

Se mobiliser pour ou contre les vaccins

**La vaccination ne
laisse pas indifférent.
Sur quels motifs et
arguments reposent
ces prises de position
parfois si contrastées ?**

Didier Tornay

Sociologue, chargé de recherche,
INRA-RITME (UR 1323), membre du
Comité technique des vaccinations

La pratique immunisante antérieure à la vaccination, la variolation, n'avait en Europe que peu intéressé au-delà des cercles nobles et savants, en dépit des arguments statistiques développés par Bernouilli [23]. En revanche, la pratique jennérienne, va connaître un immense succès : en quelques années, l'usage de la vaccine se répand sur le globe, en trouvant un grand soutien parmi les gouvernants mais aussi de nombreuses populations [2]. Près d'un siècle plus tard, les applications des recherches de Pasteur et de Koch connaissent également de grands succès, et fondent le terme général de vaccination. On peut prendre l'exemple de la lutte contre la polio, qui a mobilisé massivement, en particulier aux États-Unis autour de la figure de Franklin Delano Roosevelt. La mise au point d'un vaccin était alors un but largement partagé, impliquant enfants, parents, associations, dans les formes les plus diverses afin de mobiliser des fonds pour la recherche [50]. Pendant les quinze premières années de l'épidémie de sida, on a retrouvé une situation équivalente, le vaccin apparaissant comme *la* solution, difficile à mettre au point, mais simple à mettre en œuvre une fois fabriqué. Souvent dépeint comme la « *magic bullet* » de la santé publique, le vaccin est inséparable du mythe vaccinal comme projet, avec comme objectif ultime l'éradication de l'ensemble des maladies infectieuses par l'immunisation artificielle [35], à l'image de ce qui a été réalisé uniquement contre la variole.

Rôle des firmes pharmaceutiques

Même si les concurrences scientifiques et politiques ont toujours existé et que le

travail pastorien a été décrit comme celui d'une véritable entreprise [35], la dimension économique de la vaccination s'est renforcée avec l'industrialisation du vaccin qui s'est véritablement intensifiée après la Seconde Guerre mondiale. Le contrôle public qui s'exerce sur le vaccin, à la fois comme médicament et comme objet de santé publique, est dans la période contemporaine limité par la délégation aux firmes du développement et surtout de la production vaccinale. En Europe, à l'exception du laboratoire norvégien de santé publique (NIPH), il n'existe aucune capacité publique de production de vaccins. Les tensions qui en découlent entre l'intérêt de santé publique, tel que défini par l'État et ses experts, et l'intérêt commercial des firmes peuvent prendre plusieurs formes. Comme tout lobby, les firmes peuvent chercher à influencer le décideur public sur la nécessité de vacciner, la taille de la cible vaccinale, le nombre de doses nécessaires, etc. L'extension de la vaccination contre l'hépatite B en France en 1994-1996, fondée sur des campagnes publicitaires agressives, bien au-delà des recommandations du Comité technique des vaccinations, inscrites au calendrier vaccinal, en fut un exemple. De manière générale, les firmes pharmaceutiques sont donc clairement des agents promoteurs de la vaccination, ou plutôt des vaccins qu'elles produisent.

Cependant, de par leur situation oligopolistique, issue principalement des difficultés techniques de conception et de fabrication, les firmes peuvent choisir de mettre à disposition ou d'arrêter la fabrication et la commercialisation de tel ou tel vaccin. Même si la puissance publique souhaite



obtenir un vaccin monovalent pour une population particulière, les firmes peuvent décider de ne développer que des vaccins multivalents qui correspondent à leurs stratégies internationales. Symétriquement, il n'est pas rare que les structures d'expertise considèrent qu'un vaccin n'a pas d'intérêt en santé publique, même s'il est disponible, possède une AMM et peut donc être prescrit (par exemple, le vaccin contre le rotavirus [10]). Cette structure interactive soulève régulièrement des critiques sur l'absence d'indépendance des experts et de la puissance publique, comme on l'a encore vu avec la mise en cause du rôle des experts de l'OMS dans la gestion de la pandémie grippale. Plus généralement, la place essentielle des firmes dans la fabrication, la communication et les recommandations nourrit les arguments et les mouvements antivaccinaux.

