\$)
Royaume-Uni	23	£ 1 618,6	2 845,6
France	20	€ 1 227,6	1 645,9
Italie	20	€ 492,30	608,0
Norvège ^d	10	US\$ 26,0	26,0
		NOK 1 479,80	223,3
Australie	20	A\$ 249,1	249,1
Espagne	20	€ 186,70	232,4
Pays-Bas	6	€ 78,30	101,7
Suède	15	SEK 271,1	35,6
Afrique du Sud	20	US\$ 20,0	20,0
		Total	5 987,6

^aLe Brésil a pris de nouveaux engagements envers l'IFFIm en 2011. Les négociations actuellement en cours devraient déboucher sur la signature d'une convention de subvention.

^bLa durée correspond au nombre d'années durant lesquelles la contribution a été (ou devrait être) payée par le donateur.

^cMontants au 31 décembre 2015.

^dLa Norvège a pris un engagement initial en dollars US, puis un autre engagement en couronnes norvégiennes.

Engagements financiers supplémentaires pour la période 2016-2020 pris lors de la Conférence des donateurs de Berlin en janvier 2015

Engagements envers l'IFFIm	Durée de l'engagement (années) ^b	Montant (en millions)	Total (équivalent en millions US\$)
France	5	€ 150	176,6
Pays-Bas	4	€ 60	70,7
Australie	5	A\$ 37,5	28,6
		Total	275,9

Engagements de cofinancement de la part des pays au 31 décembre 2015 (millions US\$)

	2015	2000-2014
Paiements volontaires ^a		31,0
Cofinancement ^b	113,0	388,0

^aPaiements volontaires avant l'instauration de la politique de cofinancement (2000-2007).

^bCofinancement depuis l'instauration de la politique de cofinancement (2008-2015)

ANNEXE 2 : STRUCTURE DE GOUVERNANCE AU 31 DÉCEMBRE 2015

Conseil d'administration de Gavi

Le Conseil d'administration est doté de 28 sièges :

- 4 membres permanents représentant l'UNICEF, l'OMS, la Banque mondiale et la Fondation Bill & Melinda Gates
- 5 membres représentant les gouvernements des pays en développement
- 5 membres représentant les gouvernements des pays donateurs
- 1 membre par partie représentée : organisations de la société civile, industrie du vaccin des pays en développement, industrie du vaccin des pays industrialisés, instituts techniques et centres de recherche dans le domaine de la santé (4 au total)
- 9 membres indépendants, experts reconnus dans leurs différents domaines
- Le Directeur exécutif de Gavi (sans droit de vote)

Institutions

OMS

Flavia Bustreo
Vice-Présidente du Conseil d'administration

UNICEF

Geeta Rao Gupta

Banque mondiale

Tim Evans

Fondation Bill & Melinda Gates

Orin Levine

Membres indépendants

Dagfinn Høybråten, Président du Conseil d'administration

Wayne Berson
David Sidwell
William Roedy
S.A.R. l'Infante Cristina d'Espagne
Yifei Li
Richard Sezibera
George W. Wellde Jr.
Stephen Zinser

Membre sans droit de vote

Seth Berkley, Directeur exécutif de Gavi,
l'Alliance du Vaccin

Groupes d'intérêt^a

Représentants des gouvernements des pays en développement

Groupe d'intérêt 1

Bahar Idriss Abu Garda (Soudan)

Groupe d'intérêt 2

Khaga Raj Adhikari (Népal)

Groupe d'intérêt 3

Andrei Usatii (République de Moldavie)

Groupe d'intérêt 4

Awa Marie Coll-Seck (Sénégal)

Groupe d'intérêt 5

Seif Seleman Rashid (République-Unie de Tanzanie)

Représentants des gouvernements des pays donateurs

États-Unis/Australie/Japon/République de Corée

Katherine Taylor (États-Unis d'Amérique)

Canada/Irlande/Royaume-Uni

Donal Brown (Royaume-Uni)

Italie/Espagne

Angela Santoni (Italie)

France/Luxembourg/Commission européenne/ Allemagne

Mariam Diallo (France)

Danemark/Pays-Bas/ Norvège/Suède

Eivind Homme (Norvège)

Instituts techniques et centres de recherche dans le domaine de la santé

Zulfiqar A. Bhutta (Université Aga Khan, Karachi, Pakistan)

Industrie du vaccin des pays en développement

Adar Poonawalla (Serum Institute of India Limited)

