



Contents

- 613 Meeting of Strategic Advisory Group of Experts on Immunization, October 2021: conclusions and recommendations

Sommaire

- 613 Réunion du Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination, octobre 2021: conclusions et recommandations

Meeting of Strategic Advisory Group of Experts on Immunization, October 2021: conclusions and recommendations

The Strategic Advisory Group of Experts (SAGE) on Immunization met on 4–7 October 2021. This report summarizes their discussions, conclusions, and recommendations.

Report from the WHO Department of Immunization, Vaccines and Biologicals

The report titled “Immunization equity in the COVID-19 pandemic era” highlighted inequities in access to COVID-19 vaccination between countries and the exacerbation of inequities in delivery of childhood immunizations caused by the pandemic.

Three aspects of vaccine inequity were considered: immunization coverage, introduction of new vaccines, and vaccine supply.

- Childhood immunization coverage was adversely affected in all WHO regions, with 23 million children unimmunized or underimmunized in 2020. However, the effect on coverage was uneven, with the regions of the Americas, Eastern Mediterranean and South-East Asia showing the greatest declines. Just 10 countries accounted for nearly two-thirds of all unprotected children. The Gavi-eligible low- and middle-income countries suffered larger setbacks than other countries, highlighting the fact that, in such countries, previous improvements in coverage were fragile and programmes less resilient.
- While Gavi support has enabled a number of low- and low-middle-income countries to introduce new vaccines, such as pneumococcal and

Réunion du Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination, octobre 2021: conclusions et recommandations

Le Groupe stratégique consultatif d'experts (SAGE) sur la vaccination s'est réuni du 4 au 7 octobre 2021. Le présent rapport résume les discussions, conclusions et recommandations auxquelles il est parvenu.

Rapport du Département Vaccination, vaccins et produits biologiques de l'OMS

Le rapport intitulé «Immunization equity in the COVID-19 pandemic era» (L'équité en matière de vaccination à l'ère de la pandémie de COVID-19) a mis en évidence les inégalités dans l'accès à la vaccination contre la COVID-19 entre les pays et l'exacerbation des inégalités dans la vaccination des enfants causée par la pandémie.

Trois aspects de l'inégalité vaccinale ont été examinés: la couverture vaccinale, l'introduction de nouveaux vaccins et l'approvisionnement en vaccins.

- La couverture vaccinale des enfants a été affectée négativement dans toutes les Régions de l'OMS, avec 23 millions d'enfants non vaccinés ou sous-vaccinés en 2020. Toutefois, l'effet sur la couverture a été inégal, les Régions des Amériques, de la Méditerranée orientale et de l'Asie du Sud-Est affichant les plus fortes baisses. Dix pays seulement représentaient près des deux tiers de l'ensemble des enfants non protégés. Les pays à revenu faible ou intermédiaire éligibles au soutien de Gavi ont subi des revers plus importants que les autres pays, soulignant le fait que, dans ces pays, les progrès précédemment accomplis dans la couverture vaccinale étaient fragiles et les programmes y sont moins résilients.
- Bien que l'aide de Gavi ait permis à un certain nombre de pays à revenu faible ou intermédiaire d'introduire de nouveaux vaccins, comme les vaccins antipneumo-

rotavirus vaccines, the introduction of human papillomavirus vaccine and the second dose of measles-containing vaccine remains lower in these countries.

- Inequity in access to vaccine supply has been greatest for COVID-19 vaccines. High-income countries have administered 35 times as many doses of these vaccines as low-income countries; the lowest proportion of fully vaccinated individuals is in the African region. The unequal access to vaccines has been largely influenced by the purchasing capacity of countries.

To improve equity, the challenges in delivering immunization services to the following groups will need to be addressed: the urban poor; remote and nomadic communities; and those in conflict-affected and fragile settings. In these settings, challenges such as inadequacy of the health workforce, high marginal costs of vaccine delivery, insecurity, lack of access to health facilities and data gaps are affecting vaccination uptake. Local solutions and partnerships with civil society organizations (CSOs) are required to address these challenges.

In addition, several facets of immunization programmes need to be considered in addressing inequity. They include vaccine supply, financing, equity-based immunization policies, delivery capacity, community demand and, most importantly, political leadership. The availability of disaggregated data is critical to inform data-enabled actions. Best practices used in some countries, such as the use of digital tools to improve data quality and strengthen community engagement, could be replicated more widely.

The COVID-19 pandemic has had far-reaching health and economic impacts. Higher rates of infectious disease and mortality have been observed in the most deprived communities, even in high-income countries. Forty-six countries have had to postpone immunization campaigns against other vaccine-preventable diseases because of the pandemic. These campaigns provide the greatest benefit to the most marginalized communities, which lack access to routine services. The number of measles outbreaks in 2020 was lower than in 2019, but this may be related to the non-pharmaceutical public health and social measures implemented as part of the pandemic response, and the reduced immunity gap due to the large measles outbreaks in 2019. The lower immunization coverage and postponement of immunization campaigns during 2020 are likely to result in an increased immunity gap, which may fuel future outbreaks. In addition, it is estimated that scale-up of COVID-19 vaccination in the coming months will require 4.5 times more vaccinations. This will stress the health systems of many countries, and is likely to result in lower coverage of routine childhood immunization and exacerbation of immunity gaps unless mitigation measures are urgently taken.

Country experiences highlight opportunities and approaches that can be leveraged to address inequities.

cocciques et antirotavirus, l'introduction du vaccin contre le papillomavirus humain et de la deuxième dose de vaccin à valence rougeole demeure moindre dans ces pays.

- L'inégalité la plus marquée dans l'approvisionnement en vaccins concerne les vaccins contre la COVID-19. Les pays à revenu élevé ont administré 35 fois plus de doses de ces vaccins que les pays à faible revenu; la plus faible proportion de personnes complètement vaccinées se trouve dans la Région africaine. L'inégalité d'accès aux vaccins a été largement influencée par la capacité d'achat des pays.

Pour améliorer l'équité, il faudra relever les défis liés à la prestation de services de vaccination aux groupes suivants: les pauvres des villes; les communautés éloignées et nomades; et les personnes vivant dans des zones de conflit et des contextes fragiles. Les difficultés liées au manque de personnel de santé, aux coûts marginaux élevés de l'administration des vaccins, à l'insécurité, au manque d'accès aux établissements de santé et aux lacunes dans les données affectent l'adoption de la vaccination parmi ces populations. Des solutions locales et des partenariats avec les organisations de la société civile sont nécessaires pour relever ces défis.

En outre, pour remédier aux inégalités, il est nécessaire de prendre en compte plusieurs composantes des programmes de vaccination, notamment: l'approvisionnement en vaccins, le financement, les politiques de vaccination fondées sur l'équité, les capacités d'administration des vaccins, la demande communautaire et, surtout, le leadership politique. La disponibilité de données désagrégées est essentielle pour prendre des mesures éclairées. Les bonnes pratiques utilisées dans certains pays, telles que l'utilisation d'outils numériques pour améliorer la qualité des données et renforcer la mobilisation communautaire, pourraient être reprises à plus grande échelle.

La pandémie de COVID-19 a eu de profondes répercussions sanitaires et économiques. On a observé un accroissement des taux des maladies infectieuses et de la mortalité dans les communautés les plus défavorisées, même dans les pays à revenu élevé. Quarante-six pays ont dû reporter leurs campagnes de vaccination contre d'autres maladies à prévention vaccinale en raison de la pandémie. Ces campagnes profitent particulièrement aux communautés les plus marginalisées, qui n'ont pas accès aux services de routine. Le nombre de flambées épidémiques de rougeole en 2020 était inférieur à celui de 2019, mais cela peut être lié aux mesures sociales et de santé publique non pharmaceutiques mises en œuvre dans le cadre de la riposte à la pandémie et à la réduction des lacunes immunitaires en raison des vastes épidémies de rougeole qui ont eu lieu en 2019. Il est probable que la moindre couverture vaccinale et le report des campagnes de vaccination prévues en 2020 aggravent les lacunes immunitaires, ce qui pourrait alimenter de futures épidémies. En outre, on estime que l'intensification de la vaccination contre la COVID-19 dans les mois à venir nécessitera 4,5 fois plus de vaccinations. Cela mettra à rude épreuve les systèmes de santé de nombreux pays et entraînera probablement une baisse de la couverture de la vaccination systématique des enfants et une exacerbation des lacunes immunitaires, à moins que des mesures ne soient prises d'urgence pour atténuer ces risques.

L'expérience des pays met en évidence les opportunités et les approches qui peuvent être mises à profit pour remédier aux

Experience in Nigeria shows how more can be done with what is available. The country took advantage of the response to an outbreak of circulating vaccine-derived poliovirus (cVDPV) to support COVID-19 vaccine rollout through community sensitization, strengthened surveillance, the vaccine cold-chain, supporting national deployment plans through capacity strengthening and the use of electronic tools for registration of vaccine recipients.

While the COVAX facility has not met all expectations to date, it has improved access to COVID-19 vaccines in low- and middle-income countries.¹ For the future, several critical changes are required to improve COVID-19 vaccine equity: manufacturers will need to prioritize supply to the COVAX facility and the African Vaccine Acquisition Trust (AVAT); high-income countries will need to accept a delay in vaccine delivery to allow timely supply to lower-income countries; vaccines will need to be donated to COVAX and AVAT; vaccine manufacturers will need to be transparent in meeting supply and delivery commitments; manufacturing capacity will need to be expanded; and the COVAX facility will need to be fully funded.

The way forward in achieving equity in vaccination is well described in the Immunization Agenda 2030 (IA2030),² which outlines 7 strategic priorities and 4 core principles; prompt action to operationalize the agenda is urgently required.

Reports from the WHO regional offices

The regional reports focused on the status of the COVID-19 vaccine rollout and the impact of the pandemic on routine childhood immunization.

The African Region

Inequities in access to COVID-19 vaccines have had the greatest effect on African countries. As of 2 October 2021, only 4.4% of the population was fully vaccinated; only 15 of 54 African countries³ achieved the target of fully vaccinating at least 10% of their population by 30 September 2021. In many countries, vaccine uptake has been constrained by limited vaccine supply. Several countries have conducted mini-COVID-19 post-introduction evaluations (mini-cPIEs) and are using the findings to plan for the scaling up of vaccination as vaccine supply increases.

The coverage with 3 doses of diphtheria–tetanus–pertussis vaccine (DTP3) in the Region declined only

inégalités. L'expérience du Nigéria montre qu'il est possible de faire plus avec ce qui est disponible. Le pays a profité de la riposte à une flambée épidémique de poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale (PVDVc) pour soutenir le déploiement du vaccin contre la COVID-19 par la sensibilisation des communautés, le renforcement de la surveillance et de la chaîne du froid des vaccins, et le soutien aux plans de déploiement nationaux en renforçant les capacités et en utilisant des outils électroniques pour l'enregistrement des personnes vaccinées.

Bien que le Mécanisme COVAX n'ait pas répondu à toutes les attentes à ce jour, il a amélioré l'accès aux vaccins contre la COVID-19 dans les pays à revenu faible et intermédiaire.¹ À l'avenir, plusieurs changements cruciaux seront nécessaires pour améliorer l'équité en matière de vaccins anti-COVID-19: les fabricants devront approvisionner en priorité le Mécanisme COVAX et le Fonds africain pour l'acquisition des vaccins (AVAT); les pays à revenu élevé devront accepter un retard dans la livraison des vaccins pour permettre l'approvisionnement en temps utile des pays à faible revenu; les vaccins devront être donnés au COVAX et à l'AVAT; les fabricants de vaccins devront faire preuve de transparence dans le respect des engagements en matière d'approvisionnement et de livraison; la capacité de fabrication devra être augmentée; et le Mécanisme COVAX devra être entièrement financé.

La voie à suivre pour atteindre l'équité en matière de vaccination est clairement présentée dans le Programme pour la vaccination à l'horizon 2030 (IA2030),² qui décrit 7 priorités stratégiques et 4 principes fondamentaux; il est urgent d'agir rapidement pour rendre ce programme opérationnel.

Rapports des bureaux régionaux de l'OMS

Les rapports régionaux ont mis l'accent sur l'état d'avancement du déploiement des vaccins contre la COVID-19 et l'impact de la pandémie sur la vaccination systématique de l'enfant.

Région africaine

Les pays les plus touchés par les inégalités en matière d'accès aux vaccins contre la COVID-19 sont les pays africains. Au 2 octobre 2021, seuls 4,4% de la population étaient complètement vaccinés; seuls 15 des 54 pays africains³ ont atteint l'objectif de vacciner complètement au moins 10% de leur population au 30 septembre 2021. Dans de nombreux pays, l'administration des vaccins a été limitée par un approvisionnement insuffisant en vaccins. Plusieurs pays ont mené des mini-évaluations après l'introduction de la vaccination contre la COVID-19 et utilisent les résultats obtenus pour planifier l'intensification de la vaccination à mesure que l'approvisionnement en vaccins augmente.

La couverture par 3 doses de vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC3) n'a que très peu diminué dans la

¹ New ACT-Accelerator strategy calls for US\$ 23.4 billion international investment to solve inequities in global access to COVID-19 vaccines, tests & treatments. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/news/item/28-10-2021-new-act-accelerator-strategy-calls-investment>, accessed November 2021).

