

Pleins feux sur la vaccination

A quarterly publication of the Global Alliance for Vaccines and Immunization

www.VaccineAlliance.org

GAVI

GAVI is a partnership of public and private organizations dedicated to increasing children's access worldwide to immunization against killer diseases.

GAVI Board members:

**The Bill and Melinda Gates
Children's Vaccine Program
International Federation of
Pharmaceutical
Manufacturers Associations
National Governments
Public Health and Research
Institutions
The Rockefeller Foundation
The United Nations Children's
Fund (UNICEF)
The World Bank
The World Health Organization**

Pleins feux sur la vaccination

Immunization Focus is issued quarterly on the GAVI website at www.VaccineAlliance.org

It is intended to provide updates and topical debate about key immunization issues at national and international level. It can also be sent to you by email.

To receive a free email copy, please send an email message to majordomo@who.int, with « subscribe gavi » in the first line of your message. If you do not have web access, paper copies of *Immunization Focus*, downloaded and printed from the web, can be obtained from your national UNICEF or WHO office.

Letters to the editor are welcome: please write via the GAVI Secretariat, c/o UNICEF, Palais des Nations, 1211 Geneva 10, Switzerland, or Gavi@unicef.ch

Les choses sont en train de bouger

ACTUALITES

LES premiers pays viennent de recevoir la bonne nouvelle: le Fonds mondial pour les vaccins de l'enfance accepte de leur accorder son soutien. Des lettres de GAVI ont été envoyées à ces pays juste avant la mise sous presse de *Pleins feux sur la vaccination*. Les premiers paiements et les premières fournitures de vaccins seront débloqués d'ici novembre.

Un comité d'évaluation indépendant s'est réuni à la mi-juillet pour évaluer les propositions. Ses six membres, venant du Ghana, de Tanzanie, des Philippines, du Mali, des Etats-Unis et de Thaïlande, comprenaient des administrateurs de programmes de vaccination et un Ministre de la santé⁽¹⁾. Les recommandations du comité ont été avalisées par le Conseil d'administration de GAVI. Au total, 17 pays ont soumis des propositions comportant suffisamment d'informations pour être examinées. Sur ces pays, 15 ont reçu l'approbation, dans certains cas sous réserve de la capacité du pays à faire la preuve qu'il pouvait répondre à des exigences spécifiques. Les pays restants ont été invités à soumettre à nouveau une proposition.

Bien que tout à fait nouveau, ce processus a déjà permis de tirer quelques leçons très claires. L'une est que les directives et le formulaire de soumission des propositions ont encore besoin d'être améliorés. Apparemment, certains gouvernements n'avaient pas pleinement compris la nécessité de fournir des informations quantitatives détaillées sur leurs programmes de vaccination. En fait, le comité d'évaluation a décidé que tous les pays dont la proposition a été approuvée devraient fournir des informations complémentaires avant que les fonds ne soient débloqués – par exemple en indiquant clairement comment ils envisagent de mobiliser les ressources pour payer les vaccins nouvellement introduits à moyen ou à long terme. "L'Alliance se doit d'encourager la qualité," déclare Maritel Costales, membre du

comité, et ancien administrateur du programme de vaccination aux Philippines. Les pays ont été invités à fournir ces informations avant le 1er septembre.

"C'était une première pour nous; les choses ont été difficiles", affirme Costales. "Nous avons tiré des leçons de cette expérience, mais de toute évidence, le processus est bon."

Les pays ayant reçu l'approbation en vue de recevoir une ou plusieurs formes de soutien du Fonds, sous réserve d'informations complémentaires, sont: le Bhoutan, le Cambodge, la Côte d'Ivoire, le Ghana, la Guyane, le Kenya, la République kirghize, la République démocratique populaire du Laos, Madagascar, le Malawi, le Mali, le Mozambique, le Pakistan, le Rwanda (pour des services de vaccination) et la Tanzanie. ■

● Pour plus de détails sur la procédure de dépôt des propositions et ses effets dans certains pays d'Afrique, voir page 2

Référence

(1) Une liste des membres du comité est disponible auprès du Secrétariat de l'Alliance.



© Leif R. Jansson/SCANPIX

Une injection d'espoir: en juin, le Premier Ministre norvégien Jens Stoltenberg a promis de consacrer 125 millions de dollars US sur cinq ans à la vaccination infantile dans les pays à faible revenu.

Dans ce numero

- Un effort de rassemblement** : Des avis africains sur la procédure de dépôt des propositions introduite par GAVI 2
- Le tueur de l'ombre** : Le moment est venu de se mobiliser contre *Haemophilus influenzae* de type B 4
- Il est grand temps d'intervenir** : Des analystes lancent un appel en faveur d'une action radicale et immédiate en matière de vaccins contre le VIH 7
- Le sommet du G8 fait des promesses en matière de santé** : Le défi va consister à les tenir 9

Un effort de rassemblement

La première série de gouvernements vient de mener à bien la procédure de demande de soutien auprès du Fonds mondial pour les vaccins de l'enfance. Voici comment les choses se sont passées dans certains pays d'Afrique

POUR quiconque s'est occupé de soumettre à GAVI une demande de soutien de la part du Fonds mondial pour les vaccins de l'enfance, ces derniers mois viennent d'être aussi bousculés que fascinants. Des calendriers déjà serrés ont été rendus encore plus chargés par l'organisation de réunions en tête à tête, souvent entre personnes qui ne s'étaient jamais vues bien qu'elles travaillent toutes à la vaccination dans le même pays. Des données venant de sources parfois éparées ont été rassemblées et analysées pour répondre aux critères fixés (voir De quelle manière GAVI et le Fonds vont apporter leur soutien aux pays, page 3). Mais que les gouvernements aient fait partie de la première fournée ou aient décidé d'attendre la seconde, l'expérience a été, de l'avis de nombreuses personnes impliquées, très fructueuse. Et tous les acteurs en ont tiré des leçons qui leur seront fort utiles pour l'avenir.

Plusieurs messages principaux s'en dégagent. Tout d'abord, ce processus a donné aux pays une occasion unique de rassembler leurs principaux "acteurs" en matière de vaccination et de réévaluer leurs services actuels. Ensuite, il a servi dans certains cas de catalyseur pour le changement, par exemple en suscitant l'engagement spécifique de tel ou tel Ministre de la Santé à améliorer la sécurité des équipements de vaccination ou le contrôle de la qualité des vaccins. Enfin, dans certaines situations, il s'est avéré plus judicieux d'attendre pour rassembler les informations permettant de soumettre une bonne proposition au second tour que de se précipiter pour soumettre un dossier incomplet au premier.

Livraison spéciale: des fournitures de vaccins quittent Maputo pour les régions inondées du Mozambique en début d'année



©UNICEF/H/OO0-0241/Giacomo Prozzi

"Les discussions entraînent beaucoup de changements. Le processus a été fort utile," déclare le Dr. Tarande Manzila, médecin chargé des nouveaux vaccins au bureau régional de l'OMS pour l'Afrique sub-saharienne, basé temporairement à Harare, Zimbabwe, qui a travaillé avec un certain nombre de pays de la région à l'élaboration de leurs propositions.

