



Stratégie mondiale de vaccination

Rapport du Secrétariat

1. Les maladies que la vaccination permet d'éviter sont à l'origine d'environ 25 % des 10 millions de décès qui se produisent chaque année chez des enfants de moins de cinq ans. Avec l'apparition de nouveaux vaccins, par exemple contre les infections à rotavirus et à pneumocoques, on peut aujourd'hui protéger une plus grande proportion d'enfants contre une gamme plus large de maladies infectieuses. D'autres améliorations de la couverture des vaccins actuellement utilisés par la plupart des programmes nationaux de vaccination, notamment les vaccins contre la rougeole, le tétanos, la coqueluche et *Haemophilus influenzae* type b, permettent également d'éviter des décès. Les vaccins aident donc à réduire sensiblement la mortalité des nourrissons de même qu'ils contribuent à la réalisation de la cible liée au quatrième objectif du Millénaire pour le développement consistant à réduire le taux de mortalité des moins de cinq ans.

2. Dans la résolution WHA58.15, la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, reconnaissant le rôle que pouvaient jouer les vaccins et la vaccination dans la réduction de la mortalité des moins de cinq ans, a pris note avec satisfaction de la stratégie intitulée « La vaccination dans le monde : vision et stratégie pour 2006-2015 » – un cadre conçu par l'OMS et l'UNICEF pour le renforcement des programmes nationaux de vaccination. Le présent rapport résume les efforts déployés par les Etats Membres pour accroître la couverture de la vaccination et faire bénéficier un plus grand nombre d'enfants des avantages conférés par les nouveaux vaccins.

REDUCTION SPECTACULAIRE DE LA MORTALITE PAR ROUGEOLE

3. Dans la résolution WHA56.20, l'Assemblée de la Santé avait demandé que soit pleinement mis en oeuvre le plan stratégique OMS-UNICEF de réduction de la mortalité par rougeole entre 2001 et 2005 ; or, à la fin de 2005, le principal objectif de santé publique consistant à réduire de 50 % par rapport au niveau de 1999 la mortalité par rougeole dans le monde avait été dépassé, puisqu'on avait obtenu une réduction de 60 %. Dans la résolution WHA58.15, l'Assemblée de la Santé a pris note avec satisfaction de la stratégie intitulée « La vaccination dans le monde : vision et stratégie », dont l'un des objectifs est de réduire le nombre de décès par rougeole dans le monde de 90 % d'ici 2010 (ou avant) par rapport aux chiffres de 2000.¹ Entre 2000 et 2006, la mortalité mondiale due à la rougeole a été réduite de 68 %, passant de 757 000 décès estimés en 2000 à 242 000 en 2006. La plus forte réduction en pourcentage de la mortalité estimative par rougeole au cours de cette période a été enregistrée dans la Région africaine (91 %), ce qui représente 70 % de la réduction mondiale de la

¹ Document WHA58/2005/REC/1, annexe.

mortalité par rougeole. En 2006, la couverture systématique par la vaccination antirougeoleuse dans le monde atteignait pour la première fois 80 %, contre 72 % en 2000.

4. Ces progrès remarquables accomplis dans le domaine de la santé publique ont aidé à éviter entre 2000 et 2006 près de 9,2 millions de décès par rougeole, dont 2,8 millions grâce à l'accélération des activités de vaccination. Ces résultats ont été rendus possibles par la concentration des efforts des partenaires de la vaccination sur les stratégies les plus efficaces pour lutter rapidement contre la rougeole et sur les régions qui enregistraient le plus grand nombre de décès par rougeole. Le très net recul du nombre des décès par rougeole est la résultante directe : a) de l'engagement et de la volonté des Etats Membres gravement touchés par la rougeole d'améliorer l'accès à la vaccination systématique des enfants ; b) des activités de vaccination antirougeoleuse déployées par les Etats Membres et grâce auxquelles plus de 478 millions d'enfants âgés de neuf mois à 15 ans ont été vaccinés contre la maladie entre 2000 et 2006 dans 47 pays hautement prioritaires ; c) de l'appui technique et financier fourni par le biais de l'Initiative contre la rougeole, partenariat forgé en 2001 sous les auspices de l'OMS, de l'UNICEF, de la Croix-Rouge américaine, des Centers for Disease Control and Prevention (Atlanta, Géorgie, Etats-Unis d'Amérique) et de la Fondation pour les Nations Unies ; et d) de l'intensification de la surveillance des cas présumés de rougeole, avec confirmation en laboratoire.