² Immunization Agenda 2030: a global strategy to leave no one behind. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/strategies/ia2030>, accessed November 2021).

³ Data on the COVID-19 vaccination response cover all the 54 countries in the African continent (not just those in the WHO African Region), since the response is supported in collaboration with the United Nations Children's Fund (UNICEF) and the African Union.

¹ La nouvelle stratégie de l'Accélérateur ACT cherche à obtenir 23,4 milliards de dollars des États-Unis d'investissements internationaux pour résorber les inégalités en matière d'accès mondial aux vaccins, aux tests et aux traitements contre la COVID-19. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021 (<https://www.who.int/fr/news/item/28-10-2021-new-act-accelerator-strategy-calls-investment>, consulté en novembre 2021).

² Programme pour la vaccination à l'horizon 2030: Une stratégie mondiale pour ne laisser personne de côté. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 (<https://www.who.int/fr/publications/m/item/immunization-agenda-2030-a-global-strategy-to-leave-no-one-behind>, consulté en novembre 2021).

³ Les données sur la riposte par la vaccination contre la COVID-19 couvrent l'ensemble des 54 pays du continent africain (et pas seulement ceux de la Région africaine de l'OMS), puisque la riposte est menée en collaboration avec le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et l'Union africaine.

marginally. While coverage with the first dose of measles-containing vaccine (MCV1) also declined marginally, coverage with the second dose increased, albeit from a low level. However, Africa has the highest number of zero-dose children (defined as those who have not received the first dose of DTP) and the number increased by 600 000 from 2019 to 2020. During the next decade, the focus will be on the provision of tailored support to underperforming countries.

The Region of the Americas

All countries and territories in the region of the Americas have introduced COVID-19 vaccination; 53% of the population in the Region have received at least one dose, and 37% are fully vaccinated. However, 3 countries failed to reach the 10% coverage target for September 2021. Countries are strengthening their cold-chain capacity, including ultra-cold-chain capacity, and strengthening or establishing electronic registries to monitor vaccination. Several countries plan to conduct mini-cPIEs and use the results to improve vaccine roll-out. The PAHO Revolving Fund is collaborating with the COVAX facility to improve access to vaccines in the Region and is supporting regional production of mRNA COVID-19 vaccines.

The Region has experienced a drop in immunization coverage, leaving 2.7 million children unimmunized or underimmunized. Several activities have been undertaken to reinforce immunization programmes and promote immunization as an essential service. The Region proposes to develop a plan of action in alignment with IA2030, adopting a country-centred approach that will promote resilience and recovery from the impact of the COVID-19 pandemic.

The Eastern Mediterranean Region

In the Eastern Mediterranean Region, COVID-19 vaccination coverage varies considerably across countries. All the high-income countries in the Region have achieved the 10% coverage target and all but one have exceeded the 40% coverage target. However, coverage is much lower in the Gavi-eligible countries, with only Pakistan having achieved the 10% coverage target. Inequity in access to vaccines, the unpredictable supply, weak health systems, selective demand for certain vaccine products, and insecurity and conflict have been the major challenges in the vaccine rollout.

DTP3 coverage in the priority countries in the Region fell substantially in the beginning of 2020, but recovered in the second half of the year; the recovery was sustained in the first half of 2021. There was a 29% increase in zero-dose children in 2020 compared with 2019. The Region aims to focus on reducing the number of zero-dose children, adopting a life-course approach to vaccination, and strengthening comprehensive surveillance.

The European Region

In the European Region, COVID-19 vaccination is under way in all Member States and territories; 49% of the

Région. Tandis que la couverture par la première dose de vaccin antirougeoleux (MCV1) a également baissé de façon marginale, la couverture par la deuxième dose a augmenté, bien que partant d'un niveau faible. Cependant, l'Afrique compte le plus grand nombre d'enfants «zéro dose» (définis comme ceux qui n'ont pas reçu la première dose de DTC) et ce nombre a augmenté de 600 000 entre 2019 et 2020. Au cours de la prochaine décennie, l'accent sera mis sur la fourniture d'un soutien adapté aux pays moins performants.

Région des Amériques

Tous les pays et territoires de la Région des Amériques ont introduit la vaccination contre la COVID-19; 53% de la population de la Région ont reçu au moins une dose et 37% sont complètement vaccinés. Toutefois, 3 pays n'ont pas atteint l'objectif de couverture de 10% pour septembre 2021. Les pays renforcent leurs capacités de la chaîne du froid, y compris de la chaîne de l'ultra-froid, et renforcent ou établissent des registres électroniques pour suivre la vaccination. Plusieurs pays prévoient de mener des mini-évaluations post-introduction et d'utiliser les résultats obtenus pour améliorer le déploiement des vaccins. Le Fonds renouvelable de l'OPS travaille de concert avec le Mécanisme COVAX pour améliorer l'accès aux vaccins dans la Région et soutenir la production régionale de vaccins à ARNm contre la COVID-19.

La Région a connu une baisse de la couverture vaccinale, laissant 2,7 millions d'enfants non vaccinés ou sous-vaccinés. Plusieurs activités ont été entreprises pour renforcer les programmes de vaccination et promouvoir la vaccination en tant que service essentiel. La Région propose d'élaborer un plan d'action conforme à l'IA2030, en adoptant une approche centrée sur les pays qui favorisera la résilience et le relèvement après la pandémie de COVID-19.

Région de la Méditerranée orientale

Dans la Région de la Méditerranée orientale, la couverture vaccinale contre la COVID-19 varie considérablement d'un pays à l'autre. Tous les pays à revenu élevé de la Région ont atteint l'objectif de couverture de 10% et tous, sauf un, ont dépassé l'objectif de couverture de 40%. Cependant, la couverture est beaucoup plus faible dans les pays éligibles au soutien de Gavi; parmi eux, seul le Pakistan a atteint l'objectif de couverture de 10%. L'inégalité d'accès aux vaccins, l'approvisionnement imprévisible, la faiblesse des systèmes de santé, la demande sélective pour certains produits vaccinaux, l'insécurité et les conflits ont été les principaux problèmes rencontrés dans le déploiement des vaccins.

La couverture par le DTC3 dans les pays prioritaires de la Région a considérablement diminué au début de 2020, mais s'est améliorée au second semestre; la reprise se maintenait au premier semestre 2021. On a constaté une augmentation de 29% du nombre d'enfants zéro dose en 2020 par rapport à 2019. La Région s'emploie à réduire le nombre d'enfants zéro dose, en adoptant une approche de vaccination fondée sur le parcours de vie et en renforçant la surveillance globale.

Région européenne

Dans la Région européenne, la vaccination contre la COVID-19 est en cours dans tous les États Membres et territoires; 49% de

population is fully vaccinated. However, uptake is unequal: 63% of the population in high-income countries is fully vaccinated compared with 15% in low- and lower-middle-income countries. Two of the 54 countries and territories in the Region failed to reach the 10% coverage target for September 2021. The WHO Regional Office is using data on vaccine uptake and use, together with immunization systems performance and population demand indicators, to identify potential bottlenecks and support countries in developing tailored interventions to scale up vaccination.

Despite efforts to sustain routine immunization, coverage declined in 2020. This decline was larger in the middle-income countries than the high-income countries. Eleven countries in the Region experienced a decline in DTP3 or MCV1 coverage of over 5%. The European Immunization Agenda 2030 (EIA2030),⁴ which was approved by the Regional Committee in September 2021, will serve as a framework for the next decade to recover from the effects of the pandemic and to build back better.

The South-East Asia Region

In the South-East Asia Region, 10 of the 11 Member States are vaccinating against COVID-19. Around 16.9% of the population in the Region is fully vaccinated. Vaccination coverage varies, with more than 50% of the population fully vaccinated in 3 countries, 10–30% in 5 countries and less than 10% in 2 countries. Daily vaccination rates have increased in recent weeks as a result of improved vaccine supply, demonstrating the capacity of countries to scale up. All countries have developed systems for registering vaccine recipients and for providing proof of vaccination. However, there are challenges with the use of these data management systems, including identification of priority groups, digital literacy, availability of electronic devices, tracking of vaccine recipients for provision of the second dose, and the availability of human resources. Six countries are conducting or plan to conduct vaccine effectiveness studies, including against variants of concern.

DTP3 coverage declined from 91% in 2019 to 85% in 2020. In 5 countries, coverage remained over 90%, despite transient disruption in 2020. Most countries in the Region have developed plans and strategies to improve programme resilience, provide catch-up immunization, and re-establish surveillance.

The Western Pacific Region

In the Western Pacific Region, COVID-19 vaccination has begun in all countries. While several countries have reached or exceeded the 40% coverage target, 3 Pacific Island countries and 3 non-Pacific-Island countries in the Region failed to reach the 10% target for September 2021.

la population sont complètement vaccinés. Toutefois, la vaccination est inégalement répartie: 63% de la population des pays à revenu élevé sont complètement vaccinés, contre 15% dans les pays à revenu faible ou intermédiaire de la tranche inférieure. Deux des 54 pays et territoires de la Région n'ont pas atteint l'objectif de couverture de 10% pour septembre 2021. Le Bureau régional de l'OMS utilise des données sur l'adoption et l'utilisation des vaccins, ainsi que des indicateurs relatifs à la performance des systèmes de vaccination et à la demande de la population, pour identifier les goulets d'étranglement potentiels et aider les pays à élaborer des interventions sur mesure pour accroître la vaccination.

Malgré les efforts déployés pour maintenir la vaccination systématique, la couverture a diminué en 2020. Cette baisse a été plus importante dans les pays à revenu intermédiaire que dans les pays à revenu élevé. Onze pays de la Région ont connu une baisse de la couverture par le DTP3 ou le MCV1 de plus de 5%. Le Programme européen pour la vaccination à l'horizon 2030 (EIA2030),⁴ qui a été approuvé par le Comité régional en septembre 2021, servira de cadre pour la prochaine décennie afin de se remettre des effets de la pandémie et de reconstruire en mieux.

Région de l'Asie du Sud-Est

Dans la Région de l'Asie du Sud-Est, 10 des 11 États Membres mènent des activités de vaccination contre la COVID-19. Environ 16,9% de la population de la Région sont complètement vaccinés. La couverture vaccinale varie, avec plus de 50% de la population complètement vaccinés dans 3 pays, 10% à 30% dans 5 pays et moins de 10% dans 2 pays. Les taux quotidiens de vaccination ont augmenté ces dernières semaines en raison de l'amélioration de l'approvisionnement en vaccins, démontrant la capacité des pays à intensifier la vaccination. Tous les pays ont mis au point des systèmes d'enregistrement des personnes vaccinées et de délivrance de certificats de vaccination. Cependant, l'utilisation de ces systèmes de gestion des données se heurte à des difficultés, notamment l'identification des groupes prioritaires, l'aptitude à se servir des outils numériques, la disponibilité des appareils électroniques, le suivi des personnes primovaccinées pour la fourniture de la deuxième dose et la disponibilité des ressources humaines. Six pays mènent ou prévoient de mener des études sur l'efficacité des vaccins en population, y compris contre les variants préoccupants.

La couverture par le DTP3 est passée de 91% en 2019 à 85% en 2020. Dans 5 pays, la couverture est restée supérieure à 90%, malgré des perturbations transitoires en 2020. La plupart des pays de la Région ont élaboré des plans et des stratégies visant à améliorer la résilience des programmes, à assurer une vaccination de rattrapage et à rétablir la surveillance.

Région du Pacifique occidental

Dans la Région du Pacifique occidental, la vaccination contre la COVID-19 a commencé dans tous les pays. Alors que plusieurs pays ont atteint ou dépassé l'objectif de couverture de 40%, 3 pays insulaires du Pacifique et 3 pays non insulaires du Pacifique dans la Région n'ont pas atteint l'objectif de 10% pour septembre 2021.

⁴ European Immunization Agenda 2030. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/348002>, accessed November 2021).

⁴ Programme européen pour la vaccination à l'horizon 2030. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/348002>, consulté en novembre 2021).

Countries in the Region have experienced a decline in coverage of measles and poliovirus vaccines during the COVID-19 pandemic, raising concerns about the risk of outbreaks of measles and the emergence of cVDPV. The major challenges were related to the reassignment of immunization staff to COVID-19-related work, the reluctance of parents to bring children to immunization sessions, suspension of outreach or routine services during lockdown periods, lack of political support, the coincidental occurrence of COVID-19 during cVDPV outbreak response activities, and a decline in surveillance quality. The Region has developed a Regional Strategic Framework for Vaccine Preventable Diseases and Immunization for 2021–2030,⁵ which was endorsed by the Regional Committee in October 2020. Lessons from the COVID-19 vaccination response can be leveraged to better implement IA2030 and the Regional Framework to aid recovery and strengthen programme resilience.

Report from Gavi, the Vaccine Alliance

The update from Gavi, the Vaccine Alliance, highlighted the immense changes and adaptation required to achieve the ambitious goals of Gavi's strategy for 2021 to 2025 (Gavi 5.0)⁶ and the COVAX facility.