Importance des mouvements et arguments antivaccinaux

Toujours suscités par l'existence d'une contrainte publique, les mouvements antivaccinaux sont massifs au XIX^e siècle dans les pays anglo-saxons. Ils sont alors bien organisés et utilisent les techniques de résistance les plus diverses, de la succion de la plaie vaccinale à

la non-déclaration d'enfant, en passant par la fabrication de certificats d'exemption. Des médecins en sont le plus souvent à l'origine ; ils opposent à la vaccination d'autres modalités de lutte contre la variole (par exemple, le dépistage et l'isolement des cas).

Si le XX^e siècle ne connaît pas de mobilisation d'ampleur équivalente, le fond argumentatif des mouvements antivaccinaux demeure le même : critique de l'efficacité de l'immunisation artificielle, dénonciation des risques iatrogéniques associés à la vaccination, défense d'une médecine naturelle ou alternative, mise en avant des libertés individuelles [3, 30]. Leur action autour des accidents vaccinaux est particulièrement visible : ce sont ces mobilisations qui ont permis, dans de nombreux pays, la reconnaissance des dommages et l'indemnisation des personnes par la puissance publique.

Au-delà de ces mouvements, la méfiance vis-à-vis du vaccin demeure une constante : l'introduction de substances « toxiques », voire « vivantes », dans un corps sain reste anthropologiquement suspecte. Qu'un article scientifique évoque une corrélation, qu'une annonce gouvernementale suspende une campagne, qu'une plainte soit reconnue en justice, que le niveau de connaissance sur

des adjuvants soit discuté et cette méfiance trouve un support tangible qui peut faire chuter durablement une couverture vaccinale. C'est d'autant plus vrai qu'aujourd'hui de nouveaux vaccins ne protègent pas d'une menace immédiate, mais d'une morbidité beaucoup plus lointaine.

La pandémie grippale a une fois de plus montré que c'est de l'intérieur des professions médicales que la mobilisation contre la vaccination était la plus forte : prises de position publiques de médecins, inquiétudes sur la sécurité vaccinale de la part de syndicats d'infirmiers, critique des modalités d'organisation collective de la campagne. L'époque d'une mobilisation massive en faveur d'un vaccin sauvant à coup sûr du péril infectieux, ne faisant face qu'à quelques « résistances irrationnelles », est sans doute passée. La santé publique est aujourd'hui dominée par une éthique du consentement éclairé qui présuppose que les professionnels de santé et leurs patients soient bien informés et libres de leurs choix. Cette liberté et les responsabilités associées ne nourrissent pas les mouvements antivaccinaux mais installent durablement la vaccination comme objet controversé. ❁

Comment faire de la pédagogie autour du vaccin ?

Informé, communiquer sur la vaccination nécessite de clarifier les enjeux qui existent autour des vaccins. Une communication argumentée sur les vaccins – bénéfiques et réalité des risques – doit être émise par les autorités sanitaires à l'attention des professionnels de santé et des médias.

Daniel Floret

Professeur de pédiatrie, université Claude Bernard Lyon1, hôpital Femme-Mère-Enfant, Bron, président du Comité technique des vaccinations

La campagne de vaccination contre la grippe pandémique A (H1N1) 2009 a clairement démontré que l'acceptabilité était un facteur essentiel dans le succès d'un programme vaccinal. Elle a également montré les limites et les failles de notre système de communication. La mise en place d'un système de communication autour des vaccins suppose une identification préalable des obstacles potentiels et de tout ce qui est susceptible de brouiller les messages.

Identifier les obstacles

Le grand public est globalement très en faveur de la vaccination (entre 90 et 95 %), bien que l'adhésion diminue avec l'âge et soit meilleure chez les hommes que chez les femmes [1].

Toutefois, il serait dommageable de négliger les 5 à 10 % de la population qui expriment une opinion non favorable ou réservée vis-à-vis de la vaccination. Ceux-ci peuvent être classés selon deux catégories.

- Les sceptiques : ils ne rejettent pas systématiquement la vaccination. Souvent adeptes des médecines alternatives, ils sont en faveur de vaccinations sélectives et souhaitent des discussions sur les stratégies vaccinales, l'efficacité des vaccins, leur sécurité, les effets secondaires.

