Meeting of the Strategic Advisory Group of Experts on immunization, October 2009 – conclusions and recommendations

The Strategic Advisory Group of Experts (SAGE) on immunization reports to the Director-General of WHO on issues ranging from vaccine research and development to immunization delivery. Its remit extends to all vaccine-preventable diseases.[1] SAGE met on 27–29 October 2009 in Geneva, Switzerland.[2,3]

Report from WHO's Department of Immunization, Vaccines and Biologicals

The Director of WHO's Department of Immunization, Vaccines and Biologicals reported on the progress made on previous SAGE recommendations, provided an update on the latest global developments, and briefed SAGE on selected departmental activities and on how WHO had addressed recommendations made by the stakeholders' panel.[4] The department's director highlighted the proposal to broaden the scope of WHO's Technologies and Logistics Advisory Committee to an advisory committee that will consider operational strategies and policy recommendations related to immunization practices (vaccine delivery strategies, programme management, vaccine management, cold-chain and logistics, capacity building, communication, community participation, monitoring and data use). The *State of the world's vaccines and immunization* was released on 21 October 2009.[5] It highlighted the excellent results achieved in recent years and the challenges remaining to achieve high coverage of im-

[1] *Strategic Advisory Group of Experts (SAGE) terms of reference.* Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/immunization/sage/SAGE_TORs_Full_21_11_08.pdf, accessed November 2009).

[2] Conclusions and recommendations on the use of pandemic A (H1N1) 2009 influenza virus vaccine were published before this main report. See No. 49, 2009, pp. 305–308.

[3] All presentations delivered at the meeting, together with background documents, are available at http://www.who.int/immunization/sage/previous/en/index.html.

[4] See No 23, 2009, pp 220–237.

Réunion du Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination, octobre 2009 – conclusions et recommandations

Le Groupe stratégique consultatif d'experts (SAGE) sur la vaccination rend compte au Directeur général de l'OMS sur des questions allant des activités de recherche/développement à l'administration des vaccins. Son domaine de compétence s'étend à toutes les maladies évitables par la vaccination.[1] Le SAGE s'est réuni du 27 au 29 octobre 2009 à Genève (Suisse).[2,3]

Rapport du Département Vaccination, vaccins et produits biologiques

Le Directeur du Département Vaccination, vaccins et produits biologiques a rendu compte des progrès accomplis dans la mise en œuvre des recommandations antérieures du SAGE, a informé des faits récents intervenus dans le monde et a apporté des informations au SAGE sur certaines activités du Département et sur la manière dont l'OMS avait donné suite aux recommandations formulées par le Groupe des parties intéressées.[4] Le Directeur a mis l'accent sur la proposition d'élargir le domaine de compétence du Comité consultatif Technologies et Logistique pour en faire un comité consultatif chargé d'examiner les stratégies opérationnelles et les recommandations politiques ayant trait aux pratiques vaccinales (stratégies d'administration des vaccins, gestion des programmes, gestion des vaccins, chaîne du froid et logistique, renforcement des capacités, communication, participation des communautés, surveillance et exploitation des données). Le document *Vaccins et vaccinations: la situation dans le monde* a été publié le 21 octobre 2009.[5] Il met l'accent sur les

[1] *Strategic Advisory Group of Experts (SAGE) terms of reference.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008 (http://www.who.int/immunization/sage/SAGE_TORs_Full_21_11_08.pdf, consulté en novembre 2009).

[2] Les conclusions et recommandations concernant l'utilisation du vaccine contre la grippe pandémique A (H1N1) 2009 ont été publiées avant ce rapport principal. Voir Nº 49, 2009, pp. 305-308.

[3] Toutes les présentations faites lors de cette réunion, ainsi que les documents de référence, sont disponibles à l'adresse: //www.who.int/immunization/sage/previous/en/index.html.

[4] Voir Nº 23, 2009, pp 220-237.

WORLD HEALTH ORGANIZATION
Geneva

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
Genève

Annual subscription / Abonnement annuel
Sw. fr. / Fr. s. 334.–

12.2009
ISSN 0049-8114
Printed in Switzerland

munizations globally, hopefully it will encourage governments and other stakeholders to continue supporting immunization programmes.

The department's strategic plan for 2010–2015, structured around innovation, quality and safety, as well as access and policy recommendations, prioritizes the following areas of work: the strengthening of immunization systems (to reach the unimmunized), integrating the delivery of childhood preventive and curative care, and providing vaccines of assured quality. It will also focus on strengthening advocacy.

The department's director updated SAGE on the introduction of pneumococcal conjugate vaccine and human papillomavirus (HPV) vaccine.

The live attenuated SA 14-14-2 Japanese encephalitis vaccine has become the most widely used Japanese encephalitis vaccine in endemic countries. A new vaccine for use in endemic countries has been submitted for licensing. To meet growing demand, the new production facility at the ChengDu Institute of Biological Products in China is scheduled to start producing SA 14-14-2 vaccine during the second quarter of 2011. In the meantime, work continues to ensure that the National Regulatory Authority in China meets the international functionality requirements for countries producing and supplying vaccines to the United Nations. The plan is to have China's regulatory authority functioning by the end of 2010.

Extensive testing of licensed rotavirus vaccines continued in African and Asian countries; trials have enrolled >12 000 children in 7 countries, including children from populations with high mortality and children from areas with a high prevalence of HIV infection. Since April 2009, data have become available from 2 additional randomized efficacy trials of RotaTeq. The results are consistent with those presented to SAGE in April 2009; they support SAGE's decision to recommend rotavirus vaccination in all WHO regions. Recent trial data also support the April 2009 statement that vaccine efficacy estimates correlate inversely with disease incidence and child mortality strata. Thus, data on efficacy and effectiveness from a rotavirus vaccine study performed in a population in a particular stratum of under-5 mortality may be extrapolated, and the same vaccine can be used in populations in the same mortality stratum. Since rotavirus vaccines have limited efficacy alone against overall diarrhoeal diseases (vaccine efficacy against severe episodes due to any cause, 23–59%), their benefits should be seen in the context of a comprehensive approach to diarrhoea control.