One year into Gavi 5.0, Gavi-eligible countries are facing several challenges – including declining health expenditures, competing priorities and limited resources – that are affecting their capacity to maintain routine immunization services, implement COVID-19 vaccination, and reduce the number of unimmunized children (the zero-dose agenda).

The zero-dose agenda has been prioritized across all Gavi funding levers, including the Equity Accelerator Funding, Health System Strengthening, support for campaigns targeting the zero-dose children, and technical assistance focused on reducing the number of zero-dose children.

A new Gavi market-shaping strategy was approved in June 2021, which builds on past successes and aims to foster an enabling environment with a competitive supplier base and the accelerated delivery of transformational innovation.

A Gavi 5.0 measurement framework has been developed in alignment with IA2030. Initial targets, with 2019 as the baseline year, have been approved; the remaining targets will be submitted to the Gavi Board for approval at the end of the year.

The Gavi Board approved in principle support for the introduction of a hexavalent vaccine, including diphtheria, tetanus, whole-cell pertussis (wP), *Haemophilus influenzae* type b, hepatitis B, and inactivated poliovirus vaccine (IPV), emphasizing integrated delivery. Gavi is

Les pays de la Région ont connu une baisse de la couverture vaccinale contre la rougeole et le poliovirus pendant la pandémie de COVID-19, ce qui soulève des préoccupations quant au risque de flambées épidémiques de rougeole et à l'émergence de PVDVc. Les principaux problèmes rencontrés étaient liés à la réaffectation du personnel de vaccination aux activités liées à la COVID-19, à la réticence des parents à amener leurs enfants aux séances de vaccination, à la suspension des services de proximité ou de routine pendant les périodes de confinement, au manque de soutien politique, à la concomitance de la COVID-19 et des activités de riposte aux flambées épidémiques de PVDVc et à une baisse de la qualité de la surveillance. La Région a élaboré un Cadre stratégique régional pour les maladies à prévention vaccinale et la vaccination 2021-2030,⁵ qui a été approuvé par le Comité régional en octobre 2020. Les enseignements tirés de la riposte vaccinale contre la COVID-19 peuvent être mis à profit pour mieux mettre en œuvre l'IA2030 et le Cadre régional afin d'aider au relèvement et de renforcer la résilience des programmes.

Rapport de Gavi, l'Alliance du Vaccin

Le dernier rapport de Gavi, l'Alliance du Vaccin, a mis en exergue les immenses changements et l'adaptation nécessaires pour atteindre les objectifs ambitieux de la stratégie de Gavi pour 2021-2025 (Gavi 5.0)⁶ et du Mécanisme COVAX.

Un an après le lancement de Gavi 5.0, les pays éligibles au soutien de Gavi sont confrontés à plusieurs problèmes – notamment la baisse des dépenses de santé, les priorités concurrentes et les ressources limitées – qui affectent leur capacité à maintenir les services de vaccination systématique, à mettre en œuvre la vaccination contre la COVID-19 et à réduire le nombre d'enfants non vaccinés (programme «zéro dose»).

Le programme «zéro dose» a été priorisé à travers tous les leviers de financement de Gavi, y compris le financement de l'Accélérateur d'équité, le renforcement des systèmes de santé, le soutien aux campagnes ciblant les enfants zéro dose et l'assistance technique axée sur la réduction du nombre d'enfants zéro dose.

Une nouvelle stratégie de structuration du marché de Gavi a été approuvée en juin 2021, qui s'appuie sur les succès passés et vise à favoriser un environnement propice avec une base de fournisseurs compétitifs et la livraison accélérée d'innovations transformationnelles.

Un cadre visant à mesurer les objectifs de Gavi 5.0 a été élaboré conformément à l'IA2030. Les objectifs initiaux, par rapport à l'année de référence 2019, ont été approuvés; les objectifs restants seront soumis au Conseil d'administration de l'Alliance du Vaccin pour approbation à la fin de l'année.

Le Conseil d'administration de l'Alliance du Vaccin a donné son approbation de principe au soutien à l'introduction d'un vaccin hexavalent contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche (vaccin à cellules entières), *Haemophilus influenzae* de type b, l'hépatite B et la poliomyélite (vaccin antipoliomyélitique inac-

⁵ Regional Strategic Framework for Vaccine-preventable Diseases and Immunization in the Western Pacific (2021–2030). [Draft]. Manila: WHO Regional Office for the Western Pacific; 2021: <https://iris.wpro.who.int/bitstream/handle/10665.1/14602/WPR-RC071-06-Immunization-Ann-2020-en.pdf>, accessed November 2021).

⁶ Gavi's strategy 2021–2025 (<https://www.gavi.org/our-alliance/strategy>, accessed November 2021).

⁵ Regional Strategic Framework for Vaccine-preventable Diseases and Immunization in the Western Pacific (2021–2030). [Projet]. Manille, Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental, 2021 (<https://iris.wpro.who.int/bitstream/handle/10665.1/14602/WPR-RC071-06-Immunization-Ann-2020-en.pdf>, consulté en novembre 2021).

⁶ Gavi's strategy 2021–2025 (<https://www.gavi.org/our-alliance/strategy>, consulté en novembre 2021).

targeting market evolution towards a choice between the pentavalent vaccines plus IPV or a wP hexavalent vaccine. SAGE recommendations on wP hexavalent vaccines will inform potential decisions by the Gavi Board in 2022. At the end of 2021, the Gavi Board will also consider adding the malaria vaccine to a toolbox to holistically address the malaria burden in Africa, subject to WHO recommendations.

Gavi will also make additional, albeit smaller, investments in improving diagnostics and surveillance for yellow fever and other outbreak-prone diseases.

The supply of vaccines through COVAX is expected to increase to 2.6 billion doses by the first quarter of 2022, though there are uncertainties related to export-control restrictions, manufacturer priorities and regulatory approval of candidate vaccines. There is a risk of shifting from a supply-constrained situation to one where country absorptive capacity becomes the main bottleneck. The Gavi secretariat and Alliance partners are engaging with countries to mitigate this risk. The early access funding window for COVID-19 vaccine delivery support has received 84 applications requesting a total of US\$ 224 million. Raising additional funds to support delivery costs is being considered. COVAX established the “humanitarian buffer”, with up to 5% of doses to be used for populations affected by conflict and other humanitarian emergencies.

In 2022, COVAX will continue to contribute towards the 70% WHO global vaccination goal, with supply complemented by bilateral and multilateral suppliers such as AVAT. While investing in increasing coverage, a flexible contingency pool may need to be established to manage risks, e.g. to cover for boosters, paediatric vaccination and respond to the emergence of variants.

Update on the operationalization of the Immunization Agenda 2030 (IA2030)

SAGE was presented with an update on the operationalization of IA2030, the baseline data on the IA2030 monitoring indicators for 2019 and 2020, and a summary of proposed approaches for data reporting in future years, including the proposed role of SAGE. Because 2020 was an exceptional year, with immunization services being disrupted by the COVID-19 pandemic, 2019 was selected as the baseline for most of the IA2030 indicators. In addition, since 2020 represented a transitional year, in which the global monitoring, evaluation and accountability (M&E/A) framework was being developed and new indicators were being introduced, it was not possible to prepare a comprehensive progress report for 2020.

During 2020 and 2021, the WHO regional offices developed regional immunization strategies aligned with

the regional immunization strategies (RIS) (révisé ou VPI), en mettant l'accent sur une administration intégrée. Gavi vise l'évolution du marché vers un choix entre des vaccins pentavalents plus le VPI ou des vaccins hexavalents comprenant le vaccin antioquelucheux à cellules entières. Les recommandations du SAGE sur les vaccins hexavalents éclaireront les décisions éventuelles du Conseil d'administration de l'Alliance du Vaccin en 2022. A la fin de 2021, le Conseil d'administration de l'Alliance du Vaccin envisagera également d'ajouter le vaccin antipaludique à une boîte à outils pour traiter de manière holistique la charge du paludisme en Afrique, sous réserve des recommandations de l'OMS.

Gavi réalisera également des investissements supplémentaires, quoique plus modestes, dans l'amélioration du diagnostic et de la surveillance de la fièvre jaune et d'autres maladies à tendance épidémique.

L'approvisionnement en vaccins par l'intermédiaire du Mécanisme COVAX devrait atteindre 2,6 milliards de doses d'ici le premier trimestre de 2022, bien qu'il existe des incertitudes liées aux restrictions en matière de contrôle des exportations, aux priorités des fabricants et à l'approbation réglementaire des vaccins candidats. Il existe un risque de passer d'une situation d'approvisionnement limité à une situation où la capacité d'absorption des pays devient le principal goulot d'étranglement. Le Secrétariat de Gavi et les partenaires de l'Alliance travaillent de concert avec les pays pour atténuer ce risque. Le guichet d'accès anticipé au financement pour soutenir la livraison de vaccins contre la COVID-19 a reçu 84 demandes pour un total de 224 millions USD. La collecte de fonds supplémentaires pour soutenir les coûts de livraison est à l'étude. Le Mécanisme COVAX a mis en place le «stock tampon humanitaire», qui réserve jusqu'à 5% des doses aux populations touchées par des conflits et d'autres urgences humanitaires.

En 2022, le COVAX continuera de contribuer à la réalisation de l'objectif de l'OMS de vacciner 70% de la population mondiale, avec l'aide de fournisseurs bilatéraux et multilatéraux tels que l'AVAT pour compléter l'approvisionnement. Parallèlement aux investissements pour augmenter la couverture vaccinale, il peut être nécessaire de mettre en place une réserve souple pour gérer les risques, par exemple pour couvrir la vaccination de rappel, la vaccination pédiatrique et pour répondre à l'émergence de variants.

Point sur la mise en application du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030 (IA2030)

Le SAGE a reçu des informations actualisées sur la mise en application de l'IA2030, les données de référence sur les indicateurs de suivi de l'IA2030 pour 2019 et 2020, et un résumé des approches proposées pour la communication des données dans les années à venir, y compris le rôle du SAGE. L'année 2020 ayant été une année exceptionnelle qui a vu les services de vaccination perturbés par la pandémie de COVID-19, on a choisi 2019 comme année de référence pour la plupart des indicateurs de l'IA2030. En outre, étant donné que 2020 représentait une année de transition, au cours de laquelle le cadre mondial de suivi, d'évaluation et de responsabilité était en cours d'élaboration et de nouveaux indicateurs étaient introduits, il n'a pas été possible de préparer un rapport de situation complet pour 2020.

En 2020 et 2021, les bureaux régionaux de l'OMS ont élaboré des stratégies régionales de vaccination alignées sur l'IA2030 et

IA2030, and implementation plans in consultation with their Member States, partners, and other regional stakeholders. The regional strategies will be accompanied by regional M&E/A frameworks.

Progress was made in developing the IA2030 governance and coordination structures, including the IA2030 Partnership Council and Coordination Group. Multiple working groups have been established and will be responsible for data collection and analysis within their areas of expertise. They will also play a key role in identifying key issues and innovative practices through a consultative process.

SAGE will perform an independent oversight function, assess progress against the IA2030 goals and objectives, and make recommendations for corrective actions to be undertaken by the respective working groups, the IA2030 Coordination Group, and regional and national bodies, including regional immunization technical advisory groups (RITAGs), national immunization technical advisory groups (NITAGs), and national immunization programmes.

SAGE recommended that, to achieve the IA2030 vision and goals, countries, regions, partners, IA2030 working groups and other stakeholders must act together to:

- perform country-by-country analysis of the immunization status and reasons for backsliding, and determine gaps and needs at the national and subnational levels;
- develop, implement, and monitor tailored action plans to respond to the underlying reasons for backsliding based on the assessment; the country-by-country analysis and holistic assessment should inform the necessary actions to be taken at country, regional and global levels;
- use the momentum generated by political interest in COVID-19 vaccines to build support for and strengthen essential immunization services in the context of overall health system strengthening, declaring 2021 and 2022 as the years for recovery.

SAGE noted with satisfaction the progress in implementing the IA2030 Framework for Action.

SAGE recommended that countries use the new vision and strategy and the regional IA2030 plans to develop their own national immunization strategies, including M&E components and accountability mechanisms.

SAGE will review the annual IA2030 technical progress reports and assessments conducted by the IA2030 working groups to assess progress in achieving specific IA2030 impact goals and strategic priority objectives, highlight areas of concern, and provide feedback on issues referred to SAGE by IA2030 working groups or by the Coordination Group.

SAGE also noted that its findings will be included in feedback to:

des plans de mise en œuvre en consultation avec leurs États Membres, leurs partenaires et d'autres parties prenantes régionales. Les stratégies régionales s'accompagneront de cadres régionaux de suivi, d'évaluation et de responsabilité.

Des progrès ont été réalisés dans la mise en place des structures de gouvernance et de coordination de l'IA2030, y compris le Conseil de partenariat et le Groupe de coordination de l'IA2030. Plusieurs groupes de travail ont été créés et seront responsables de la collecte et de l'analyse des données dans leurs domaines d'expertise. Ils joueront également un rôle clé dans l'identification des principaux problèmes et des pratiques innovantes par le biais d'un processus consultatif.