"Cette occasion de travailler en commun et de faire le bilan de la situation nous a apporté à tous une excellente expérience," confirme Eva Kabwongera, administratrice de projet de l'UNICEF pour la santé à Kampala, Ouganda.

Au Mozambique, déclare Miguel Aragon Lopez, du bureau de l'Unicef à Maputo, le processus a joué un rôle de catalyseur. Par exemple, en voyant que GAVI allait fournir des seringues autobloquantes pour l'injection de vaccins nouveaux et sous-utilisés, le Mozambique – qui utilisait jusque là des seringues réutilisables – a décidé d'emboîter le pas à GAVI et d'utiliser des seringues jetables pour tous les autres vaccins qu'il administre dans le cadre de son

programme, notamment contre le BCG, la rougeole et le tétanos. De même, ajoute Rose Macauley, conseillère technique du programme de vaccination du Mozambique auprès du Ministère de la Santé, le processus a déclenché une réévaluation du rôle du comité national de coordination sur la vaccination (CCV). Auparavant, ce comité se concentrait uniquement sur l'éradication de la poliomyélite. Désormais, son champ d'action va être étendu. Cette année, alors même que les services de vaccination du Mozambique continuent à subir les contrecoups des inondations catastrophiques, le rythme du redressement a été rapide.

Bien que ces nouvelles soient bonnes, tout ne s'est pas déroulé à la perfection dans la région. Comme dans tout partenariat de grande envergure et à lourdes responsabilités, les activités des partenaires de GAVI en Afrique se sont parfois empêtrées dans des confusions et ont subi des chevauchements dans les premiers temps. Au début de l'année, les gouvernements et les responsables de certains pays ont été désorientés par des informations non coordonnées venant de différents partenaires.

Pas de temps à perdre

De même, une fois que le processus a été mis en place, le travail a dû se faire dans l'urgence. Plusieurs fonctionnaires ont affirmé qu'ils auraient préféré avoir plus de temps pour se préparer. Les dossiers de propositions, distribués à la mi-mai, devaient être retournés avant le 30 juin pour être pris en compte dans la première série "C'est un délai très court, alors que notre travail est considérable et ne se limite pas seulement à la procédure de GAVI", a déclaré quelqu'un. "Mais tout le monde a fait de son mieux."

En outre, comme on pouvait s'y attendre, les fonds disponibles ont suscité une ruée. Certains Ministres de la Santé de retour de l'Assemblée mondiale de la Santé à Genève ont apparemment exigé que leurs responsables de la vaccination remplissent et soumettent une proposition dans la première série, bien que ces responsables leur aient signalé que certaines informations requises pour compléter le dossier faisaient défaut. Bien qu'il ne soit pas basé sur la concurrence, le système ne peut fonctionner si les pays ne fournissent pas toute l'information nécessaire. Les pays dont les propositions sont incomplètes seront encouragés à les soumettre une nouvelle fois à une date ultérieure: les efforts doivent être redoublés pour garantir que tous les pays reçoivent les directives appropriées concernant cette procédure, déclare le Dr. Manzila.

Pour garantir le meilleur usage possible du processus de dépôt des propositions, les bureaux régionaux africains de l'OMS et de l'UNICEF ont organisé une réunion informelle à Abidjan, Côte d'Ivoire, à la mi-avril. Ils ont expliqué les mécanismes de GAVI et examiné certains des problèmes principaux, notamment la manière dont les gouvernements envisagent de soutenir durablement les services de vaccination au-delà des cinq années de soutien accordé par l'Alliance et le Fonds mondial pour les vaccins de l'enfance.

Ensuite, des fonctionnaires de l'OMS ont travaillé ponctuellement avec certains pays pour les conseiller

sur leurs propositions, en se concentrant initialement sur les pays les mieux équipés pour fournir les informations requises dans le court délai imparti. Lorsque le temps suffisait pour des discussions à des niveaux politiques plus élevés, des visites personnelles se sont avérées étonnamment productives. Par exemple, en Tanzanie, des contacts avec de hauts fonctionnaires du Ministère de la Santé ont permis d'obtenir un engagement renouvelé et spécifique de la part du gouvernement à soutenir les services de vaccination.

Dans certains cas, des consultants intervenant pour les partenaires de GAVI ont conseillé les pays d'attendre la deuxième série pour soumettre leurs propositions. L'Ouganda a été l'un de ces pays. "Au début, nous nous sommes demandés pourquoi", déclare Kabwongera. "Mais nous avons fini par convenir que si nous avions plus de temps, elle [notre proposition] serait bien meilleure."

Réunir des données éparses

Les informations requises pour la proposition existent pour la plupart, affirme Kabwongera, mais elles étaient éparses et devaient être rassemblées. Ces dernières années, les services de vaccination de l'Ouganda ont été mis à mal, sans doute à cause de l'introduction de politiques telles que la décentralisation des services de soins de santé et la réforme de la fonction publique, qui ont entraîné le licenciement de travailleurs de la vaccination. Mais Kabwongera ajoute que depuis lors, certains d'entre eux ont été réengagés et des stratégies ont été mises au point pour revitaliser le programme de vaccination.

Comme on pouvait s'y attendre, il existe une grande diversité d'opinions sur la manière dont il conviendrait que l'Alliance et le Fonds affinent ou développent les conditions de leur soutien, et si même sur le point de savoir s'ils devraient le faire. La caractéristique peut-être la plus nouvelle du mécanisme pour les pays bailleurs de fonds est la notion de "part", qui correspond à la contribution du Fonds au coût de la vaccination complète d'un enfant (voir De quelle manière GAVI et le Fonds vont apporter leur soutien aux pays, sur cette page). En théorie, ce montant a été fixé à 20\$ par enfant. Certains commentateurs⁽²⁾ affirment que le coût réel varie d'un pays à l'autre, et que les parts devraient donc être échelonnées en fonction de la taille de la population et d'autres facteurs. D'autres se félicitent de la souplesse apportée par cette notion de "part", qui contraste avec la bureaucratie qui accompagne traditionnellement le soutien apporté par les donateurs. "La seule condition est la volonté résolue de vacciner réellement les enfants", déclare Miguel Aragon Lopez au Mozambique.

Après tout, tous ces efforts n'aspirent à rien d'autre. ■

Références

1. Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination et Fonds mondial pour les vaccins de l'enfant: Directives relatives aux propositions des pays souhaitant bénéficier d'un soutien. Disponible auprès du Secrétariat de GAVI ou à <http://www.VaccineAlliance.org/download/guidelines.doc>
2. African Perspectives on GAVI, annexe 7.2, rapport de la troisième réunion du Conseil d'administration de GAVI à Oslo, du 14 au 16 juin 2000. Présenté par Lomamy Shodu, Ministre de la Santé du Zimbabwe. <http://www.VaccineAlliance.org/download/oslofullrept.doc>

De quelle manière GAVI et le Fonds vont apporter leur soutien aux pays

Contenu: Dans un premier temps, GAVI et le Fonds mondial pour les vaccins de l'enfance vont apporter leur soutien aux pays pour:

- renforcer leurs services de vaccination pour les vaccins existants tels que ceux contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC3), la poliomyélite et la rougeole, et
- introduire des vaccins sous-utilisés tels que ceux contre l'hépatite B et le Hib.

