

Rapport du Directeur exécutif

Le 24 novembre 2021

Chers membres du Conseil d'administration,

Alors que nous allons bientôt entamer la troisième année sous pandémie, la pertinence et l'urgence de la tâche de Gavi ne font que croître. Durant ces deux années de pandémie, nous avons aidé les pays à maintenir, restaurer et renforcer la vaccination de routine, cherché à atteindre les plus marginalisés et à mettre fin à la phase aiguë de la pandémie par la vaccination. Nous abordons 2022 avec la même vision, tout en étant conscients des risques encourus. Lors de cette réunion, le Conseil d'administration aura l'occasion de discuter des principaux risques décrits dans le nouveau rapport sur les risques et assurances. Comme indiqué dans la dernière version de la déclaration de Gavi sur l'appétit pour le risque, approuvée par le Conseil d'administration lors de sa réunion de juin, cette prise de risques en vaut la peine, sachant que nous n'en continuons pas moins à exercer sur eux une surveillance active et cherchons à les atténuer autant que possible. Nous nous efforçons de maintenir un bon équilibre entre notre soutien à la vaccination systématique, les priorités définies pour Gavi 5.0 et la nécessité de mettre fin à la pandémie. Avec la COVID-19, nous sommes entrés dans une nouvelle ère, et Gavi s'est engagée à fond dans la riposte mondiale à la pandémie, ce qui l'a placée sous les feux de la rampe comme jamais auparavant. En inscrivant l'équité au centre de la riposte, nous avons engagé notre réputation. Nous sommes toujours en train de nous battre pour essayer de combler les failles inadmissibles observées dans la couverture vaccinale contre la COVID-19, tout particulièrement dans les pays à faible revenu.

L'année écoulée était également **la première année de mise en œuvre de Gavi 5.0**. Forts des succès obtenus entre 2016 et 2019 par l'Alliance en matière de couverture vaccinale et d'équité, nous étions prêts à donner le coup d'envoi de cette nouvelle période stratégique en nous attachant encore davantage à l'équité dans la vaccination. Nous avons établi comme marqueurs de succès le fait d'atteindre les enfants zéro dose et les communautés laissées pour compte. Malheureusement, nous subissons toujours les effets de la pandémie, qui vont probablement se faire sentir encore pendant plusieurs années. Dans les pays éligibles au soutien de Gavi, les cas de COVID-19 représentent autour de 22 % des cas signalés dans le monde. Dans certains pays, le nombre de cas augmente

de façon continue, alors que, dans d'autres, la maladie évolue sous forme de vagues successives. Même s'il existe de grandes variations entre les pays, la tendance est à la persistance de la maladie, à la contraction de l'espace fiscal et au recul de la couverture vaccinale (estimations OMS-UNICEF/ WUENIC 2020), ce qui a des implications profondes pour les pays qui bénéficient de notre soutien et de nos programmes. Je voudrais insister sur quatre grands messages :

1. La pandémie a frappé les populations les plus vulnérables de manière disproportionnée, ce qui souligne l'urgence et l'importance de notre objectif, axé sur l'équité, d'atteindre les enfants zéro dose et les communautés marginalisées.
2. La vaccination a fait preuve de plus de résilience que les autres interventions sanitaires. La diminution de la couverture vaccinale, bien que préoccupante, est en effet moins grave que prévu. Mais il faut voir ce qui va se passer en cas de persistance de ces difficultés. Il faut donc absolument rester vigilant.
3. Nous continuons à observer d'importantes variations nationales et régionales dans les performances de la vaccination, ce qui confirme l'importance d'adopter, comme nous l'avons fait, une approche personnalisée et adaptée à chaque pays, en fonction de leurs problèmes et de l'évolution de leur couverture vaccinale.
4. Quelle que soit la portée de sa plateforme opérationnelle, l'Alliance devra continuer à faire preuve de souplesse et de réactivité pour être capable d'aider les pays à maintenir leurs services de santé, à lutter contre la pandémie et à reconstruire en mieux. Nous n'avons pas droit à l'échec, en aucun de ces points.

Maintenant plus que jamais, nous devons maintenir l'intérêt que nous portons déjà depuis longtemps à **la pérennité de nos programmes et à la protection des acquis en matière de participation financière des pays**, ce qui est, depuis toujours, une des caractéristiques de Gavi. Au début de la pandémie, reconnaissant la pression fiscale à laquelle les pays pourraient être confrontés, le Conseil d'administration a approuvé l'octroi de dérogations en matière de cofinancement à hauteur de 150 millions de dollars US. À peine plus de 20 millions de dollars¹ ont été utilisés à ce jour, ce qui reflète le profond engagement de l'Alliance auprès des pays pour préserver leurs investissements dans la vaccination, en n'accordant des dérogations qu'en dernier recours. Nous n'avons encore approuvé aucune nouvelle dérogation depuis le début de l'année 2021, mais nous avons reçu des demandes de plusieurs pays en situation de fragilité et de conflit, demandes que nous examinons actuellement, en coordination avec nos partenaires. Nous savons qu'à court terme les pays vont continuer à souffrir de difficultés budgétaires, devant à la fois financer leurs services de santé essentiels, assurer la riposte à la COVID-19 et faire face à des niveaux d'endettement plus élevés. Nous devons donc continuer à nous mobiliser pour préserver les ressources des pays dédiées à la vaccination et éviter tout retour en arrière.

Malgré toutes ces perturbations, nous avons réussi à mener à bien **26 introductions et campagnes de vaccination**² depuis le début de l'année

¹ 4,4 millions USD en 2020 et ~ 16 millions USD pour le Pakistan approuvés en 2020 mais décaissés en 2021

² 19 campagnes de vaccination et 7 introductions dans les programmes de vaccination systématique

2021, sachant que l'objectif était de 39. Nous avons également constaté une amélioration générale de la visibilité et du suivi des stocks de vaccins utilisés en routine dans les différents pays ; et nous surveillons de près l'état des stocks et les éventuels gaspillages. Nous avons réussi à donner la priorité au programme concernant les enfants zéro dose dans tous les leviers de financement de Gavi. D'un montant de 500 millions de dollars US, le fonds pour l'accélération de l'équité » (*Equity Accelerator Funding* ou EAF) est désormais à la disposition des pays qui développent de nouvelles stratégies pour atteindre les enfants zéro-dose et les communautés marginalisées. Nous devrions recevoir 14 demandes d'ici le milieu de l'année prochaine. Le déploiement de ces aides n'est pas aussi rapide que nous l'aurions espéré, mais dans le contexte de la pandémie, l'intérêt et les aspirations affichés par ces pays sont des signes encourageants.