Industrie du vaccin des pays industrialisés

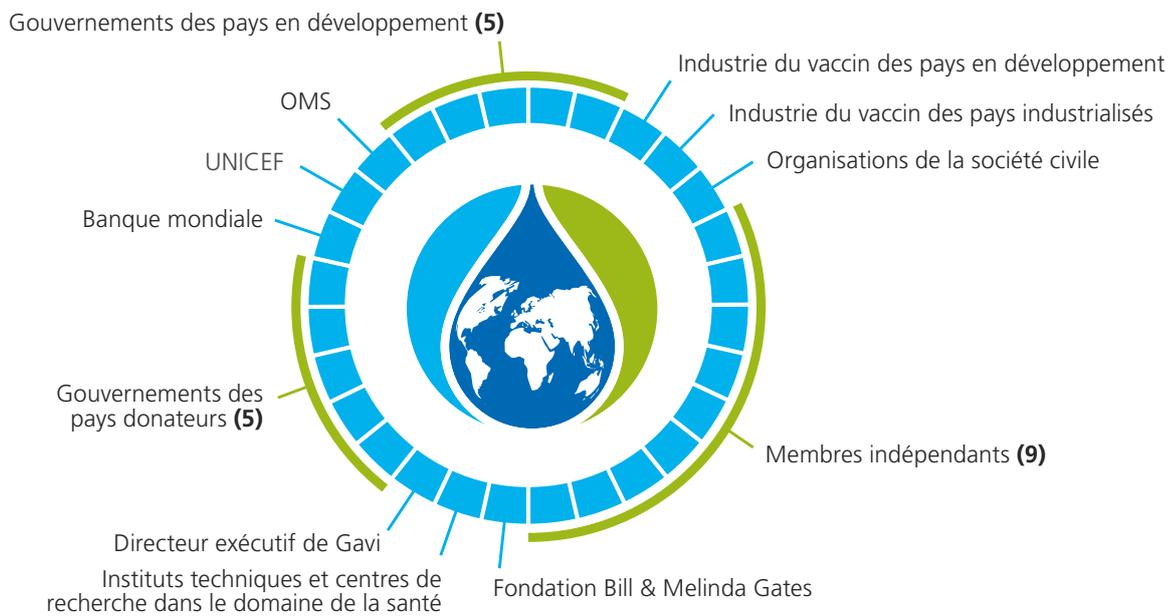
Olivier Charmeil (Sanofi Pasteur)

Organisations de la société civile

Naveen Thacker (Académie indienne de pédiatrie)

^aPour la liste complète des membres des groupes d'intérêt, consulter : www.gavi.org/about/governance/gavi-board/composition/

Structure de gouvernance :



Autres structures de gouvernance en lien avec Gavi

THE INTERNATIONAL FINANCE FACILITY FOR IMMUNISATION (IFFIm) COMPANY

René Karsenti

(Président) Président de l'International Capital Market Association (ICMA)

Didier Cherpitel

Anciennement Secrétaire général de la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge

Cyrus Ardalan

Président de la Banque Oak North

Marcus Fedder

Anciennement Vice-Président de TD Securities

Christopher Egerton-Warburton

Associé dans Lion's Head Capital Partners

Fatimatou Zahra Diop

Anciennement Secrétaire générale de la Banque centrale des États de l'Afrique de l'Ouest (BCEAO)

Doris Herrera-Pol

Anciennement Responsable-monde des marchés de capitaux à la Banque mondiale

GAVI CAMPAIGN

Paul O'Connell

(Président) Président et membre fondateur de FDO Partners, LLC

Steven Altschuler

Président-directeur général du Children's Hospital de Philadelphie

Daniel Schwartz

Directeur exécutif de Dynamica, Inc.

Seth Berkley (membre honoraire)

CEO, Gavi, the Vaccine Alliance

ANNEXE 3 : PROMESSES DE FINANCEMENT (MILLIONS US\$)

Comprenant les promesses de dons reçues au 31 décembre 2015

Notes générales : Les contributions pour 2000–2015 non libellées en dollars US sont présentées dans le montant équivalent en US\$ selon le taux de change en vigueur à la date de réception des fonds. Les contributions couvertes en 2014 et 2015 sont exprimées en utilisant les taux applicables au moment du contrat de couverture. Les promesses de dons non libellées en dollars US, pour des contributions versées directement ou au Matching Fund pour les années 2016 et suivantes sont exprimées dans le montant équivalent en US\$ aux taux de change estimés d'après les prévisions de l'agence Bloomberg au 31 décembre 2015 (pour l'année 2016 : d'après les prévisions pour le 4^e trimestre 2016, et pour les années 2017 et suivantes : d'après une moyenne des taux annuels anticipés disponibles), sauf pour les contributions figurant dans la colonne « 2016-2020 » (voir note C). Les engagements pour les années pour lesquelles les contributions ont déjà été reçues sont exprimés dans le montant équivalent en US\$ aux taux de change en vigueur à la date de réception des fonds. Les engagements non libellés en dollars US pour ces années qui ont été couvertes pour limiter leur exposition au risque de change sont annoncées dans le montant équivalent en US\$ au taux de change en vigueur au moment de la signature des accords de couverture. Les promesses de dons signées au profit de l'IFFIm, non libellées en dollars US, sont exprimées en équivalents US\$ au cours de change en vigueur à la date de signature des contrats d'engagement financier respectifs. Les promesses de dons au profit de l'IFFIm non libellées en dollars US qui n'ont pas encore été signées sont exprimées en équivalents US\$ en utilisant la moyenne des taux annuels anticipés disponibles de l'agence Bloomberg. Ces contributions n'ont pas été réduites par une provision notionnelle de 3% en cas de réduction résultant des conditions rigoureuses de l'accord cadre de financement de l'IFFIm.

