

Meeting of the Strategic Advisory Group of Experts on Immunization, October 2020 – conclusions and recommendations

The Strategic Advisory Group of Experts (SAGE) on Immunization held a virtual meeting on 5–7 October 2020. This report summarizes the discussions, conclusions and recommendations.

Report from the WHO Department of Immunization, Vaccines and Biologicals

The Director of the WHO Department of Immunization, Vaccines and Biologicals noted that, at the April 2019 SAGE meeting, she had observed that the world was volatile, uncertain, complex and ambiguous. Indeed, all countries have been facing great uncertainty during the COVID-19 pandemic. The 40 000 reported cumulative global deaths due to COVID-19 at the time of the last SAGE meeting 6 months ago had risen to more than a million at the time of this meeting. Reviewing pre-pandemic global child health trends, the Director noted that the number of under-5 child deaths continued its downward trend to 5.2 million deaths in 2019. While almost 9 out of 10 children received the third dose of the diphtheria, tetanus and pertussis vaccine (DTP3), almost 20 million children remained un- or under-vaccinated in 2019, and 12.2 million or 62% of these children were in just 10 countries with middle-income countries occupying an increasing share of this list. Of the 20 million children, 14 million did not receive the first dose of DTP, indicating a complete lack of access to vaccination services and were “zero-dose” children, while 6 million received the initial dose but never completed the 3-dose schedule during the first year of life. Globally, substantial reductions in “zero-dose” children in India and Pakistan

Réunion du Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination, octobre 2020 – conclusions et recommandations

Le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination (SAGE) s'est réuni virtuellement du 5 au 7 octobre 2020. Le présent rapport résume les discussions, conclusions et recommandations auxquelles il est parvenu.

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

La Directrice du Département Vaccination, vaccins et produits biologiques de l'OMS a constaté que les observations qu'elle avait faites lors de la réunion du SAGE d'avril 2019, évoquant la volatilité, l'incertitude, la complexité et l'ambiguïté du monde, restent d'actualité, tous les pays ayant été confrontés à de grandes incertitudes pendant la pandémie de COVID-19. Elle a indiqué que le nombre cumulé de décès imputables à la COVID-19 dans le monde, qui était de 40 000 lors de la précédente réunion du SAGE il y a 6 mois, avait désormais dépassé le seuil du million. La Directrice a examiné les tendances mondiales qui se dessinaient dans le domaine de la santé de l'enfant avant la pandémie et a noté que la mortalité des enfants de moins de 5 ans avait continué de baisser, s'établissant à 5,2 millions de décès en 2019. Près de 9 enfants sur 10 avaient reçu la troisième dose de vaccin antidiphtérique-antitétanique-anticoquelucheux (DTC3), mais les enfants non vaccinés ou sous-vaccinés étaient encore au nombre de 20 millions en 2019; 12,2 millions d'entre eux, soit 62%, étaient concentrés dans 10 pays, parmi lesquels les pays à revenu intermédiaire occupent une place croissante. Sur ces 20 millions d'enfants, 14 millions n'avaient pas reçu la première dose de DTC et étaient des enfants dits «zéro dose», révélateurs d'une inaccessibilité complète des services de vaccination, tandis que 6 millions avaient reçu la première dose mais n'avaient pas achevé

have been offset by increases in “zero-dose” children in Brazil, the Democratic Republic of Congo, Mexico, and the Philippines, and, as a result, over the course of the past decade, there has been no overall global progress in reducing their numbers. At the same time, those children who were vaccinated benefited from the protection of a wider portfolio of vaccines.

Faced with the COVID-19 pandemic, countries throughout the world have reported varying degrees of disruption to immunization services. The need to plan and implement catch-up vaccination was highlighted in the SAGE-endorsed principles of the 26 March 2020 *Guiding principles for immunization activities during the COVID-19 pandemic*¹ and in August 2020, WHO issued a draft catch-up vaccination guidance.² At the time of this meeting, most immunization programmes are planning catch-up vaccination activities and there is recognition that multiple strategies are needed. As campaigns are resumed, opportunities for integrating health service delivery to address multiple health needs during a given campaign are being sought. Even though immunization programmes have been significantly stressed by the pandemic, they have nevertheless responded and, during efforts to recover, there is the possibility to “build back better.”

Report from Gavi, the Vaccine Alliance

The June 2020 Global Vaccine Summit hosted by the United Kingdom showed a strong commitment to equitable immunization coverage and global health security in the face of the COVID-19 pandemic. It raised US\$8.8 billion in new pledged commitments in addition to the US\$1.7 billion previously secured, bringing Gavi resources for 2021–2025 to more than US\$10.5 billion.

Gavi 5.0 prioritizes: (1) Continuity of immunization; (2) Reaching “zero-dose” children; (3) Pacing breadth of protection; (4) Safeguarding domestic financing; and (5) COVID-19 vaccine access and delivery. Gavi’s support for innovation is articulated in *The Vaccine Innovation Prioritisation Strategy* as well as in *Maintaining, Restoring & Strengthening Immunisation: GAVI Innovation Catalogue*, which describes health system innovations that have been successfully tested in selected countries.

la série de 3 doses au cours de leur première année de vie. À l’échelle mondiale, le recul sensible du nombre d’enfants «zéro dose» en Inde et au Pakistan a été compensé par une augmentation au Brésil, au Mexique, aux Philippines et en République démocratique du Congo, de sorte qu’au cours de la dernière décennie, aucun progrès n’a globalement été enregistré dans le monde dans la réduction du nombre d’enfants «zéro dose». Néanmoins, les enfants qui ont été vaccinés ont bénéficié de la protection offerte par une gamme plus large de vaccins.

Face à la pandémie de COVID-19, les pays du monde entier ont fait état d’une perturbation de leurs services de vaccination à des degrés variables. Les *Principes directeurs relatifs aux activités de vaccination durant la pandémie de COVID-19*,¹ approuvés par le SAGE et publiés le 26 mars 2020, mettent l’accent sur la nécessité de planifier et de mettre en œuvre une vaccination de rattrapage, et en août 2020, un projet de lignes directrices sur la vaccination de rattrapage a été publié par l’OMS.² À la date de la réunion, la plupart des programmes de vaccination avaient commencé à planifier des activités de vaccination de rattrapage et reconnaissaient la nécessité de recourir à plusieurs stratégies. Tandis que les campagnes reprennent, des efforts sont déployés pour tirer parti des possibilités d’intégration des services de santé, ce qui permettrait de répondre à plusieurs besoins dans le cadre d’une même campagne. Bien que les programmes de vaccination aient été considérablement éprouvés par la pandémie, ils ont su réagir et la phase de relèvement leur donnera l’occasion de «mieux reconstruire».

Rapport de l’Alliance Gavi

Le Sommet mondial sur les vaccins de juin 2020, organisé par le Royaume-Uni, a démontré l’engagement ferme de la communauté mondiale à garantir l’équité de la couverture vaccinale et la sécurité sanitaire mondiale face à la pandémie de COVID-19. De nouvelles contributions ont été annoncées pour un montant de 8,8 milliards de dollars des États-Unis, qui s’ajoutent aux 1,7 milliard de dollars des États-Unis préalablement recueillis, ce qui porte à plus de 10,5 milliards de dollars des États-Unis les ressources dont dispose l’Alliance Gavi pour la période 2021–2025.

La stratégie Gavi 5.0 accorde la priorité aux objectifs suivants: 1) assurer la continuité de la vaccination; 2) atteindre les enfants «zéro dose»; 3) étendre la protection à un rythme approprié; 4) préserver les financements nationaux; et 5) veiller à l’accessibilité et à la distribution des vaccins contre la COVID-19. Les activités entreprises par l’Alliance pour soutenir l’innovation sont présentées dans les documents *The Vaccine Innovation Prioritisation Strategy* et *Maintaining, Restoring & Strengthening Immunisation: Gavi Innovation Catalogue*, qui décrivent des innovations des systèmes de santé qui ont été éprouvées avec succès dans certains pays.

¹ WHO interim guidance: Guiding principles for immunization activities during the COVID-19 pandemic. Geneva: World Health Organization; 2020 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331590/WHO-2019-nCoV-immunization_services-2020.1-eng.pdf, accessed November 2020).

² WHO Working Draft August 2020 - Leave no one behind: Guidance for planning and implementing catch-up vaccination. Geneva: World Health Organization; 2020 (https://www.who.int/immunization/programmes_systems/policies_strategies/catch-up_vaccination/en/, accessed November 2020).

¹ Orientations provisoires de l’OMS: Principes directeurs relatifs aux activités de vaccination durant la pandémie de COVID-19. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2020 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331669/WHO-2019-nCoV-immunization_services-2020.1-fre.pdf, consulté en novembre 2020).

² Avant-projet OMS d’août 2020 - Ne laisser personne de côté: Directives pour la planification et la mise en œuvre de la vaccination de rattrapage. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2020 (https://www.who.int/immunization/programmes_systems/policies_strategies/catch-up_vaccination/fr/, consulté en novembre 2020).

Gavi is co-leading global efforts on equitable access to COVID-19 vaccines. The COVAX Facility is an end-to-end approach to ensure accelerated development and global deployment of COVID-19 vaccines that focuses on transparency, global access and impact. Governance of the COVAX Facility builds on the Gavi Board and its committees and has been expanded to include representation of countries which have not previously worked with Gavi.

Reports from the WHO Regional Offices

The WHO Regional Office for Africa reported >1.4 million cases and >35 thousand deaths due to COVID-19 as of 30 September 2020, with a peak in cases in July 2020. As a result of interruptions related to the pandemic, an estimated total of 1 million children missed their first doses of measles-containing-vaccine (MCV1) in the first 7 months of 2020 compared to the same period in 2019. In total, 50 vaccination campaigns for various vaccines were postponed in 2020. Furthermore, a marked decline in vaccine-preventable disease (VPD) surveillance was observed, due to staff being diverted to COVID-19 surveillance activities, travel restrictions, and delays in specimen shipments, laboratory accreditation processes and data sharing. Countries are now progressively resuming immunization activities, particularly to address the circulating vaccine-derived poliovirus (cVDPV) outbreaks occurring in many parts of sub-Saharan Africa. Regional focus is currently directed at continued tracking of COVID-19 impact on immunization programmes; supporting countries to plan the resumption of services and catch-up activities, including addressing vaccine supply and resource mobilization; and identifying best practices from the field. Discussions are ongoing to “re-engineer” immunization in the post-COVID-19 period in order to ensure greater integration with primary health care, address communication and community engagement challenges, ensure efficiencies, and improve disease surveillance and early warning mechanisms for disease detection and reporting. The Region cautioned that there is a need to balance efforts between routine immunization and COVID-19 response activities, noting that in Africa, if routine immunization is neglected, more lives would likely be lost from VPDs than from COVID-19.

The WHO Regional Office for the Americas reported that the COVID-19 pandemic had exacerbated some pre-existing problems in immunization programmes. Every country had experienced immunization disruptions with variations in the nature and extent. The greatest disruption was observed during May – June 2020 when demand for services dropped significantly, mainly due to limited public transport and the reluctance of people to leave their homes. This resulted in remarkable declines in the administered doses of measles, mumps, and rubella vaccine (by 25%) and

L'Alliance codirige les efforts mondiaux déployés en faveur d'un accès équitable aux vaccins contre la COVID-19. Le mécanisme COVAX est une approche de bout en bout qui vise à accélérer la mise au point et le déploiement mondial des vaccins contre la COVID-19 en mettant l'accent sur la transparence, l'accès mondial et l'impact. La gouvernance du mécanisme COVAX s'appuie sur le Conseil d'administration de l'Alliance et ses comités et a été étendue pour inclure des pays qui n'avaient jusqu'à présent pas travaillé avec l'Alliance.

Rapports des bureaux régionaux de l'OMS

Le Bureau régional OMS de l'Afrique a indiqué que la Région avait enregistré >1,4 million de cas de COVID-19, dont >35 000 décès, au 30 septembre 2020, avec un pic du nombre de cas en juillet 2020. En raison des interruptions liées à la pandémie, on estime à 1 million le nombre total d'enfants n'ayant pas reçu la première dose de vaccin à valence rougeole (MCV1) au cours des 7 premiers mois de 2020 par rapport à la même période de 2019. Au total, 50 campagnes de vaccination, pour différents vaccins, ont été reportées en 2020. En outre, on a constaté un déclin notable de la surveillance des maladies à prévention vaccinale (MPV), qui s'explique par la réaffectation du personnel aux activités de surveillance de la COVID-19, les restrictions aux déplacements et les retards dans l'expédition des échantillons, les procédures d'accréditation des laboratoires et l'échange des données. Les pays reprennent désormais progressivement leurs activités de vaccination, en particulier pour combattre les flambées épidémiques de poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale (PVDVc) apparues dans de nombreuses régions d'Afrique subsaharienne. Les efforts régionaux se concentrent actuellement sur les éléments suivants: continuer à suivre l'impact de la COVID-19 sur les programmes de vaccination; aider les pays à planifier la reprise des services et les activités de rattrapage, en abordant notamment les questions d'approvisionnement en vaccins et de mobilisation des ressources; et identifier les meilleures pratiques sur le terrain. Des discussions sont en cours pour «reconfigurer» la vaccination dans la période post-COVID-19, l'objectif étant d'assurer une meilleure intégration avec les soins de santé primaires, de relever les défis existants en matière de communication et de mobilisation communautaire, de garantir l'efficacité des programmes et de renforcer les mécanismes de surveillance et d'alerte précoce pour améliorer la détection et la notification des maladies. La Région a mis l'accent sur la nécessité de trouver le juste équilibre entre les activités de vaccination systématique et de riposte à la COVID-19, soulignant qu'en Afrique, si la vaccination systématique était négligée, les MPV entraîneraient probablement plus de décès que la COVID-19.

Le Bureau régional OMS des Amériques a indiqué que la pandémie de COVID-19 a exacerbé certains problèmes existants des programmes de vaccination. Dans tous les pays, la vaccination a subi des perturbations, dont la nature et la portée variaient d'un pays à l'autre. Ces perturbations ont culminé dans la période de mai-juin 2020, qui a été marquée par une baisse considérable de la demande s'expliquant principalement par un accès limité aux transports publics et par la réticence des habitants à quitter leur domicile. Cela s'est traduit par une réduction notable du nombre de doses administrées de vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (déclin de 25%)

of DTP3 (by as much as 40% in selected countries). Supply chains were also significantly disrupted; for example, over 40% of countries experienced difficulties in obtaining syringes. Surveillance capacities were reduced due not only to personnel being diverted to COVID-19 response activities, but also due to staff becoming infected with COVID-19. Transportation disruptions and changes related to import/export requirements created delays. The Regional Office provided guidance on strategies to enhance vaccination such as offering vaccinations not only at facilities but also in the community, at home, and in vehicles, as well as expanding service hours and using social media to engage the population. In the course of planning for COVID-19 vaccine introduction, the Region is providing technical guidance not only for COVID-19 vaccine but also on how to ensure that immunization services for all vaccines are safeguarded and strengthened. It is closely coordinating with National Immunization Technical Advisory Groups (NITAGs), national immunization programmes, UNICEF and the PAHO Revolving Fund.

