

# Pleins feux sur la vaccination

Publication trimestrielle de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination

www.VaccineAlliance.org

## GAVI

GAVI, l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination, est un partenariat entre des organisations publiques et privées ayant pour objectif d'élargir aux enfants du monde entier l'accès à la vaccination contre les maladies les plus meurtrières.

**Les partenaires représentés au sein du Conseil d'administration de GAVI sont :**

**Le Programme Bill et Melinda Gates de vaccins pour l'enfant auprès du PATH**

**La Fondation Bill et Melinda Gates**

**Les gouvernements nationaux**

**Les instituts de recherche et de techniques sanitaires**

**La Fondation Rockefeller**

**Le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF)**

**L'industrie du vaccin**

**La Banque mondiale**

**L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)**

## Pleins feux sur la vaccination

*Pleins feux sur la vaccination* est une publication trimestrielle disponible sur le site Internet de GAVI : [www.VaccineAlliance.org](http://www.VaccineAlliance.org).

Elle présente des mises à jour et des discussions sur les principales questions relatives à la vaccination, tant au niveau national qu'international. Vous pouvez aussi la recevoir par e-mail.

Pour recevoir un exemplaire par e-mail, veuillez écrire à l'adresse [majordomo@who.int](mailto:majordomo@who.int) en indiquant « subscribe gavi » dans la première ligne du message. Si vous n'avez pas accès à Internet, vous pouvez solliciter des exemplaires papier, qui auront été téléchargés et imprimés à partir du site Internet, auprès du bureau de l'UNICEF ou de l'OMS dans votre pays.

Les lettres adressées à l'éditeur sont les bienvenues.

Veuillez écrire au Secrétaire de GAVI, c/o UNICEF, Palais des Nations, 1211 Genève 10, Suisse ou à [Gavi@unicef.org](mailto:Gavi@unicef.org)

## Un vaccin pour l'Afrique

ACTUALITES

LA MENACE d'épidémie de méningite qui inquiète sérieusement l'Afrique pourrait bien passer au rang des mauvais souvenirs de l'histoire d'ici une décennie grâce à un projet ambitieux qui vise à développer et introduire des vaccins plus efficaces fabriqués sur mesure pour répondre aux besoins du continent africain.

Les responsables du projet, l'Organisation Mondiale de la Santé et le Programme de Technologie Appropriée en Santé (PATH), sont actuellement en pourparlers avec les fabricants de vaccins et espèrent voir les premiers vaccins brevetés entre 2003 et 2006. Le partenariat a reçu l'appui financier de la Fondation Bill & Melinda Gates avec un don de \$70 millions annoncé le 30 mai dernier.

En cas de succès du projet, celui-ci pourrait servir de modèle pour le développement et l'introduction de vaccins contre d'autres maladies qui affectent en premier lieu les populations des pays les plus pauvres. En plus de permettre que des vaccins candidats contre la méningite soient mis à disposition par les laboratoires et testés sur le terrain, ce partenariat vise à surmonter les problèmes de brevet vis-à-vis des produits, à financer leur achat par l'intermédiaire de mécanismes globaux et à assurer un approvisionnement approprié pour répondre aux besoins. « J'espère que ce projet servira de modèle pour d'autres vaccins destinés aux pays en développement », déclare Luis Jodar, de l'OMS.

La méningite à méningocoques concerne un groupe de 18 pays dans toute l'Afrique (voir Carte). Elle est accompagnée d'épidémies irrégulières et imprévisibles qui causent des ravages dans les systèmes de santé fragiles. La maladie est plus redoutée que le VIH ou le paludisme, même si elle tue moins de personnes. Dans un passé récent, en 1996, durant la pire saison, environ 200 000 cas et 20 000 décès ont été recensés, même si les chiffres réels étaient probablement plus élevés. L'année dernière seule, 4 000 personnes

sont décédées et des milliers d'autres souffrent depuis d'handicaps permanents. Sur les cinq souches ou sérotypes de méningite à méningocoques trouvés dans le monde, les sérotypes A et C sont ceux qui sont les plus susceptibles de déclencher une épidémie. Un vaccin A/C à base de polysaccharides existe, mais il n'empêche pas la transmission de l'infection entre les porteurs et ne peut donc pas protéger des populations entières. En outre, sa protection peut être éphémère. Par conséquent, des campagnes de vaccination massives doivent être organisées chaque fois qu'une épidémie se déclare. Le Projet de vaccin contre la méningite vise à développer des vaccins conjugués A/C qui fourniraient une barrière immunitaire durable et endigueraient la propagation de l'infection. La technologie nécessaire pour mettre au point ces vaccins est disponible depuis une

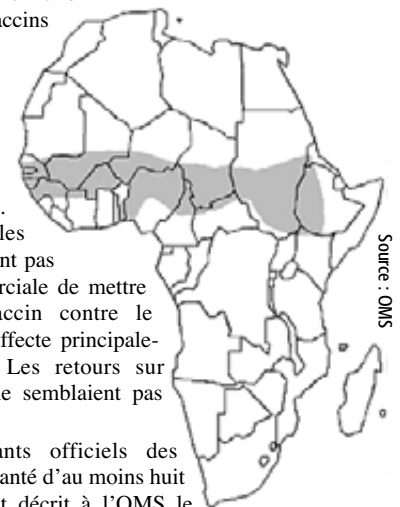
décennie et des vaccins conjugués sont brevetés pour lutter contre d'autres sérotypes présents dans les pays industrialisés. A l'inverse, les fabricants n'avaient pas de raison commerciale de mettre au point un vaccin contre le sérotype A, qui affecte principalement l'Afrique. Les retours sur investissements ne semblaient pas assez élevés.

Des représentants officiels des Ministères de la Santé d'au moins huit pays africains ont décrit à l'OMS le type de vaccin dont ils avaient besoin. « Un vaccin élaboré sur mesure pour le continent africain, conçu par des africains », comme le dit le Dr Jodar. ■

### Autres lectures

[http://www.VaccineAlliance.org/newsletter/jun2001/news\\_further\\_reading.html](http://www.VaccineAlliance.org/newsletter/jun2001/news_further_reading.html)

**Nuage de destruction : la ceinture de la méningite en Afrique**



## Dans ce numéro

<b>Marché mondial : vaccins mondiaux ?</b> Approvisionnement et tarification des vaccins pour les pays en développement	2
<b>Penser à demain :</b> planifier un financement durable pour la vaccination	5
<b>Quand bonne gestion rime avec bonne estimation :</b> explication du Contrôle de qualité des données	9
<b>Nouvelles ressources pour les professionnels de la vaccination</b>	10

# Marché mondial : vaccins mondiaux ?

**Les vaccins pour les régions en développement et les régions industrialisées étaient jusqu'à présent différents, mais le marché global change rapidement. Phyllida Brown demande aux fabricants et à d'autres ce que l'avenir nous réserve**

CELA ne s'est pas fait du jour au lendemain, mais progressivement sur une décennie. Les vaccins contre certaines maladies se présentent maintenant sous différentes versions : ceux qui sont achetés principalement par les pays industrialisés et ceux qui sont achetés pour être utilisés dans les pays en développement.

Il existe plusieurs raisons à cette fracture, y compris différents types de maladie et différentes évaluations des besoins. Mais l'un des facteurs clés est le désir accru des pays industrialisés d'éviter tout effet secondaire, aussi insignifiant ou inhabituel soit-il, lié aux vaccins contre des maladies qui sont désormais relativement rares. A l'inverse, dans la plupart des pays en développement où ces maladies sont toujours répandues, les bienfaits des vaccins traditionnels l'emportent toujours largement sur les risques, tandis que les nouveaux vaccins sont, pour l'instant, trop chers pour être considérés comme une option viable.

Parmi les changements observés dans les pays industrialisés, on note par exemple que :

- Le vaccin contre la coqueluche acellulaire a largement supplanté le vaccin à cellules entières dans le cadre de la traditionnelle triple vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC) ;
- Le vaccin poliomyélitique inactivé a largement supplanté le vaccin oral ;
- Le vaccin contre la rougeole est habituellement combiné

avec celui contre les oreillons et la rubéole, au lieu d'être administré seul ; et que

- Les vaccins sont emballés en doses individuelles, sans conservateur, tandis que dans les pays en développement, la norme demeure les flacons multidoses qui contiennent, pour certains, du thiomersal, un conservateur.

