

Rapport du directeur exécutif

Le 22 novembre 2017

Chers membres du Conseil d'administration,

C'est pour moi un honneur d'avoir été reconduit par le Conseil d'administration dans mes fonctions de Directeur exécutif de l'Alliance. Je suis très heureux de ce que notre modèle innovant nous a permis de réaliser à ce jour et plein d'humilité face aux défis qu'il nous faut encore affronter pour que tous les enfants reçoivent tous les vaccins dont ils ont besoin. Je me réjouis également du fait que nous allons pouvoir continuer à bénéficier du leadership du Dr Ngozi pour relever ces défis, suite au renouvellement de son mandat de Présidente du Conseil d'administration.

Ma priorité absolue est de réussir à atteindre tous les enfants – d'une part en continuant à déployer de nouveaux vaccins pour promouvoir l'équité à l'intérieur des pays et d'autre part en améliorant la couverture vaccinale et l'équité – et d'assurer le succès de notre modèle de pérennisation. Nous devons réussir, c'est crucial pour l'Alliance aussi bien que pour l'ensemble de la population. En élargissant la vaccination systématique pour atteindre ceux qui ont été délaissés jusqu'ici, nous construisons les bases de la couverture sanitaire universelle, comme je l'explique plus loin. Et en expérimentant une nouvelle démarche systématique avec les pays en passe de s'affranchir de l'aide au développement, le modèle de Gavi en matière de développement durable joue le rôle d'éclairer pour la communauté élargie.

Nous continuons à voir une forte progression en matière de pérennisation: le cofinancement des pays a atteint un montant record en 2017 et 17 pays devraient sortir de la phase de transition dès la fin de l'année. Nous allons nous rencontrer en République démocratique populaire lao, pays qui constitue un exemple du succès de notre modèle. La couverture avec trois doses de vaccin contenant les valences diphtérie-tétanos-coqueluche (ou DTC3, dénomination que nous utiliserons par la suite dans ce rapport) n'était que de 51% dans ce pays en 2000; elle atteint maintenant 82%. Le Laos a en outre introduit les vaccins pentavalent et antipneumococcique, le vaccin polio inactivé, les vaccins contre la rubéole et l'encéphalite japonaise, une seconde dose de vaccin contre la rougeole, et mené une étude pilote de vaccination contre le virus du papillome humain (VPH). Cela a permis de prévenir plus de 25 000 décès (pour une population de moins de sept millions d'habitants) et contribué de façon notable à réduire pratiquement de moitié la mortalité infantile depuis 2000. Le pays, qui est

en bonne voie pour réussir sa transition à la fin de 2021, possède un programme ambitieux pour les années à venir, avec notamment l'introduction des vaccins contre le rotavirus et contre le VPH dans l'ensemble du pays en 2019, l'augmentation de ses propres investissements dans la santé et la vaccination et l'amélioration des services de santé. Le Laos reste néanmoins confronté à des problèmes de couverture vaccinale et d'équité, problèmes amplifiés par sa géographie, les barrières linguistiques et la faiblesse des infrastructures de transport qui limitent l'accès aux services de santé pour ceux qui n'appartiennent pas à l'ethnie lao, ainsi que la capacité de gestion des programmes et des ressources humaines. Le pays a connu, au cours des dernières années, des épidémies de poliomyélite dérivées de souches vaccinales de poliovirus, des épidémies de diphtérie, de coqueluche et de rougeole. La riposte à ces épidémies, incluant dix campagnes de vaccination contre la poliomyélite depuis 2010, a probablement impacté la couverture avec le DTC3, qui est passée de 89% à 82% en 2016. Notre réunion sera l'occasion de célébrer les progrès remarquables accomplis par le Laos et par d'autres pays en transition, de réfléchir à la manière dont Gavi devra s'engager avec les pays après leur transition et de discuter de certains risques spécifiques en matière de pérennisation à la suite de la retraite du Conseil d'administration d'avril dernier.

En ce qui concerne notre objectif d'atteindre tous les enfants, nos progrès sont plus mitigés. Nous avons atteint un nombre record d'enfants vaccinés avec les trois doses de DTC en 2016; nous leur procurons un nombre de vaccins plus élevé que jamais et nous sommes en voie de dépasser notre objectif quant au nombre d'enfants vaccinés entre 2016 et 2020. Néanmoins, en raison de l'augmentation de la population, la couverture du DTC3 a stagné, selon les estimations OMS-UNICEF de la couverture vaccinale (WUENIC, pour WHO-UNICEF Estimates of Immunisation Coverage) publiées en juillet (même si l'on peut observer des prémices de progression de la couverture vaccinale et de l'équité dans des pays importants). J'y reviendrai plus en détail, après les commentaires du Comité d'audit et de finance (AFC) et du Comité des programmes et des politiques (PPC) à ce sujet, qui devraient susciter une discussion plus approfondie du Conseil d'administration.

Toujours à la demande du Comité des programmes et des politiques (PPC), nous avons développé un Cadre d'investissement pour mieux quantifier les transactions impliquées dans les décisions de Gavi concernant les investissements (le Conseil d'administration pourra trouver ce document sur BoardEffect et sous forme d'annexe à l'article sur la typhoïde pour la décision la concernant). Suite aux commentaires des membres du Conseil d'administration, nous avons également essayé de condenser les documents soumis au Conseil d'administration et de les rendre plus stratégiques; le dossier principal qui vous a été remis est 25% plus court que celui de juin. Bien que cela ne figure pas formellement à l'ordre du jour du Conseil, je tiens à vous rappeler que vous pouvez trouver également sur BoardEffect la mise à jour annuelle sur l'application de la politique de Gavi en matière d'égalité des genres. Vous aurez ainsi une idée de l'importance de notre travail dans ce domaine et de la façon dont nous cherchons à l'améliorer.

Évolution de l'architecture de la santé mondiale

Changements dans le leadership des partenaires de Gavi

Comme nous en avons déjà discuté en juin, nous sommes au milieu d'une période de changement dans le leadership mondial avec des élections dans de nombreux grands pays et l'arrivée de nouveaux dirigeants à la tête de plusieurs organisations internationales. La semaine dernière, le Conseil d'administration du Fonds mondial a nommé Peter Sands au poste de Directeur exécutif et, en octobre, le Secrétaire général des Nations Unies a lancé le processus de recrutement d'un nouveau Directeur exécutif de l'UNICEF. En juillet, le Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus a pris ses fonctions de Directeur général de l'OMS. Ces changements dans la direction des institutions partenaires offrent l'occasion de renouveler leur engagement envers l'Alliance et apportent des idées neuves sur les défis auxquels nous sommes confrontés.

Le Dr Tedros a publié un projet de programme de travail définissant les orientations de l'OMS pour 2019-2023. Ce projet initial, qui sera finalisé selon le processus de l'Assemblée mondiale de la Santé, propose une vision audacieuse, axée sur la couverture sanitaire, les urgences sanitaires, les priorités en matière de santé mondiale et la contribution de la santé aux Objectifs de développement durable (ODD). Il souligne les changements dans la façon de travailler de l'OMS en mettant l'accent sur la transparence, la responsabilisation et la performance par rapport à des résultats mesurables. Le Dr Tedros a parlé de la nécessité de renforcer les partenariats de l'OMS. Au début du mois, il a invité, fait sans précédent, les dirigeants de Gavi, du Fonds mondial et du Comité international de la Croix-Rouge à participer à la réunion mondiale des hauts responsables de l'OMS (qui comprend les six directeurs régionaux et les représentants de l'OMS dans 148 pays) pour discuter de la façon dont l'OMS pourrait être un meilleur partenaire, tout particulièrement au niveau des pays. Après avoir consulté le Secrétariat, il a également décidé d'élever le niveau de la représentation de l'OMS au Conseil d'administration de Gavi en nommant Dre Soumya Swaminathan, Directrice générale adjointe chargée des programmes. La Dre Princess Nothemba (Nono) Simelela, Sous-Directrice générale chargée du Groupe Famille, femmes, enfants et adolescents, qui remplace Flavia Bustreo comme Directrice générale adjointe responsable de la vaccination, devrait être nommée comme suppléante au Conseil d'administration.

