



**World Health
Organization**

Organisation mondiale de la Santé

Weekly epidemiological record Relevé épidémiologique hebdomadaire

2 JUNE 2017, 92th YEAR / 2 JUIN 2017, 92^e ANNÉE

No 22, 2017, 92, 301–320

<http://www.who.int/wer>

Contents

- 301 Meeting of the Strategic Advisory Group of Experts on immunization, April 2017 – conclusions and recommendations

Sommaire

- 301 Réunion du Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination, avril 2017 – conclusions et recommandations

Meeting of the Strategic Advisory Group of Experts on immunization, April 2017 – conclusions and recommendations

The Strategic Advisory Group of Experts on immunization (SAGE)¹ met on 25–27 April 2017. This report summarizes the discussions, conclusions and recommendations.²

Report from the WHO Department of Immunization, Vaccines and Biologicals

The report focused on acceleration of global and regional implementation of the Global Vaccine Action Plan (GVAP), the positioning of immunization in global health agendas, and the way forward.

The October 2016 midterm review of the GVAP acknowledged the progress made, but noted that it was too slow to achieve the goals of the Decade of Vaccines.³ In 2015, 86% of infants worldwide (116.1 million) received 3 doses of diphtheria, tetanus and pertussis containing vaccine (DTP). However, to achieve universal coverage, 13.5 million unvaccinated children must be reached annually and an additional 6 million incompletely vaccinated children must complete the schedule. Access and missed opportunities for vaccination remain challenging in low, middle and high income countries.

Led by the WHO African Regional Office (AFRO), the Reaching Every District (RED)

Réunion du Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination, avril 2017 – conclusions et recommandations

Le Groupe stratégique consultatif d'experts (SAGE) sur la vaccination¹ s'est réuni du 25 au 27 avril 2017. Le présent rapport résume les discussions, conclusions et recommandations auxquelles il est parvenu.²

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

Ce rapport porte sur l'accélération de la mise en œuvre à l'échelle mondiale et régionale du Plan d'action mondial pour les vaccins (GVAP), le positionnement de la vaccination dans les programmes mondiaux d'action sanitaire et les prochaines étapes.

L'évaluation à mi-parcours du GVAP, réalisée en octobre 2016, a reconnu les progrès accomplis tout en soulignant que la réalisation des objectifs de la Décennie de la vaccination demeurerait trop lente.³ En 2015, 86% des nourrissons dans le monde (116,1 millions) ont reçu 3 doses du vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC). Néanmoins, pour parvenir à une couverture universelle, 13,5 millions d'enfants non vaccinés doivent recevoir leurs doses de vaccin chaque année et les 6 millions d'enfants partiellement vaccinés doivent recevoir les doses manquantes afin de respecter le calendrier vaccinal. L'accès à la vaccination et les occasions manquées restent problématiques dans les pays à revenu faible, intermédiaire et élevé.

La stratégie «Atteindre chaque district», menée par le Bureau régional OMS de l'Afrique

**WORLD HEALTH
ORGANIZATION
Geneva**

**ORGANISATION MONDIALE
DE LA SANTÉ
Genève**

Annual subscription / Abonnement annuel
Sw. fr. / Fr. s. 346.–

06.2017
ISSN 0049-8114
Printed in Switzerland

¹ See <http://www.who.int/immunization/sage/en/index.html>, accessed April 2017

² Presentations and background materials used for the SAGE meeting together with the list of SAGE members and summarized declarations of interests are available at <http://www.who.int/immunization/sage/meetings/2017/april/en/index.html>, accessed April 2017.

³ See 2016 midterm review of the Global vaccine action plan. Available at http://www.who.int/immunization/global_vaccine_action_plan/SAGE_GVAP_Assessment_Report_2016_EN.pdf?ua=1, accessed April 2017.

¹ Voir <http://www.who.int/immunization/sage/en/index.html>, consulté en avril 2017.

² Les communications et les documents de travail utilisés pour la réunion du SAGE, ainsi que la liste des membres du SAGE et une synthèse de leurs déclarations d'intérêts sont disponibles à l'adresse <http://www.who.int/immunization/sage/meetings/2017/april/en/index.html>, consulté en avril 2017.

³ Voir l'évaluation à mi-parcours 2016 du Plan d'action mondial pour les vaccins. Disponible à l'adresse http://www.who.int/immunization/global_vaccine_action_plan/SAGE_GVAP_Assessment_Report_2016_EN.pdf?ua=1, consulté en avril 2017.

