



GUIDE POUR L'ÉLABORATION  
DE POLITIQUES NATIONALES  
DE VACCINATION DANS LA  
RÉGION AFRICAINE



BUREAU RÉGIONAL DE L'

Organisation  
mondiale de la Santé  
Afrique

GUIDE POUR L'ÉLABORATION DE  
POLITIQUES NATIONALES DE  
VACCINATION DANS LA RÉGION  
AFRICAINNE DE L'OMS

**ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ  
BUREAU RÉGIONAL DE L'AFRIQUE  
BRAZZAVILLE • 2017**

**© Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour  
l'Afrique, 2017**

Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la  
licence [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/)

NB : le lien vers la licence en langue française est  
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.fr>

Conception, graphique et impression : TIP/AFRO

## TABLE DES MATIÈRES

|  | Page |
|--|------|
| SIGLES, ABRÉVIATIONS ET ACRONYMS .....                         | VII  |
| DÉFINITION D'UNE POLITIQUE.....                                | XI   |
| RÉSUMÉ .....   | XV   |
| CONTEXTE.....  | 1    |
| HISTORIQUE .....   | 5    |
| OBJECTIF DU GUIDE.....   | 11   |
| I. ENVIRONNEMENT PROPICE .....                                 | 15   |
| Principe 1 : Obligations de l'État.....                        | 15   |
| Principe 2 : Participation.....                                | 19   |
| Principe 3 : Valeur .....                                      | 23   |
| II. CADRE OPÉRATIONNEL.....                                    | 27   |
| Principe 4 : Intégration.....                                  | 27   |
| Principe 5 : Fédération.....                                   | 32   |
| Principe 6 : Innovation .....                                  | 35   |
| Principe 7 : Éléments factuels.....                            | 39   |
| Principe 8 : Supervision .....                                 | 42   |
| III. VACCINATION PRENANT EN COMPTE TOUTE LA DURÉE DE VIE ..... | 49   |
| Principe 9 : Toute la durée de vie .....                       | 49   |
| Suivi de la mise en œuvre des politiques .....                 | 53   |

## ANNEXES

|   |    |
|---|----|
| 1. EXEMPLE DE PROGRAMME DE VACCINATION .....                                      | 56 |
| 2. STRATÉGIES ET PRATIQUES MONDIALES DE VACCINATION<br>SYSTEMATIQUE (SPMVS) ..... | 58 |
| RÉFÉRENCES.....   | 61 |







## SIGLES, ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

|       |  |
|-------|--|
| BCG   | Vaccin <i>Bacille Calmette-Guérin</i>                          |
| CCIA  | Comité de coordination inter-agences                           |
| CTC   | Chaîne à température contrôlée                                 |
| CUE   | Couverture vaccinale universelle des enfants                   |
| DMPI  | Dossier médical personnel informatisé                          |
| DT    | Vaccin contenant des valences diphtérie et tétanos             |
| DTC   | Vaccin contenant des valences diphtérie, tétanos et coqueluche |
| GAVI  | Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination           |
| GIVS  | La vaccination dans le monde : vision et stratégie             |
| GMP+  | Programme Plus de surveillance de la croissance                |
| IPD   | Journée de vaccination Plus                                    |
| IPVS  | Intensification périodique de la vaccination systématique      |
| MAPI  | Manifestation postvaccinale indésirable                        |
| MAS   | Malnutrition aiguë sévère                                      |
| MILDA | Moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action |
| MNT   | Maladie non transmissible                                      |
| NITAG | Groupe consultatif technique national sur la vaccination       |
| ODD   | Objectif de développement durable                              |
| OMS   | Organisation mondiale de la Santé                              |
| ONG   | Organisation non gouvernementale                               |
| ANR   | Organisme national de réglementation                           |
| OR    | Organisation religieuse  |
| OSC   | Organisation de la société civile                              |
| GVAP  | Plan d'action mondial pour la vaccination                      |
| PB    | Périmètre brachial   |
| PCIME | Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant              |
| PCV   | Vaccin contre le pneumocoque (conjugué)                        |