Such an integrated approach to disease control has been a growing focus of WHO, and on 2 November 2009, WHO and UNICEF released the *Global action plan for the prevention and control of pneumonia*;[6] this plan

[5] *State of the world's vaccines and immunization,* 3rd ed. Geneva, World Health Organization, UNICEF, The World Bank, 2009. (Also available at http://www.who.int/immunization/documents/ISBN9789241563864/en/index.html.)

[6] *Global action for prevention and control of pneumonia.* Geneva, World Health Organization, UNICEF, 2009 (WHO/FCH/CAH/NCH/09.04). Also available at http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/fch_cah_nch_09_04/en/index.html.

excellents résultats obtenus ces dernières années et sur les défis restant à surmonter pour atteindre une couverture vaccinale élevée dans le monde entier. On peut espérer qu'il encouragera les gouvernements et autres parties prenantes à poursuivre leur soutien aux programmes de vaccination.

Le plan stratégique du Département pour la période 2010-2015, qui s'articule autour des 3 principes d'innovation, de qualité et d'innocuité, et les recommandations en termes d'accès et en termes de politique vaccinale, donne la priorité aux domaines de travail suivants: renforcement des systèmes de vaccination (pour atteindre les individus non-vaccinés), intégration des soins préventifs et curatifs destinés aux enfants et fourniture de vaccins de qualité garantie. Ce plan est également axé sur le renforcement du plaidoyer en faveur de la vaccination.

Le Directeur du Département a apporté des informations au SAGE concernant l'introduction du vaccin antipneumococcique conjugué et du vaccin contre le papillomavirus humain (VPH).

Le vaccin vivant atténue SA 14-14-2 contre l'encéphalite japonaise est devenu le vaccin contre cette maladie le plus utilisé dans les pays d'endémie. Un nouveau vaccin destiné à ces pays a été soumis pour autorisation. Pour répondre à la demande croissante, la nouvelle unité de production de l'Institut des produits biologiques de ChengDu en Chine devrait entamer la production du vaccin SA 14-14-2 au cours du deuxième trimestre 2011. Entretemps, les travaux se poursuivent pour que l'Autorité nationale de réglementation chinoise remplisse les exigences fonctionnelles internationales imposées aux pays produisant et fournissant des vaccins destinés aux Nations Unies. Il est prévu que l'Autorité chinoise soit opérationnelle d'ici la fin de l'année 2010.

Des essais de grande ampleur des vaccins antirotavirus autorisés se sont poursuivis dans des pays africains et asiatiques; pour participer à ces essais, on a recruté >12 000 enfants dans 7 pays, y compris des enfants provenant de populations touchées par une mortalité élevée ou de zones de forte prévalence des infections à VIH. Depuis avril 2009, des données provenant de 2 autres essais randomisés d'efficacité du vaccin RotaTeq deviennent disponibles. Leurs résultats sont cohérents avec ceux présentés en avril 2009 au SAGE; ils viennent soutenir la décision de celui-ci de recommander la vaccination contre les rotavirus dans l'ensemble des régions de l'OMS. Les données d'essai récentes corroborent aussi la déclaration d'avril 2009, selon laquelle les estimations de l'efficacité vaccinale seraient inversement corrélées avec l'incidence de la maladie et les strates de mortalité de l'enfant. Ainsi, les données d'efficacité fournies par une étude sur un vaccin antirotavirus menée sur une strate particulière de mortalité des <5 ans d'une population sont extrapolables et le même vaccin peut être administré à la même strate de mortalité d'autres populations. Les vaccins antirotavirus ayant une efficacité limitée lorsqu'ils sont utilisés seuls contre les maladies diarrhéiques en général (efficacité du vaccin contre des épisodes sévères imputables à une cause quelconque: 23-59%), leurs bénéfices doivent être considérés dans le contexte d'une approche globale de la lutte contre les diarrhées.

L'OMS s'intéresse de plus en plus à cette approche intégrée et le 2 novembre 2009, elle a publié conjointement avec l'UNICEF le document *Global action plan for the prevention and control of pneumonia*;[6] ce plan expose les grandes lignes de sa vision

[5] *Vaccins et vaccination: la situation dans le monde,* 3e édition, Genève, Organisation mondiale de la Santé, UNICEF, Banque mondiale, 2009. (Également disponible à l'adresse : http://www.who.int/immunization/documents/ISBN9789241563864/en/index.html.)

[6] *Global action for prevention and control of pneumonia.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, UNICEF, 2009 (WHO/FCH/CAH/NCH/09.04). Également disponible à l'adresse: http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/fch_cah_nch_09_04/en/index.html.

outlines a vision and details the goals and targets to be achieved in scaling-up key interventions, such as encouraging exclusive breastfeeding as well as vaccinating against and treating pneumonia.[6]

Although global vaccination coverage trends are encouraging, in 2008 the 82% estimated global coverage with 3 doses of diphtheria–tetanus–pertussis (DTP3) remains well short of the 2010 goal of 90%, particularly in WHO's African and South-East Asia Regions (estimated coverage, 72% in each of these regions). With the exception of China and Ethiopia, progress in improving coverage has been minimal in the countries that have the largest number of unvaccinated children, and in some of these countries the proportion of unvaccinated children has increased. Only 21 countries reported achieving ≥80% coverage in all districts, highlighting that inconsistencies can be masked when only national coverage figures are considered.