Control of cholera outbreaks

1. Cholera vaccination should systematically be considered to help prevent the spread of current outbreaks to new areas. The decision to vaccinate should be guided by a thorough investigation of the current and historical epidemiological situation and a clear identification of geographical areas and populations to be targeted.
2. Campaign preparation should be conducted early to ensure that vaccination starts immediately once the vaccines become available in country.
3. Based on available evidence regarding short term protection, a single dose strategy could be considered in areas experiencing cholera outbreaks. Considering the limited evidence about the duration of protection, additional doses might be needed to ensure longer-term protection.

SAGE endorsed the areas flagged by the Working Group for additional research and evaluation. SAGE also stressed the importance of continuing the development of improved vaccines and in particular those for use in infants and children aged <5 years.

Ebola vaccines

Ebola outbreaks of the past were reviewed, noting that they often started in remote rural areas, generally resulted in fewer than 300 cases with very low attack rates in the general population, and lasted less than 6 months. Health-care worker infections in the early phases of these outbreaks, before initial cases were laboratory-confirmed, contributed to the initial amplification of Ebola virus transmission. Ebola outbreaks can be controlled through well-defined interventions: (i) early isolation of patients to prevent transmission at home and in the community; (ii) early detection of new Ebola cases through close monitoring of contacts and isolation of contacts when they show symptoms and; (iii) safe burial of the deceased to reduce transmission through contact with cadavers. In the 2013–2016 outbreak in West Africa, these measures were not fully implemented initially, resulting in unprecedented geographical spread, a large number of cases, urban spread of disease, and high mortality.

Twelve candidate vaccines (including monovalent, bivalent and multivalent candidates) have undergone or are currently undergoing clinical development at different trial phases. The Phase 3 trial for an rVSV-vectored candidate vaccine (rVSVΔG-ZEBOV-GP), undertaken in Guinea, is the only study that has reported clinical efficacy and effectiveness for any candidate Ebola vaccine.

The rVSVΔG-ZEBOV-GP candidate vaccine was granted access to the Priority Medicine (PRIME) scheme by the European Medicine Agency, and Breakthrough Therapy designation by the US Food and Drug Administration.

The rVSVΔG-ZEBOV-GP candidate vaccine and a prime/boost candidate vaccine based on Ad26- and MVA-vectored components (Ad26.ZEBOV/MVA-BN-Filo) have submitted WHO Emergency Use Assessment and Listing (EUAL)

Lutte contre les flambées épidémiques de choléra

1. La vaccination anticholérique doit être systématiquement envisagée pour aider à prévenir la propagation des flambées en cours vers de nouvelles zones. La décision de vacciner doit reposer sur une étude approfondie de la situation épidémiologique actuelle et passée et sur une identification claire des zones géographiques et des populations à cibler.
2. Les campagnes doivent être préparées à l'avance de manière à commencer les activités de vaccination dès que les vaccins sont disponibles dans le pays.
3. D'après les données disponibles sur la protection à court terme, on peut envisager une stratégie de dose unique dans les zones touchées par des flambées épidémiques de choléra. Au vu des données limitées concernant la durée de la protection, des doses supplémentaires pourront être nécessaires pour garantir une protection à plus long terme.

Le SAGE a approuvé les zones identifiées par le groupe de travail pour conduire des recherches et des évaluations supplémentaires. Le SAGE a également souligné l'importance de poursuivre le développement de vaccins améliorés, en particulier ceux qui sont destinés aux nourrissons et aux enfants âgés <5 ans.

Vaccins contre le virus Ebola

Les flambées épidémiques de maladie à virus Ebola survenues dans le passé ont fait l'objet d'un examen qui montre qu'elles ont souvent débuté dans des zones rurales reculées, qu'elles ont généralement engendré moins de 300 cas avec de très faibles taux d'atteinte dans la population générale, et qu'elles ont duré moins de 6 mois. La contamination des agents de santé lors des phases précoces de ces flambées, avant la confirmation en laboratoire des premiers cas, a contribué à l'amplification initiale de la transmission du virus Ebola. Les flambées de maladie à virus Ebola peuvent être endiguées à l'aide de mesures bien définies: i) l'isolement précoce des patients pour prévenir la transmission au domicile et dans la communauté; ii) la détection précoce des nouveaux cas de maladie à virus Ebola grâce à une surveillance attentive des contacts et à l'isolement des contacts symptomatiques; et iii) l'inhumation sécurisée des personnes décédées afin de réduire la transmission par contact avec les cadavres. Lors de la flambée épidémique de 2013-2016 en Afrique de l'Ouest, ces mesures n'ont pas été pleinement appliquées au départ, entraînant une propagation géographique sans précédent, un grand nombre de cas, une expansion urbaine de la maladie et une mortalité élevée.