|         |   |
|---------|---|
| PDA     | Assistant numérique personnel                                     |
| PENTA   | Vaccin pentavalent  |
| PEV     | Programme élargi de vaccination                                   |
| PPAC    | Plan pluriannuel complet  |
| RITAG   | Groupe consultatif technique régional sur la vaccination          |
| ROTA    | Vaccin contre le rotavirus  |
| RSI     | Règlement sanitaire international                                 |
| SAV     | Semaine africaine de la vaccination                               |
| SIS     | Système d'information sanitaire                                   |
| SPMVS   | Stratégies et pratiques mondiales de vaccination systématique     |
| SWG     | Groupe de travail des parties prenantes                           |
| Technet | Réseau technique pour le renforcement des services de vaccination |
| TT      | Vaccin contenant de l'anatoxine tétanique                         |
| UNICEF  | Fonds des Nations Unies pour l'enfance                            |
| VAR     | Vaccin antirougeoleux   |
| VHB     | Vaccin contre le virus de l'hépatite B                            |
| VIH     | Virus d'immunodéficience humaine                                  |
| VPH     | Vaccin contre le papillomavirus humain                            |
| VPI     | Vaccin antipoliomyélitique inactivé                               |
| VPO     | Vaccin antipoliomyélitique oral                                   |
| YF      | Vaccin contre la fièvre jaune (ou vaccin anti-amaril)             |





## DÉFINITION D'UNE POLITIQUE

La politique publique réfère à des modes ou principes d'action proposés par un gouvernement, publiés et largement acceptables, qui doivent être adoptés en vue d'atteindre des objectifs précis à long terme. Les politiques ont vocation à influencer et à déterminer toutes les grandes décisions, actions et activités dans les limites qu'elles ont fixées. Elles sont généralement complétées par des décrets ou lois apportant plus de précisions sur la manière dont les actions devraient être menées (par qui, quand et avec quelles ressources) et les dispositifs de responsabilité et de redevabilité que l'on applique ou qui seront mis en place pour soutenir la mise en œuvre.

Il ne faut pas confondre les orientations de politique générale et les directives techniques, celles-ci définissant les processus et procédures employés au quotidien pour traduire les politiques dans les faits. Les principaux éléments à prendre en considération en ce qui concerne les directives techniques englobent la planification des programmes de vaccination, la pratique et la performance en matière de prestation de services, la couverture, l'intégration dans le système de santé, la communication, la gestion et le financement.

En général, l'élaboration des politiques se fait suivant un format standard, comprenant :

1. Un **énoncé de l'objet**, qui explique pourquoi la politique a été élaborée et quel en est l'effet ou le résultat escompté – autrement dit, l'impact sur la santé publique, l'impact budgétaire et économique, et la faisabilité de la mise en œuvre ;
2. Des **principes** qui sous-tendent la politique ;
3. Un **énoncé de l'applicabilité et de la portée**, qui décrit les personnes visées par cette politique et les actions affectées, les objectifs escomptés, et qui s'attache à éviter autant que possible les conséquences inattendues, tout en indiquant toutes les éventuelles modifications du comportement organisationnel que pourrait induire la nouvelle politique ;
4. Une **date d'entrée en vigueur**, qui indique quand la politique entre en vigueur et sa durée ;
5. Une **section définissant les diverses responsabilités**, qui indique quelles parties et organisations sont chargées de la mise en œuvre d'un énoncé de politiques donné ;
6. Une **évaluation de la performance** et une périodicité de l'examen de la politique.

Certaines politiques peuvent aussi comprendre des sections supplémentaires : par exemple, Historique, une section qui donne les raisons et décrit l'histoire, tout comme l'idée qui a sous-tendu la formulation de la politique ; et Définitions, une section qui décrit de façon claire et sans équivoque les termes et concepts que l'on retrouve dans la politique.

