

FORUM

de la
Vaccination



N°1 / NOVEMBRE 2004

p1-2 Les PCV

p3-4 L'encéphalite japonaise

p5 GAVI récompense des pays

p6 Les enfants vaccinés au Darfour

p6 Campagne d'immunisation en Allemagne

p7 Nouveaux membres du Conseil d'Administration du Vaccine Fund

p7-8 Les progrès en chiffres

Les PCV : accélération sur le marché international, mais stagnation sur les marchés intérieurs.

De nouvelles données sur l'introduction des pastilles de contrôle des vaccins (PCV) – qui sont destinées à prévenir l'utilisation de vaccins endommagés par la chaleur et à minimiser les pertes – révèlent que si l'utilisation mondiale a doublé l'an dernier, il existe un net décalage entre le marché international et les marchés intérieurs. Reportage de Sheila Davey.

Si les PCV sont de plus en plus présentes sur les vaccins achetés pour le marché international par le biais de l'UNICEF, elles sont rarement disponibles sur les vaccins produits dans les pays en développement pour les marchés intérieurs, à l'exception du vaccin antipoliomyélique.

En 2004, près d'un tiers des doses de vaccins autres que le vaccin antipoliomyélique achetées et livrées sur le marché international par l'UNICEF auront été distribuées avec une PCV. D'ici à 2005, toutes les doses de 7 des 12 vaccins achetés par l'UNICEF (à l'exclusion des vaccins DTC-Hib et antiméningococcique A+C qui sont achetés en quantité très limitée) devraient être munies de PCV. De plus, pour trois autres vaccins, le seuil de 80% sera atteint ou dépassé. Seuls deux vaccins demeureront à des niveaux plus faibles (*voir figure 1*).

La PCV – une puce qui enregistre l'exposition à la chaleur – est disponible sur le vaccin antipoliomyélique oral depuis 1996. Néanmoins, les fabricants ont eu plus de mal que prévu à adopter la pastille, reconnaît Stephen Jarrett, Directeur adjoint de la Division de l'approvisionnement à l'UNICEF. "Par conséquent, l'implantation du système sur d'autres vaccins a été plus lente que nous ne l'avions envisagé initialement", a-t-il expliqué. "L'une des raisons est que l'UNICEF est le seul acheteur à s'être engagé en faveur des PCV".

En 2002, le Conseil d'administration de GAVI a décidé qu'à compter du début de 2004, tous les vaccins achetés par l'entremise du Vaccine Fund devraient comporter une PCV – un objectif qui sera atteint cette année, à l'exception du vaccin contre la fièvre jaune.

PUBLICATION DE L'ALLIANCE MONDIALE POUR LES VACCINS ET LA VACCINATION ET DU VACCINE FUND

L'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI) est un partenariat qui rassemble les principaux acteurs du secteur public et privé de la vaccination. Les membres de l'Alliance comprennent des gouvernements de pays industrialisés et en développement, l'UNICEF, l'OMS, la Banque mondiale, des organisations non gouvernementales, des fondations, des fabricants de vaccins ainsi que des institutions de santé publique et de recherche. Les partenaires de GAVI ont créé Le Vaccine Fund qui apporte un soutien financier directement aux pays à faibles revenus pour les aider à renforcer leurs services de vaccination et à acheter des vaccins nouveaux ou sous-utilisés.

L'UNICEF et l'OMS jugent que l'emploi des PCV sur les seuls vaccins de base pourrait économiser près de 5 millions de \$US chaque année



Des 25 fabricants préselectionnés pour approvisionner des vaccins par l'entremise des Nations Unies – y compris cinq fournisseurs du vaccin antipoliomyélique oral – 16 apposent désormais des PCV sur leurs produits (situation en juin 2004).



© WHO / Christine Michab

Les PCV sont disponibles sur le vaccin antipoliomyélique depuis 1996.

Néanmoins, John Lloyd de PATH, qui a recueilli les nouvelles données sur l'adoption des PCV dans le monde (voir figure 2), est inquiet de constater que, si les fabricants internationaux ont accompli de formidables progrès, les producteurs nationaux demeurent nettement en retrait. "Cela explique", dit-il, "qu'une grande proportion de vaccins autres que le vaccin antipoliomyélique fournis à partir du marché intérieur dans les pays producteurs de vaccins soient encore distribués sans PCV".

Les fabricants en Amérique latine et en Asie du Sud-Est ont été particulièrement lents à adopter la pastille – dans certains cas parce que les gouvernements ne leur ont pas encore demandé d'apposer une PCV sur les vaccins réservés aux marchés nationaux. Dans le continent américain, l'Organisation pan-américaine de la Santé (OPS) n'a pas conseillé aux pays de rendre les PCV obligatoires.