Le SAGE exercera une fonction de surveillance indépendante, évaluera les progrès accomplis par rapport aux buts et aux objectifs de l'IA2030 et formulera des recommandations sur les mesures correctives à prendre par les groupes de travail respectifs, le Groupe de coordination de l'IA2030 et les organismes régionaux et nationaux, y compris les groupes consultatifs techniques régionaux sur la vaccination (RITAG), les groupes consultatifs techniques nationaux sur la vaccination (NITAG) et les programmes nationaux de vaccination.

Pour réaliser la vision et les objectifs de l'IA2030, le SAGE a recommandé que les pays, les Régions, les partenaires, les groupes de travail de l'IA2030 et les autres parties prenantes agissent de concert pour:

- effectuer une analyse pays par pays de la situation de la vaccination et des raisons qui expliquent les reculs observés, et déterminer les lacunes et les besoins aux niveaux national et infranational;
- élaborer, mettre en œuvre et suivre des plans d'action adaptés pour répondre aux raisons sous-jacentes des reculs, sur la base de l'évaluation; l'analyse pays par pays et l'évaluation globale doivent permettre de déterminer les mesures à prendre aux niveaux national, régional et mondial;
- utiliser la dynamique générée par l'intérêt politique pour les vaccins contre la COVID-19 pour susciter un soutien et renforcer les services de vaccination essentiels dans le contexte du renforcement global des systèmes de santé, en considérant que 2021 et 2022 sont des années de relèvement.

Le SAGE a noté avec satisfaction les progrès accomplis dans la mise en œuvre du Cadre d'action de l'IA2030.

Le SAGE a recommandé aux pays d'utiliser la nouvelle vision et la nouvelle stratégie, ainsi que les plans régionaux pour l'IA2030, pour élaborer leurs propres stratégies nationales de vaccination, y compris les composantes de suivi et d'évaluation et les mécanismes de responsabilité.

Le SAGE examinera les rapports de situation techniques annuels de l'IA2030 et les évaluations menées par les groupes de travail de l'IA2030 afin d'évaluer les progrès accomplis vers la réalisation des objectifs d'impact et des objectifs stratégiques prioritaires spécifiques fixés dans l'IA2030, de souligner les domaines de préoccupation et de fournir un retour d'information sur les problèmes qui lui ont été rapportés par les groupes de travail ou par le Groupe de coordination de l'IA2030.

Le SAGE a également noté que ses conclusions seront incluses dans le retour d'information destiné:

- the IA2030 working groups, with the aim of highlighting actions for specific strategic priority areas;
- regional and country immunization programmes, on priority actions for advocacy, resources, and technical assistance;
- the IA2030 Coordination Group, on potential areas for process improvement;
- the IA2030 Partnership Council, on actions for advocacy, resources, and technical assistance;
- the IA2030 reports to the World Health Assembly through the WHO Executive Board.

Poliomyelitis

There has been significant progress with Global Polio Eradication in 2021 despite the COVID-19 pandemic. Between 1 January and 30 September 2021, only 2 paralytic cases of wild poliovirus type 1 (WPV1) infection were detected (one each in Afghanistan and Pakistan). During the same period, 326 cases of paralytic disease due to cVDPVs, predominantly of serotype 2, were reported. The majority of cVDPV transmission occurred in western Africa, with Nigeria being the epicentre of cVDPV2 outbreaks since mid-2021. In the same period of 2020, there were 120 WPV1 and 408 cVDPV paralytic cases. In addition, WPV1 and VDPVs continued to be detected in environmental samples in 2021, albeit less frequently than in 2020.

SAGE expressed cautious optimism about the decrease in WPV1 detections and emphasized the need to fully engage programme resources to achieve eradication while maintaining or strengthening poliovirus surveillance.

SAGE expressed concern that several countries that have experienced outbreaks of cVDPV2 have not implemented a timely vaccination response, often because of delays in preparing for the use of novel type 2 oral poliovirus vaccine (nOPV2). The slow response poses a public health risk and SAGE reaffirmed its recommendation from spring 2021 that emphasized the importance of a timely response to cVDPV2 outbreaks using any available type 2 oral poliovirus vaccine rather than waiting for requirements for use of the nOPV2 to be met.

The supply of IPV has continued to improve, allowing continuation or introduction of a second IPV dose (IPV2) into routine immunization schedules. SAGE again urged countries to complete IPV catch-up campaigns to provide immunity against type 2 poliovirus to the children who were missed during the period of IPV supply shortages.

Many countries are moving towards IPV-only schedules, despite a previous SAGE recommendation for the synchronized withdrawal of OPV in countries still using the vaccine after the certification of poliovirus eradication. SAGE acknowledged that countries have differing epidemiological risks and supported the use of IPV-only schedules in countries in polio-free regions with

- aux groupes de travail de l'IA2030, pour mettre en évidence les mesures à prendre dans les domaines stratégiques prioritaires spécifiques;
- aux programmes de vaccination régionaux et nationaux, pour indiquer les mesures prioritaires en matière de plaidoyer, de ressources et d'assistance technique;
- au Groupe de coordination de l'IA2030, pour indiquer les domaines potentiels d'amélioration des processus;
- au Conseil de partenariat de l'IA2030, pour indiquer les actions en matière de plaidoyer, de ressources et d'assistance technique;
- à l'Assemblée mondiale de la Santé par l'intermédiaire du Conseil exécutif de l'OMS auxquels seront présentés les rapports de l'IA2030.

Poliomyélite

Des progrès significatifs ont été réalisés dans l'éradication mondiale de la poliomyélite en 2021 malgré la pandémie de COVID-19. Entre le 1er janvier et le 30 septembre 2021, seuls 2 cas de paralysie due à l'infection par le poliovirus sauvage de type 1 (PVS1) ont été détectés (un en Afghanistan et un au Pakistan), et 326 cas de maladie paralytique due aux PVDVc, principalement de sérotype 2, ont été signalés. La transmission des PVDVc s'est essentiellement produite en Afrique de l'Ouest, le Nigeria étant l'épicentre des flambées épidémiques de PVDVc2 depuis la mi-2021. Au cours de la même période en 2020, 120 cas de paralysie due au PVS1 et 408 cas de paralysie due aux PVDVc avaient été notifiés. En outre, on a continué à détecter des PVS1 et des PVDV dans des échantillons environnementaux en 2021, bien que moins fréquemment qu'en 2020.

Le SAGE a exprimé un optimisme prudent quant à la diminution des détectations de PVS1 et a souligné la nécessité de mobiliser pleinement les ressources du programme pour parvenir à l'éradication tout en maintenant ou en renforçant la surveillance des poliovirus.

Le SAGE s'est dit préoccupé par le fait que plusieurs pays dans lesquels sont survenues des flambées épidémiques de PVDVc2 n'ont pas mis en œuvre une réponse vaccinale en temps utile, souvent en raison de retards dans la préparation à l'utilisation du nouveau vaccin antipoliomyélique oral de type 2 (nVPO2). La lenteur de la riposte pose un risque pour la santé publique et le SAGE a réaffirmé sa recommandation du printemps 2021 qui soulignait l'importance d'une réponse rapide aux épidémies de PVDVc2 en utilisant tout vaccin antipoliomyélique oral de type 2 disponible plutôt que d'attendre que les exigences d'utilisation du nVPO2 soient remplies.

L'approvisionnement en VPI a continué de s'améliorer, ce qui a permis la poursuite ou l'introduction d'une deuxième dose de VPI (VPI2) dans les calendriers de vaccination systématique. Le SAGE a de nouveau exhorté les pays à mener des campagnes de rattrapage avec le VPI afin d'immuniser contre le poliovirus de type 2 les enfants qui n'ont pas été vaccinés pendant la période de pénurie de VPI.

De nombreux pays s'orientent vers schémas vaccinaux utilisant uniquement le VPI, malgré une recommandation précédente de SAGE pour le retrait synchronisé du VPO dans les pays utilisant encore ce vaccin après la certification de l'éradication du poliovirus. Le SAGE a reconnu que les risques épidémiologiques diffèrent selon les pays et a soutenu l'utilisation du VPI seul dans les pays des Régions exemptes de poliomyélite où la

high routine immunization coverage (DTP3 >90%) that decide to withdraw bivalent OPV before certification of eradication. The following options are recommended.

- A primary 3-dose series of IPV administered beginning at 2 months or 6 weeks of age, with a minimum 4-week interval between doses. For primary series beginning at 6 weeks, a booster dose should be given 6 months or more after the third dose.
- The second option is a 2-dose IPV or fractional IPV schedule, starting at 14 weeks of age or older, with a second dose 4 months or more later. This schedule was previously recommended for use once OPV use has stopped; before OPV cessation, it should be considered only in countries with the lowest risk of poliovirus importation and with DTP3 coverage of 90% or more.

While both options provide high immunogenicity (>90%), the 2-dose IPV option does not provide protection in early infancy.

Two wP hexavalent vaccines are currently licensed and awaiting WHO prequalification. SAGE noted Gavi's request for direction on the use of wP hexavalent vaccine, in order to make decisions on supporting eligible countries with affordable wP hexavalent vaccines. Pending WHO prequalification, SAGE agreed that a wP hexavalent vaccine could be administered using the early schedules currently recommended for the pentavalent vaccine co-administered with IPV (i.e. at 2, 3 and 4 months or 6, 10 and 14 weeks plus a fourth dose booster).

SAGE took note of the continued clinical development of nOPV2 and its use in outbreak response campaigns since March 2021 in several African countries and Tajikistan. Based on the assessment of the Global Advisory Committee on Vaccine Safety (GACVS), SAGE endorsed a transition to wider use of nOPV2 under WHO Emergency Use Listing (EUL) to allow more countries to initiate a timely response to cVDPV2 outbreaks with nOPV2.

SAGE also recommended the implementation of 2 policy-enabling studies on nOPV2: (i) assessing immunogenicity and safety in older children (5–15 years); and (ii) assessing the immunogenicity and safety of 2 doses of nOPV2 vaccine provided at an interval of less than one month.

Further, SAGE endorsed the recommendation regarding co-administration of nOPV2 with other vaccines during the wider use period under WHO EUL, including the removal of restrictions on co-administration of nOPV2 with IPV or any other parenterally administered childhood vaccines and interventions such as vitamin A supplementation and deworming during outbreak response campaigns. The one-month interval between campaigns with nOPV2 and campaigns with any other

couverture par la vaccination systématique est élevée (DTC3 >90%) et qui décident de retirer le VPO bivalent avant la certification de l'éradication. Les schémas vaccinaux suivants sont recommandés:

- une série de primovaccination par 3 doses de VPI administrée à partir de l'âge de 2 mois ou 6 semaines, avec un intervalle minimum de 4 semaines entre les doses. Dans le cas d'une primovaccination commençant à 6 semaines, une dose de rappel doit être administrée 6 mois ou plus après la troisième dose; ou
- une série de 2 doses de VPI ou de VPI fractionné, à partir de l'âge de 14 semaines ou plus, avec une deuxième dose au minimum 4 mois plus tard. Ce schéma était précédemment recommandé après l'arrêt du VPO; si le VPO est toujours utilisé, ce schéma ne devrait être envisagé que dans les pays où le risque d'importation de poliovirus est très faible et où la couverture par le DTC3 est de 90% minimum.

Bien que ces deux schémas soient fortement immunogènes (>90%), le schéma à 2 doses de VPI n'offre pas de protection au tout début de la petite enfance.

Deux vaccins hexavalents comprenant le vaccin antioquelucheux à cellules entières sont actuellement homologués et en attente de la préqualification par l'OMS. Le SAGE a pris note de la demande de Gavi qui sollicite des instructions concernant l'utilisation de ces vaccins hexavalents afin de prendre des décisions sur le soutien aux pays éligibles pour obtenir ces vaccins à des prix abordables. En attendant la préqualification par l'OMS, le SAGE a convenu qu'un vaccin hexavalent comprenant le vaccin antioquelucheux à cellules entières peut être administré selon les schémas actuellement recommandés pour le vaccin pentavalent coadministré avec le VPI (c'est-à-dire à l'âge de 2, 3 et 4 mois ou de 6, 10 et 14 semaines plus une quatrième dose de rappel).

Le SAGE a pris note de la poursuite du développement clinique du nVPO2 et de son utilisation dans les campagnes de riposte aux flambées épidémiques depuis mars 2021 dans plusieurs pays africains et au Tadjikistan. Sur la base de l'évaluation du Comité consultatif mondial pour la sécurité des vaccins (GACVS), le SAGE a approuvé une transition vers une utilisation plus large du nVPO2 dans le cadre du protocole OMS d'autorisation d'utilisation d'urgence afin de permettre à un plus grand nombre de pays de riposter en temps utile aux flambées épidémiques de PVDVc2 avec le nVPO2.

Le SAGE a également recommandé la réalisation de 2 études sur le nVPO2 afin d'éclairer les politiques d'utilisation de ce vaccin: i) l'une visant à évaluer l'immunogénicité et l'innocuité chez les enfants plus âgés (5 à 15 ans); et ii) l'autre visant à évaluer l'immunogénicité et l'innocuité de 2 doses de vaccin administrées à un intervalle de moins d'un mois.