On entend par politique de santé, les décisions, plans et actions mis en œuvre pour atteindre des objectifs en matière de soins de santé dans une société. Une politique de santé explicite permet de réaliser plusieurs choses : elle définit une vision pour l'avenir, laquelle vision permet à son tour d'établir des points de référence à court et à moyen termes. Une politique de santé explicite expose également les priorités et les rôles attendus de différents groupes, permet de créer un consensus et informe le public. <sup>1</sup>

La différence entre la politique et la loi est principalement que la politique est un principe qui guide la prise de décision, alors qu'une loi est une règle imposée par une institution. Les politiques ne sont que des documents et non pas des lois, mais ces politiques peuvent conduire à de nouvelles lois.









## RÉSUMÉ

Les pays de la Région africaine de l'OMS éprouvent un grand besoin d'orientation sur les politiques qu'ils doivent adopter dans le cadre de leurs programmes nationaux de vaccination. De telles politiques doivent être en adéquation avec les objectifs convenus sur le plan international, tels que les cibles des objectifs de développement durable (ODD) et du Plan d'action mondial pour la vaccination (GVAP), et avec les cibles du Plan stratégique régional pour la vaccination 2014-2020,<sup>2</sup> sans oublier les accords et pactes politiques sur la santé et la vaccination qui ont été conclus à l'échelle mondiale et africaine. Ces politiques définissent le cadre des orientations techniques nécessaires à la mise en œuvre des programmes de vaccination.

La caractéristique fondamentale de l'élaboration des politiques se rapportant aux programmes de vaccination reste l'accent mis sur l'élaboration des recommandations fondée sur des bases factuelles, l'innovation et les meilleures pratiques. Les politiques de vaccination s'inscrivent dans une hiérarchie de déclarations de principe, à commencer par la vision du pays telle qu'elle est exposée dans sa Constitution ou par l'ensemble de ses politiques de développement. Vient ensuite la politique nationale de santé, qui englobe les politiques de vaccination.<sup>3</sup> Toute considération politique concernant le programme de vaccination doit s'inscrire dans le droit fil de la politique nationale de santé, de la vision et des politiques générales de développement national.

Le présent guide regroupe les considérations de politique générale dans un environnement propice, autant que dans un environnement opérationnel, et une approche des parcours de vie profitant à toutes les tranches d'âge. Le guide met l'accent sur les principes liés aux obligations de l'État, les partenariats étendus, l'importance de la vaccination et sa place en tant que partie intégrante des systèmes de santé public et privé, la mobilisation des capacités des communautés,

l'innovation, y compris la technologie, la prise de décision fondée sur des bases factuelles, la supervision et le cycle de vie.

L'obligation qui incombe à l'État d'assurer des services de vaccination de qualité à tous est au centre des responsabilités définies en vertu du programme de vaccination, au même titre que le devoir de chaque individu de se faire vacciner et de veiller à ce que ses enfants soient vaccinés. L'environnement financier change : il est marqué à la fois par le cofinancement accru et la fin de la dépendance de l'État à l'égard de l'appui fourni par GAVI. Il appartiendra aux États d'accroître leur propre concours financier, mais aussi d'explorer des sources de financement alternatives. La large participation des parties prenantes nationales, locales et internationales, sous l'égide de l'État, sera nécessaire pour trouver des solutions permettant d'étendre et de soutenir le programme de vaccination, alors que de nouveaux vaccins sont introduits. L'innovation technologique, à l'exemple de la santé mobile ( mHealth) et de Chaîne de température contrôlée (CTC), peut accroître l'efficacité, l'effectivité et la durabilité à long terme du programme de vaccination.

Au niveau des pays, les Groupe Techniques Consultatifs sur la Vaccination (GTCV) devraient effectuer des prises de décision fondée sur des éléments factuels générés à partir de bases de données actualisées de qualité et les mécanismes de supervision basés sur la transparence des opérations. Ceci permet de renforcer la confiance du grand public et d'autres contributeurs par rapport au programme de vaccination. De plus, la valeur de la vaccination pour la société en termes de décès, de maladies, d'hospitalisations et d'incapacités évités, et les gains économiques qui en résultent justifient les investissements faits dans le cadre du programme.