Source : Gavi, l'Alliance du Vaccin, 2016

DONATEUR	Contributions / Promesses de financement ^a												
	2000–2010						2011–2015						
	Contributions directes	Matching Fund	AMC	IFFIm	Total	% du grand total ^b	Contributions directes	Matching Fund	AMC	IFFIm	Total	% du grand total ^b	
Pays donateurs et Commission européenne													
Afrique du Sud				4	4	<1%					5	5	<1%
Allemagne	22				22	<1%	185					185	2%
Arabie saoudite													
Australie	29				29	<1%	242			26	269	4%	
Brésil^e													
Canada	152		125		277	7%	120		75		194	3%	
Chine													
Commission européenne	58				58	1%	35				35	<1%	
République de Corée	0.4				0.4	<1%	7				7	<1%	
Danemark	32				32	<1%	13				13	<1%	
Espagne	43			58	101	2%				55	55	<1%	
Etats-Unis d'Amérique ^f	647				647	15%	733				733	10%	
France ^g	19			191	209	5%	126			305	430	6%	
Inde							3				3	<1%	
Irlande	30				30	<1%	15				15	<1%	
Italie			158	107	265	6%			266	151	417	6%	
Japon							54				54	<1%	
Luxembourg	6				6	<1%	5				5	<1%	
Norvège	526		2	41	569	14%	612		48	89	749	10%	
Oman										68	216	3%	
Pays-Bas	216			14	230	5%	149				216	3%	
Qatar													
Royaume-Uni ^h	137		22	152	312	7%	1 424	61	317	481	2 283	31%	
Fédération de Russie			8		8	<1%			40		40	<1%	
Suède	123			10	132	3%	255			11	266	4%	
TOTAL pays donateurs et Commission européenne:	2 039		316	576	2 931	70%	3 977	61	746	1 190	5 974	80%	
Fondations, organisations et entreprises													
Alwaleed Philanthropies													
Fondation Bill & Melinda Gates ⁱ	1 213		20		1 233	29%	1 237	50	30		1 316	18%	
Son Altesse Cheikh Mohamed ben Zayed Al Nahyan							33				33	<1%	
Fonds de l'OPEP pour le développement international							1				1	<1%	
Sous-Total:	1 213		20		1 233	29%	1 271	50	30		1 350	18%	
Fondation A & A													
Absolute Return for Kids (ARK)								2			2	<1%	
Anglo American plc								3			3	<1%	
Children's Investment Fund Foundation								32			32	<1%	
Comic Relief								21			21	<1%	
Dutch Postcode Lottery								3			3	<1%	
Fondation ELMA pour les vaccins et la vaccination								2			2	<1%	
Fédération internationale des répartiteurs pharmaceutiques													
JP Morgan								2			2	<1%	
Fondation « La Caixa »	16				16	<1%		11			11	<1%	
LDS Charities								7			7	<1%	
Fédération internationale des Lions Club								15			15	<1%	
Autres donateurs privés	12				12	<1%	5				5	<1%	
Sous-Total:	28				28	<1%	5	99			105	1%	
Total pour les fondations, organisations et entreprises^j:	1 241		20		1 261	30%	1 276	149	30		1 455	20%	
GRAND TOTAL:	3 280		336	576	4 191	100%	5 253	210	776	1 190	7 429	100%	

*Certaines contributions peuvent avoir été reçues par Gavi au cours d'années différentes de celles où les promesses de financement ont été faites.

^aLes pourcentages dans cette colonne correspondent à la part du montant total des promesses de dons de chacun des donateurs plutôt que la part en pourcentage des besoins anticipés pour cette période.

^bLa colonne « 2016-2020 » indique le montant des promesses de contributions directes et de contributions au Matching Fund pour les donateurs qui n'ont pas encore indiqué l'affectation de leur(s) promesse(s) de dons à une/des année(s) particulière(s) au cours de cette période. Ces montants sont exprimés en US\$ en utilisant la moyenne des taux de change annuels anticipés pour les années 2016 à 2020, d'après l'agence Bloomberg.

^cLes futurs produits de l'IFFIm représentent les nouveaux engagements pris lors de la conférence des donateurs de Berlin ; ils ont une valeur indicative et reposent sur des estimations, notamment en ce qui concerne les futurs taux d'intérêt et taux de change générés par les données du marché financier, ainsi que de l'échéancier de paiement des donateurs. Ces estimations peuvent s'écarter des conditions prévalant au moment de la signature de la subvention et du contrat légal, ce qui peut entraîner des différences entre les produits prévus et les produits réalisés par l'IFFIm.

^dEn juin 2011, le Brésil s'est engagé sur 20 millions de dollars US pour l'IFFIm. Les discussions sur la convention de subvention sont toujours en cours et aucun produit ne peut lui être attribué à l'heure actuelle.

^eL'engagement des États-Unis pour 1,0 milliard US\$ annoncé lors de la conférence des donateurs de Berlin concerne la période 2015-2018 et comprend 800 millions US\$ pour la période 2016-2018.

^fL'Agence française de développement (AFD), Gavi, l'Alliance du Vaccin et la Fondation Bill et Melinda Gates ont signé un nouvel accord de partenariat innovant portant sur 100 millions € pour la période 2016-2020. Ce partenariat a pour objectif d'augmenter la couverture vaccinale dans six pays francophones de la région du Sahel : Burkina Faso, Mali, Mauritanie, Niger, Sénégal et Tchad.

^gMatching Fund (Royaume-Uni) : au 31 décembre 2015, la totalité des 38,1 millions de livres (équivalent à 61 millions de dollars US) reçus avait été appariée à d'autres contributions de donateurs du secteur privé.

^hMatching Fund (Fondation Bill & Melinda Gates) : des 125 millions US\$ reçus ou à recevoir, il restait un montant total de 66,5 millions à appairer par des contributions de donateurs du secteur privé ou d'autres donateurs, au 31 décembre 2015.

ⁱLes contributions en nature ne sont pas incluses dans le total des contributions des fondations, organisations et entreprises ; au 31 décembre 2015, les organisations suivantes avaient fourni ou s'étaient engagées à fournir des contributions en nature : Fondation internationale des Lions Clubs, UPS et Vodafone.

