



Publié pour l'Assemblée mondiale de la Santé, mai 2026

Mise à jour : juillet 2026

Nous vous écrivons en tant que groupe de scientifiques et d'experts en santé publique qui avons consacré des décennies à travailler sur les vaccins, la survie de l'enfant, la prévention des maladies pneumococciques, l'économie de la santé et la mise en œuvre de la vaccination dans les pays à revenu faible et intermédiaire.

Nous sommes unis par une préoccupation commune : alors que les programmes de vaccination antipneumococcique conjuguée (PCV) ont sauvé des millions de jeunes vies dans le monde, de nombreux programmes nationaux ne sont peut-être plus configurés de la manière la plus rentable ou la plus efficace pour sauver des vies d'enfants.

Les vaccins pneumococciques conjugués (VPC) demeurent parmi les outils les plus importants pour réduire la mortalité infantile due à la pneumonie, à la méningite et à la septicémie. Leur introduction a permis de réduire considérablement les infections invasives à pneumocoque dans de nombreux pays et a contribué à la diminution des infections résistantes aux antimicrobiens et des hospitalisations.

Cependant, les programmes de vaccination contre le pneumocoque figurent parmi les postes de dépenses les plus importants des budgets nationaux de vaccination. À mesure que les pays cessent de dépendre du soutien des donateurs ou font face à des pressions budgétaires croissantes, il est essentiel que les gouvernements réévaluent régulièrement si les produits, les stratégies d'approvisionnement, les schémas posologiques et les modèles de distribution actuels permettent d'obtenir le meilleur impact sanitaire possible pour chaque dollar dépensé.

Nous encourageons donc tous les ministères à collaborer avec leurs groupes consultatifs techniques nationaux sur la vaccination (NITAG) afin de revoir leurs programmes nationaux de vaccination contre le pneumocoque, en tenant compte de l'épidémiologie actuelle, des conditions du marché et des nouvelles données scientifiques.

Tout d'abord, **le choix du produit PCV** mérite un nouvel examen. Le marché des vaccins pneumococciques conjugués (VPC) a considérablement évolué ces dernières années, avec la disponibilité de nombreux produits à différents prix et présentant des compositions sérotypiques variées. De nombreux pays restent liés par des accords d'approvisionnement

établis il y a des années, avant l'arrivée sur le marché d'options plus récentes et potentiellement plus abordables.

Dans certains contextes, des économies substantielles sont désormais envisageables sans compromettre la santé publique. Il est donc de plus en plus important de procéder à des évaluations comparatives transparentes portant sur les prix, la fiabilité de l'approvisionnement, la pertinence des sérotypes, les implications pour la chaîne du froid et la viabilité à long terme.

Deuxièmement, **les schémas posologiques des vaccins antipneumococciques conjugués (VPC)** devraient être réévalués à la lumière des données probantes étayant des approches à dose réduite dans les contextes appropriés. De plus en plus de données suggèrent que les schémas 1+1 — une dose primaire suivie d'une dose de rappel — pourraient offrir une protection efficace à la population lorsque la couverture vaccinale est élevée et que l'immunité collective est établie.

Un seul pays a instauré un système de rotation 1+1 : le Royaume-Uni, avec des résultats [impressionnants](#) — et les Fidji sont les premiers pays à revenu faible ou intermédiaire (PRFI) , doit planifier la transition pour 2026. Il y a 50 autres PRFI.* qui répondent aux critères [défini par l'Organisation mondiale de la santé](#) (OMS). Vingt-deux de ces pays sont éligibles à un soutien financier de Gavi, l'Alliance du Vaccin. Le vaccin pneumococcique conjugué étant le plus coûteux chez les enfants, la réduction des doses permettra de réaliser des économies substantielles.

Les gouvernements qui adoptent un schéma vaccinal PCV 1+1 pourraient utiliser les économies réalisées pour introduire de nouveaux vaccins qui, autrement, seraient inabordables. Par exemple, l'introduction d'un schéma PCV 1+1 en même temps qu'un vaccin contre le VRS pourrait potentiellement prévenir davantage de décès d'enfants dus à la pneumonie, à un coût supplémentaire minime voire nul, notamment si l'on tient compte de la réduction des coûts d'hospitalisation liés au VRS. Des [estimations récentes](#) indiquent que les vaccins contre le pneumocoque et le VRS pourraient, ensemble, prévenir 3,4 millions de décès d'enfants d'ici à 2045.