J'ai le plaisir d'annoncer qu'en dépit des difficultés persistantes à accroître la couverture et à vacciner tous les enfants contre la **poliomyélite**, seulement quatre cas de poliomyélite sauvage ont été détectés depuis le début de cette année, dont deux, confirmés, ce mois-ci, en Afghanistan. S'il n'est pas surprenant de voir circuler encore du poliovirus sauvage, l'analyse génétique des virus indique que cette circulation durait depuis plus d'un an sans avoir été détectée. Sur une note plus positive, la population vivant dans la région où ces cas ont été détectés a récemment bénéficié de campagnes de vaccination en porte-à-porte avec le VPOb (vaccin antipoliomyélitique oral bivalent, types 1 et 3), dans le cadre de la reprise des campagnes de lutte contre la poliomyélite autorisée par les Talibans. Le nouveau vaccin antipoliomyélitique oral monovalent de type 2 (VPO2) a déjà été utilisé chez plus de 100 millions d'enfants, avec un bon dossier sur leur sécurité. Nous constatons également avec satisfaction que la nouvelle stratégie de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP) s'aligne sur le Programme pour la vaccination à l'horizon 2030 et sur les priorités de Gavi, en recommandant de se préoccuper des enfants zéro dose ainsi que des problématiques d'intégration et de genre. Les activités de vaccination de rattrapage (avec le vaccin antipoliomyélitique inactivé - VPI) et la généralisation de la deuxième dose de vaccin inactivé (VPI2) mettent également l'accent sur la nécessité d'intégrer les activités de lutte contre la poliomyélite aux services de santé essentiels. Nous continuons toutefois, hélas, à constater des retards dus à la COVID-19. Nous allons également suivre avec intérêt les prochaines délibérations sur les calendriers de vaccination avec le VPI, notamment en ce qui concerne l'utilisation des vaccins hexavalents. En 2018, le Conseil d'administration de Gavi avait donné son accord de principe pour le soutien à ces vaccins, sous réserve qu'ils franchissent les étapes réglementaires et institutionnelles. Nous notons toutefois qu'il subsiste encore une certaine incertitude quant à la disponibilité de vaccins hexavalents à des prix acceptables. Nous reviendrons probablement devant le Conseil d'administration l'année prochaine pour examiner l'opportunité d'intégrer ces vaccins hexavalents dans notre programme de soutien.

Au moment de finaliser ce rapport, je me trouve au Pakistan dans le cadre d'une mission avec le Conseil de surveillance de la poliomyélite (POB). Nous souhaitons aider le gouvernement à redonner au programme l'élan dont il a besoin pour atteindre les enfants qui échappent toujours à la vaccination. L'un des grands messages du Conseil de surveillance, c'est qu'il faut renforcer les synergies en intégrant l'éradication de la poliomyélite au Programme élargi de vaccination

(PEV), en particulier dans les communautés les plus marginalisées. Je suis impressionné par le niveau d'intégration que je constate actuellement entre ces programmes, ce qui est de bon augure pour les activités à mettre en place, une fois la maladie éradiquée, pour maintenir le statut de pays exempt de poliomyélite. Nous avons également souligné qu'il était important d'intégrer la vaccination VPOb dans la campagne nationale de vaccination contre la rougeole et la rubéole. Nous avons profité de l'occasion pour voir comment se passait la distribution des vaccins contre la COVID-19. Ce qui m'a donné le moral, c'est la façon dont le Pakistan accorde la priorité à ceux et celles qui en ont réellement besoin. Demandant aux membres du Collège des « Femmes agents de santé » (*Lady Health Workers*) si elles étaient vaccinées contre la COVID-19, j'ai constaté que la majorité d'entre elles l'étaient. Cela fait du bien de voir que ces travailleuses de santé de première ligne, dont le rôle est si important, sont considérées comme prioritaires.

La COVID-19 a eu un impact significatif sur les activités de lutte contre **la rougeole et la rubéole**, avec une seule introduction dans les programmes de vaccination systématique et cinq campagnes de vaccination en 2020, contre 32 activités soutenues par Gavi en 2019. Il faut noter toutefois que 2019 avait été une année particulièrement intense pour les activités de lutte contre ces deux maladies. Sept initiatives ont pris place depuis le début de 2021 (2 introductions dans les programmes de vaccination systématique et 5 campagnes), et quelques activités supplémentaires sont prévues avant la fin de l'année. La couverture obtenue en routine avec les vaccins à valence rougeole a également été affectée, ce qui a conduit à des niveaux de protection insuffisants et à un risque accru de flambées épidémiques de rougeole. Avec nos partenaires, nous étudions différentes manières d'atténuer ce risque et nous discuterons lors du Conseil d'administration de la possibilité d'améliorer la mesure de l'impact des activités de vaccination supplémentaires (AVS) ciblées - en utilisant, par exemple comme indicateur la proportion d'enfants de moins de cinq ans vaccinés au cours des AVS, enfants qui n'avaient jusqu'alors reçu aucune dose de vaccin à valence rougeole. [Une délibération à ce sujet est inscrite à l'ordre du jour. En cas d'approbation, l'objectif retenu pour cet indicateur (S.1.6 de Gavi 5.0) sera de 50 %]. Depuis 2004, date du début du soutien de Gavi à la lutte contre la rougeole et la rubéole, près de 1,4 milliard de dollars ont été investis dans 114 programmes, et plus de 2,3 millions de décès ont pu ainsi être évités. Cela représente d'énormes progrès dans la lutte contre la rougeole et la rubéole dans les pays soutenus par Gavi. Il faut absolument restaurer ces progrès.