Vaccination, couverture sanitaire universelle et Objectifs de développement durable

Le Dr Tedros a fait de la couverture sanitaire universelle le pilier central de son programme. Nous sommes lui et moi tous deux d'accord sur le fait que la vaccination doit figurer en tête des grandes priorités dans la mise en place de la couverture sanitaire universelle (CSU), et ceci pour une multitude de raisons. Premièrement, il s'agit de l'un des meilleurs investissements en matière de santé et, comme c'est l'une des interventions préventives les plus importantes, elle joue un rôle essentiel en rendant la couverture sanitaire universelle abordable (en allégeant le poids financier des traitements et des soins palliatifs).

Deuxièmement, la vaccination atteint régulièrement plus de ménages que toute autre intervention en matière de santé, et fournit ainsi une plateforme solide pouvant servir aux autres services de santé. Et nous élargissons cette plateforme pour atteindre les laissés pour compte grâce à notre travail sur la couverture vaccinale et l'équité. Enfin, la vaccination figure parmi les interventions les plus équitables et profite essentiellement aux populations les plus marginalisées et les moins susceptibles d'avoir accès aux services curatifs. Le Dr Tedros et moi-même avons décidé de nous appliquer à faire reconnaître la vaccination comme une priorité pour les ODD et la couverture sanitaire universelle et je souhaiterais recevoir les suggestions du Conseil d'administration sur la manière d'y parvenir.

Comme nous en avons discuté maintes fois, il est essentiel de disposer d'un indicateur ambitieux permettant de mesurer la performance de la vaccination par rapport au troisième objectif de développement durable (ODD 3 - Santé et bien-être) pour s'assurer qu'elle figure parmi les priorités. J'ai donc été ravi que le Groupe stratégique consultatif d'experts (SAGE) sur la vaccination de l'OMS nous recommande d'adopter la perspective du parcours de vie pour suivre la couverture vaccinale de six vaccins :

- Troisième dose de vaccin contenant les valences diphtérie, tétanos et coqueluche comme mesure traditionnelle de la couverture vaccinale systématique;
- Dernière dose de vaccin antipneumococcique comme indicateur de couverture des nouveaux vaccins;
- Seconde dose de vaccin antirougeoleux pour mesurer la couverture durant la deuxième année de vie des enfants;
- Dernière dose de vaccin contre le VPH pour mesurer la couverture vaccinale chez les adolescents.

Un certain nombre de membres du SAGE ont indiqué qu'il conviendrait idéalement de mesurer le nombre d'enfants totalement vaccinés avec tous les vaccins universellement recommandés par l'OMS, mais ils ont reconnu que c'était difficile sur le plan méthodologique et ont demandé à l'OMS et aux partenaires de s'y intéresser à l'avenir. En attendant, la recommandation du SAGE est une bonne mesure de substitution pour la vaccination complète des enfants (en supposant qu'elle soit approuvée par le Groupe d'experts inter-institutions sur les indicateurs relatifs aux ODD).

À l'évidence, la vaccination ne concerne pas uniquement l'ODD 3. Elle contribue directement à 14 des 17 ODD, allant de la réduction de la pauvreté (ODD 1) à l'amélioration du niveau d'éducation (ODD 4) et à la réduction des inégalités (ODD 10). Elle est valable pour tous les pays du monde et constitue un bien public puisque le résultat de la vaccination dans quelque pays que ce soit a un impact sur la planète entière (étant donné que les maladies ne respectent pas les frontières). La mission de l'Alliance, qui s'attache à ne laisser personne de côté, et notre modèle de partenariat sont également étroitement alignés sur les ODD

(l'ODD 17 recommande de créer des partenariats pour la réalisation des objectifs). J'ai hâte de poursuivre les discussions que nous avons eues lors de la retraite d'avril et du Conseil d'administration de juin sur la façon d'augmenter la contribution de la vaccination envers les ODD. Cela servira probablement à orienter nos futures discussions sur la stratégie 2021-2025 de Gavi (Gavi 5.0).

Évolution de la situation en ce qui concerne les donateurs

Nous nous sommes efforcés de faire en sorte que Gavi et la vaccination restent une priorité pour les bailleurs de fonds après cette période de 18 mois pendant laquelle des élections ont eu lieu dans la plupart des principaux pays donateurs de Gavi. Ces élections ont largement débouché sur des gouvernements favorables à Gavi mais, ainsi que nous en avons déjà discuté, il subsiste des incertitudes et des risques notables. Suite à des échanges nourris entre Gavi et la présidence italienne du G7, avec le soutien des partenaires de la société civile, les ministres de la santé du G7 réunis en novembre ont reconnu l'Alliance du Vaccin en tant qu'« initiative internationale essentielle » dans leur communiqué final. Nous continuons également à diversifier notre base de donateurs. Je suis ravi que le Danemark, qui a été l'un des six donateurs fondateurs mais qui avait arrêté de financer Gavi en 2013, envisage de renouveler son soutien (sous réserve de l'approbation du parlement où Gavi bénéficie d'un fort soutien multipartite). La Suède, autre donateur fondateur, a récemment annoncé son intention de porter son soutien à 350 millions de couronnes suédoises (environ 44 millions de dollars US) en 2018. Et deux de nos nouveaux donateurs ont également annoncé un soutien additionnel. La Corée du Sud a promis 4 millions de dollars US pour 2018 tandis que l'Inde, premier pays bénéficiaire du soutien de Gavi à devenir donateur, a confirmé qu'elle doublerait sa contribution à 8 millions de dollars US pour la période 2017-2020.

Le Royaume-Uni, qui est le principal donateur de Gavi, vient de terminer l'évaluation annuelle de ses investissements dans Gavi, l'IFFIm et l'AMC. Gavi et l'IFFIm ont obtenu la notation A et l'AMC la notation A+. L'évaluation portant sur Gavi a montré que nous sommes sur la bonne voie par rapport à nos indicateurs de mission mais que nous sommes en retard pour certains autres objectifs ambitieux que nous nous sommes fixés – surtout en ce qui concerne la couverture vaccinale et l'équité, le renforcement des systèmes de santé (RSS) et certains domaines opérationnels. Le Département pour le développement international (DFID) a souligné qu'il était nécessaire d'accélérer les progrès dans ces domaines.

L'évaluation à mi-parcours de l'année prochaine sera l'occasion de montrer à tous les donateurs notre capacité à tenir nos promesses. Nous sommes en bonne voie pour honorer nos principaux engagements, décrits dans le Dossier d'investissement: vacciner 300 millions d'enfants, prévenir 5 à 6 millions de décès, tripler le cofinancement des pays et faire en sorte que plus de 20 pays se soient affranchis de l'aide de Gavi d'ici 2020. Le succès de l'évaluation à mi-parcours sera déterminant pour la prochaine reconstitution de nos ressources,

qui aura probablement lieu dans un contexte de plus en plus encombré, alors que de nombreuses autres organisations préparent elles aussi la reconstitution de leurs ressources.