La vaccination fait partie intégrale du système de santé et de la prestation de services. À ce titre, elle devrait pouvoir s'intégrer avec d'autres interventions réclamées par le public, surtout eu égard au fait que les vaccins plus récents ne peuvent pas prévenir totalement la maladie. L'intégration est un enjeu et en appelle à un changement profond de mentalité, d'autant plus que les objectifs et les fonds se

recoupe dans toutes les interventions sanitaires. L'intégration peut causer un recul temporaire de la vaccination, ce que doivent reconnaître toutes les parties prenantes. Mais les avantages qu'il y a à fournir à la communauté un ensemble de services dont elle a besoin peuvent, à terme, accroître la confiance des populations dans le système de santé et la vaccination. Une approche de la vaccination prenant en compte toutes les étapes de la vie – de la naissance à la vieillesse – augmente les chances de fournir des services de santé supplémentaires en mettant l'accent sur les mesures de prévention et en s'attaquant à des problèmes émergents tels que les maladies non transmissibles.



Les adolescents constituent la tête de proue de l'approche vaccinale en ce sens qu'ils sont la première tranche d'âge capable de comprendre rationnellement les bienfaits de la vaccination, ce qui représente alors un comportement positif tout au long de la vie pour

leur santé et celle de leurs futurs enfants. La vaccination peut être le point d'entrée pour d'autres interventions sanitaires destinées aux adolescents, le but étant de faire d'eux des acteurs de la promotion de la santé de nature à influencer la communauté au sens large.

La mobilisation continue et structurée d'acteurs particuliers est essentielle à l'analyse, à l'adaptation et à l'adoption de priorités politiques identifiées, de sorte qu'elles puissent cadrer avec les spécificités de chaque pays. Des experts indépendants organisés au sein d'un Groupe technique consultatif national sur la vaccination (GTCV) émettent des avis fondés sur des données factuelles en vue de la prise de décisions de politique générale sur la vaccination prenant en compte le contexte épidémiologique et social local ainsi que d'une grande variété d'autres facteurs tels que les caractéristiques des vaccins et leurs préjudices et avantages, leur rapport coût-efficacité, leur faisabilité et leur acceptabilité, etc.. Des groupes de recherche, des comités enquêtant sur les manifestations postvaccinales indésirables, des évaluateurs des performances de la politique et d'autres groupes d'experts sont tout aussi importants dans la fourniture d'informations non dénaturées sur les vaccins et la vaccination afin de maintenir la confiance des particuliers et de la communauté à un niveau élevé. Un Comité de coordination inter-agences (CCIA) et, de manière plus pragmatique, un groupe de travail de parties prenantes plus restreint et plus inclusif soutient l'élaboration de plans spécifiques et la mobilisation de ressources, ainsi que l'orientation et le suivi de la performance du programme.

Les échanges entre parties prenantes individuelles et collectives et un forum national permettent de diffuser en toute transparence les progrès réalisés et reçoivent un retour d'information constructif. Communicateurs et innovateurs sont impliqués pour renforcer les capacités et la portée du programme de vaccination. Les communautés sont incitées à fournir des ressources nécessaires pour combler les déficits financiers et assurer l'approvisionnement en vaccins. L'engagement de la part de plusieurs ministères permet d'atteindre tous les groupes au moyen de la vaccination dans le

cadre d'une approche englobant toutes les étapes de la vie. Plusieurs directions du ministère de la Santé s'assurent que le personnel, le système d'information et les critères de réglementation sont en place. Le dialogue avec les prestataires de service privés à but lucratif et non lucratif ainsi que les organisations de la société civile peut permettre de renforcer la couverture et de garantir plus d'équité dans l'accès aux services de vaccination.