The **WHO Eastern Mediterranean Regional Office** reported that immunization activities were disrupted during March – May 2020 due to COVID-19 lockdown-related movement restrictions, supply-chain disruptions, and fear of COVID-19 among communities and health workers. From June 2020 onwards, services gradually resumed. At the time of the SAGE meeting, service delivery through fixed sites had mostly been re-established, but outreach services remained limited due to insufficient personal protective equipment (PPE) and logistical challenges, and because mobile strategies were still mostly suspended. Although periodic surveillance reporting was maintained, the investigation and notification of VPD cases faced challenges during the pandemic. Laboratory testing for VPDs continued but was delayed due to COVID-19 diagnostic activities. In most countries, a large proportion of health workers working on immunization, including managers, were diverted to COVID-19 response activities. At present, although most staff have returned to their immunization functions, surveillance staff are still heavily engaged with COVID-19 activities. Providing catch-up vaccinations remained the key challenge. Fewer children had been vaccinated between January and September 2020 compared to the same period in 2019. During the past 9 months, VPD outbreaks had been reported from Yemen (cVDPV, diphtheria and measles) and Sudan (cVDPV and diphtheria). Several planned supplementary immunization activities (SIAs) were either postponed or delayed due to the pandemic in Lebanon, Tunisia, Yemen, and elsewhere. Countries worked to mitigate the impact of the pandemic by adopting different strategies. Pakistan reached 340 000 “zero-dose” children and almost the same number of defaulters during June and July through enhanced

et de DTC3 (baisse pouvant atteindre 40% dans certains pays). Les chaînes d’approvisionnement ont également été fortement perturbées: plus de 40% des pays ont par exemple eu des difficultés à s’approvisionner en seringues. Les capacités de surveillance étaient réduites, non seulement en raison de la réaffectation du personnel aux activités de riposte à la COVID-19, mais aussi parce que certains membres du personnel ont contracté la COVID-19. La perturbation des transports et les modifications apportées aux conditions d’importation/exportation ont conduit à des retards. Le Bureau régional a émis des conseils sur les stratégies pouvant être adoptées pour renforcer la vaccination, par exemple en proposant des services de vaccination non seulement dans les établissements de santé, mais aussi au niveau communautaire, à domicile ou au volant, en prolongeant les heures de service et en communiquant avec la population via les médias sociaux. Dans le cadre des préparatifs à l’introduction des vaccins anti-COVID-19, la Région fournit des orientations techniques portant non seulement sur les vaccins anti-COVID-19, mais aussi sur les moyens de préserver et de renforcer les services de vaccination pour tous les vaccins. Elle travaille en coordination étroite avec les groupes consultatifs techniques nationaux sur la vaccination (NITAG), les programmes de vaccination nationaux, l’UNICEF et le Fonds renouvelable de l’Organisation panaméricaine de la Santé.

Le **Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale** a indiqué que dans la période de mars à mai 2020, les activités de vaccination ont été perturbées par les restrictions aux déplacements liées aux mesures de confinement contre la COVID-19, l’altération de la chaîne d’approvisionnement et la peur suscitée par la COVID-19 dans les communautés et parmi les agents de santé. À partir de juin 2020, les services ont progressivement repris. Au moment de la réunion du SAGE, la prestation de services sur des sites fixes avait essentiellement été rétablie, mais les services de proximité demeuraient limités en raison d’un manque d’équipements de protection individuelle (EPI), de difficultés logistiques et de la suspension persistante de la plupart des stratégies de vaccination mobile. Bien que les données de surveillance aient continué d’être périodiquement communiquées, les activités d’investigation et de notification des cas de MPV se sont heurtées à des obstacles pendant la pandémie. Le dépistage en laboratoire des MPV s’est poursuivi, mais a été retardé par les activités de diagnostic de la COVID-19. Dans la plupart des pays, une large proportion du personnel de vaccination, y compris les administrateurs de programme, a été réaffectée aux activités de riposte à la COVID-19. À présent, bien que la plupart des agents habituellement chargés de la vaccination aient repris leur fonction, le personnel de surveillance reste fortement sollicité par les activités relatives à la COVID-19. La vaccination de rattrapage est le principal défi à relever. Le nombre d’enfants vaccinés entre janvier et septembre 2020 est inférieur à celui de la même période de 2019. Au cours des 9 derniers mois, des flambées de MPV ont été signalées au Yémen (PVDVc, diphtérie et rougeole) et au Soudan (PVDVc et diphtérie). La pandémie a mené au report ou au retard de plusieurs activités de vaccination supplémentaire (AVS) qui étaient prévues au Liban, en Tunisie, au Yémen et ailleurs. Les pays ont adopté différentes stratégies pour atténuer l’impact de la pandémie. Le Pakistan a renforcé les activités de proximité, ce qui lui a permis de vacciner 340 000 enfants «zéro dose» et

outreach activities. Over 8000 vaccination teams provided services in 119 districts through this initiative and over 9 million doses were administered at more than 3 million child visits; this activity was subsequently expanded to all 154 districts. The Regional Office regularly monitors the impact of the pandemic on country programmes through a structured questionnaire and monthly virtual meetings with the WHO EPI teams in 9 priority countries. Sustaining gains in coverage and catching up the missed children, ensuring an adequate supply of PPE for frontline immunization workers, resuming postponed SIAs and alleviating fear of the pandemic among the community remained key challenges for the Region.

The **WHO European Regional Office** noted that the Region was the epicentre of the COVID-19 pandemic by mid-March 2020 and, by the end of April, deaths accounted for 63% of global COVID-19 mortality. The impact of the pandemic on immunization services was rapidly visible, with 6 countries reporting nation-wide interruptions of routine immunization services in early April 2020. The Regional Office developed specific operational guidance to facilitate strategic interventions in countries to resume immunization services, including catch-up vaccination. By early June 2020, all countries where immunization services had been interrupted had resumed services. Countries were innovative, employing drive-through vaccination and making use of webinars to train health workers on the use of infection prevention and control (IPC) in order to ensure safe immunization sessions and adapt to new realities on the ground. The European Immunization Week 2020 provided an opportunity to advocate for “maintaining” routine immunization during the COVID-19 pandemic. The Region observed a decline in suspected measles and rubella cases in most countries, which is likely due to the implementation of pandemic lock-down measures. However, surveillance activities may have been negatively impacted by COVID-19 response activities, leading to a decrease or delay in the reporting of suspected measles cases. While countries worked to mitigate the impact of COVID-19 on immunization, the Region expressed concern regarding the decrease in immunization coverage and the risk of VPD emergence.

The **WHO South-East Asia Regional Office** reported that by the end of 2019 and in early 2020, the Region had made extensive progress in achieving the goals of the Global Vaccine Action Plan and the Regional Vaccine Action Plan. DTP3 coverage in the Region had increased from 83% in 2010 to 91% in 2019 with 9 of the 11 countries in the Region having achieved more than 90% coverage and the total number of partially or un-vaccinated children having declined to 3.3 million in 2019 from 8.2 million in 2009. Following the COVID-19 pandemic, actions were taken to assess and minimize its impact on immunization and surveillance in the

presqu'autant d'enfants perdus de vue en juin et juillet. Dans le cadre de cette initiative, plus de 8000 équipes de vaccination ont été déployées dans 119 districts et plus de 9 millions de doses ont été administrées à des enfants à l'occasion de plus de 3 millions de visites; ces activités ont ensuite été étendues à l'ensemble des 154 districts du pays. Le Bureau régional surveille régulièrement l'impact de la pandémie sur les programmes nationaux au moyen d'un questionnaire structuré et de réunions virtuelles mensuelles avec les équipes de l'OMS chargées du Programme élargi de Vaccination dans 9 pays prioritaires. Les principaux défis pour la Région sont les suivants: pérenniser les acquis en matière de couverture et assurer une vaccination de rattrapage des enfants omis, veiller à un approvisionnement suffisant en EPI pour les agents de vaccination de première ligne, reprendre les AVS qui ont été reportées et apaiser les craintes de la communauté vis-à-vis de la pandémie.

Le **Bureau régional OMS de l'Europe** a noté qu'à la mi-mars 2020, la Région était devenue l'épicentre de la pandémie de COVID-19 et qu'à la fin avril, elle enregistrait 63% de tous les décès dus à la COVID-19 dans le monde. Les effets de la pandémie sur les services de vaccination ont rapidement été manifestes: début avril, 6 pays faisaient état d'une interruption des services de vaccination systématique à l'échelle nationale. Le Bureau régional a élaboré des orientations opérationnelles spécifiques sur les interventions stratégiques à mettre en œuvre dans les pays pour permettre la reprise des services de vaccination, notamment la vaccination de rattrapage. Début juin 2020, les services de vaccination étaient de nouveau assurés dans tous les pays où ils avaient été interrompus. Les pays ont fait preuve d'innovation, en proposant notamment des services de vaccination au volant et en organisant des webinaires pour former les agents de santé aux mesures de lutte anti-infectieuse afin qu'ils soient en mesure de garantir la sécurité des séances de vaccination et de s'adapter aux nouvelles réalités sur le terrain. La Semaine européenne de la vaccination de 2020 a été l'occasion de plaider en faveur du maintien de la vaccination systématique pendant la pandémie de COVID-19. La Région a enregistré un déclin du nombre de cas suspects de rougeole et de rubéole dans la majorité des pays, ce qui est probablement dû à l'application des mesures de confinement liées à la pandémie. Cependant, les activités de riposte à la COVID-19 pourraient avoir eu des effets négatifs sur la surveillance, entraînant une baisse ou un retard des notifications de cas suspects de rougeole. Tandis que les pays s'efforcent d'atténuer l'impact de la COVID-19 sur la vaccination, la Région a exprimé son inquiétude face au déclin de la couverture vaccinale et au risque d'émergence de MPV.

Le **Bureau régional OMS de l'Asie du Sud-Est** a indiqué qu'à la fin 2019 et au début 2020, la Région avait accompli des progrès considérables vers la réalisation des objectifs du Plan d'action mondial pour les vaccins et du Plan d'action régional pour les vaccins. La couverture régionale par le DTC3 avait progressé, passant de 83% en 2010 à 91% en 2019, 9 des 11 pays de la Région étaient parvenus à une couverture supérieure à 90% et le nombre total d'enfants non vaccinés ou partiellement vaccinés avait chuté, passant de 8,2 millions en 2009 à 3,3 millions en 2019. Lorsque la pandémie de COVID-19 s'est déclarée, des mesures ont été prises pour évaluer et réduire son impact sur la vaccination et la surveillance dans la Région.

Region. Prominent among these were the development of a regional dashboard (quantitative and qualitative) and the involvement of NITAGs to assess impact and provide guidance on overcoming challenges and mitigating risks. Country-specific national guidance documents on maintenance/resumption of immunization and surveillance services were developed in all 11 countries. While routine immunization sessions in 8 of the 11 countries stopped or were severely affected for varying durations, immunization activities have since resumed and are currently functioning in all countries. At the time of the SAGE meeting, all countries were holding fixed-site sessions while the status of outreach sessions varied across countries. Immunization coverage dipped to low levels during March and April but subsequently improved. VPD surveillance, including acute flaccid paralysis surveillance and measles rubella (MR) surveillance, was partially affected in 9 countries. Sub-national analysis of immunization coverage and VPD surveillance performance were initiated, with the objective of prioritizing sub-national areas for focused actions. Nepal completed an MR SIA that had been halted mid-way in March, while India conducted a sub-national polio SIA in September. Lessons learnt during the implementation of these SIAs are expected to be applied during future SIAs. Looking ahead, key priority actions in the Region include: (a) ensuring continuity of immunization services under safe conditions; (b) tailoring strategies, including policy adjustments, for catch-up vaccination of children who missed vaccination during recent months; (c) monitoring programme performance to take corrective actions; (d) active positive messaging to reinforce the importance of immunization; (e) using innovative strategies for VPD surveillance; (f) enhanced engagement of NITAGs to advise on immunization and VPD surveillance performance improvement; and (g) mitigation planning to keep all control and elimination targets on track.

The WHO Regional Office for the Western Pacific reported that national and provincial immunization staff as well as WHO staff at country offices and the Regional Office were re-assigned to COVID-19 response activities. Performance of regular immunization programme work was affected by this shift as well as by travel restrictions and reductions in vaccine stocks at all levels. In several countries, although not all, this led to temporary disruptions to routine immunization services and/or to suspension of some or all outreach activities, postponement of mass vaccination campaigns, and a decline in VPD surveillance performance. Vaccination coverage in 2020 compared to the same time period in 2019 decreased in 6 countries. There was delayed outbreak response, for example, to cVDPVs in Malaysia and the Philippines. While in 2020, reported measles cases in the Philippines declined sharply, the immunization service disruptions caused by the COVID-19 pandemic

Parmi ces mesures figurent en premier plan la mise au point d'un tableau de bord régional (quantitatif et qualitatif) et la participation des NITAG aux activités d'évaluation de l'impact et de préparation d'orientations pour surmonter les obstacles et réduire les risques. Des documents d'orientation nationaux sur le maintien et la reprise des services de vaccination et de surveillance, adaptés au contexte de chaque pays, ont été élaborés dans l'ensemble des 11 pays. S'il est vrai que 8 des 11 pays ont été confrontés à un arrêt ou à une forte perturbation de la vaccination systématique pendant des périodes variables, les activités de vaccination ont désormais repris et se déroulent convenablement dans tous les pays. Au moment de la réunion du SAGE, tous les pays assuraient une vaccination sur sites fixes, tandis que la situation des activités de proximité variait d'un pays à l'autre. La couverture vaccinale a chuté à son niveau le plus bas en avril et mai, mais a ensuite progressé. La surveillance des MPV, notamment de la paralysie flasque aiguë, de la rougeole et de la rubéole, a été partiellement affectée dans 9 pays. Une analyse infranationale de la couverture vaccinale et des performances de la surveillance des MPV a été entreprise, l'objectif étant de définir les zones infranationales prioritaires devant faire l'objet de mesures ciblées. Le Népal a mené à terme une AVS contre la rougeole et la rubéole qui avait été interrompue à mi-parcours en mars et l'Inde a effectué une AVS infranationale contre la poliomyélite en septembre. Les enseignements tirés lors de la mise en œuvre de ces AVS devraient être appliqués aux futures AVS. Dans la période à venir, les activités régionales seront axées sur les priorités suivantes: a) garantir la continuité des services de vaccination dans de bonnes conditions de sécurité; b) adapter les stratégies et ajuster les politiques pour permettre la vaccination de rattrapage des enfants ayant échappé à la vaccination ces derniers mois; c) suivre la performance des programmes en vue de prendre des mesures correctives; d) assurer une communication active de messages positifs pour souligner l'importance de la vaccination; e) utiliser des stratégies novatrices de surveillance des MPV; f) encourager la participation accrue des NITAG pour orienter l'amélioration des performances en matière de vaccination et de surveillance des MPV; et g) élaborer un plan d'atténuation des risques pour maintenir le cap au regard des cibles fixées pour la lutte et l'élimination des maladies.

Le Bureau régional OMS du Pacifique occidental a indiqué que le personnel chargé de la vaccination aux niveaux national et provincial, ainsi que le personnel de l'OMS dans les bureaux de pays et le Bureau régional, ont été réaffectés aux activités de riposte contre la COVID-19. Les activités habituelles des programmes de vaccination ont été perturbées par cette réaffectation du personnel, mais aussi par les restrictions aux voyages et la réduction des stocks de vaccins à tous les niveaux. Dans plusieurs pays, mais pas dans tous, cela a conduit à une interruption temporaire de la vaccination systématique et/ou à la suspension complète ou partielle des services de proximité, au report des campagnes de vaccination de masse et à un déclin des performances de la surveillance des MPV. Dans 6 pays, la couverture vaccinale enregistrée en 2020 était inférieure à celle de la même période de 2019. Certaines interventions de riposte ont été retardées, notamment contre les flambées de PVDVc apparues en Malaisie et aux Philippines. Aux Philippines, le nombre de cas de rougeole signalés en 2020 a fortement diminué,

are likely creating conditions for new measles outbreaks in 2021–2022. To counteract and prevent resurgence, combined MR and bivalent oral poliovirus vaccine (bOPV) SIAs are planned in the Philippines for late 2020 and early 2021 to catch-up on vaccinations missed during the first half of 2020. IPC measures for COVID-19 have been implemented to enhance safety of mass campaigns. Looking forward, the priorities of the Regional Office are to maintain programme performance (including continuing key components such as the polio-free certification process, the M&R elimination verification process, and the operationalization of the Immunization Agenda 2030 through the regional strategic framework); mitigate the impact of the pandemic on country immunization programmes (by supporting catch-up vaccination activities in countries); support the COVID-19 response (including surveillance, social mobilization and laboratory support); and prepare for COVID 19 vaccine introduction and deployment.