Bénéficiaires: Tous les pays à faible revenu dont le PNB par habitant est inférieur ou égal à 1000\$US peuvent recevoir ce soutien. Des arrangements spéciaux sont envisagés pour la Chine, l'Inde et l'Indonésie.

Procédure: Pour recevoir le soutien, un pays doit disposer:

- d'un mécanisme de coordination des activités de tous les acteurs de la vaccination en état de fonctionner, généralement un Comité de coordination inter-agences;
- d'une évaluation récente des services de vaccination, et
- d'un plan de vaccination sur plusieurs années.

Quel type de soutien est le mieux adapté à chaque pays?

- Le soutien apporté aux services de vaccination doit être accordé aux pays où la couverture pour le DTC3 est inférieure à 80% de la population cible. Le but sera de renforcer les systèmes de santé en vue d'améliorer le service dans tous les districts.
- Le soutien à l'introduction de vaccins nouveaux et sous-utilisés sera apporté aux pays où la couverture du DTC3 est supérieure à 50%. Lorsqu'elle est inférieure, les pays seront encouragés à se concentrer sur l'amélioration de leur système de vaccination global avant que ne soient introduits de nouveaux antigènes.

De quelle manière les fonds seront-ils débloqués?

- Pour l'amélioration des services de vaccination dans les pays où la couverture du DTC3 est inférieure à 80%, GAVI et le Fonds ont élaboré une approche radicalement nouvelle. Plutôt que de lier les fonds à des usages spécifiques restreints, comme dans le cas du soutien traditionnel des donateurs, cette approche permet aux gouvernements et aux CCI de décider de la meilleure manière d'utiliser les fonds, ce qui exige en retour le respect rigoureux d'un ensemble d'indicateurs de qualité.

Le financement sera fondé sur la notion de "part" de 20\$US pour chaque enfant intégralement vacciné. Le total des fonds disponibles sera divisé en deux montants égaux. La première moitié sera débloquée a priori sur la base du nombre d'enfants que le gouvernement envisage de vacciner dans les deux années à venir, en sus du pourcentage actuellement vacciné. La seconde moitié sera attribuée sous forme de "récompenses" pour chaque enfant supplémentaire effectivement vacciné.

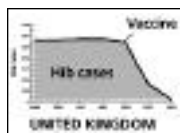
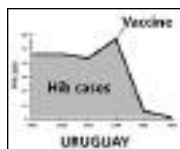
- Pour l'introduction de vaccins nouveaux et sous-utilisés, le Fonds fournira des vaccins et des équipements d'injection sûrs. Il est conseillé aux gouvernements d'envisager de transférer les coûts de ces articles à leurs propres budgets, ou de chercher à obtenir un soutien externe pour leur achat, avant la fin de la période de financement. Ces plans seront réexaminés en 2002.

Pendant combien de temps ces ressources seront-elles versées? Les ressources actuelles du Fonds ont été budgétisées de manière à fournir à tous les pays susceptibles d'en bénéficier un soutien sur cinq années. Les partenaires de GAVI reconnaissent la nécessité d'un soutien durable, et sont en train de prendre des mesures pour prolonger le Fonds au-delà de ces cinq ans. Mais ils aideront également les gouvernements à planifier la manière de continuer à fournir des services améliorés et à rechercher d'autres soutiens.

Quelle est la prochaine date-limite? Les propositions destinées à la prochaine série doivent être reçues par le Secrétariat de GAVI avant le 15 octobre.

Le tueur de l'ombre

Une maladie évitable continue à tuer plus de mille enfants par jour. Phyllida Brown nous explique pourquoi et examine ce qui est entrepris pour remédier à ce problème.



CETTE maladie a été virtuellement éliminée des pays industrialisés. Des vaccins sûrs et efficaces qui protègent les nourrissons sont licenciés depuis près de dix ans. Et pourtant, dans de nombreux pays en développement, la bactérie *Haemophilus influenzae* de type b (Hib) continue à faire des ravages. On estime qu'elle tue 4 à 500.000 jeunes enfants par an dans le monde. La plupart d'entre eux meurent de pneumonie, d'autres de méningite.

Jusqu'ici, très peu de pays en développement utilisent les vaccins anti-Hib dans des programmes de vaccination systématique (voir carte). Pourquoi? Tout d'abord, parce que ces vaccins sont relativement onéreux. Même si les prix ont chuté, le coût d'un calendrier de trois doses n'est pas inférieur à 6\$US, contre quelques cents seulement pour les vaccins traditionnels tels que ceux contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC). En outre, ce qui est tout aussi important, de nombreux gouvernements ne sont tout simplement pas convaincus que cette maladie constitue un problème dans leur pays. Bien qu'étant l'une des deux principales causes de pneumonie, le Hib peut s'avérer difficile à diagnostiquer, de sorte que son rôle passe souvent inaperçu.

Only the highlighted countries routinely use Hib vaccine



Source: WHO

Ce n'est qu'aujourd'hui, après des années d'efforts internationaux soutenus pour accroître l'accès des enfants aux vaccins anti-Hib dans les pays en développement⁽¹⁾ que certains progrès commencent à être enregistrés. Tout d'abord, les chercheurs possèdent désormais des preuves frappantes et irréfutables de l'impact de ces vaccins sur l'incidence des cas de pneumonie et de méningite dans certains pays à faible revenu⁽²⁾. Ces preuves ont aidé à clarifier l'ampleur de la charge de morbidité du Hib. Ensuite, des évaluations du rapport coût/efficacité tendent à prouver que si les vaccins anti-Hib sont dispensés dans le cadre de programmes de vaccination existants, ils peuvent donner d'excellents résultats. Enfin, convaincus que l'introduction de vaccins anti-Hib constitue un bon investissement pour les systèmes de santé nationaux, le Conseil d'administration de GAVI a décidé que les pays à faible revenu devraient, à cette fin, bénéficier au moins d'un financement initial de la part du Fonds mondial pour les vaccins de l'enfance. Les vaccins anti-Hib sont sûrs et efficaces. L'Organisation mondiale de la Santé a publié une note d'information sur le Hib qui conclut qu'"au vu de la sécurité et de l'efficacité démontrées des vaccins conjugués anti-Hib, le vaccin anti-Hib devrait être inclus... dans les programmes de vaccination

systématique des nourrissons"⁽²⁾. L'OMS reconnaît que chaque nation doit tenir compte de ses propres capacités et priorités avant de décider d'adopter ce vaccin, mais en soutient l'utilisation de manière générale.