Evolution du leadership de l'industrie du vaccin

L'industrie du vaccin a joué un rôle important dans la dernière reconstitution des ressources de Gavi - à la fois en tant que fervente avocate et à travers ses promesses de dons. Sir Andrew Witty de GSK a assisté à Bruxelles à la réunion de lancement de la campagne de reconstitution et s'est engagé à long terme sur des prix négociés pour les pays affranchis du soutien de Gavi. Les dirigeants des multinationales et des entreprises des pays en développement avaient assisté à la conférence des donateurs de Berlin et avaient pris une série d'engagements supplémentaires. Depuis, il s'est produit d'importants changements de personnel avec la nomination de nouveaux directeurs généraux chez GSK et Sanofi et un changement de direction des divisions Vaccins chez Sanofi et Merck. Ces changements se produisent dans un marché de plus en plus complexe. Gavi soutient désormais 16 vaccins (17 si le Conseil d'administration décide lors de cette réunion d'inclure la fièvre typhoïde), chacun possédant une dynamique d'approvisionnement différente. Sur le marché de certains vaccins comme le VPH, nous continuons de faire face à des pénuries d'approvisionnement, alors que pour d'autres vaccins (comme les pentavalents) l'offre est abondante, et la concurrence féroce au niveau des prix pousse certains producteurs à abandonner le marché. Cette complexité continuera de croître au fur et à mesure de la transition des pays. Nous devons continuer à travailler avec l'industrie pour développer des « marchés sains », suffisamment incitateurs pour que les vaccins dont on a besoin soient développés et disponibles en quantité adéquate, à un prix abordable et pour qu'émergent de nouveaux champions parmi ce nouveau groupe de leaders.

Compte rendu des décisions prises précédemment par le Conseil d'administration

Décisions du Conseil d'administration à propos de la Syrie, de l'Inde et du vaccin contre le paludisme

Lors de sa réunion d'Abidjan en décembre dernier, le Conseil d'administration a approuvé le soutien aux vaccins et à la chaîne du froid pour la Syrie, reconnaissant la situation humanitaire exceptionnelle de ce pays et l'incertitude quant au niveau de son revenu national brut (RNB) par habitant par rapport au seuil d'éligibilité au soutien de Gavi (la Banque mondiale n'a publié aucun chiffre sur le RNB par habitant depuis 2007, date à laquelle il s'élevait à 1 870 dollars US). Au cours de l'année écoulée, la couverture vaccinale a augmenté en raison d'une plus grande disponibilité des vaccins (en partie grâce au soutien de Gavi) et à la réouverture d'un certain nombre d'établissements de santé. Malgré tout, la couverture vaccinale reste faible et le pays souffre d'épidémies de poliovirus d'origine vaccinale et de rougeole. Les efforts pour remédier à cette situation ont subi un sérieux choc le mois dernier lorsque la violence a détruit la seule

chambre froide pour vaccins de Deir ez-Zor dans le district d'Al-Mayadin, situé à l'épicentre de l'épidémie de poliomyélite. Environ 100 000 doses de vaccin antirougeoleux et 35 000 doses de vaccin antipoliomyélique - dont certaines avaient été financées par Gavi - étaient stockées dans ces entrepôts. L'Alliance continuera à essayer d'atteindre autant d'enfants que possible en Syrie. Mais ces efforts peuvent être entravés par manque de financement pour le Plan d'intervention humanitaire pour la Syrie (HRP) des Nations Unies, qui prend en charge les coûts opérationnels des activités de vaccination pour l'OMS, l'UNICEF et les autres partenaires. En novembre 2017, les besoins du PRH n'étaient financés qu'à hauteur de 44%.

En juillet, Danny Graymore, membre du Conseil d'administration de Gavi, et moi-même sommes allés en Inde où nous avons constaté les progrès remarquables effectués depuis que le Conseil d'administration a approuvé le partenariat de l'Alliance avec l'Inde. Le Premier ministre Modi veut intégrer la vaccination aux célébrations du 75^{ème} anniversaire de l'indépendance du pays en 2022 et a mis le ministère de la Santé et du Bien-être familial au défi d'atteindre une couverture vaccinale complète de 90% d'ici fin 2018. À cette fin, il a 'intensifié' le programme de la Mission Indradhanush dans les districts et les zones urbaines les moins performants et son bureau en suit attentivement les performances. Après le lancement du vaccin antirotavirus dans quatre États l'année dernière, l'Inde a commencé à introduire progressivement le vaccin antipneumococcique dans trois États, dont l'Uttar Pradesh et le Bihar, deux des plus grands et des plus pauvres du pays (le vaccin pentavalent, en revanche, a d'abord été introduit dans les États les plus riches). D'après un rapport récent, le déploiement complet de ces vaccins sur l'ensemble du pays permettrait d'éviter plus de 90 000 décès infantiles et rapporterait à l'Inde plus d'un milliard de dollars par an en retombées économiques. En août, le pays a lancé la deuxième phase de sa campagne de vaccination contre la rougeole et la rubéole (la plus vaste campagne qui ait jamais été organisée dans le monde, ciblant 410 millions d'enfants). Le gouvernement a demandé à l'Alliance un soutien technique de 8,5 millions de dollars US pour traiter le problème de l'hésitation face à la vaccination ainsi que les problèmes programmatiques qui ont affecté la première phase, demande que j'ai approuvée dans la mesure où ce montant se situait dans les limites de l'enveloppe de 500 millions de dollars approuvée par le Conseil d'administration (montant qui devrait être compensé par les économies réalisées sur le prix des vaccins antirotavirus dans l'appel d'offre actuel).

En juin 2016, le Conseil d'administration de Gavi a approuvé le soutien à un projet pilote de vaccination contre le paludisme avec le vaccin RTS,S, à condition que d'autres bailleurs de fonds mettent à disposition un montant analogue. Les Conseils d'administration du Fonds mondial et d'Unitaid ont accepté de fournir ce financement. Unitaid a formellement donné le feu vert pour sa contribution en juin 2017, ce qui a permis à Gavi de finaliser un accord de subvention avec l'OMS (la signature et le décaissement de la première tranche devraient avoir lieu avant la fin de l'année). Pendant ce temps, l'OMS a avancé dans la planification de l'essai dans les trois pays pilotes (Ghana, Kenya et Malawi) grâce à un financement relais de PATH. La vaccination des enfants devrait débuter à la mi-2018 et les

résultats préliminaires être disponibles d'ici la mi-2020.

Rôle de Gavi dans la riposte aux épidémies

Lors de notre dernière réunion, vous m'avez demandé de décrire le rôle de Gavi dans la riposte aux épidémies. Gavi participe à la riposte principalement de trois façons. Notre contribution de loin la plus importante est le soutien aux programmes de vaccination de routine et aux campagnes de vaccination préventive pour lutter contre les maladies à potentiel épidémique. À l'heure actuelle, nous apportons ce type de soutien à la lutte contre huit maladies à potentiel épidémique (choléra, coqueluche, diphtérie, encéphalite japonaise, fièvre jaune, méningite, poliomyélite et rougeole). La Stratégie d'investissement en faveur de la vaccination (VIS) de 2018, dont le Conseil d'administration discutera lors de cette réunion, pourrait inclure le soutien à d'autres vaccins utilisables en routine et en cas d'épidémie.