Je suis par ailleurs impatient de participer à notre discussion sur le **paludisme**, car une décision importante nous attend. Des progrès considérables ont été accomplis dans la réduction de cette maladie depuis 2000, mais ils se sont ralentis ces dernières années. Nous reconnaissons tous qu'il faut de nouveaux outils pour relancer la lutte contre le paludisme. Les pays africains, en particulier, paient un tribut disproportionné à cette maladie : ils concentrent plus de 90 % des décès dus au paludisme dans le monde, dont deux tiers chez les enfants de moins de cinq ans. Nous sommes également confrontés au problème de plus en plus préoccupant de la résistance aux insecticides et aux médicaments, alors que le réchauffement climatique va favoriser la prolifération des moustiques vecteurs et augmenter leur « hospitalité » vis-à-vis du parasite. Dans ce contexte, la

recommandation de l'OMS pour le vaccin RTS,S/AS01 représente un tournant historique : pour la première fois, nous disposons d'un vaccin sûr et efficace contre un parasite humain. Nous sommes ravis des résultats obtenus grâce aux investissements de Gavi, du Fonds mondial et d'Unitaid dans le programme pilote de vaccination antipaludique (MVIP, pour *Malaria Vaccine Implementation Programme*). Je tiens à féliciter l'OMS, PATH et GSK, et tout particulièrement les gouvernements et les communautés du Ghana, du Kenya et du Malawi, pour leur travail acharné qui nous a permis d'en arriver là. Mais il reste encore des étapes à franchir, et non des moindres : ce vaccin est loin d'être parfait ; c'est un outil complémentaire, dont l'impact sera maximal s'il est déployé en complément (et non en remplacement) des autres interventions recommandées pour la prévention du paludisme, elles-mêmes tout aussi imparfaites. Les autorités nationales et internationales concernées devront examiner attentivement les données générées lors du déploiement de ce vaccin et procéder à des évaluations et des arbitrages. Ce vaccin, qui peut avoir un impact considérable, a un coût élevé. Il faudra trouver des solutions pour faire face au manque de financements, tant au niveau national que mondial. Il va falloir exploiter les synergies avec les autres interventions de lutte contre le paludisme - nous avons tous été frappés par les données des essais pilotes saisonniers montrant le bénéfice supplémentaire obtenu en combinant vaccination et chimioprévention saisonnières du paludisme. Par ailleurs, nous avons encore beaucoup à apprendre sur la vaccination saisonnière. Certaines des questions que nous nous posons ne pourront trouver de réponse qu'après l'introduction de la vaccination, mais nous avons ici des occasions de renforcer l'équité et l'intégration, en collaborant avec différents partenaires, notamment le Fonds mondial et l'Initiative du Président des États-Unis contre le paludisme. Ce vaccin est effectivement le premier dont nous disposons contre le paludisme, mais nous espérons que ce ne sera pas le dernier ; il existe d'autres candidats dans le pipeline. Il faut donc déjà penser à ce qu'il va falloir faire pour constituer un solide pipeline de R&D.

En 2018, le Conseil d'administration a approuvé un programme pilote visant à remédier aux défaillances du marché du diagnostic de la **fièvre jaune** et aux insuffisances des laboratoires le pratiquant. C'est un problème majeur quand il s'agit d'utiliser à bon escient le vaccin contre la fièvre jaune, disponible en quantités limitées. Au début, il n'existait aucun kit commercial validé pour le diagnostic de la maladie. On dispose maintenant, grâce au soutien de Gavi, d'un kit de test moléculaire validé, de deux kits de détection d'anticorps en cours de validation et d'au moins un kit de détection antigénique de la fièvre jaune en attente d'évaluation. Le nombre de pays africains à haut risque d'épidémies, capables de confirmer eux-mêmes au moins quelques cas de fièvre jaune est passé de un à quatre ; ce nombre devrait augmenter au fur et à mesure de l'introduction des kits de tests moléculaires validés. Le temps nécessaire pour obtenir les résultats des tests effectués dans les laboratoires nationaux à partir de prélèvements, susceptibles de révéler le début d'une nouvelle épidémie ou l'expansion d'une épidémie existante, est passé de 106 jours en 2017 à 39 jours en 2020. Les données sur le diagnostic de fièvre jaune sont à l'origine de la décision de l'Ouganda d'introduire le vaccin dans leur programme de vaccination systématique l'année prochaine, si bien qu'il ne restera plus que deux pays africains à haut risque où ce vaccin ne fera pas partie des programmes de routine. Les données diagnostiques ont également révélé qu'au moins deux campagnes de vaccination

prévues en riposte à des épidémies de fièvre jaune (en 2019 et 2020) n'étaient pas nécessaires, et que les vaccins disponibles pouvaient être utilisés plus efficacement. L'extension de ce programme dans le cadre de Gavi 5.0 permettra de consolider ces progrès dans le domaine de la fièvre jaune et de s'en inspirer pour d'autres maladies. L'élargissement de notre aide au diagnostic d'autres maladies nécessitant des programmes de vaccination ciblés (choléra, typhoïde, méningite à méningocoque, rougeole, rubéole) permettrait d'augmenter de la même manière l'efficacité et l'équité de ces programmes. Il s'agit d'une opportunité de première importance, dont nous discuterons plus en détail lors de notre réunion.