Regional reports

Region of the Americas

The regional presentation focused on the discussions and outcomes of the regional Technical Advisory Group (TAG) meeting held in August 2009.[3]

The countries in this region have maintained uniformly high immunization coverage. However, coverage figures hide disparities within countries, with several countries having a significant proportion of districts with <80% coverage of DTP3. The region has also maintained the elimination of measles and has been free from rubella for 37 consecutive weeks, when this report was first presented at the meeting. There has also been progress in introducing new vaccines, especially pneumococcal, rotavirus and HPV. The regional office is helping countries procure pandemic influenza A(H1N1) 2009 influenza vaccine and deliver it in a timely manner. The Pan American Health Organization's Revolving Fund for Vaccine Procurement continues to play an important part in providing reliable supplies of vaccines at competitive prices and in facilitating the introduction of new vaccines, including pandemic (H1N1) 2009 vaccine. TAG noted the benefits that the revolving fund brings to immunization programmes in the region and encouraged the Pan American Health Organization to sustain its efforts to recapitalize the fund; TAG also noted that the fund should remain faithful to its principles of Pan Americanism, equity, universal access, and solidarity.

TAG recommended that Member States continue to maintain high levels of immunity in their populations by achieving high coverage of routine immunizations in all municipalities and by undertaking supplementary immunization activities (SIAs) when necessary. TAG reiterated its position that oral poliovirus vaccine (OPV) remains the vaccine of choice in the region. TAG also supported the move to provide HPV vaccine as part of a comprehensive package of interventions to control cervical cancer and encouraged countries to use cost–effectiveness analyses to inform their decision-making when introducing this vaccine.

et détaille les objectifs et les cibles à atteindre dans le passage à l'échelle supérieure d'interventions clés telles que l'encouragement de l'allaitement exclusif et la vaccination et le traitement contre la pneumonie.[6]

Bien qu'à l'échelle mondiale, les tendances de la couverture vaccinale semblent encourageantes, le chiffre de 82% obtenu comme estimation de la couverture mondiale en 2008 par 3 doses de vaccin antidiphtérique-antitétanique-anticoquelucheux (DTP3) reste bien en deçà de l'objectif de 90% pour 2010, notamment dans la région africaine et de l'Asie du Sud-Est de l'OMS (on estime à 72% la couverture par le DTP3 dans chacune de ces régions). Exception faite de la Chine et de l'Éthiopie, les progrès dans l'amélioration de cette couverture ont été très faibles dans les pays abritant les plus grands nombres d'enfants non-vaccinés et, dans certains d'entre eux, la proportion d'enfants non-vaccinés a même augmenté. Vint-et-un pays seulement ont indiqué avoir obtenu une couverture ≥80% dans tous leurs districts, ce qui fait ressortir à quel point les disparités peuvent être masquées lorsqu'on ne considère que les moyennes nationales de la couverture.

Rapports régionaux

Région des Amériques

La présentation régionale a porté principalement sur les délibérations et les résultats de la réunion du Groupe consultatif technique régional (TAG) sur la vaccination, qui s'est tenue en août 2009.[3]

Les pays de cette région ont maintenu uniformément une forte couverture vaccinale. Néanmoins, les chiffres de couverture cachent des disparités au sein de ces pays, dont plusieurs présentent une proportion notable de districts où la couverture par le DTP3 est <80%. La région a aussi maintenu l'élimination de la rougeole et est restée exempte de rubéole pendant 37 semaines consécutives, à savoir jusqu'au moment où ce rapport a été présenté pour la première fois lors de cette réunion. Des progrès ont aussi été réalisés dans l'introduction des nouveaux vaccins, notamment les vaccins antipneumococcique, antirotavirus et anti-VPH. Le Bureau régional aide les pays à se procurer le vaccin contre la grippe pandémique A (H1N1) 2009 et à l'administrer en temps voulu. Le Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins de l'Organisation panaméricaine de la Santé continue de jouer un rôle important en donnant accès à des approvisionnements fiables en vaccins à des prix compétitifs et en facilitant l'introduction de nouveaux vaccins, dont le vaccin contre la grippe pandémique A (H1N1) 2009. Le TAG a pris note des bénéfices de l'action du Fonds renouvelable pour les programmes de vaccination de la Région et encouragé l'Organisation panaméricaine de la Santé a maintenir ses efforts pour recapitaliser le Fonds; le TAG a également fait observer que le Fonds devait rester fidèle aux principes de l'Organisation panaméricaine de la Santé, à savoir l'équité, l'accès universel et la solidarité.

Le TAG a recommandé aux Etats Membres de maintenir des niveaux élevés d'immunité dans leurs populations en réalisant une couverture dense par la vaccination systématique dans toutes les municipalités et en menant, si nécessaire, des activités de vaccination supplémentaires (AVS). Le TAG a réitéré sa prise de position en faveur du maintien du vaccin antipoliomyélitique oral (VPO) comme vaccin de choix dans la Région. Il a apporté son soutien aux tentatives pour fournir le vaccin anti-PVH dans le cadre d'un ensemble complet d'interventions pour lutter contre le cancer du col utérin et encouragé les pays à faire appel à des analyses coût/efficacité pour étayer la prise de décisions lors de l'introduction de ce vaccin.

Although the region has seen a substantial decline in pertussis cases as immunization coverage increased, outbreaks continue to occur. Another concern has been recent outbreaks of yellow fever in some countries, including urban transmission observed in Paraguay. TAG emphasized the need for countries to prioritize pertussis control, strengthen surveillance, ensure that a fourth dose of pertussis-containing vaccine is delivered in the second year of life, and welcomed the project to strengthen pertussis surveillance introduced in 3 countries. TAG recommended that changes from whole cell to acellular pertussis vaccine be undertaken only after careful consideration, especially of cost implications. For yellow fever control, TAG recommended routine immunization of all children aged >1 year in enzootic areas, complemented by vector-control strategies and a good plan to communicate risk and deal with crises.