Les fabricants des pays en développement qui approvisionnent à la fois le marché international et les marchés nationaux se dirigent maintenant vers une utilisation plus large des PCV sur les marchés intérieurs. Néanmoins, ceux qui produisent exclusivement pour les marchés intérieurs progressent lentement. Le coût additionnel des PCV demeure un obstacle, particulièrement dans les pays à faibles revenus où le prix des vaccins infantiles de base est souvent

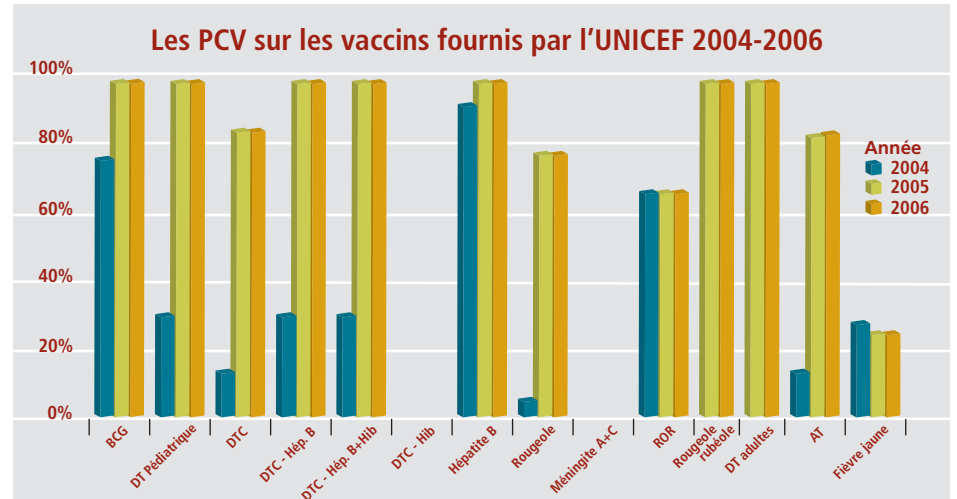


Figure 1 : Les PCV sur les vaccins fournis par l'UNICEF 2004-2006 - Source : UNICEF

relativement modique et où le renchérissement dû à la pastille est sensiblement plus important que dans les pays industrialisés, où les vaccins sont plus onéreux. L'UNICEF estime qu'en 2004-2006, la PCV majorera en moyenne de \$US 0,01 le prix de revient de chaque dose de vaccin. Cela représente moins de 1% du coût du vaccin DTC-hépatite B, mais 8% du prix moyen du vaccin antitétanique (AT).

L'UNICEF et l'OMS jugent que l'emploi des PCV sur les seuls vaccins de base pourrait économiser près de 5 millions de \$US chaque année. Si les pastilles étaient apposées sur des vaccins plus coûteux, comme le Hib et l'hépatite B, cette mesure permettrait des gains encore plus considérables. Une étude réalisée au Bhoutan en 1997-98 par l'OMS et le

Gouvernement bhoutanais a révélé que l'utilisation des PCV pour mettre en œuvre la politique de l'OMS sur les flacons de vaccin multidoses avait contribué à réduire les pertes de vaccin antipoliomyélique d'environ 50%.

Néanmoins, John Lloyd note que les PCV ne sont pas la panacée. Même quand elles sont présentes sur tous les vaccins, les agents de santé doivent être formés à les utiliser correctement, et doivent en particulier comprendre qu'il est capital de surveiller la perte vaccinale afin d'identifier les points noirs dans la chaîne du froid. "Il faut que nous établissions des systèmes appropriés de formation, de supervision et de suivi afin de faire fonctionner le système", a-t-il rappelé, "et ce n'est malheureusement pas encore le cas".

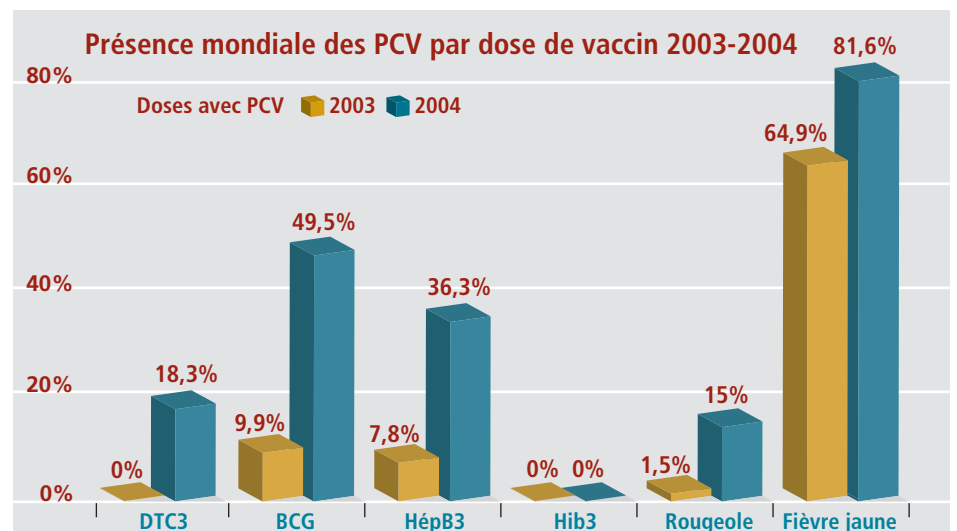


Figure 2 : Présence mondiale des PCV par dose de vaccin 2003-2004 - Source : PATH/Time Temp, USA