Le programme de **vaccination contre le VPH** de Gavi offre également de précieuses opportunités pour Gavi 5.0 et le Programme pour la vaccination à l'horizon 2030 (IA2030), de même que pour d'autres grandes initiatives mondiales en matière de santé (vaccination tout au long de la vie, équité des genres). Lancé en 2016, le programme de vaccination contre le VPH connaît une couverture plus faible que prévu du fait des difficultés d'approvisionnement et de la pandémie (fermetures d'écoles et faible fréquentation) : en 2020, on comptait à peine plus de 7,1 millions de filles vaccinées dans le cadre de ce programme. Si elle devait se poursuivre, cette tendance pourrait compromettre les objectifs de Gavi 5.0, et les pays pourraient se retrouver avec des doses de vaccin périmées sur les bras. Dans le passé, notre programme de vaccination contre le VPH a également souffert de problèmes d'approvisionnement importants. L'offre devrait augmenter au cours de la période 5.0, principalement du fait de l'augmentation importante des capacités de production de Merck, et aussi grâce à l'arrivée sur le marché de nouveaux producteurs³. Le prix du vaccin contre le VPH est, de longue date, source de préoccupation ; mais l'arrivée sur le marché des vaccins actuellement en cours de développement pourrait entraîner à long terme une baisse générale du coût du programme. Par ailleurs, les essais cliniques en cours pour évaluer l'efficacité d'un schéma à une seule dose semblent prometteurs. Si ces résultats se confirment, l'adoption de ce schéma devrait permettre non seulement de résoudre les problèmes d'approvisionnement mais aussi d'alléger le coût des programmes de vaccination, et d'en améliorer ainsi la faisabilité et l'accessibilité. Nous envisageons également certains changements de stratégie qui permettraient d'optimiser encore le programme, de gérer les risques liés à la COVID-19 et d'améliorer la couverture vaccinale. S'il n'est pas question de changer nos objectifs, il se peut que nous ayons à changer l'approche utilisée pour atteindre les filles et son timing, pour nous adapter à la nouvelle situation, d'une grande complexité, créée par la pandémie, alors que nous aidons les pays à mettre en place de façon pérenne leur programme de vaccination systématique contre le VPH.

Le ministère de la Santé de la République démocratique du Congo (RDC) a signalé, le 8 octobre 2021, un nouveau foyer de **maladie à virus Ebola (MVE)** dans la zone sanitaire de Beni, dans la province du Nord-Kivu, après avoir confirmé la présence du virus chez un enfant décédé de symptômes compatibles avec cette maladie. Il s'agit du treizième foyer de maladie à virus Ebola signalé en

³ Le vaccin VPH2 (bivalent) de Xiamen Innovax (Chine) vient de recevoir la préqualification de l'OMS, tandis que le vaccin VPH2 de Walvax (Chine) et le vaccin tétravalent (VPH4) du Serum Institute of India (SII) devraient obtenir l'approbation réglementaire d'ici 2024-2025.

RDC, le cinquième depuis 2017. À ce jour, le ministère de la Santé a dénombré huit cas confirmés et trois cas probables, parmi lesquels neuf décès dans trois secteurs de la zone de santé de Beni. Compte tenu de la disponibilité de 12 900 doses expérimentales de vaccin rVSV-ZEBOV dans le pays, le ministère de la Santé a décidé, après avoir consulté l'OMS et le Groupe international de coordination (GIC) pour l'approvisionnement en vaccins, d'utiliser 1 000 de ces doses pour procéder le plus vite possible à une vaccination en anneau. Appuyé par l'OMS, le ministère de la Santé a soumis parallèlement au GIC une demande de fourniture du vaccin Ebola produit par Merck et préqualifié par l'OMS. Le 5 novembre 2021, 4 800 doses de ce vaccin sont arrivées à bon port en RDC, dont la moitié (2 400 doses, prêtes à l'emploi) a été envoyée à Goma. Il s'agit de la première livraison de vaccins contre le virus Ebola provenant du stock d'urgence récemment créé, qui compte actuellement 267 950 doses de vaccin Merck immédiatement disponibles. Le ministère de la Santé a autorisé l'utilisation du vaccin hors indication pour les enfants de moins de 18 ans, les femmes enceintes et les mères allaitantes, conformément aux recommandations du groupe stratégique consultatif d'experts (SAGE) sur la vaccination. Au total, 621 personnes ont été vaccinées, dont 72 agents de première ligne.

Le 28 septembre, l'OMS a publié le [rapport final de la Commission indépendante](#) nommée pour enquêter sur les allégations d'exploitation et d'abus sexuels commis pendant la réponse à la dixième épidémie de maladie à virus Ebola dans les provinces du Nord-Kivu et de l'Ituri. Les conclusions sont dévastatrices et il est de notre responsabilité commune, en tant que leaders de la santé mondiale, de veiller à empêcher de tels abus de pouvoir, que ce soit dans le cadre des programmes de santé publique ou dans d'autres circonstances. Le Dr Tedros a promis de veiller à ce que justice soit faite. Il a reconnu la responsabilité de la communauté internationale et la nécessité de rétablir la confiance dans les organisations humanitaires et les agences de développement. Je profite de cette occasion pour me faire l'écho de ces propos. Même si Gavi n'a été impliquée dans aucune des allégations, notre équipe chargée de la gestion des risques a néanmoins convoqué une réunion de son comité suite à la publication du rapport, afin de réévaluer les risques spécifiques à Gavi et d'entamer la discussion sur les mesures supplémentaires à prendre pour prévenir de tels abus, outre nos mesures d'atténuation et notre politique de tolérance zéro actuellement en vigueur.

Depuis le début de l'année 2021, le GIC a reçu au total 13 demandes de distribution de **vaccins provenant des stocks d'urgence** (dix demandes ont été approuvées et trois l'ont été partiellement), dont les deux mentionnées précédemment pour les vaccins contre le virus Ebola. Les onze autres demandes concernent le vaccin anticholérique oral (VCO – huit demandes) et le vaccin contre le méningocoque (trois demandes).⁴ Aucune demande de vaccin contre la fièvre jaune n'a été reçue depuis le début de l'année, mais nous analysons des signes de transmission de la maladie et nous nous attendons à recevoir de façon imminente des demandes en provenance du Ghana, du Cameroun, du Tchad et de la République centrafricaine. Le nombre de demandes concernant le vaccin oral contre le choléra reste inférieur à celui des années précédentes (huit depuis

⁴ Au total, 21,6 millions de doses ont été accordées (21 millions de doses pour le vaccin oral contre le choléra et 600 000 pour le vaccin contre le méningocoque), sur une demande de 25 millions de doses

le début de l'année 2021, contre une moyenne de 14 demandes annuelles entre 2016 et 2019). Nous avons toutefois approuvé en septembre trois demandes importantes en riposte à des épidémies survenues au Nigéria, au Niger et au Bangladesh, pour un total de 10,4 millions de doses, ce qui a momentanément épuisé le stock mondial de VCO à la fin du mois. La pression sur l'approvisionnement en vaccin anticholérique oral devrait se maintenir au cours des prochains mois, sachant qu'il reste environ 5 millions de doses à expédier pour achever les deuxièmes séries de vaccination, et de nouveaux signaux d'alerte sont en cours d'évaluation au Cameroun, en Afghanistan et au Mozambique. Les fabricants ont répondu à cette hausse de la demande en mettant à disposition en octobre 3,1 millions de doses, auxquelles devraient se rajouter 6,7 millions de doses à recevoir entre novembre et décembre. Comme stratégie d'atténuation, le GIC a recommandé d'augmenter la taille du stock de vaccin anticholérique oral (5 millions de doses en permanence au lieu de 3 millions). Gavi a demandé au secrétariat du GIC et à l'OMS de fournir une analyse détaillée des postulats soutenant cette recommandation et attend leur réponse pour s'assurer que cette augmentation est justifiée à long terme.