DONATEUR	Contributions / Promesses de financement ^a											
	2016–2020						2021–2035					
	Contributions directes ^c	Matching Fund ^c	AMC	IFFIm ^{cd}	Total	% du grand total ^b	Contributions directes ^c	Matching Fund ^c	AMC	IFFIm ^{cd}	Total	% du grand total ^b
Pays donateurs et Commission européenne												
Afrique du Sud				5	5	<1%				6	6	<1%
Allemagne	688				688	7%						
Arabie saoudite	25				25	<1%						
Australie	162			103	265	3%			149	149	6%	
Brésil ^e				5	5	<1%			15	15	<1%	
Canada	417				417	4%						
Chine	5				5	<1%						
Commission européenne	242				242	3%						
République de Corée	8				8	<1%						
Danemark												
Espagne				60	60	<1%			60	60	2%	
Etats-Unis d'Amérique ^f	800				800	8%						
France ^g	106			501	607	6%			826	826	34%	
Inde	1				1	<1%						
Irlande	17				17	<1%						
Italie	115		211	175	501	5%			175	175	7%	
Japon												
Luxembourg	5				5	<1%						
Norvège	850			119	969	10%						
Oman	3				3	<1%						
Pays-Bas	207	12		91	309	3%						
Qatar	10				10	<1%						
Royaume-Uni ^h	1 577		146	1 030	2 753	29%			1 183	1 183	49%	
Fédération de Russie			32		32	<1%						
Suède	191			13	204	2%			3	3	<1%	
TOTAL pays donateurs et Commission européenne:	5 430	12	388	2 102	7 932	83%			2 416	2 416	100%	
Fondations, organisations et entreprises												
Alwaleed Philanthropies	1				1	<1%						
Fondation Bill & Melinda Gates ⁱ	1 475	75			1 550	16%						
Son Altesse Cheikh Mohamed ben Zayed Al Nahyan												
Fonds de l'OPEP pour le développement international												
Sous-Total:	1 476	75			1 551	16%						
Fondation A & A												
Absolute Return for Kids (ARK)												
Anglo American plc												
Children's Investment Fund Foundation		0,03			0,03	<1%						
Comic Relief		2			2	<1%						
Dutch Postcode Lottery												
Fondation ELMA pour les vaccins et la vaccination												
Fédération internationale des répartiteurs pharmaceutiques	2				2	<1%						
JP Morgan												
Fondation « La Caixa »												
LDS Charities												
Fédération internationale des Lions Club		15			15	<1%						
Autres donateurs privés	5				5	<1%						
Sous-Total:	7	17			23	<1%						
Total pour les fondations, organisations et entreprisesⁱ:	1 483	92			1 575	<17%						
GRAND TOTAL:	6 913	104	388	2 102	9 506	100%			2 416	2 416	100%	

ANNEXE 4 : ENGAGEMENTS POUR LES PROGRAMMES NATIONAUX SUR LA PÉRIODE 2000–2020^a

Au 31 décembre 2015 (millions US\$)

Pays	SVN	RSS	SSV	SO	SSI	SIV	OSC ^b	VPH	SCP	SFS	Allocation reconstruction PEV après Ebola	Total
Afghanistan	153.1	89.9	14.0	3.6	1.7	2.5	3.6					268.4
Albanie	2.1				0.1	0.3						2.5
Angola	100.9		3.0		1.3	2.6				1.2		108.9
Arménie	4.2	0.3	0.1		0.1	0.5			0.04			5.2
Azerbaïdjan	11.9	0.6	0.7		0.2	0.5						13.8
Bangladesh	390.5	13.7	23.3	33.6	6.1	8.3		0.4				475.9
Bénin	99.1	9.3	0.2	1.7	0.03	0.5		0.2				111.3
Bhoutan	1.2	0.2			0.03	0.3				0.2		2.0
Bolivie	24.9	2.1	0.3		0.9	0.6						28.8
Bosnie Herzégovine	2.1				0.1	0.1						2.3
Burkina Faso	137.0	9.5	9.8	5.2	0.9	3.1		0.2				165.6
Burundi	81.4	23.8	3.7		0.4	1.3	0.5	0.2				111.1
Cambodge	45.5	28.4	2.0	5.9	0.6	1.5						83.8
Cameroun	148.2	7.0	8.0	8.3	1.0	2.9		0.2				175.6
République centrafricaine	21.1	3.2	1.9		0.1	0.6						26.9
Chine	22,0				15,9	0,8						38,7
Comores	1,4	1,8	0,1		0,04	0,3						3,6
Congo	19,3	4,4	1,7		0,2	0,6				0,4		26,6
RD Congo	435,5	201,8	25,8	21,4	2,7	5,1	9,8		0,4			702,4
RPD Corée	23,3	30,4	2,2		0,7	0,6						57,2
Côte d'Ivoire	89,2	8,2	8,9	5,5	1,6	2,3		0,2				116,0
Cuba	1,0	2,4			0,4	0,1						3,8
Djibouti	3,9	3,4	0,2		0,03	0,4						7,9
Erythrée	14,0	2,8	0,4		0,1	0,6						18,0
Ethiopie	620,5	137,9	23,4	45,6	2,7	6,0	3,3	0,2				839,6
Gambie	22,5	4,6	0,7	1,2	0,1	1,1		0,2				30,4
Géorgie	4,0	0,4	0,1		0,1	0,4				0,6		5,7
Ghana	217,0	27,7	5,3	9,5	0,9	2,5	0,8	0,2				263,9
Guinée	28,7	2,1	2,9	2,3	0,3	0,6					6,1	43,1
Guinée Bissau	8,4	1,4	0,5	0,8	0,1	0,5						11,8
Guyana	3,6		0,1			0,4				0,3		4,4
Haïti	17,7	3,3	1,3		0,4	0,9						23,6
Honduras	30,0	8,0	0,1		0,5	0,4				0,4		39,3
Inde	320,4	107,0			18,4	0,4						446,2
Indonésie	68,7	24,8	12,6		9,9	7,6	3,9					127,5
Kenya	409,4	9,9	6,4	12,3	1,1	4,3		0,2				443,6
Kirghizistan	13,5	5,8	0,8		0,2	0,4						20,7
Kiribati	0,3					0,3						0,6
RDP Lao	21,1	4,4	1,4	1,0	0,3	0,8		0,2				29,3