Cette mobilisation nécessite l'existence d'une capacité dédiée au sein du programme de vaccination et au niveau des structures décentralisées. Des moyens intelligents d'acquérir la capacité s'avèrent nécessaires, par exemple par cooptation du personnel des intervenants afin d'augmenter les capacités permanentes au sein du programme. L'élaboration d'une politique et sa concrétisation sous forme de législation, plans, force de travail et d'améliorations technologiques ont un coût. Dans le même temps, il peut être nécessaire que le programme supporte des coûts liés à son intégration dans un système de santé plus large. Toutefois, outre le fait que le système de santé gagnera davantage la confiance du public, le retour sur investissement dans la vaccination est substantiel, et potentiellement plus important lorsqu'elle s'inscrit dans une approche plus intégrée.

Le présent guide identifie les questions politiques essentielles pour une bonne mise en œuvre des stratégies par les programmes nationaux de vaccination. Il faudra que les pays évaluent les politiques déjà en place ainsi que les modifications et ajouts susceptibles d'améliorer leur programme. Une évaluation de la politique antérieure à l'élaboration du plan pluriannuel complet (PPAC)<sup>4</sup> se fera probablement au moment le plus logique, parallèlement à la revue complète du programme de vaccination.

Si le guide offre une approche globale en matière d'élaboration des politiques axée sur neuf principes, il est bien entendu que les pays peuvent procéder par étapes. Toutefois, l'on estime qu'une déclaration de principes sur la vaccination pouvant être mise dans le domaine public doit au minimum :

1. souligner le but de la vaccination et la nécessité d'une protection individuelle et collective, à la fois comme un droit et une obligation ;
2. présenter les avantages de la vaccination en ce qui concerne des maladies ou des vulnérabilités précises, et indiquer tous les effets indésirables éventuels associés à la vaccination et comment les notifier ;
3. illustrer l'importance sociale de la vaccination dans l'amélioration de la qualité de vie et l'obtention d'avantages économiques ;
4. indiquer comment la vaccination s'intègre dans le plan national de santé et mettre l'accent sur la cohérence et le renforcement mutuel entre la vaccination et d'autres services du système national de santé ;
5. faire référence aux pactes et accords conclus aux niveaux mondial et continental qui engagent le pays à réaliser et financer la vaccination universelle ;
6. déterminer comment sera structurée l'intégration des services de vaccination dans d'autres composantes des soins de santé primaires ;
7. mettre l'accent sur la nécessité d'une participation pleine et entière de toutes les parties prenantes à la planification et la prestation des services de vaccination ;
8. décrire la façon dont les communautés peuvent s'investir pour soutenir le programme de vaccination ;
9. relever l'importance pour les parents de veiller à ce que leurs enfants soient enregistrés à la naissance afin de s'assurer qu'ils sont pris en compte dans le cadre de la planification des services de vaccination ;
10. préciser qui est habilité à recevoir certains vaccins, tout comme le calendrier à suivre ;
11. dire si la loi fixe des conditions juridiques précises, par exemple si elle subordonne l'entrée à la maternelle ou la scolarisation à l'obtention de tous les vaccins requis ;