À la date de publication de ce rapport, j'ai le plaisir d'annoncer que **COVAX** a réussi à allouer plus d'un milliard de doses, et à distribuer près de 536 millions de doses à 144 pays, dont plus de 434 millions aux pays de l'AMC COVAX de Gavi. Plus de 170 millions de ces doses provenaient de dons. Nous espérons arriver à 800 millions à 1 milliard de doses distribuées dans les pays d'ici la fin de l'année, et à disposer de suffisamment de vaccins pour doubler ce nombre d'ici la fin du premier trimestre 2022. Globalement, les **prévisions d'approvisionnement** de COVAX s'étaient considérablement détériorées avant et pendant l'été, ce que nous avons rapidement tenté de corriger en diversifiant davantage le portefeuille, en discutant avec les fabricants liés par contrat à COVAX et en suscitant des dons de doses, et nous en sommes maintenant à 1,3 milliard de doses d'ici la fin de l'année. Les prévisions d'approvisionnement correspondent aux doses provenant de commandes fermes auprès des fournisseurs et livrables dans les délais convenus, ainsi que les dons de vaccins selon le calendrier prévu. La concrétisation de ces prévisions nécessite un certain nombre d'étapes : confirmation de la disponibilité des doses commandées auprès des fabricants, attribution des doses aux différents pays, acceptation des doses par les pays, obtention des permis d'importation, formalités juridiques et contrats entre les pays et les fabricants nécessaires pour recevoir/libérer les doses, vérification de la capacité de stockage en fonction des besoins, organisation logistique des livraisons aériennes et coordination des dates de livraison avec les pays. Les prévisions d'approvisionnement permettent d'avoir une bonne vision de la manière dont nous construisons le portefeuille de COVAX, et obligent les fabricants à rendre compte publiquement de leurs accords avec COVAX. Les prévisions concernant la réception des doses dans les pays permettent, quant à elles, de mieux se rendre compte de ce qui se passe à ce niveau – ce à quoi nous travaillons pour essayer d'obtenir des données précises.

Malgré la relative stabilité de l'approvisionnement suite aux efforts d'atténuation intensifs déployés au cours de l'été, plusieurs fabricants continuent à avoir des problèmes de production, et certains des retards sont dramatiques. Par exemple, J&J avait pris l'engagement ferme de fournir 200 millions de doses avant la fin de

l'année 2021. Cet engagement a d'abord été réduit à 110 millions de doses, ce dont nous avons tenu compte dans nos prévisions d'approvisionnement du 8 septembre. Mais la situation s'est encore détériorée ; entre maintenant et la fin de l'année, nous devrions recevoir moins de 10 millions de doses sur les 200 millions prévues selon notre accord d'achat anticipé (APA, pour *Advance Purchase Agreement*). Par ailleurs, nous devrions recevoir autour de 130 millions de doses supplémentaires sous forme de dons (82 millions de doses de l'Union européenne et 48 millions de doses des États-Unis d'Amérique, dont 24 millions ont déjà été livrées). Cette réduction de 95 % du volume de nos commandes serait due à des difficultés de production et des problèmes au niveau de l'approbation réglementaire affectant le site devant approvisionner COVAX. J&J a déclaré ne pas pouvoir faire appel à ses autres sites de production pour approvisionner COVAX, mais en l'absence totale de transparence il n'est pas possible de savoir si les autres clients ont subi des réductions aussi importantes, ou si ces pénuries ne concernent que les pays les plus pauvres. AstraZeneca a également été confronté à des problèmes de production sur certains sites et les autres sites de production n'ont pas pris le relai pour livrer COVAX en temps voulu. Ces deux exemples montrent que nous devons continuer à faire pression sur les fabricants pour obtenir plus de transparence il faut qu'ils publient leurs programmes de production et leurs plannings de livraisons pour nous permettre de planifier la distribution des vaccins. Il faut aussi qu'ils aient recours à tous leurs sites de production pour honorer les commandes destinées aux pays à faible revenu, au lieu de reléguer ces derniers en queue des listes d'attente de manière discriminatoire.

Comme les interdictions d'exportation réduisaient gravement notre approvisionnement, nous avons demandé aux pays de faire **don de doses de vaccin**, même si cela ne faisait pas partie des plans initiaux de COVAX. Ces dons ont permis de compenser partiellement les livraisons qui auraient dû être reçues selon nos contrats d'achat anticipé, et nous apprécions vivement la réponse et le soutien des donateurs. Nous avons constaté une accélération et une augmentation de ces dons vers la fin de l'année. Nous avons déjà reçu cette année la confirmation de la livraison, ou de l'expédition, de 470 millions de doses, dont 430 millions destinées aux pays de l'AMC COVAX de Gavi, et nous devrions continuer à recevoir des doses l'année prochaine. La gestion de ces dons devient toutefois de plus en plus complexe. Pour aider au mieux les pays bénéficiaires, nous demandons à nos donateurs d'offrir des doses dont la date de péremption est lointaine, de prévenir plus longtemps à l'avance de leur expédition, de les fournir avec le matériel nécessaire et sans demande d'affectation à un pays particulier. En 2022, nous espérons pouvoir progressivement compter davantage sur les doses que nous avons commandées dans le cadre de nos contrats d'achat anticipé.