- Les opposants représentent un groupe minoritaire et hétérogène répondant à des motifs religieux, philosophiques ou idéologiques. À l'inverse du groupe précédent, ils ne sont pas accessibles au raisonnement et ne pourront être convaincus. Tout ce qu'ils disent n'est pas faux. En outre, leur argumentaire doit être connu afin de préparer les réponses que toute personne communiquant sur la

vaccination vis-à-vis du grand public doit être à même d'apporter.

Les arguments des opposants à la vaccination se classent selon plusieurs rubriques :

- Violation des libertés individuelles : individus responsables, ils revendiquent le droit de choisir en connaissance de cause.

- Théorie du complot : les autorités de santé et les experts ont été « achetés » par l'industrie. Les effets secondaires des vaccins sont systématiquement minorés ou cachés.

- Les vaccins sont inefficaces, procurent une immunité artificielle et altèrent le système immunitaire.

- Les vaccins ne sont pas responsables de la baisse d'incidence des maladies, laquelle s'explique par l'amélioration des conditions de vie. En outre, les vaccins sont dirigés contre les maladies communes de l'enfance, le plus souvent bénignes.

Du côté des professionnels de santé, l'opinion semble massivement en faveur de la vaccination (plus de 97 % selon le Baromètre santé 2003). Toutefois, si les opposants sont rares, ils possèdent un fort pouvoir de nuisance. En outre, selon l'enquête INPES/BVA de février 2005 (INPES communication personnelle), 58 % des médecins s'interrogent sur l'utilité des vaccins administrés aux enfants et 31 % sur leur sécurité.

Prendre en compte les éléments qui faussent la communication sur les vaccins

Cette prise en compte devrait nécessiter d'importantes mesures de la part des autorités de santé. Même si celles-ci vont demander un délai, il nous semble indispensable de les souligner.



Les obligations vaccinales

Elles représentent un paradoxe dans un pays où la loi garantit à tout citoyen le droit de refuser des soins, fussent-ils critiques. Certes, la vaccination, au-delà de la protection individuelle, présente une dimension de protection collective. Toutefois, nul ne peut sérieusement prétendre que la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite représentent actuellement dans notre pays une menace pour la santé publique justifiant ce que les opposants aux vaccinations dénoncent comme une atteinte à la liberté individuelle. La France est parmi les pays industrialisés un des seuls États à conserver des obligations vaccinales [21]. Nos voisins ont pourtant des couvertures vaccinales proches des nôtres, voire meilleures. L'expérience montre d'ailleurs qu'il est aisé de s'y soustraire. L'histoire a aussi montré que les mesures coercitives renforçaient les liges antivaccinales.

Les obligations vaccinales faussent la communication sur les vaccins « seulement recommandés ». La vaccination contre la rougeole en est un bel exemple.

En outre, si l'utilisation de vaccins combinés en améliore l'acceptabilité en réduisant le nombre d'injections, le mélange de vaccins obligatoires et de vaccins recommandés, en l'absence d'alternatives pour certains, est vécue par les opposants comme une manière de forcer la main des familles voire de vacciner les enfants à leur insu.

Une réflexion devrait être rapidement initiée sur ce thème, au moins pour préparer les mesures qui permettraient d'éviter une chute des couvertures vaccinales dans l'hypothèse d'une levée des obligations.

La gestion des conflits d'intérêts

Les polémiques autour de la vaccination contre la grippe A (H1N1) 2009 ont mis en exergue nos lacunes en la matière. Alors que la quasi-totalité des structures d'expertise avaient mis en place des procédures et rendu publiques les déclarations de leurs experts, cette manifestation de transparence s'est finalement retournée contre eux faute d'avoir justifié la nécessité de liens entre les experts et l'industrie, faute d'avoir expliqué la différence entre liens et conflits d'intérêts, et également faute d'avoir rendu compréhensibles les conséquences, notamment financières, de ces liens. Ainsi, la traduction des déclarations d'intérêt a été « *les experts sont financés par l'industrie* ».