En outre, le SAGE a approuvé la recommandation concernant la coadministration du nVPO2 avec d'autres vaccins pendant la période d'utilisation élargie au titre du protocole EUL de l'OMS, notamment la suppression des restrictions sur la coadministration du nVPO2 avec le VPI ou tout autre vaccin administré aux enfants par voie parentérale et des interventions telles que la supplémentation en vitamine A et la vermifugation pendant les campagnes de riposte aux flambées épidémiques. L'intervalle d'un mois entre les campagnes de vaccination avec le VPO2 et

OPV vaccine should be maintained, though this restriction does not apply to OPV use in routine immunization. SAGE requested periodic reports on the safety and genetic stability data of nOPV2 in wider use.

COVID-19 vaccines

The global COVID-19 vaccination strategy

The global COVID-19 vaccination strategy aims to inform country vaccination targets and the global vaccination goals for 2022, promote an equitable approach to vaccination as part of a broader pandemic control strategy, and inform global policy-making and planning.

The strategy proposes a target of fully vaccinating 70% of the world's population by June 2022, which would account for most adults and adolescents, with an interim target of vaccinating 40% of the population in each country by December 2021. These targets will need to be adapted by individual countries, to take account of their specific demographic situation and programme capacity. A stepwise approach to achieve these targets is proposed, starting with vaccination of older adults and high-risk populations to reduce mortality and hospitalization, followed by expansion of vaccination to include all adults and adolescents, in order to reduce transmission and permit resumption of most socio-economic activities.

SAGE acknowledged the global vaccination strategy and the need to set global goals. In light of persisting scientific uncertainties on the further evolution of the pandemic, the strategy should be adapted as and when necessary.

Bharat Biotech BBV152 vaccine (Covaxin)

SAGE reviewed data on the BBV152 vaccine (Covaxin), a whole-virion inactivated vaccine adsorbed to alum and formulated with a toll-like receptor (TLR) 7/8 agonist (imidazoquinoline gallamide), which has not been used in any other licensed vaccine.

Clinical trial data demonstrated an efficacy rate against symptomatic COVID-19 of 78% (95% confidence interval (CI) 65–86%) in all study participants, 68% (95% CI 8–91%) in adults ≥60 years, and 66% (95% CI 34–84%) in adults with comorbidities.

Though BBV152 uses a novel adjuvant, it has produced low reactogenicity and very few serious adverse events in clinical trials. Post-licensure passive safety surveillance data from India have been reviewed by GACVS. Data were considered reassuring, although SAGE noted potential under-reporting and a short duration of follow up (7 days post-dose). Further safety studies and surveillance are planned in India.

On the basis of the available efficacy and safety data, SAGE recommended the use of BBV152 for individuals

les campagnes utilisant tout autre VPO devrait être maintenu, bien que cette restriction ne s'applique pas à l'utilisation du VPO dans le cadre de la vaccination systématique. Le SAGE a demandé des rapports périodiques présentant les données d'innocuité et de stabilité génétique du nVPO2 dans le cadre d'une utilisation plus large.

Vaccins contre la COVID-19

La Stratégie pour une vaccination mondiale contre la COVID-19

La Stratégie pour une vaccination mondiale contre la COVID-19 vise à déterminer des objectifs de vaccination dans les pays et à l'échelle mondiale pour 2022, à promouvoir une approche équitable de la vaccination dans le cadre d'une stratégie plus large de lutte contre la pandémie et à éclairer l'élaboration des politiques et la planification mondiales.

La Stratégie propose un objectif de vaccination complète de 70% de la population mondiale d'ici juin 2022, ce qui représenterait la plupart des adultes et des adolescents, avec un objectif intermédiaire de vaccination de 40% de la population de chaque pays d'ici décembre 2021. Ces objectifs devront être adaptés par chaque pays, afin de tenir compte de leur situation démographique et de leurs capacités programmatiques. Une approche progressive est proposée pour atteindre ces objectifs, en commençant par la vaccination des personnes âgées et des populations à haut risque afin de réduire la mortalité et les hospitalisations, puis en élargissant la vaccination à tous les adultes et adolescents, afin de réduire la transmission et de permettre la reprise de la plupart des activités socio-économiques.

Le SAGE a salué la stratégie de vaccination mondiale et reconnu la nécessité de fixer des objectifs mondiaux. Compte tenu des incertitudes scientifiques persistantes quant à l'évolution de la pandémie, la stratégie devra être adaptée lorsque cela sera nécessaire.

Vaccin BBV152 (Covaxin) de Bharat Biotech

Le SAGE a examiné les données sur le vaccin BBV152 (Covaxin), un vaccin inactivé à virion entier adsorbé sur hydroxyde d'aluminium et formulé avec un agoniste 7/8 du récepteur de type Toll (TLR) (imidazoquinoline gallamide), qui n'a été utilisé dans aucun autre vaccin homologué.

Les données des essais cliniques ont démontré un taux d'efficacité contre la COVID-19 symptomatique de 78% (intervalle de confiance [IC] à 95% = [65% ; 86%]) chez tous les participants à l'étude, de 68% (IC à 95% = [8% ; 91%]) chez les adultes âgés de ≥60 ans et de 66% (IC à 95% = [34% ; 84%]) chez les adultes présentant des comorbidités.

Bien que le BBV152 contienne un nouvel adjuvant, il présente une faible réactogénicité et provoque très peu d'événements indésirables graves dans les essais cliniques. Les données de surveillance passive de la sécurité post-homologation en Inde ont été examinées par le GACVS. Ces données ont été jugées rassurantes, bien que le SAGE ait relevé une sous-notification potentielle et une durée de suivi courte (7 jours après la dose). D'autres études de sécurité et de surveillance sont prévues en Inde.

Sur la base des données d'efficacité et d'innocuité disponibles, le SAGE a recommandé l'utilisation du BBV152 chez les

≥18 years of age. While available data are insufficient to assess vaccine safety or efficacy in pregnancy, results from preliminary reproductive toxicity studies made available after the meeting did not show any harmful effects of the vaccine on pregnant animals or their fetuses. SAGE recommended the use of BBV152 vaccine in pregnant women if the benefits of vaccination to the pregnant woman outweigh the potential risks.

COVID-19 vaccination in immunocompromised persons

Immunocompromised persons (ICPs), including those receiving immunosuppressive therapies, may fail to mount an adequate immune response following a primary COVID-19 vaccine series and are at high risk of severe disease if infected. Extending the primary series by including an additional dose may mitigate the risk of COVID-19 in these individuals.

SAGE defined ICPs as persons with malignancies, solid organ or stem-cell transplants, primary immunodeficiency or HIV/AIDS not controlled with antiretroviral therapy, and persons receiving immunosuppressive therapy. The available evidence, which is predominantly for mRNA vaccines, demonstrated a diminished immune response and vaccine effectiveness in ICPs compared with healthy adults. Emerging evidence suggests a reduced immune response also with other vaccine platforms, though further studies are needed for vectored and inactivated vaccines.

Available data, mostly for mRNA vaccines, indicate that an additional dose produces an enhanced immune response in ICPs.⁷ On the basis of this evidence, SAGE recommended that, in persons with moderate to severe immunosuppression:

- the primary vaccine series should be extended to include an additional dose for all COVID-19 vaccines that have received WHO EUL;
- the additional dose should be given between 1 and 3 months after the primary series, or at the earliest opportunity if more than 3 months have passed;
- a homologous additional dose in an extended primary series should be considered standard practice; the use of a heterologous vaccine for the additional dose is acceptable if required by vaccine supply and access considerations.
- key evidence gaps should be addressed, including the effectiveness and duration of protection

⁷ Interim recommendations for an extended primary series with an additional vaccine dose for COVID-19 vaccination in immunocompromised persons. Interim guidance, 26 October 2021. Geneva: World Health Organization; 2021 (https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-vaccines-SAGE_recommendation-immunocompromised-persons, accessed November 2021).

personnes âgées de ≥18 ans. Bien que les données disponibles soient insuffisantes pour évaluer l'innocuité ou l'efficacité du vaccin pendant la grossesse, les résultats des études préliminaires de toxicité pour la reproduction rendues disponibles après la réunion n'ont montré aucun effet nocif du vaccin sur les animaux en gestation ou leurs fœtus. Le SAGE recommande d'utiliser le vaccin BBV152 chez les femmes enceintes si les avantages de la vaccination l'emportent sur les risques potentiels.

Vaccination contre la COVID-19 chez les personnes immunodéprimées

Les personnes immunodéprimées, y compris celles qui reçoivent des traitements immunosuppresseurs, peuvent ne pas développer une réponse immunitaire suffisante à la suite d'une série de primovaccination contre la COVID-19 et présentent un risque élevé de forme sévère de la maladie si elles sont infectées. Renforcer la série de primovaccination en ajoutant une dose supplémentaire peut atténuer le risque de COVID-19 chez ces personnes.

Selon la définition du SAGE, les personnes immunodéprimées sont des personnes atteintes d'affections malignes, ayant subi une greffe d'organe ou de cellules souches, présentant une immunodéficience primaire ou vivant avec un VIH/sida non contrôlé par un traitement antirétroviral, et les personnes recevant un traitement immunosuppresseur. Les données disponibles, qui concernent principalement les vaccins à ARNm, ont mis en évidence une diminution de la réponse immunitaire et de la performance des vaccins chez les personnes immunodéprimées par rapport aux adultes en bonne santé. Des données récentes semblent indiquer une réponse immunitaire réduite également avec d'autres plateformes vaccinales, bien que des études supplémentaires soient nécessaires pour les vaccins utilisant des vecteurs et pour les vaccins inactivés.

Les données disponibles, principalement pour les vaccins à ARNm, indiquent qu'une dose supplémentaire produit une réponse immunitaire accrue chez les personnes immunodéprimées.⁷ Sur la base de ces éléments, le SAGE a formulé les recommandations suivantes pour les personnes présentant une immunodépression modérée à sévère:

- la série de primovaccination devrait être renforcée en ajoutant une dose supplémentaire; cela vaut pour tous les vaccins contre la COVID-19 qui ont reçu une autorisation d'utilisation d'urgence au titre du protocole EUL de l'OMS;
- la dose supplémentaire doit être administrée entre 1 et 3 mois après la série de primovaccination, ou à la première occasion si plus de 3 mois se sont écoulés;
- la pratique standard devrait être de renforcer la série de primovaccination par l'ajout d'une dose supplémentaire homologue; une dose supplémentaire hétérologue est acceptable si les conditions d'approvisionnement et d'accès aux vaccins l'exigent;
- les principales lacunes en matière de données probantes doivent être comblées, notamment l'efficacité en condi-

⁷ Interim recommendations for an extended primary series with an additional vaccine dose for COVID-19 vaccination in immunocompromised persons. Interim guidance, 26 octobre 2021. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021 (https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-vaccines-SAGE_recommendation-immunocompromised-persons, consulté en novembre 2021).

afforded in ICPs, the optimal timing of the additional dose, and the relative benefits of heterologous versus homologous additional doses in ICPs.

Inactivated COVID-19 vaccines (Sinovac-CoronaVac, Sinopharm COVID-19 vaccine BIBP): additional dose for older persons

Emerging evidence shows lower vaccine effectiveness in older persons who have received 2 doses of the inactivated COVID-19 vaccines manufactured by Sinovac (CoronaVac) and Sinopharm (COVID-19 vaccine BIBP), particularly among persons ≥ 80 years of age, when compared with younger adults. Furthermore, neutralizing antibody levels and seroconversion rates are lower in persons ≥ 60 years, with a faster decline in seropositivity over 6 months compared with persons aged 18–59 years. Unpublished data from Chile show an increase in vaccine effectiveness in older persons following a third dose of CoronaVac.

On the basis of the available evidence, SAGE recommended a third dose of CoronaVac vaccine or COVID-19 vaccine BIBP in persons ≥ 60 years as part of an extended primary series. Given the higher risk of severe COVID-19 in older adults, the benefits of the additional dose outweigh the risks. An interval of 3–6 months is recommended between the second and third doses. If more than 6 months have elapsed since the second dose, the third dose should be administered as early as possible.

When implementing this recommendation, countries should initially aim to maximize 2-dose coverage in the population, and thereafter administer the third dose, starting in the most at-risk people among the oldest age groups.

Emerging evidence suggests that a heterologous series (using a different COVID-19 vaccine platform for the third dose) may be more immunogenic than a homologous series. However, data on safety, immunogenicity, and vaccine effectiveness of heterologous compared with homologous extended priming series are currently limited. Until additional data are available, a homologous extended primary series is recommended for older adult recipients of CoronaVac vaccine or COVID-19 vaccine BIBP. Heterologous extended primary series are acceptable when required by the vaccine supply and access situation.

RTS,S/AS01 malaria vaccine

In a joint session, SAGE and the Malaria Policy Advisory Group (MPAG) were presented with evidence on the feasibility, impact and safety of the RTS,S/AS01 malaria vaccine and requested to advise on the broader use of the vaccine in children beyond the current pilot implementation.

Malaria remains a primary cause of childhood morbidity and mortality in sub-Saharan Africa, causing more than 260 000 child deaths annually. After considerable

tions réelles et la durée de la protection chez les personnes immunodéprimées, le moment optimal pour administrer la dose supplémentaire et les avantages relatifs d'une dose supplémentaire hétérologue par rapport à une dose supplémentaire homologue dans cette population.