Ainsi, bien que cette approche ne soit pas adaptée à tous les contextes, une transition soigneusement étudiée vers des schémas posologiques réduits pourrait générer des économies importantes, alléger la charge de travail liée à la vaccination et libérer des ressources pour d'autres priorités urgentes en matière de santé infantile, sans compromettre la lutte contre la maladie. Il est essentiel que ces décisions soient fondées sur des données probantes et adaptées à l'épidémiologie locale, aux capacités de surveillance et aux performances du système de santé.

Troisièmement, nous encourageons les ministres de la Santé à veiller à ce que les programmes de vaccination contre le pneumocoque (PCV) s'inscrivent **dans le cadre de services intégrés de santé infantile**. On observe un intérêt croissant pour l'intégration de la vaccination à d'autres services de prévention, notamment la nutrition (par exemple [NutriVax](#)), l'hygiène (par exemple [Un début réussi](#)), et même des antibiotiques (par exemple [ATTEINDRE](#)). Les plateformes de prestation conjointe peuvent améliorer l'efficacité, accroître

le recours aux services et réduire les occasions manquées pour les enfants vulnérables. De telles approches doivent bien sûr être mises en balance avec les préoccupations liées à la résistance aux antimicrobiens.

Nous sommes conscients que la révision des politiques vaccinales établies peut s'avérer complexe sur les plans politique et technique. Toutefois, une gestion responsable des ressources publiques exige une réévaluation constante au gré de l'évolution des connaissances scientifiques, des marchés et des profils épidémiologiques. Le maintien du statu quo n'est pas toujours l'option la plus efficace ni la plus équitable.

Nous exhortons donc les ministères à commander des évaluations nationales actualisées de la politique relative au vaccin pneumococcique conjugué (PCV), intégrant les données probantes les plus récentes sur la sélection des produits, l'optimisation du calendrier de vaccination, la prestation de services intégrés, le rapport coût-efficacité et la viabilité à long terme. Ces évaluations devraient impliquer les équipes nationales de vaccination, les économistes, les pédiatres, les experts en surveillance, les spécialistes des achats et les acteurs communautaires, et tirer parti des nouveaux outils disponibles, notamment [Priorisation des vaccins et optimisation du portefeuille](#) (Boîte à outils VPOP).

L'objectif n'est pas simplement de dépenser moins, mais de dépenser plus intelligemment : protéger davantage d'enfants, maintenir la confiance du public, renforcer les systèmes de santé et maximiser les gains sanitaires que l'on peut obtenir pour chaque dollar investi dans la vaccination.

Le succès mondial des programmes de vaccination contre le sida (PCV) est l'une des plus grandes réussites de la santé publique moderne. Grâce à une réévaluation réfléchie et à une adaptation stratégique, ce succès peut devenir encore plus durable, équitable et efficace dans les années à venir.

Sincèrement,

Vaccin PCV sécurisé : une coalition de scientifiques spécialisés dans les vaccins et d'experts en santé infantile

Pour en savoir plus : <https://stopppneumonia.org/latest/secure-pcv/>

Appendice

Selon les Position de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) : vaccins pneumococciques conjugués chez les nourrissons et les enfants de moins de 5 ans, et estimations OMS/UNICEF de la couverture vaccinale nationale (WUENIC), révision de 2025 : 50 pays à revenu faible ou intermédiaire sont admissibles à passer à un schéma vaccinal PCV 1p+1, car ils présentent les caractéristiques suivantes :

- La couverture vaccinale moyenne par PCV au cours des cinq années précédentes était supérieure à 80 %, et
- couverture vaccinale moyenne contre la rougeole (1 dose) supérieure à 80 % au cours des cinq années précédentes

Éligible au programme Gavi
Bangladesh
Burkina Faso
Burundi
Cambodge
Érythrée
Ghana
Kenya
Kirghizistan
Lesotho
Malawi
Mauritanie
Népal
Pakistan
Rwanda
São Tomé et Príncipe
Sénégal
Sierra Leone
Tanzanie
Aller
Ouganda
Zambie
Zimbabwe

Autres pays à revenu faible ou intermédiaire
Albanie
Algérie
Arménie
Bhoutan
Botswana
Brésil
Bulgarie
Colombie
République dominicaine
Le Salvador
Géorgie
Guatemala
Honduras
Kiribati
Libye
Malaisie
Moldavie
Mongolie
Maroc
Namibie
Nicaragua
Niue
Palestine
Arrivé
Tunisie
Turquie
Turkménistan
Ouzbékistan