La deuxième contribution de Gavi consiste à renforcer les capacités en santé publique des pays éligibles, par le biais du RSS et du soutien technique. Cela permet d'équiper les pays de sorte qu'ils puissent détecter les épidémies et y riposter. Un grand nombre des capacités nécessaires à cette fin – comme la surveillance des maladies, les laboratoires de diagnostic, la recherche des contacts et la mobilisation communautaire - sont inhérentes aux programmes de vaccination solides. Il n'est toutefois pas du mandat actuel de Gavi de s'assurer que les pays ont de solides capacités dans tous ces domaines et, historiquement, de nombreux pays se sont fortement appuyés sur le programme de lutte contre la poliomyélite dans ce but. Le financement de la lutte contre la poliomyélite devant considérablement diminuer dans les années à venir, il est fort probable que les pays auront à l'avenir besoin d'un soutien supplémentaire. L'engagement de Gavi dans ce domaine fera partie de nos discussions sur la stratégie 2021-2025 de l'Alliance.

Le dernier domaine de contribution de l'Alliance consiste à soutenir la riposte aux épidémies. Nous sommes les seuls à financer les stocks d'urgence de vaccins contre la fièvre jaune, de vaccin oral contre le choléra et de vaccins contre la méningite (vaccin contre la méningite A et vaccin quadrivalent ACWY) et nous nous sommes engagés à financer un stock de vaccins contre le virus Ebola comme nous en discuterons plus loin. L'Alliance finance les vaccins pour constituer les stocks ainsi que le coût opérationnel de leur utilisation dans les pays éligibles. Nous soutenons également les campagnes menées pour riposter aux épidémies de rougeole.

Un des rôles essentiels de l'Alliance a été de promouvoir une approche intégrée et intégrale pour la lutte contre les maladies épidémiques. Dans le cas de la fièvre jaune, par exemple, l'Alliance a préconisé de mettre davantage l'accent sur l'augmentation de la couverture vaccinale systématique (qui bénéficie généralement de moins d'attention que la riposte aux épidémies) et d'adopter une approche plus concertée pour façonner le marché. Ces principes sont à la base du soutien de Gavi à la stratégie mondiale de l'OMS pour l'élimination des

épidémies de fièvre jaune (EYE, pour Eliminate Yellow fever Epidemics), soutien qui a été approuvé par le Conseil d'administration l'année dernière.

Malheureusement, les progrès ont été limités dans la mise en œuvre de cette stratégie. La couverture vaccinale systématique stagne et il y a eu peu de progrès dans l'introduction du vaccin anti-amaril dans la vaccination de routine ou dans les campagnes de prévention de masse. La structure de gouvernance de EYE – incluant des groupes de travail sur la surveillance, l'évaluation des risques et le façonnage du marché - n'est pas encore en place. Le Secrétariat s'investit avec les partenaires pour accélérer la mise en application de cette stratégie afin que le monde soit mieux préparé à prévenir et à contenir les épidémies de fièvre jaune.

Dans le cadre du Fonds de garantie de marché, Gavi s'est engagée auprès de Merck à financer un stock de vaccin contre le virus Ebola, une fois celui-ci homologué. Gavi a déjà effectué un versement anticipé auprès de Merck, en prévision des futurs achats du vaccin. En contrepartie, Merck s'est engagé à garantir la disponibilité, avant même leur homologation, de 300 000 doses de vaccin utilisables en urgence en cas d'épidémie, et à soumettre le dossier complet de demande d'homologation avant la fin de cette année. Merck a reçu de la part de l'Agence européenne des médicaments le statut PRIME réservé aux médicaments prioritaires, ce qui autorisera l'examen accéléré de son dossier et la possibilité de soumission de données actualisées en continu. Néanmoins, l'entreprise a récemment fait savoir qu'elle ne serait pas en mesure de finaliser le dossier pour soumettre sa demande d'homologation cette année. En consultation avec le Comité relatif aux décisions sensibles pour le marché (Market-Sensitive Decisions Committee), nous travaillons avec Merck pour réajuster le calendrier convenu lors de notre accord. Par ailleurs, la Chine vient juste d'homologuer un vaccin contre Ebola produit dans le pays, même si le vaccin de Merck reste le seul pour lequel on dispose de données d'efficacité chez l'homme. Si le vaccin chinois obtient la préqualification de l'OMS avant le vaccin de Merck, il faudra en examiner les conséquences en termes d'utilisation en cas d'épidémie et de constitution du stock d'urgence.

Tous les stocks d'urgence financés par Gavi sont administrés par un Groupe international de coordination (GIC) composé de l'OMS, de l'UNICEF, de la Fédération internationale de la Croix-Rouge et de Médecins Sans Frontières. Le Conseil d'administration de Gavi a approuvé, en décembre 2016, une nouvelle approche pour le soutien aux stocks d'urgence, à condition de respecter plusieurs principes, notamment une plus grande conscience des responsabilités et une plus grande transparence dans les décisions du Groupe international de coordination (GIC), et l'admission du Secrétariat de Gavi en qualité d'observateur. Depuis lors, les critères de décision GIC sont plus transparents; le GIC fournit des informations en temps réel via un tableau de bord et le Secrétariat observe désormais régulièrement les discussions du GIC. Suite à l'évaluation indépendante effectuée récemment, il a été recommandé au GIC de créer une structure de gouvernance et un mécanisme de responsabilisation plus formels et plus complets, et notamment de mettre en place un nouvel organisme de surveillance, de mieux définir les rôles et responsabilités au sein du réseau du

GIC, et de demander au Secrétariat du GIC de fournir des rapports plus structurés. Le Conseil d'administration de Gavi a également demandé que les investissements dans les stocks de vaccin fassent partie intégrante d'une stratégie globale de lutte contre les maladies et que les achats soient liés à des efforts plus larges en matière de prévisions et de façonnage du marché. Jusqu'ici, ces points n'avaient pas reçu toute l'attention qu'ils méritaient et l'évaluation a recommandé de redoubler d'efforts dans ce domaine, et notamment de demander à l'OMS d'élaborer une stratégie mondiale de lutte contre la méningite (comme c'est le cas pour la fièvre jaune et le choléra). Le Secrétariat de Gavi travaillera avec les partenaires, en particulier avec l'OMS, pour tirer parti de ces progrès initiaux et mettre en œuvre rapidement et dans leur totalité les recommandations résultant de l'évaluation indépendante ainsi que les principes approuvés par le Conseil d'administration de Gavi.