PROGRES NOTABLES DE LA VACCINATION SYSTEMATIQUE

5. Les améliorations de la couverture par la vaccination systématique depuis 1999, sans être aussi spectaculaires que les progrès concernant la rougeole, sont tout aussi importantes. C'est dans les pays au revenu le plus faible, et particulièrement en Afrique subsaharienne, que les progrès ont été les plus marqués ; d'autres régions, à part l'Asie du Sud-Est, ont continué à maintenir des taux élevés de couverture vaccinale. En 2006, un chiffre record de 102 millions d'enfants de moins d'un an ont été vaccinés dans le monde avec trois doses du vaccin antidiphthérique, antitétanique et anticoquelucheux, et le nombre d'enfants non vaccinés est tombé à 26,3 millions, alors qu'il était de 28,1 millions en 2005. Parmi les facteurs qui ont contribué au succès, on peut mentionner au niveau national la planification pluriannuelle, la planification et le suivi au niveau des districts ainsi que la création de postes budgétaires financés par des fonds internes et externes, notamment des fonds de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI) pour le renforcement des services de vaccination. De ce fait, aujourd'hui, la couverture de la vaccination systématique, qui semblait stagner depuis le début des années 1990, se caractérise heureusement par une tendance à la hausse, notamment en Afrique subsaharienne.

6. L'approche encouragée par l'OMS, qui consiste à planifier et à suivre les activités au niveau des districts, se fonde sur cinq grandes stratégies initialement regroupées en Afrique de l'Ouest en une seule stratégie, qui a vite été acceptée dans le monde car elle visait à atteindre tous les districts. A titre d'exemple, avec cette stratégie, la couverture par une troisième dose de vaccin antidiphthérique, antitétanique et anticoquelucheux s'est améliorée en Ethiopie parmi les enfants de 14 des districts où les résultats étaient les plus mauvais, le taux passant de 35 % en 2002 à 71 % en 2005.

7. La stratégie consistant à organiser, sous les auspices de l'UNICEF, des journées de la santé de l'enfant a également contribué à promouvoir la vaccination systématique. La stratégie mondiale de vaccination insistant sur le lien entre la vaccination et d'autres interventions de santé, des journées de la santé de l'enfant sont organisées régulièrement dans le but de dispenser un ensemble intégré de services préventifs comme la vaccination, la distribution de suppléments de vitamine A et de vermifuges, le suivi de la croissance ainsi que la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide. Ces journées, qui ont lieu maintenant régulièrement dans de nombreux pays d'Afrique,

ont permis d'atteindre un taux de couverture élevé et se sont avérées contribuer à la réduction des inégalités en matière d'accès aux services de santé de base. Ces journées sont généralement organisées deux fois par an et l'enveloppe de soins intégrés qu'elles proposent est déterminée en fonction des besoins épidémiologiques et de la situation locale. Une première analyse des données d'expérience recueillies jusqu'ici en Ethiopie, en Ouganda et en République-Unie de Tanzanie montre que ces journées ont aidé à assurer des interventions multiples (dont la vaccination), à améliorer la couverture de la vaccination systématique et à réduire les coûts opérationnels par enfant pris en charge.

8. Des semaines de vaccination destinées à accroître la couverture vaccinale par les vaccins existants et les vaccins nouveaux sont régulièrement organisées dans la Région des Amériques et la Région européenne. Des semaines de vaccination, dont le principe a été approuvé en 2003 par tous les Etats Membres de la Région des Amériques, ont déjà touché plus de 147 millions d'enfants et d'adultes dans cette Région, notamment parmi les populations difficiles à atteindre, les communautés isolées et les villes où la couverture vaccinale était faible. Pendant la deuxième semaine européenne de la vaccination en avril 2007, 25 Etats Membres de la Région européenne ont participé aux activités, insistant sur l'importance de la vaccination à l'occasion d'ateliers, de débats, de cours de formation, d'expositions et d'événements médiatiques. Dans le nord de l'Inde, des semaines de vaccination sont organisées régulièrement afin d'accroître les taux de couverture vaccinale.

NOUVEAUX VACCINS ET VACCINS SOUS-UTILISES

9. L'adoption des nouveaux vaccins et des vaccins sous-utilisés a continué à progresser. A la fin de 2006, 164 Etats Membres avaient inclus le vaccin anti-hépatite B dans leur programme de vaccination systématique des nourrissons, et le taux de couverture par trois doses de ce vaccin avait atteint 60 % dans le monde. De même, le vaccin anti-*Haemophilus influenzae* type b est maintenant régulièrement utilisé dans 108 Etats Membres et la couverture vaccinale dans le monde augmente. Parallèlement, les Etats Membres utilisent de plus en plus des vaccins nouvellement brevetés contre la diarrhée à rotavirus et l'infection due au papillomavirus humain, ainsi que le vaccin conjugué contre le pneumocoque. Si les nouveaux vaccins ont été adoptés rapidement, c'est aussi parce que les Etats Membres ont pris conscience de l'intérêt de la protection conférée par les vaccins et la vaccination. Ces progrès ont d'autre part été rendus possibles par la mise en place de mécanismes mondiaux de financement, notamment l'Alliance GAVI, et par le rôle important joué par les dispositifs régionaux en matière d'achat, par exemple le fonds de roulement pour l'achat de vaccins dans la Région des Amériques.