Vaccins anti-COVID-19 inactivés (CoronaVac de Sinovac, vaccin BIBP de Sinopharm): dose supplémentaire pour les personnes âgées

Des données récentes montrent qu'une dose supplémentaire est moins efficace chez les personnes âgées qui ont reçu 2 doses de vaccin anti-COVID-19 inactivé fabriqué par Sinovac (CoronaVac) ou par Sinopharm (vaccin BIBP), en particulier chez les personnes âgées de ≥ 80 ans, par rapport aux adultes plus jeunes. En outre, les taux d'anticorps neutralisants et les taux de séroconversion sont moindres chez les personnes âgées de ≥ 60 ans, chez qui on observe une baisse plus rapide de la séropositivité sur 6 mois par rapport aux personnes âgées de 18 à 59 ans. Des données non publiées en provenance du Chili montrent une augmentation de l'efficacité du vaccin CoronaVac chez les personnes âgées après une troisième dose.

Sur la base des données disponibles, le SAGE a recommandé une troisième dose de vaccin CoronaVac ou de vaccin BIBP chez les personnes âgées de ≥ 60 ans dans le cadre d'une série de primovaccination renforcée. Compte tenu du risque plus élevé de COVID-19 sévère chez les personnes âgées, les avantages de la dose supplémentaire l'emportent sur les risques. Un intervalle de 3 à 6 mois est recommandé entre la deuxième et la troisième dose. Si plus de 6 mois se sont écoulés depuis la deuxième dose, la troisième dose doit être administrée le plus tôt possible.

Lors de la mise en œuvre de cette recommandation, les pays doivent d'abord chercher à maximiser la couverture par 2 doses de vaccin dans la population, puis administrer la troisième dose, en commençant par les personnes les plus à risque dans les groupes d'âge les plus âgés.

De nouvelles données suggèrent qu'une série hétérologue (utilisant une plateforme vaccinale différente pour la troisième dose) pourrait être davantage immunogène qu'une série homologue. Cependant, les données sur l'innocuité, l'immunogénicité et l'efficacité réelle des séries de primovaccination renforcées hétérologues par rapport aux séries homologues sont actuellement limitées. Jusqu'à ce que des données supplémentaires soient disponibles, on recommande une série de primovaccination renforcée homologue pour les personnes âgées qui ont reçu le vaccin CoronaVac ou le vaccin BIBP. Les séries de primovaccination renforcée hétérologues sont acceptables lorsque la situation au regard de l'approvisionnement et de l'accès aux vaccins l'exige.

Vaccin antipaludique RTS,S/AS01

Lors d'une séance conjointe, le SAGE et le Groupe consultatif sur la politique de lutte contre le paludisme (MPAG) ont reçu des données probantes sur la faisabilité, l'impact et la sécurité du vaccin antipaludique RTS,S/AS01 et ont été invités à donner leur avis sur l'utilisation plus large du vaccin chez les enfants au-delà de la mise en œuvre pilote actuelle.

Le paludisme demeure l'une des principales causes de morbidité et de mortalité de l'enfant en Afrique subsaharienne, responsable de plus de 260 000 décès d'enfants chaque année.

gains in the past 2 decades, progress with malaria control has stalled, and renewed efforts and new tools are urgently needed.

The results of the phase 3 clinical trial and the considerations that led to the WHO recommendation in 2016 for the pilot implementation of the RTS,S/AS01 vaccine were reviewed. The Malaria Vaccine Implementation Programme (MVIP) was established by WHO, on advice from SAGE and MPAG, to coordinate and support national immunization programmes in Ghana, Kenya and Malawi to introduce the RTS,S/AS01 vaccine in selected areas and to conduct a rigorous evaluation of: the programme feasibility of administering 4 doses; the safety of the vaccine in routine use, with particular attention to the safety signals observed in the phase 3 trial (meningitis, cerebral malaria, and excess mortality in girls); and vaccine impact in routine use.

The advisory groups acknowledged that sufficient information was now available to address the questions raised by them in 2015. Data from the MVIP have demonstrated that the vaccine can be delivered successfully. The vaccine has been incorporated in the national immunization programmes of the 3 participating countries using the usual processes for new vaccine introduction. Vaccine uptake reached or exceeded expectations for a new vaccine with a novel schedule, even in the context of the COVID-19 pandemic. Since April 2019, over 2.3 million vaccine doses have been administered and over 800 000 children have received at least one dose.

The MVIP Data Safety and Monitoring Board (DSMB) found no evidence of the safety signals observed in the phase 3 trial during the pilot evaluations. The vaccine has an acceptable safety profile, and no new safety signal was identified through the MVIP or the routine pharmacovigilance. The African Advisory Group on Vaccine Safety (AACVS) and GACVS have reviewed the safety data and concurred with the DSMB assessment. Given the rigour and size of the pilot studies, GACVS and AACVS do not recommend that enhanced vaccine-specific safety monitoring be established before broader use. The manufacturer-sponsored phase 4 post-authorization study will continue until 2025, as part of the risk management plan with the European Medicines Agency (EMA). Since July 2015, the EMA has maintained the positive scientific opinion on the vaccine under Article 58.⁸

The findings from the pilot evaluation demonstrated a statistically significant 30% reduction in hospitalized cases of severe malaria, and a 21% reduction in hospitalization of patients with malaria parasitaemia when the vaccine was delivered through routine immunization programmes in the context of existing malaria control measures. Modelling studies estimate a significant public health impact with an estimated cost per

Après des progrès considérables au cours des 2 dernières décennies, la lutte contre le paludisme stagne et il est urgent de redoubler d'efforts et de mettre au point de nouveaux outils.

Les résultats de l'essai clinique de phase 3 et les considérations qui ont conduit à la recommandation de l'OMS en 2016 pour la mise en œuvre pilote du vaccin RTS,S/AS01 ont été examinés. Le Programme de mise en œuvre du vaccin antipaludique (MVIP) a été créé par l'OMS, sur les conseils du SAGE et du MPAG, pour coordonner et soutenir les programmes nationaux de vaccination au Ghana, au Kenya et au Malawi pour introduire le vaccin RTS,S/AS01 dans certaines zones et de mener une évaluation rigoureuse de la faisabilité programmatique de l'administration de 4 doses, de l'innocuité du vaccin en utilisation systématique, avec une attention particulière aux signaux de sécurité observés dans l'essai de phase 3 (méningite, neuropaludisme et surmortalité chez les filles), et de l'impact du vaccin en utilisation systématique.

Les groupes consultatifs ont reconnu que l'on disposait désormais de suffisamment d'informations pour répondre aux questions qu'ils avaient soulevées en 2015. Les données du MVIP ont démontré que le vaccin pouvait être administré avec succès. Le vaccin a été incorporé dans les programmes nationaux de vaccination des 3 pays participants en suivant les processus habituels d'introduction de nouveaux vaccins. L'adoption du vaccin a atteint ou dépassé les attentes pour un nouveau vaccin avec un nouveau calendrier vaccinal, même dans le contexte de la pandémie de COVID-19. Depuis avril 2019, plus de 2,3 millions de doses de vaccin ont été administrées et plus de 800 000 enfants ont reçu au moins une dose.

Le comité de contrôle des données et de la sécurité du MVIP n'a trouvé aucun élément attestant des signaux de sécurité observés dans l'essai de phase 3 au cours des évaluations pilotes. Le vaccin a un profil d'innocuité acceptable, et aucun nouveau signal de sécurité n'a été identifié par le MVIP ou dans le cadre de la pharmacovigilance. Le Comité consultatif africain sur la sécurité des vaccins (AACVS) et le GACVS ont examiné les données d'innocuité et ont souscrit à l'évaluation du comité de contrôle des données et de la sécurité. Compte tenu de la rigueur et de l'envergure des études pilotes, le GACVS et l'AACVS ne recommandent pas la mise en place d'une surveillance renforcée de l'innocuité de ce vaccin avant qu'il ne soit utilisé à plus grande échelle. L'étude post-autorisation de phase 4 parrainée par le fabricant se poursuivra jusqu'en 2025, dans le cadre du plan de gestion des risques établi avec l'Agence européenne des médicaments (EMA). Depuis juillet 2015, l'EMA maintient un avis scientifique favorable sur ce vaccin au titre de l'article 58.⁸

Les résultats de l'évaluation pilote ont montré une réduction statistiquement significative de 30% des cas de paludisme grave hospitalisés et une réduction de 21% des hospitalisations de patients présentant une parasitémie palustre lorsque le vaccin était administré via les programmes de vaccination systématique dans le contexte des mesures de lutte contre le paludisme existantes. Les études de modélisation estiment un impact significatif sur la santé publique avec un coût estimé par année

⁸ Medicines for use outside the European Union (<https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory/marketing-authorisation/medicines-use-outside-european-union>, accessed November 2021).

⁸ Medicines for use outside the European Union (<https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory/marketing-authorisation/medicines-use-outside-european-union>, consulté en novembre 2021).

disability-adjusted life-year (DALY) averted of US\$97–103 (assuming a vaccine price of US\$ 5 per dose) in settings with moderate to high malaria transmission. There was no impact on the uptake of routine vaccinations, health-care-seeking behaviour or use of insecticide-treated nets. Surveys indicate equitable coverage, and the potential to increase equitable access to malaria prevention by layering interventions.

New evidence presented from a 3-year study, conducted in areas with highly seasonal malaria where seasonal malaria chemoprevention (SMC) is implemented, showed that 3 monthly doses of RTS,S/AS01 provided just before peak transmission season with annual doses thereafter is non-inferior to 4 rounds of SMC. The combination of the 2 resulted in substantially lower incidences of uncomplicated and severe malaria and malaria-specific mortality than either intervention alone.

On the basis of a review of the evidence, SAGE and MPAG recommended that RTS,S/AS01 malaria vaccine be used for the prevention of *Plasmodium falciparum* malaria in children living in regions with moderate to high transmission, as defined by WHO. RTS,S/AS01 malaria vaccine should be provided in a 4-dose schedule to children from 5 months of age for the reduction of malaria disease and burden.

Drawing from a growing body of evidence, countries may consider providing the RTS,S/AS01 vaccine seasonally, with a 5-dose strategy (i.e. a primary course of 3 monthly doses, followed by 2 annual seasonal doses) in areas with highly seasonal malaria or with perennial malaria transmission with seasonal peaks. Countries that choose the seasonal deployment of the RTS,S/AS01 vaccine are strongly encouraged to document their experience, including the vaccine effectiveness, feasibility, and occurrence of any adverse events, to inform future guidance updates. In addition, WHO encourages funders to support a relevant learning agenda. Seasonal deployment of the RTS,S/AS01 vaccine constitutes off-label use of the vaccine.

SAGE and MPAG stressed that introduction of RTS,S/AS01 should be considered in the context of a comprehensive national malaria control plan. SAGE and MPAG recommended that WHO should lead the development of a framework to guide how initial limited vaccine doses should be allocated.

Seasonal influenza vaccination

Safe and effective influenza vaccines have been recommended by WHO for decades and are part of broader influenza control efforts. In light of the advances in the field of influenza vaccines and vaccination since 2012, SAGE reviewed the scientific evidence and relevant programme considerations to assess whether there is sufficient evidence to inform a revision of the global policy on seasonal influenza vaccination and updating

de vie ajustée sur l'incapacité (DALY) évitée de 97 à 103 USD (en supposant que le prix d'une dose de vaccin est de 5 USD) dans les milieux où la transmission du paludisme est modérée à élevée. Il n'y a eu aucune incidence sur le recours aux vaccins systématiques, le comportement de recours aux soins ou l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide. Les enquêtes indiquent une couverture équitable et la possibilité d'accroître l'accès équitable à la prévention du paludisme en combinant les interventions.

De nouvelles données issues d'une étude de 3 ans menée dans des zones touchées par une transmission fortement saisonnière du paludisme où la chimioprévention du paludisme saisonnier (CPS) est mise en œuvre ont montré que l'effet de l'administration de 3 doses mensuelles de RTS,S/AS01 juste avant le pic de transmission saisonnière et de doses annuelles par la suite n'est pas inférieur à celui de 4 cycles de CPS. La combinaison de ces 2 interventions s'est traduite par une incidence notablement plus faible du paludisme simple et du paludisme grave, ainsi que de la mortalité associée au paludisme, par rapport à l'une ou l'autre de ces interventions mise en œuvre isolément.

À l'issue de l'examen des données probantes, le SAGE et le MPAG ont recommandé que le vaccin antipaludique RTS,S/AS01 soit utilisé pour la prévention du paludisme à *Plasmodium falciparum* chez les enfants vivant dans des régions où la transmission est modérée à élevée, telle que définie par l'OMS. Le vaccin antipaludique RTS,S/AS01 doit être administré selon un schéma à 4 doses aux enfants à partir de l'âge de 5 mois pour réduire la maladie et la charge de morbidité due au paludisme.