Toutefois, malgré la position de l'OMS, et même dans la perspective de nouveaux financements à court terme, de nombreux fonctionnaires nationaux de la santé considèrent que le Hib revêt une priorité relativement secondaire parmi les vaccins sous-utilisés, et préfèrent introduire la vaccination contre l'hépatite B, un virus dont la prévalence est relativement bien connue. Dans certains cas, les gouvernements redoutent que l'addition du vaccin anti-Hib à leurs programmes de vaccination ne fragilisent des systèmes déjà mis à excessivement rude épreuve.

Une priorité toujours faible

Ainsi, le programme national de vaccination du Mozambique n'envisage pas d'introduire ce vaccin pour l'instant. "Notre programme n'a pas les moyens d'introduire un nouvel antigène", affirme Rose Macauley, conseillère technique du programme auprès du Ministère de la Santé.

Même les pays qui sont en principe désireux d'introduire le Hib doivent au préalable réunir des données pour justifier cette décision. "Nous aimerions introduire le vaccin anti-Hib, mais nous ne disposons d'aucune donnée ou statistique concrète sur sa charge de morbidité," précise Eva Kabwongera, administratrice de projet de l'UNICEF à Kampala, Ouganda. Cette situation contraste avec celle de l'hépatite B. "Pour l'hépatite B, nous avons les statistiques voulues, nous avons identifié ce virus comme un fardeau contre lequel il est opportun d'introduire le vaccin". Dans l'Afrique sub-saharienne, seuls le Kenya, le Malawi et le Rwanda ont jusqu'ici demandé le soutien en égard au Hib dans leurs propositions à GAVI et au Fonds, même si un groupe de pays d'Afrique occidentale, parmi lesquels la Côte d'Ivoire, le Bénin, le Burkina Faso, le Ghana et le Togo, envisage également de travailler avec des partenaires pour introduire le vaccin anti-Hib.

Encadré 1: Hib: données fondamentales

- Parmi toutes les souches de *Haemophilus influenzae*, le type b représente environ 90% de cette maladie invasive. On estime entre 400 et 500.000 le nombre d'enfants victimes du Hib chaque année.
- On estime à 3 millions le nombre de cas de maladie grave attribué au Hib chaque année. Un enfant sur cinq qui développe une méningite souffre de lésions cérébrales permanentes.
- Dans les pays industrialisés, avant que la vaccination ne soit généralisée, la méningite était la manifestation la plus fréquente de la maladie Hib; en revanche, dans le monde, il existe sans doute cinq cas de pneumonie Hib grave pour un cas de méningite Hib.
- La résistance du Hib aux antibiotiques augmente.
- Depuis l'introduction de vaccins anti-Hib conjugués à partir de 1990 dans les pays industrialisés, l'incidence de la maladie Hib invasive dans ces pays a diminué de plus de 90%.
- En dehors des pays industrialisés, les vaccins Hib ont prouvé qu'ils protégeaient contre la méningite et la pneumonie au Chili, en Uruguay et en Gambie.

Pour Jay Wenger, coordonnateur du Projet prioritaire d'introduction accélérée de vaccins à l'OMS, l'invisibilité du Hib est une des raisons principales de l'absence de demande dans de nombreux pays. "On ne va pas introduire un vaccin contre une maladie impossible à diagnostiquer," dit-il. Parmi les maladies que les médecins rencontrent régulièrement, la pneumonie est l'une des plus courantes – mais ses causes sont multiples, et les cas dus au Hib ne présentent aucune particularité. La bactérie est difficile à isoler sans procédures invasives et matériaux de laboratoire spéciaux qui risquent de ne pas être disponibles dans certains pays en développement. "Si vous n'isolez jamais la bactérie, alors il est peu probable que les cliniciens réfléchissent à la maladie," déclare Wenger.

Encadré 2: La charge de morbidité du Hib est-elle équitablement répartie dans le monde?

Sur la base des estimations disponibles, l'incidence de la maladie Hib invasive varie d'une région à l'autre.

- Aux Etats-Unis avant la vaccination généralisée, on estimait entre 40 et 60 le nombre de cas de méningite Hib et entre 67 et 130 le nombre de cas de maladie Hib en général pour 100.000 enfants de moins de cinq ans par an.
- L'Afrique sub-saharienne semble présenter un taux de méningite Hib équivalent ou supérieur.
- En revanche, l'Asie possède peut-être une incidence plus faible de la maladie, avec des estimations de moins de 5 cas de méningite Hib pour 100.000 personnes; néanmoins, la plupart des études hospitalières, y compris en Asie, ont établi que le Hib était la principale cause de méningite bactérienne.
- D'autres études sont en cours en Chine, en Corée et au Vietnam pour quantifier plus exactement la charge de morbidité en Asie.
- Des études réalisées en Amérique latine à la fin des années 1980, avant l'introduction des vaccins, laissent entendre que l'ensemble de la région présentait de 15 à 25 cas de méningite Hib par 100.000 enfants, et de 21 à 43 cas de maladie Hib en général. D'autres études basées sur l'ensemble de la population sont toutefois requises pour confirmer ces estimations.

Et même lorsque des échantillons sont obtenus, l'infection peut être masquée chez les enfants qui ont été traités sans discrimination par des antibiotiques inadaptés. Bien que quelques hôpitaux de grandes villes d'Afrique sub-saharienne effectuent des diagnostics de laboratoire de la maladie Hib, les données sur la charge de morbidité due au microbe ne sont pas largement diffusées.

Mesurer la charge de morbidité

Joel Ward, directeur du Centre de l'UCLA pour la recherche vaccinale à Torrance, Californie, estime qu'il se pose également un problème de perception. Dans certains pays, le Hib est perçu à tort comme étant propre aux pays industrialisés. "On m'a dit que le Hib est une maladie occidentale", a-t-il déclaré aux délégués de la troisième Conférence annuelle sur la recherche vaccinale tenu à Washington, DC, au début de cette année. Et pourtant, les anticorps au Hib se trouvent dans toutes les populations, de même que les maladies qu'il provoque.

Cependant, depuis le milieu des années 90, la preuve que le Hib est une cause importante de pneumonie dans le monde a été confirmée de manière spectaculaire. En Gambie, Afrique de l'Ouest, de 1993 à 1995, les chercheurs ont évalué l'impact d'un vaccin conjugué anti-Hib sur l'incidence de la pneumonie en général lors d'un essai en double aveugle impliquant plus de 40.000 nourrissons. Ils ont découvert que dans le groupe vacciné contre le Hib, l'incidence de pneumonie grave,

diagnostiquée par radiographie de la cage thoracique, a été réduite de 21 pour cent⁽³⁾. Par implication, les chercheurs ont conclu qu'un épisode sur cinq de pneumonie infantile grave en Gambie est lié au Hib. C'est là un chiffre au moins deux fois plus élevé que les estimations antérieures, qui attribuaient tout au plus 10 pour cent des épisodes de pneumonie au Hib. Au Chili, des chercheurs ont réalisé des études similaires et obtenu des résultats très semblables, ce qui leur accorde un poids supplémentaire⁽⁴⁾. Dans le but d'accroître la diffusion de données en Asie, un essai de vaccin anti-Hib similaire, assorti d'une mesure de l'incidence sur la pneumonie en général, est en cours à Lombok, Indonésie, sous la coordination du Programme pour une technologie appropriée en matière de santé, et de l'organisme non-gouvernemental français Association pour l'Aide à la Médecine Préventive (AMP). Pour des renseignements en anglais ou en français, voir sous www.aamp.org/lombok.html.