Vaccination weeks in the Region of the Americas have been a success and are being coordinated with vaccination weeks in the European and Eastern Mediterranean Regions. TAG recommended that this approach be continued in order to create awareness and deliver vaccines to difficult-to-reach populations.

European Region

The regional resolution on measles and rubella elimination and the prevention of congenital rubella infection by 2010 was updated at the meeting of the Regional Committee for Europe in 2008.

While a considerable increase in coverage with measles vaccine has been associated with a decline in measles incidence during the past 2 decades, the region has faced setbacks in its progress towards eliminating the disease. While most eastern European countries have achieved and sustained ≥95% coverage with 2 doses of measles-containing vaccine, many western European countries have not; outbreaks have occurred in Austria, Germany, Israel, Italy, Spain, Switzerland and the United Kingdom, accounting for 92% of all cases reported in 2008.

Case-based surveillance has been established in all countries in the region, but indicators of surveillance quality are not being met. The use of separate surveillance systems coordinated by the European Centre for Disease Prevention and Control (for western Europe) and by WHO, further complicates surveillance activities. SAGE supported the recommendation made by the European Technical Advisory Group of Experts on immunization to encourage dialogue and collaboration between the European Centre for Disease Prevention and Control and WHO to set up a common surveillance platform for measles using common standards and definitions.

Particular challenges to eliminating measles include a lack of political and societal support for the goal, propaganda by antivaccine groups, contrary religious and philosophical beliefs, competing health priorities, and problems created by the reform of health systems in some eastern European countries.

Putting the region back on track towards eliminating measles will require advocating at high political levels, restoring the trust of the population in vaccines and

Si la Région a vécu une baisse substantielle des cas de coqueluche avec l'augmentation de la couverture vaccinale, des flambées épidémiques continuent de se produire. Les récentes flambées de fièvre jaune dans certains pays, y compris la transmission urbaine observée au Paraguay, sont un autre motif de préoccupation. Le TAG a insisté sur la nécessité pour les pays de donner une grande priorité à la lutte contre la coqueluche, de renforcer la surveillance et de s'assurer de l'administration d'une quatrième dose de vaccin à valence coquelucheuse au cours de la deuxième année de vie et a accueilli favorablement le projet de renforcement de la surveillance de cette maladie introduit dans 3 pays. Le TAG a recommandé de ne passer du vaccin anticoquelucheux entier au vaccin anticoquelucheux acellulaire qu'après avoir soigneusement pesé cette décision, notamment sous l'angle de ses implications en termes de coûts. Concernant la lutte contre la fièvre jaune, il a préconisé la vaccination systématique de tous les enfants de >1 an dans les zones enzootiques, complétée par des stratégies de lutte contre les vecteurs et un plan solide pour communiquer à propos des risques et faire face aux crises.

Les semaines de la vaccination donnent de très bons résultats dans la Région des Amériques et sont coordonnées avec les semaines de la vaccination dans les Régions européenne et de la Méditerranée orientale. Le TAG recommande de poursuivre dans cette voie afin de parvenir à sensibiliser et à vacciner des populations difficiles à atteindre.

Région européenne

La résolution régionale en faveur de l'élimination de la rougeole et de la rubéole et de la prévention de l'infection rubéoleuse congénitale d'ici à 2010 a été actualisée lors de la réunion du Comité régional de l'OMS pour l'Europe en 2008.

Si l'accroissement considérable de la couverture par le vaccin antirougeoleux s'est accompagné d'une baisse de l'incidence de la rougeole au cours des 2 dernières décennies, la région a rencontré des échecs dans sa progression vers l'élimination de cette maladie. Alors que la plupart des pays d'Europe de l'Est ont atteint et maintenu une couverture ≥95% par 2 doses de vaccin à valence rougeoleuse, de nombreux pays d'Europe de l'Ouest ne peuvent se prévaloir d'aussi bons résultats: des flambées sont intervenues en Allemagne, en Autriche, en Espagne, en Israël, en Italie, au Royaume-Uni et en Suisse, représentant 92% des cas notifiés en 2008.

Une surveillance fondée sur les cas a été mise en place dans tous les pays de la Région, mais les indicateurs de qualité de la surveillance ne satisfont pas aux critères. L'utilisation de systèmes de surveillance séparés, coordonnés par le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (pour l'Europe de l'Ouest) et par l'OMS, complique encore les activités de surveillance. Le SAGE a appuyé la recommandation faite par le Groupe consultatif technique d'experts européen sur la vaccination d'encourager le dialogue et la collaboration entre le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies et l'OMS pour mettre en place une plateforme de surveillance de la rougeole collective utilisant des normes et des définitions communes.

Parmi les difficultés particulières auxquelles se heurte l'élimination de la rougeole, figurent le manque de soutien politique et sociétal en faveur de cet objectif, la propagande des groupes anti-vaccination, les croyances religieuses ou philosophiques opposées à la vaccination, la concurrence entre diverses priorités sanitaires et les problèmes créés par les réformes des systèmes de santé dans certains pays d'Europe de l'Est.

Remettre la Région sur les rails du progrès vers l'élimination de la rougeole nécessitera de plaider cette cause à des niveaux politiques élevés, de restaurer la confiance des populations dans

immunization, improving surveillance and data monitoring, and using SIAs to address immunity gaps.