S'appuyant sur un corpus croissant de données, les pays peuvent envisager d'administrer le vaccin RTS,S/AS01 de façon saisonnière, avec une stratégie à 5 doses (c'est-à-dire une primovaccination constituée de 3 doses mensuelles, suivie de 2 doses saisonnières annuelles) dans les zones où le paludisme est fortement saisonnier ou dans lesquelles la transmission a lieu tout au long de l'année avec des pics saisonniers. Les pays qui choisissent le déploiement saisonnier du vaccin RTS,S/AS01 sont fortement encouragés à documenter leur expérience, notamment l'efficacité du vaccin en population, la faisabilité de la vaccination et la survenue de tout événement indésirable, afin d'éclairer les futures mises à jour des orientations en la matière. En outre, l'OMS encourage les bailleurs de fonds à soutenir un programme d'apprentissage pertinent. Le déploiement saisonnier du vaccin RTS,S/AS01 constitue un usage hors indication du vaccin.

Le SAGE et le MPAG ont souligné que l'introduction du RTS,S/AS01 devrait être envisagée dans le contexte d'un plan national global de lutte contre le paludisme et ont recommandé que l'OMS dirige l'élaboration d'un cadre pour déterminer la manière dont les premières doses limitées de vaccin devraient être attribuées.

Vaccination contre la grippe saisonnière

L'OMS recommande depuis des décennies l'utilisation de vaccins antigrippaux sûrs et efficaces qui font partie intégrante d'activités plus globales de lutte contre la grippe. À la lumière des progrès réalisés dans le domaine des vaccins antigrippaux et de la vaccination contre la grippe depuis 2012, le SAGE a examiné les données scientifiques et les considérations pertinentes des programmes afin d'évaluer si l'on dispose de suffisamment d'éléments pour procéder à une révision de la poli-

of the 2012 WHO position paper. SAGE was asked for advice on the following issues:

- revision of the target groups identified in the 2012 WHO position paper;
- the impact of repeat influenza vaccination on vaccine effectiveness;
- coadministration of influenza and COVID-19 vaccines;
- the relative effectiveness of quadrivalent and trivalent influenza vaccines (QIV and TIV);
- research priorities.

SAGE noted that influenza causes considerable mortality and morbidity throughout the world and has significant socioeconomic implications. Globally available vaccines for the control of seasonal influenza are safe and efficacious and have the potential to prevent significant morbidity and mortality.

SAGE recommended that all countries should consider implementing seasonal influenza vaccination programmes based on the burden and epidemiology of influenza, the cost-effectiveness of vaccination, competing public health priorities, and programme feasibility.

Influenza vaccination aims primarily to protect high-risk groups vulnerable to severe influenza-associated disease and death. That said, influenza causes considerable morbidity worldwide even beyond certain risk groups. Further, reasons for prioritization may go beyond individual protection and include, for example, safeguarding of health systems and reduction of transmission. For countries considering starting or expanding programmes for seasonal influenza vaccination, SAGE recommended that the following target groups be considered for vaccination (in no particular order of priority): health workers, individuals of all ages with specific chronic medical conditions, older adults⁹ and pregnant women. Countries may prioritize these groups on the basis of the local context and programme feasibility. Depending on national disease control goals, policies, priorities, resources, capacity, epidemiology and disease burden, countries may consider additional (sub) populations for vaccination, such as children (given the evidence of direct protection and reduced transmission following vaccination of children in high-income settings) and individuals at high risk of severe influenza living in congregate settings, such as prisons, long-term care facilities, refugee camps, asylum-seekers and group homes. Programmes should pay particular attention to vaccine equity by considering disadvantaged populations, such as indigenous populations with a high incidence of disease, e.g., the First Nations in Canada.

⁹ The chronological age at which populations are considered "older" will vary from country to country, depending on national epidemiological and demographic characteristics.

tique mondiale de vaccination contre la grippe saisonnière et mettre à jour la note de synthèse de l'OMS publiée en 2012. Il a été demandé au SAGE de se prononcer sur les questions suivantes:

- la révision des groupes cibles identifiés dans la note de synthèse de l'OMS publiée en 2012;
- l'impact de la vaccination antigrippale répétée sur l'efficacité du vaccin en population;
- la coadministration du vaccin antigrippal et du vaccin anti-COVID-19;
- l'efficacité relative des vaccins antigrippaux quadrivalents et trivalents;
- les priorités de la recherche.

Le SAGE a indiqué que la grippe provoquait une mortalité et une morbidité considérables dans le monde entier et avait des répercussions socio-économiques importantes. Les vaccins disponibles dans le monde pour lutter contre la grippe saisonnière sont sûrs et efficaces et peuvent prévenir une morbidité et une mortalité importantes.

Le SAGE a recommandé que tous les pays envisagent de mettre en œuvre des programmes de vaccination contre la grippe saisonnière fondés sur la charge et l'épidémiologie de la grippe, le rapport coût-efficacité de la vaccination, les priorités concurrentes en matière de santé publique et la faisabilité des programmes.

La vaccination contre la grippe vise principalement à protéger les groupes à haut risque vulnérables aux formes graves et au décès associés à la grippe. Cela dit, la grippe est responsable d'une morbidité considérable dans le monde entier, même en dehors de certains groupes à risque. En outre, les raisons justifiant l'établissement de groupes prioritaires pour la vaccination ne se limitent pas à la protection individuelle et incluent, par exemple, la préservation des systèmes de santé et la réduction de la transmission. Pour les pays qui envisagent de lancer ou d'étendre des programmes de vaccination contre la grippe saisonnière, le SAGE a recommandé d'envisager la vaccination des groupes cibles suivants (sans ordre de priorité particulier): les agents de santé, les personnes de tous âges atteintes de maladies chroniques spécifiques, les personnes âgées⁹ et les femmes enceintes. Les pays peuvent hiérarchiser ces groupes en fonction du contexte local et de la faisabilité du programme. En fonction des objectifs de lutte contre la maladie, des politiques, des priorités, des ressources, des capacités, de l'épidémiologie et de la charge de morbidité au niveau national, les pays peuvent envisager la vaccination d'autres (sous-)populations, telles que les enfants (compte tenu des données issues de milieux à revenu élevé établissant une protection directe et une réduction de la transmission après la vaccination des enfants) et les personnes à haut risque de forme grave de la grippe vivant dans des lieux de vie en collectivité, tels que les prisons, les établissements de soins de longue durée, les camps de réfugiés, les groupements de demandeurs d'asile et les foyers collectifs. Les programmes doivent accorder une attention particulière à l'équité vaccinale en tenant compte des populations défavorisées, comme les populations autochtones touchées par une forte incidence de la maladie, par exemple les Premières Nations au Canada.

⁹ L'âge chronologique auquel les populations sont considérées comme « âgées » varie d'un pays à l'autre, en fonction des caractéristiques épidémiologiques et démographiques nationales.

Vaccination in the current and prior season affords better protection than not being vaccinated or being vaccinated in the prior season only, although the protection afforded by vaccination in the current and prior season was attenuated, particularly for the H3N2 subtype, when compared with vaccination only in the current season. The degree of protection provided by current and prior vaccination varies from year to year depending on the circulating influenza viruses and their antigenic match to the vaccine formulation. On the basis of the evidence presented, SAGE continues to recommend annual seasonal influenza vaccination.

Multiple safe and effective influenza vaccine products and formulations are approved for use in specific populations. The limited available data show that high-dose, recombinant, adjuvanted vaccines have higher vaccine efficacy or effectiveness against severe disease than standard vaccines, but with slightly increased reactogenicity in older adults. Should these vaccines be available and affordable to countries, they should be used provided their use does not affect the ability to provide influenza vaccination to other (sub)populations.

Quadrivalent influenza vaccines, which contain both influenza B virus lineages, are becoming increasingly available. In influenza seasons with increased circulation of influenza B, QIV may provide greater protection, depending on several factors: the match of the influenza B lineage in the TIV to the circulating B viruses, the immunity in the population to influenza B viruses in circulation previously, and the cross-strain protection against influenza B provided by TIV. SAGE recommended that countries establish context-specific decision-making processes that take into consideration data on the national disease and economic burden and the availability of different products in determining whether the potential advantages of transitioning from TIV to QIV outweigh the costs.

Since the limited data on co-administration of COVID-19 and seasonal influenza vaccines showed no evidence of increased adverse events, SAGE recommended that co-administration of an inactivated seasonal influenza vaccine and any of the WHO emergency use listed COVID-19 vaccines is acceptable to maximize the uptake of both vaccines in those who are known to be at high risk for these diseases. While there is no theoretical concern, to minimize any perceived risk, SAGE recommended using the contralateral limb for injection of COVID-19 vaccine, when delivered during the same visit. Continued pharmacovigilance monitoring is recommended if the 2 vaccines are co-administered.

Hepatitis E vaccination

SAGE was presented with new data and information on developments since the issuance of the 2015 WHO position paper on hepatitis E vaccine (HEV), and on the persisting data gaps.¹⁰

¹⁰ Hepatitis E vaccine: WHO position paper, May 2015. Weekly Epidemiological Record. 2015; 90: 185–200 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/242352/WER9018_185-200.PDF, accessed October 2021).

La vaccination lors de la saison en cours et de la saison précédente offre une meilleure protection que l'absence de vaccination ou la vaccination durant de la saison précédente seulement; toutefois, cette protection était atténuée, en particulier pour le sous-type H3N2, par rapport à la vaccination pendant la saison en cours uniquement. Le degré de protection conféré par la vaccination actuelle et antérieure varie d'une année à l'autre en fonction des virus grippaux en circulation et de leur correspondance antigénique avec la formulation du vaccin. Sur la base des données qui lui ont été présentées, le SAGE continue de recommander la vaccination annuelle contre la grippe saisonnière.

Plusieurs produits et formulations de vaccins antigrippaux sûrs et efficaces sont approuvés pour une utilisation dans des populations particulières. Les données limitées dont on dispose montrent que les vaccins à haute dose, recombinants et adjuvants ont une meilleure efficacité potentielle ou réelle contre les formes graves de la maladie que les vaccins standard, mais présentent une réactogénicité légèrement accrue chez les personnes âgées. Si ces vaccins sont disponibles et financièrement accessibles pour les pays, ils devraient être employés à condition que leur utilisation n'affecte pas la capacité de vacciner contre la grippe d'autres (sous-)populations.

Les vaccins antigrippaux quadrivalents, qui contiennent les deux lignées du virus de la grippe B, sont de plus en plus disponibles. Pendant les saisons grippales où la grippe B circule davantage, les vaccins quadrivalents peuvent offrir une meilleure protection, en fonction de plusieurs facteurs: la correspondance entre la lignée grippale B contenue dans les vaccins trivalents avec les virus grippaux B circulants, l'immunité de la population contre les virus de la grippe B précédemment en circulation et la protection croisée contre les souches de la grippe B offerte par les vaccins trivalents. Le SAGE a recommandé que les pays établissent des processus décisionnels en fonction du contexte, qui tiennent compte des données sur la maladie et le fardeau économique au niveau national et de la disponibilité des différents produits, pour déterminer si les avantages potentiels de la transition des vaccins trivalents aux vaccins quadrivalents l'emportent sur les coûts.

Étant donné que les données limitées sur la coadministration des vaccins contre la COVID-19 et des vaccins contre la grippe saisonnière n'ont pas montré d'augmentation des événements indésirables, le SAGE a considéré que la coadministration d'un vaccin inactivé contre la grippe saisonnière et de tout vaccin anti-COVID-19 autorisé par l'OMS pour une utilisation d'urgence est acceptable pour maximiser l'administration de ces deux vaccins chez les personnes à haut risque. Afin de réduire au minimum tout risque perçu, et bien qu'il n'y ait aucune préoccupation théorique, le SAGE a recommandé d'injecter le vaccin contre la COVID-19 dans le membre controlatéral lorsque les 2 vaccins sont administrés au cours de la même visite. Une pharmacovigilance continue est recommandée lorsque les 2 vaccins sont coadministrés.

Vaccination contre l'hépatite E

De nouvelles données et informations sur les développements intervenus depuis la publication de la note de synthèse de l'OMS de 2015 sur le vaccin contre l'hépatite E et sur les lacunes persistantes dans les données ont été présentées au SAGE.¹⁰

¹⁰ Note de synthèse: position de l'OMS à propos du vaccin contre l'hépatite E, mai 2015. Relevé épidémiologique hebdomadaire. 2015; 90: 185–200 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/242352/WER9018_185-200.PDF, consulté en octobre 2021).

Médecins Sans Frontières (MSF) presented their recent experience in trying to use the vaccine in response to hepatitis E outbreaks in Africa. Despite the existing WHO recommendations on the use of HEV in outbreak settings, including in special populations such as pregnant women, MSF was unable to implement outbreak response vaccination because of a series of external barriers. These included the lack of WHO prequalification of HEV and the inability to secure national regulatory authorization, and the lack of an adequate supply of vaccine for a timely response, both attributable to limited global and regional advocacy. Given the high mortality in pregnant women, and the WHO recommendation for use of the vaccine in hepatitis E outbreaks, SAGE emphasized that data limitations on the safety, immunogenicity, and effectiveness of the vaccine in pregnant women should not be considered a barrier to use. Following the recent establishment of an HEV stockpile by MSF, use of the vaccine in the current outbreak in South Sudan, and in similar future outbreaks where pregnant women are at risk, should be strongly supported and solutions to the other barriers found.

SAGE highlighted the importance of vaccination in mitigating the impact of hepatitis E outbreaks, as well as in promoting equity since hepatitis E disproportionately affects underprivileged populations in low-resource settings.