En raison du nombre croissant de données sur l'importance du Hib, le Conseil d'administration de GAVI a conclu qu'il était justifié d'introduire le vaccin en Afrique sub-saharienne, dans les Amériques et au Moyen-Orient. Des pays d'Asie peuvent également être fondés à introduire le Hib si les données épidémiologiques en confirment le besoin. En fait, un des objectifs de GAVI est d'introduire le vaccin anti-Hib dans 50% des pays à charge de morbidité élevée et à faible revenu d'ici l'an 2005⁽⁵⁾.

Instrument d'évaluation rapide

Mais de nombreux pays préfèrent disposer de leurs propres données sur l'ampleur de la charge de morbidité du Hib avant d'aller de l'avant et d'introduire le vaccin. "Le problème tient à ce que pour l'instant, les pays doivent continuer à croire l'OMS sur parole," déclare Wenger. "Ce n'est donc certainement pas gagné d'avance." Ainsi, il est également nécessaire de disposer d'un instrument permettant à un gouvernement d'évaluer rapidement la charge du Hib dans sa propre population. A cette fin, l'OMS, les Centers for Disease Control and Prevention des Etats-Unis et d'autres partenaires ont développé un tel outil d'évaluation. Chris Nelson de l'OMS décrit comment il fonctionne.

Tout d'abord, les fonctionnaires passent au crible les archives des principaux hôpitaux dans un district pour identifier tous les cas cliniques enregistrés de méningite sur une période donnée, généralement 12 mois. Ils vérifient également les dossiers des laboratoires pour trouver les archives microbiologiques de la méningite Hib et procèdent à des vérifications croisées des données de laboratoire avec les dossiers cliniques. Le nombre de cas de méningite Hib par rapport à l'ensemble de la population de moins de 5 ans dans le district donne une estimation de l'incidence de cette maladie. Il est plus difficile de mesurer la pneumonie Hib, mais les essais en Gambie, au Chili et ailleurs donnent à penser qu'il y a environ cinq cas de pneumonie pour un cas de méningite par an.

L'instrument d'évaluation rapide prend pour hypothèse un ratio similaire et utilise le chiffre d'incidence de la méningite pour estimer le chiffre de la pneumonie. Des essais sur le terrain de cet instrument ont commencé: six pays ont déjà soit procédé aux tests, soit envisagé de le faire dans les semaines qui viennent, précise Nelson. ▀

“Nous avançons très rapidement,” dit-il, en ajoutant qu’une réunion aura lieu en octobre et qu’un projet sera établi d’ici la fin novembre. Grâce à de meilleures données sur la charge de morbidité, assure Tore Godal, Secrétaire exécutif de GAVI, de nombreux pays verront l’avantage d’introduire le vaccin.

Mais le prix continue à préoccuper de nombreux gouvernements, puisque les engagements à vacciner les enfants doivent être tenus bien au-delà des cinq années au cours desquelles le Fonds mondial pour les vaccins de l’enfance accordera son soutien. Néanmoins, divers indices donnent à penser que le coût ne devrait pas être considéré comme une barrière infranchissable. Tout d’abord, un nombre croissant d’études montre que les vaccins anti-Hib présentent un bon rapport coût-efficacité. En janvier 2000, des chercheurs travaillant pour le compte de l’ancienne Initiative pour la vaccination des enfants ont publié des estimations du rapport coût-efficacité du vaccin anti-Hib en Afrique sub-saharienne qui indiquaient que ce vaccin pourrait être administré pour 21-22\$US pour chaque année de vie gagnée en bonne santé⁽⁶⁾. En ce sens, le vaccin serait une excellente “affaire”, vu que selon les analyses effectuées pour la Banque mondiale, toute intervention de santé qui coûte moins de 25\$US par an de vie gagnée en bonne santé est considérée comme un investissement extrêmement rentable⁽⁷⁾. Des études antérieures réalisées par les mêmes chercheurs avaient également indiqué que le vaccin pourrait être rentable dans les pays d’Asie à faible revenu.

Economies

Il existe également diverses études nationales ponctuelles, dont certaines prédisent même des économies de coûts – et pas simplement de bons rapports coût-efficacité – par suite de la vaccination contre le Hib. Par exemple, dans une analyse publiée en 1995, des chercheurs d’Afrique du Sud ont mesuré les coûts de la maladie par rapport aux avantages du vaccin dans ce pays. Ils ont calculé que les coûts économiques estimés de la maladie Hib dans la cohorte 1992 au Cap allaient de 10,7 millions à 11,8 millions de Rand. Le coût de l’introduction du vaccin aurait été inférieur, soit seulement 8,3 millions de Rand. Ils en ont conclu que les avantages du vaccin auraient dépassé les coûts dans la seule ville du Cap à raison de 3,5 millions de Rand (500.000\$US), soit un rendement substantiel⁽⁸⁾. Depuis 1999, l’Afrique du Sud a introduit le vaccin anti-Hib dans son programme national de vaccination.

Les données relatives aux rendements sur investissements ont beau être frappantes, certains gouvernements continueront probablement à trouver que

6\$ ou plus par enfant vacciné constituent un prix inabordable à long terme. Cette situation pourrait changer, toutefois, au fur et à mesure que le coût du vaccin continuera à diminuer ou que des ressources jusque là affectées à d’autres fins seront libérées pour la vaccination.

Quant à la fragilisation de programmes de vaccination déjà sursaturés, Wenger prétend que les difficultés ont peut-être été exagérées. L’OMS et les autres partenaires de GAVI plaident vigoureusement en faveur de l’utilisation, dans toute la mesure du possible, de vaccins combinés, et certaines combinaisons de vaccins anti-Hib et anti-DTC sont possibles (voir référence 5).

Alors que les pays font face à des demandes concurrentes visant leurs ressources extrêmement limitées, le vaccin anti-Hib peut ne pas sembler revêtir une priorité majeure pour l’instant. Néanmoins, le jour où le vaccin sera introduit et où la charge écrasante de la pneumonie et de la méningite infantiles commencera à se dissiper, les travailleurs de santé et les parents repenseront peut-être avec incrédulité aux raisons invoquées aujourd’hui pour en retarder l’introduction. ■