A l'heure actuelle, une équipe composée de membres de l'OMS, de la Banque mondiale et de la société Aventis Pasteur a cherché à savoir si cette tendance vers un système à deux « vitesses » affecte l'approvisionnement ou le prix des vaccins nécessaires pour les pays en développement et pour les pays industrialisés<sup>(1)</sup>. Réponse : même si la situation actuelle est toujours incertaine, les tendances actuelles pourraient mener à des difficultés d'approvisionnement et à une hausse des prix dans un avenir prévisible. L'offre pour certains vaccins traditionnels, qui, fut un temps, dépassait largement la demande, a baissé au point d'excéder désormais à peine la demande (voir Encadré 1). « Une série d'incidents pourrait maintenant hâter une pénurie », déclare Julie Milstien, de l'OMS, l'une des auteurs de l'étude. Et, dans certains cas, les prix, restés stables pendant des années, se mettent à grimper.

Mais ce qui est moins évident à prédire, et plus important à long terme, c'est de savoir jusqu'à quel point ces tendances se confirmeront ou si de nouveaux scénarios émergeront.

Le marché mondial du vaccin évolue rapidement pour au moins deux raisons : tout d'abord, l'augmentation des

## 1 : Espèce en voie de disparition : comment et pourquoi les approvisionnements ont baissé

Pendant des années, le nombre de vaccins disponibles fournis à l'UNICEF pour le Programme élargi de vaccination excédait la demande, généralement de plusieurs millions de doses. Mais, au cours des trois ou quatre dernières années, l'offre de certains vaccins a tellement baissé qu'elle dépasse tout juste la demande. Les vaccins concernés sont le BCG (contre la tuberculose), le DTcC (vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche à cellules entières), la toxine contre le tétanos et le vaccin contre la rougeole (voir Figure 1). Par exemple, en 1998, 600 millions de doses de DTcC ont été offertes à l'UNICEF. En 2000, la réponse à l'appel d'offres de l'agence n'a été que de 150 millions de doses. Le prix de ces vaccins est resté stable pendant longtemps, mais le coût de certains d'entre eux, dont celui contre la rougeole et le DTcC, semblent augmenter légèrement à l'heure actuelle<sup>(1, 2)</sup>.

L'une des raisons pouvant expliquer cette baisse du nombre de vaccins fournis est que les vaccins traditionnels, habituellement facturés quelques cents par dose pour l'UNICEF, ne parviennent pas à concurrencer les nouveaux vaccins tels que le vaccin contre l'*Haemophilus influenzae* type b (Hib), dont les marges de bénéfice sont bien plus élevées, pour ce qui est de l'octroi des capacités limitées de production, de remplissage et d'emballage des vaccins consenti par les fabricants. « Nous achetons les vaccins à 'quelques cents' et nous sommes en compétition pour obtenir un espace de remplissage avec des vaccins qui valent plusieurs dollars », comme l'a expliqué André Roberfroid à ses collègues de l'UNICEF lors de la Réunion des Partenaires de GAVI à Noordwijk, aux Pays-Bas<sup>(2)</sup>. Or, le nombre de

vaccins systématiques pour enfant dans les pays industrialisés ayant quasiment doublé en 30 ans, la concurrence pour les capacités de production devient plus ardue.

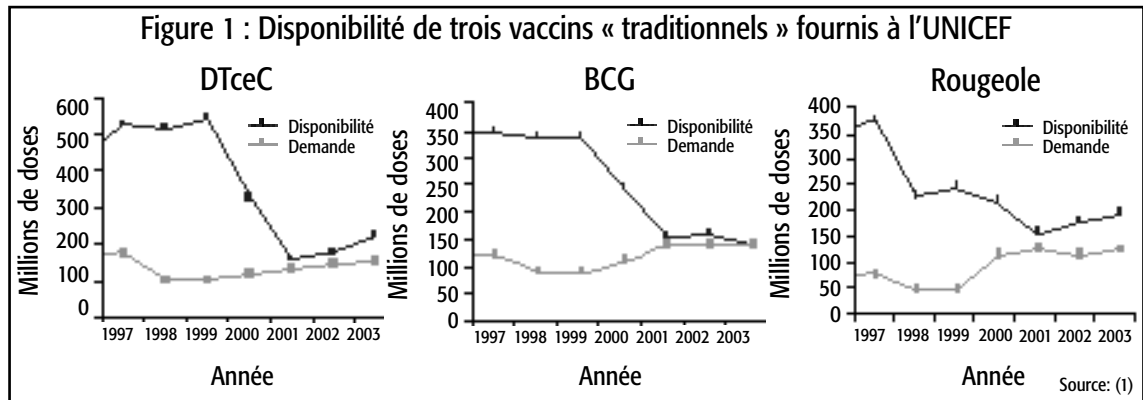
Cette situation affecte plus particulièrement les vaccins aux marges de bénéfice faibles, comme le BCG et le vaccin A/C contre la méningite à base de polysaccharides. Par exemple, les laboratoires Glaxo SmithKline (GSK) ont déclaré qu'ils ne pouvaient pas garantir qu'ils produiraient autant de vaccins A/C contre la méningite que l'année dernière, notamment parce que leurs installations de lyophilisation ont été affectées à la fabrication du vaccin Hib. « Il est vrai que les deux [vaccins] ont besoin d'être lyophilisés et il faut bien répartir les équipements », confie Tony Lakavage, des laboratoires GSK. Il ajoute cependant que faire correspondre la demande et l'offre est toujours difficile avec le vaccin A/C contre la méningite parce que les épidémies sont irrégulières et imprévisibles.

Les bas prix offerts par les producteurs dans les pays en développement n'encouragent pas non plus les fabricants dans les pays riches à fabriquer ces produits traditionnels, déclare Walter Vandersmissen, des laboratoires GSK, qui cite les « offres énormes faites à l'UNICEF par les [fabricants dans les] pays en développement » comme l'une des raisons de la baisse du nombre de vaccins DTcC fournis par les pays industrialisés. Selon lui, il existe cependant aussi d'autres raisons techniques expliquant cette baisse du nombre de vaccins DTcC disponibles, y compris les changements de méthodes de production et la demande accrue pour les toxines contre la diphtérie et le tétanos, utilisées comme

composants de nouveaux vaccins conjugués.

Certains fabricants en Amérique du Nord ont actuellement stoppé la production de produits tels que le vaccin DTcC. Mais les fabricants européens ont traditionnellement servi un marché plus global et ils affirment qu'ils continueront à le faire. Par exemple, comme l'explique Michel Greco des laboratoires Aventis Pasteur en France, 70 % des doses de vaccins élaborées par la société sont destinées aux pays en développement, bien que ceux-ci ne représentent qu'une fraction du chiffre d'affaires total. Le vaccin DTC à cellules entières, par exemple, continuera d'être fabriqué, d'autant plus que l'approvisionnement de vaccin contre la coqueluche acellulaire risque d'être limité. « Pour 10 doses de vaccin contre la coqueluche à partir de cellules entières, vous ne pouvez élaborer qu'une seule dose de vaccin contre la coqueluche acellulaire dans une même unité de fabrication », explique M. Greco.

En effet, selon M. Greco, il n'y a pas de raison pour que les pays en développement ne continuent pas à utiliser des produits différents de ceux de leurs homologues industrialisés, pourvu que la qualité soit assurée. « Même si, d'un point de vue philosophique, le concept d'un système de vaccination à deux vitesses peut déranger, d'un point de vue pratique, il peut s'avérer préférable », argumente-t-il, étant donné que beaucoup de pays ne peuvent pas se permettre d'acheter des vaccins à des prix plus élevés. Les produits devraient être choisis au cas par cas, en fonction de la charge de morbidité que représente une maladie pour un pays, des ressources de celui-ci, ainsi que de l'efficacité et de la sécurité du vaccin.



nouveaux arrivants sur le marché, à savoir les fabricants dans les pays en développement, dont les produits occupent une part de plus en plus importante dans l'approvisionnement mondial, et ensuite, de nouveaux pouvoirs et mécanismes d'achat, tels que GAVI et le Fonds mondial, pour les pays à faible revenu. Ces changements se produisent aussi dans un contexte où les exigences des organismes de réglementation deviennent de plus en plus strictes. Donc, d'une certaine manière, la « divergence » actuelle quant au choix des produits, dans ce système à deux vitesses, entre les pays en développement et les pays industrialisés, reflète la situation de la décennie précédente, et les événements des cinq années à venir pourraient être différents. « Le marché a subi un profond bouleversement », dit Tony Lakavage, Directeur senior des affaires extérieures chez les laboratoires Glaxo SmithKline à Rixensart, en Belgique.