SAGE noted that while WHO prequalification would be helpful, other vaccines of assured quality have been used for outbreak prevention or response without prequalification. SAGE further drew analogies with vaccines such as Ebola and COVID-19 vaccine, which have been used in outbreaks, including in pregnant women, despite data limitations.

SAGE recommended that HEV be placed on the WHO prequalification priority list. Manufacturers are encouraged to submit prequalification requests as early as possible and to proceed with their vaccine development projects, with due consideration of data needs for such requests. In the interim, regional regulatory networks, such as the African Vaccine Regulatory Forum (AVAREF), should support countries with regulatory review and authorization processes.

SAGE noted that it would be pivotal to improve surveillance and access to diagnostics to detect hepatitis E outbreaks so as to allow a timely response. SAGE recommended that WHO should work with Gavi to include hepatitis E surveillance and diagnostics in its portfolio of support for eligible countries.

SAGE further recommended that manufacturers, funders, and development partners support the generation of additional data to allow more robust policy recommendations on HEV. Studies are needed on developmental and reproductive toxicology, the safety, immu-

Médecins Sans Frontières (MSF) a présenté son expérience récente dans la tentative d'utilisation du vaccin en réponse aux épidémies d'hépatite E en Afrique. Malgré les recommandations existantes de l'OMS sur l'utilisation du vaccin contre l'hépatite E dans les contextes épidémiques, y compris dans des populations particulières telles que les femmes enceintes, MSF n'a pas été en mesure de mettre en œuvre la vaccination pour riposter aux épidémies en raison d'une série d'obstacles externes. Il s'agissait notamment de l'absence de préqualification du vaccin par l'OMS et de l'incapacité d'obtenir une autorisation réglementaire nationale d'une part, et de l'approvisionnement insuffisant en vaccins pour pouvoir riposter en temps utile d'autre part. Ces obstacles sont attribuables au manque de plaidoyer à l'échelle mondiale et régionale. Compte tenu de la mortalité élevée chez les femmes enceintes et de la recommandation de l'OMS pour l'utilisation du vaccin lors d'épidémies d'hépatite E, le SAGE a souligné que le fait que les données sur l'innocuité, l'immunogénicité et l'efficacité du vaccin chez les femmes enceintes soient limitées ne doit pas constituer un obstacle à son utilisation. Suite à la récente constitution d'un stock de vaccins contre l'hépatite E par MSF, l'utilisation du vaccin pour riposter à l'épidémie qui touche actuellement le Soudan du Sud, et à des épidémies futures similaires où les femmes enceintes sont à risque, devrait être fortement soutenue et des solutions aux autres obstacles doivent être trouvées.

Le SAGE a souligné l'importance de la vaccination pour atténuer l'impact des épidémies d'hépatite E et pour promouvoir l'équité, car cette maladie touche de manière disproportionnée les populations défavorisées vivant dans des milieux à faibles ressources.

Le SAGE a fait remarquer que si la préqualification de l'OMS serait utile, d'autres vaccins de qualité assurée sans préqualification ont été utilisés pour la prévention ou la riposte à des épidémies. Le SAGE a également établi des analogies avec des vaccins tels que le vaccin contre la maladie à virus Ebola et le vaccin contre la COVID-19, qui ont été utilisés lors d'épidémies, y compris chez les femmes enceintes, malgré des données limitées.

Le SAGE a recommandé que le vaccin contre l'hépatite E soit inscrit sur la liste des produits prioritaires pour la préqualification par l'OMS. Les fabricants sont encouragés à soumettre des demandes de préqualification le plus tôt possible et à poursuivre leurs projets de mise au point de vaccins, en tenant dûment compte des données nécessaires à l'appui de ces demandes. Dans l'intervalle, les réseaux régionaux de réglementation, tels que le Forum africain pour la réglementation des vaccins (AVAREF), doivent aider les pays dans l'examen réglementaire et les processus d'autorisation.

Le SAGE a souligné l'importance d'améliorer la surveillance et l'accès aux produits de diagnostic pour détecter les flambées épidémiques d'hépatite E de manière à pouvoir riposter en temps utile. Le SAGE a recommandé que l'OMS travaille avec Gavi pour inclure la surveillance et les produits de diagnostic de l'hépatite E dans son portefeuille de soutien aux pays éligibles.

Le SAGE a également recommandé que les fabricants, les bailleurs de fonds et les partenaires de développement soutiennent la génération de données supplémentaires afin de pouvoir formuler des recommandations politiques plus solides sur les vaccins contre l'hépatite E. Il est nécessaire de mener des études

nogenicity, and efficacy or effectiveness of the vaccine in pregnant women, as well as studies to obtain better data on disease burden, the role of children in transmission, and the cost-effectiveness of the vaccine in different settings.

Behavioural and social drivers (BeSD) of vaccine uptake

SAGE was presented with new evidence on the behavioural and social drivers of vaccine uptake, as well as tools and guidance to support programmes to assess and address them. The tools included validated surveys and field-tested in-depth interview guides for both childhood vaccination and for COVID-19 vaccination, and a user-friendly guidebook on the collection and use of data.

In developing the tools, WHO, through its BeSD working group, partnered with immunization stakeholders around the world to gather insights and learn from early testing. End-user inputs were sought throughout the process.

To complement the work on measurement of BeSD, a scoping review was conducted to identify interventions that improve vaccination uptake. SAGE noted the limited evidence from low- and middle-income countries, the large number of different interventions, the often poor definition of the intervention, and the difficulty of attributing any change to individual interventions.

SAGE recommended that all countries should take the following steps.

- Periodically collect data on BeSD using the validated surveys and field-tested qualitative assessment tools, focusing on districts and subgroups where there are gaps in coverage and inequities. Core indicators should be integrated into routine data collection processes, immunization coverage surveys, immunization programme reviews, and multi-indicator household surveys. Countries with low vaccination coverage are advised to carry out a full survey every 2–3 years, or annually if triggered by a vaccine-related event; countries with specific inequities should carry out a full survey or use the qualitative tools in subnational settings every 2–3 years.
- Analyse and use the findings, triangulated with other programme data, in planning processes to improve programme implementation and address reasons for low uptake.
- Continuously monitor and evaluate the situation to track and assess trends in the core indicators, and to expand or enhance interventions to improve uptake in specific populations.
- Establish or strengthen coordination mechanisms with partners for routine collection and use of data in programme planning and implementation.

sur la toxicité pour le développement et pour la reproduction, l'innocuité, l'immunogénicité et l'efficacité potentielle ou réelle du vaccin chez les femmes enceintes, ainsi que des études pour obtenir de meilleures données sur la charge de la maladie, le rôle des enfants dans la transmission et le rapport coût-efficacité du vaccin dans différents contextes.

Facteurs comportementaux et sociaux de l'adoption des vaccins

Le SAGE a reçu de nouvelles données probantes sur les facteurs comportementaux et sociaux de l'adoption des vaccins, ainsi que des outils et des conseils pour aider les programmes à les évaluer et à y remédier. Ces outils comprennent des enquêtes validées et des guides pour mener des entretiens approfondis testés sur le terrain, à la fois pour la vaccination des enfants et pour la vaccination contre la COVID-19, ainsi qu'un manuel facile à utiliser sur la collecte et l'utilisation des données.

Lors de l'élaboration de ces outils, l'OMS, par l'intermédiaire de son groupe de travail sur les facteurs comportementaux et sociaux, a travaillé en partenariat avec les parties prenantes de la vaccination dans le monde entier pour recueillir des informations et tirer des enseignements des premiers tests. Les contributions des utilisateurs finaux ont été sollicitées tout au long du processus.

Pour compléter les travaux sur la mesure des facteurs comportementaux et sociaux, une étude a été menée pour identifier les interventions qui améliorent l'adoption de la vaccination. Le SAGE a constaté le peu de données provenant des pays à revenu faible et intermédiaire, le grand nombre d'interventions différentes, la définition souvent médiocre des interventions et la difficulté d'attribuer un changement à une intervention donnée.

Le SAGE a recommandé que tous les pays prennent les mesures suivantes:

- Recueillir périodiquement des données sur les facteurs comportementaux et sociaux à l'aide des enquêtes validées et des outils d'évaluation qualitative testés sur le terrain, en se concentrant sur les districts et les sous-groupes où il existe des lacunes dans la couverture et des inégalités. Des indicateurs de base doivent être intégrés dans les processus de collecte systématique des données, les enquêtes sur la couverture vaccinale, les examens des programmes de vaccination et les enquêtes multi-indicateurs réalisées auprès des ménages. Il est conseillé aux pays dans lesquels la couverture vaccinale est faible de mener une enquête complète tous les 2 à 3 ans, ou chaque année si un événement lié aux vaccins survient; les pays dans lesquels il existe des inégalités particulières devraient mener une enquête complète ou utiliser les outils qualitatifs dans des contextes infranationaux tous les 2 à 3 ans.
- Analyser et utiliser les résultats, triangulés avec d'autres données programmatiques, dans les processus de planification afin d'améliorer la mise en œuvre des programmes et de s'attaquer aux raisons de la faible adoption des vaccins.
- Surveiller et évaluer en permanence la situation afin de suivre les tendances des indicateurs de base, et d'élargir ou d'améliorer les interventions visant à accroître l'adoption des vaccins dans des populations particulières.
- Établir ou renforcer les mécanismes de coordination avec les partenaires pour la collecte et l'utilisation systématiques des données dans la planification et la mise en œuvre des programmes.

- Direct NITAGs to take account of the data collected in their deliberations and recommendations, and to include social science expertise and civil society representatives in their membership.

SAGE further recommended that:

- RITAGs should analyse and use data from surveys and qualitative assessments to guide regional planning and prioritization and support similar efforts at country level. They should include social scientists and civil society representatives in their membership to support this work.
- Development partners should provide technical assistance to support capacity-strengthening and coordination of data collection and use in planning, monitoring and evaluation.
- The IA2030 Coordination Group and working groups should review global trends in indicators to identify areas requiring attention or action to guide effective planning and prioritization. The Coordination Group should report its findings to SAGE for review, and facilitate documentation and sharing of successes and lessons learnt.
- WHO should reshape the IA2030 Working Group on Coverage to strengthen the focus on the use of the assessment tools and support for data collection and use at all levels. As part of this work WHO should establish a learning agenda around the tools and indicators to assess uptake. ■

- Demander aux NITAG de tenir compte des données collectées dans leurs délibérations et recommandations, et d'inclure des experts en sciences sociales et des représentants de la société civile parmi leurs membres.

Le SAGE a également recommandé ce qui suit:

- Les RITAG devraient analyser et utiliser les données des enquêtes et des évaluations qualitatives pour guider la planification et la définition des priorités régionales, et soutenir des efforts similaires au niveau national. Ils devraient inclure des spécialistes des sciences sociales et des représentants de la société civile parmi leurs membres pour soutenir ce travail.
- Les partenaires de développement devraient fournir une assistance technique pour appuyer le renforcement des capacités et la coordination de la collecte et de l'utilisation des données aux fins de la planification, du suivi et de l'évaluation.
- Le Groupe de coordination et les groupes de travail de l'IA2030 devraient examiner les tendances mondiales des indicateurs afin d'identifier les domaines nécessitant une attention ou une action pour guider la planification et l'établissement des priorités afin que celles-ci soient efficaces. Le Groupe de coordination devrait présenter ses conclusions au SAGE pour examen et encourager la documentation et le partage des interventions réussies et des enseignements tirés.
- L'OMS devrait remodeler le groupe de travail de l'IA2030 sur la couverture afin de mettre davantage l'accent sur l'utilisation des outils d'évaluation et l'appui à la collecte et à l'utilisation des données à tous les niveaux. Dans le cadre de ce travail, l'OMS devrait établir un programme d'apprentissage portant sur les outils et les indicateurs permettant d'évaluer l'adoption des vaccins. ■

How to obtain the WER through the Internet

- (1) WHO WWW server: Use WWW navigation software to connect to the WER pages at the following address: <http://www.who.int/wer/>
- (2) An e-mail subscription service exists, which provides by electronic mail the table of contents of the WER, together with other short epidemiological bulletins. To subscribe, send a message to listserv@listserv.who.int. The subject field should be left blank and the body of the message should contain only the line subscribe wer-reh. A request for confirmation will be sent in reply.

Comment accéder au REH sur Internet?

- 1) Par le serveur Web de l'OMS: A l'aide de votre logiciel de navigation WWW, connectez-vous à la page d'accueil du REH à l'adresse suivante: <http://www.who.int/wer/>
- 2) Il existe également un service d'abonnement permettant de recevoir chaque semaine par courrier électronique la table des matières du REH ainsi que d'autres bulletins épidémiologiques. Pour vous abonner, merci d'envoyer un message à listserv@listserv.who.int en laissant vide le champ du sujet. Le texte lui-même ne devra contenir que la phrase suivante: subscribe wer-reh. Une demande de confirmation vous sera envoyée en retour.

www.who.int/wer

Email • send message **subscribe wer-reh** to listserv@listserv.who.int

Content management & production • wantzc@who.int or werreh@who.int

www.who.int/wer

Email • envoyer message **subscribe wer-reh** à listserv@listserv.who.int

Gestion du contenu & production • wantzc@who.int or werreh@who.int