Douze vaccins candidats (monovalents, bivalents ou multivalents) ont été mis au point ou sont en cours de développement clinique, et ont atteint différentes phases d'essais cliniques. L'essai de phase III du vaccin candidat à vecteur rVSV (rVSVΔG-ZEBOV-GP), entrepris en Guinée, est la seule étude à avoir démontré une efficacité clinique parmi tous les vaccins candidats anti-Ebola.

Le vaccin rVSVΔG-ZEBOV-GP s'est vu octroyer l'accès au régime de médicaments prioritaires (PRIME) par l'Agence européenne des médicaments et le statut de percée thérapeutique (Breakthrough Therapy Designation) par la Food and Drug Administration des États-Unis d'Amérique.

Les fabricants du vaccin candidat rVSVΔG-ZEBOV-GP et d'un vaccin candidat de type primovaccination/rappel à vecteurs Ad26 et MVA (Ad26.ZEBOV/MVA-BN-Filo) ont transmis à l'OMS la documentation requise aux fins de la procédure d'évaluation

documentation to WHO. To date, no Ebola vaccine has been prequalified by WHO or completed the EUAL procedure.

A prime/boost candidate vaccine based on rVSV- and Ad5-vectored components (GamEvac-Combi) is licensed in its country of origin based on Phase 2 data. However, the full dossier has not yet been made available to WHO for review.

SAGE noted that the information on duration of protection for candidate Ebola vaccines in the clinical phase is limited and that there is uncertainty on vaccine cross-protection for the different Ebola virus species for any of the candidate vaccines.

Should an Ebola disease outbreak occur before the candidate vaccine is licensed, SAGE recommended that the rVSVΔG-ZEBOV-GP vaccine be promptly deployed under the Expanded Access framework, with informed consent and in compliance with Good Clinical Practice. If the outbreak is caused by an Ebola virus species other than Zaire, consideration should be given to the use of other candidate vaccines that target the putative viral species.

Ring vaccination, as used in the Phase 3 study in Guinea, is the recommended delivery strategy. This should be adapted to the social and geographic conditions of the outbreak areas and include people at risk including but not limited to: (i) contacts and contacts of contacts; (ii) local and international health-care and front-line workers in the affected areas and (iii) health-care and front-line workers in areas at risk of expansion of the outbreak.

The Expanded Access study protocol, which is being discussed with Member States by Médecins Sans Frontières (MSF), the vaccine developer, and partners, should be implemented promptly after the confirmation of a case of Ebola, in coordination with the current control interventions. It should be used as an opportunity to accumulate additional information on vaccine safety, efficacy and effectiveness.

SAGE considered that available evidence on candidate Ebola vaccines, especially duration of protection, is insufficient to formulate conclusive recommendations regarding mass vaccination of the general population or vaccination of health-care workers in the absence of an outbreak.

GAVI has entered into an Advance Purchase Commitment for a licensed product, under which 300 000 doses of today's investigational vaccine will be available if an outbreak occurs. GAVI has also approved funding for procurement of vaccine for a global stockpile when one or more vaccines are licensed and recommended by WHO. SAGE recommended that mathematical modelling estimates be further refined to indicate the potential benefit of various immunization strategies, and future vaccine supply needs.

SAGE supported the WHO Secretariat efforts to facilitate regulatory convergence through supporting national regulatory authorities to develop consensus on regula-

et d'homologation pour les situations d'urgence (EUAL). À ce jour, aucun vaccin anti-Ebola n'a obtenu la préqualification de l'OMS ni complété la procédure EUAL.

Un vaccin candidat de type primovaccination/rappel à vecteurs rVSV et Ad5 (GamEvac-Combi) a été homologué dans son pays d'origine sur la base des données des essais de phase II. Cependant, le dossier complet n'a pas encore été soumis à l'OMS pour examen.

Le SAGE a fait remarquer que les informations sur la durée de la protection conférée par les vaccins candidats anti-Ebola en phase clinique étaient limitées et qu'il existait une incertitude quant à la protection croisée des vaccins candidats contre les différentes espèces de virus Ebola.