OSC, soutien aux organisations de la société civile ; RSS, soutien au renforcement des systèmes de santé ; SCP, soutien au changement de produit ; SFS, subvention pour fin de soutien ; SIV, subvention pour l'introduction de vaccin ; SO, soutien opérationnel ; SSI, soutien à la sécurité des injections ; SSV, soutien aux services de vaccination ; SVN, soutien aux vaccins nouveaux et sous-utilisés ; VPH, soutien en espèces au projet pilote de vaccination contre le virus du papillome humain.

^aLes engagements représentent les budgets pluriannuels des programmes approuvés par le Conseil d'administration de Gavi (ou le Comité exécutif). Ces endossements ne constituent pas une obligation de paiement, mais envoient plutôt un signal positif indiquant que Gavi a l'intention de financer un programme sur toute sa durée, sous réserve de résultats et de la disponibilité des fonds.

Pays	SVN	RSS	SSV	SO	SSI	SIV	OSC ^b	VPH	SCP	SFS	Allocation reconstruction PEV après Ebola	Total
Lesotho	4,9	2,7	0,1		0,1	0,4						8,3
Libéria	20,9	8,4	2,2		0,4	0,6		0,2			2,8	35,5
Madagascar	134,3	27,6	4,1		0,6	2,3		0,2				169,0
Malawi	163,6	25,5	2,0		0,7	2,0		0,2				194,1
Mali	135,5	24,7	5,0		0,7	1,5		0,2				167,6
Mauritanie	19,3	2,4	0,7	1,0	0,2	0,6						24,2
Moldavie	4,9				0,1	0,5				0,5		6,0
Mongolie	6,0	0,5	0,5		0,1	0,2						7,3
Mozambique	168,0	25,0	1,7		0,8	3,8		0,2				199,5
Myanmar	87,6	32,8	7,7	11,4	2,1	5,7						147,2
Népal	70,4	59,7	3,3	2,4	1,2	2,6		0,2				139,8
Nicaragua	29,1	3,4	0,3		0,5	0,3						33,6
Niger	99,7	44,0	8,1		0,9	2,8		0,3				155,7
Nigéria	479,6	42,5	47,3	101,5	12,6	15,9						699,4
Ouganda	263,5	19,2	9,2		1,2	4,2						297,3
Ouzbékistan	59,2	17,2			0,7	2,4						79,5
Pakistan	731,6	23,5	48,8	21,7	7,4	10,4	7,7					851,1
Papouasie-NG	24,2	3,1	0,4	2,0		0,9						30,6
Rwanda	121,2	15,0	3,0	3,3	0,4	1,7						144,4
Îles Salomon	2,5	2,0		0,1		0,3		0,2				5,2
Sao Tomé	1,1	3,0	0,1		0,02	0,6		0,2				5,0
Sénégal	85,4	17,0	2,6	6,7	0,6	2,2		0,2				114,8
Sierra Leone	45,8	3,9	2,7		0,3	0,8		0,2			4,3	57,9
Somalie	10,2	11,5	1,2		0,2	0,7						23,8
Soudan	261,9	51,0	11,2	35,1	1,3	2,6						363,1
Soudan du Sud	11,7	34,8	5,9	3,5	0,2	0,7						56,8
Sri Lanka	22,2	4,5			0,7	0,5				0,1		28,0
Tadjikistan	21,2	1,3	2,4		0,3	0,6						25,9
R-U Tanzanie	294,9	14,3	11,4	12,8	1,0	8,5		0,2				343,2
Tchad	41,4	5,0	2,6	4,9	0,04	0,7						55,0
Timor-Leste	1,1	3,1				0,2						4,3
Togo	34,6	4,9	3,0	1,7	0,3	0,9		0,2				45,7
Turkménistan	1,0				0,2	0,1						1,2
Ukraine	2,7				0,7	0,1						3,5
Viet Nam	116,4	40,7	1,9	14,9	3,2	3,2						180,3
Yémen	177,3	24,0	5,0	7,5	1,2	2,1						217,1
Zambie	110,4	6,2	3,9		0,7	2,3						123,5
Zimbabwe	72,8	5,9	1,6	3,4	0,9	1,7		0,2				86,5
Total	7 556,4	1 390,8	361,9	391,8	113,5	150,5	29,4	5,1	0,4	3,8	13,2	10 016,9

^bLe soutien aux OSC de Type A n'est pas inclus, étant donné que ces approbations ne sont pas propres à un pays.

Note générale : les valeurs ont été ajustées aux valeurs réelles des déboursements.