Immunization in the context of the COVID-19 pandemic, including regional and country focus

SAGE was updated by WHO Regional Offices and headquarters on the impact of the COVID-19 pandemic on immunization programmes. All 6 Regions reported measurable disruptions of immunization activities in countries of all income levels and with notable setbacks for mass vaccination campaigns, outreach services and surveillance activities. Global and regional surveys revealed that the underlying reasons for disruptions in immunization included lock-downs, re-assignment of health workers and managers from immunization to COVID-19 response activities, PPE shortages, fear among communities of acquiring COVID-19 while seeking immunization, and restrictions on transport and travel which imposed constraints on vaccine supply as well as on community demand. Disruptions in surveillance were driven by the re-assignment of laboratory workers and surveillance officers to COVID-19 response activities and exacerbated by delays in the transport of laboratory supplies and specimens.

In March 2020, sharp declines in DTP3 coverage were experienced by many countries, with progressive small improvements starting in May 2020. Resumption of immunization services has been variable across countries, with some returning to baseline pre-COVID-19 vaccination coverage levels due to aggressive catch-up activities, while others were recovering more slowly. Immunization programmes have modified service delivery for routine immunization and campaigns to accommodate IPC measures that include implementing physical distancing measurements, hand hygiene and

mais les perturbations occasionnées par la pandémie de COVID-19 sur les services de vaccination ont probablement créé des conditions propices à la survenue de nouvelles flambées de rougeole en 2021-2022. Afin d'éviter et de contrer cette résurgence de la maladie, les Philippines ont prévu de mener des AVS associant le vaccin antirougeoleux-antirubéoleux et le vaccin antipoliomyélitique oral bivalent (VPOb) à la fin 2020 et au début 2021 pour rattraper les vaccinations manquées pendant la première moitié de 2020. Des mesures de lutte anti-infectieuse contre la COVID-19 ont été mises en œuvre afin d'améliorer la sécurité des campagnes de masse. Dans la période à venir, les priorités du Bureau régional seront les suivantes: maintenir la performance des programmes (notamment en poursuivant certains processus clés, comme la certification du statut de région exempte de poliomyélite, la vérification de l'élimination de la rougeole et de la rubéole et la mise en œuvre du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030 par le biais du cadre stratégique régional); atténuer les effets de la pandémie sur les programmes de vaccination nationaux (en soutenant les activités de vaccination de rattrapage dans les pays); appuyer la riposte contre la COVID-19 (y compris la surveillance, la mobilisation sociale et les capacités des laboratoires); et se préparer à l'introduction et au déploiement des vaccins contre la COVID-19.

Vaccination dans le contexte de la pandémie de COVID-19, y compris aux niveaux régional et national

Les Bureaux régionaux et le Siège de l'OMS ont fourni au SAGE des informations actualisées sur l'impact de la pandémie de COVID-19 sur les programmes de vaccination. Les 6 Régions ont toutes fait part de perturbations tangibles de la vaccination dans les pays, indépendamment de leur niveau de revenu, avec des reculs particulièrement marqués pour les campagnes de vaccination de masse, les services de proximité et les activités de surveillance. Les enquêtes mondiales et régionales ont montré que ces perturbations étaient essentiellement imputables aux facteurs suivants: mesures de confinement; réaffectation aux activités de riposte contre la COVID-19 des agents de santé et des administrateurs habituellement chargés de la vaccination; pénurie d'EPI; crainte des communautés de contracter la COVID-19 lors de la vaccination; et restrictions aux transports et aux déplacements, qui ont eu des effets contraignants sur l'approvisionnement en vaccins et la demande des communautés. Les perturbations de la surveillance, dues à la réaffectation du personnel de laboratoire et des agents chargés de la surveillance aux activités de riposte contre la COVID-19, ont été exacerbées par des retards dans le transport des fournitures de laboratoire et des échantillons.

En mars 2020, de nombreux pays ont enregistré une forte diminution de la couverture par le DTC3, qui s'est ensuite très progressivement améliorée à partir de mai 2020. La reprise des services de vaccination a été inégale entre les pays, certains ayant réussi à retrouver un niveau de couverture vaccinale comparable à celui d'avant la COVID-19 grâce à des activités dynamiques de rattrapage, tandis que d'autres affichaient des progrès plus lents. Les programmes ont modifié leurs modalités de prestation des services de vaccination systématique et de conduite des campagnes pour veiller au respect des exigences de lutte contre les infections, notamment les mesures

appropriate use of PPE. The additional COVID-19 IPC measures have required careful planning and additional resources; these expenses will continue to be necessary for the foreseeable future. A range of global and regionally specific guidance materials were developed to support countries in designing their approaches to the safe resumption of immunization services during COVID-19, including decision-making frameworks for mass vaccination campaigns and catch-up strategies.

Countries were innovative in their efforts to resume immunization services safely, using social media and modified service hours, and offering immunization services in strategic places such as pharmacies, social or cultural centers, or at designated drive-through areas. SAGE praised these examples of innovation and encouraged countries and immunization partners to document and share their rich lessons learned from these pandemic experiences of disruption and recovery.

SAGE endorsed the document *Immunization as an essential health service: Guiding principles for immunization activities during the COVID-19 pandemic and other times of severe disruption*,³ which was developed to replace the March 2020 interim guiding principles. The updated document again emphasizes the importance of country actions to preserve immunization as an essential health service, to establish and implement catch-up vaccination policies and strategies, to weigh short- and medium-term public health benefits and risks to decide whether to implement or postpone mass vaccination campaigns, and to prioritize addressing outbreak-prone VPDs and vulnerable populations to maximize impact when resources are limited. The guiding principles are newly broadened to be relevant to any major disruption event; to recognize the dynamic nature of such shocks to the immunization system and thus the need for flexibility and constant use of local data to re-assess, adjust, and guide actions; and to use the disruption event as an opportunity to integrate with and strengthen primary health care and attain equity goals. Further elements of the new guiding principles accentuate the critical importance of protecting, training and empowering health workers to ensure their safety and that of the communities they serve; discouraging re-assignment of health workers and managers away from immunization services; instilling public confidence by addressing safety concerns and building trust through community engagement and effective communication plans; and focusing resumption of

de distanciation physique, l'hygiène des mains et l'utilisation appropriée des EPI. Les mesures de lutte anti-infectieuse complémentaires imposées par la COVID-19 ont nécessité une planification minutieuse et des ressources supplémentaires; ces dépenses demeureront nécessaires pendant un certain temps. Divers documents d'orientation spécifiques ont été élaborés aux niveaux mondial et régional pour aider les pays à formuler des stratégies permettant une reprise sans danger de la vaccination pendant la pandémie de COVID-19; parmi ces documents figurent des cadres d'aide à la prise de décisions pour les campagnes de vaccination de masse et la vaccination de rattrapage.

Les pays ont déployé des efforts novateurs pour faciliter la reprise sans danger des services de vaccination: utilisation des médias sociaux, modification des heures de service, et prestation des services de vaccination dans des endroits stratégiques, notamment des pharmacies, des centres sociaux ou culturels ou des sites désignés de vaccination au volant. Le SAGE a salué ces exemples d'innovation et a encouragé les pays et les partenaires de la vaccination à consigner et partager les riches enseignements tirés de ces expériences.

Le SAGE a approuvé le document sur la vaccination pendant la pandémie de COVID-19 intitulé *Immunization as an essential health service: Guiding principles for immunization activities during the COVID-19 pandemic and other times of severe disruption*,³ destiné à remplacer les principes directeurs provisoires publiés en mars 2020. Ce document actualisé réaffirme l'importance d'une intervention des pays pour préserver la vaccination en tant que service de santé essentiel, élaborer et mettre en œuvre des politiques et stratégies sur la vaccination de rattrapage, décider s'il faut mener ou reporter les campagnes de vaccination de masse en évaluant les avantages et les risques de chaque option à court et moyen termes pour la santé publique, et accorder la priorité aux MPV à tendance épidémique et aux populations vulnérables afin d'optimiser l'impact en situation de ressources limitées. La portée de ces principes directeurs a été élargie pour: inclure tout événement susceptible d'occasionner des perturbations majeures; reconnaître le caractère dynamique de tels chocs sur le système de vaccination et donc la nécessité de faire preuve de flexibilité et d'utiliser en permanence les données locales pour réévaluer, ajuster et guider les interventions; et considérer ces perturbations comme une occasion d'intégrer la vaccination aux soins de santé primaires, de renforcer ces derniers et d'atteindre les objectifs d'équité. Les nouveaux principes directeurs mettent également l'accent sur les impératifs suivants: protéger, former et habiliter les agents de santé pour qu'ils soient à même de garantir leur propre sécurité et celle des communautés qu'ils desservent; décourager la réaffectation des agents de santé et des administrateurs chargés des services de vaccination; susciter la confiance du public en

³ Immunization as an essential health service: guiding principles for immunization activities during the COVID-19 pandemic and other times of severe disruption. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/immunization-as-an-essential-health-service-guiding-principles-for-immunization-activities-during-the-covid-19-pandemic-and-other-times-of-severe-disruption>, accessed November 2020).

³ Immunization as an essential health service: guiding principles for immunization activities during the COVID-19 pandemic and other times of severe disruption. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/immunization-as-an-essential-health-service-guiding-principles-for-immunization-activities-during-the-covid-19-pandemic-and-other-times-of-severe-disruption>, consulté en novembre 2020).

services around the Immunization Agenda 2030 principles of being people-centred, country-owned, partnership-based and data-guided.

SAGE observed that many countries relied upon pre-existing VPD surveillance infrastructure for COVID-19 surveillance, but the pandemic has required strengthening of surveillance infrastructures, including the engagement of the private sector. As a major disruptive event, the COVID-19 pandemic may thus create opportunities which need to be leveraged and used to build capacity for immunization and health systems.

SAGE noted that communities reported fear of acquiring COVID-19 while seeking immunization as a major concern; this suggests that in order to accomplish catch-up vaccination, there is a need to address such fears and rebuild community trust. This will require public health entities to view and meaningfully interact with communities as partners whose voices are heard.

SAGE furthermore urged and reinforced the following points:

- All countries should urgently prioritize the implementation of catch-up vaccination strategies, including mass vaccination campaigns for outbreak-prone VPDs where appropriate, and assure proper planning and adequate financial resources for effective IPC measures to protect health workers and the community. This is particularly critical in anticipation of possible near-term events that may again disrupt or otherwise impact usual immunization services, including the potential introduction of COVID-19 vaccines.
- As immunization programmes continue to recover, they will most likely be reaching those children who had access to services before the pandemic. Communities with unimmunized, or “zero-dose” children, are likely to be missed despite being more vulnerable and susceptible to outbreaks. Attention to these populations particularly needs emphasis during the recovery period as well as beyond.

With much admiration and appreciation, SAGE applauded national immunization programme staff, frontline health workers, and NITAGs in their extraordinary efforts during the COVID-19 pandemic to sustain and restore immunization services on behalf of the children and communities they serve.

répondant aux préoccupations relatives à la sécurité, en encourageant la participation des communautés et en élaborant des plans efficaces de communication; et axer la reprise des services sur les principes du Programme pour la vaccination à l’horizon 2030, qui appellent à une vaccination centrée sur la personne, pilotée par les pays, fondée sur les partenariats et reposant sur des données probantes.

Le SAGE a constaté que de nombreux pays s’appuient sur les infrastructures existantes de surveillance des MPV pour surveiller la COVID-19, mais la pandémie a nécessité un renforcement des infrastructures de surveillance, en faisant notamment intervenir le secteur privé. Ainsi, la pandémie de COVID-19, avec les perturbations importantes qu’elle a provoquées, pourrait créer des opportunités qu’il convient de saisir pour renforcer les capacités des services de vaccination et des systèmes de santé.

Le SAGE a noté que la crainte de contracter la COVID-19 à l’occasion de la vaccination était l’une des principales préoccupations exprimées par les communautés. Pour que la vaccination de rattrapage puisse être menée à bien, il sera donc essentiel de répondre à ces craintes et de rétablir la confiance des communautés. Cela implique que les entités de santé publique perçoivent les communautés comme des partenaires à part entière, engagent avec elles un dialogue réel et leur donnent les moyens de faire entendre leur voix.

Le SAGE a en outre insisté sur les points suivants:

- Tous les pays doivent de toute urgence accorder la priorité à la mise en œuvre de stratégies de vaccination de rattrapage, notamment par des campagnes de vaccination de masse contre les MPV à tendance épidémique si nécessaire, et procéder à une planification adéquate et à la mobilisation de ressources financières suffisantes pour que des mesures efficaces de lutte anti-infectieuse soient mises en œuvre afin de protéger les agents de santé et les communautés. Cela revêt une importance primordiale dans la mesure où les pays doivent se préparer à des événements à court terme qui pourraient une nouvelle fois perturber ou altérer les services de vaccination ordinaires, comme l’introduction éventuelle des vaccins contre la COVID-19.
- À mesure que les activités de vaccination reprennent, les enfants qui en bénéficieront seront vraisemblablement ceux qui avaient déjà un accès aux services avant la pandémie. Il est probable que les communautés comptant des enfants non vaccinés, ou enfants «zéro dose», échapperont à cette vaccination, bien qu’elles soient plus vulnérables et sujettes aux flambées épidémiques. Il est donc impératif d’accorder une attention particulière à ces populations pendant la période de relèvement et au-delà.

Le SAGE a exprimé son admiration et sa gratitude à l’égard du personnel des programmes nationaux de vaccination, des agents de santé de première ligne et des NITAG et a salué les efforts extraordinaires qu’ils ont déployés pendant la pandémie de COVID-19 pour maintenir et rétablir la vaccination au service des enfants et des communautés qu’ils desservent.

Evidence on COVID-19 co-morbidity and benefit of vaccination in relation to influenza and pneumococcus

There are currently limited data on COVID-19 co-morbidity with influenza or pneumococcal disease, or on the benefits of influenza or pneumococcal vaccination in the COVID-19 context.

In the context of the COVID-19 pandemic, SAGE reconsidered the prioritization of risk groups for influenza vaccination as outlined in the 2012 vaccines against influenza WHO position paper.⁴ SAGE recommended that during the COVID-19 pandemic, the highest priority groups for influenza vaccination are health workers and older adults. In no particular order, additional groups for influenza vaccination are pregnant women, individuals with underlying health conditions, and children who are 6–59 months of age.

SAGE noted that evidence was insufficient to support a recommendation to introduce an adult pneumococcal vaccination programme in response to the COVID-19 pandemic. In countries with existing adult pneumococcal vaccination programmes, improving vaccine coverage and thereby reducing pneumococcal disease may be expected to alleviate the related burden on health systems.