L'encéphalite japonaise :

une maladie orpheline en point de mire

Une maladie mortelle qui menace 3 milliards de personnes en Asie et dans le Pacifique va finalement recevoir l'attention qu'elle mérite, ainsi que l'explique le docteur Julie Jacobson.

Longtemps négligée, la lutte contre l'encéphalite japonaise a reçu une impulsion majeure avec le lancement par PATH d'un nouveau projet pour améliorer la prévention de cette maladie "orpheline".

Financé par un don initial de 27 millions de dollars sur cinq ans de la Fondation Bill et Melinda Gates, le projet de lutte contre l'encéphalite japonaise mis en œuvre par PATH a

pour but d'améliorer les données sur la répartition de la maladie, d'accélérer la mise au point de tests de diagnostic et d'un vaccin amélioré, et d'aider les pays d'Asie et du Pacifique où la maladie sévit à intégrer ce vaccin dans leurs programmes de vaccination.

D'après le docteur Mark Kane, Directeur du Programme pour la vaccination des enfants à PATH, "ces dernières décennies, l'encéphalite japonaise a étendu son emprise sur des pays à travers l'Asie et elle est devenue la principale cause d'encéphalite virale sur le continent. De récentes épidémies en Inde et au Népal font craindre que l'encéphalite ne se propage encore plus rapidement que nous ne le pensions".

Difficile à diagnostiquer et faisant l'objet d'une grave sous-notification avec 30 000-50 000 cas par an, cette maladie causée par un moustique touche principalement les enfants âgés de 1 à 15 ans. Environ 15 000 décès sont déclarés chaque année. Parmi les enfants qui développent la maladie, près de 70% décèdent



Les moustiques qui transmettent l'encéphalite japonaise se reproduisent dans les rizières et les eaux stagnante.

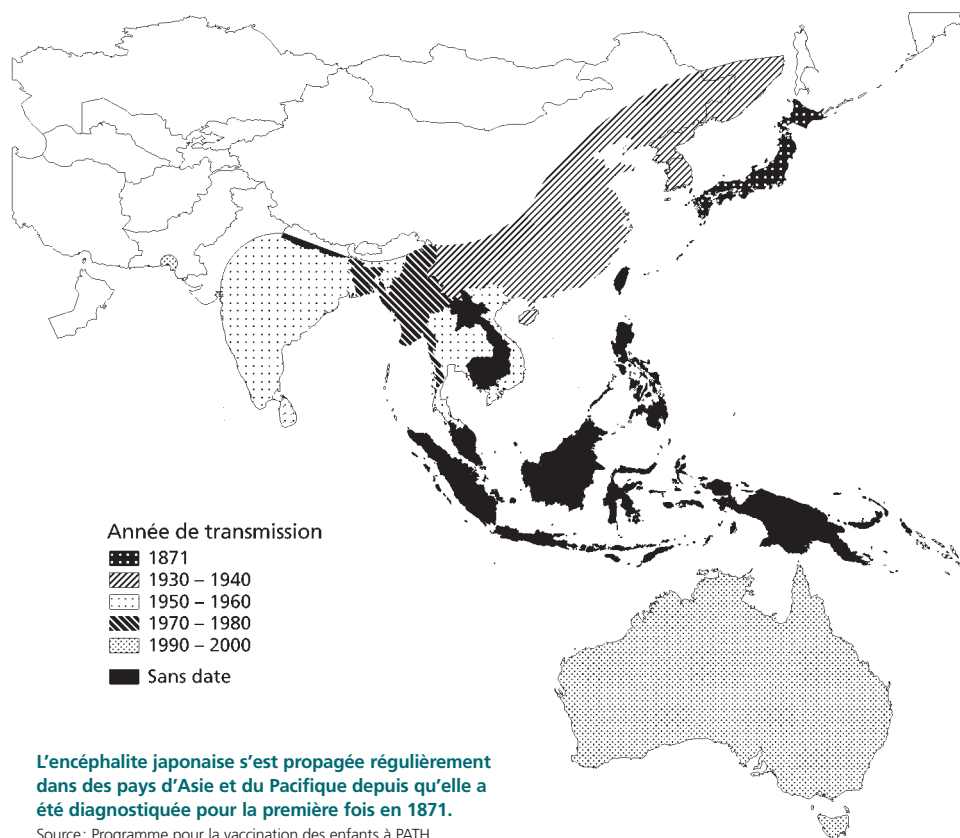
© WHO/DRA-Crump

ou sont affligés de séquelles neurologiques de longue durée, qui peuvent prendre la forme d'une paralysie, de difficultés à se mouvoir, de retard mental et de troubles du comportement. On ne dispose pas de traitement spécifique pour la maladie.