Références principales

1. The CVI seeks speedy Third World adoption of Hib vaccine. *CVI Forum*, 12 août 1996, pp. 2-9.
2. Note d’information de l’OMS sur les vaccins conjugués *Haemophilus influenzae* type b. Sans date. www.who.int/vaccines-diseases/diseases/hibpospaper.htm
3. Randomised trial of *Haemophilus influenzae* type-b tetanus protein conjugate for prevention of pneumonia and meningitis in Gambian infants. Mulholland, K. et al., *Lancet* 349:1997;1191-1197. (Les utilisateurs enregistrés sur Lancet Interactive peuvent consulter cet article sur www.thelancet.com/newlancet/reg/issues/vol349no9060/article1191.html)
4. Defining the burden of pneumonia in children preventable by vaccination against *Haemophilus influenzae* type b. Levine O.S. et al. *Paediatric Infectious Disease J.* 1999, 18:1060-4.
5. Directives relatives aux propositions des pays souhaitant bénéficier d’un soutien aux services de vaccination et aux vaccins nouveaux et sous-utilisés. GAVI et le Fonds mondial pour les vaccins de l’enfance Disponible à www.VaccineAlliance.org/download/guidelines.doc ou auprès du Secrétariat de GAVI.
6. Policy analysis of the use of hepatitis B, *Haemophilus influenzae* type b, *Streptococcus pneumoniae*-conjugate and rotavirus vaccines in national immunization schedules. Miller M. et McCann L., *Health Economics*, janvier 2000.
7. Jamison, D. et al. (éd.), *Disease control priorities in developing countries*. Oxford University Press. 1993. New York.
8. The costs and benefits of a vaccination programme for *Haemophilus influenzae* type B disease. Hussey G.D., et al., *South African Medical Journal* 1995 Jan;85(1):20-5.
9. Cost-benefit analysis for the use of *Haemophilus influenzae* type b conjugate vaccine in Santiago, Chile. Levine O.S. et al. , *American Journal of Epidemiology*, 1993. 137:1221-8.
10. Wenger J.D. et al. Introduction of Hib conjugate vaccines in the non-industrialized world: experience in four “newly adopting” countries. *Vaccines* 2000;18:736-742.

Les graphiques présentant l’impact des vaccins sont adaptés de *The Jordan Report* 1998, NIAD, Bethesda, Maryland, Etats-Unis.

Encadré 3: Les vaccins anti-Hib

La nouvelle génération de vaccins anti-Hib “conjugués” contient deux composantes: la capsule de polysaccharide Hib et, attachée à cette capsule, un antigène à protéine “porteuse” tel qu’un toxoïde du tétanos qui stimule une forte réaction immunitaire liée aux cellules T. Ces vaccins sont efficaces chez les nourrissons et réduisent le nombre de bactéries Hib portées par les personnes en bonne santé dans leur nasopharynx, ce qui réduit la propagation de l’infection par le Hib non seulement chez les personnes vaccinées, mais même chez celles qui ne le sont pas. Il existe plusieurs vaccins conjugués anti-Hib produits sous licence, y compris des combinaisons avec le DTC ainsi que le DTC et l’hépatite B.

Il est grand temps d'intervenir

Il se peut que des années s'écoulent encore avant que l'on ne dispose de vaccins contre le SIDA; néanmoins, deux analyses affirment que les responsables doivent agir de manière radicale et rapide pour garantir que le monde entier puisse y avoir accès.

MÊME si les obstacles scientifiques au développement de vaccins contre le SIDA peuvent être surmontés, il se peut que les pays à faible revenu continuent à attendre des décennies avant d'y avoir accès; voilà la mise en garde que lance un rapport coup de poing⁽¹⁾ publié le mois dernier. Ce rapport, émanant de l'Initiative internationale pour un vaccin contre le SIDA (IAVI), conclut que tant qu'il n'y aura pas "une évolution monumentale" de l'approche mondiale de l'utilisation des vaccins, des millions de personnes vont être infectées sans raison par le VIH dans l'attente que ces vaccins leur parviennent enfin "au compte-gouttes". Ce rapport lance un appel pour que des changements immédiats et fondamentaux soient apportés à l'approche mondiale en matière de production de vaccins, d'octroi de licences, de tarification, d'achats et de distribution, et énonce un plan d'action en cinq points.

Regarder la réalité en face

Ce rapport suit de près une autre analyse des perspectives de développement et d'utilisation de vaccins contre le SIDA, faite par José Esparza, de l'Initiative OMS-ONUSIDA pour un vaccin contre le VIH, et Natth Bhamarapravati, de l'université Mahidol, Thaïlande⁽²⁾. Ces auteurs plaident instamment pour que les essais de vaccins potentiels soient accélérés et que des plans d'accès universel soient établis dès maintenant, et déclarent:

"L'ironie du sort serait qu'un vaccin mis au point en collaboration avec des pays moins développés puisse en fait contribuer à creuser le fossé et les inégalités créées par la pandémie du

SIDA."

Esparza et Bhamarapravati se concentrent essentiellement sur les tests à effectuer sur les vaccins. "Avant d'élargir l'accès à un vaccin contre le VIH, il faut en mettre un au point", déclare Esparza. Seuls deux essais d'efficacité sont actuellement en cours, et les résultats du premier seront disponibles en 2001. L'OMS et l'ONUSIDA organiseront des consultations en octobre pour estimer la demande de vaccins, si les candidats actuels apportaient une protection quelconque.

Le rapport IAVI, dont le principal auteur est Roy Widdus, de l'ancienne Initiative pour les vaccins de l'enfant IVE, déclare que le paradigme traditionnel pour encourager l'utilisation de nouveaux vaccins dans les pays en développement a été "un énorme échec de la santé publique". Du fait que la mise au point de vaccins est risquée et est généralement financée par des fonds privés, les fabricants ont tendance à commencer par commercialiser leurs vaccins dans les pays nantis dont les consommateurs ont les moyens de payer le prix intégral. Au fil du temps, généralement au bout de 15 ans environ, le prix baisse tandis que la capacité et l'efficacité de production augmentent; des donateurs d'aide externes et quelques gouvernements de pays en développement commencent alors à acheter les vaccins, qui sont introduits au coup par coup sur de nombreuses années. L'utilisation de vaccins contre l'hépatite B et Haemophilus influenzae type b (Hib), par exemple, a repris ce schéma, ce qui a entraîné des millions de morts

qui auraient pu être évités.

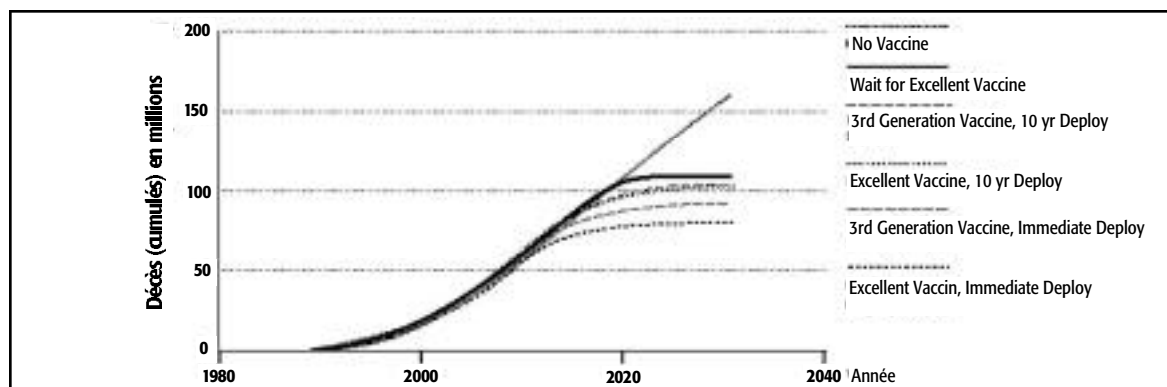
"Cette approche – déjà déplorable pour toute maladie grave – est totalement inacceptable dans le cas du VIH", affirme le rapport IAVI. Au taux de contamination actuel, même un décalage de cinq ans entre l'octroi d'une licence pour un vaccin contre le SIDA et son introduction généralisée dans les pays à faible revenu entraînerait jusqu'à 30 millions d'infections par le VIH évitables.