Rotavirus vaccines

Since SAGE last reviewed rotavirus vaccines in April 2012, additional safety and effectiveness data have accrued for RotarixTM⁵ and RotaTeqTM and, in 2018, WHO prequalified 2 more rotavirus vaccines, RotavacTM and RotasiilTM. Globally, 112 or 58% of countries have introduced rotavirus vaccines into their national immunization programmes. The global impact of rotavirus vaccine is evident from the 40% reduction in rotavirus prevalence following the introduction of vaccine during 2008–2016, which was documented by the Global Rotavirus Surveillance Network as well as from studies showing reductions in rotavirus hospitalizations, acute gastroenteritis hospitalizations, and gastroenteritis mortality in a variety of countries. Rotavirus vaccination has consistently been found to be cost-effective and even cost-saving in most low- and middle-income countries (LMICs) when compared to no vaccination.

A systematic review, meta-analysis and GRADE of safety, effectiveness, and efficacy of the 4 vaccines was performed by Cochrane Response and was presented to SAGE. Examining the outcome of severe rotavirus gastroenteritis (RVGE) showed that vaccine efficacy was

Données sur la comorbidité de la COVID-19 avec la grippe et la pneumococcie et sur les avantages de la vaccination contre ces maladies

On ne dispose actuellement que de données limitées sur la comorbidité de la COVID-19 avec la grippe ou la pneumococcie et sur les avantages de la vaccination antigrippale ou antipneumococcique dans un contexte de COVID-19.

Face à la pandémie de COVID-19, le SAGE a réévalué le classement des groupes à risque prioritaires pour la vaccination antigrippale qui avait été décrit dans la note de synthèse sur les vaccins antigrippaux publiée par l'OMS en 2012.⁴ Le SAGE a recommandé que durant la pandémie de COVID-19, les agents de santé et les personnes âgées soient considérés comme les groupes de première priorité pour la vaccination contre la grippe. Les autres groupes prioritaires pour la vaccination antigrippale, sans ordre particulier, sont les femmes enceintes, les sujets présentant des affections sous-jacentes et les enfants âgés de 6 à 59 mois.

Le SAGE a noté qu'on ne dispose pas de données suffisantes pour recommander la mise en place d'un programme de vaccination antipneumococcique chez l'adulte en réponse à la pandémie de COVID-19. Dans les pays déjà dotés de programmes de vaccination antipneumococcique chez l'adulte, tout effort visant à améliorer la couverture vaccinale, et donc à réduire les cas de pneumococcie, permettrait vraisemblablement d'alléger la charge correspondante sur les systèmes de santé.

Vaccins antirotavirus

Depuis le dernier examen qu'a fait le SAGE des vaccins antirotavirus, en avril 2012, des données d'innocuité et d'efficacité supplémentaires ont été recueillies concernant le RotarixTM⁵ et le RotaTeqTM et, en 2018, l'OMS a préqualifié 2 nouveaux vaccins antirotavirus, le RotavacTM et le RotasiilTM. À l'échelle mondiale, 112 pays, soit 58%, ont introduit les vaccins antirotavirus dans leur programme national de vaccination. La vaccination antirotavirus a eu un impact manifeste à l'échelle mondiale, avec une réduction de 40% de la prévalence des infections à rotavirus après l'introduction du vaccin dans la période 2008–2016, comme cela a été constaté par le Réseau mondial de surveillance des rotavirus, ainsi que par des études révélant une baisse des hospitalisations dues aux rotavirus ou à la gastroentérite aiguë et une régression de la mortalité liée à la gastroentérite dans divers pays. La vaccination antirotavirus s'est systématiquement avérée efficace en termes de coûts, voire génératrice d'économies, dans la plupart des pays à revenu faible ou intermédiaire, par comparaison à l'absence de vaccination.

Cochrane Response a réalisé une revue systématique, une méta-analyse et une évaluation GRADE de l'innocuité et de l'efficacité des 4 vaccins, dont les résultats ont été présentés au SAGE. L'examen de l'issue des gastroentérites sévères à rotavirus a montré que l'efficacité du vaccin était plus élevée dans les pays

⁴ Vaccines against influenza: WHO position paper – November 2012. Weekly Epidemiological Record. 2012;87:461–476 (<https://www.who.int/wer/2012/wer8747.pdf>, accessed November 2020).

⁵ For the rotavirus and pneumococcal vaccines discussed in this meeting report, the following disclaimer applies: WHO does not approve or endorse the use of specific branded products over others; this publication may not be used for any commercial or promotional purposes.

⁴ Note de synthèse de l'OMS concernant les vaccins antigrippaux – Novembre 2012. Relevé épidémiologique hebdomadaire. 2012;87:461–476 (<https://www.who.int/wer/2012/wer8747.pdf>, consulté en novembre 2020).

⁵ Pour les vaccins antirotavirus et antipneumococcique évoqués dans le présent rapport de réunion, les clauses de non-responsabilité suivantes sont applicables: l'OMS n'approuve ni ne cautionne l'utilisation de certains produits de marque par rapport à d'autres; la présente publication ne peut être utilisée à des fins commerciales ou promotionnelles.

higher for low-mortality strata countries than for high-mortality strata countries; this finding had GRADE of moderate to high with regards to the certainty of evidence. In high-mortality countries in Africa and Asia, the 4 vaccines had comparable vaccine efficacy against severe RVGE at one year of follow-up. For the safety analysis, data on intussusception from all the randomized control trials were examined as odds ratios for each vaccine. For each vaccine, no increase was noted in intussusception risk after the 1st dose, the 2nd dose or, for those vaccines with 3-dose schedules, after the 3rd dose.

Prior reviews by the Global Advisory Committee on Vaccine Safety (GACVS) of Rotarix™ and RotaTeq™ in 2011, 2013, and 2017 emphasized that the benefit of these vaccines is greater than the small risk of intussusception. During the December 2019 GACVS Meeting, the safety of RotaTeq™ in sub-Saharan Africa and of RotaVac™ in India were reviewed. Noting that data did not indicate a significantly higher risk of intussusception during the post-vaccination risk periods than in the reference period for either RotaTeq™ or RotaVac™, GACVS recommended monitoring risk for intussusception when new rotavirus vaccines are introduced into new populations.

Based on the Cochrane review, the GACVS reports, and other available information, SAGE concluded that Rotavac™ and Rotasiil™ are safe and effective. SAGE recommends all 4 oral rotavirus vaccines (Rotarix™, RotaTeq™, Rotavac™, and Rotasiil™) for use.

For these 4 prequalified rotavirus vaccines, SAGE re-affirmed recommendations made in the 2013 WHO position paper on rotavirus vaccines:⁶

- Rotavirus vaccines should be included in all national immunization programmes and considered a priority, particularly in countries with high RVGE-associated fatality rates, such as in south and south-eastern Asia and sub-Saharan Africa.
- The use of rotavirus vaccines should be part of a comprehensive strategy to control diarrhoeal diseases.
- WHO continues to recommend that the first dose of rotavirus vaccine be administered as soon as possible after 6 weeks of age.

In addition, if a child was not vaccinated on time, SAGE noted that the considerable rotavirus disease burden during the second year of life supports catch-up vaccination, particularly in high-mortality and crisis contexts. Because of the typical age distribution of RVGE, rotavirus vaccination of children >24 months of age is not recommended.

appartenant à la strate de faible mortalité que dans ceux de la strate de forte mortalité; le degré de certitude de ce résultat était considéré comme modéré à élevé selon l'évaluation GRADE. Dans les pays de forte mortalité d'Afrique et d'Asie, les 4 vaccins présentaient une efficacité comparable contre la gastroentérite sévère à rotavirus après un suivi d'un an. Aux fins de l'analyse d'innocuité, les données sur les invaginations intestinales provenant de tous les essais contrôlés randomisés ont été examinées sous forme d'odds ratio pour chacun des vaccins. Pour chaque vaccin, aucune augmentation du risque d'invagination n'a été observée après la 1^{re} dose, la 2^e dose ou, pour les vaccins administrés selon un schéma à 3 doses, la 3^e dose.

Les revues précédentes sur le Rotarix™ et le RotaTeq™, effectuées en 2011, 2013 et 2017 par le Comité consultatif mondial pour la sécurité des vaccins (GACVS), démontraient clairement que les avantages procurés par ces vaccins l'emportaient sur le faible risque d'invagination. Lors de sa réunion de décembre 2019, le GACVS a examiné des données sur l'innocuité du RotaTeq™ en Afrique subsaharienne et du RotaVac™ en Inde. Constatant que les données ne révélaient pas d'augmentation significative du risque d'invagination dans la période post-vaccinale par rapport à la période de référence, que ce soit pour le RotaTeq™ ou le RotaVac™, le GACVS a préconisé une surveillance du risque d'invagination lors de toute introduction de nouveaux vaccins antirotavirus au sein d'une nouvelle population.

Sur la base de la revue Cochrane, des rapports du GACVS et des autres informations disponibles, le SAGE a conclu que le Rotavac™ et le Rotasiil™ sont sûrs et efficaces. Le SAGE a émis une recommandation favorable à l'utilisation de ces 4 vaccins antirotavirus oraux (Rotarix™, RotaTeq™, Rotavac™ et Rotasiil™).

Pour ces 4 vaccins antirotavirus préqualifiés, le SAGE a réitéré les recommandations formulées dans la note de synthèse de l'OMS de 2013 sur les vaccins antirotavirus:⁶

- Les vaccins antirotavirus devraient être intégrés dans tous les programmes nationaux de vaccination et considérés comme prioritaires, en particulier dans les pays où le taux de létalité de la gastroentérite à rotavirus est élevé, comme en Asie du Sud et du Sud-Est et en Afrique subsaharienne.
- L'utilisation des vaccins antirotavirus devrait s'inscrire dans une stratégie globale de lutte contre les maladies diarrhéiques.
- L'OMS continue de recommander l'administration de la première dose de vaccin antirotavirus dès que possible après l'âge de 6 semaines.

Le SAGE a en outre observé que si un enfant n'a pas été vacciné à temps, la charge de morbidité considérable des infections à rotavirus dans la deuxième année de vie justifie la mise en œuvre d'une vaccination de rattrapage, en particulier dans les zones de forte mortalité ou confrontées à des crises. Compte tenu de la répartition habituelle de la gastroentérite à rotavirus selon l'âge, la vaccination antirotavirus des enfants âgés de >24 mois n'est pas recommandée.

⁶ Rotavirus vaccines: WHO position paper – January 2013. Weekly Epidemiological Record. 2013;88: 49–64 (<https://www.who.int/wer/2013/wer8805.pdf>, accessed 1 November 2020).

⁶ Vaccins antirotavirus: Note de synthèse de l'OMS – janvier 2013. Relevé épidémiologique hebdomadaire. 2013;88: 49– 64 (<https://www.who.int/wer/2013/wer8805.pdf>, consulté le 1^{er} novembre 2020).

To generate data for future policy and programme decisions, SAGE advised that the effectiveness and safety of rotavirus vaccines, particularly Rotavac™ and Rotasiil™ should be monitored post-introduction. High quality surveillance should be conducted in selected countries and defined populations, but lack of such surveillance should not be an impediment to rotavirus vaccine introduction. Given the continuing burden of rotavirus disease, current research priorities include investigation of alternative schedules, including neonatal schedules and booster doses, as well as continued development of alternative formulations of rotavirus vaccines.

Poliomyelitis

SAGE was pleased that on 25 August 2020, the African Regional Certification Commission certified the WHO African Region as wild polio virus (WPV)-free after 4 years without detection of any WPV cases. However, SAGE expressed serious concerns about the global eradication effort and specifically noted the increased circulation of WPV type 1 (WPV1) in Afghanistan and Pakistan with expansion into previously polio-free areas in these countries as well as the inability of the programme to effectively control cVDPV outbreaks in Africa. Between 1 January and 30 September 2020, there were 119 WPV1 cases and 425 cVDPV cases reported globally, compared to 85 WPV1 and 86 cVDPV cases in the same period in 2019. SAGE noted that new cVDPV type 2 (cVDPV2) outbreaks have emerged and older ones are continuing in Central Africa, the Horn of Africa, West Africa, and most recently, in Egypt as well as in Afghanistan and Pakistan. A cVDPV1 outbreak was reported in Yemen. Malaysia and Philippines have not detected any new cVDPV2 cases in the past 6 months.

All polio campaigns were suspended in March 2020 due to the COVID-19 pandemic. SAGE expressed concerns regarding the impact that a pause in vaccination campaigns and surveillance may have had on poliovirus eradication efforts. Since July 2020, polio campaigns have gradually resumed, using COVID-19 IPC measures.

SAGE noted that the supply of inactivated poliovirus vaccine (IPV) has significantly improved, making it possible to plan the introduction of a second IPV dose (IPV2) into the routine immunization schedules of the 94 countries that are currently using one IPV dose and bOPV. In 2019, Gavi agreed to provide support for IPV2, starting in 2021.

SAGE reviewed data from clinical studies on the immunogenicity of routine immunization schedules with 2 IPV doses in conjunction with bOPV. SAGE noted that 2 doses of IPV provide higher immunogenicity against type 2 poliovirus than one dose; that the older the age at first dose and the longer the interval between doses,

Le SAGE a recommandé de continuer à surveiller l'efficacité et l'innocuité des vaccins antirotavirus après leur introduction, en particulier pour le Rotavac™ et le Rotasiil™, afin de générer des données susceptibles d'orienter les futures décisions politiques et programmatiques. Une surveillance de grande qualité devrait être mise en œuvre dans certains pays et groupes de population, mais l'absence d'une telle surveillance ne doit pas être considérée comme un obstacle à l'introduction de la vaccination antirotavirus. Compte tenu de la charge persistante de la maladie à rotavirus, les activités de recherche actuelles sont axées en priorité sur l'étude de nouveaux schémas d'administration, y compris pour la vaccination des nouveau-nés et les doses de rappel, ainsi que sur la mise au point de nouvelles formulations pour les vaccins antirotavirus.

Poliomyélite

Le SAGE a noté avec satisfaction que le 25 août 2020, la Commission régionale africaine de certification a certifié que la Région africaine de l'OMS était exempte de poliovirus sauvage (PVS), aucun cas de PVS n'ayant été détecté dans la Région depuis 4 ans. Cependant, le SAGE a exprimé de vives préoccupations concernant les efforts d'éradication à l'échelle mondiale, s'inquiétant plus particulièrement de la circulation accrue des PVS de type 1 (PVS1) en Afghanistan et au Pakistan, avec une propagation du virus dans des zones jusqu'alors exemptes dans ces pays, ainsi que de l'incapacité du programme à endiguer de manière efficace les flambées de PVDVc survenues en Afrique. Entre le 1^{er} janvier et le 30 septembre 2020, 119 cas de PVS1 et 425 cas de PVDVc ont été notifiés à l'échelle mondiale, contre 85 cas de PVS1 et 86 cas de PVDVc sur la même période de 2019. Le SAGE a fait état de l'émergence de nouvelles flambées de PVDVc de type 2 (PVDVc2) et de la persistance de flambées plus anciennes en Afrique centrale, dans la Corne de l'Afrique, en Afrique de l'Ouest et, plus récemment, en Égypte, en Afghanistan et au Pakistan. Une flambée de PVDVc1 a été signalée au Yémen. En Malaisie et aux Philippines, aucun nouveau cas de PVDVc2 n'a été détecté au cours des 6 derniers mois.

Toutes les campagnes de lutte contre la poliomyélite ont été suspendues en mars 2020 en raison de la pandémie de COVID-19. Le SAGE s'est déclaré préoccupé par les répercussions que l'interruption des campagnes de vaccination et de la surveillance pourrait avoir eues sur les efforts d'éradication de la poliomyélite. Depuis juillet 2020, les campagnes antipoliomyelitiques ont progressivement repris, dans le respect des mesures de lutte anti-infectieuse imposées par la COVID-19.