Les activités de lutte contre l'encéphalite japonaise sont entravées par l'absence d'un vaccin sûr, efficace et d'un prix abordable qui puisse être intégré dans les programmes de vaccination systématique et par le manque d'un test peu coûteux de diagnostic de la maladie. Le nouveau projet a pour but de s'attaquer à ces deux problèmes. Dans la phase initiale, le programme soutient la mise au point de diagnostics et l'amélioration de la surveillance.

Améliorer le diagnostic et la notification

Il n'existe à l'heure actuelle aucun test permettant d'établir le diagnostic de l'encéphalite japonaise. Par conséquent, les médecins et les agents de santé publique dans les pays touchés sont souvent incapables d'identifier la maladie, qui est difficile à distinguer d'autres affections du cerveau et du système nerveux. Pour confirmer la présence du virus, les médecins doivent prélever un échantillon de sérum et/ou de liquide céphalo-rachidien sept jours après l'apparition des symptômes et y rechercher des anticorps en laboratoire. Une semaine après le début de la maladie, presque tous les échantillons seront positifs. Les pays qui mettent en œuvre des programmes de lutte réussis associent habituellement le diagnostic du syndrome de l'encéphalite clinique avec des



■ Des expériences dans plusieurs pays ont montré que la vaccination est la seule mesure efficace et fiable

tests de laboratoire dans un sous-ensemble d'hôpitaux "sentinelles", pour estimer quel pourcentage de maladies neurologiques est imputable à l'encéphalite japonaise au niveau national et pour surveiller l'impact des programmes de lutte.

Désireux d'améliorer le diagnostic et la notification de l'encéphalite japonaise, le projet soutient des activités ayant pour objectif la mise au point d'un test ELISA pour cette maladie, qui devrait être disponible cette année. L'équipe du projet examine également un système novateur d'information pour la surveillance de l'encéphalite en Inde. Le système de gestion des informations de surveillance permettra aux agents de santé sur le terrain de déclarer les cas et d'accéder aux données sur l'incidence de la maladie par téléphone ou sur Internet – ce qui constituera un modèle de mise en commun des informations susceptible d'être reproduit aux niveaux sous-régional et national.

Une maladie évitable – pour certains

Beaucoup de pays ont tenté de faire reculer l'encéphalite japonaise en contrôlant son vecteur – le moustique – et son hôte principal – le porc. Néanmoins, les succès ont jusqu'à présent été modestes et coûteux. Le moustique *Culex* qui transmet l'encéphalite vit dans les rizières et les eaux stagnantes, ce qui rend difficiles et chères les activités de lutte en Asie. Les moustiquaires traitées à l'insecticide n'ont qu'un effet limité car les moustiques piquent au début du crépuscule quand la plupart des populations à risque ne sont pas couchées. Des expériences dans plusieurs pays ont montré que la vaccination est la seule mesure efficace et fiable. L'OMS recommande d'administrer le vaccin actuellement disponible dans toutes les zones endémiques qui peuvent en supporter les coûts.

Un vaccin efficace contre l'encéphalite japonaise a été mis au point en 1941 et les pays aisés l'utilisent pour se prémunir contre la maladie et protéger les voyageurs, mais il n'a pas encore atteint les pays asiatiques les plus pauvres. Il est administré systématiquement au Japon, en Thaïlande et en Chine et à une échelle limitée au Viet Nam, en Inde, au Népal et à Sri Lanka. Après l'introduction de

programmes de vaccination au Japon et en République de Corée, la maladie a disparu chez l'homme – bien que le virus demeure actif chez l'animal.

En dépit des succès évidents de la vaccination, les pays à risque mettent longtemps à adopter le vaccin existant, pour différentes raisons. Tout d'abord, ce vaccin est cher: de \$US 9 à 15 pour les trois doses nécessaires afin d'immuniser totalement un enfant. En outre, le calendrier de vaccination pour l'encéphalite japonaise commence souvent après le premier anniversaire de l'enfant et prévoit trois doses à des intervalles irréguliers répartis sur 12 mois, ce qui rend difficile d'intégrer le vaccin dans les programmes de vaccination de routine. Ces problèmes sont aggravés par le coût du processus de production et la difficulté de fabriquer le vaccin en grandes quantités. L'offre actuelle est insuffisante pour vacciner tous les enfants dans les pays à risque. Par conséquent, la communauté internationale s'intéresse de plus en plus à un vaccin de deuxième génération.