Les enquêtes parlementaires en cours vont probablement déboucher sur la création

d'un système de contrôle de la sincérité des déclarations. Le fait d'imposer en parallèle aux industriels la publication de ce qu'elles ont versé et à qui va dans le sens de la transparence. Espérons que le volet prévention ne sera pas oublié, notamment par le développement de systèmes publics de recherche permettant aux experts de travailler sur les vaccins en dehors de l'industrie. Il est par ailleurs hautement souhaitable que soit réglé le problème du financement du déplacement des experts pour assister aux grands congrès internationaux.

La sécurité des vaccins

Il est généralement admis que 1 à 10 % des effets secondaires graves liés aux médicaments font l'objet d'une déclaration aux centres régionaux de pharmacovigilance. Cela donne évidemment du crédit aux opposants à la vaccination qui prétendent que les effets secondaires des vaccins sont sciemment cachés. Des mesures éventuellement coercitives doivent être prises pour améliorer la notification.

La communication autour des effets secondaires – réels ou allégués – des vaccins doit être prise en considération. La liste des effets secondaires énumérés dans le résumé des caractéristiques (RCP) des vaccins donne le vertige. Comment communiquer sur l'association vaccination contre l'hépatite B et maladies démyélinisantes dès lors que la sclérose en plaques et le syndrome de Guillain Barré apparaissent en tête de la liste des effets secondaires neurologiques liés au vaccin ? La communication sur la survenue d'un syndrome de Guillain-Barré (qui n'en n'était pas un) et d'un cas de mort foetale *in utero* au début de la campagne de vaccination contre la grippe A n'a certainement pas facilité l'acceptabilité de la vaccination. La publication d'effets secondaires notifiés devrait être systématiquement assortie d'une analyse d'imputabilité.

Il convient d'ailleurs de constater que les polémiques autour de la sécurité des vaccins sont parfois déclenchées par les autorités de santé elles-mêmes. Ce fut notamment le cas du thiomersal : en 1999, la FDA s'est inquiétée des doses croissantes de mercure délivrées aux nourrissons du fait des vaccins et a mis en place des études. Bien que celles-ci n'aient révélé aucun signal inquiétant, cette intervention a déclenché une polémique sur la responsabilité du thiomersal dans la genèse de l'autisme infantile, polémique aggravée par la demande ultérieure de la FDA faite aux

fournisseurs de retirer (en raison de son inutilité) le thiomersal des vaccins mono-doses [49].

L'association temporelle entre la vaccination et des événements attendus devrait être anticipée. Cela a été récemment réalisé pour la vaccination contre le papillomavirus [55] ou la grippe A [5]. De telles études (qui mériteraient d'être diffusées) devraient être systématiquement mises en place lors de l'introduction d'un nouveau programme vaccinal.

La réalisation d'une étude suggérant une association possible entre une vaccination et un effet secondaire grave représente une perspective sérieuse de notoriété. Cela n'est pas évitable. L'acceptation pour publication d'études de ce type et de méthodologie douteuse par de grandes revues internationales est surprenante. L'article de Wakefield qui a déclenché la polémique sur l'association autisme et vaccination contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (article récemment retiré du sommaire du *Lancet*) en est un bel exemple. Après cela, la dizaine d'études épidémiologiques de bonne méthodologie démontrant l'absence de lien entre la vaccination et l'autisme infantile n'a pas suffi à éteindre l'incendie.

Les comités de lecture des revues devraient être soumis à des règles éthiques rigoureuses. Par ailleurs, les agences devraient utiliser systématiquement un droit de réponse face à de telles publications.

Comment faire mieux ?

Les mesures précédentes avaient pour but essentiel de répondre aux critiques et d'éviter de déclencher les polémiques par des interventions maladroites. D'autres mesures sont susceptibles d'améliorer la communication.

Mieux parler de la maladie

La campagne de vaccination contre la grippe a bien montré que la mauvaise acceptabilité de la vaccination était liée, certes aux polémiques sur la sécurité des vaccins, mais surtout à la non-perception du risque liée à la maladie. Dans le cas particulier, la communication s'avérait particulièrement difficile face à une grippe dont nul n'était réellement capable de prédire la gravité. Cela n'est pas habituellement le cas. Une communication objective et non dramatisante est nécessaire pour mieux faire comprendre les enjeux de la vaccination. Cette communication devrait être effectuée par des experts reconnus, issus des sociétés savantes et non directement impliqués dans l'expertise des vaccins.