Dans le cas où une flambée épidémique de maladie à virus Ebola surviendrait avant l'homologation du vaccin candidat, le SAGE a recommandé de déployer rapidement le vaccin rVSVΔG-ZEBOV-GP en vertu du cadre de l'accès élargi, en veillant à recueillir le consentement éclairé et à respecter les bonnes pratiques cliniques. Si la flambée épidémique est causée par des espèces de virus Ebola autres que Zaire, il conviendra d'envisager l'utilisation d'autres vaccins candidats qui ciblent l'espèce virale présumée.

La vaccination en anneau, telle que celle mise en œuvre dans l'essai de phase III en Guinée, est la stratégie vaccinale recommandée. Elle doit être adaptée aux conditions sociales et géographiques des zones touchées par la flambée épidémique et inclure les personnes à risque, notamment: i) les contacts et leurs propres contacts, ii) les agents de santé et les agents de première ligne locaux et internationaux; et iii) les agents de santé et les agents de première ligne dans les zones où il existe un risque de propagation de la flambée épidémique.

Le protocole d'étude de l'accès élargi, qui fait l'objet de discussions entre les États Membres et Médecins sans frontières, le fabricant du vaccin et les partenaires, doit être rapidement mis en œuvre après la confirmation d'un cas de maladie à virus Ebola, en coordination avec les interventions actuelles de lutte contre la maladie. Ce protocole doit être envisagé comme une occasion d'accumuler des informations supplémentaires sur la sécurité et l'efficacité potentielle et réelle du vaccin.

Le SAGE a considéré que les données disponibles sur les vaccins candidats contre le virus Ebola, en particulier concernant la durée de la protection, étaient insuffisantes pour formuler des recommandations définitives sur la vaccination de masse de la population générale ou la vaccination des agents de santé en l'absence de flambée épidémique.

L'Alliance GAVI a conclu un engagement d'achat préalable de produit homologué, au titre duquel 300 000 doses du vaccin actuellement à l'étude seront disponibles si une flambée épidémique survient. L'Alliance GAVI a également approuvé le financement de l'achat de vaccins pour constituer un stock mondial quand un ou plusieurs vaccins seront homologués et recommandés par l'OMS. Le SAGE a recommandé d'affiner ultérieurement les estimations issues de la modélisation mathématique afin qu'elles donnent des indications sur l'avantage potentiel des différentes stratégies de vaccination et les besoins futurs en vaccins.

Le SAGE a appuyé les travaux du Secrétariat de l'OMS visant à faciliter la convergence réglementaire en aidant les autorités nationales de réglementation à parvenir à un consensus sur les

tory pathways for the development and registration of candidate Ebola vaccines.

SAGE encouraged manufacturers of candidate Ebola vaccines to proactively engage with relevant national regulatory authorities in Africa and regional regulatory structures (e.g. African Vaccine Regulatory Forum, AVAREF) regarding licensure requirements.

SAGE acknowledged the national licensure of the vaccine GamEvac-Combi and encouraged the manufacturer to submit additional data, including the required evidence necessary to apply for WHO prequalification status.

As different Ebola candidate vaccines may have characteristics suited to different scenarios and populations, SAGE supported the ongoing development of all candidate vaccines and recommends that vaccine developers submit data as they become available to the WHO Secretariat to inform policies.

SAGE noted that further research is required to establish the acceptability of vaccines for use in health-care workers, duration of protection conferred by various candidate vaccines, cross protection between virus species and number of doses required, including need for boosting doses.

National immunization programme management: functions and competencies

In a rapidly changing environment, national immunization programme managers are expected to perform diverse functions requiring different and specialized competencies, and are faced with an ever-increasing workload. The GVAP states that the capacities of immunization managers should be strengthened in order to have in place strong immunization programmes as part of well-functioning health systems. Currently there are no standard functions and competencies to assist countries with immunization programme workforce planning. An initial list of functions and competencies, intended for planning, training and managing the immunization technical workforce, was presented to SAGE. The core functions and competencies outlined in this list were encompassed in 7 main technical and management areas: (1) Policy, planning and financing, (2) Advocacy and communication, (3) Human resources and performance management, (4) Vaccine supplies and logistics, (5) Immunization and injection safety, (6) Disease surveillance, investigation and response and (7) Monitoring, evaluation and data use. Country experiences from Pakistan and Armenia were shared with SAGE.

WHO seeks to engage key partners and country staff in the development and implementation of 2 main outputs: a guidance document and a workforce mapping tool.