Nous avons reçu récemment encore quelques bonnes nouvelles : des données très prometteuses sur le nouveau vaccin de Clover contre tous les variants, y compris le Delta ; la soumission à l'OMS par Novavax d'une demande d'autorisation d'utilisation d'urgence (ainsi que des demandes d'autorisation de mise sur le marché auprès de la *Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency* (MHRA) du Royaume-Uni, de l'Agence européenne des médicaments (EMA), et des autorités canadiennes et australiennes) ; et l'annonce officielle de

l'intention du gouvernement indien d'autoriser le *Serum Institute of India* (SII) à libérer pour COVAX ses 20 premiers millions de doses de Covishield depuis la promulgation des restrictions à l'exportation début mars. En début de semaine, le Comité des décisions sensibles pour le marché (*Market Sensitive Decisions Committee*) a accepté de commander 150 millions de doses supplémentaires de vaccin Moderna pour 2022, portant le total des contrats d'achat anticipé (APP) à 650 millions de doses. J&J a accepté de renoncer à ses exigences en ce qui concerne les questions d'indemnisation et de responsabilité pour les organisations humanitaires opérant dans les territoires faisant partie de l'AMC COVAX de Gavi et pour les doses de vaccin provenant du stock du tampon humanitaire de COVAX, de même que pour les organisations humanitaires opérant dans des territoires ne participant à l'AMC (et ne bénéficiant donc pas du programme d'indemnisation sans faute de COVAX) avec un plafond de 1,5 million de doses. J&J rejoint ainsi trois autres fabricants (Sinopharm, Sinovac et Clover) qui avaient déjà accepté de fournir des vaccins pour le tampon humanitaire en renonçant à toute exigence en matière d'indemnisation et de responsabilité, et nous exhortons publiquement les autres fabricants à faire de même. Nous avons approuvé deux demandes de vaccins dans le cadre du **tampon humanitaire**, et deux autres sont en cours d'examen. La première livraison de vaccins du stock tampon est arrivée le 16 novembre en Iran, à destination des populations déplacées en raison du conflit qui sévit dans cette région. La deuxième, destinée à une organisation humanitaire œuvrant en Thaïlande, devrait être expédiée dans les semaines à venir et arriver avant la fin de l'année. J'espère pouvoir vous donner de nouvelles informations à ce sujet lors de notre réunion.

Nos efforts pour la **mobilisation des ressources** sont en phase avec nos objectifs pour 2022. L'estimation des financements nécessaires tient compte du soutien constant dont les pays de l'AMC COVAX de Gavi ont besoin pour appliquer leurs stratégies et atteindre leurs objectifs en matière de vaccination ainsi que de la constitution d'une réserve de vaccins contre la pandémie pour tenir compte des nombreuses incertitudes en matière d'approvisionnement et de l'augmentation probable de la demande pour des doses supplémentaires ou des injections de rappel. La constitution de cette réserve de vaccins contre la COVID-19 est le fruit des dures leçons 2021 : alors que nous avons passé des commandes fermes, sécurisées par des contrats, avec différents producteurs et pour différents vaccins, nous n'avons pas été approvisionnés comme prévu tandis que la demande continuait à augmenter. Par ailleurs, nous avons aussi besoin de financements pour les frais annexes, pour pouvoir continuer à fonctionner avec les dons de doses, et pour la distribution des vaccins à l'intérieur des pays. Et nous devons, néanmoins, garder l'équité au cœur de nos activités, surtout quand il s'agit de pays fragiles et de pays à faible revenu, et leur assurer l'approvisionnement dont ils ont besoin pour intensifier leurs programmes. Nous en avons déjà discuté au niveau du Conseil d'administration, lors de deux réunions du Comité des programmes et des politiques, et à l'occasion d'un briefing technique sur la stratégie de COVAX pour 2022. J'aurai le plaisir de conclure ces discussions lors de notre réunion du Conseil, sachant que le plus important dans cette pandémie, c'est de garder le maximum de flexibilité pour pouvoir faire face aux fluctuations imprévues de l'offre et de la demande en fonction de l'évolution de la pandémie.

Dans le même ordre d'idées, les discussions sur les **objectifs mondiaux de vaccination** contre la COVID-19 ont été assez compliquées. Le FMI a proposé des objectifs ambitieux qui ont par la suite été repris par l'OMS. Le premier était un objectif de couverture vaccinale de 10 % à la fin du mois de septembre. Cinquante-six pays n'ont pas atteint cet objectif. L'objectif suivant est de 40 % de couverture vaccinale à la fin de cette année, objectif qu'une centaine de pays au moins risquent de ne pas pouvoir tenir⁵. L'objectif final est de 70 % en juin 2022. Lors du sommet mondial sur la COVID-19 organisé par les États-Unis, le président Biden a également défendu l'objectif de 70 %, mais plutôt pour fin septembre 2022, date de la prochaine Assemblée générale des Nations Unies. L'Union africaine a également adopté l'objectif de 70 %, même si les objectifs des différents pays qui la composent varient encore. Pour atteindre des taux de couverture de 70 % des populations de chaque pays, il faudra vacciner les adolescents et même, souvent, les enfants de moins de cinq ans, pour lesquels la plupart des vaccins ne sont pas encore approuvés (et aucun ne l'a été par l'OMS). Dans ce contexte, nous avons décidé, pour 2022, de soutenir les objectifs et les stratégies de vaccination des pays, sachant qu'ils vont suivre la stratégie mondiale de l'OMS, en intégrant les nombreuses incertitudes, notamment en ce qui concerne l'augmentation de la demande de vaccinations de rappel, les recommandations relatives à la vaccination des enfants ainsi que l'évolution des connaissances scientifiques sur les vaccins et l'épidémiologie de la pandémie.