10. D'autres vaccins vont bientôt être disponibles à grande échelle, notamment contre la méningite à méningocoques, l'encéphalite japonaise et la fièvre typhoïde. De plus, des gouvernements, des organismes multilatéraux, des fondations et des institutions de recherche, entre autres, ont accru sensiblement leurs investissements dans la mise au point de nouveaux vaccins, de sorte que divers vaccins nouveaux ont des chances de pouvoir être inclus dans les programmes de vaccination ces dix prochaines années. Il s'agit en particulier de vaccins contre la dengue, la tuberculose et le paludisme. Mais, de plus en plus, les pays doivent choisir parmi ces outils indispensables ceux qu'ils devraient financer et utiliser de façon systématique.

NECESSITE DE POURSUIVRE LES EFFORTS

11. Malgré les progrès réalisés, il reste beaucoup à faire si l'on veut exploiter pleinement le potentiel de la vaccination afin d'atteindre le quatrième objectif du Millénaire pour le développement.

12. La rougeole reste l'une des principales causes de mortalité chez les jeunes enfants. En 2006, on estimait à 242 000 le nombre de décès par rougeole dans le monde. Mais ce chiffre peut baisser si la forte volonté politique qui s'est manifestée depuis le début de la décennie se maintient. De plus, les maladies pour lesquelles des vaccins ont été mis à disposition récemment représentent une forte charge de morbidité. Près de 1,1 million de décès d'enfants de moins de cinq ans pourraient être évités par la vaccination au moyen des nouveaux vaccins contre les pneumocoques et les diarrhées à rotavirus. Les vaccins contre l'infection à papillomavirus humain pourraient éviter chaque année près de 250 000 décès de femmes provoqués par le cancer du col de l'utérus.

13. Selon les estimations de l'OMS/UNICEF, plus de 26,1 millions de jeunes enfants n'ont pas reçu en 2006 la première dose prévue de vaccin antirougeoleux dans le cadre de la vaccination systématique. L'intensification des efforts pour garantir l'administration de cette dose à au moins 90 % des nourrissons pendant l'année qui suit leur naissance contribuerait à sauver beaucoup d'autres vies. De plus, des pays comme l'Inde et le Pakistan, qui comptent une population nombreuse et enregistrent un taux élevé de mortalité rougeoleuse, devraient recevoir un appui pour poursuivre leurs efforts de réduction de la mortalité par rougeole. En fait, certaines ressources financières ont déjà été promises à l'appui des efforts engagés par ces deux pays : outre l'affectation par des Etats Membres de ressources supplémentaires pour la vaccination, US \$147 millions ont été mobilisés par le biais du Dispositif international de financement des vaccinations et US \$100 millions supplémentaires ont été promis par des partenaires de l'Initiative contre la rougeole.

14. En ce qui concerne la vaccination systématique, on note encore de fortes variations de la couverture entre régions et entre pays, et de nombreux enfants ne bénéficient pas encore des vaccins indispensables, notamment en Asie du Sud et en Afrique subsaharienne. A travers le monde, quelque 26,3 millions de nourrissons n'ont pas reçu en 2006 les trois doses de vaccin antidiphthérique, antitétanique et anticoquelucheux.

15. Les efforts doivent privilégier les activités visant à élargir l'accès régulier aux services de vaccination moyennant l'application des différentes stratégies ayant fait leurs preuves, comme la stratégie consistant à atteindre tous les districts, les journées de la santé de l'enfant et les semaines de vaccination.

16. Quant à l'adoption des nouveaux vaccins ou des vaccins sous-utilisés, des progrès notables ont été réalisés dans l'utilisation systématique du vaccin anti-hépatite B, mais il a fallu pour cela 15 ans puisque la Quarante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé en avait recommandé l'utilisation universelle dès 1992 (résolution WHA45.17). On enregistre malheureusement aujourd'hui le même phénomène avec le vaccin anti-Haemophilus influenzae type b, pour lequel le taux de couverture dans le monde reste bas, puisqu'il se situe à 22 %.

17. L'accélération de l'introduction des nouveaux vaccins dans tous les pays à forte charge de morbidité doit aller de pair avec un soutien financier suffisant, notamment pour les pays à revenu moyen ou moyen inférieur. Ces pays n'ont pas droit au financement de l'Alliance GAVI et le soutien financier les concernant a jusqu'ici été insuffisant, voire inexistant.