Les premiers d'accord sont les fabricants dans les pays en développement, que l'on appelait auparavant les producteurs « locaux », mais qui jouent dorénavant un rôle bien plus important. « Les fabricants comme Bio Farma changent complètement la donne actuelle au sein du paysage de l'approvisionnement mondial », indique Thamrin Poeloengan, PDG de ce fournisseur indonésien de l'UNICEF, basé à Bandung.

*Pleins feux sur la vaccination* a demandé l'opinion d'un ensemble de producteurs dans les pays de développement sur la direction que la production de vaccins prend en ce moment. Leurs réponses montrent combien ils sont engagés dans la satisfaction des besoins de santé des pays en développement, à travers la fourniture de vaccins contre les maladies qui affectent en priorité les populations les plus pauvres. Cependant, les produits qu'ils fabriquent actuellement pour répondre à ces besoins pourraient changer rapidement. Et les prix qu'ils pratiquent risquent de changer aussi. Certains producteurs de vaccins des pays en développement, en particulier ceux qui sont des institutions du secteur public, continuent d'affirmer qu'ils seront capables de poursuivre la production de vaccins aux mêmes tarifs bon marché actuels, en tirant profit des économies d'échelle. Mais d'autres disent que leurs prix risquent d'augmenter.

Jusqu'à présent, la plupart des producteurs des pays en développement se sont concentrés sur la fabrication de vaccins traditionnels tels que le DtceC, le vaccin contre la rougeole et plus récemment, un vaccin monovalent contre l'hépatite B. Pour la plupart des pays à faible revenu, la large prépondérance de maladies infantiles et le manque de ressources font des vaccins traditionnels la réponse la plus appropriée, c'est du moins l'argument qu'ils avancent. Prenez, par exemple, le DTcC, largement moins coûteux que le DTaC. Au Brésil, dit Isaias Raw, Président de l'Instituto Butantan, un producteur basé à São Paulo, « Adopter le DTaC représenterait une augmentation du prix [de la dose] de

quelques cents à plusieurs dollars se traduisant par une baisse du nombre de vaccinations ».

Mais ce serait une grave erreur de penser que les fabricants dans les pays en développement vont se limiter aux « vieux » vaccins. Certains laboratoires, tels que Bharat Biotech et Shantha Biotechnics, tous deux situés à Hyderabad, en Inde, développent déjà des vaccins combinés comme le DTC-HépB, pour lequel l'émergence de GAVI et du Fonds mondial a considérablement augmenté la demande. Susan McKinney, de l'OMS, déclare que dans certains cas, des combinaisons sont réussies grâce à la collaboration de plusieurs producteurs de pays en développement en associant différents composants. « Ces producteurs devraient être capables de fournir la combinaison DTC-HépB assez rapidement », ajoute Mlle McKinney.

Ce serait également une erreur de penser que les producteurs des pays en développement fabriqueront des produits uniquement pour les pays en développement. Non seulement cela, mais comme le déclare Krishna Ella des laboratoires Bharat Biotech, « Nous envisageons d'élaborer, de façon contractuelle, des vaccins et d'autres substances biologiques pour les pays industrialisés ». En effet, quelques fabricants dans les pays en développement envisagent de développer des vaccins pouvant susciter l'intérêt à la fois des pays en développement et des pays industrialisés, tels que des vaccins conjugués contre la méningite ou des rotavirus.

De la même façon, il serait simpliste de croire que les pays en développement ne voudront jamais les produits qui ont remplacé les vaccins traditionnels dans la plupart des pays industrialisés. Varaprasad Reddy, Directeur général de Shantha, fait d'ailleurs partie de ces producteurs qui pensent que la demande des populations, tout au moins dans les pays émergents et à faible revenu, changera progressivement à mesure que les revenus augmenteront et que la charge de morbidité des maladies diminuera. Le Dr Ella, des laboratoires Bharat Biotech, approuve cette idée.

A court terme, cependant, un problème plus pressant consiste à savoir si les prix pratiqués par les producteurs des pays en développement vont augmenter. Traditionnellement, ces fabricants ont offert leurs produits à l'UNICEF pour des sommes très modiques, encore meilleur marché que les prix concessionnaires pratiqués pour l'UNICEF par les fabricants des pays industrialisés. Mais cette situation ne va peut-être pas durer. A mesure que les fabricants des pays en développement améliorent leurs équipements de production pour répondre à des exigences de réglementation de plus en plus draconiennes à l'égard des ventes internationales, leurs coûts de production augmenteront. Quel que soit le fabricant de vaccins traditionnels, il semble impossible que ces derniers puissent rester aussi bon marché qu'ils l'ont été.

La modernisation de la production de vaccins nécessite

des investissements de capitaux massifs, mais une fois l'usine installée et en bon état de marche, le personnel nécessaire est réduit. Ainsi, les économies de main-d'œuvre qui peuvent être réalisées dans les pays en développement par d'autres industries, telles que la fabrication de vêtements ou de logiciels, ne s'appliquent pas à la production de vaccins. Les producteurs qui pratiquent d'habitude des tarifs très bon marché risquent de devoir augmenter ces tarifs s'ils veulent investir dans des équipements plus modernes.

Dans le même temps, certaines sociétés dans les pays industrialisés se sont toujours montrées disposées à vendre à prix réduits des vaccins devant être utilisés dans des pays en développement parce qu'ils savent que les ventes de ces mêmes produits dans leurs propres pays leur rapporteront davantage d'argent. Bien entendu, si la demande pour ces mêmes produits est faible dans les pays industrialisés, les possibilités de les offrir à ces prix « nivelés » dans les pays en développement risquent de diminuer. Pour David Salisbury, responsable du groupe de vaccination et des maladies infectieuses au Ministère de la Santé du gouvernement britannique (voir Encadré 2), cela représente un problème majeur pour le monde entier. Selon lui, il est peu probable que les grands fabricants continuent d'offrir des vaccins à prix réduits pour les pays en développement s'ils ne parviennent plus à vendre suffisamment de produits à des prix plus élevés dans les pays industrialisés pour que ceux-ci soient rentables.

Des sociétés telles qu'Aventis Pasteur et GSK ont indiqué qu'elles conserveront leur tarification nivelée, pour le moment. « Nous nous engageons à conserver notre tarification nivelée tant que notre tarification en Europe et aux Etats-Unis sera protégée », dit Lakavage. « Voilà notre position publique actuelle. Mais ce qui se passe dans les pays développés a un impact certain sur ce qui se passe dans les pays en développement. »

Dans des circonstances aussi incertaines que celles que connaît le marché actuel, que peut-on faire pour s'assurer que

**Équipement coûteux : la production de vaccins nécessite de gros investissements de capitaux**



©Aventis Pasteur

des vaccins de bonne qualité et à des prix appropriés continuent d'approvisionner le marché pour répondre aux besoins des pays en développement ? Finalement, en conclut le Dr Milstien, de l'OMS, il est vital que les fabricants à la fois des pays développés et des pays en développement restent sur le marché pour assurer une gamme de produits et la continuité des investissements en recherche et développement. Cela signifie qu'il faut leur assurer à tous de bonnes raisons de rester.

A moyen terme, l'émergence de GAVI et du Fonds mondial risque de donner davantage de raisons aux fabricants de rester sur le marché, du moins pour certains vaccins. Les décisions des sociétés de développer ou non des produits pour les pays en développement sont basées, selon Lakavage, des laboratoires GSK, sur « une estimation de ce que les acheteurs potentiels peuvent et veulent acheter ». Grâce à GAVI et au

**2 : Les pays industrialisés ne veulent pas tous abandonner les « vieux » vaccins**

Pour David Salisbury, responsable du groupe de vaccination et des maladies infectieuses au Ministère de la Santé du gouvernement britannique, la baisse de l'offre de certains vaccins « traditionnels » est un problème majeur. Selon lui, le secteur des vaccins est devenu un marché de vendeurs. « Nous sommes en situation difficile parce que ce n'est pas possible de dire à un fabricant « Voici le vaccin que nous voulons » et pourtant nous sommes les clients. »

Au Royaume-Uni, les enfants sont toujours vaccinés avec le DTcC parce que, comme le dit le Dr Salisbury, les tests ont montré que le vaccin à cellules entières protège 85 à 90 % des enfants, tandis que l'efficacité des produits acellulaires oscille entre 70 et 85 %. De l'aveu du Dr Salisbury, malgré d'autres « craintes » liées à la sécurité des vaccins, les parents britanniques trouvent aujourd'hui, d'une façon générale, le vaccin DTcC acceptable, et les taux de protection immunitaires avec ce vaccin restent élevés. « Pourquoi changerions-nous pour un vaccin moins efficace et plus cher ? », demande-t-il. Pourtant, en raison de problèmes d'approvisionnement de vaccins à cellules entières, la Grande-Bretagne a dû utiliser le produit acellulaire pendant quelque temps.