Le SAGE a constaté que l'approvisionnement en vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI) s'est sensiblement amélioré et qu'il est donc désormais possible de prévoir l'introduction d'une deuxième dose de VPI (VPI2) dans les calendriers de vaccination systématique de 94 pays qui utilisent actuellement une seule dose de VPI ou le VPOb. En 2019, l'Alliance Gavi a accepté d'apporter son soutien au déploiement du VPI2 à partir de 2021.

Le SAGE a examiné les données d'études cliniques portant sur l'immunogénicité obtenue avec des schémas de vaccination systématique utilisant 2 doses de VPI, en association avec le VPOb. Le SAGE a indiqué que 2 doses de VPI induisent une immunogénicité plus importante contre le poliovirus de type 2 qu'une dose unique; que plus le sujet est âgé lors de la première

the higher the immunogenicity; and that 2 fractional doses provide similar immunogenicity as 2 full doses of IPV but only when age at first dose is at ≥ 14 weeks of age and the time interval between the 2 doses is ≥ 16 weeks.

SAGE recommended that a second IPV dose be introduced by all countries that currently administer one IPV dose and bOPV in their routine immunization schedule. The preferred schedule is to administer the first IPV dose at 14 weeks of age (with DTP3/Penta3), and to administer the second IPV dose at least 4 months later (possibly coinciding with other vaccines administered at 9 months of age). This schedule provides the highest immunogenicity and may be carried out using full dose IPV or fractional intradermal IPV (fIPV) without loss of immunogenicity. SAGE added that countries may consider alternative schedules based on local epidemiology, programmatic implications and feasibility of delivery. As an alternative to the preferred schedule, countries may choose an early IPV schedule starting with the first dose at 6 weeks of age (with DTP1/Penta1) and the second dose at 14 weeks (with DTP3/Penta3). This alternative schedule offers the advantage of providing early-in-life protection; however, there is a lower total immunogenicity achieved. If this schedule is chosen, full dose IPV should be used rather than fIPV due to lower immunogenicity of fIPV at early ages. Regardless of the 2 dose IPV schedule used, introduction of the second IPV dose would not reduce the number of bOPV doses used in the routine immunization schedule.

SAGE was updated on nOPV2 vaccine development and noted that the interim recommendation for Emergency Utilization Listing (EUL) was under consideration by the WHO ad hoc Product Evaluation Committee (PEC) in accordance with the draft WHO *Roadmap for assessment of nOPV2 manufactured by PT Biofarma under the EUL procedure*.^{7,8} SAGE recommended that the nOPV2 data and the PEC assessment should be made publicly available at the time an interim EUL recommendation is issued; nOPV2 is the first vaccine to undergo the EUL process.

SAGE re-affirmed its April 2020 recommendation on the nOPV2 initial use criteria under EUL. SAGE endorsed in principle nOPV2 becoming the vaccine of choice for response to cVDPV2 outbreaks after the interim recommendation for EUL is issued and after review of the

dose et plus l'intervalle entre les doses est long, plus l'immunogénicité est élevée; et que l'immunogénicité induite par 2 doses fractionnées est comparable à celle de 2 doses complètes de VPI, mais uniquement lorsque l'âge à la première dose est ≥ 14 semaines et lorsque l'intervalle entre les 2 doses est ≥ 16 semaines.

Le SAGE a recommandé qu'une deuxième dose de VPI soit introduite par tous les pays qui administrent actuellement une dose unique de VPI et le VPOb dans leur calendrier de vaccination systématique. Le schéma d'administration à privilégier est le suivant: première dose de VPI à l'âge de 14 semaines (avec le DTC3/Penta3) et deuxième dose de VPI au moins 4 mois plus tard (éventuellement en même temps que les autres vaccins administrés à l'âge de 9 mois). Ce schéma offre le degré d'immunogénicité le plus élevé et peut être appliqué en utilisant des doses complètes de VPI ou des doses fractionnées intradermiques de VPI (VPIf) sans perte d'immunogénicité. Le SAGE a ajouté que les pays peuvent envisager d'autres schémas d'administration en fonction de l'épidémiologie locale, des incidences programmatiques et de la faisabilité de l'administration. Au lieu du schéma préférentiel décrit ci-dessus, les pays peuvent opter pour un schéma d'administration précoce du VPI, avec la première dose à l'âge de 6 semaines (en même temps que le DTC1/Penta1) et la deuxième dose à 14 semaines (avec le DTC3/Penta3). Cette alternative présente l'avantage d'une protection plus précoce, mais l'immunogénicité totale obtenue est plus faible. Si ce schéma est adopté, il convient d'utiliser des doses complètes de VPI plutôt que des doses fractionnées car l'immunogénicité du VPIf est plus faible à un âge précoce. Quel que soit le schéma d'administration choisi pour les 2 doses de VPI, l'introduction de la deuxième dose de VPI ne doit pas se traduire par une réduction du nombre de doses de VPOb administrées dans le calendrier de vaccination systématique.

Le SAGE a pris connaissance des dernières informations relatives à la mise au point du vaccin nVPO2 et a indiqué que la recommandation provisoire pour l'utilisation du vaccin au titre du protocole EUL (Emergency Use Listing) était en cours d'examen par le comité spécial de l'OMS chargé de l'évaluation de ce produit, conformément au projet de feuille de route de l'OMS *Roadmap for assessment of nOPV2 manufactured by PT Biofarma under the EUL procedure*.^{7,8} Le SAGE a préconisé que les données sur le nVPO2 et l'évaluation du comité spécial soient rendues publiques lorsque la recommandation provisoire d'utilisation au titre du protocole EUL sera émise; le nVPO2 est le premier vaccin à être soumis à la procédure EUL.

Le SAGE a réitéré sa recommandation d'avril 2020 concernant les critères applicables à l'utilisation initiale du nVPO2 au titre du protocole EUL. Le SAGE a donné son accord de principe pour que le nVPO2 devienne le vaccin à privilégier en riposte aux flambées de PVDVc2 une fois que la recommandation

⁷ Draft WHO Roadmap for assessment of nOPV2 manufactured by PT Biofarma under the EUL procedure. Geneva: World Health Organization; nd. (https://www.who.int/docs/default-source/medicines/roadmap-assessment-nopv2.pdf?sfvrsn=368daf0a_2%20%20%20%20, accessed November 2020).

⁸ On 13 November 2020, the nOPV2 (Bio Farma, Indonesia) was granted interim EUL (<https://polioeradication.org/news-post/novel-oral-polio-vaccine-type-2-nopv2-granted-interim-emergency-use-listing-recommendation/>, accessed November 2020).

⁷ Draft WHO Roadmap for assessment of nOPV2 manufactured by PT Biofarma under the EUL procedure. Genève: Organisation mondiale de la Santé; nd. (https://www.who.int/docs/default-source/medicines/roadmap-assessment-nopv2.pdf?sfvrsn=368daf0a_2%20%20%20%20, consulté en novembre 2020).

⁸ Le 13 novembre 2020 le nVPO2 (Bio Farma, Indonésie) a reçu la recommandation provisoire pour l'utilisation du vaccin au titre du protocole EUL (<https://polioeradication.org/news-post/novel-oral-polio-vaccine-type-2-nopv2-granted-interim-emergency-use-listing-recommendation/>, consulté en novembre 2020).

initial use period is completed and all requirements for use are met. Further, SAGE endorsed the prioritization framework for type 2 vaccines for cVDPV2 outbreak response and agreed with the phases of the framework [Phase A: Pre-EUL recommendation, preparing for nOPV2 use; Phase B: Initial nOPV2 use under interim EUL recommendation; Phase C: Wider use of nOPV2 under interim EUL recommendation; Phase D: nOPV2 licensed and pre-qualified]. In this context, SAGE recommended that an independent nOPV2 safety monitoring group be established and that criteria for assessment of nOPV2 safety be developed and then reviewed by SAGE. Furthermore, SAGE requested that it be given the opportunity to review the decision criteria used to transition between phases of nOPV2 use, especially the transition from initial to wider use under EUL. SAGE will review the findings from the initial use period to issue further recommendations on its wider use once the data have been gathered. SAGE also recommended that GACVS advise on the safety monitoring of nOPV2.

SAGE recommended that IPV should not be used for outbreak response because evidence demonstrates that IPV campaigns are unlikely to reach children not reached with OPV campaigns, have limited impact on stopping transmission and have a high programmatic cost. The priority of outbreak response is to stop transmission; therefore, activities should focus on rapidly achieving high coverage with OPV.

COVID-19 vaccination

SAGE was presented with an update on the COVID-19 vaccine landscape. By 6 October 2020, 10 vaccine candidates representing 4 different technology platforms were in Phase 3 trials; no vaccine had yet completed Phase 3 trials. GACVS reported that it had developed a list of potential adverse events of special interest (AESI) for COVID-19 vaccines and was setting up standardized templates for risk-benefit assessment as well as addressing pharmacovigilance preparedness and risk communication. To date, the COVID-19 Vaccine Global Access (COVAX) Facility⁹ is supported by 168 economies. The goal of the COVAX Facility¹⁰ is to deliver 2 billion doses to participating countries by the end of 2021, and to guarantee fair and equitable access to COVID-19 vaccines for all. Achieving this goal in the context of

provisoire d'utilisation au titre du protocole EUL aura été émise, que les données recueillies à l'issue de la période initiale d'utilisation auront été examinées et que toutes les conditions d'utilisation auront été satisfaites. Le SAGE a en outre approuvé le cadre établissant l'ordre de priorité entre les vaccins de type 2 pour la riposte aux flambées de PVDVc2 et a adhéré aux phases prévues dans ce cadre [Phase A: phase préalable à la recommandation EUL, préparation à l'utilisation du nVPO2; Phase B: utilisation initiale du nVPO2 au titre de la recommandation provisoire EUL; Phase C: utilisation à plus grande échelle du nVPO2 au titre de la recommandation provisoire EUL; Phase D: homologation et préqualification du nVPO2]. Dans ce contexte, le SAGE a recommandé qu'un groupe indépendant de surveillance de l'innocuité du nVPO2 soit créé et que les critères d'évaluation de l'innocuité du nVPO2 soient définis, puis soumis à l'examen du SAGE. Le SAGE a en outre demandé d'avoir la possibilité d'examiner les critères employés pour décider de la transition entre les différentes phases d'utilisation du nVPO2, et plus particulièrement la transition entre la phase d'utilisation initiale et celle d'utilisation à plus grande échelle du vaccin au titre de la recommandation EUL. Le SAGE examinera les résultats de la période d'utilisation initiale pour formuler de nouvelles recommandations sur l'utilisation à plus grande échelle du vaccin une fois que les données auront été recueillies. Le SAGE a également recommandé que le GACVS fournissent des conseils sur la surveillance de l'innocuité du nVPO2.

Le SAGE a déconseillé l'usage du VPI à des fins de riposte aux flambées car les données disponibles montrent que les campagnes menées avec le VPI ont peu de chance d'atteindre les enfants ayant échappé aux campagnes par le VPO, qu'elles ont un impact limité en termes d'interruption de la transmission et qu'elles sont coûteuses sur le plan programmatique. La priorité des efforts de riposte est de mettre un terme à la transmission; les activités doivent donc être principalement axées sur l'obtention rapide d'une couverture élevée par le VPO.

Vaccination contre la COVID-19

Le SAGE a pris connaissance des dernières informations relatives à la mise au point des vaccins contre la COVID-19. Au 6 octobre 2020, 10 vaccins candidats, reposant sur 4 techniques différentes, faisaient l'objet d'essais de phase 3; aucun vaccin n'avait achevé les essais de phase 3. Le GACVS a annoncé qu'il avait dressé une liste de manifestations indésirables présentant un intérêt particulier pour les vaccins anti-COVID-19 et qu'il était en train de préparer des modèles standardisés d'évaluation du rapport risque/bénéfice et d'aborder les questions de préparation à la pharmacovigilance et de communication sur les risques. Le mécanisme pour un accès mondial aux vaccins contre la COVID-19 (COVAX)⁹ est désormais soutenu par 168 pays. L'objectif du mécanisme COVAX¹⁰ est de permettre la livraison de 2 milliards de doses aux pays participants d'ici la fin 2021 et de garantir à tous un accès juste et

⁹ COVAX Facility Explainer. Participation arrangements for self-financing economies. Geneva: Gavi; nd. (https://www.gavi.org/sites/default/files/covid/covax/COVAX_Facility_Explainer.pdf, accessed 1 November 2020).

¹⁰ COVAX: Working for global equitable access to COVID-19 vaccines [website] (<https://www.who.int/initiatives/act-accelerator/covax>, accessed 1 November 2020).

⁹ COVAX Facility Explainer. Participation arrangements for self-financing economies. Genève: Gavi; nd. (https://www.gavi.org/sites/default/files/covid/covax/COVAX_Facility_Explainer.pdf, consulté en novembre 2020).

¹⁰ COVAX: collaborer pour un accès mondial et équitable aux vaccins contre le virus de la COVID-19 [site Web] (<https://www.who.int/fr/initiatives/act-accelerator/covax>, consulté en novembre 2020).

initial scarce supply necessitates prioritization of specific population groups for vaccination.

SAGE was presented with increasingly robust evidence that age-based risk for COVID-19 mortality is higher than co-morbidities-based risk after the latter is adjusted for age. A steep exponential rise in deaths was observed from the age of 60 years old onwards and was highest for those >80 years old. Increased mortality hazard ratios were associated with various co-morbidities including cardiac and pulmonary disease, chronic kidney disease, obesity, diabetes, neurological disorders, and cancer. Co-morbidities and age structures varied greatly between countries. SAGE emphasized the need to gather more data on risk factors for COVID-19 mortality in LMICs.

Preliminary results from COVID-19 vaccine impact modelling were convergent across studies examining a few country settings which indicate that in the scenario of limited vaccine supply, the largest impact to reduce mortality would come from initially targeting older adults. However, currently there are limited data to guide prioritization for other potential programme objectives (e.g. preserving health care, education, and other essential services). SAGE underlined the urgent need for more data and modeling evidence for LMICs.

SAGE has undertaken a 3-step process to provide guidance to countries on objectives, principles, target populations and vaccination recommendations:

1. A values framework. The *WHO SAGE values framework for the allocation and prioritization of COVID-19 vaccination*,¹¹ was deliberated by SAGE on 26 August and issued on 14 September 2020. It outlines the general principles and public health objectives for vaccination. SAGE recommended that public health strategies for COVID-19 vaccines should be grounded in ethical values as a global public good. It also complements the principles of equitable access and fair allocation of COVID-19 health products developed for the Access to COVID-19 Tools (ACT) Accelerator.¹²

équitable aux vaccins anti-COVID-19. Atteindre cet objectif dans un contexte d'approvisionnement initial limité implique d'accorder la priorité à des groupes de population particuliers pour la vaccination.

Le SAGE a pris connaissance des données de plus en plus probantes qui indiquent que le risque de mortalité de la COVID-19 en fonction de l'âge est plus important que le risque en fonction des comorbidités, une fois que ce dernier a été ajusté pour tenir compte de l'âge. Une augmentation exponentielle de la mortalité a été observée à partir de l'âge de 60 ans, le taux le plus élevé étant enregistré chez les sujets de >80 ans. Des rapports de risque de mortalité accrus étaient associés à diverses comorbidités, notamment les maladies cardiaques et pulmonaires, les maladies rénales chroniques, l'obésité, le diabète, les troubles neurologiques et le cancer. Le tableau des comorbidités et la structure par âge variaient considérablement entre les pays. Le SAGE a souligné qu'il est nécessaire de recueillir des données supplémentaires sur les facteurs de risque de mortalité de la COVID-19 dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

Diverses études de modélisation de l'impact des vaccins anti-COVID-19, menées à l'échelle de quelques pays, ont donné des résultats préliminaires convergents, indiquant que dans un scénario de disponibilité limitée des vaccins, l'impact le plus important, en termes de réduction de la mortalité, serait obtenu en ciblant en premier lieu les personnes âgées. Cependant, on ne dispose actuellement que de données limitées pour établir un ordre de priorité au regard d'autres objectifs programmatiques potentiels (par exemple, préservation des soins de santé, de l'enseignement et d'autres services essentiels). Le SAGE a souligné qu'il était urgent de recueillir des données et des résultats de modélisation supplémentaires pour les pays à revenu faible ou intermédiaire.