12. rappeler que tout le monde doit disposer d'un dossier personnel de vaccination dès la naissance ;
13. mettre en évidence les rôles respectifs des services de santé publique, des praticiens en clientèle privée et des ONG dans la vaccination ;
14. faire état des services de santé supplémentaires éventuellement assurés à l'occasion des séances de vaccination pour les personnes venues se faire vacciner, et pour celles qui y accompagnent les nourrissons et les enfants ;
15. décrire les multiples centres de vaccination ;
16. confirmer si la vaccination est gratuite, et dire dans quels cas elle peut faire l'objet d'un paiement direct, être couverte par l'assurance maladie ou par un tout autre dispositif de financement ;
17. si un volet du programme de vaccination est mis en route, préciser les raisons de cette décision de politique sanitaire et dire comment la vaccination universelle sera réalisée ;
18. indiquer quelles informations concernant le programme de vaccination seront mises à la disposition du public et quels moyens de communication seront utilisés ;
19. affirmer la nécessité de disposer de vaccins de qualité et de recourir aux meilleures pratiques en matière de vaccination, et indiquer comment et par qui ces normes de qualité seront mises en application et vérifiées ;
20. définir les responsabilités concernant la mise en œuvre de la politique nationale ;
21. décrire les mécanismes de responsabilisation liés à l'application de la politique nationale et indiquer comment les parties prenantes, notamment le grand public, seront informées des réalisations et des contraintes ;
22. déterminer la date d'entrée en vigueur de la politique et indiquer dans quel contexte il peut être nécessaire de la réviser.





## CONTEXTE

Le troisième objectif de développement durable (ODD 3) adopté par tous les États lors de l'Assemblée générale des Nations Unies tenue en septembre 2015 invite les États Membres à permettre à tous de vivre une vie saine et à promouvoir le bien-être de tous à tout âge d'ici 2030.<sup>5</sup> Envisagée à l'échelle mondiale, la vaccination est essentielle à l'atteinte d'au moins quatre cibles de l'ODD 3.<sup>6</sup> La stratégie africaine de la santé,<sup>7</sup> qui couvre la même période (2016-2030) que le programme relatif aux objectifs de développement durable, comporte les interventions prioritaires suivantes :

1. Favoriser une meilleure collaboration intersectorielle
2. Accorder une importance primordiale au renforcement des systèmes de santé
3. Tirer le meilleur parti des forces des communautés
4. Favoriser l'établissement de partenariats entre le secteur public et le secteur privé, et d'autres acteurs
5. Assurer une gestion plus systématique des risques et des catastrophes

Ces priorités peuvent être envisagées dans le cadre de la vision plus globale de l'Agenda 2063 de l'Union africaine,<sup>8</sup> dans lequel les catalyseurs clés portent essentiellement sur l'appropriation par les peuples et la mobilisation, les ressources africaines, un leadership responsable, des institutions démocratiques et un changement d'attitude. Les ministres africains de la Santé, des Finances, de l'Éducation, des Affaires sociales et des Collectivités locales présents à la réunion ministérielle sur la vaccination en Afrique, tenue à Addis Abeba en février 2016, ont réaffirmé leur engagement à continuer à investir dans les programmes de vaccination.<sup>9</sup> Au niveau de la Région africaine de l'OMS, l'objectif est d'assurer une couverture vaccinale universelle d'ici 2020.<sup>10</sup>

Ces accords politiques, mondiaux et africains, sont des initiatives sur la base desquelles les gouvernements devront rendre des comptes et seront invités à agir, en tenant compte des réalités, des capacités et des niveaux de développement différents à l'échelle nationale, et en respectant les politiques et priorités nationales. On part du postulat que ces accords vont servir de vecteur des finances publiques sur les plans national et international, parallèlement à d'autres sources de financement publiques et privées, générant des flux de ressources importants susceptibles de bénéficier aux programmes de vaccination. Il existe une synergie positive entre ces accords et le Plan stratégique régional pour la vaccination 2014-2020.<sup>11</sup> L'important, ici, est que les principaux acteurs nationaux de la vaccination soient pleinement engagés dans ces processus politiques pour sauvegarder les progrès accomplis ces trois dernières décennies dans le cadre des programmes de vaccination et élargir encore l'accès, garantir l'équité et veiller à ce que « chaque dose compte ».