Les enfants britanniques reçoivent également un vaccin poliomyélique oral (VPO) tandis que la plupart des pays industrialisés ont choisi d'opter pour le vaccin poliomyélique inactivé (VPI) pour éviter le risque d'effets indésirables liés au vaccin. Les liens historiques du pays avec le sous-continent indien et certains états d'Afrique de l'Ouest signifient qu'il existe des flux migratoires importants de façon permanente entre la Grande-Bretagne et ces régions, et cela augmente les risques d'entrée dans le pays de virus de type sauvage. « Nous révisons sans cesse cette politique », précise le Dr Salisbury. « Lorsque la transmission de la poliomyélite cessera dans ces régions, et que la balance entre les risques et les bienfaits changera, le changement en faveur du VPI sera effectué », conclut le Dr Salisbury.

Fonds mondial qui catalysent les changements sur le marché, « il existe davantage de ressources pour acheter et améliorer les infrastructures destinées à fabriquer les vaccins ». La demande en vaccins devient aussi plus facile à prévoir grâce au travail effectué par les subdivisions du Groupe spécial pour les finances en termes de prévisions et d'approvisionnements, ainsi que grâce aux nouveaux accords d'achats que l'UNICEF adopte désormais pour obtenir des vaccins nouveaux et sous-utilisés qui seront financés par le Fonds mondial. Et à plus long terme, à mesure que les exigences en matière de réglementation feront monter les prix, les producteurs comme les acheteurs devront faire preuve de bonne volonté pour investir davantage dans des produits dont le monde a oublié la valeur. Les années à venir seront capitales. ■

**Références :**

(1) Divergence of products for public sector immunization programmes. Milstien, Julie, S. Glass, A. Batson, M. Greco et J. Berger. Présentation donnée au Groupe consultatif stratégique d'experts du Département des Vaccins et Produits Biologiques, Montreux, 15 juin 2001.

[www.VaccineAlliance.org/reference/ppt/sage136.ppt](http://www.VaccineAlliance.org/reference/ppt/sage136.ppt)

(2) Roberfroid, A. Présentation à la réunion des Partenaires de GAVI, Noordwijk, Pays-Bas, novembre 2000

[www.VaccineAlliance.org/reference/ppt/roberfroid.ppt](http://www.VaccineAlliance.org/reference/ppt/roberfroid.ppt)

# Penser à demain

**Les pays en développement, ainsi que d'autres partenaires de GAVI, commencent à planifier la façon dont les services de vaccination devraient être financés après 2005. Entre-temps, ils pourraient bien provoquer un réexamen des relations entre les pays et les donateurs. Phyllida Brown mène l'enquête**

IL n'y a pas si longtemps, le programme de vaccination du Zimbabwe a connu certains effets parmi les plus pervers d'un plan de financement non viable. Une faille financière de l'économie, alors fermée, permettait à des sociétés internationales au Zimbabwe de faire des dons d'argent à une organisation non gouvernementale et d'augmenter ainsi la part de bénéfices pouvant être rapatriée. Pour sa part, l'organisation utilisait les dons pour acheter le vaccin contre l'hépatite B afin de l'introduire dans le programme de vaccination national. La vaccination démarra, mais la loi changea rapidement et le plan fut avorté. Les approvisionnements de vaccins cessèrent, les bébés ne purent plus être immunisés contre le virus et beaucoup de parents pensèrent à tort qu'il y avait un problème avec le vaccin lui-même.

**Paulinus Sikosana : l'éducation et la planification à long terme sont essentielles**

C'était en 1994. Depuis 1999, le Zimbabwe a réintroduit avec succès la vaccination contre l'hépatite B dans le cadre d'un programme planifié de façon appropriée et financé par le gouvernement, soutenu par une grande campagne d'éducation. Mais personne ne sous-estime les dégâts causés il y a sept ans. Paulinus Sikosana, Secrétaire à la Santé et au Bien-être des enfants auprès du Ministère de la Santé zimbabwéen, a rapporté aux Partenaires de

GAVI cette édifiante histoire ce mois-ci lors d'une réunion à Genève<sup>(1)</sup> au cours de laquelle les pays en développement ont commencé à planifier la façon dont ils devraient financer leurs programmes de vaccination à partir de 2005 (voir Encadré 1). Bien que les circonstances de cet incident soient complètement différentes de la façon dont GAVI fonctionne, le message était clair : une fois le programme de vaccination entamé, il faut en assurer la durabilité. Les gouvernements doivent prendre leurs responsabilités pour assurer la stabilité de leurs programmes de vaccination, mais les donateurs et les autres partenaires doivent également agir de façon responsable.

Nul n'a plus conscience de cette responsabilité que GAVI et le Fonds mondial. Les aides allouées aux pays doivent servir de catalyseur. Les aides durent cinq ans et l'argent peut être étalé sur sept ans si le pays en fait la demande. Mais lorsque les aides cesseront, les pays auront besoin d'autres sources de financement viables. Si les partenaires de GAVI, c'est-à-dire les pays eux-mêmes, les donateurs, les banques de développement et les agences internationales, ne planifient pas de financement durable pour la deuxième partie de la décennie et au-delà, ces pays se retrouveront dans une situation identique, voire pire, qu'avant les aides. « Si nous échouons, nous allons créer un vide, en commençant des choses et en ne les poursuivant pas sur le long terme », dit Steve Landry, membre de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID) et Coprésident du Groupe spécial pour les finances de GAVI.

## 1 : Etapes vers la durabilité : comment les pays préparent leurs plans de durabilité

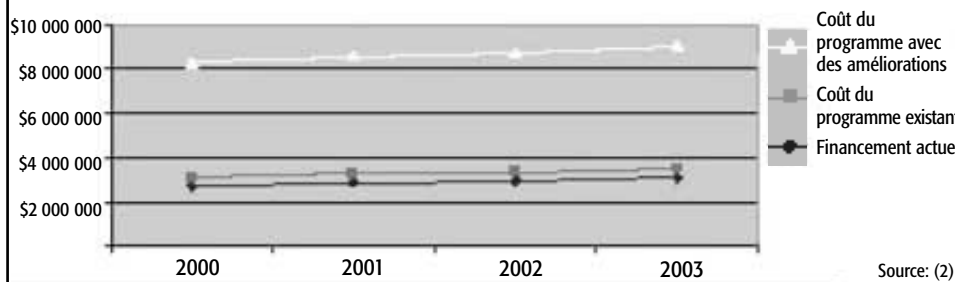
L'année prochaine, les premiers pays devront soumettre des plans de durabilité à GAVI montrant comment ils comptent introduire progressivement des fonds provenant d'autres sources et comment ils rendront leurs programmes viables après une période initiale de cinq ans durant laquelle ils recevront des aides. La réunion de ce mois-ci était l'une des premières étapes dans la préparation de ces plans. Le Groupe spécial pour les finances de GAVI et d'autres organismes ont travaillé avec les équipes de quatre pays (Bangladesh, Bénin, Ukraine et Zimbabwe) pour savoir quels sont, selon eux, les éléments qui doivent faire partie d'un plan de durabilité, et la façon dont la durabilité peut être évaluée. De façon un peu inhabituelle pour une réunion sur la santé, des représentants officiels des Ministères des Finances de plusieurs de ces pays ont participé à la réunion. Utilisant les suggestions formulées par les équipes, le Groupe spécial pour les finances établira un rapport pour le Conseil d'administration de GAVI, puis développera des directives, d'ici cet hiver, qui devront être utilisées par tous les pays lors de la préparation de leurs plans. Certaines des suggestions formulées par les pays sur le contenu d'un plan de durabilité sont présentées dans l'Encadré 4.