SAGE welcomed the initiative and stressed the importance and urgency of developing guidance that can be tailored to each country's unique structure and needs. SAGE emphasized the importance of looking at functions and competencies from a health-system perspective whereby all the immunization functions are

voies réglementaires en matière de développement et d'homologation des vaccins candidats contre le virus Ebola.

Le SAGE a encouragé les fabricants de vaccins candidats anti-Ebola à collaborer proactivement avec les autorités nationales de réglementation concernées en Afrique et avec les structures réglementaires régionales (par exemple le Forum africain pour la réglementation des vaccins, AVAREF) sur les critères d'homologation.

Le SAGE a pris acte de l'homologation nationale du vaccin GamEvac-Combi et a encouragé le fabricant à fournir des données supplémentaires, notamment les éléments probants requis pour déposer une demande de préqualification auprès de l'OMS.

Sachant que les vaccins candidats contre le virus Ebola présentent des caractéristiques adaptées à différents scénarios et populations, le SAGE a salué le développement de tous les vaccins candidats et recommande aux fabricants de vaccins de soumettre leurs données au Secrétariat de l'OMS, quand elles seront disponibles, afin d'éclairer les politiques.

Le SAGE a fait remarquer que des travaux de recherche supplémentaires sont nécessaires pour établir l'acceptabilité de l'administration des vaccins aux agents de santé, la durée de la protection conférée par les différents vaccins candidats, la protection croisée contre les différentes espèces de virus et le nombre de doses requises, y compris les doses de rappel si nécessaire.

Gestion des programmes nationaux de vaccination: fonctions et compétences

Dans un environnement qui évolue rapidement, les gestionnaires de programmes de vaccination sont supposés assumer différentes fonctions nécessitant des compétences variées et spécialisées, et sont confrontés à une charge de travail en constante augmentation. Le GVAP estime que les capacités des gestionnaires des programmes de vaccination doivent être développées afin de renforcer ces programmes dans le cadre de systèmes de santé performants. Aujourd'hui, il n'existe pas de fonctions et compétences standard pour aider les pays à organiser les effectifs des programmes de vaccination. Une liste initiale de fonctions et de compétences, conçue aux fins de l'organisation, de la formation et de la gestion des effectifs techniques des programmes de vaccination, a été présentée au SAGE. Ces fonctions et compétences fondamentales ont été réparties en 7 domaines techniques et de gestion: 1) politique, planification et financement; 2) promotion et communication; 3) ressources humaines et gestion de la performance; 4) approvisionnement en vaccins et logistique; 5) sécurité de la vaccination et des injections; 6) surveillance de la maladie, investigation et riposte; et 7) suivi, évaluation et exploitation des données. Les expériences du Pakistan et de l'Arménie ont été partagées avec le SAGE.

L'OMS cherche à impliquer les partenaires clés et les personnels nationaux dans l'élaboration et la mise en œuvre de 2 éléments fondamentaux: un document d'orientation et un outil de cartographie des effectifs.

Le SAGE a salué cette initiative et souligné l'importance et l'urgence d'élaborer des orientations adaptables à la structure et aux besoins propres à chaque pays. Le SAGE a mis l'accent sur le fait que les fonctions et les compétences doivent être envisagées du point de vue du système de santé, c'est-à-dire de manière à ce que toutes les fonctions liées à la vaccination soient correctement

adequately addressed with competent staff, regardless of the country's health system structure. SAGE recommended sharing of experiences between countries and regions on immunization workforce planning. SAGE suggested creating tools to assist countries in different aspects of immunization human resources management including: staff turnover and rotation policies, performance evaluations, and design of training. SAGE recommended that this work be piloted in a range of countries.

National Immunization Technical Advisory Groups (NITAGs)

For more than 9 years, WHO has been recommending its Member States to establish NITAGs as a way to improve evidence-informed decision making and country ownership of national immunization programmes. The GVAP recommends that each Member States establish and/or strengthen a NITAG that can guide country policies and strategies based on local epidemiology and cost-effectiveness. Data on the existence of functional NITAGs are collected in the WHO-UNICEF joint reporting form (JRF).

In 2015, 124 of 194 Member States reported the existence of a NITAG. Of these, 116 (60%) have a NITAG with an administrative and legislative basis and 41%, including 49 low and middle income countries (LMICs), reported that their NITAG complies with the 6 basic JRF process indicators of functionality. This represents an 88% increase from 2010. In 2016, as part of the GVAP midterm review, SAGE noted that good progress had been made in this area, though the achievement of the GVAP 2020 target would need additional efforts from countries and the partners.