IAVI dégage les principales raisons de la lenteur de l'introduction des vaccins existants dans les pays à faible revenu. Parmi elles figurent l'absence de ressources, la faible priorité accordée à la prévention des maladies par la plupart des gouvernements et, dans certains pays nantis, l'impopularité politique de tarifications différenciées pour les produits de santé. En outre, les fabricants doivent naviguer sur des systèmes réglementaires d'approbation des vaccins qui sont "fragmentés et non coordonnés" selon les pays, tout en accroissant la production pour les besoins mondiaux.

Dans le cas des vaccins contre le SIDA, ajoute le rapport IAVI, ces problèmes sont aggravés par des défis supplémentaires: de manière cruciale, les pays pauvres n'ont pratiquement aucune infrastructure pour distribuer les vaccins aux groupes de la population qui ont un besoin le plus urgent de vaccination contre le VIH: les adolescents et les adultes sexuellement actifs. La plupart des vaccins sont distribués aux nourrissons et, même si certains affirment que les vaccins contre le

Figure 1: Evolution projetée du nombre de décès dus au SIDA dans le monde selon diverses stratégies en matière de vaccins

La courbe supérieure présente les décès projetés en l'absence d'un vaccin. Les courbes inférieures indiquent les effets probables de l'utilisation de vaccins d'efficacité variables, soit immédiatement disponibles sous licence, soit après des retards.



Source: IAVI

VIH pourraient également être administrés à ce groupe d'âge, le rapport IAVI déclare qu'une telle approche pourrait entraîner des retards supplémentaires. L'efficacité d'un vaccin administré en bas âge pourrait ne pas être connue avant de nombreuses années, et la durée de la protection serait également difficile à déterminer, déclare Widdus. "On pourrait se retrouver avec un report [de mise en œuvre] de 10 ans, et finir par découvrir qu'il faut un rappel de vaccin à l'adolescence." Pour couronner le tout, il est difficile de planifier la production à grande échelle dès maintenant, car les vaccins expérimentaux contre le SIDA évoluent rapidement.

Une cible mouvante

Alors que les vaccins "de première génération", tels que définis par IAVI, n'assurent peut-être qu'une protection à 40% et exigent éventuellement des doses multiples, un vaccin "de troisième génération" pourrait offrir une protection à 90%, être administré par voie orale, et n'exiger que des rappels occasionnels. Manifestement, chaque type de vaccin aurait ses propres exigences en matière de volume, d'administration et de conseils. Dans l'ensemble, les choix quant aux types de vaccins utilisés et à la vitesse à laquelle ils seraient introduits pourraient décider du sort de millions d'individus tout au long de l'épidémie (figure 1).

Un troisième problème critique lié aux vaccins contre le VIH tient à ce que personne ne sait encore si un vaccin basé sur une souche du virus protégera contre les autres souches. Dans de nombreuses communautés, notamment d'Afrique sub-saharienne, des souches multiples sont actuellement en circulation. Le rapport affirme que des études visant à établir si les vaccins peuvent protéger contre plusieurs souches doivent être effectuées en parallèle et faire l'objet d'une coordination stratégique. Sinon, le processus d'évaluation pourrait prendre encore des années supplémentaires.

IAVI dresse la liste de cinq exigences principales pour garantir un accès rapide aux vaccins:

- Une tarification efficace et des mécanismes de financement mondiaux.
- Des estimations fiables de la demande et de la capacité de production requise.
- Des systèmes d'administration

adéquats pour les adolescents, les adultes sexuellement actifs et les autres populations à risque.

● L'harmonisation des réglementations nationales et des conseils internationaux pour l'approbation et la distribution des vaccins.

● Des mesures immédiates pour élargir l'accès aux vaccins sous-utilisés existants contre les autres principales maladies, en utilisant des mécanismes tels que GAVI et le Fonds mondial pour les vaccins de l'enfance.

Les dirigeants politiques et le secteur privé sont mis au défi d'avaliser l'application d'une tarification échelonnée pour les vaccins contre le SIDA, de sorte que les pays à faible revenu soient en mesure de payer des prix abordables sans priver les fabricants d'un rendement satisfaisant sur leurs investissements. Le rapport lance un appel en faveur d'engagements financiers "crédibles" de la part des pays industrialisés pour acheter et fournir des vaccins aux pays en développement.

Il ajoute que beaucoup plus d'efforts sont également requis pour convaincre les Ministres des Finances et les donateurs de l'utilité de la prévention des maladies, notamment du SIDA qui est presque toujours mortel et qui touche les adultes jeunes et productifs. Le rapport laisse entendre que dans l'état actuel des connaissances, un vaccin contre le VIH pourrait être rentable à des prix jusqu'à 50 fois supérieurs aux vaccins infantiles traditionnels. Aucune étude détaillée sur le rapport coût-efficacité de vaccins hypothétiques contre le VIH n'a encore été entreprise. Mais le Président de IAVI, Seth Berkley, déclare que ces études doivent être prioritaires.

Quant à la conception des systèmes de fourniture qui atteindraient les adolescents et les jeunes adultes, Widdus plaide en faveur d'une approche radicalement nouvelle. "Nous devons fondamentalement réfléchir à beaucoup de points d'accès différents et oublier l'idée d'un système unique atteignant 95% [de la population cible]," dit-il. Au lieu des systèmes de fourniture traditionnels, les vaccins pourraient devoir être administrés dans toute une série de contextes, y compris parfois en dehors du cadre usuel – par exemple par le biais des écoles et des services de vulgarisation qui

encouragent l'utilisation des préservatifs auprès des travailleurs du sexe et des enfants des rues.

La planification de la fourniture des vaccins doit également tenir compte de sensibilités politiques et religieuses susceptibles d'affecter la demande de vaccination, ajoute Widdus. Les vaccins contre le SIDA pour les adolescents seraient probablement plus acceptables s'ils étaient offerts en liaison avec d'autres interventions telles que les vaccins contre le tétanos, la rubéole et l'hépatite B, ou l'éducation sanitaire. "Il faut du temps pour réfléchir à des approches globales intelligentes des soins de santé," affirme Widdus. "Nous devons commencer à y réfléchir dès aujourd'hui, non pas parce qu'un vaccin sera disponible la semaine prochaine, mais parce que ces choses sont intrinsèquement difficiles et que nous courons davantage de risques de commettre des erreurs si nous agissons dans la hâte à la dernière minute."