Gavi a mobilisé près d'un milliard de dollars US pour aider activement les pays dans la **distribution des vaccins contre la COVID-19**. Ces fonds sont redistribués sous forme de subventions rapidement disponibles (*Early Access Grants*) dans le cadre du programme CDS (pour *COVID-19 Vaccines Delivery Support*), conçu pour soutenir la distribution et l'administration des vaccins contre la COVID-19, que ce soit pour l'octroi d'une assistance technique ou la fourniture d'équipements de la chaîne du froid. Nous avons déjà financé ainsi plus de 400 emplois locaux à durée déterminée pour l'UNICEF et l'OMS ; fourni 5 900 réfrigérateurs et congélateurs pour vaccins (en plus des quelque 66 000 éléments pour de nouveaux équipements de la chaîne du froid fournis au cours des cinq dernières années) ; 180 chambres froides et 150 000 conteneurs passifs pour le transport des vaccins. Près de 90 % des pays participant à l'AMC COVAX de Gavi ont à ce jour demandé un soutien dans le cadre du programme CDS ; sur les 225 millions de dollars US demandés, la quasi-totalité devrait être déboursée avant la réunion du Conseil d'administration. Après la clôture du premier guichet (fin août 2021), nous avons ouvert en octobre un nouveau guichet d'accès rapide au financement CDS, axé sur les besoins des pays, pour les aider à concrétiser leurs plans nationaux. La rapidité étant primordiale, nous utilisons la procédure accélérée mise en place avec le premier guichet du programme CDS, et lors de notre réunion, nous demanderons au Conseil d'administration de renouveler l'autorisation d'allouer les 799 millions de dollars US restants sans passer par les procédures habituelles d'évaluation indépendante, certes utiles, mais qui prennent plus de temps. Les Responsables Pays (*Senior Country*

⁵ Source : OMS, *Our World in Data* (OWID) : 100 pays (sur 232) ont actuellement une couverture vaccinale contre la COVID-19 inférieure à 40 %, quel que soit le vaccin utilisé. La couverture est calculée d'après les estimations des taux de vaccination de l'OMS (ou les données OWID en l'absence de données OMS), actualisées pour la dernière fois le 23 novembre 2021. 92 de ces 100 pays font partie de COVAX, et 71 participent à l'AMC.

Managers) de Gavi continuent à jouer un rôle central dans ce processus, et nous continuons à collaborer étroitement avec les membres de l'Alliance et nos autres partenaires, notamment dans le cadre de l'axe de travail relatif à la préparation des pays à la vaccination du pilier vaccins COVAX, pour nous assurer que les besoins des pays sont satisfaits. Le financement de la distribution et de l'administration des vaccins reste compliqué : d'une part, il est alimenté par de nombreuses sources différentes et d'autre part il doit répondre à différentes demandes émanant de différents partenaires. Par ailleurs, les banques multilatérales de développement (BMD) octroient des subventions importantes, mais elles ne sont pas toujours accessibles en temps voulu à tous les pays. Les coûts impliqués restent également flous, les différentes estimations descendantes divergeant beaucoup en fonction des hypothèses retenues. Pour se faire une idée plus précise, l'Alliance est en train d'élaborer des estimations ascendantes détaillées, en tenant compte des différentes stratégies adoptées par chacun des pays. En attendant, nous continuons à travailler en étroite collaboration avec nos partenaires pour aider les pays à s'y retrouver dans les soutiens disponibles, et pour répondre à leurs demandes de soutien, nous adoptons une approche de plus en plus flexible et adaptable.

Depuis le début de l'année, COVAX s'est activement rapproché de ses partenaires impliqués dans l'achat et la distribution des vaccins contre la COVID-19. En particulier pour l'Afrique, nous nous sommes réunis régulièrement avec la direction et les services techniques de l'*African Vaccine Acquisition Task Team* (AVATT) pour faire le point, partager nos prévisions sur l'approvisionnement et les calendriers de livraison, échanger ponctuellement les informations importantes à propos des pays et tenter de synchroniser le financement des prestations. En septembre, les responsables de COVAX et de l'AVATT se sont réunis à Genève et, en octobre, les CDC Afrique, Gavi et les partenaires de l'Alliance se sont retrouvés pour des réunions de travail consacrées à la coordination de la distribution des vaccins contre la COVID-19 sur le continent. Une de nos équipes se trouve actuellement au Maroc avec 13 pays et leurs partenaires opérationnels pour un atelier organisé par l'Union africaine sur la distribution des vaccins contre la COVID-19. AVATT et COVAX travaillent ensemble dans le but non seulement d'augmenter les livraisons de vaccins en Afrique, mais aussi pour aider les pays à réunir les conditions leur permettant d'absorber les doses livrées et ainsi, de sauver des vies.

Nous sommes en mode d'apprentissage actif, car nous avons enfin commencé à **passer d'une situation où l'offre était limitée à une situation axée sur la demande**, tout au moins dans certains pays. Certains pays expriment une forte préférence pour certains vaccins plutôt que d'autres. En outre, nous sommes de plus en plus confrontés à des problèmes tels que la réticence à la vaccination (parfois limitée à un seul des vaccins contre la COVID-19), l'incapacité des pays à gérer des volumes plus importants de vaccin même en cas de forte demande, la capacité limitée de la chaîne du froid extrême (UCC) empêchant de recevoir des volumes plus importants de vaccin Pfizer, la complexité de gestion des vaccins provenant de dons, souvent proches de la date de péremption, et le manque de coordination entre les différentes sources d'approvisionnement, ce qui met les pays à rude épreuve et affecte leur capacité à absorber les doses et à les administrer. Nous mobilisons toute la force de frappe de l'Alliance pour chercher,

avec les pays, à surmonter ces obstacles, en livrant davantage de congélateurs et en coordonnant plus étroitement que jamais les principaux partenaires chargés de la livraison des vaccins et de l'assistance aux pays. Nous continuons et continuerons à l'avenir à opérer sur la base du principe d'équité, tout en sachant que les pays à faible revenu ne sont pas tous capables d'absorber les doses de vaccin au même rythme. Suivant un autre grand principe de COVAX, selon lequel il ne faut jamais laisser perdre une dose de vaccin, il est possible que la couverture vaccinale augmente à des rythmes différents selon les pays.

Par ailleurs, un **nouveau risque, concernant l'approvisionnement mondial en seringues autobloquantes**, est en train d'émerger, et pourrait persister jusqu'à la fin de l'année 2022. Ce risque est particulièrement préoccupant, car il pourrait affecter essentiellement les pays participant à l'AMC COVAX de Gavi, ce qui aurait des répercussions non seulement sur la vaccination contre la COVID-19 mais aussi sur la stabilité des programmes de vaccination systématique. Nous avons déjà mis en place des mesures d'urgence pour atténuer ces risques et nous cherchons, avec nos partenaires, à les atténuer davantage. Nous avons déjà versé d'avance à l'UNICEF le financement nécessaire pour couvrir les besoins en seringues de l'année 2022 et reconstituer nos stocks stratégiques. Nous travaillons également avec les donateurs, à qui nous demandons de fournir les seringues autobloquantes en même temps que les vaccins dans le cadre du programme de partage des doses. Nous leur demandons également de nous prévenir suffisamment à l'avance avant les livraisons, de façon à pouvoir prépositionner les seringues dans les pays concernés. Nous vous tiendrons informés de l'évolution de la situation.