L'importance des données pour accélérer les progrès en matière de couverture vaccinale et d'équité

Couverture vaccinale et équité en 2016

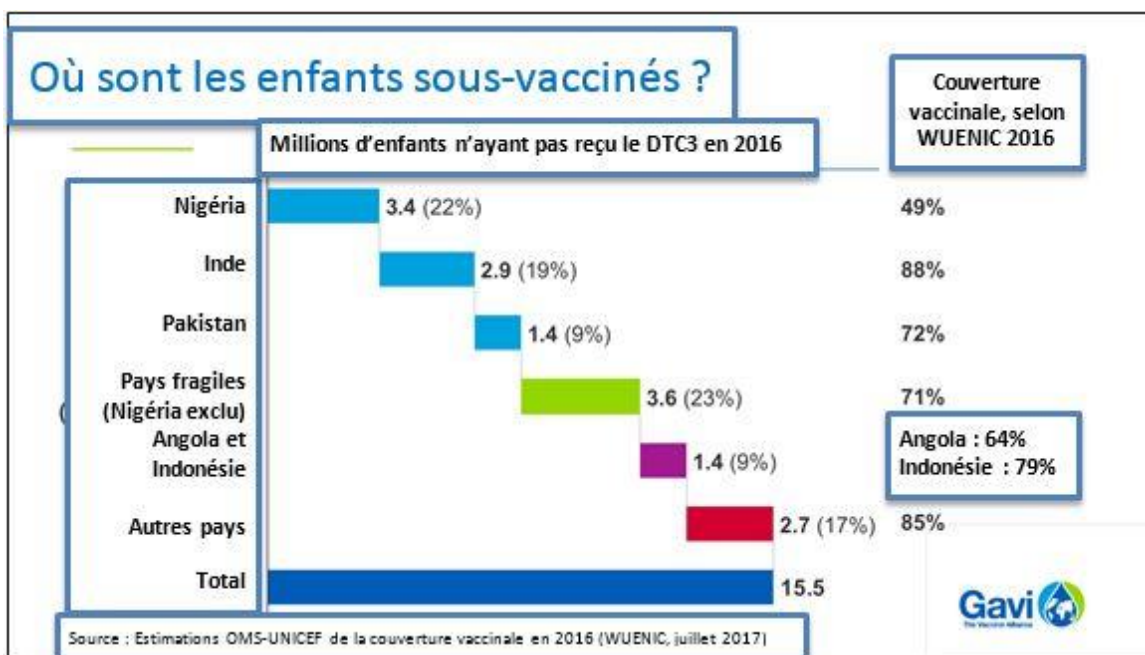
Le programme de Gavi relatif à la couverture vaccinale et à l'équité possède deux volets: vacciner systématiquement tous les enfants et augmenter le nombre de vaccins administrés à chaque enfant. Les dernières estimations OMS-UNICEF (WUENIC) montrent que nous avons bien progressé sur ce dernier point et que nous sommes en bonne voie de vacciner 300 millions d'enfants et éviter 5 à 6 millions de décès mais que la couverture avec le DTC3 a stagné entre 2015 et 2016.

La couverture avec l'ensemble des vaccins soutenus par Gavi a atteint 37% en 2016 dans les 68 pays bénéficiant de l'aide de Gavi et nous sommes en bonne voie pour atteindre notre objectif stratégique. La couverture vaccinale est en hausse par rapport à 2015 où elle était de 30% et elle a presque doublé par rapport à 2013. D'ici 2020, près de deux enfants sur cinq vivant dans les pays soutenus par Gavi devraient recevoir les 11 vaccins recommandés par l'OMS pour tous les enfants de la planète, contre un sur 20 seulement en 2015. En 2016, près des deux tiers des enfants des pays à faible revenu ont reçu trois doses de vaccin antipneumococcique, ce qui signifie que la couverture vaccinale est maintenant proche de celle des pays à revenu élevé. Et plus de 40% des enfants des pays à revenu faible ont reçu un cycle complet de vaccin antirotavirus, ce qui signifie que la couverture est désormais plus élevée dans les pays les plus pauvres que dans les pays à revenu élevé. Il s'agit de progrès remarquables (bien que la couverture vaccinale soit à la traîne dans les pays à revenu intermédiaire –ceux qui étaient éligibles à Gavi comme ceux qui ne l'étaient pas – sachant que beaucoup n'ont pas introduit ces vaccins).

En 2016, l'Alliance a vacciné avec le DTC3 (principal marqueur de la couverture vaccinale systématique) plus de 700 000 enfants de plus qu'en 2015 et plus de 4,3 millions de plus qu'en 2010. Néanmoins, la proportion d'enfants vaccinés a stagné à 80% entre 2015 et 2016 (contre 78% en 2010) en raison de la croissance démographique, comme les montrent les données OMS/UNICEF

(WUENIC). Les chiffres globaux donnent une fausse image de la situation, qui s'avère beaucoup plus complexe quand on l'analyse pays par pays.

Plus de 80% des enfants non vaccinés vivent dans 20 pays comme le montre le graphique ci-dessous. La moitié d'entre eux se trouvent dans trois pays : le Nigéria, l'Inde et le Pakistan. Comme indiqué plus haut, l'Inde progresse rapidement, la couverture vaccinale étant passée de 79% en 2010 à 88% en 2016. Au Pakistan, il s'est produit également des changements importants. Des enquêtes infranationales suggèrent que la couverture vaccinale dans la province du Pendjab est passée de 62,5% en 2012 à 85,2% en 2016. Étant donné que le Pendjab abrite la moitié de la population du pays, ceci pourrait indiquer que la couverture nationale a augmenté de plus de 10% (bien que cela n'apparaisse pas dans les données WUENIC qui montrent une couverture uniforme depuis 2012). Le Nigéria n'a pas progressé de la même façon. La dernière enquête suggère que seulement un enfant nigérian sur trois est vacciné. Le gouvernement, qui s'appuyait jusqu'ici sur les données administratives montrant une couverture vaccinale de plus de 90% a accepté les résultats de l'enquête et manifeste de plus en plus sa volonté de reconstruire le programme de vaccination ainsi que les soins de santé primaires. Nous verrons lors de cette réunion comment intensifier notre engagement au Nigeria.



Le Nigéria est considéré comme fragile selon les critères de la politique de Gavi sur la fragilité. Collectivement, les pays fragiles abritent 45% des enfants sous-vaccinés dans les pays soutenus par Gavi - la moitié au Nigéria et le reste dans 17 autres pays. La couverture vaccinale moyenne de ces 17 pays a stagné à 71% au cours des quatre dernières années, avec des progrès dans certains pays (comme la République centrafricaine, la République démocratique du Congo, le Tchad) tandis qu'elle baissait dans d'autres pays (par exemple en Haïti, en

Papouasie-Nouvelle-Guinée, au Soudan, au Yémen). Compte tenu des défis aigus auxquels sont confrontés ces pays, on peut considérer comme une réussite le maintien d'une couverture vaccinale moyenne. La nouvelle politique sur la fragilité, les situations d'urgence et les réfugiés, qui a été approuvée en juin par le Conseil d'administration, offre à l'Alliance une nouvelle souplesse pour soutenir les progrès dans ces pays. Enfin 10% de ceux qui sont sous-vaccinés se trouvent dans des pays qui devront s'affranchir de l'aide de Gavi à la fin de l'année, principalement l'Angola et l'Indonésie. Le Conseil d'administration aura, lors de cette réunion, l'occasion de décider comment l'Alliance pourrait s'engager aux côtés de ces pays après leur transition.