## Un fossé grandissant

Certains pays en développement augmentent leurs investissements dans le domaine de la santé malgré une situation économique difficile et des ressources extrêmement restreintes (voir Encadré 2). La vaccination demeure l'une des interventions de santé les plus rentables et ne représente pas plus de 5 % du budget de la santé dans les pays étudiés jusqu'ici, et souvent beaucoup moins. En pourcentage du produit national brut de ces pays, la vaccination ne représente pas plus de 0,1 %<sup>(2)</sup>. Mais on peut s'attendre à ce que les coûts, tout comme les bienfaits, de la vaccination s'accroissent à mesure que les vaccins sous-utilisés et que des améliorations essentielles telles qu'une couverture vaccinale plus élevée, une meilleure chaîne du froid et l'introduction de seringues autobloquantes viendront s'ajouter aux programmes nationaux. Le fossé entre ce que beaucoup de



**Figure 1 : Comblant le fossé : les coûts de gestion du programme de vaccination de la Côte d'Ivoire**



pays déboursent pour la vaccination à l'heure actuelle et ce qu'il faudra qu'ils déboursent à l'avenir est important et ira grandissant. En Côte d'Ivoire, par exemple, une étude récente suggérait que d'ici 2003, les améliorations apportées au programme national existant et l'ajout du vaccin contre l'hépatite B feraient plus que doubler le coût annuel du programme, de presque \$4 millions aujourd'hui à \$9 millions en 2003<sup>(2)</sup> (voir Figure 1).

Etant donné le nombre de demandes en concurrence pour le portefeuille de la santé, l'idée que les gouvernements des pays pauvres, dont les ressources sont limitées, pourront entièrement financer de tels services par eux-mêmes, dans l'avenir prévisible, semble de moins en moins réaliste. En effet, l'expérience des années 90 montre, selon Tore Godal, Secrétaire exécutif de GAVI, que certains programmes privés de soutien des

donateurs ont été interrompus. Malgré cela, certains donateurs et analystes continuent de privilégier la théorie selon laquelle les pays en développement doivent, dès que possible, parvenir à l'autosuffisance parce que dépendre des donateurs n'est pas souhaitable.

**A court terme, durabilité ne doit pas nécessairement signifier autosuffisance**

A l'heure actuelle, cependant, de nouveaux courants de pensée proposent une approche plus réaliste pour aller de l'avant. Dans une analyse<sup>(3)</sup> commissionnée par le Groupe spécial pour les finances de GAVI, Ruth Levine, une économiste sanitaire à la Banque mondiale, et d'autres spécialistes, demandent une redéfinition du concept de durabilité financière pour les programmes de vaccination des pays en développement. La durabilité, selon eux, ne doit

plus être considérée comme un synonyme d'auto-suffisance. Après tout, dans les conditions actuelles, le progrès vers l'autosuffisance reviendrait plus ou moins à agrandir le « fossé sanitaire » entre les nations riches et les nations pauvres. Lors de la réunion de GAVI ce mois-ci, à Genève, les participants ont discuté et approuvé les idées mises en avant par le Dr Levine et ses collègues. Les participants ont proposé ce qui suit : « Bien que l'autosuffisance soit l'objectif final, à plus court terme la durabilité financière est définie comme la capacité d'un pays à mobiliser et à utiliser efficacement les ressources internes et les ressources externes supplémentaires d'une façon fiable pour parvenir à atteindre les niveaux de performance visés en matière de vaccination\* ».

Cette définition met en valeur les compétences du gouvernement en

**2 : L'histoire de deux pays**

**Bénin : engagement politique et projets pratiques pour garantir des fonds**

Jacques Hassan, Directeur de la recherche et du développement du Ministère de la Santé du Bénin, est optimiste. Bien que le revenu par habitant soit simplement de \$325 par an, le budget alloué au programme de vaccination a augmenté d'un montant exceptionnel à rendre jaloux n'importe quel pays (pratiquement multiplié par 30 depuis 1996). En 1982, seuls 12 % des enfants étaient vaccinés de façon systématique ; aujourd'hui, le chiffre communiqué est de 85 % et le Bénin a reçu une aide internationale pour le succès de son programme. La vaccination reçoit un soutien politique très appuyé ; le président vaccine lui-même des enfants lors des journées contre la poliomyélite. Autre élément d'importance équivalente : le budget de la santé contient un élément budgétaire de vaccination pour que le programme se voit toujours allouer un montant minimum.

Mais il existe des souches tenaces. Beaucoup de maladies sont en compétition pour l'allocation de ressources. Comme dans d'autres pays en développement, le personnel qualifié se fait rare et l'exode international des cerveaux attire invariablement les compétences vers d'autres lieux. Le personnel est trop dispersé et le risque que la couverture vaccinale baisse existe bel et bien. Le Bénin a posé sa candidature auprès de GAVI et du Fonds mondial pour obtenir des aides visant à introduire de nouveaux vaccins et à améliorer ses services existants.



Jacques Hassan

D'ores et déjà, le gouvernement a pris des mesures pour mobiliser des ressources nouvelles et durables sur le territoire national. Il a fondé une Fondation PEV (Programme élargi de vaccination) pour récolter des dons privés et les utiliser dans le cadre de l'achat de vaccins. Il développe également des plans d'assurance santé qui encourageront les gens à prévenir les maladies dans leurs familles, et à générer des fonds au sein des communautés en vue d'assumer certains coûts du programme de vaccination, comme le carburant et l'entretien des véhicules. Toutefois,

**Siddiqur Choudhury**



le Dr Hassan ne se fait pas d'illusions sur l'écart qui existe entre ce que peut récolter le gouvernement et ce dont il a besoin. « Nous devons être réalistes », dit-il. « Avec la meilleure volonté du monde, le gouvernement ne peut pas tout faire tout seul. Nous avons besoin d'aide de donateurs extérieurs et du secteur privé. »

**Bangladesh : la demande populaire pour la vaccination assurera l'avenir du service**

Pour le gouvernement du Bangladesh, il est clair que la vaccination doit être assurée sur le long terme, comme l'indique Siddiqur Rahman Choudhury, un représentant officiel senior du Ministère des Finances du Bangladesh qui a participé à la réunion de Genève. Selon lui, l'éducation et l'information des gens, en particulier des jeunes filles, est une étape clé pour que la demande de vaccination grandisse et reste élevée. Les mères ayant reçu cette éducation sont plus à même de protéger la santé de leurs enfants que celles qui n'en ont pas bénéficié. « Une fois la vaccination popularisée, le gouvernement ne peut pas se permettre de cesser de la fournir », dit-il. « C'est comme cela que l'on bâtit la durabilité financière. »

Le budget total de la santé au Bangladesh est passé de 4,7 % du budget total au milieu des années 80 à 7,5 % du budget total aujourd'hui. Au sein du programme de vaccination, un prêt de la Banque mondiale paie la plupart des vaccins, et 22 % seulement du programme est actuellement financé par les propres ressources du gouvernement. Avant de demander le soutien de GAVI et du Fonds mondial, le Bangladesh s'est engagé à assurer la durabilité du programme après la fin des aides. « Nous devons y arriver, pas parce que GAVI nous l'a demandé, mais parce que cela est nécessaire, parce qu'il existe une demande pour ce programme », déclare M. Choudhury. « Un bon programme est inutile si nous n'assurons pas sa durabilité. » Et puisque le Bangladesh ne peut pas arriver tout seul en ce moment, il appartient au gouvernement, aux donateurs et aux prêteurs de travailler main dans la main, dit-il. « La durabilité devrait être la responsabilité conjointe des gouvernements nationaux et des donateurs. »

matière de planification et de garantie d'un financement stable pour la vaccination, ainsi que de la bonne utilisation de ses ressources, plutôt que sa capacité à payer tout lui-même. Dans le cadre de cette définition, le spectre de la « dépendance envers les donateurs » se fait moins menaçant, parce que le gouvernement national prend ses responsabilités et négocie avec ses partenaires de ce dont il a besoin pour atteindre ses objectifs.