Informations sur le virus

L'encéphalite japonaise est causée par un arbovirus de la famille des *Flaviviridae*, similaire au virus du Nil occidental. La maladie est transmise par des moustiques qui pondent dans des points d'eau stagnante comme les rizières ou les canaux d'irrigation. Le cycle naturel de transmission de l'encéphalite japonaise se fait entre porcs, oiseaux sauvages et moustiques. L'homme et le cheval sont des hôtes terminaux qui ne contribuent pas à la transmission de la maladie. On estime que les porcs sont la principale source d'infection pour l'homme. Néanmoins, les oiseaux tels que les hérons et les canards ont aussi été impliqués.

De nouveaux vaccins sont nécessaires

Pour vaincre l'encéphalite japonaise dans tous les pays touchés, il faut disposer d'un nouveau vaccin sûr, efficace, d'un prix abordable et qui s'intégrera aisément dans le calendrier de vaccination. Plusieurs vaccins de deuxième génération qui semblent remplir ces conditions en sont à des stades divers de développement. La Chine produit trois vaccins, dont le plus intéressant est un vaccin vivant atténué (SA-14-14-2). Disponible depuis 1988, il a été administré à plus de 200 millions d'enfants chinois, avec de bons résultats de prévention et sans complications graves. Les études sur l'utilisation du vaccin hors de Chine montrent que son efficacité est supérieure à 95%, sans effets secondaires graves. Néanmoins, les autorisations de mise sur le marché international sont encore rares et ce vaccin n'a pas été présélectionné par l'OMS pour distribution. La Chine produit également deux autres vaccins, utilisés uniquement en Chine. Ailleurs, plusieurs fabricants aux Etats-Unis, en Europe et en Asie travaillent sur des produits susceptibles d'améliorer le vaccin inactivé actuel. Un candidat prometteur est appelé "vaccin chimérique" car il associe des gènes du vaccin actuel contre la fièvre jaune et des gènes du virus de l'encéphalite japonaise

Pour son projet de lutte contre l'encéphalite japonaise, le PATH travaille en étroite collaboration avec l'OMS, l'International Vaccine Institute en République de Corée, le Centers for Disease Control and Prevention (CDC) aux Etats-Unis, l'UNICEF et d'autres partenaires afin de susciter davantage d'intérêt pour un vaccin fiable et efficace. Cette nouvelle initiative donne pour la première fois l'espoir de vaincre vraiment cette maladie qui fait de profonds ravages.

Le docteur Julie Jacobson est Directrice du projet sur l'encéphalite japonaise à PATH.

GAVI

récompense

les pays ayant obtenu les meilleurs résultats



© The New Vision newspaper, Uganda

Le professeur Gilbert Bukenya, Vice-Président ougandais, reçoit la récompense des mains du docteur Tore Godal, Directeur exécutif de GAVI.

GAVI a récompensé cinq pays pour leurs résultats remarquables dans l'amélioration de la couverture vaccinale. Forum de la vaccination se penche sur certains de ces succès.

Un pays qui sort de près de dix ans de conflit a été récompensé par GAVI pour avoir dépassé ses propres objectifs de vaccination en 2002. En effet, la Sierra Leone a réussi à atteindre 30 000 enfants de plus que prévu – faisant passer la couverture des trois doses du vaccin DTC de 44% en 2000 à 62% en 2002.

Outre le versement par GAVI d'une prime de \$US 20 pour chaque enfant supplémentaire vacciné, la Sierra Leone a reçu une plaque commémorant ce succès exceptionnel.

Le docteur Mercy Ahun, Chef des programmes nationaux à GAVI, s'est félicitée des remarquables résultats de la Sierra Leone. "Parvenir à une telle augmentation des taux de vaccination après une aussi longue période d'instabilité est vraiment extraordinaire", a-t-elle ajouté.

Quatre autres pays – le Mali, l'Ouganda, le Pakistan et le Tadjikistan – ont aussi reçu une plaque pour leurs excellents résultats en 2002. Ces récompenses ont été remises aux représentants des gouvernements concernés lors de leur séjour à Genève pour prendre part à l'Assemblée mondiale de la Santé.

Comment ces pays sont-ils parvenus à de tels résultats? Et leur expérience peut-elle servir à d'autres pays bénéficiant du soutien de GAVI et du Vaccine Fund?

Pour la Sierra Leone, la priorité initiale (qui n'était pas financée par GAVI) était de reconstruire les équipements de santé démolis pendant le conflit. Quand la guerre a éclaté en 1991, le pays comptait 741 unités périphériques de santé. En 2002, il n'en restait plus que 450 en état de marche. Aujourd'hui, 600 unités sont totalement fonctionnelles.