Le SAGE a engagé un processus en 3 étapes visant à fournir des orientations aux pays concernant les objectifs, les principes, les populations cibles et les recommandations pour la vaccination:

1. Un cadre de valeurs. *Le Cadre de valeurs du SAGE de l'OMS pour l'attribution des vaccins anti-COVID-19 et la détermination des groupes à vacciner en priorité*¹¹ a été débattu par le SAGE le 26 août et publié le 14 septembre 2020. Il définit les principes généraux et les objectifs de santé publique de la vaccination. Le SAGE a recommandé que les stratégies de santé publique adoptées pour la vaccination anti-COVID-19 soient fondées sur des valeurs éthiques et que les vaccins soient considérés comme un bien public mondial. Le cadre de valeurs s'inscrit en complément des principes d'accès équitable et de juste répartition des produits de santé contre la COVID-19 définis pour l'Accélérateur ACT (Dispositif pour accélérer l'accès aux outils de lutte contre la COVID-19).¹²

¹¹ WHO SAGE values framework for the allocation and prioritization of COVID-19 vaccination, 14 September 2020. Geneva: World Health Organization; 2020 <https://www.who.int/publications/i/item/who-sage-values-framework-for-the-allocation-and-prioritization-of-covid-19-vaccination>, accessed November 2020).

¹² The Access to COVID-19 Tools (ACT) Accelerator (<https://www.who.int/initiatives/act-accelerator>, accessed November 2020).

¹¹ Cadre de valeurs du SAGE de l'OMS pour l'attribution des vaccins anti-COVID-19 et la détermination des groupes à vacciner en priorité, 14 septembre 2020. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2020 <https://www.who.int/publications/i/item/who-sage-values-framework-for-the-allocation-and-prioritization-of-covid-19-vaccination>, consulté en novembre 2020).

¹² Dispositif pour accélérer l'accès aux outils de lutte contre la COVID-19 (<https://www.who.int/fr/initiatives/act-accelerator>, consulté en novembre 2020).

2. A prioritization roadmap. To support countries in planning, the *WHO SAGE Roadmap for prioritizing uses of COVID-19 vaccines in the context of limited supply*¹³ suggests public health strategies and priority target groups for different levels of vaccine availability and epidemiologic settings. The Roadmap will be updated, as necessary, to accommodate the dynamic nature of the pandemic and evolving evidence about vaccine impact.

3. Vaccine product-specific recommendations. As vaccines meet essential requirements as per WHO's Target product profile¹⁴ and become authorized for use, SAGE will review data for each product to make specific recommendations for use.

SAGE considered the Prioritization Roadmap. The Prioritization Roadmap is intended to serve as guidance for vaccine prioritization decisions within countries, not as guidance for global allocation which is described in the access and allocation document.¹⁵ The Roadmap assumes that non-pharmaceutical interventions are in place to varying degrees while vaccines are introduced in a phased manner and vaccine coverage expands gradually. The Roadmap relies on the assumption, supported by current modelling data, that even a vaccine with relatively low efficacy in older adults would not significantly change the recommendations for priority use in older populations, given the high mortality rate in this population.

The Prioritization Roadmap considers 3 epidemiologic scenarios: community transmission, sporadic cases or clusters of cases, and no cases, but risk of importation. Different vaccine supply scenarios are applied: very limited, limited and moderate availability (1–10%, 11–20% and 21–50% of population, respectively). Target populations were identified against various combinations of these scenarios in accordance with the general principles and objectives as laid out in the Values Framework.

SAGE endorsed the Prioritization Roadmap with 2 requested adjustments: SAGE emphasized the need to highlight gender equality aspects and further requested that a statement be added that countries should ensure

2. Une feuille de route pour l'établissement des priorités. Afin de faciliter la planification pour les pays, le document *WHO SAGE Roadmap for prioritizing uses of COVID-19 vaccines in the context of limited supply*¹³ propose des stratégies de santé publique et des groupes cibles prioritaires pour différents niveaux de disponibilité des vaccins et différents contextes épidémiologiques. Cette feuille de route sera actualisée si nécessaire pour tenir compte du caractère dynamique de la pandémie et de l'évolution des informations concernant l'impact de la vaccination.

3. Recommandations spécifiques pour chaque produit vaccinal. Dès lors que certains vaccins rempliront les critères essentiels définis dans les profils de produits cibles de l'OMS¹⁴ et que leur utilisation sera autorisée, le SAGE examinera les données relatives à chaque produit afin d'émettre des recommandations spécifiques.

Le SAGE a examiné la feuille de route pour l'établissement des priorités. Cette feuille de route est destinée à orienter les décisions prises au niveau des pays concernant les groupes à vacciner en priorité, mais n'est pas conçue pour fournir des orientations sur la répartition mondiale des vaccins, cette question étant traitée dans le document sur l'accès et l'attribution.¹⁵ La feuille de route présume que des interventions non pharmaceutiques sont en place à des degrés divers tandis que le pays procède à l'introduction échelonnée des vaccins, avec une augmentation progressive de la couverture vaccinale. La feuille de route repose sur l'hypothèse, étayée par les données de modélisation actuelles, que même si un vaccin a une efficacité relativement faible chez les personnes âgées, il n'y a pas lieu de modifier de manière significative les recommandations accordant la priorité aux personnes âgées, compte tenu du fort taux de mortalité dans cette population.

La feuille de route pour l'établissement des priorités prend en compte 3 scénarios épidémiologiques: transmission communautaire, cas sporadiques ou groupes de cas, et absence de cas mais avec un risque d'importation. Différents scénarios de disponibilité des vaccins sont envisagés: disponibilité très limitée, limitée ou modérée (soit respectivement 1-10%, 11-20% et 21-50% de la population). Les populations cibles ont été identifiées pour diverses combinaisons de ces scénarios conformément aux principes généraux et aux objectifs énoncés dans le cadre de valeurs.

Le SAGE a approuvé la feuille de route pour l'établissement des priorités, moyennant 2 ajustements: le SAGE a souligné la nécessité d'aborder la question de l'égalité des genres et a en outre proposé l'ajout d'un énoncé demandant aux pays de veil-

¹³ WHO SAGE roadmap for prioritizing uses of COVID-19 vaccines in the context of limited supply, version 1, 20 October 2020. Geneva: World Health Organization; 2020 (https://www.who.int/docs/default-source/immunization/sage/covid/sage-prioritization-roadmap-covid19-vaccines.pdf?Status=Temp&sfvrsn=bf227443_2&ua=1, accessed November 2020).

¹⁴ WHO Target product profiles for COVID-19 vaccines, 9 April 2020. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/docs/default-source/blue-print/who-target-product-profiles-for-covid-19-vaccines.pdf>, accessed November 2020).

¹⁵ WHO Concept for fair access and equitable allocation of COVID-19 health products – Final working version 9 September 2020. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-covid19-vaccine-allocation-final-working-version-9sept.pdf>, accessed November 2020).

¹³ WHO SAGE roadmap for prioritizing uses of COVID-19 vaccines in the context of limited supply, version 1, 20 October 2020. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2020 (<https://www.who.int/docs/default-source/immunization/sage/covid/sage-prioritization-roadmap-covid19-vaccines.pdf>, consulté en novembre 2020).

¹⁴ WHO Target product profiles for COVID-19 vaccines, 9 April 2020. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2020 (<https://www.who.int/docs/default-source/blue-print/who-target-product-profiles-for-covid-19-vaccines.pdf>, consulté en novembre 2020).

¹⁵ WHO Concept for fair access and equitable allocation of COVID-19 health products – Final working version 9 September 2020. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2020 (<https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-covid19-vaccine-allocation-final-working-version-9sept.pdf>, consulté en novembre 2020).

that individuals are not able to use their social, financial or political privileges to bypass country-level prioritization.

SAGE recommended that Regional Immunization Technical Advisory Groups (RITAGs) and subsequently countries in consultation with their NITAGs start using this Roadmap. An ongoing dialogue between SAGE, RITAGs and NITAGs should be maintained which will assist SAGE in further updating the Roadmap once performance data for specific vaccine products become available.

As products become authorized for use, product characteristics will need to be reviewed with regards to the target populations identified in the Roadmap as well as with regards to the other standard criteria used in developing SAGE recommendations for use.

SAGE highlighted the need for early, comprehensive preparedness planning for post-licensure surveillance of COVID-19 vaccines impact which should include planning for vaccine safety monitoring and effectiveness studies in a variety of populations. SAGE acknowledged the ongoing work of GACVS on pharmacovigilance preparedness.

SAGE strongly endorsed strict adherence to good clinical practice with a focus on robust regulatory oversight, careful monitoring of safety by independent data safety monitoring boards in phase III clinical trials, and the rights to medical confidentiality of all trial participants.

Measles Rubella Strategic Framework

SAGE was updated on the current global measles and rubella epidemiology with a reminder that the reported global annual number of measles cases of 872 872 in 2019 was the highest in 15 years. As programmes struggle with health systems recovery amid many competing public health priorities, it is worth reiterating that measles vaccine delivers the highest returns on investment in immunization by a large margin, and the benefits of routine immunization against measles during the COVID-19 pandemic exceed the benefits of all other antigens when considering child deaths averted.

SAGE was presented with the Measles and Rubella Strategic Framework (MRSF), 2021–2030, a document developed by the Measles & Rubella Initiative (M&RI) through an extensive consultative and collaborative process with input from countries and partners across the global measles and rubella community. A 2019 report on the *Feasibility Assessment of Measles and Rubella Eradication*¹⁶ recommended that a time-bound

ler à ce qu'aucun individu ne puisse profiter de ses privilèges sociaux, financiers ou politiques pour contourner l'ordre de priorité décidé par le pays.

Le SAGE a recommandé que cette feuille de route commence à être utilisée par les groupes consultatifs techniques régionaux sur la vaccination (RITAG), puis par les pays en concertation avec leur NITAG. Le SAGE, les RITAG et les NITAG devront entretenir un dialogue constant, ce qui aidera le SAGE à actualiser la feuille de route une fois que les données de performance relatives à des produits vaccinaux spécifiques deviendront disponibles.

À mesure que certains produits obtiendront une autorisation d'utilisation, leurs caractéristiques devront être examinées en tenant compte des populations cibles identifiées par la feuille de route, ainsi que des autres critères standard appliqués par le SAGE pour formuler des recommandations sur l'utilisation des produits.

Le SAGE a souligné la nécessité d'établir rapidement un plan complet de préparation à la surveillance post-homologation de l'impact des vaccins anti-COVID-19, ce qui implique notamment de prévoir des activités de surveillance de l'innocuité des vaccins et des études de l'efficacité vaccinale dans diverses populations. Le SAGE a salué les travaux menés par le GACVS en matière de préparation à la pharmacovigilance.

Le SAGE a instamment appelé au respect le plus strict des bonnes pratiques cliniques en mettant l'accent sur la nécessité d'une supervision réglementaire robuste, d'une surveillance rigoureuse de l'innocuité par des comités indépendants de surveillance des données d'innocuité dans les essais cliniques de phase 3 et de la protection du droit au secret médical pour tous les participants aux essais.

Cadre stratégique de lutte contre la rougeole et la rubéole

Un bilan de l'épidémiologie mondiale actuelle de la rougeole et de la rubéole a été présenté au SAGE. En 2019, le nombre annuel de cas de rougeole notifiés à l'échelle mondiale était de 872 872 cas, ce qui représente le niveau le plus élevé enregistré depuis 15 ans. Alors que les programmes sont confrontés au relèvement difficile des systèmes de santé face à de nombreuses priorités de santé publique concurrentes, il est utile de rappeler que la vaccination antirougeoleuse est celle qui offre de loin le meilleur retour sur investissement et que les avantages de la vaccination systématique contre la rougeole pendant la pandémie de COVID-19 l'emportent sur ceux de tous les autres antigènes lorsqu'ils sont mesurés à l'aune du nombre de décès évités chez les enfants.

Le Cadre stratégique 2021–2030 de lutte contre la rougeole et la rubéole a été présenté au SAGE. Il s'agit d'un document élaboré par l'Initiative de lutte contre la rougeole et la rubéole au moyen d'un processus de consultation et de collaboration, qui incorpore les contributions de divers pays et partenaires de toute la communauté mondiale de lutte contre la rougeole et la rubéole. Un rapport de 2019, portant sur l'évaluation de la faisabilité de l'éradication de la rougeole et de la rubéole,¹⁶ recommandait

¹⁶ Feasibility assessment of measles and rubella eradication, 10 October 2019. Geneva: World Health Organization; 2019 (https://www.who.int/immunization/sage/meetings/2019/october/3_Feasibility_Assessment_of_Measles_and_Rubella_Eradication_updatedSAGE.pdf, accessed November 2020).

¹⁶ Feasibility assessment of measles and rubella eradication, 10 octobre 2019. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2019 (https://www.who.int/immunization/sage/meetings/2019/october/3_Feasibility_Assessment_of_Measles_and_Rubella_Eradication_updatedSAGE.pdf, consulté en novembre 2020).

measles and rubella eradication goal should be set only when accelerated progress has been made, benchmarks establishing conditions for a successful endgame to achieve eradication have been achieved, and there is evidence of a clear trajectory toward the goal. The purpose of the MRSF is to create the conditions for that trajectory through pivots in strategy delivered in a unified approach that strengthens routine immunization.

SAGE discussed the contextual changes and implementation challenges for achieving measles and rubella goals and welcomed the proposed shifts in strategy in the MRSF to better address and overcome these challenges. A monitoring and evaluation framework for the MRSF will be developed and harmonized with that of the Immunization Agenda 2030. Expected outcomes include increased coverage, reduced immunity gaps, more effective and efficient supplementary immunization, timely and effective outbreak detection and response, and improved surveillance and immunization data to guide decisions. Ultimately, these outcomes will accelerate progress towards achieving and sustaining measles and rubella elimination. The M&RI will be responsible for oversight and coordination, including global advocacy and resource mobilization, coordination of technical support, and monitoring and evaluation.

A brief presentation of the Measles Outbreak Strategic Response Plan (MOSRP) described its goal to help WHO, countries and partners to better prevent, prepare for, respond to, and recover from measles outbreaks. Importantly, the MOSRP aims to assist countries to improve surveillance and use outbreaks as entry points to uncover systems gaps and strengthen routine immunization programmes.

SAGE endorsed the MRSF and welcomed the fact that it frames an approach to tackle both immediate challenges, such as the COVID-19 disruption, and medium-term challenges, such as achieving elimination targets. SAGE expressed concerns that the COVID-19 pandemic has negatively impacted both measles vaccination coverage and surveillance capacity. The potentially large immunity gaps arising from the suspension of immunization activities and delay in scheduled campaigns increase the risk of a resurgence of measles in the coming months. Increases in malnutrition rates and disruption of vitamin A supplementation are likely to increase case fatality and the number of measles-related deaths.¹⁷ Strategic directions in the MRSF remain valid in the face of COVID-19, but programmes at all levels will need to be creative and adaptive in implementing

qu'un objectif d'éradication assorti de délais soit fixé uniquement lorsqu'une accélération des progrès aura été constatée, lorsque les critères de référence établissant les conditions nécessaires à une bonne mise en œuvre de la phase finale d'éradication auront été remplis et lorsque des données auront mis en évidence une trajectoire claire vers la réalisation de cet objectif. L'objet du Cadre stratégique de lutte contre la rougeole et la rubéole est de créer les conditions propices à cette trajectoire en définissant des pivots stratégiques dans le cadre d'une approche unifiée apte à renforcer la vaccination systématique.