La cinquième recommandation du rapport IAVI – qui veut que les vaccins sous-utilisés actuels contre les principales maladies telles que l'hépatite B ou le Hib soient introduits rapidement et efficacement dans les pays en développement par le biais de partenariats tels que GAVI – constituera le défi numéro un, assure-t-il. Si les conseils d'administration de l'industrie sont convaincus que des partenariats pour l'introduction de ces vaccins peuvent fonctionner, alors des partenariats pour les vaccins contre le SIDA ont également davantage de chances d'aller de l'avant, ajoute le rapport.

Tore Godal, Secrétaire exécutif de GAVI, déclare: "Nous ne devons pas être paralysés par des problèmes qui restent hypothétiques. Au contraire, nous devrions travailler sans relâche pour mettre au point les vaccins eux-mêmes et ensuite utiliser tous les mécanismes à notre disposition – y compris GAVI – pour les distribuer rapidement à ceux qui en ont le plus besoin." ■

Références

- (1) AIDS Vaccines for the World: Preparing now to assure access. Initiative internationale pour un vaccin contre le SIDA, juillet 2000. Télécharger ou lire en ligne les résumés sous www.iavi.org
- (2) Accelerating the development and future availability of HIV-1 vaccines: why, when, where and how? José Esparza et Nath Bhamarapravati. *Lancet* 355: 2061-66. Phyllida Brown

Le sommet du G8 fait des promesses en matière de santé: le défi va consister à les tenir

Une promesse visant à donner la priorité à l'extension de la vaccination infantile a été parmi les questions qui ont le moins fait parler d'elles lors du sommet du Groupe des huit (G8) rassemblant les principales nations industrialisées, qui s'est terminé le 23 juillet à Okinawa, Japon. Mais après un sommet largement critiqué dans les médias du monde pour son absence de progrès véritable, tous les yeux sont désormais tournés vers ceux à qui il incombe de tenir ces promesses.

De meilleures chances: des enfants tels que ceux-ci à Haïti ne peuvent pas se permettre d'attendre trop longtemps des résultats



© UNICEF/DO194-0802/Nicole Toutoumji

“Nous avons le soutien politique et des promesses de fonds supplémentaires: le véritable test consiste désormais à faire en sorte que quelque chose se passe sur le terrain”, déclare pour Pleins feux sur la vaccination Andrew Cassels, analyste des politiques à l'Organisation Mondiale de la Santé. Cassels affirme que l'OMS a été fortement “encouragée” de voir que les dirigeants du G8 reconnaissent qu'une meilleure santé est la clef de la réduction de la pauvreté, mais a mis en garde contre le fait qu'il reste “un énorme programme de travail à accomplir ces tout prochains mois.”

Les sept pays les plus riches plus la Russie se sont engagés à lutter contre les maladies infectieuses, notamment le SIDA, le paludisme, la tuberculose et les maladies infantiles. Dans leur communiqué final⁽¹⁾, ils fixent des

objectifs pour réduire de moitié les décès dus à la tuberculose et la charge du paludisme, et diminuer d'un quart le nombre de jeunes contaminés par le VIH d'ici 2010. Ce communiqué ne précise aucun mécanisme permettant d'atteindre ces objectifs, bien qu'une nouvelle réunion à l'automne soit chargée d'examiner les priorités, de discuter de nouvelles procédures de travail et de fixer un calendrier d'action.

De nouvelles ressources ont été promises par deux des pays riches: le Japon accordera 3 milliards de \$US d'aide aux pays à faible revenu pour endiguer les maladies infectieuses et parasitaires dans les cinq prochaines années⁽²⁾; et le Royaume-Uni doit doubler et faire passer à 160 millions de \$ US sur trois ans son aide au développement pour l'amélioration de l'accès aux médicaments et aux technologies pour les principales maladies transmissibles. La Commission européenne, dont le Président assistait également au sommet du G8, semble également avoir promis de nouveaux financements importants, bien qu'aucune déclaration ni somme précise n'ait été annoncée au moment où Pleins feux sur la vaccination mettait sous presse.

Il a également été confirmé aux dirigeants réunis à Okinawa que l'Association internationale de développement, l'organisme prêteur sous concession de la Banque mondiale, allait tripler ses crédits destinés à lutter contre le SIDA, le paludisme, la tuberculose et les maladies infantiles, y compris par le biais de la vaccination, et les faire ainsi passer à au moins 1 milliard de \$US. L'AID fournit environ au total 7 milliards de \$US par an pour des

crédits à long terme à des pays à faible revenu. Les gouvernements éligibles pourront demander un financement de l'AID pour toute une série d'activités, telles que renforcer leurs infrastructures de fourniture d'interventions de santé, ou soutenir la prévention des maladies et les activités d'endiguement, déclare Amie Batson, de la Banque mondiale. Le but de la Banque est de renforcer la capacité des gouvernements à fournir des services durables, en complétant les actions d'autres partenaires de GAVI et du Fonds mondial pour les vaccins de l'enfance. “Le fonds peut aider à catalyser et à compléter des sources de financement plus durables,” dit-elle.

Outre la fixation d'objectifs concernant les trois principales maladies mortelles, le communiqué du G8 établit également un programme plus large qui devra être réalisé pour que ces objectifs soient atteints, et qui inclut “la mise au point de systèmes de santé équitables et efficaces, une vaccination étendue, l'alimentation et les micronutriments ainsi que la prévention et le traitement des maladies infectieuses”. En outre, ce programme engage les nations du G8 et leurs partenaires à travailler “pour faire en sorte que les interventions rentables existantes, y compris les principaux médicaments, les vaccins et les mesures préventives soient plus largement disponibles aux pays en développement, et à des prix abordables”.

Références

- (1) www.g8kyushu-okinawa.go.jp/e/documents/commu.html
- (2) www.g8kyushu-okinawa.go.jp/e/theme/infection.html

Phyllida Brown

Pleins feux sur la vaccination

Editor: Phyllida Brown

Publisher: Dr Tore Godal, GAVI Secretariat, C/O UNICEF, Palais des Nations, 1211 Geneva 10, Switzerland. Email: Gavi@unicef.ch

External Editorial Board:

Maria Otelia Costales , Country Representative, AVSC International, The Philippines; **Shawn Gilchrist** , Vaccine Industry Representative, Aventis Pasteur, Toronto; **Keith Klugman** , Director, Pneumococcal Diseases Research Unit, South African Institute for Medical Research, South Africa; **P. Helena Mäkelä** , National Public Health Institute, Finland; **Philip Minor** , National Institute for Biological Standards and Control, United Kingdom; **Khadija Msambichaka** , Tanzania; **Francis Nkrumah** , Noguch Memorial Institute for Medical Research, Ghana; **Paul Offit** , The Children's Hospital of Philadelphia, United States and Member, Advisory Committee on Immunization Practices; **Mohammed Ashraf Uddin** , Chief Health Officer, Dhaka City Corporation, Bangladesh

The views expressed in *Immunization Focus* are not necessarily the views of the GAVI Board.

Designed and produced by: Synergy New Media, London N17, UK. www.synergynewmedia.co.uk