Les nouvelles façons de travailler commencent à produire des résultats

L'Alliance a reconnu qu'il lui fallait fonctionner différemment pour accélérer les progrès en matière de couverture et d'équité. En 2016 – année la plus récente pour laquelle les données WUENIC sont disponibles - l'Alliance s'est concentrée sur la mise en place de nouvelles politiques, de nouveaux outils et de nouvelles stratégies (par exemple en passant du Business Plan au Cadre de participation des partenaires (PEF, pour Partners' Engagement Framework)) ; en établissant un nouveau cadre de renforcement des systèmes de santé et de vaccination pour axer nos subventions sur les éléments les plus à même d'entraîner une amélioration de la couverture et de l'équité, en adoptant une approche plus souple pour les demandes de subvention et pour leur évaluation¹, en introduisant des évaluations conjointes pour assurer un dialogue régulier au niveau des pays, en lançant des stratégies particulières dans les domaines d'intérêt stratégique qui sont essentiels pour la couverture vaccinale et l'équité). Le Secrétariat et de nombreux partenaires de l'Alliance - dont l'UNICEF, la Fondation Bill & Melinda Gates et CDC - ont également réorganisé leurs équipes pour mieux axer les ressources sur la couverture vaccinale et l'équité.

Ces approches commencent à porter des fruits, et devraient se traduire au fil du temps par une nouvelle amélioration de la couverture vaccinale et de l'équité. L'Alliance travaille avec des pays comme le Kenya, le Pakistan, l'Ouganda, le Sénégal et le Mali pour recentrer leurs subventions au titre du renforcement des systèmes de santé (RSS) sur les zones à faible couverture vaccinale et sur les principaux obstacles à l'amélioration de la couverture vaccinale et de l'équité. En 2016, il s'est produit une augmentation de 20% des demandes de subvention au titre du RSS pour l'amélioration des données et une augmentation de 10% pour le renforcement des effectifs de santé. Les Cadres de Performance des Subventions (Grant Performance Frameworks GPFs) sont de plus en plus utilisés pour mesurer la contribution de nos subventions aux différents éléments contribuant à l'amélioration de la couverture vaccinale et de l'équité et, lorsqu'ils montrent que ce n'est pas le cas, nous permettent d'en tirer des leçons et de rectifier rapidement le tir. En République démocratique du Congo, par exemple,

¹ Il est demandé au Conseil d'administration d'officialiser cette souplesse qu'il avait recommandée temporairement lors de cette précédente réunion

la subvention de Gavi au titre du RSS soutient des programmes de sensibilisation dans 112 zones où la couverture est particulièrement basse et le Cadre de Performance des Subventions montre que 80% des séances de sensibilisation prévues se déroulent conformément à leur objectif. D'autre part, le cadre de performance des subventions a également montré que le nombre de sites signalant des ruptures de stock n'a pas baissé aussi rapidement que prévu. L'Alliance aide maintenant le pays à surveiller ses stocks sur une base mensuelle et à remédier aux principaux goulets d'étranglement. En outre, le Cadre de participation des partenaires (PEF) signifie que plus de la moitié de l'Aide Personnalisée aux Pays (Tailored Country Assistance or TCA) est maintenant fournie au niveau des pays contre moins de 10% il y a deux ans. Et les chaînes d'approvisionnement se renforcent, les deux tiers des pays qui ont effectué deux évaluations de l'efficacité de leur gestion des vaccins (avec l'outil utilisé par l'OMS et l'UNICEF pour évaluer les chaînes d'approvisionnement) montrent une amélioration de plus de 10% en moyenne. Les pays ont également demandé 62 000 équipements par le biais de la Plateforme d'optimisation de l'équipement de la chaîne du froid, dont 26% n'en possédaient pas jusqu'alors.

L'importance cruciale de disposer de meilleures données et de mieux les utiliser

Tout cela tend à prouver que nous progressons. Mais il n'est pas sûr que cela se traduise systématiquement par l'amélioration de la couverture vaccinale et de l'équité, étant donné que les données disponibles ne sont pas suffisamment précises, sensibles ou récentes. Les données figurent parmi les risques les plus élevés dans notre rapport sur les Risques et Assurances, et cela représente pour moi personnellement, l'un des plus grands défis auxquels nous sommes confrontés. Pour atteindre ceux qui n'ont pas été vaccinés, qui appartiennent par définition aux communautés les plus reculées et les plus marginalisées, nous avons besoin de savoir où ils se trouvent et de pouvoir mesurer en temps réel (ou le plus près possible du temps réel) l'efficacité de nos efforts. Ces données doivent pouvoir être disponibles au niveau infranational - jusqu'au niveau du district et idéalement au niveau de la communauté.

L'Alliance a fait des progrès dans cette direction. Lorsque j'ai rejoint Gavi en 2011, notre soutien au titre du RSS et notre aide technique ne disposaient pratiquement d'aucune donnée. Nous n'avions qu'une compréhension très limitée de ce que nous financions ou de l'impact que cela avait. Aujourd'hui, nous disposons d'un Cadre de performance (GPF) pour chaque subvention accordée, de données précises sur ce qui est fourni au titre de l'aide personnalisée (TCA) pour chaque pays bénéficiaire et sur les progrès accomplis, et de mécanismes pour analyser systématiquement ces données (tels que les évaluations conjointes (JAs), le Panel d'évaluation de Haut Niveau (High-Level Review Panel) et l'Équipe de Gestion des Cadres de participation des partenaires (PEF)). Nous avons également davantage de sources de données: nous aidons les pays à mener régulièrement des enquêtes, nous avons financé l'intégration de la vaccination dans le logiciel DHIS2 (District Health Information Software version 2 - logiciel d'information sur la santé utilisé actuellement dans 60 pays) et, pour la première fois cette année, le rapport WUENIC a mentionné des données

infranationales pour la plupart des pays (même si leur qualité est variable). L'année dernière, nous avons lancé un nouveau domaine d'intérêt stratégique, axé sur les données, pour innover notre stratégie sur le renforcement des données.

Mais ces progrès ne sont pas aussi rapides que je le souhaite et la question est de savoir comment nous pouvons accélérer ce travail. Les systèmes de données de nombreux pays restent faibles, les données administratives diffèrent d'au moins dix points de pourcentage des estimations WUENIC dans la moitié des 68 pays soutenus par Gavi. Par conséquent, nous nous appuyons sur les données WUENIC pour nos indicateurs à long terme, mais cela ne nous donne pas les informations dont nous avons besoin en temps réel. Les données de WUENIC sont publiées dans les sept mois qui suivent l'année à laquelle elles se rapportent. Même dans ce cas, elles n'incluent pas toujours toutes les informations disponibles (comme pour le Pendjab dont nous avons parlé plus haut) et ne sont pas suffisamment sensibles pour permettre de déceler des changements graduels dans la couverture vaccinale.

Nous devons aider les pays à transformer leurs systèmes de données en utilisant les innovations et les technologies du XXI^e siècle. Déjà, dans les pays soutenus par Gavi, de nombreux consommateurs utilisent la technologie numérique pour leurs opérations bancaires, pour leurs achats et pour communiquer, mais les données de vaccination reposent encore largement sur des registres traditionnels sur papier. Pour illustrer l'impact des nouvelles technologies, je vous citerai l'exemple du réseau électronique d'information sur les vaccins (eVIN), qui bénéficie d'une subvention de Gavi au titre du RSS, et qui est mis en œuvre par le PNUD. eVIN repose sur la technologie fournie par deux partenaires indiens du secteur privé. Cette plate-forme numérique fournit des informations et des analyses sur les performances de toute la chaîne d'approvisionnement jusqu'au niveau des centres de santé. eVIN est maintenant installé sur plus de 10 000 sites et a déjà permis de réduire les ruptures de stock de plus de 70% dans les États indiens qui ont été sélectionnés pour en être équipés. Il sera déployé à l'échelle nationale dans le cadre de la nouvelle subvention de Gavi au titre du RSS et nous étudions comment l'étendre à d'autres pays. Ce genre d'approche jouera un rôle crucial pour opérer les transformations nécessaires, et c'est la raison pour laquelle nous proposons, dans le budget 2018-2019, d'augmenter nos investissements dans des partenariats avec le secteur privé travaillant dans le secteur de l'innovation.