Introduire la société civile

Les séances plénières de l'ACIP (équivalent américain du Comité technique des vaccinations) sont publiques, ce qui représente un gage supplémentaire de transparence et permet une meilleure publicité (les nouvelles recommandations vaccinales sont publiées en bonne place dans le *New York Times* le lendemain des sessions). Ce type de mesure est difficilement applicable en France actuellement. Par contre, l'ouverture des séances du CTV à des observateurs issus de la société civile est probablement possible et de nature à améliorer la crédibilité de l'expertise.

Apprendre à mieux travailler avec les médias

Durant la campagne de vaccination contre la grippe A (H1N1), l'accès rapide, *via* Internet, à un grand nombre d'informations non validées, dont la source n'est pas toujours identifiée, a fait la part belle aux messages émanant de sites d'associations antivaccinales. Il convient désormais d'apprendre à utiliser les

armes de nos adversaires. Une veille doit être mise en place, assortie de réponses systématiques et argumentées aux articles dénigrant la vaccination.

Cette même campagne a mis en exergue le poids des médias, avec qui il faut apprendre à mieux travailler. Les experts doivent éviter de tomber dans les pièges où, par exemple, l'avis d'un expert renommé est mis en balance avec celui de l'homme de la rue. On peut accepter un débat contradictoire, face à face, avec des règles pré-établies mais il faut refuser les interviews tronquées.

Les autorités de santé devraient mieux contrôler les « experts autoproclamés » en contestant leur légitimité chaque fois qu'il est possible de le faire.

Enfin, la grande presse peut être une alliée puissante pour qui sait travailler avec elle, donc l'intéresser. L'organisation de conférences de presse lors des événements importants, notamment la publication de nouveaux avis à grande portée, est certainement un moyen

de faire passer les messages, y compris auprès des professionnels de santé.

En conclusion

Les vaccinations doivent être expliquées, comprises et acceptées.

Dans le système actuel, les médecins traitants effectuent plus de 80 % des vaccinations. Ils ont la confiance des patients et représentent donc la cible prioritaire, même si personne ne sait vraiment comment les impliquer dans un contexte de recommandations changeantes et de plus en plus complexes.

La médiatisation est une voie incontournable et certainement efficace, autant auprès des professionnels que du grand public. C'est aussi une arme à double tranchant qui impose un apprentissage du travail avec les médias, d'avoir des messages clairs, de faire disparaître les situations susceptibles de jeter un doute sur l'impartialité des recommandations et d'éviter de créer la confusion au nom de la transparence. ❀



Permettre l'accès à la vaccination des populations des pays en développement

Près de 10 millions d'enfants de moins de 5 ans meurent chaque année. La moitié de ces décès pourrait être évitée par la vaccination. Panorama des politiques et aides internationales pour aider les pays en développement à vacciner leurs populations.

Kamel Senouci

Médecin de santé publique, directeur de l'Initiative SIVAC, Agence de médecine préventive (AMP), Paris

Alfred Da Silva

Médecin de santé publique, directeur exécutif, Agence de médecine préventive (AMP), Paris

Depuis le sommet du millénaire en l'an 2000, la vaccination a pris une place centrale dans les politiques de santé au niveau mondial, s'affirmant comme le principal levier pouvant contribuer de manière décisive à l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement (OMD), notamment celui visant à réduire de deux tiers la mortalité des enfants de moins de cinq ans d'ici 2015 (OMD 4).

Depuis 2005, plus de 100 millions d'enfants sont vaccinés [42], chaque année, durant leur première année de vie. Ainsi, pour la première fois depuis la mise en place de la collecte des données de mortalité, le nombre d'enfants de moins de 5 ans qui meurent chaque année est passé sous la barre des 10 millions [58, 61]. La vaccination de masse est en grande partie responsable de ce succès. Un autre exemple majeur de succès est la réduction de la mortalité liée à la rougeole, de 750 000 décès en 2000 à moins de 197 000 en 2007 [13].

Cependant, en 2008, plus de 23 millions d'enfants n'ont pas reçu la totalité des vaccins DT Coq prévus dans le Programme élargi de vaccination (PEV) pour la première année de vie, représentant quasiment 20 % de la cohorte de naissances annuelles mondiale. Ce défaut de couverture porte essentiellement sur les pays d'Asie du Sud-Est et d'Afrique (10 pays représentent à eux seuls 75 % des enfants non vaccinés). Par ailleurs, les taux de couverture DT Coq3, après avoir fortement progressé depuis l'année 2000 dans toutes les régions du monde, stagnent voire régressent dans un certain nombre de pays en développement.