There has been high uptake of *Haemophilus influenzae* type b vaccine across the region, but the introduction of other new vaccines – such as pneumococcal, HPV and rotavirus – has been largely restricted to western Europe. The regional office is undertaking several strategies to help countries introduce new vaccines; these strategies include strengthening surveillance as well as generating evidence to support sustained vaccine use, appropriate policy decisions and effective resource allocation and advocacy. The region also recognizes the need to consider vaccine introduction in the context of a synergistic and coordinated approach to the control of pneumonia, diarrhoeal diseases and cervical cancer and the need for high-level government involvement and multisectoral partnerships.

The region will also focus on strengthening national technical advisory groups on immunization so that evidence-based decisions are made, routine immunization delivery and training are strengthened, and domestic and external resources are mobilized and used efficiently.

Western Pacific Region

In 2003, the region established the goal of eliminating measles, and in 2005 set the target year as 2012. However, many countries had already conducted catch-up SIAs during 1996–2002, a period of accelerated measles control activities. There has been a dramatic decrease in measles incidence in almost all countries in the region as a result of implementing the SIAs and increasing the coverage of 2-doses of measles vaccine; the estimated number of deaths decreased by 92% in 2008 compared with 2000. China and Japan, which together represent 82% of the region's population, accounted for 97% of its cases in 2008. However, measles incidence in both countries decreased substantially in 2009: in China, an increasing number of provinces conducted catch up SIAs, and in Japan a measles-elimination plan was introduced that included 5-year rolling SIAs targeting children aged 13 years and 18 years. Case-based measles surveillance has been implemented universally in the region, and progress has been made meeting targets for surveillance indicators, although several have yet to be achieved.

Challenges to achieving measles elimination include the remaining susceptible age cohorts (as suggested by changes in the age distribution of cases during outbreaks), importations from other regions, suboptimal performance of surveillance, inadequate resources and insufficient political commitment.

Six countries, constituting 88% of the region's population, are unlikely to eliminate measles by 2012 unless special measures are instituted soon; these countries are China, Japan, the Lao People's Democratic Republic, New Zealand, Papua New Guinea and the Philippines.

SAGE reiterated that for measles elimination to be achieved by 2012 there will need to be:

les vaccins et la vaccination, d'améliorer la surveillance et le suivi des donnés et de faire appel à des AVS pour combler les lacunes immunitaires.

Le vaccin anti-*Haemophilus influenzae* type b a été largement adopté dans l'ensemble de la Région, mais l'introduction des autres nouveaux vaccins, tels que les vaccins antipneumoccique, anti-VPH et antirotavirus, s'est limitée en grande partie à l'Europe de l'Ouest. Le Bureau régional lance plusieurs stratégies pour aider les pays à introduire ces nouveaux vaccins: il s'agit notamment de renforcer la surveillance, de générer des données justifiant une utilisation durable de ces vaccins, de prendre des décisions politiques appropriées, d'affecter les ressources de manière efficace et de plaider la cause des vaccins de façon convaincante. La Région reconnaît aussi qu'il est nécessaire d'envisager l'introduction des vaccins dans le cadre d'une approche synergique et coordonnée de la lutte contre les pneumopathies, les maladies diarrhéiques et le cancer du col utérin, d'amener les gouvernements à s'impliquer à un niveau élevé et de faire appel à des partenariats multisectoriels.

La région concentrera également ses efforts sur le renforcement des groupes consultatifs techniques nationaux sur la vaccination, de manière à permettre la prise de décisions reposant sur une base factuelle, à renforcer la délivrance des vaccins et la formation et à mobiliser et utiliser efficacement les ressources domestiques et externes.

Région du Pacifique occidental

En 2003, la Région s'est donné comme objectif d'éliminer la rougeole et en 2005, a fixé l'échéance pour la réalisation de cet objectif à 2012. Néanmoins, plusieurs pays ont déjà mené des AVS de rattrapage sur la période 1996-2002, durant laquelle une accélération des activités de lutte contre la rougeole s'est déjà opérée. On a observé une diminution considérable de l'incidence de la rougeole dans presque tous les pays de la Région comme conséquence de la mise en œuvre des AVS et de l'augmentation de la couverture par 2 doses de vaccin antirougeoleux; le nombre estimé de décès par rougeole a baissé de 92% entre 2000 et 2008. La Chine et le Japon, pays réunissant à eux deux 82% de la population de la Région, ont totalisé 97% des cas en 2008. Néanmoins, l'incidence de la rougeole a diminué substantiellement dans ces deux pays en 2009: en Chine, un nombre grandissant de provinces ont mené des AVS et au Japon, les pouvoirs publics ont mis en place un plan d'élimination de la rougeole prévoyant l'exécution continue sur 5 ans d'AVS destinées aux adolescents de 13 et 18 ans. Une surveillance de la rougeole fondée sur les cas a été mise en place partout dans la Région et des progrès ont été réalisés en direction des objectifs fixés pour les indicateurs de surveillance, dont plusieurs cependant ne sont pas encore atteints.

Parmi les difficultés qu'il reste encore à surmonter pour parvenir à l'élimination de la rougeole, figurent les cohortes d'âges restées susceptibles (comme le suggèrent les changements dans la distribution par âges des cas observés pendant les flambées), les importations du virus à partir d'autres régions, les performances sous-optimales de la surveillance, ainsi que l'insuffisance des ressources et de l'implication des responsables politiques.

Six pays, réunissant 88% de la population de la Région, ont peu de chance d'avoir éliminé la rougeole d'ici à 2012, à moins que des mesures spéciales ne soient mises en place rapidement: il s'agit de la Chine, du Japon, de la Nouvelle-Zélande, de la Papouasie-Nouvelle-Guinée, des Philippines et de la République démocratique populaire lao.