Un tel changement radical correspond à notre vision à long terme. En attendant, nous pouvons améliorer nos informations en pratiquant une triangulation systématique des données existantes. Nos investissements dans la gestion des connaissances nous permettent de comparer plus facilement les données provenant de différentes sources. Le Secrétariat a mis au point un outil qui permet d'analyser et de visualiser rapidement les données provenant de plusieurs sources dans des graphiques, des figures et des statistiques faciles à lire et percutants. Cet outil a également amélioré notre efficacité, en réduisant le temps d'intégration des nouvelles données WUENIC de 15 jours de travail à

moins de huit heures. Nous pouvons également faire un meilleur usage des données sur la poliomyélite. Dans de nombreux pays prioritaires, une cartographie des ménages a été établie dans le cadre du programme de lutte contre la poliomyélite ; les microplans détaillés ainsi obtenus pourraient être réutilisés pour la vaccination de routine. Leur intégration dans les programmes de vaccination systématique - qui ne l'utilisent généralement pas aujourd'hui - doit être une priorité avant la fin du programme de lutte contre la poliomyélite. Nous examinons également comment Gavi pourrait inciter les pays à communiquer des données plus précises.

L'amélioration des systèmes de collecte et de traitement des données n'aura pas d'effet concret si elles ne font pas régulièrement l'objet d'un suivi, d'une évaluation et d'une action. Mais lorsque ces conditions sont réunies, il est possible de voir rapidement des résultats, même dans les pays les plus difficiles. Au Nigéria, par exemple, l'Alliance a participé à la réorganisation de la chaîne d'approvisionnement en faisant appel à des tableaux de bord tout simples pour mesurer la performance. Ces tableaux de bords sont examinés en temps réel par une équipe dédiée afin d'identifier les entrepôts et les installations ayant des stocks excessifs ou inadéquats et de prendre des mesures correctives. Résultat : le nombre d'entrepôts dont les stocks sont satisfaisants a plus que doublé au niveau du pays, du district et des installations. Cela a également permis à l'Alliance d'adapter et de mieux planifier les expéditions de vaccins au Nigéria. Cette année, l'Alliance a lancé des actions spécifiques visant à susciter la volonté politique et renforcer les capacités de gestion du pays, nécessaires pour que les données disponibles soient régulièrement utilisées.

Comme je l'ai déjà mentionné plus haut, je crois que les nouvelles façons de travailler commencent à avoir un impact. Mais le changement transformationnel exigera de la part de tous les partenaires de l'Alliance une attention sans relâche et son évaluation nécessitera des améliorations majeures dans la qualité et l'utilisation des données. Le renforcement des systèmes de collecte et de traitement des données et de la capacité des programmes à utiliser ces données figurera donc parmi les grandes priorités de l'Alliance en 2018.

Trouver un équilibre entre la pérennité des programmes et l'introduction de nouveaux vaccins

Lors de la présentation de ses recommandations concernant la stratégie de l'Alliance pour le Nigéria, la Papouasie-Nouvelle-Guinée et pour la période qui s'ouvre une fois la transition achevée, le Comité des programmes et des politiques (PPC) a débattu de la tension qui siège au cœur de la mission de Gavi. Le but de Gavi est d'accélérer l'accès aux vaccins nouveaux et sous-utilisés dans les pays les plus pauvres et elle a soutenu des centaines d'introductions de vaccins depuis 2000. La pérennisation des programmes de vaccination est également au cœur du modèle de Gavi. Cela exige que tous les pays prennent en charge une partie du coût de leurs vaccins et leur totalité lorsqu'ils s'affranchissent de l'aide de Gavi. Il peut exister une tension entre ces deux objectifs.

Lors de notre retraite, certains membres du Conseil d'administration ont suggéré de modifier la politique de Gavi, de façon que les pays puissent demander un soutien pour les vaccins à tout moment jusqu'à la fin de la période de transition (actuellement ils ne peuvent pas le faire après la première année de la phase de transition accélérée). La politique actuelle a conduit certains pays à se dépêcher de soumettre une demande pour de nouveaux vaccins, souvent avant d'être prêts à les introduire. Mais une section du Comité des programmes et des politiques (PPC) a fait part de ses craintes, estimant que cette modification pourrait nuire à la préparation des pays à leur transition (en leur imposant le coût d'un vaccin supplémentaire alors même que le soutien de Gavi diminue). C'est pourquoi le Comité des programmes et des politiques (PPC) n'a pas soutenu la modification proposée et a suggéré de la soumettre au Conseil d'administration.

Le compromis entre la pérennisation des programmes de vaccination et l'introduction de nouveaux vaccins peut varier considérablement d'un pays à l'autre. C'est à propos du Nigéria et de la Papouasie-Nouvelle-Guinée que les craintes sont les plus vives. Le Nigéria devra multiplier par 16 son budget pour l'achat de vaccins d'ici le retrait total du soutien de Gavi. La Papouasie-Nouvelle-Guinée a du mal à financer même les coûts opérationnels de son programme. L'introduction de nouveaux vaccins pourrait potentiellement détourner les efforts visant à augmenter la couverture avec les vaccins existants. Par ailleurs, ces deux pays sont ceux dont les taux de maladies évitables par la vaccination sont les plus élevés de leurs régions. Entre 2018 et 2025, le Nigéria pourrait prévenir plus de 450 000 décès futurs en introduisant les vaccins contre le rotavirus, la méningite A, la seconde dose de vaccin contre la rougeole et le vaccin contre le VPH. De plus, s'il n'introduit pas le vaccin contre la méningite A, il subira probablement des épidémies de méningite qui pourraient se propager dans les pays voisins. De telles épidémies pourraient entraîner la perte de nombreuses vies et nécessiter des campagnes d'intervention d'urgence qui seraient probablement beaucoup plus coûteuses et perturbatrices que l'introduction planifiée du vaccin.

Dans la plupart des pays en transition, ce problème est moins aigu. Au Vietnam, par exemple, où la transition devrait, comme en Papouasie-Nouvelle-Guinée, être effective en 2020, les vaccins représentent moins de 0,1% du budget de la santé et font partie d'un programme solide (avec une couverture de 96% avec le DTC3) qui pourrait facilement intégrer de nouveaux vaccins. Le Vietnam a indiqué son intention d'introduire les vaccins antipneumococcique et anti-rotavirus entre 2021 et 2025; le soutien catalytique de Gavi pourrait aider à assurer cette introduction et peut-être l'accélérer encore. J'ai hâte d'avoir l'avis du Conseil d'administration sur la façon dont nous pourrions régler cette tension entre la pérennisation et l'introduction de nouveaux vaccins dans tous les pays en transition.