Source : Gavi, l'Alliance du Vaccin, 2016

ANNEXE 5 : DÉPENSES AFFÉRENTES AUX PROGRAMMES NATIONAUX APPROUVÉES PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION POUR LA PÉRIODE 2000-2016^a

Au 31 décembre 2015 (en millions US\$)

Pays	SVN	RSS	SSV	SO	SSI	SIV	OSC ^b	VPH	SCP	SFS	Allocation reconstruction PEV après Ebola	Total
Afghanistan	152,4	61,8	14,0	3,6	1,7	2,5	3,6					239,5
Albanie	2,1				0,1	0,3						2,5
Angola	99,6		3,0		1,3	2,6				1,0		107,4
Arménie	4,1	0,3	0,1		0,1	0,5			0,01			5,1
Azerbaïdjan	10,8	0,6	0,7		0,2	0,5						12,8
Bangladesh	384,2	13,7	23,3	33,6	6,1	8,3						469,6
Bénin	83,7	4,5	0,2	1,7	0,4	0,5		0,3				91,2
Bhoutan	1,1	0,2			0,03	0,3		0,2				1,9
Bolivie	24,1	2,1	0,3		0,9	0,6				0,2		27,9
Bosnie Herzégovine	2,1				0,1	0,1						2,3
Burkina Faso	136,1	8,1	9,8	5,2	0,9	3,1		0,1				163,3
Burundi	80,4	23,8	3,7		0,4	1,3	0,5	0,2				110,2
Cambodge	44,7	18,1	1,8	5,9	0,6	1,5						72,6
Cameroun	147,2	7,0	8,0	8,3	1,0	2,9		0,2				174,6
République centrafricaine	21,0	3,2	1,6		0,1	0,6						26,5
Chine	22,0				15,9	0,8						38,7
Comores	1,4	1,8	0,1		0,04	0,3						3,6
Congo	19,0	3,9	1,7		0,2	0,6				0,4		25,8
RD Congo	431,8	141,4	25,8	21,4	2,7	5,1	9,8		0,4			638,3
RPD Corée	22,5	15,5	2,2		0,7	0,6						41,6
Côte d'Ivoire	88,3	8,2	8,9	5,5	1,6	2,3		0,2				115,0
Cuba	0,6	2,4			0,4	0,1						3,5
Djibouti	3,8	1,4	0,2		0,03	0,4						5,8
Erythrée	13,8	2,8	0,4		0,1	0,6						17,8
Ethiopie	583,5	137,9	23,4	45,6	2,7	6,0	3,3	0,2				802,6
Gambie	22,4	1,1	0,7	1,2	0,1	1,1		0,2				26,8
Géorgie	4,0	0,4	0,1		0,1	0,4				0,4		5,5
Ghana	204,4	17,4	5,3	9,5	0,9	2,5	0,8	0,2				241,5
Guinée	28,5	2,1	2,9	2,3	0,3	0,6					6,1	42,8
Guinée Bissau	6,9	1,4	0,5	0,8	0,1	0,5						10,3
Guyana	3,5		0,1			0,4				0,3		4,3
Haïti	12,3	3,3	1,3		0,4	0,9						18,2
Honduras	29,6	8,0	0,1		0,5	0,4				0,4		38,9
Inde	320,4	68,4			18,4	0,4						407,6
Indonésie	68,7	24,8	12,6		9,9	7,6	3,9					127,5
Kenya	373,7	9,9	6,4	12,3	1,1	4,3		0,1				407,9
Kirghizistan	13,0	3,1	0,8		0,2	0,4						17,6
Kiribati	0,3					0,3						0,6
RDP Lao	20,8	4,4	1,4	1,0	0,3	0,8		0,2				28,9

OSC, soutien aux organisations de la société civile ; RSS, soutien au renforcement des systèmes de santé ; SCP, soutien au changement de produit ; SFS, subvention pour fin de soutien ; SIV, subvention pour l'introduction de vaccin ; SO, soutien opérationnel ; SSI, soutien à la sécurité des injections ; SSV, soutien aux services de vaccination ; SVN, soutien aux vaccins nouveaux et sous-utilisés ; VPH, soutien en espèces au projet pilote de vaccination contre le virus du papillome humain.

^aLes approbations représentent un sous-ensemble des engagements approuvés par le Conseil d'administration. Seuls de tels montants approuvés peuvent être payés sous réserve que les pays remplissent toutes les autres conditions de déboursement. Les approbations sont habituellement attribuées pour l'année en cours et pour une année supplémentaire.