Le SAGE a rappelé que pour parvenir à l'élimination de la rougeole d'ici 2012, il faudra:

1) implementation of high quality SIAs in areas where there is low coverage of the second dose of measles-containing vaccine (MCV2) or targeting specific populations with identified immunity gaps (such as young adults, migrants, ethnolinguistic minorities);
2) strengthening of routine systems to address immunity gaps in children by providing MCV2 in the second year of life, by achieving high coverage of MCV2 at district level, especially in large countries like China, and by ensuring completion of the 2-dose measles schedule prior to school entry;
3) improvements in case-based surveillance, including uniform collection of specimens for case confirmation throughout countries to identify immunity gaps and monitor progress towards elimination;
4) mobilization of required resources from Member States and partners; and
5) high level political commitment.

Report from the GAVI Alliance

The GAVI Alliance's Managing Director of Policy and Performance reported that Advanced Market Commitments for pneumococcal conjugate vaccines came into effect in June 2009. Several companies have registered to participate and have made supply offers to UNICEF. Once contracts are awarded, 10-year supply agreements will be entered into with those manufacturers whose vaccines match Target Product Profiles.[7]

A cross-functional Accelerated Vaccine Introduction management team has been established; members include WHO, UNICEF, the Technical Advisory Consortium led by PATH and the GAVI Secretariat. The Accelerated Vaccine Introduction team is working in 5 directions to generate informed country decisions, ensure sufficient vaccine supply, secure financing, facilitate introduction in countries and establish a platform for future vaccine introduction. Twenty six of the 33 countries that had been required to co-finance their vaccine purchases during the past year have fulfilled their requirements, and 7 have been exempted. Six countries co-financed even though they were not required to do so.

Eligibility for GAVI Alliance support is being revised, and draft recommendations have been proposed by the Programme and Policy Committee for consideration at the upcoming meeting of GAVI's Board. The gross national income per capita (Atlas method) remains the central measurement for overall eligibility for funding but will be revised annually; the actual threshold is to be decided by the Board. The Programme and Policy Committee proposed that whatever level is chosen for 2011, it should be adjusted for inflation annually thereafter. Programme-specific filters have been proposed that require national coverage of DTP3 to be >70% in order for countries to be eligible for further support to introduce new vaccines. This will not affect existing approvals or funding for yellow fever, meningitis A or (potentially) Japanese encephalitis vaccines.

1) Mettre en œuvre des AVS de haute qualité dans les zones faiblement couvertes par une deuxième dose de vaccin à valence rougeoleuse (MCV2) ou encore visant des populations spécifiques parmi lesquelles des lacunes immunitaires ont été identifiées (jeunes adultes, migrants, minorités ethnolinguistiques, par exemple);
2) Renforcer les dispositifs systématiques destinés à combler les lacunes immunitaires chez les enfants par l'administration du MCV2 au cours de la deuxième année de vie en réalisant un niveau élevé de couverture par le MCV2 à l'échelle des districts, notamment dans les pays comme la Chine, et en s'assurant de l'administration des 2 doses de vaccin antirougeoleux prévues par le calendrier vaccinal avant l'admission en milieu scolaire;
3) Améliorer la surveillance fondée sur les cas, notamment par la collecte d'échantillons pour confirmation des cas de manière uniforme à travers les pays dans l'objectif d'identifier les lacunes immunitaires et de suivre les progrès vers l'élimination de la rougeole;
4) Mobiliser les ressources nécessaires auprès des Etats Membres et des partenaires; et
5) Obtenir un engagement politique à un niveau élevé.

Rapport de l'Alliance GAVI

Le Directeur de la Politique et des Performances de l'Alliance GAVI a indiqué que les Engagements d'achat à terme pour les vaccins antipneumococciques conjugués prenaient effet en juin 2009. Plusieurs entreprises se sont enregistrées pour y participer et ont fait des propositions d'approvisionnement à l'UNICEF. Une fois les contrats attribués, des accords d'approvisionnement sur 10 ans seront signés avec les fabricants dont les vaccins sont conformes aux caractéristiques des produits visées.[7]

Une équipe transversale pour la gestion de l'introduction accélérée des vaccins a été mise sur pied; elle comprend notamment l'OMS, l'UNICEF, le Groupement consultatif technique conduit par le PATH et le Secrétariat de l'Alliance GAVI. L'équipe pour l'Introduction accélérée des vaccins travaille dans 5 directions pour susciter des décisions nationales éclairées, assurer un approvisionnement suffisant en vaccins, obtenir des financements, faciliter l'introduction des vaccins dans les pays et établir une plateforme pour l'introduction des futurs vaccins. Vingt-six des 33 pays auxquels il avait été demandé de cofinancer leurs achats de vaccins au cours de l'année écoulée s'étaient acquittés de leurs obligations et 7 en ont été exemptés. Six pays ont cofinancé leurs achats de vaccins alors qu'ils n'y étaient pas contraints.

Les conditions pour bénéficier du soutien de l'Alliance GAVI ont été révisées et un projet de recommandations a été soumis par le Comité Programme et Politique pour examen lors de la réunion à venir du Conseil d'administration de l'Alliance. Le revenu national brut par habitant (méthode Atlas) reste la mesure principale pour juger si un pays est susceptible de bénéficier d'un financement par l'Alliance, mais il fera l'objet d'une révision annuelle, le seuil en vigueur devant être fixé par le Conseil d'administration. Le Comité Programme et Politique a proposé qu'indépendamment du niveau choisi pour 2011, ce seuil soit ensuite ajusté annuellement pour tenir compte de l'inflation. Il a également été proposé de mettre en place des filtres programmatiques, exigeant un taux de couverture nationale par le DTP3 de >70% pour que les pays puissent prétendre à une prolongation de l'aide de l'Alliance pour l'introduction de nouveaux vaccins. Cette mesure n'affectera pas les approbations ou les financements existants pour les vaccins contre la fièvre jaune, la méningite A ou (éventuellement) l'encéphalite japonaise.