Point sur le Secrétariat et les partenaires

Moral du Secrétariat et de l'Alliance

Lors de notre dernière réunion, j'ai présenté les principales conclusions de la toute première enquête sur la santé de l'Alliance. Il apparaît que le personnel de l'Alliance partage un sentiment de fierté par rapport à la mission de Gavi et un fort sentiment d'appartenance avec les partenaires, mais qu'il existe des soucis sur le niveau de confiance et la qualité de la communication entre les membres de l'Alliance. Pour remédier à ce problème, les dirigeants de l'Alliance sont convenus d'un ensemble d'actions comprenant l'élaboration d'un plan de communication entre les partenaires, l'établissement d'une liste des personnes travaillant directement pour l'Alliance, l'augmentation du nombre de missions conjointes dans les pays, l'organisation de réunions virtuelles régulières avec tous les membres de l'Alliance et la préparation de livrets d'accueil harmonisés. Nous améliorons également l'efficacité de nos procédures. Par exemple, grâce à l'amélioration du Portail Pays et du soutien de l'Alliance, 82% des pays ont soumis leurs demandes de soutien à temps en 2017 contre 40% en 2016. Nous prévoyons d'effectuer un sondage au début de l'année 2018 pour mesurer l'impact de ces changements.

Lors de la séance à huis clos du Conseil d'administration de juin, nous avons également présenté un résumé de l'enquête effectuée auprès du personnel du Secrétariat en 2017. Cette enquête a révélé un degré élevé d'engagement du personnel (avec un taux de participation de 98%) et un fort sentiment de fierté, d'accomplissement personnel et de soutien à nos valeurs. Elle a permis d'identifier des points forts au niveau de la collaboration et du travail d'équipe, de la gestion hiérarchique, de la diversité sur le lieu de travail et du respect envers le personnel. Il apparaît que nous avons fait des progrès notables dans les domaines prioritaires du développement professionnel, des récompenses et de la reconnaissance professionnelle par rapport à l'enquête précédente, même si le personnel estime qu'il reste du travail à faire dans ces deux domaines. L'enquête a également révélé la nécessité de renforcer la culture du retour d'information de la part du Secrétariat, les processus décisionnels, la notion de responsabilité et les systèmes des technologies de l'information (TI), et de veiller à ce que l'ensemble du personnel se sente libre de s'exprimer. Depuis la communication des résultats, nous avons tenu une série de réunions en cascade au sein de l'organisation pour essayer de mieux comprendre les facteurs sous-jacents responsables des problèmes identifiés et de déterminer la meilleure façon de les aborder. Ainsi nous avons facilité les discussions au niveau des équipes sur les résultats obtenus et les mesures qui s'en sont ensuivies, une discussion générale impliquant l'ensemble du personnel et organisé des retraites pour l'équipe de direction et le groupe des directeurs pour réfléchir à leur rôle dans l'encadrement du changement. Nous travaillons à l'élaboration de plans d'action au niveau de l'organisation et des équipes et nous suivons nos progrès au moyen de discussions régulières avec le personnel et éventuellement par des sondages éclairés.

Collaboration renforcée avec le Fonds mondial et les autres partenaires

Le déménagement sur le Campus Santé (Global Health Campus – GHC) permettra de répondre à certains des problèmes identifiés lors de l'enquête effectuée auprès du personnel, en regroupant tout le personnel basé à Genève dans un espace unique et moderne, spécialement conçu pour le travail collaboratif. Gavi devrait pouvoir déménager sur le Campus en juillet 2018, trois mois après le Fonds mondial. Comme nous l'avons, Mark Dybul et moi-même, exposé l'année dernière au Conseil d'administration de Gavi, nous collaborons étroitement dans les nombreux domaines susceptibles d'augmenter l'impact de nos organisations respectives. Les équipes des différentes organisations partagent régulièrement des connaissances et des points de vue (par exemple, les responsables pays seniors échangent régulièrement des informations et des mises à jour avec leurs homologues du Fonds mondial; nos équipes de gouvernance ont souvent des discussions sur les pratiques optimales) et harmonisent leurs politiques et contribuent mutuellement aux politiques des autres quand cela s'avère utile (par exemple à propos des politiques concernant les milieux fragiles et des incitations visant à motiver les agents de santé). Nous nous coordonnons de plus en plus pour la planification et la mise en œuvre des investissements programmatiques, plus spécialement dans les pays prioritaires et dans les domaines d'intérêt stratégique (par exemple, pour le contrôle fiduciaire ou les mécanismes de gestion des programmes et pour coordonner les investissements dans des domaines tels que la collecte et l'analyse des données, la chaîne d'approvisionnement et les compétences des personnels de santé dans des pays comme la République démocratique du Congo, l'Éthiopie et le Nigéria). Nous menons également de plus en plus d'actions communes de sensibilisation au niveau national et international (par exemple, des missions de terrain mixtes au niveau de l'encadrement et du personnel technique, le partage d'un siège au Comité de pilotage de la CSU2030 et du Groupe d'investisseurs du Mécanisme de financement mondial (GFF pour Global Financing Facility)). Le déménagement sur le Campus santé facilitera l'intégration et permettra d'augmenter la collaboration entre les équipes. Cela permettra également d'accroître l'efficacité opérationnelle en partageant des installations et des services comme la gestion des événements, le réseau informatique et les services d'assistance, les services de voyage et de sécurité, les services de santé au travail et d'approvisionnement. Nous prévoyons de collaborer étroitement dans plusieurs de ces domaines et nous examinons s'il est possible d'intégrer ou d'aligner d'autres systèmes comme la gestion financière ou la gestion des subventions.

Nous continuons également d'accroître les collaborations avec les autres partenaires. Avec le Fonds mondial, nous sommes récemment convenus avec la Banque mondiale et le Mécanisme de financement mondial (GFF) d'intensifier nos collaborations au niveau du financement de la santé et de la transition. Cela nous permettra de mieux harmoniser nos politiques et nos collaborations avec les pays et de coordonner notre aide de façon à renforcer la viabilité financière. Nous travaillons de même à renforcer nos collaborations en matière de santé des adolescents. Le Secrétariat a récemment accueilli un atelier de travail réunissant

un large éventail de partenaires (OMS, UNICEF, ONUSIDA, Fonds mondial, Mécanisme de financement mondial, Partenariat mondial pour l'éducation et d'autres partenaires encore ainsi que des donateurs bilatéraux et certains pays bénéficiaires) pour étudier la façon dont la plateforme servant à la vaccination contre le VPH de Gavi pourrait être utilisée pour intégrer rapidement des services de santé pour adolescents. Cette réunion a permis d'identifier des opportunités bien concrètes d'harmoniser et de cartographier les initiatives mondiales actuelles relatives à la santé des adolescents et a mis en relief l'importance de la coordination au niveau des pays.

Cette réunion du Conseil d'administration est l'occasion de réfléchir aux progrès de notre stratégie et d'ajuster notre approche, en mettant à profit les enseignements tirés à ce jour, afin d'accroître notre impact et d'atténuer les risques émergents. Nous examinerons également le budget 2018-2019, dans lequel nous avons cherché à maintenir un axe fort sur l'optimisation des ressources avec des budgets stagnants pour les fonctions des partenaires et du siège du Secrétariat. Et nous aurons à prendre des décisions concernant la Stratégie d'investissement en faveur de la vaccination et le soutien au vaccin contre la typhoïde (ce dernier pourrait éviter une partie importante des 145 000 à 220 000 décès annuels pour cause de typhoïde et contribuer de manière significative aux efforts de lutte contre la résistance aux antimicrobiens). Ces décisions ouvriront une série de discussions qui se dérouleront au cours des 18 prochains mois, et notamment lors de la prochaine retraite du Conseil d'administration en mars, dans la perspective de façonner la stratégie 2021-2025 de Gavi, Je serai heureux de discuter de tout cela avec vous à Vientiane cette semaine.