Cinq maladies demeurent responsables de plus de la moitié des décès des enfants de moins de 5 ans : maladies à pneumocoques, diarrhées infectieuses, paludisme, rougeole et sida. À elles seules, les infections à pneumocoques et les diarrhées infectieuses sont responsables d'environ 40 % des décès avant l'âge de 5 ans, alors même que ces maladies peuvent être évitées par la vaccination.

Ainsi les pays pauvres doivent-ils encore faire face à maints problèmes limitant la généralisation des succès de la vaccination observée dans les pays riches :

- les conflits armés et l'instabilité politique;
- la faiblesse des systèmes de santé (ressources humaines et financières faibles, infrastructures et moyens logistiques insuffisants, etc.);
- la multiplicité des priorités sanitaires et la difficulté d'en établir un ordre;
- les prix élevés des nouveaux vaccins (pneumocoques, rotavirus, virus du papillome humain – HPV) à fort impact de santé publique;
- l'insuffisante adaptation aux spécificités locales des recommandations globales et régionales;
- le développement important et insuffisamment réglementé du secteur de santé privé;
- l'influence grandissante des groupes anti-vaccinaux...

En plus de devoir gérer ces multiples défis, ces pays doivent aussi faire face à une multiplicité des vaccins dès à présent accessibles ou qui seront mis sur le marché très bientôt. Ainsi les vaccins anti – *haemophilus influenzae*

type b (Hib), pneumocoques, rotavirus ou encore virus du papillome humain (HPV) sont disponibles mais les pays doivent préparer et prioriser leur introduction en fonction des capacités et disponibilités techniques et financières. Il faudra aussi bientôt compter avec les vaccins contre le paludisme, la tuberculose, la dengue ou encore le VIH. L'essor de producteurs de vaccins dans les pays en développement et émergents permet une baisse significative des prix, mais ajoute aussi un degré de complexité pour l'introduction des vaccins dans les pays à revenus intermédiaires ou bas.

Afin de faire face à la complexification des décisions à prendre pour permettre d'atteindre l'objectif de réduction de la mortalité liée aux maladies à prévention vaccinale, les pays en développement bénéficient de l'aide de la communauté internationale au travers de la mise en place de stratégies, d'aides techniques, et de partenariats et mécanismes de financement innovants.

L'Organisation mondiale de la santé et l'Unicef ont conçu une vision et une stratégie mondiales pour la vaccination pour la décennie 2006-2015 [46]. Il s'agit à la fois d'atteindre l'objectif de réduction de deux tiers de la mortalité des enfants de moins de 5 ans, mais aussi de s'assurer que les vaccinations bénéficient à l'ensemble des groupes de population (enfants, adultes, travailleurs, etc.). Les éléments majeurs de cette stratégie sont le renforcement des capacités nationales dans la prise de décision concernant les politiques et services de vaccination, l'intégration de la vaccination aux autres interventions sanitaires, le renforcement de la communication envers les populations [14].

En appui de cette stratégie, l'OMS, à travers son siège, ses bureaux régionaux et nationaux, apporte une aide technique directe aux pays pour l'élaboration, la mise en place, le suivi et l'évaluation des programmes de vaccination. L'Unicef, de son côté, fournit des vaccins à prix négociés à de nombreux pays en développement et participe à la mise en place et au renforcement des programmes de vaccination.

Cependant, pour répondre aux défis du triple constat de la fin de la décennie 1990 – de l'accès limité à la vaccination avec stagnation ou baisse de la couverture vaccinale, de l'inéquité entre le Nord et Sud dans l'accès aux vaccins, du trop faible investissement dans la recherche pour les vaccins contre les maladies importantes dans les pays en développement –, un nouveau partenariat

mondial a été établi en 2000, sous le nom d'Alliance Gavi. C'est un partenariat qui associe à la fois des groupes publics et privés : pays en développement, pays industrialisés, groupes philanthropes (Fondation Bill et Melinda Gates), fabricants de vaccins, organisations de la société civile et institutions des Nations unies (OMS, Unicef, Banque mondiale). Les objectifs de ce partenariat sont d'accélérer l'accès des plus pauvres aux vaccins sous-utilisés ou nouveaux, d'introduire des technologies innovantes pour l'immunisation, de renforcer les systèmes de santé et de vaccination, et d'accroître sur le long terme la mobilisation et la pérennité des financements pour les programmes nationaux de vaccination.