Cette définition signifie également que le gouvernement est tenu d'utiliser ses ressources aussi efficacement que possible, mais aussi, dans le même temps, de satisfaire aux standards de qualité et de sécurité, ainsi que de vacciner un nombre croissant d'enfants isolés. Les dépenses liées au programme peuvent être limitées, par exemple, en utilisant les vaccins dont le rapport qualité / prix est le meilleur et les moyens les plus rentables de vaccination des enfants. Pour que la nouvelle approche concernant la durabilité fonctionne, il est essentiel que le gouvernement se sente pleinement impliqué dans le programme de vaccination et qu'il utilise tous les atouts dont il dispose, telles que des études de rentabilité des vaccins, pour plaider sa cause auprès des investisseurs étrangers et des investisseurs privés sur le territoire national. « Il s'agit d'un défi fondamentalement politique », dit le

Dr Levine.  
En effet,

malgré l'augmentation des coûts liés à l'élargissement de la vaccination, les montants concernés sont faibles par rapport à d'autres interventions sanitaires. « Les ressources sont là », enchaîne le Dr Levine, « à la fois dans les pays et au sein de la communauté internationale. En comparaison avec d'autres interventions sanitaires, plaider la cause de la vaccination est vraiment facile ; même si l'on ajoute de nouveaux vaccins tels que ceux contre l'hépatite B et l'Hib, cela ne représente pas de grosses sommes d'argent ». Le Dr Levine cite en exemples des pays tels que le Honduras et la Bolivie (Encadré 3), dont l'engagement politique en faveur de la vaccination ne peut que susciter l'envie chez la plupart des pays industrialisés.

**Nouvelle façon de penser aussi pour les donateurs**

Cette nouvelle définition lance également le défi aux donateurs d'actualiser leur rôle. Dans une économie globale, les bienfaits de la vaccination dépassent les frontières. Ainsi, par propre intérêt, ainsi que par souci du bien-être des gens, il est raisonnable pour les pays les plus riches d'investir dans la santé des pays les plus pauvres. De plus en plus d'indices laissent penser qu'une meilleure santé est une étape clé vers la réduction de la pauvreté dans les économies des pays en développement. Pour assurer un soutien durable, il pourrait être demandé aux donateurs de s'engager pour un certain nombre d'années. Si une véritable collaboration doit s'instaurer, les donateurs, habitués à établir des objectifs pour les pays qu'ils soutiennent, pourraient même accepter de remplir eux-mêmes certains objectifs pour que les responsabilités soient partagées équitablement.

Mais les définitions ne sont rien d'autre que des définitions. Quelle différence cette nouvelle définition va-t-elle faire ? Potentiellement, une grande différence. Après l'acceptation d'une définition plus large de la durabilité par les délégués lors de la réunion de Genève, c'est au Conseil d'administration de GAVI de se prononcer. Si la politique de GAVI se bâtit autour de cette

nouvelle définition, cela pourrait donner à la définition, ainsi ►

**Moyens pratiques pour se rapprocher d'un financement durable**

**Pour les gouvernements :**

**Utiliser les ressources existantes plus efficacement**

- Identifier les principaux problèmes relatifs à l'efficacité, y compris le gaspillage, et corriger
- Réduire les barrières qui empêchent certains enfants d'avoir accès à la vaccination au travers de nouvelles approches concernant la livraison des services
- Eduquer les gens pour accroître la demande de vaccination et conserver un niveau de demande élevé
- Acheter des vaccins de manière efficace (par le biais de mécanismes internationaux et nationaux)

**Mobiliser les ressources**

- Obtenir un mandat pour un financement de base sous l'une des formes suivantes :
  - un élément budgétaire (ceci est déjà en place dans beaucoup de pays)
  - une loi pour garantir un minimum budgétaire pour la vaccination (l'Ukraine, par exemple, possède une loi de ce type)
  - une déclaration commune d'intention entre le gouvernement et le Comité de coordination interagences (la Bolivie, par exemple, a fait adopter cette mesure)
- Encourager l'attribution de ressources en faveur de la vaccination parce que cela est rentable et profite à la société dans son ensemble, pas seulement à des individus
- Commander et diffuser des études de rentabilité
- Affecter des fonds et établir des objectifs de performances pour les régions
- Engager une discussion avec les partenaires du développement sur les besoins en ressources et rechercher des engagements structurés pour combler les lacunes de financement

**Pour les donateurs / partenaires de développement :**

- S'engager dans un esprit de collaboration, comme de véritables partenaires partageant un défi
- Au sein du secteur de la santé, promouvoir l'utilisation de ressources pour des interventions rentables telles que la vaccination
- Privilégier les engagements pluriannuels
- Structurer les aides et les prêts pour favoriser la durabilité (par exemple, en utilisant des critères basés sur les performances)
- Envisager le développement de nouveaux instruments de financement protégés contre l'impact d'éventuels changements politiques dans les pays d'origine des donateurs

Source : adapté de Levine et al<sup>(9)</sup>

**Ruth Levine : « Il s'agit d'un défi fondamentalement politique »**



**3 : Douce victoire : comment la Bolivie a amélioré les performances de son programme**

En 1999, confrontée à une baisse de la couverture vaccinale, la Bolivie a entrepris une modernisation de son programme de vaccination, avec le partenariat et le cofinancement de la Banque mondiale et de l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS), partisans de cette initiative. Tout en améliorant les services par l'ajout de nouveaux antigènes, la mise en application de méthodes d'injection sécurisées et l'amélioration de la surveillance, l'initiative a renforcé la stabilité politique et financière du programme. Le gouvernement, entre autres choses :

- a plus que doublé ses propres dépenses entre 1999 et 2001, de \$1,15 million à environ \$3,5 millions ;
- s'est engagé à renforcer progressivement son soutien au programme de \$500 000 par an à mesure que les agences étrangères réduisent le leur ;
- a introduit un élément budgétaire pour la vaccination dans le budget ;
- a imposé à l'Agence de la sécurité sociale le versement d'une taxe dont le montant sera affecté à l'achat de vaccins ;
- a introduit des contrats basés sur les performances avec les gouvernements locaux pour favoriser la concurrence entre les régions afin d'obtenir des taux de couverture vaccinale plus élevés ;
- a signé une déclaration commune d'intention avec le Comité de coordination interagences pour la prochaine phase de l'initiative jusqu'à 2005.

La couverture vaccinale pour les trois doses de vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC) est passée de 75 % en 1997 à 89 % en 2000. Les vaccins de combinaison, dont le DTC, l'Hép B et l'Hib couvrent désormais 75 % de la population. Et le nombre de municipalités ayant une couverture vaccinale faible a diminué de deux tiers.

Source: (4)

qu'aux gouvernements des pays en développement davantage de flexibilité quant à la façon d'envisager leurs plans de durabilité financière ; cela pourrait également signifier un engagement plus poussé vis-à-vis de ces plans de la part des donateurs. Selon le Dr Levine, si toutes les parties utilisent la procédure de planification comme une véritable opportunité, plutôt qu'un exercice bureaucratique, de réels progrès pourraient être réalisés. Et qu'est-ce que les donateurs eux-mêmes pensent de cette nouvelle approche de la durabilité ?

*Pleins feux sur la vaccination* s'est renseigné auprès de représentants de plusieurs agences de donateurs. Ceux qui ont répondu y étaient généralement favorables. La Norvège, qui l'année dernière s'est engagée à hauteur de \$125 millions auprès de GAVI, croit depuis longtemps aux investissements à long terme dans les pays. Rune Lea, Conseillère sanitaire à l'Agence norvégienne pour la coopération au développement, confirme que ses programmes de coopération avec les pays durent généralement au moins 10 à 15 ans. L'objectif est d'investir dans le capital humain, à travers la santé et l'éducation, et de renforcer les capacités afin de donner les moyens aux pays d'atteindre l'objectif final, à savoir l'autosuffisance. Le Dr Lea prévient qu'un programme de vaccination durable doit être planifié au sein du cadre du système de santé

général, mais il est plutôt d'accord avec les arguments avancés par le Dr Levine et ses collègues.