Les fonds versés par le biais du Vaccine Fund pour renforcer les services de vaccination ont permis de doter les centres d'équipements réfrigérés et de générateurs, de distribuer des vaccins et d'autres fournitures vaccinales, et de couvrir les frais d'entretien des véhicules et d'expansion des activités de proximité au niveau du district (y compris le paiement d'indemnités de transport aux agents de santé concernés)

Pour élargir la couverture vaccinale, les efforts ont porté sur la formation des agents du PEV et l'établissement d'objectifs mensuels pour les motiver. Les responsables ont classé chaque centre de santé au niveau du district et chaque district au niveau national – afin d'encourager les agents de santé à relever la couverture. Ils ont également eu recours à la mobilisation communautaire pour accroître la demande de vaccination et ont demandé aux comités de développement villageois de repérer les enfants n'ayant pas terminé le cycle complet de vaccination.

Les autres pays à l'honneur ont aussi mis l'accent sur la définition d'objectifs et ont récompensé les centres de santé et les districts obtenant de bons résultats. Le Mali a établi un système de contrats sur les résultats, signés par les districts décentralisés, le Ministère de la santé et les partenaires communautaires. En Ouganda (où la couverture des trois doses du vaccin DTC

est passée de 53% en 2000 à 72% en 2002), les districts affichant les meilleurs résultats ont été récompensés (avec notamment la distribution de bicyclettes, de primes, de certificats et de plaques) au cours de cérémonies nationales. À l'autre bout du spectre, les districts obtenant des résultats médiocres ont été davantage supervisés et ont bénéficié d'un appui ciblé.

En Ouganda et au Pakistan, on pense que l'introduction d'un nouveau vaccin, l'hépatite B, a été un facteur déterminant pour accroître la demande de vaccination. En Ouganda, l'introduction du vaccin pentavalent (DTC3-hépatite B-Hib) a fait l'objet d'un lancement très médiatisé au niveau national par le Président Yoweri Museveni. Des personnalités de la culture et des chefs religieux se sont prononcées en faveur de la vaccination, alors qu'au niveau local, des mobilisateurs paroissiaux enregistraient les enfants devant être vaccinés et assuraient le suivi de ceux qui avaient abandonné avant d'avoir achevé le cycle complet. Au Pakistan, le Directeur du PEV, le docteur Rehan Hafiz, a déclaré que le nouveau vaccin avait servi d'"outil de promotion" pour accroître l'administration des vaccins existants. De plus, la formation à l'utilisation du nouveau vaccin a aidé à remotiver les 8000 vaccinateurs du PEV national.

D'autres éléments clés expliquent ces succès, par exemple les activités entreprises pour élargir l'accès – en multipliant les centres de vaccination fixes et les services mobiles de proximité et en encourageant la mobilisation communautaire pour accroître la demande de vaccination. L'accent placé sur la formation, la planification, le suivi et l'évaluation a également joué un rôle positif.

Le docteur Ahun a déclaré que les cinq pays n'avaient pas ménagé leurs efforts pour porter la couverture à son niveau actuel. "Le défi est maintenant de l'y maintenir", a-t-elle déclaré.

Sheila Davey

Les enfants vaccinés

contre la rougeole et la poliomyélite au Darfour



Les enfants qui souffrent de malnutrition sont particulièrement vulnérables à la rougeole.

Les campagnes de vaccination des enfants se sont poursuivies dans la région troublée du Darfour à l'ouest du Soudan afin de prévenir les épidémies de rougeole et de poliomyélite. En septembre, des campagnes de vaccination massive contre la rougeole et la poliomyélite ont été organisées dans des régions isolées actuellement contrôlées par le Mouvement de libération du Soudan (MLS). Parallèlement, le Soudan a participé à la plus vaste campagne transfrontalière synchronisée de vaccination antipoliomyélitique jamais organisée, au cours de laquelle 23 pays d'Afrique au sud du Sahara tentent d'immuniser 80 millions d'enfants de moins de cinq ans.

En juin, le premier cycle d'une campagne de vaccination massive contre la rougeole avait pour objectif de protéger plus de 2,2 millions d'enfants, dont beaucoup souffrent déjà de malnutrition et sont donc particulièrement vulnérables à la rougeole. Un deuxième cycle de vaccination s'est tenu en juillet afin d'atteindre près de 200 000 enfants qui avaient manqué le premier cycle.

La campagne, dirigée par le Ministère soudanais de la santé, l'OMS et l'UNICEF en coordination avec d'autres organisations nationales et inter-

nationales, a aussi été l'occasion de distribuer des suppléments en vitamine A et de vacciner au moins 90% des enfants de moins de cinq ans contre la poliomyélite. En mai, un enfant a été paralysé par la poliomyélite dans la région du Darfour, le premier cas à être signalé au Soudan depuis trois ans. La maladie s'est ensuite répandue dans la région du Darfour et vers Khartoum, ce qui met en évidence le risque d'une propagation rapide de la poliomyélite au Soudan qui compromettrait les progrès majeurs accomplis vers l'éradication. Le virus responsable a été associé génétiquement au poliovirus endémique dans le nord du Nigéria, où la vaccination antipoliomyélitique a été suspendue l'an dernier dans l'État de Kano après une controverse locale sur la sécurité du vaccin administré. Depuis lors, un poliovirus sauvage s'est répandu depuis le nord du Nigéria dans 12 pays d'Afrique centrale et occidentale jusque là exempts de la maladie. En juillet, la vaccination contre la poliomyélite a repris dans l'État de Kano.