Le SAGE a examiné les évolutions contextuelles et les difficultés opérationnelles rencontrées pour atteindre les objectifs de lutte contre la rougeole et la rubéole et s'est félicité des changements de stratégie proposés dans le Cadre stratégique afin de mieux relever ces défis. Un cadre de suivi et d'évaluation, harmonisé avec celui du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030, sera élaboré pour le Cadre stratégique. Les résultats attendus sont les suivants: l'augmentation de la couverture vaccinale, la réduction des lacunes immunitaires, une plus grande efficacité de la vaccination supplémentaire, une détection et une riposte rapides et efficaces en cas de flambée et l'amélioration de la surveillance et des données sur la vaccination pour orienter la prise de décisions. Ces résultats permettront en définitive d'accélérer les progrès en vue d'atteindre et de pérenniser l'élimination de la rougeole et de la rubéole. L'Initiative de lutte contre la rougeole et la rubéole sera chargée de la supervision et de la coordination des activités, y compris des actions de plaidoyer et de la mobilisation des ressources à l'échelle mondiale, de la coordination du soutien technique et des activités de suivi et d'évaluation.

Le Plan de riposte stratégique aux flambées de rougeole a brièvement été présenté. Son objectif est d'aider l'OMS, les pays et les partenaires à renforcer leurs capacités de prévention, de préparation, de riposte et de relèvement face aux flambées de rougeole. L'une des finalités importantes de ce plan est d'aider les pays à améliorer la surveillance et à saisir l'occasion offerte par les flambées pour identifier les lacunes de leurs systèmes et renforcer les programmes de vaccination systématique.

Le SAGE a approuvé le Cadre stratégique de lutte contre la rougeole et la rubéole et s'est félicité qu'il soit conçu de telle sorte à aborder à la fois les défis immédiats, comme les perturbations dues à la COVID-19, et les défis à moyen terme, comme la réalisation des cibles d'élimination. Le SAGE s'est dit préoccupé par l'impact négatif qu'a eu la pandémie de COVID-19 à la fois sur la couverture de la vaccination antirougeoleuse et sur les capacités de surveillance. Les lacunes immunitaires potentiellement importantes résultant de la suspension des activités de vaccination et du retard des campagnes augmentent le risque de résurgence de la rougeole dans les mois à venir. L'augmentation du taux de malnutrition et l'interruption de la supplémentation en vitamine A auront probablement pour effet d'accroître le taux de létalité et le nombre de décès dus à la rougeole.¹⁷ Les axes stratégiques du Cadre demeurent valides face à la pandémie de COVID-19, mais les programmes devront faire preuve de créa-

¹⁷ Fore HH, Qu D, Beasley DM, Ghebreyesus TA. Child malnutrition and COVID-19: the time to act is now. *Lancet*. 2020; 396:517–518. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31648-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31648-2).

¹⁷ Fore HH, Qu D, Beasley DM, Ghebreyesus TA. Child malnutrition and COVID-19: the time to act is now. *Lancet*. 2020; 396:517–518. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31648-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31648-2).

these strategies moving forward. An immediate issue is the need to close immunity gaps before immunization resources are diverted towards the implementation of COVID-19 vaccination.

It will be necessary to engage civil society organizations (CSOs), maintain the urgency and accountability that existed in vertical programmes, and encourage flexibility in moving to the life-course approach to immunization. Areas identified as requiring further research included understanding the impact of integration on primary health care, the risk-benefit balance of measles vaccination before 9 months of age, and strategies for vaccination in older age groups.

Immunization Agenda 2030 (IA2030) – Development of the IA2030 Monitoring, Evaluation and Action (ME&A) Framework and Ownership and Accountability (O&A) Mechanism

The IA2030 M&E Task Force and the IA2030 Core Team of Partners presented SAGE with updates on progress in developing the IA2030 ME&A Framework and emerging options for the IA2030 O&A Mechanism.

As part of the draft ME&A Framework, the proposed indicators for IA2030 Impact Goals and Strategic Priority (SP) Objectives to monitor and drive progress towards the achievement of IA2030 were presented. Six Impact Goal indicators and 21 SP Objective indicators were proposed for monitoring at the global level. Countries and Regions may select from a menu of proposed Country SP Objective indicators which are tailored to various contexts and challenges. Details were shared on the 6 proposed Impact Goal indicators and possible targets, including examples with stylized and actual data demonstrating the possible trajectory until 2030. SAGE was presented with 2 options for consideration for the Impact Goal 1.2 indicator “Achievement of Global or Regional Vaccine-Preventable Disease Control, Elimination & Eradication Targets”: 1) including all diseases with targets endorsed by Regions or the WHA; or 2) including targets for a subset of diseases (e.g. polio, measles/rubella, tetanus). Finally, options were presented for the learning agenda for the next decade, which included the need for ongoing efforts and capacity development at country, regional and global levels to develop ME&A cycles to drive continuous quality improvement of immunization programmes. The second half of the presentation focused on emerging design ideas for an O&A Mechanism and options for new or enhanced elements.

tivité et de capacités d'adaptation à tous les niveaux pour appliquer ces stratégies à l'avenir. L'un des enjeux immédiats est de combler les lacunes immunitaires actuelles avant que les ressources disponibles pour la vaccination ne soient affectées au déploiement des vaccins anti-COVID-19.

Il sera nécessaire de collaborer avec les organisations de la société civile, de préserver le sentiment d'urgence et la responsabilisation qui existaient dans les programmes verticaux et de faire preuve de souplesse lors de la transition vers une approche de la vaccination axée sur toutes les étapes de la vie. Des travaux de recherche supplémentaires seront nécessaires pour mieux comprendre les effets de l'intégration sur les soins de santé primaires, le rapport risque/bénéfice de la vaccination antirougeoleuse avant l'âge de 9 mois et les stratégies à mettre en œuvre pour la vaccination des tranches d'âge supérieures.

Programme pour la vaccination à l'horizon 2030 (IA2030) – Élaboration du Cadre de suivi, d'évaluation et d'action et du Mécanisme d'appropriation et de responsabilisation

Le groupe spécial de suivi et d'évaluation et l'équipe centrale de partenaires du programme IA2030 ont informé le SAGE des progrès accomplis dans l'élaboration du Cadre de suivi, d'évaluation et d'action et ont présenté de nouvelles options pour le Mécanisme d'appropriation et de responsabilisation du programme IA2030.

Dans le projet de Cadre de suivi, d'évaluation et d'action, des indicateurs relatifs aux objectifs d'impact et aux priorités stratégiques du programme IA2030 ont été proposés pour suivre et accélérer les progrès vers la réalisation du programme. Au niveau mondial, 6 indicateurs ont été proposés pour les objectifs d'impact et 21 pour les priorités stratégiques. Pour les priorités stratégiques, les pays et les régions peuvent choisir leurs propres indicateurs dans une liste qui leur est proposée, contenant des indicateurs adaptés à divers contextes et défis. Des informations détaillées ont été fournies concernant les 6 indicateurs proposés pour les objectifs d'impact et leurs cibles potentielles, et des exemples ont été présentés à l'aide de données réelles et simplifiées, illustrant la trajectoire possible jusqu'en 2030. Deux options ont été soumises à l'appréciation du SAGE pour l'indicateur relatif à l'objectif d'impact 1.2, «Atteindre les cibles mondiales ou régionales en matière de lutte, d'élimination et d'éradication des maladies évitables par la vaccination»: 1) inclure toutes les maladies, avec des cibles approuvées par les Régions ou l'Assemblée mondiale de la Santé; ou 2) inclure des cibles relatives à un sous-ensemble de maladies (par exemple, poliomyélite, rougeole/rubéole, tétanos). Enfin, des options ont été présentées concernant le programme d'apprentissage pour la décennie à venir, et notamment la nécessité de poursuivre les efforts et les activités de renforcement des capacités aux niveaux national, régional et mondial afin d'établir des cycles de suivi, d'évaluation et d'action qui permettront une amélioration continue de la qualité des programmes de vaccination. La deuxième partie de la présentation portait sur les nouvelles idées émises pour la conception du Mécanisme d'appropriation et de responsabilisation et les possibilités d'ajout ou d'amélioration de certains éléments.

SAGE highlighted several important issues to help finalize the ME&A Framework and O&A Mechanism for the May 2021 WHA submission. For Impact Goal 1.1, SAGE requested clarification on what variables are included in disease burden models, at what level(s) the estimated number of future deaths would be available, and if disability-adjusted life years would be included. For Impact Goal 1.2, SAGE highlighted the importance of including measles and polio as part of the VPD Control, Elimination & Eradication Targets, and suggested that the number of countries that sustain their elimination status be included. For Impact Goal 2.1, there was discussion of whether a target of reducing the number of “zero-dose” children by 50% was sufficiently ambitious for the next decade. SAGE supported the proposed Impact Goal 3.1 which compares the coverage of DTP3 with the Primary Health Care (PHC) index indicator as an important effort to drive improvements in both immunization and PHC services.

SAGE supported the work of the Task Force on the initial ME&A Framework draft. SAGE suggested that as the Framework is finalized, the Task Force should consider how to incorporate several issues: 1) the life-course approach (e.g. adolescent and adult vaccination) and the potential use of COVID-19 vaccines as a test case for life-course and adult vaccination; 2) the importance of the COVID-19 pandemic; and 3) gender aspects. The need to improve the quality of data used for ME&A was also raised.

SAGE discussed the progress made in developing options for the O&A Mechanism. SAGE proposed that consideration be given to making use of national health observatories which currently exist in several countries in the WHO African Region, as platforms for monitoring and accountability at country level. SAGE supported the emphasis on CSOs in the new O&A design ideas and suggested that CSO engagement be further structured and formalized to fully leverage their strengths and ability to build a social movement around immunization and reach unreached communities. The focus on CSOs should not be restricted to low-income countries as they also have important roles to play in middle- and high-income countries. With regards to PHC integration, SAGE agreed that integration is critical, but efforts must build on progress and not take steps backward. SAGE asked that the role of a proposed Independent Observatory in the O&A Mechanism be clarified. Finally, SAGE emphasized the importance of the role of the Regional and National Immunization Strategies to operationalize IA2030.

Le SAGE a soulevé plusieurs points importants en vue de la mise en forme définitive du Cadre de suivi, d'évaluation et d'action et du Mécanisme d'appropriation et de responsabilisation afin qu'ils puissent être soumis à l'examen de l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2021. Pour l'objectif d'impact 1.1, le SAGE a demandé des précisions sur les paramètres inclus dans les modèles de la charge de morbidité et a souhaité savoir à quel(s) niveau(x) le nombre estimé de décès futurs serait disponible et si le nombre d'années de vie ajustées sur l'incapacité serait inclus. Pour l'objectif d'impact 1.2, le SAGE a souligné qu'il est important d'inclure la rougeole et la poliomyélite dans les cibles relatives à la lutte, l'élimination et l'éradication des maladies évitables par la vaccination et a proposé que le nombre de pays ayant pérennisé l'élimination soit inclus. Pour l'objectif d'impact 2.1, il a été débattu de la cible de réduction de 50% du nombre d'enfants «zéro dose», la question étant de savoir si cette cible est suffisamment ambitieuse pour la prochaine décennie. Le SAGE a appuyé l'objectif d'impact 3.1 proposé, qui compare la couverture du DTC3 avec l'indice des soins de santé primaires, ce qui contribuera de manière importante à améliorer à la fois les services de vaccination et les soins de santé primaires.

Le SAGE a salué le travail accompli par le groupe spécial pour élaborer la version préliminaire du Cadre de suivi, d'évaluation et d'action. Le SAGE a conseillé au groupe spécial de réfléchir à la manière d'incorporer plusieurs éléments dans la version définitive: 1) l'approche axée sur toutes les étapes de la vie (notamment la vaccination des adolescents et des adultes), en se servant éventuellement de la vaccination anti-COVID-19 comme d'une expérience ayant valeur de test pour la vaccination tout au long de la vie et chez l'adulte; 2) l'importance de la pandémie de COVID-19; et 3) les questions de genre. La nécessité d'améliorer la qualité des données utilisées pour le suivi, l'évaluation et l'action a également été évoquée.

Le SAGE a discuté des progrès accomplis dans l'élaboration d'options pour le Mécanisme d'appropriation et de responsabilisation. Le SAGE a envisagé la possibilité que les observatoires nationaux de la santé, dont sont actuellement dotés plusieurs pays de la Région africaine de l'OMS, soient utilisés en tant que plateformes de suivi et de responsabilisation au niveau national. Le SAGE a favorablement accueilli l'attention portée aux organisations de la société civile dans les nouvelles idées relatives à la conception du Mécanisme et a conseillé d'inscrire la collaboration avec ces organisations dans un cadre plus structuré et formel afin de tirer pleinement parti de leurs atouts et de leur capacité à susciter un mouvement social en faveur de la vaccination et à atteindre les communautés non vaccinées. L'importance accordée aux organisations de la société civile ne doit pas se limiter aux pays à faible revenu car elles ont également un rôle important à jouer dans les pays à revenu intermédiaire ou élevé. S'agissant de l'intégration des soins de santé primaires, le SAGE a convenu qu'il s'agit d'un élément essentiel, mais ces efforts doivent faire fond sur les progrès réalisés et ne pas donner lieu à un retour en arrière. Le SAGE a demandé que le rôle de l'observatoire indépendant proposé dans le Mécanisme d'appropriation et de responsabilisation soit plus clairement défini. Enfin, le SAGE a souligné l'importance des stratégies de vaccination régionales et nationales pour la bonne mise en œuvre du programme IA2030.

Pneumococcal vaccines

Advice to countries on use of pneumococcal vaccines in national programmes to vaccinate older adults

Evidence was reviewed with SAGE to support development of advice to countries on the use of pneumococcal vaccines in national programmes to vaccinate older adults, defined as adults ≥ 50 years. Microbiological, epidemiological and modelled data indicate that there is a substantial burden of disease attributable to *Streptococcus pneumoniae* in older adults. Data on the indirect effects of childhood pneumococcal vaccination programmes have indicated such programmes result in a substantial reduction in the adult incidence of invasive pneumococcal disease (IPD) that is due to most serotypes for which the childhood pneumococcal conjugate vaccines (PCV) provide protection.¹⁸ Importantly, additional data published since the 2008 WHO 23-valent pneumococcal polysaccharide (PPV23) position paper¹⁹ which were included in a 2019 systematic review²⁰ on the efficacy and effectiveness of pneumococcal vaccines administered to older adults in high-income countries showed that both PPV23 vaccine and a PCV protecting against 13 serotypes¹⁶ were effective against IPD and non-bacteraemic pneumococcal community-acquired pneumonia.

For LMICs, there were limited data on the burden of disease, vaccine efficacy and cost-effectiveness to inform policy recommendations on pneumococcal vaccination in older adults. In addition, implementation issues were highlighted as a concern, as many countries do not routinely provide preventive services to older adults.