Pays	SVN	RSS	SSV	SO	SSI	SIV	OSC ^b	VPH	SCP	SFS	Allocation reconstruction PEV après Ebola	Total
Lesotho	4,0	1,4	0,1		0,1	0,4						6,0
Libéria	20,8	8,4	2,2		0,4	0,6		0,2				35,3
Madagascar	133,0	22,5	4,1		0,6	2,3		0,2			2,8	162,5
Malawi	163,5	18,9	2,0		0,7	2,0		0,2				187,3
Mali	134,7	13,2	5,0		0,7	1,5		0,2				155,2
Mauritanie	19,1	0,8	0,7	1,0	0,2	0,6						22,4
Moldavie	4,8				0,1	0,5						5,9
Mongolie	5,3	0,5	0,5		0,1	0,2						6,6
Mozambique	138,7	10,7	1,7		0,8	3,8		0,2				155,9
Myanmar	86,6	32,8	7,7	11,4	2,1	5,7						146,2
Népal	70,4	38,8	3,3	2,4	1,2	2,6		0,2				118,9
Nicaragua	28,7	3,4	0,3		0,5	0,3						33,2
Niger	98,6	28,8	8,1		0,9	2,8		0,2				139,4
Nigéria	466,7	42,5	47,3	101,5	12,6	15,9						686,5
Ouganda	260,6	19,2	9,2		1,2	4,2						294,5
Ouzbékistan	55,2	7,4			0,7	2,4						65,6
Pakistan	727,3	23,5	48,8	21,7	7,4	10,4	7,7					846,7
Papouasie NG	23,9	1,1	0,4	2,0		0,9						28,4
Rwanda	110,5	13,0	3,0	3,3	0,4	1,7				0,5		131,8
Îles Salomon	2,0	1,0		0,1		0,3		0,1				3,6
Sao Tomé	1,1	1,4	0,1		0,0	0,6		0,1				3,3
Sénégal	84,5	9,3	2,6	6,7	0,6	2,2		0,1				106,1
Sierra Leone	45,5	1,2	2,7		0,3	0,8		0,2			4,3	54,8
Somalie	9,7	11,5	1,2		0,2	0,7						23,4
Soudan	236,4	32,0	11,2	24,1	1,3	2,6						307,7
Soudan du Sud	11,3	18,9	5,9	3,5	0,2	0,7						40,4
Sri Lanka	21,5	4,5			0,7	0,5				0,1		27,3
Tadjikistan	19,6	1,3	2,4		0,3	0,6						24,2
R-U Tanzanie	291,9	11,7	11,4	12,8	1,0	8,5		0,2				336,7
Tchad	40,3	5,0	2,6	4,9	0,4	0,7						53,9
Timor-Leste	1,0	1,5				0,2						2,7
Togo	34,2	3,7	3,0	1,7	0,3	0,9		0,2				43,9
Turkménistan	1,0				0,2	0,1						1,2
Ukraine	2,7				0,7	0,1						3,5
Viet Nam	115,2	40,7	1,9	14,9	3,2	3,2						179,1
Yémen	176,4	17,3	5,0	7,5	1,2	2,1						209,5
Zambie	109,6	2,6	3,9		0,7	2,3						119,0
Zimbabwe	71,9	4,1	1,6	3,4	0,9	1,7		0,2				83,8
Total	7 316,3	1 057,1	361,4	380,8	113,5	150,5	29,4	4,5	0,4	3,4	13,2	9 430,5

^b Les OSC de Type A ne sont pas incluses, ces approbations n'étant pas spécifiques à un pays.

Notes générales : Les valeurs approuvées pour la Phase I de Gavi (2000-2006) ont été ajustées de façon à refléter les valeurs réelles des déboursments.

Le montant des dépenses approuvées s'est élevé à 6 741 millions US\$ en 2014, 1 486 millions US\$ en 2015 et 1 203 millions US\$ en 2016.

Source : Gavi, l'Alliance du Vaccin, 2016

ANNEXE 6 : ENGAGEMENTS D'INVESTISSEMENTS APPROUVÉS PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

ENGAGEMENTS D'INVESTISSEMENTS SUR 2003-2018^a
au 31 décembre 2015 (millions US\$)

Programme	Vaccins	Coûts opérationnels	Total
Rougeole	60,4	115,6	176,0
Initiative contre la rougeole et la rubéole	22,0	33,0	55,0
Méningite	60,5	25,6	86,1
Tétanos maternel et néonatal	16,3	45,3	61,6
Poliomyélite	143,3	48,0	191,3
Fièvre jaune	120,8	36,4	157,2
Choléra	114,5		114,5
Ebola	5,0		5,0
Autres	5,0	0,5	5,5
Total	547,7	304,5	852,2

DÉPENSES AFFÉRENTES AUX INVESTISSEMENTS
APPROUVÉES PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION
POUR 2003-2015^b
au 31 décembre 2015 (millions US\$)

Programme	Vaccins	Coûts opérationnels	Total
Rougeole	60,4	115,6	176,0
Initiative contre la rougeole et la rubéole	14,0	21,0	35,0
Méningite	60,5	25,6	86,1
Tétanos maternel et néonatal	16,3	45,3	61,6
Poliomyélite	143,3	48,0	191,3
Fièvre jaune	120,8	36,4	157,2
Choléra	16,7		16,7
Ebola	5,0		5,0
Autres	5,0	0,5	5,5
Total	442,0	292,5	734,4

^aLes engagements représentent les budgets pluriannuels des programmes approuvés par le Conseil d'administration de Gavi (ou le Comité exécutif). Ces endossements ne constituent pas une obligation de paiement mais envoient plutôt un signal positif indiquant que Gavi a l'intention de financer un programme sur toute sa durée, sous réserve de résultats et de la disponibilité des fonds.

^bLes approbations représentent un sous-ensemble des engagements approuvés par le Conseil d'administration. Seuls de tels montants approuvés peuvent être payés sous réserve que les pays remplissent toutes les autres conditions de déboursement. Les approbations sont habituellement attribuées pour l'année en cours et pour une année supplémentaire.