Au Darfour, le premier cycle d'une campagne de vaccination antipoliomyélitique a été organisé à la fin juillet. Un deuxième cycle à la fin août souhaitait protéger 1,4 million d'enfants de moins de cinq ans. ■

Lancement de la Campagne pour l'immunisation des enfants en Allemagne

Une conférence scientifique et un dîner de gala ont été organisés à Francfort (Allemagne), le 12 novembre prochain, afin de recruter le soutien de la communauté politique et du monde des affaires allemands en faveur de la Campagne mondiale du Vaccine Fund pour l'immunisation des enfants. Cette journée – organisée par Le Vaccine Fund et la Stiftung Präventive Pädiatrie, fondation allemande de premier plan qui plaide en faveur de la vaccination dans le monde entier – a mis en lumière les activités engagées pour mobiliser 400 millions de dollars supplémentaires au cours des trois prochaines années pour vacciner les enfants dans les pays les plus pauvres.



Le docteur Rita Susmuth, membre du Conseil d'administration du Vaccine Fund, lors du lancement de la Campagne pour l'immunisation des enfants à Berlin.

Cet événement fait suite au lancement allemand de la campagne à Berlin le 30 juin, avec la participation du Gouvernement allemand, de membres du Parlement, de médias, d'industriels et d'ONG. La présentation d'une journée était placée sous le patronage de S. M. la reine Rania de Jordanie et du Ministre allemand de la coopération économique et du développement Heidemarie Wiecek-Zeul. L'objectif de la campagne, qui a été lancée pour la première fois à Londres le 27 février, est de sauver la vie d'un million d'enfants d'ici à 2006. ■

Michel Camdessus, Rita Süßmuth et Jocelyn Davis entrent au Conseil d'administration du Vaccine Fund

Trois nouveaux membres entreront prochainement au Conseil d'administration du Vaccine Fund, portant à 18 le nombre actuel d'administrateurs. Il s'agit de Michel Camdessus, qui a dirigé le Fonds monétaire international (FMI), du docteur Rita Süßmuth, ancienne Présidente du Bundestag, le parlement allemand, et de Jocelyn Davis, Présidente de Nelson Hart L.L.C, organisation de consultation sur les services financiers dont le siège est aux États-Unis.



M. Camdessus, ancien Gouverneur de la Banque de France, a occupé les fonctions de Directeur général du FMI de 1987 à 2000, où il a effectué trois mandats. Il est le représentant personnel du Président Jacques Chirac pour l'Afrique et a récemment été nommé représentant de la France auprès du Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique (NEPAD).

Le docteur Süßmuth a présidé le Bundestag pendant 10 ans, de 1988 à 1998. Auparavant, elle a fait partie du Gouvernement allemand (de 1986 à 1988) en qualité de Ministre de la santé, de la jeunesse, de la famille et des femmes. Elle est actuellement membre de la Commission mondiale sur les migrations internationales.

Jocelyn Davis est Présidente de Nelson Hart L.L.C, société de consultation sur les services financiers basée aux États-Unis, spécialisée dans les organisations à but non lucratif. Elle est également administratrice indépendante de l'Allmerica Investment Trust.

Le Conseil d'administration du Vaccine Fund, qui est présidé depuis 2001 par l'ancien Président sud-africain Nelson Mandela, se réunit deux fois par an.