18. Il faut donc multiplier les outils et les travaux de recherche pour aider les Etats Membres à prendre des décisions, notamment en fournissant une base de données factuelle grâce à une analyse détaillée de l'impact de ces nouveaux vaccins du point de vue des coûts/avantages et de la santé publique.

19. Il faut aussi impérativement que, face à la demande croissante de nouveaux vaccins, il y ait un nombre plus important de fabricants (y compris dans des pays en développement) de produits

présélectionnés par l'OMS, ce qui constituerait la base d'un marché sain et d'une offre fiable de produits d'un coût abordable et de qualité garantie.

20. L'innocuité des vaccins est un élément essentiel si l'on veut conserver la confiance du public dans la vaccination. Le Secrétariat collabore avec les Etats Membres afin de renforcer l'aptitude des autorités nationales de réglementation à exercer une surveillance systématique de l'innocuité des vaccins après commercialisation. Des efforts constants s'imposent pour renforcer cette capacité dans tous les Etats Membres et garantir un échange d'informations, une enquête et une réaction rapide en cas de manifestations postvaccinales indésirables.

21. Pour relever ces défis et atteindre les objectifs déjà énoncés à la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrée aux enfants (2002) et développés dans la stratégie intitulée « La vaccination dans le monde : vision et stratégie », il faut de solides systèmes de surveillance des maladies et de suivi des programmes. L'OMS et ses partenaires ont conçu un cadre mondial pour la surveillance des maladies évitables par la vaccination et le suivi des programmes de vaccination. Ce cadre associe le recours à la surveillance active dans les pays, à la surveillance passive (notification) des cas en agrégats, à la surveillance sur des sites sentinelles, ainsi qu'à d'éventuels projets limités dans le temps afin de livrer les données épidémiologiques exhaustives nécessaires pour guider les programmes de vaccination. Il insiste d'autre part sur des stratégies comme le suivi continu de la gestion des vaccins et de leur sécurité d'emploi, ainsi que des examens transversaux de programmes pour en évaluer l'état d'avancement aux niveaux des districts et des établissements de santé.

22. Comme l'a montré l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, il est possible de mettre en place de bons systèmes de surveillance, même dans les pays démunis, pour un coût tout à fait modique par rapport à celui de l'intervention. Le réseau de surveillance de la poliomyélite offre une structure qui permet de déceler rapidement les cas de maladie d'importance nationale et internationale et de réagir au plus vite. Le cas échéant, ce réseau devrait servir de base, d'une part, à un système intégré de surveillance des maladies qui livrerait des données épidémiologiques sur d'autres maladies transmissibles et, de l'autre, à la détection des menaces constituées par des maladies infectieuses émergentes et à la mise en place de ripostes appropriées. Le financement de la surveillance des maladies, limité dans le temps, est généralement spécifique de chaque maladie. Lorsque les systèmes nationaux laissent à désirer, on a tendance à créer des systèmes parallèles afin d'obtenir des données adaptées aux besoins de différents programmes. Sans doute ces efforts désordonnés répondent-ils à des besoins à court terme, mais ils ne sont pas viables à long terme. Le cadre mondial offre aux partenaires de la vaccination une occasion de coordonner leurs activités pour assurer un financement durable de la surveillance et du suivi des programmes.

EXPLOITER PLEINEMENT LES AVANTAGES DES VACCINS ET DE LA VACCINATION

23. Comme on l'a vu plus haut, les progrès remarquables réalisés ces dernières années reposent sur les efforts de recherche-développement concernant de nouveaux vaccins, sur une offre fiable de vaccins d'un coût plus abordable et de qualité garantie, et sur la mobilisation d'un volume important de ressources nouvelles grâce à des partenariats et des mécanismes novateurs comme le Dispositif international de financement des vaccinations et le système d'engagement d'achat à terme mis en place par l'intermédiaire de l'Alliance GAVI en faveur d'un vaccin conjugué contre le pneumocoque.

24. Les réalisations exposées dans le présent rapport montrent qu'il existe des technologies de santé sûres et efficaces, que l'on connaît bien les stratégies qui donnent de bons résultats et que des

ressources peuvent être mobilisées pour concrétiser l'idée que les vaccins et la vaccination doivent pouvoir contribuer pleinement à la réduction de la mortalité des enfants de moins de cinq ans.

25. Les membres du Conseil exécutif ont pris acte, à sa cent vingt-deuxième session en janvier 2008, des succès obtenus grâce à la vaccination, des domaines où des progrès sont encore nécessaires et des problèmes qui restent à régler,¹ et ont adopté la résolution EB122.R7.

MESURES A PRENDRE PAR L'ASSEMBLEE DE LA SANTE

26. L'Assemblée de la Santé est invitée à examiner le projet de résolution figurant dans la résolution EB122.R7.

= = =

¹ Voir le document EB122/2008/REC/2, procès-verbaux des sixième et septième séances.