Nous revoyons également en interne nos propres structures et procédures, dans l'optique de mieux y intégrer le soutien à la vaccination contre la COVID-19. L'AMC COVAX de Gavi est un dispositif prévu pour durer une dizaine d'années. La nature de notre engagement va certainement se modifier au cours de ces dix années, en fonction de l'évolution des connaissances (notamment sur la durée de la protection conférée par les vaccins) et de l'évolution des besoins des pays. Nous devons donc déjà commencer déjà réfléchir à la manière de renforcer nos capacités d'intégration en interne. Il s'agit de s'assurer que nous utilisons toujours au mieux les ressources du Secrétariat et que nous présentons les programmes de l'Alliance d'une manière holistique et cohérente. En effet, dans de nombreux pays, ce sont les mêmes professionnels de santé qui gèrent la vaccination de routine, qui se mobilisent pour trouver les enfants zéro dose et les communautés marginalisées, et qui s'occupent du déploiement des vaccins contre la COVID-19. Nous étudierons cette question plus en détail au cours de l'année 2022.

Alors que nous nous battons pour sortir de la phase aiguë de la pandémie, les discussions internationales sur **l'avenir de la préparation et de la riposte aux pandémies** battent leur plein. Le Secrétariat et l'Alliance ont été à l'avant-garde de la riposte à la COVID-19, et nous étions, certes, bien placés pour intervenir, compte tenu de notre expérience en matière d'épidémies et de vaccins pour les combattre, qu'il s'agisse de la maladie à virus Ebola, du choléra, de la fièvre jaune ou de la méningite à méningocoque. Avec ce qui s'est passé ces 20 derniers mois, nous avons encore plus de choses à partager avec les nombreux architectes de la future infrastructure de sécurité sanitaire. J'ai eu le plaisir d'assister en personne

à la réunion des ministres de la Santé du G20 ainsi qu'à celle des ministres des Finances et de la Santé. Nous avons bien l'intention de continuer à participer activement aux discussions du G20. À la demande des États membres de l'OMS, le personnel de Gavi a également fait le point, lors de l'une de leurs consultations sur la proposition de traité relatif aux pandémies. COVAX s'est trouvé confronté dans le passé, et se trouve toujours confronté à un certain nombre de challenges ; mais je suis convaincu qu'il convient d'adopter une stratégie reposant sur les réseaux, les infrastructures et les alliances existantes, de façon à garder la flexibilité nécessaire et à tirer le meilleur parti des compétences de chacun. Autre enseignement : il faut pouvoir disposer sans délai d'un financement contingent, pour que les organisations telles que Gavi puissent intervenir rapidement, sans perdre de temps à collecter des fonds alors que les pays à revenu élevé sont déjà en train de bloquer à leur profit les premières doses de vaccin. C'est à cause de ces délais que les pays à faible revenu restent en queue des files d'attente. Une telle situation ne doit pas se reproduire. Nous essayons déjà maintenant de prendre les devants en proposant de constituer un stock de vaccins pandémiques qui jouerait un rôle de tampon en permettant d'amortir les fluctuations de l'offre et de la demande. Là encore, j'attends vos commentaires sur l'expérience acquise et vos suggestions sur le rôle que pourraient avoir Gavi et l'Alliance dans ces nouveaux projets.

J'ai le plaisir de vous annoncer que nous avons amorcé le 1^{er} novembre un retour partiel et facultatif dans nos bureaux, avec un taux d'occupation maximum de 40 %. Le bureau de Genève a été réorganisé pour accueillir le personnel de COVAX et nous l'avons adapté à nos nouvelles méthodes de travail, avec davantage d'espace pour les réunions, la possibilité d'y participer en mode hybride, en personne et/ou à distance, et la réorganisation des équipes en quartiers, au lieu de la configuration traditionnelle avec une personne par bureau. Après un peu plus d'un mois, les réactions sont positives. Nous restons toutefois à l'écoute pour être sûrs que nous faisons les bons choix à long terme pour notre personnel, et redoublons de vigilance face à la récente recrudescence des cas de COVID-19 dans la région et même chez certains de nos employés. L'espace de notre bureau de Washington DC n'a pas été réaménagé, mais nous suivons les procédures et les protocoles de sécurité établis à Genève, même si les exigences de sécurité ont été récemment revues à la baisse par le gouvernement du District de Columbia, et nous continuons à suivre l'évolution de la situation.

Parallèlement, nous cherchons toujours à aider le personnel à lutter contre le stress engendré par la surcharge de travail et l'incertitude générées par la pandémie. Il y a quelques semaines, j'ai eu le plaisir de participer à un atelier sur la santé mentale organisé par le comité Santé et Bien-être, composé de membres du personnel et rattaché directement au bureau exécutif. Ce comité a également organisé, au début du mois, deux ateliers sur la résilience qui ont été très suivis. Début novembre a eu lieu la première retraite en présentiel de l'équipe dirigeante de Gavi depuis le début de la pandémie. L'objectif était de fixer les priorités pour l'année à venir et si possible en abandonner certaines, ce qui s'avère de plus en plus difficile avec le temps et la remise en route du travail central à notre mission.

Depuis le début de la pandémie, j'ai tenu à souligner dans chacun de mes rapports l'impact qu'elle avait sur notre personnel et celui de l'Alliance. J'ai également attiré

l'attention sur l'accroissement de la pression du fait de la multiplication des réunions de gouvernance - nous en avons eu plus d'une centaine cette année, un nouveau record. J'aimerais voir avec vous comment vous transmettre les informations dont vous avez besoin pour votre travail, sans accroître encore cette pression sur notre personnel.

Comme d'habitude, j'ai hâte de vous voir (même à distance) ! N'hésitez pas à me transmettre vos questions ou commentaires.