[7] See No. 1, 2008, pp. 1–16.

[7] Voir Nº 1, 2008, pp. 1-16.

While all current commitments to countries are assured, without increased funding from donors and lower prices from manufacturers, the GAVI Alliance will not be able to meet countries' demands for new vaccines.

Plans to support additional vaccine availability through the vaccine investment strategy (for HPV, Japanese encephalitis, rubella and typhoid vaccines) were discussed. SAGE expressed concern about the widening gap between the number of new vaccines for which there are recommendations and funding from the GAVI Alliance, which is limited to specific vaccines and diseases, and noted that current financial prioritization may delay support. SAGE also identified the need to support countries through pooled procurement if they become ineligible for funding or are lower–middle income countries.

Reports from other immunization-related advisory committees

SAGE received written reports on the June 2009 meeting of the Global Advisory Committee on Vaccine Safety (GACVS)[8] and the May 2009 meeting of the advisory committee of the Initiative for Vaccine Research.[3] SAGE also heard oral reports on the September 2009 meeting of WHO's Technologies and Logistics Advisory Committee[3] and the October 2009 meetings of WHO's Expert Committee on Biological Standardization[3] and the Quantitative Immunization and Vaccines-Related Research Advisory Committee.[3] SAGE noted and supported WHO's decision to change the mandate of the Technologies and Logistics Advisory Committee.

Measles eradication

SAGE emphasized the importance of conducting a thorough evaluation of the feasibility of measles eradication before making a recommendation on the next global goal for measles-control. While measles eradication is biologically feasible, it is important to carefully assess the programmatic, political, economic and societal aspects that will ultimately determine the success or failure of an eradication effort. SAGE appreciated the comprehensive approach being taken to study the impact of measles eradication activities on health systems and to estimate the costs and cost-effectiveness of measles eradication. While these studies are important and may yield useful information, they will not be able to incorporate less quantifiable events, such as the impact of civil conflicts or poor governance. The impact of civil conflict and poor governance are best captured through analyses of countries' experiences with ongoing efforts to control or eliminate measles and the lessons learnt from the Polio Eradication Initiative.

The secretariat confirmed that a report will be presented to the Executive Board of the World Health Assembly in January 2010. The report will propose establishing targets for all countries to achieve by 2015 that include the immunization coverage targets in the *Global immunization vision and strategy*,[9] a 95% reduction in

Si tous les engagements actuels à l'égard des pays sont garantis, l'Alliance GAVI ne sera pas en mesure de répondre à la demande des pays en nouveaux vaccins si elle ne bénéficie pas d'une augmentation du financement apporté par les donateurs et de prix plus bas de la part des fabricants.

Des plans pour aider à rendre d'autres vaccins plus disponibles par le biais de la Stratégie d'investissement dans les vaccins (vaccins contre le VPH, l'encéphalite japonaise, la rubéole et la typhoïde) ont été examinés. Le SAGE a exprimé sa préoccupation à propos du fossé grandissant entre le nombre de nouveaux vaccins qui font l'objet de recommandations et celui des vaccins bénéficiant d'un financement de la part de l'Alliance GAVI, lequel n'est accordé que pour des maladies et des vaccins spécifiques, et a pris note que les priorités financières actuelles peuvent différer le soutien apporté. Le SAGE a également jugé nécessaire d'aider les pays qui ne peuvent plus prétendre au soutien de GAVI ou appartiennent à la catégorie des pays à revenu faible et intermédiaire par des achats groupés.

Rapports des autres comités consultatifs relatifs à la vaccination

Le SAGE a reçu le rapport écrit du Comité consultatif mondial de la sécurité vaccinale (GACVS)[8] lors de sa réunion de juin 2009 et celui du Comité consultatif de l'Initiative pour la recherche sur les vaccins[3] lors de sa réunion de mai 2009. Il a écouté le rapport oral du Comité consultatif Technologies et Logistique[3] lors de sa réunion de septembre 2009, ainsi que celui des réunions d'octobre 2009 du Comité d'experts de la Standardisation biologique[3] et du Comité consultatif sur la vaccination quantitative et la recherche liée aux vaccins.[3] Le SAGE a pris note de la décision de l'OMS de modifier le mandat du Comité consultatif Technologies et Logistique et l'a appuyée.

Éradication de la rougeole

Le SAGE a souligné l'importance de mener une évaluation approfondie de la faisabilité de l'éradication de la rougeole avant de formuler une recommandation concernant le prochain objectif mondial de la lutte contre cette maladie. Bien que cette éradication soit biologiquement praticable, il importe d'évaluer avec soin les aspects programmatiques, politiques, économiques et sociétaux, qui, en fin de compte, détermineront le succès ou l'échec d'un effort d'éradication. Le SAGE a apprécié l'approche très complète adoptée pour étudier l'incidence des activités d'éradication de la rougeole sur les systèmes de santé et pour estimer les coûts et le rapport coût/efficacité de cette éradication. Bien que ces études soient importantes et fournissent des informations utiles, elles ne peuvent prendre en compte des événements moins quantifiables comme les impacts des conflits civils ou d'une gouvernance insuffisante. Le meilleur moyen pour appréhender ces 2 derniers impacts consiste à analyser les expériences acquises par les pays dans le cadre des efforts en cours pour combattre ou éliminer la rougeole, ainsi que les enseignements apportés par l'Initiative pour l'éradication de la polio.