Aux Etats-Unis aussi, on reconnaît désormais plus volontiers que l'approche sur le long terme est la meilleure, même si personne n'imagine que cela sera une partie de plaisir. « Nous reconnaissons qu'il va certainement falloir suivre cette voie parce qu'il n'existe pas d'alternatives raisonnables à court terme », estime Steve Landry, de l'USAID. Cela signifie que le personnel des agences de donateurs au niveau des pays, qui travaille dans des Comités de coordination interagences, s'engagera

**« Tous les partenaires ont désormais leur part de responsabilité dans le fonctionnement du programme »**

plus activement qu'auparavant, en véritable partenariat avec le gouvernement. « Le concept de CCI, dans son ensemble, signifie que tous les partenaires ont désormais explicitement une part de responsabilités dans le fonctionnement du programme et qu'ils doivent s'engager à travailler régulièrement avec le gouvernement pour en assurer le bon fonctionnement. » Autrement dit, l'avenir de la vaccination est la responsabilité de tous. ■

**Références :**

- (1) Immunization Finance Sustainability Plans. Atelier du 4 au 6 juin 2001, Genève, organisé par l'OMS, co-parrainé par l'USAID et le Programme Bill et Melinda Gates de vaccins pour l'enfant auprès du PATH.
- (2) Kaddar, Miloud, Ann Levin, Leanne

- Dougherty et Daniel Maceira. Mai 2000. Costs and Financing of Immunization Programs : Findings of Four Case Studies. Special Initiatives Report 26. Bethesda, MD : Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates  
[www.VaccineAlliance.org/financing/pdf/four\\_country.pdf](http://www.VaccineAlliance.org/financing/pdf/four_country.pdf)
- (3) Levine, Ruth, Magdalene Rosenmöller, et Peyvand Khaleghian. Avril 2001. Financial Sustainability of Childhood Immunization : Issues and Options. Commissionné par le Groupe spécial pour les finances de GAVI  
[www.VaccineAlliance.org/reference/fsci\\_exe\\_csumm.html](http://www.VaccineAlliance.org/reference/fsci_exe_csumm.html)
- (4) Tambini, G. présentation à (1) et annexes, Project Appraisal Department, Phase II – Bolivia Health Sector Reform Project, World Bank ; peut être consulté sur le site de l'OPS dans la section *EPI Newsletter* à l'adresse suivante  
[www.paho.org/English/HVP/HVI/sne2302.pdf](http://www.paho.org/English/HVP/HVI/sne2302.pdf)

\*NOTE : « Les performances en matière de vaccination » sont définies en termes d'objectifs actuels et futurs concernant l'accessibilité, l'utilisation, la qualité, la sécurité et l'équité de la vaccination.

**4 : Quels sont les éléments devant figurer dans un plan de durabilité ?**

Voici quelques suggestions concernant le contenu des plans gouvernementaux du Bangladesh, du Bénin, de l'Ukraine et du Zimbabwe :

- Une évaluation des conditions actuelles affectant les services
- Une projection des besoins en ressources pour la première et la deuxième année après la cessation des aides du Fonds mondial
- Un plan de mise en œuvre des services pour ces premières années
- Des déclarations d'engagement de 5 à 7 ans de la part (a) du gouvernement et (b) des partenaires
- Une identification des problèmes potentiels à venir (par exemple, une dévaluation)
- Des plans pour plusieurs scénarios, basés sur différents engagements financiers du gouvernement et des partenaires
- Des stratégies pour mobiliser des fonds de sources (a) externes (b) internes et (c) privées
- Des mesures pour réaliser des économies de coûts
- Des plans pour la formation du personnel et le renforcement des capacités aux niveaux national et régional
- Une approbation par le (ou une Déclaration commune d'intention du) Comité de coordination interagences



# Quand bonne gestion rime avec bonne estimation

Tous les pays doivent être capables de mesurer avec précision les performances de leurs services de vaccination nationaux. L'Organisation Mondiale de la Santé et le Programme Bill et Melinda Gates de vaccins pour l'enfant auprès du PATH ont développé un nouvel outil appelé Contrôle de qualité des données (CQD) pour aider les pays à vérifier si leurs systèmes d'enregistrement fonctionnent bien. Le CQD sera notamment chargé d'évaluer si les chiffres déclarés sur le plan national reflètent fidèlement le nombre d'enfants vaccinés et enregistrés au niveau des districts. Alors que les inspecteurs débutent leur formation ce mois-ci en vue de se familiariser avec l'utilisation du CQD au Kenya, en Ouganda et au Pakistan, **John Lloyd** explique pourquoi celui-ci est si important et comment il fonctionne.

## Pourquoi le CQD est-il si important ?

Il existe trois bonnes raisons de faire appel au Contrôle de qualité des données pour vérifier le système qui informe sur les performances des services de vaccination de chaque pays.

Tout d'abord, les responsables des services de vaccination ont besoin d'informations correctes en temps utile pour détecter toute amélioration ou toute anomalie des performances. Deuxièmement, les partenaires de l'Alliance de GAVI qui travaillent à tous les niveaux ont besoin d'informations fiables pour pouvoir juger l'impact des nouveaux efforts et des nouvelles ressources sur les performances. Troisièmement, GAVI et le Fonds mondial octroient des aides financières aux pays pour qu'ils améliorent leurs services de vaccination suivant un système de récompense par « actions », où une action est gagnée par le pays pour chaque enfant supplémentaire vacciné et déclaré par rapport à l'année précédente. Le Fonds mondial ne peut récompenser les gouvernements que sur la base des enfants correctement enregistrés et déclarés comme ayant été vaccinés. Le but du CQD est donc :

- D'évaluer la qualité, l'exactitude et la complétude des systèmes administratifs d'enregistrement des vaccinations ; et
- De fournir des informations pratiques au personnel de santé sur la manière dont la qualité des données déclarées peut être améliorée.

## D'où est venue l'idée ?

Le CQD est né l'été dernier, au début de la procédure de candidature lancée par le Fonds mondial, quand il est devenu évident

que l'évolution du nombre d'enfants vaccinés devait faire l'objet d'une vérification annuelle.

## Comment l'organe de contrôle assurera-t-il son indépendance et sa transparence ?

Le CQD est un organe externe et indépendant à la fois par rapport à la gestion nationale et par rapport au personnel local des partenaires de GAVI. La procédure est effectuée par une équipe d'experts internationaux spécialisés dans le contrôle des secteurs public et privé, ainsi que dans le domaine de la santé publique. La procédure, qui dure deux à trois semaines, peut être effectuée dans tout pays recevant des aides de la part de GAVI et du Fonds mondial. Mais en pratique, il est probable que ce contrôle se limite à un certain nombre de pays, selon les indices de qualité des

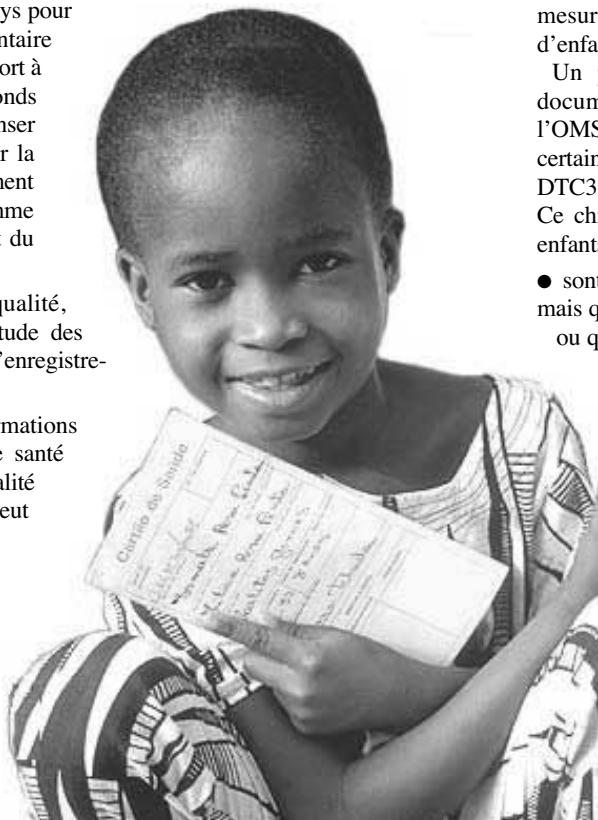
systèmes d'information et l'importance des aides accordées par le Fonds mondial.

## Comment ça marche ?

La visite du CQD dans le pays se focalise sur les méthodes d'enregistrement sur un échantillon de quatre districts et à raison de six centres de santé par district, soit 24 centres de santé au total. Les inspecteurs vérifient l'exactitude de l'enregistrement du nombre de vaccinations, la transcription et l'addition de ces chiffres, ainsi que le système d'enregistrement d'un niveau à l'autre. L'audit porte principalement sur un indicateur clé de performance : le nombre d'enfants recevant une troisième dose de vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC). La troisième dose, également appelée DTC3, est choisie parce qu'en dépit de ses imperfections, elle est considérée comme l'instrument de mesure le plus fiable du nombre d'enfants protégés à 100 %.