TABLE DES MATIÈRES DÉTAILLÉE

- 1 L'Alliance du Vaccin
- 2–3 Nos quatre objectifs
- 4–5 Questions-réponses avec les dirigeants de Gavi

6–75 MESURER NOS PROGRÈS

- 8–9 Les indicateurs relatifs à notre mission



10–31 L'OBJECTIF DE LA VACCINATION

- 12–13 Lancement de vaccins et nouvelles campagnes de vaccination soutenus par Gavi en 2015
- 14–15 Des objectifs d'introduction de vaccins atteints plus tôt que prévu
- 16 Vaccin contre le rotavirus : le nombre d'introductions dépasse l'objectif fixé
- 17 Vaccin VPH contre le cancer du col de l'utérus
- 18–19 Prévention du cancer du col de l'utérus : des leçons apprises en dehors du cadre scolaire
- 20–21 Les progrès avec le soutien au VPI et au vaccin oral contre le choléra
- 22 Éliminer la principale cause d'encéphalite virale
- 23 Prévenir la rougeole par la vaccination systématique et les campagnes de vaccination
- 24 Protéger les enfants contre la rougeole et la rubéole
- 25 Nouvelle stratégie de lutte contre la rougeole et la rubéole
- 26 Prévenir la méningite par la vaccination systématique et les campagnes de vaccination
- 27 La lutte contre la pneumonie au Népal : l'importance des chiffres
- 28 Fièvre jaune : de nouvelles zones à risque
- 29 République-Unie de Tanzanie : la couverture vaccinale à la croisée des chemins
- 30–31 La Mission Arc-en-ciel promet un avenir meilleur aux enfants indiens sous-immunisés

32–47 L'OBJECTIF DES SYSTÈMES DE SANTÉ

- 34 Les systèmes de santé dans les pays soutenus par Gavi
- 35 Renforcer les systèmes de santé
- 36 Renforcer le rôle de la société civile
- 37 Yémen: fonctionner dans l'adversité
- 38–39 Le succès avec les données dans la province du Pendjab : relier les points entre eux
- 40 Priorité aux pays
- 41 Un domaine stratégique : les chaînes d'approvisionnement en vaccin
- 42–43 Le fonctionnement de la chaîne d'approvisionnement
- 44 Un domaine stratégique : les données
- 45 La gestion des risques
- 46–47 Evaluation complète des pays : le big data à l'échelle locale



48–63 L'OBJECTIF DU FINANCEMENT

- 50–51 Un financement durable pour la vaccination
- 52 La transition vers l'autofinancement
- 53 Honduras : la transition vers l'avenir
- 54–55 Sur la voie de la transition : la Géorgie prépare le terrain
- 56–57 Le financement des donateurs et des investisseurs
- 58–59 Le financement innovant
- 60–61 Un meilleur impact grâce aux partenariats avec le secteur privé
- 62–63 Centre d'excellence pour les responsables des chaînes d'approvisionnement : « STEP », un pas dans la bonne direction

64–75 L'OBJECTIF DU FAÇONNAGE DES MARCHÉS

- 66 Façonner le marché des vaccins
- 67 Assurer un approvisionnement suffisant et constant
- 68 Vaccin Ebola : redémarrer le processus
- 69 Des partenariats pour des vaccins de qualité, adaptés aux besoins et à moindre coût
- 70–71 Un avenir solaire brille sur la chaîne du froid en Haïti
- 72 Innover pour améliorer la technologie vaccinale
- 73 Éthiopie : approvisionnement égale progrès
- 74–75 À la recherche des personnes exposées à Ebola : la vie sur la ligne de front

76–88 ANNEXES

- 78–79 Contributions en faveur de Gavi
- 80–81 Structure de gouvernance
- 82–83 Promesses de financement
- 84–85 Engagements pour les programmes nationaux
- 86–87 Dépenses afférentes aux programmes nationaux approuvées par le Conseil d'administration
- 88 Engagements d'investissements approuvés par le Conseil d'administration

NOTES

Crédits

Rédacteur en chef : Chris Endean

Rédacteur en chef adjoint : Åsa Fridh

Collaborateurs : Alister Bignell, Roice Fulton, Duncan Graham-Rowe, David Holzer, Emily Loud, Alice Mevel

Conception graphique : Mike Harrison, Draw

Directeur des publications : Pascal Barollier

Crédit photo de couverture : Gavi / 2013 / Manpreet Romana

Gavi prépare un rapport financier annuel pour l'exercice terminé au 31 décembre 2015. Le Rapport combine les états financiers vérifiés de « Gavi, l'Alliance du Vaccin », de l'IFFIm, de l'IFFIM Sukuk Company et de Gavi Campaign. Il sera publié en septembre 2016 après approbation par le Conseil d'administration, et disponible sur le site internet de Gavi : www.gavi.org/funding/financial-reports

© Gavi, l'Alliance du Vaccin. Tous droits réservés. La présente publication peut être librement commentée, citée, reproduite ou traduite, en totalité ou en partie, à condition de mentionner la source.

Le contenu de cette publication n'implique aucune prise de position de la part de Gavi, l'Alliance du Vaccin, concernant le statut juridique et le tracé des frontières ou des limites de tout pays, territoire, ville ou zone, ou de leurs autorités. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives au sujet desquelles il est possible que des points de désaccord subsistent. La mention de sociétés ou de produits commerciaux n'implique pas que ces sociétés et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par Gavi, l'Alliance du Vaccin, de préférence à d'autres.

Couverture imprimée sur papier Heaven 42 Softmatt, sans bois et certifié FSC. Pages intérieures du document imprimées sur papier Heaven 42 Softmatt, sans bois et certifié FSC

NOTES

Un agent de santé
donne des informations
à une jeune mère à
l'occasion d'une séance de
vaccination au Ghana
Gavi / 2012 /
Olivier Asselin







2, Chemin des Mines
1202 Genève
Suisse

Tel : +41 22 909 65 00
Fax : +41 22 909 65 50

www.gavi.org
info@gavi.org

<http://www.gavi.org/rapport-de-situation/>

Ensemble, #vaccineswork



facebook.com/gavi



@gavi @gavi_fr @vaccines



linkedin.com/company/gavi



instagram.com/gavialliance



youtube.com/gavialliance

www.vaccineswork.org