Lors de la première phase (2000-2005), en fournissant une aide financière de 5 ans, l'alliance s'est concentrée sur la fourniture de vaccins (Haemophilus influenzae de type b, hépatite B, fièvre jaune), le renforcement de la sûreté des injections vaccinales, l'amélioration des taux de couverture assortie de primes récompensant la performance, et un soutien au renforcement des systèmes de vaccination. Pour assurer la pérennisation des programmes, les pays éligibles devaient prendre en charge progressivement les dépenses par un processus de décroissance de l'aide et de primes basées sur les résultats.

Dans une seconde phase (2006-2010), sur la base de l'augmentation de la disponibilité de vaccins, la faible baisse de leur prix et l'incapacité des pays à prendre le relais financier, l'Alliance Gavi a facilité et soutenu l'introduction de deux vaccins supplémentaires (pneumocoques et rotavirus). Des soutiens au renforcement des systèmes de santé et aux organisations de la société civile ont été instaurés. La mobilisation des ressources financières Gavi a été renforcée par la mise en place de d'instruments financiers innovants comme la Facilité internationale de financement pour la vaccination (IFFIm) et la Garantie de marché pour les nouveaux vaccins (AMC).

Jusqu'à présent, plus de 72 pays ont pu bénéficier de l'aide de l'Alliance Gavi, ils représentent près de la moitié de la population mondiale. L'alliance prévoit d'avoir dépensé près de 4 milliards de dollars pour la phase 2005-2010 [62].

On estime que, depuis la création de l'alliance, plus de 256 millions d'enfants supplémentaires ont été vaccinés dans les pays en voie de développement. Avec ce dispositif, plus de 4 millions de décès auraient été évités

grâce à la vaccination contre l'hépatite B ; l'Haemophilus influenzae de type b et la coqueluche.

En complément de l'aide technique de l'OMS et de l'Unicef et des concours financiers de l'Alliance Gavi, d'autres initiatives internationales ont vu le jour, avec notamment pour objectif principal l'introduction accélérée des vaccins sous-utilisés ou des nouveaux vaccins. Certaines d'entre elles focalisent sur une pathologie particulière (*Pediatric Dengue Vaccine Initiative, Hib Initiative, PneumoAdip, Meningitis Vaccine Project*), d'autres apportent un soutien pour l'amélioration des systèmes de vaccination (Optimize, etc.).

Plus récemment, certains partenaires proposent aux pays de renforcer les systèmes en amont des programmes de vaccination tels que l'augmentation de la contribution nationale au financement ou à l'élaboration des politiques vaccinales au plus près des besoins locaux.

Ainsi l'AMP (organisme technique sans but lucratif établi depuis 1972) apporte, depuis 2008, un soutien au renforcement des processus de prise de décision basés sur l'analyse factuelle des données disponibles aux niveaux national, régional et mondial. L'Initiative Sivac (Supporting Independent Immunization and Vaccines Advisory Committees) [57], mise en place avec l'International Vaccine Institute (IVI, Séoul, Corée) et en collaboration étroite avec l'OMS, a pour objectif d'aider les pays à mettre en place ou à renforcer les capacités des groupes techniques consultatifs pour la vaccination (GTCV, équivalent du Comité technique des vaccinations français). Cette initiative, financée par la Fondation Bill & Melinda Gates, permettra à 13 pays éligibles à l'Alliance Gavi ou à revenus intermédiaires dans l'ensemble des régions du monde (hors Amériques) de s'approprier les politiques vaccinales pour répondre au plus près aux besoins de leurs populations. À ce jour, la Côte d'Ivoire, le Kenya, le Mozambique, la Tunisie, le Liban, la Mongolie, le Kirghizistan et l'Indonésie sont partenaires de l'Initiative Sivac. 🌸

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 48.