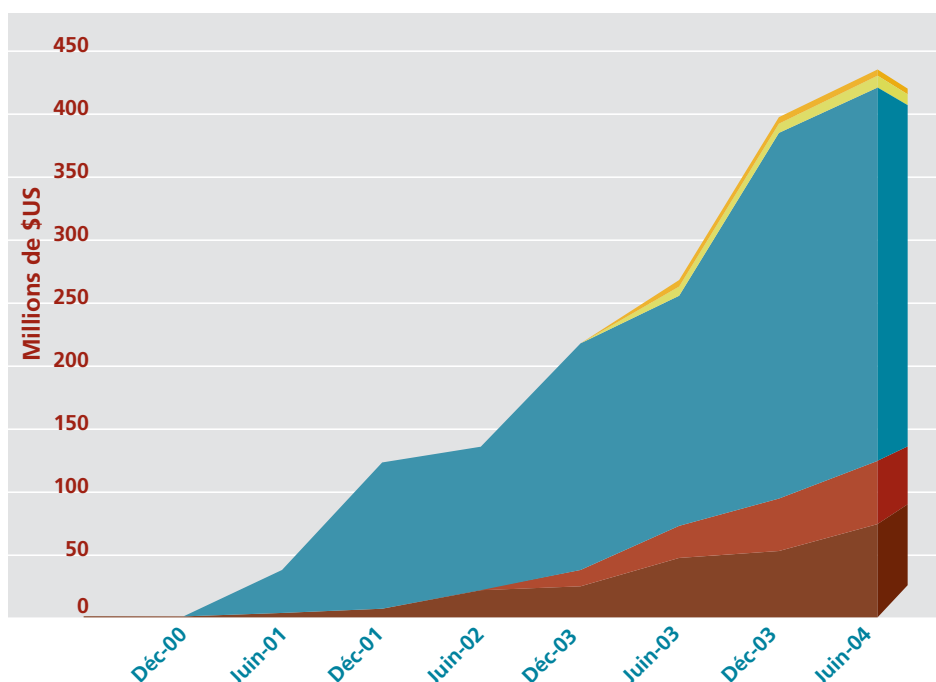
Les progrès en chiffres

Progrès : ressources cumulatives versées par Le Vaccine Fund*

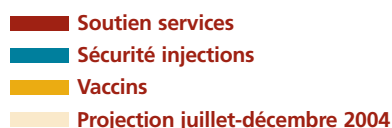
- Plan de travail = **\$US 5 m**
- Plans de développement et d'introduction accélérés (ADIP) = **\$US 9 m**
- Vaccins = **\$US 297 m***
- Sécurité des injections* = **\$US 51 m**
- Soutien aux services de vaccination = **\$US 67 m**

*Les totaux ne correspondent pas aux quantités reçues dans les pays car ils comprennent les achats à long terme de fournitures.

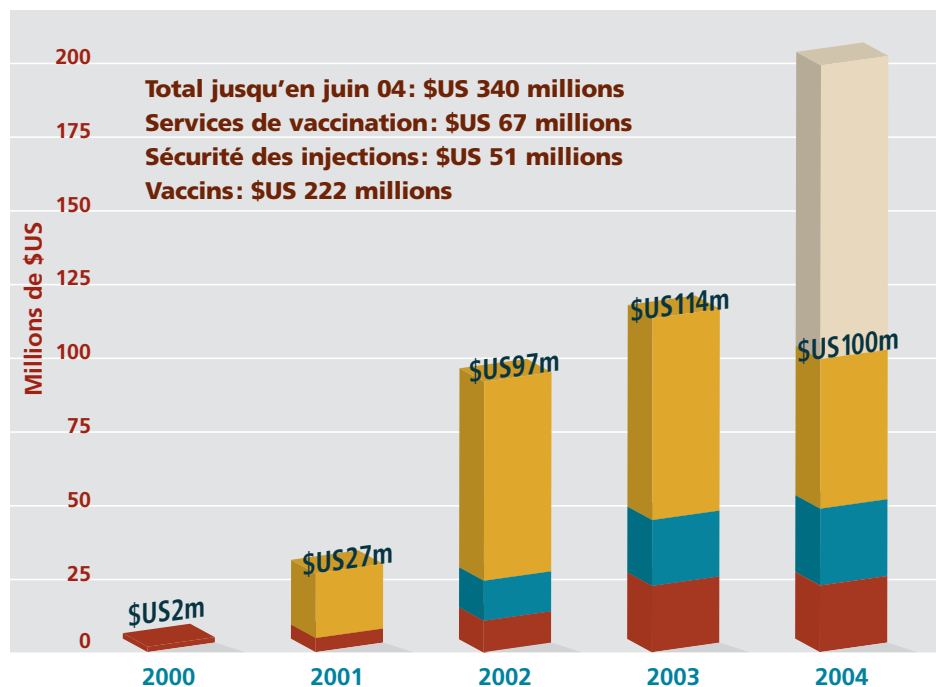
Source: Le Vaccine Fund



Progrès : ressources reçues dans les pays



Source : Secrétariat de GAVI



Forum de la vaccination

Rédactrice : Sheila Davey

Conseillers à la rédaction : Anne Winter,
Jean-Pierre Le Calvez

Éditeur : Secrétariat de GAVI, s/c UNICEF,
Palais des Nations, 1211 Genève 10, Suisse.
Email : Gavi@unicef.org
www.vaccinealliance.org

et
The Vaccine Fund
41, quai Fulchiron, 69005 Lyon, France

ou
1130 Connecticut Avenue, NW, Washington D.C. 20036, USA.
www.vaccinefund.org

Votre avis nous intéresse, merci de l'adresser à : Secrétariat GAVI (adresse ci-dessus) ou par email (Gavi@unicef.org)

Les idées exprimées dans Forum de la vaccination ne représentent pas nécessairement celles des Conseils d'administration de GAVI et du Vaccine Fund.

Création et réalisation : Kaolis - Email: sfornairon@kaolis.fr - www.kaolis.fr

Photo de couverture : Portrait d'une jeune femme, Ethiopie - Crédit : WHO/P. Viro