SAGE was presented with a NITAG literature review. Main issues addressed in NITAG-related publications were frameworks, processes and evidence to issue recommendations, availability of expertise and human resources, integration within the national decision-making process, independence of the NITAG and recommendations and the need for collaboration between NITAGs.

NITAGs from Senegal, Sri Lanka, and the United Kingdom presented their experience to illustrate achievements and challenges as well as country differences in structure and functioning.

Main issues that countries are facing in establishing, strengthening and sustaining NITAGs include funding challenges, lack of work plans and agendas, lack of assessments of conflicts of interest, lack of human resources, insufficient training on evidence-based review processes, language and limited access to critical literature and publications, and recognition of the NITAG by the respective MoH.

In light of their contribution to the improvement of national immunization programmes, SAGE stressed the importance of NITAGs as a core institution of well-functioning immunization programmes and urged that countries, WHO, partners and the donor community continue to provide support and facilitate the work of

assumées par des personnels compétents, quelle que soit la structure du système de santé dans le pays. Le SAGE a recommandé aux pays et régions de partager leurs expériences en matière d'organisation des effectifs des programmes de vaccination. Le SAGE a suggéré de créer des outils pour aider les pays dans différents domaines relevant de la gestion des ressources humaines pour la vaccination, notamment les politiques de relève et de rotation des personnels, les évaluations de la performance et le plan de formation. Le SAGE a recommandé que ces travaux soient guidés dans un certain nombre de pays.

Groupes consultatifs techniques nationaux sur la vaccination (NITAG)

Depuis plus de 9 ans, l'OMS recommande à ses États Membres de constituer des NITAG de manière à améliorer la prise de décisions fondée sur des faits probants et l'appropriation des programmes nationaux de vaccination par les pays. Le GVAP recommande à chaque État Membre de constituer et/ou de renforcer un NITAG qui soit en mesure de guider les politiques et stratégies nationales en fonction de l'épidémiologie locale et de leur rapport coût/efficacité. Les données sur l'existence de NITAG fonctionnels sont consignées dans le formulaire conjoint de déclaration OMS/UNICEF.

En 2015, 124 des 194 États Membres ont notifié l'existence d'un NITAG. Parmi ceux-ci, 116 (60%) disposent d'un NITAG doté d'une base administrative et juridique et 41%, dont 49 pays à revenu faible ou intermédiaire, ont déclaré que leur NITAG respectait les 6 indicateurs de processus fondamentaux relatifs à la fonctionnalité contenus dans le formulaire conjoint de déclaration OMS/UNICEF. Cela représente une augmentation de 88% par rapport à 2010. En 2016, dans le cadre de l'évaluation à mi-parcours du GVAP, le SAGE a constaté les progrès notables accomplis dans ce domaine, même si des efforts supplémentaires de la part des pays et des partenaires seront nécessaires pour atteindre la cible du GVAP pour 2020.

Une revue des publications traitant des NITAG a été présentée au SAGE. Les principaux points soulevés dans ces publications étaient les cadres, processus et données nécessaires pour émettre des recommandations, la disponibilité d'experts et de ressources humaines, l'intégration dans le processus décisionnaire national, l'indépendance des NITAG et des recommandations, et la nécessité d'une collaboration entre les NITAG.

Les NITAG du Sénégal, du Sri Lanka et du Royaume-Uni ont présenté leurs expériences pour illustrer les réalisations et les difficultés, ainsi que les différences structurelles et fonctionnelles entre les pays.

Parmi les principaux problèmes auxquels les pays sont confrontés pour créer, renforcer et pérenniser les NITAG figurent: les difficultés de financement, le manque de plans et de programmes de travail, d'évaluations des conflits d'intérêts, de ressources humaines, et de formation aux processus d'examen fondé sur des preuves, la langue de la littérature et des publications essentielles et l'accès limité à ces ressources, et la reconnaissance du NITAG par le ministère de la santé du pays.

Étant donné la contribution des NITAG à l'amélioration des programmes nationaux de vaccination, le SAGE a souligné leur importance en tant qu'institutions centrales pour des programmes de vaccination performants, et a enjoint les pays, l'OMS, les partenaires et les donateurs à poursuivre leurs efforts pour soutenir et faciliter le travail des NITAG et de leurs secré-