Un pays peut déclarer dans ses documents d'enregistrement à l'OMS, à l'UNICEF et à GAVI qu'un certain nombre d'enfants ont reçu le DTC3 au cours d'une année donnée. Ce chiffre peut toutefois inclure des enfants qui :

- sont supposés avoir reçu le DTC3, mais qui n'ont jamais été enregistrés ; ou qui
- ont reçu le DTC3, qui ont été enregistrés et qui ont été déclarés ; ou qui
- ont reçu le DTC3 et qui ont été enregistrés, mais qui n'ont pas été déclarés ; ou qui
- ont été déclarés comme ayant reçu le DTC3, mais qui n'ont jamais été enregistrés. ▸



**A garder précieusement : la carte de vaccination est vitale pour l'efficacité du système**

## Pleins feux sur la vaccination

Le CQD ne comptabilise pas le premier groupe d'enfants comme ayant été vacciné. Mais il évalue la capacité du système d'enregistrement administratif à comptabiliser et déclarer correctement les enfants qui ont été enregistrés sur le lieu de vaccination. Etant donné que les aides sont basées sur le nombre d'enfants vaccinés supplémentaires par rapport à l'année précédente, il y a de bonnes raisons de ne pas réduire le premier groupe d'enfants, c'est-à-dire ceux qui ont été vaccinés mais qui n'ont pas été enregistrés, à zéro.

### Qu'est-ce le CQD vérifie d'autre et dans quelle mesure cela aide-t-il les pays ?

En plus de recompter et de vérifier les données, le CQD juge la fiabilité et le caractère opportun en général du système d'enregistrement à l'aide d'un certain nombre d'indicateurs standard. Par exemple, il observe la proportion d'enregistrements qui sont perdus et la proportion de déclarations qui arrivent en retard. Si les cartes de vaccination des enfants sont perdues, la mauvaise dose de vaccin peut être administrée et enregistrée. Les déclarations en retard provoquent des erreurs d'addition et de calcul du nombre de vaccinations à des niveaux plus élevés de la hiérarchie. De nombreux pièges peuvent être évités si les éléments qualitatifs essentiels sont en place. Cette information permet aux inspecteurs d'offrir des conseils au personnel de santé, aux responsables et aux leaders nationaux intervenant dans la vaccination. Le CQD est un puissant organe de renforcement des capacités du système d'information de la gestion sanitaire pour chaque nation ; il constitue un exemple représentatif de la façon dont GAVI peut consolider le système de santé.

### Et ensuite ?

Le Dr Linda Archer, consultante de l'OMS, installée à Nairobi, a développé plusieurs versions successives et améliorées du CQD qui ont été testées au Kenya et au Sri Lanka. A présent, la toute dernière version du manuel du CQD est prête<sup>(1)</sup>. Les partenaires de GAVI ont décidé de chercher un organisme approprié pour effectuer l'audit, et après une procédure d'appel d'offres, ils ont choisi le consortium dirigé par Liverpool Associates in Tropical Health, au Royaume-Uni, un organisme affilié à la Liverpool School of Tropical Medicine possédant une solide base de connaissances dans la recherche et une expérience d'envergure mondiale dans le domaine des estimations et des évaluations de santé. La formation des auditeurs commence ce mois-ci au Kenya, en Ouganda et au Pakistan, puis six autres pays feront l'objet d'une visite d'ici septembre 2001. Par la suite, chaque année, une proportion des pays recevant des aides de GAVI et du Fonds mondial recevra la visite des auditeurs du CQD. ■

(1) Des copies sont disponibles sur demande par e-mail auprès de Lisa Jacobs, au secrétariat de GAVI, à l'adresse [ljacobs@unicef.org](mailto:ljacobs@unicef.org)

John Lloyd est Conseiller résident du Bureau européen du Programme Bill et Melinda Gates de vaccins pour l'enfant, géré par le PATH. Le Dr Lloyd a pris part à la création du concept de CQD, au développement de la méthodologie et a participé au test et à la formation des auditeurs.

## Nouvelles ressources... Nouvelles ressources... Nouvelles ressources...

### Renforcement des programmes de vaccination : guides d'atelier pratiques pour les professionnels de la vaccination

Les partenaires de GAVI ont créé un ensemble de six guides pour les facilitateurs d'atelier, se focalisant sur le renforcement des programmes de vaccination et des systèmes de gestion. Ces guides pratiques peuvent être adaptés pour des ateliers dans différentes régions ou pays. Les sujets clés couverts par les guides comprennent le développement des mécanismes de coordination au sein des pays, les évaluations des programmes de vaccination, les plans pluriannuels et le financement.

Ces guides ont été développés pour un atelier qui s'est déroulé à Annecy, en France, en avril, afin d'informer les professionnels de la vaccination sur « l'approche de GAVI » visant à renforcer les services de vaccination. Les participants, en provenance d'Afrique, d'Asie, des Nouveaux Etats Indépendants et du Moyen-Orient, ont été désignés par leurs groupes de travail régionaux. Ils représentaient les Ministres de la Santé, l'OMS, l'UNICEF, la Banque mondiale, le PATH et l'Association pour l'aide à la médecine préventive (l'AMP). A la suite de l'atelier d'Annecy, des participants du groupe de travail régional d'Afrique occidentale ont, d'ores et déjà, planifié leur propre version localisée de cette formation qui se tiendra à Abidjan en août. Les partenaires de GAVI pensent organiser des activités similaires dans d'autres régions. Les guides pour les facilitateurs d'atelier, les matériaux de support, ainsi que d'autres informations concernant l'atelier d'Annecy sont disponibles sur le site Internet

[www.VaccineAlliance.org/training/annecy/annecy.html](http://www.VaccineAlliance.org/training/annecy/annecy.html) ou bien par courrier ou e-mail auprès de Molly Mort, PATH, 4 Nickerson Street, Seattle, Washington 98109, Etats-Unis. [mmort@path.org](mailto:mmort@path.org)

### Financement durable : ressources du Groupe spécial pour les finances de GAVI

Le Groupe spécial pour les finances de GAVI (FTF) a publié un ensemble de documents de briefing et d'analyses devant être utilisés par les gouvernements nationaux et autres parties prenantes. Ces ressources sont destinées à soutenir les décideurs dans des domaines tels que l'identification d'options de financement à long terme pour des programmes de vaccination, la promotion du développement de nouveaux vaccins pour les pays à faible et moyen revenu, l'évaluation de la demande en termes de vaccination et le renforcement des capacités en matière de gestion financière. Les analyses et les briefings ont été commissionnés auprès d'un ensemble d'experts indépendants et comprennent des documents contextuels et de travail, des études de cas sur le financement des services de vaccination, ainsi qu'un modèle de projection de la demande en vaccination. Un « porte-documents » contenant la politique de financement des vaccins est également en préparation. Les premiers matériaux, des informations complémentaires concernant le Groupe spécial pour les finances, ainsi que le champ d'action de son travail, sont disponibles sur le site Internet de GAVI à l'adresse [www.vaccinealliance.org/financing/intro.html](http://www.vaccinealliance.org/financing/intro.html) ; ces informations seront mises à jour et complétées régulièrement.

## Pleins feux sur la vaccination

**Rédacteur en chef :** Phyllida Brown

**Conseiller à la rédaction de GAVI :** Lisa Jacobs

**Conseiller à la rédaction du Fonds mondial pur les vaccins :** Victor Zonana

**Publication :** Dr Tore Godal, Secrétariat de GAVI, c/o UNICEF, Palais des Nations, 1211 Genève 10, Suisse. E-mail: [Gavi@unicef.org](mailto:Gavi@unicef.org)

### Comité de rédaction externe

**Maria Otelia Costales**, UNICEF, New York, Etats-Unis; **Shawn Gilchrist**, Représentant de l'industrie du vaccin, Aventis Pasteur, Toronto;

**Keith Klugman**, Emory University, Atlanta, Etats-Unis; **P. Helena Mäkelä**, Institut National de Santé Publique, Finlande; **Philip Minor**, National Institute for Biological Standards and Control, Royaume-Uni; **Khadija Msambichaka**, Tanzanie; **Francis Nkrumah**, Noguchi Memorial Institute for Medical Research, Ghana; **Paul Offit**, The Children's Hospital of Philadelphia, Etats-Unis, et membre de l'ACIP (Comité consultatif sur la vaccination) ; **Mohammed Ashraf Uddin**, Chief Health Officer, Dhaka City Corporation, Bangladesh.

Les points de vue exprimés dans *Pleins feux sur la vaccination* ne sont pas nécessairement ceux du Conseil d'administration de GAVI.

**Conception et production :** Synergy New Media, Londres N17 9LN, Royaume-Uni. <http://www.synergynewmedia.co.uk>