SAGE elaborated on the 2008 WHO recommendation regarding adult pneumococcal vaccination programmes¹⁷ by stating that introduction of a national childhood pneumococcal vaccination programme, ensuring optimal vaccine uptake in children, and sustaining high coverage should be prioritized over initiating an older adult vaccination programme. For a country that already has a mature national childhood pneumococcal vaccination programme²¹ and that would like to consider an adult pneumococcal vaccination programme, it would be important to review the general considerations for

Vaccins antipneumococciques

Conseils aux pays sur l'utilisation des vaccins antipneumococciques dans les programmes nationaux pour la vaccination des adultes d'un âge plus avancé

Le SAGE a examiné les données susceptibles d'étayer la formulation de conseils aux pays sur l'utilisation des vaccins antipneumococciques dans les programmes nationaux pour la vaccination des adultes d'un âge plus avancé, définis comme les sujets âgés de ≥ 50 ans. Les données microbiologiques, épidémiologiques et modélisées montrent qu'il existe une charge de morbidité considérable due à *Streptococcus pneumoniae* dans cette population. Les données sur les effets indirects des programmes de vaccination antipneumococcique chez l'enfant ont indiqué que ces programmes se traduisent, chez l'adulte, par une réduction sensible de l'incidence des pneumocoques invasives imputables à la plupart des sérotypes ciblés par les vaccins antipneumococciques conjugués administrés pendant l'enfance.¹⁸ Il est également important de noter que depuis la publication de la note de synthèse de 2008 de l'OMS sur le vaccin antipneumococcique polysaccharidique 23-valent (VPP23),¹⁹ de nouvelles données, qui ont été incluses dans une revue systématique de 2019²⁰ sur l'efficacité des vaccins antipneumococciques administrés aux adultes d'un âge avancé dans les pays à revenu élevé, ont montré que le VPP23 et le VPC 13-valent¹⁶ étaient tous deux efficaces contre la pneumococcie invasive et la pneumonie pneumococcique non bactériémique contractée dans la communauté.

Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, les données sur la charge de morbidité, l'efficacité du vaccin et son rapport coût-efficacité étaient trop limitées pour permettre la formulation de recommandations sur la vaccination antipneumococcique chez les adultes d'un âge avancé. L'accent a également été mis sur les difficultés potentielles de mise en œuvre, étant donné que de nombreux pays n'offrent pas systématiquement des services de prévention aux adultes d'un âge plus avancé.

Le SAGE a apporté des précisions à la recommandation émise par l'OMS en 2008 concernant les programmes de vaccination antipneumococcique chez l'adulte,¹⁷ en soulignant que la priorité doit être accordée à l'introduction d'un programme national de vaccination antipneumococcique chez l'enfant, à une adoption optimale du vaccin dans la population infantine et au maintien d'une forte couverture vaccinale, plutôt qu'à la mise en place d'un programme de vaccination chez les adultes d'un âge plus avancé. Les pays qui disposent déjà d'un programme national bien établi de vaccination antipneumococcique chez l'enfant²¹ et qui souhaiteraient mettre en place un programme pour les adultes devront

¹⁸ To date, the data on the indirect effects of childhood pneumococcal vaccination programmes have come from countries using SynflorixTM and PrevnarTM. SynflorixTM protects against 10 *S. pneumoniae* serotypes 1, 4, 5, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19F and 23F. PrevnarTM protects against 13 *S. pneumoniae* serotypes 1, 3, 4, 5, 6A, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19A, 19F and 23F.

¹⁹ 23-valent pneumococcal polysaccharide vaccine: WHO position paper – October 2008. Weekly Epidemiological Record 2008;83:373–384 (<https://www.who.int/wer/2008/wer8342.pdf>, accessed November 2020).

²⁰ Winje BA, et al. Efficacy and effectiveness of pneumococcal vaccination in adults – an update of the literature [Effekt av pneumokokkvaksine hos eldre] Report 2019. Oslo: Norwegian Institute of Public Health, 2019. (<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2019/pneumococcal-vaccines-in-elderly-publisert.pdf>, accessed November 2020).

²¹ A national childhood pneumococcal vaccination programme is defined as mature when vaccination has been underway nationally for ≥ 7 years with at least 70% coverage in each of the most recent 3 years.

¹⁸ À ce jour, les données sur les effets indirects des programmes de vaccination antipneumococcique chez l'enfant proviennent de pays utilisant le SynflorixTM et le PrevnarTM. Le SynflorixTM protège contre 10 sérotypes de *S. pneumoniae*: 1, 4, 5, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19F et 23F. Le PrevnarTM protège contre 13 sérotypes de *S. pneumoniae*: 1, 3, 4, 5, 6A, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19A, 19F et 23F.

¹⁹ Vaccin antipneumococcique polysaccharidique 23-valent: Note de synthèse de l'OMS – octobre 2008. Relevé épidémiologique hebdomadaire. 2008;83:373–384 (<https://www.who.int/wer/2008/wer8342.pdf>, consulté en novembre 2020).

²⁰ Winje BA, et al. Efficacy and effectiveness of pneumococcal vaccination in adults – an update of the literature [Effekt av pneumokokkvaksine hos eldre] Report 2019. Oslo: Norwegian Institute of Public Health, 2019. (<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2019/pneumococcal-vaccines-in-elderly-publisert.pdf>, consulté en novembre 2020).

²¹ Un programme national de vaccination antipneumococcique chez l'enfant est considéré comme «bien établi» si la vaccination est assurée à l'échelle nationale depuis ≥ 7 ans, avec une couverture d'au moins 70% pour chacune des 3 dernières années.

vaccine introduction outlined in the WHO resource *Principles and considerations for adding a vaccine to a national immunization programme*²² and to additionally specifically consider:

- 1) population structure and demographics amongst older adults in the country to guide the selection of the target age for introduction; and
- 2) operational factors, including cost and cost-effectiveness, to ensure that optimal coverage can be consistently achieved in the target population.

Pneumococcal meningitis outbreaks and strategies for prevention and response

SAGE was presented with a review of data on community outbreaks of pneumococcal meningitis and potential mitigation strategies. These periodically reported outbreaks generally occur in sub-Saharan Africa, within the meningitis belt or in geographically contiguous areas. The predominant serotype in the outbreaks is serotype 1 (ST1). Data from mature national childhood pneumococcal vaccination programmes¹⁹ showed that besides the direct protective effects, indirect effects from childhood vaccination resulted in substantially decreased ST1 IPD in other age groups. Data from LMICs, especially from countries in the African meningitis belt, were limited.

Based on modelled data from a pneumococcal meningitis outbreak in Ghana, reactive vaccination does not appear to be an efficient approach to reduce the impact of outbreaks. Thus, from the perspective of impact, there is currently insufficient evidence to recommend reactive campaigns.

SAGE re-stated prior WHO recommendations that all countries should include PCV in their national childhood immunization programmes and should optimize service delivery to achieve high and equitable coverage.²³ Catch-up vaccination of children up to 5 years of age should be conducted in outbreak-prone areas at the time of PCV introduction.

Further research in outbreak-prone areas should be conducted to examine the impact of national childhood pneumococcal vaccination programmes with regards to direct and indirect effects on disease and pneumococcal carriage in the context of the vaccination coverage achieved and the length of time the programme has been in place.

Vaccine innovation prioritization strategy (VIPS)

VIPS represents a 3-year collaboration between the Gavi Secretariat, WHO, the Bill & Melinda Gates Foundation,

étudier les considérations générales relatives à l'introduction des vaccins décrites dans le document *Principes et considérations sur l'ajout d'un vaccin dans un programme national de vaccination*,²² en tenant compte en outre des facteurs suivants:

- 1) la structure et les caractéristiques démographiques de la population de personnes âgées dans le pays, pour orienter le choix de l'âge cible d'introduction du vaccin; et
- 2) les facteurs opérationnels, y compris le coût et le rapport coût-efficacité de la vaccination, pour garantir qu'une couverture optimale puisse être durablement atteinte dans la population cible.

Flambées de méningite pneumococcique et stratégies de prévention et de riposte

Un bilan des flambées communautaires de méningite pneumococcique et des stratégies d'atténuation envisageables a été présenté au SAGE. Ces flambées périodiques se produisent généralement en Afrique subsaharienne, dans la région appelée «ceinture de la méningite» ou dans des zones adjacentes. Le sérotype prédominant de ces flambées est le sérotype 1 (ST1). Les données issues des programmes nationaux bien établis de vaccination antipneumococcique chez l'enfant¹⁹ ont montré que la vaccination chez l'enfant, outre ses effets protecteurs directs, a également des effets indirects se traduisant par une baisse substantielle de la pneumococcie invasive due au ST1 dans d'autres tranches d'âge. Pour les pays à revenu faible ou intermédiaire, en particulier ceux de la ceinture africaine de la méningite, les données restent limitées.

Selon les données modélisées obtenues dans le cadre d'une flambée de méningite pneumococcique au Ghana, il semble que la vaccination réactive ne constitue pas un moyen efficace d'atténuer l'impact de ces flambées. Ainsi, en termes d'impact, les données actuelles ne permettent pas recommander l'organisation de campagnes réactives.

Le SAGE a réitéré les recommandations précédemment émises par l'OMS, selon lesquelles tous les pays devraient inclure le VPC dans leur programme national de vaccination de l'enfant et optimiser la prestation des services afin d'atteindre une couverture élevée et équitable.²³ Lors de l'introduction du VPC, il convient d'assurer une vaccination de rattrapage des enfants jusqu'à l'âge de 5 ans dans les zones sujettes aux épidémies.

Des travaux de recherche supplémentaires devraient être menés dans les zones sujettes aux épidémies afin d'examiner l'impact des programmes nationaux de vaccination antipneumococcique chez l'enfant en tenant compte de leurs effets directs et indirects sur la maladie et le portage des pneumocoques en fonction de la couverture vaccinale obtenue et de l'ancienneté du programme.

Stratégie d'établissement des priorités en matière d'innovation vaccinale (VIPS)

La stratégie VIPS est le fruit d'une collaboration de 3 ans entre le Secrétariat de l'Alliance Gavi, l'OMS, la Fondation Bill &

²² Principles and considerations for adding a vaccine into a national immunization programme: From decision to implementation and monitoring. Geneva: World Health Organization; April 2014 (https://www.who.int/immunization/programmes_systems/policies_strategies/vaccine_intro_resources/nvi_guidelines/en/, accessed November 2020).

²³ Pneumococcal conjugate vaccines in infants and children under 5 years of age: WHO position paper – February 2019. Weekly Epidemiological Record 2019;94:85–104 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/310968/WER9408.pdf>, accessed November 2020).

²² Principes et considérations sur l'ajout d'un vaccin dans un programme national de vaccination: de la décision à l'exécution et au suivi. Genève: Organisation mondiale de la Santé; avril 2014 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/151615/9789242506891_fre.pdf, consulté en novembre 2020).

²³ Vaccins antipneumococques conjugués chez les nourrissons et les enfants de moins de 5 ans: note de synthèse de l'OMS – février 2019. Relevé épidémiologique hebdomadaire. 2019;94:85–104 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/310968/WER9408.pdf>, consulté en novembre 2020).

UNICEF and PATH – known as the VIPS Alliance – to develop a single integrated framework to evaluate and prioritize vaccine product innovations. In May 2020, VIPS prioritized 3 vaccine product innovations: micro-array patches (MAPs); heat stable formulations including Controlled Temperature Chain qualified vaccines; and barcodes on primary packaging. Next, the VIPS Alliance is embarking on the development of end-to-end (development-to-uptake) strategies for the 3 prioritized innovations. In-depth consultation with vaccine manufacturers and innovation developers, funders, implementation stakeholders and global partners will inform 5-year action plans that, if resourced, could accelerate their progress to introduction and impact. The purpose of this SAGE session was to communicate the outcomes of the prioritization process to the immunization community, and to seek feedback on key assumptions and on the proposed next steps for VIPS.

SAGE agreed with the 3 prioritized product innovations and concurred that they could have significant programmatic impact. SAGE endorsed the following principles as a basis for VIPS strategic planning:

- Innovations in vaccine product attributes and approaches are needed to achieve coverage and equity goals; this implies future procurement and implementation of differentiated products and approaches.
- Co-ordinated and integrated end-to end strategies are needed to advance the priority innovations and prepare for country uptake, taking into consideration lessons from previous experience, e.g. Uniject.
- Ideally, innovative vaccine products should be procurement cost neutral; if procurement cost is incrementally greater than the existing vaccine, evidence of cost savings in programmatic delivery and economic impact is needed to rationalize procurement.
- To prepare for the deployment of these innovations, the programmatic, policy, procurement and delivery environment need to evolve to enable differentiated presentations within a single country or region.

SAGE recommended that VIPS should continue to assess the product innovation landscape to identify opportunities in the context of COVID-19 vaccines. Beyond advancing development and use of “supply-side” product innovations, SAGE advised that VIPS should explore “demand-side” innovations which are needed to reach the unreachable. ■

Melinda Gates, l’UNICEF et PATH – regroupés sous le terme «Alliance VIPS» – pour élaborer un cadre intégré unique d’évaluation et de hiérarchisation des innovations dans le domaine des produits vaccinaux. En mai 2020, l’Alliance VIPS a sélectionné 3 innovations prioritaires: les patchs à micro-aiguilles; les formulations thermostables, notamment les vaccins qualifiés pour une utilisation dans la chaîne à température contrôlée; et les code-barres sur les emballages primaires. À présent, l’Alliance VIPS s’emploie à élaborer des stratégies de bout en bout (de la phase de développement à l’adoption du produit) pour ces 3 innovations prioritaires. Un processus de consultations approfondies avec les fabricants de vaccins et les concepteurs de produits innovants, les bailleurs de fonds, les intervenants de la mise en œuvre et les partenaires mondiaux aboutira à la formulation de plans d’action sur 5 ans qui permettront, s’ils sont dotés de ressources suffisantes, d’accélérer les progrès jusqu’à l’introduction des produits et l’obtention de l’impact recherché. Cette séance du SAGE avait pour objectif de présenter les résultats du processus d’établissement des priorités aux partenaires de la vaccination et de recueillir leurs commentaires sur les hypothèses de base adoptées par l’Alliance VIPS, ainsi que sur les prochaines étapes proposées.

Le SAGE a approuvé le choix des 3 innovations prioritaires et a convenu qu’elles étaient susceptibles d’avoir un impact programmatique important. Le SAGE a indiqué qu’il souscrivait aux principes suivants, devant servir de base à la planification de la stratégie VIPS:

- Pour atteindre les objectifs de couverture et d’équité, des innovations doivent être apportées aux méthodes et aux caractéristiques des produits vaccinaux; cela se traduira à l’avenir par l’achat et la mise en œuvre de produits et de méthodes différenciés.
- Des stratégies de bout en bout intégrées et coordonnées sont nécessaires pour accélérer le développement des innovations prioritaires et préparer l’adoption de ces produits par les pays, en tenant compte des enseignements tirés d’expériences passées, comme celle d’Uniject.
- Dans l’idéal, les produits vaccinaux novateurs devraient être neutres en termes de coût d’approvisionnement; si le prix d’achat du nouveau produit est sensiblement supérieur à celui du vaccin existant, il faudra pouvoir prouver que des économies seront générées au niveau des prestations programmatiques et de l’impact économique pour en justifier l’achat.
- En vue du déploiement de ces innovations, une évolution de l’environnement programmatique et politique et des systèmes d’achat et de distribution sera nécessaire pour permettre à des présentations différenciées de coexister au sein d’un même pays ou d’une même région.

Le SAGE a recommandé à l’Alliance VIPS de continuer à évaluer toute la gamme de produits novateurs afin d’identifier ceux qui pourraient présenter un intérêt particulier dans le contexte de la vaccination contre la COVID-19. Outre les efforts déployés pour accélérer le développement et l’utilisation des innovations axées sur l’offre, le SAGE a conseillé à l’Alliance VIPS d’accorder une attention particulière aux innovations axées sur la demande, lesquelles seront nécessaires pour atteindre les populations non vaccinées. ■