Le Secrétariat a confirmé qu'un rapport serait présenté en janvier 2010 au Conseil exécutif de l'Assemblée mondiale de la Santé. Ce rapport proposera de fixer pour l'ensemble des pays des objectifs à réaliser d'ici 2015, parmi lesquels des objectifs de couverture vaccinale dans le cadre de *La vaccination dans le monde: vision et stratégie*,[9] une réduction de 95% de la

[8] See No. 32, 2009, pp. 325–332.

[9] *Global immunization vision and strategy 2006–2015.* Geneva, World Health Organization, UNICEF. 2005 (WHO/IVB/05.05). (Also available from http://www.who.int/immunization/documents/WHO_IVB_05.05/en/).

[8] Voir Nº 32, 2009, pp. 325-332.

[9] *La vaccination dans le monde : vision et stratégie 2006-2015.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, UNICEF. 2005 (WHO/IVB/05.05). (Également disponible à l'adresse: http://www.who.int/vaccines-documents/DocsPDF06/844.pdf).

measles mortality compared with 2000 levels, and measles incidence of <5 cases/1 000 000 population. SAGE supported this incremental approach to setting control goals as a general means to build the platform for delivery of new vaccines and strengthen immunization systems while continuing to encourage countries and regions to work towards measles elimination.

SAGE expressed concern about the risks of concurrent eradication programmes and encouraged a careful analysis of the challenges facing the end-stages of polio eradication as part of the work to be done assessing the feasibility of measles eradication. The secretariat will report back to SAGE on the outcome of the January 2010 Executive Board meeting as well as on the results of the ongoing studies relating to the impact on health systems and estimated costs of measles eradication.

Polio eradication

SAGE received a report from the chairperson of the evaluation known as the *Independent evaluation of the major barriers to interrupting poliovirus transmission,*[10] an analysis of outbreaks following importation in previously polio-free countries and an update on the outcomes and implications of recent trials of bivalent OPV (types 1 and 3), high-titre monovalent OPV1 and inactivated polio vaccine (IPV).

SAGE concluded that these analyses reaffirm the separate major barriers in each of the 4 countries where polio remains endemic (Afghanistan, India, Nigeria and Pakistan) and emphasized the need for more intensive work to counter the low rates of routine immunization in endemic and persistently re-infected countries. Highlighting the urgency of achieving major eradication milestones, SAGE urged the global Polio Eradication Initiative to rapidly consider the new recommendations, including the important role of nongovernmental organizations (NGOs) in districts that are difficult to access and the targeted use of IPV in areas of compromised OPV efficacy. SAGE strongly supports the proposal for an enhanced research agenda. SAGE agreed that bivalent OPV is likely to be an important new tool in polio eradication and supports its rapid scale-up.[11] SAGE reaffirmed the importance of the global Polio Eradication Initiative's monitoring of high-immunity profiles in polio-free countries to limit poliovirus importations and reiterated the need to enhance routine and supplementary polio immunization activities together with the implementation

mortalité due à la rougeole par rapport aux niveaux de 2000 et une incidence de la rougeole <5 cas/1 000 000 habitants. Le SAGE a appuyé cette approche par étapes dans la définition des objectifs de la lutte antirougeoleuse en tant que moyen général pour établir la plateforme devant servir de base à la délivrance des nouveaux vaccins et au renforcement des systèmes de vaccination, tout en continuant d'encourager les pays et les régions à œuvrer pour l'élimination de la rougeole.

Le SAGE a exprimé sa préoccupation à propos des risques de concurrence entre les programmes d'éradication et a incité à une analyse minutieuse des défis restant à surmonter dans les étapes finales de l'éradication de la polio en tant que contribution à l'évaluation de la faisabilité de l'éradication de la rougeole. Le Secrétariat rendra compte au SAGE des résultats de la réunion de janvier 2010 du Conseil exécutif, comme de ceux des études en cours à propos de l'impact sur les services de santé et des coûts estimatifs de l'éradication de la rougeole.

Éradication de la polio

Le Président du groupe d'évaluation a remis au SAGE un rapport connu sous le nom d'*Évaluation indépendante des principaux obstacles à l'interruption de la transmission du poliovirus,*[10] à savoir une analyse des flambées épidémiques ayant suivi l'importation du poliovirus dans des pays auparavant exempts de polio et une actualisation des résultats et des implications des essais récents sur les vaccins VPO bivalents (types 1 et 3), le VPOm1 monovalent à titre élevé et le vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI).

En conclusion, le SAGE a déclaré que ces analyses confirmaient l'existence d'obstacles majeurs distincts dans chacun des 4 pays où la polio persiste à l'état endémique (Afghanistan, Inde, Nigéria et Pakistan) et a souligné la nécessité d'œuvrer plus intensivement contre les faibles taux de vaccination systématique dans les pays d'endémie et régulièrement réinfectés. En insistant sur l'urgence de réaliser les principales étapes de l'éradication, le SAGE a incité l'Initiative mondiale pour l'éradication de la polio à examiner rapidement les nouvelles recommandations, y compris le rôle important conféré aux organisations non gouvernementales (ONG) dans les districts difficilement accessibles et l'utilisation ciblée du VPI dans les zones où l'efficacité du VPO est limitée. Le SAGE soutient fortement la proposition de renforcer le programme des recherches. Il a reconnu que le VPO bivalent représentait probablement un nouvel outil capital pour l'éradication de la polio, venant à l'appui du rapide passage à grande échelle de celle-ci.[11] Le SAGE a réaffirmé l'importance de la surveillance par l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite des profils de forte immunité dans les pays exempts de polio pour limiter les importations de poliovirus et à rappelé la nécessité de renforcer les activités de vaccination antipoliomyélitique systématiques et supplémentaires

预览已结束，完整报告链接和二维码如下：
https://www.yunbaogao.cn/report/index/report?reportId=5_29135