## HISTORIQUE

Le Plan stratégique régional pour la vaccination 2014-2020 couvre la même période que le Plan d'action mondial pour les vaccins (GVAP), dont l'objectif est de concrétiser la vision<sup>12</sup> de la Décennie de la vaccination afin d'atteindre l'ensemble des populations en administrant à chacun les vaccins dont il a besoin. Ainsi, au cours de cette période, le plan stratégique peut être perçu comme une contribution initiale à la stratégie africaine de la santé et à l'atteinte des cibles de l'ODD 3, à savoir :

1. Réduire la mortalité maternelle à moins de 70 pour 100 000 naissances vivantes
2. Réduire la mortalité néonatale à moins de 12 pour 1000 naissances vivantes
3. Réduire la mortalité des moins de cinq ans à moins de 25 décès pour 1000 naissances vivantes

Les principes directeurs du plan stratégique – appropriation et leadership par les pays, responsabilité partagée, partenariat et responsabilisation mutuelle, résultats sanitaires équitables, intégration, durabilité, et innovation – servent de base à ses orientations stratégiques, présentées comme suit :

1. Tous les pays s'engagent à faire de la vaccination une priorité
2. Les individus et les communautés comprennent l'importance des vaccins et réclament la vaccination à la fois comme un droit et comme une responsabilité
3. Les bienfaits de la vaccination sont équitablement accordés à toutes les populations
4. Des systèmes de vaccination forts font partie intégrante d'un système de santé performant
5. Les programmes de vaccination accèdent durablement au financement à long terme et à des fournitures de qualité
6. La communication aux niveaux national et régional, l'innovation par la recherche-développement maximisent les bienfaits de la vaccination

Le plan stratégique a été adopté par le Comité régional de l'OMS pour l'Afrique en novembre 2014.<sup>13</sup> Le Comité avait exhorté les États Membres à élaborer un plan annuel et pluriannuel complet, à s'engager à allouer des ressources humaines et financières suffisantes, à mobiliser et autonomiser les communautés, et à améliorer et entretenir la collaboration multisectorielle.

Ces principes et orientations stratégiques, mais aussi les recommandations du Comité régional, tout comme les engagements pris dans le cadre d'accords convenus sur les plans mondial et continental attestent de la nécessité d'élaborer, de maintenir, de suivre et de modifier un ensemble de politiques prioritaires en fonction des bases factuelles émergentes. En outre, les politiques doivent tenir compte des nouvelles orientations stratégiques importantes mises en relief dans le plan stratégique, à savoir :

1. Passer des approches de la vaccination communautaire tirées par l'offre à des approches de vaccination communautaire tirées par la demande, dans lesquelles les États Membres
2. Passer des programmes de vaccination pilotés au niveau international à des programmes que s'approprient les États qui se doivent dans le même temps d'accroître les dotations
3. Passer des structures de programmes individualisés aux systèmes de santé intégrés, dans lesquels la vaccination systématique est le socle de toutes les activités de vaccination
4. Insister davantage sur une approche de la vaccination englobant toutes les étapes de la vie



Il ressort d'une enquête réalisée en 2013 par le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique que seulement 19 pays sur 46 avaient fourni des copies écrites de politiques ou directives techniques pour le programme de vaccination, et dont la plupart ne reprenaient pas tous les aspects de la vaccination ; et presque aucun pays ne s'était doté d'un cadre juridique.<sup>14</sup> Les orientations de politique sanitaire des pays cités en référence<sup>15</sup> portent, entre autres, sur les principes ci-après :

|  |  |
|--|--|
| Engagement politique                           | Participation communautaire et mobilisation        |
| Questions de réglementation relatives à la     | Approche intégrée                                  |
| Coordination et leadership                     | Accessibilité, équité, accessibilité financière et |
| Transparence, responsabilisation et efficacité | Qualité des services et considérations d'ordre     |

Ces directives nationales donnent une certaine orientation au programme de vaccination, principalement sur le plan de la mise en œuvre.<sup>16,17,18</sup> Si des différences s'observent dans les vaccins administrés sur la base des recommandations spécifiques faites par l'OMS, des progrès ont été accomplis en ce qui concerne l'élargissement des calendriers. Dans ce contexte, les données actuelles sur les vaccins<sup>19</sup> font ressortir les indications suivantes pour la Région africaine :

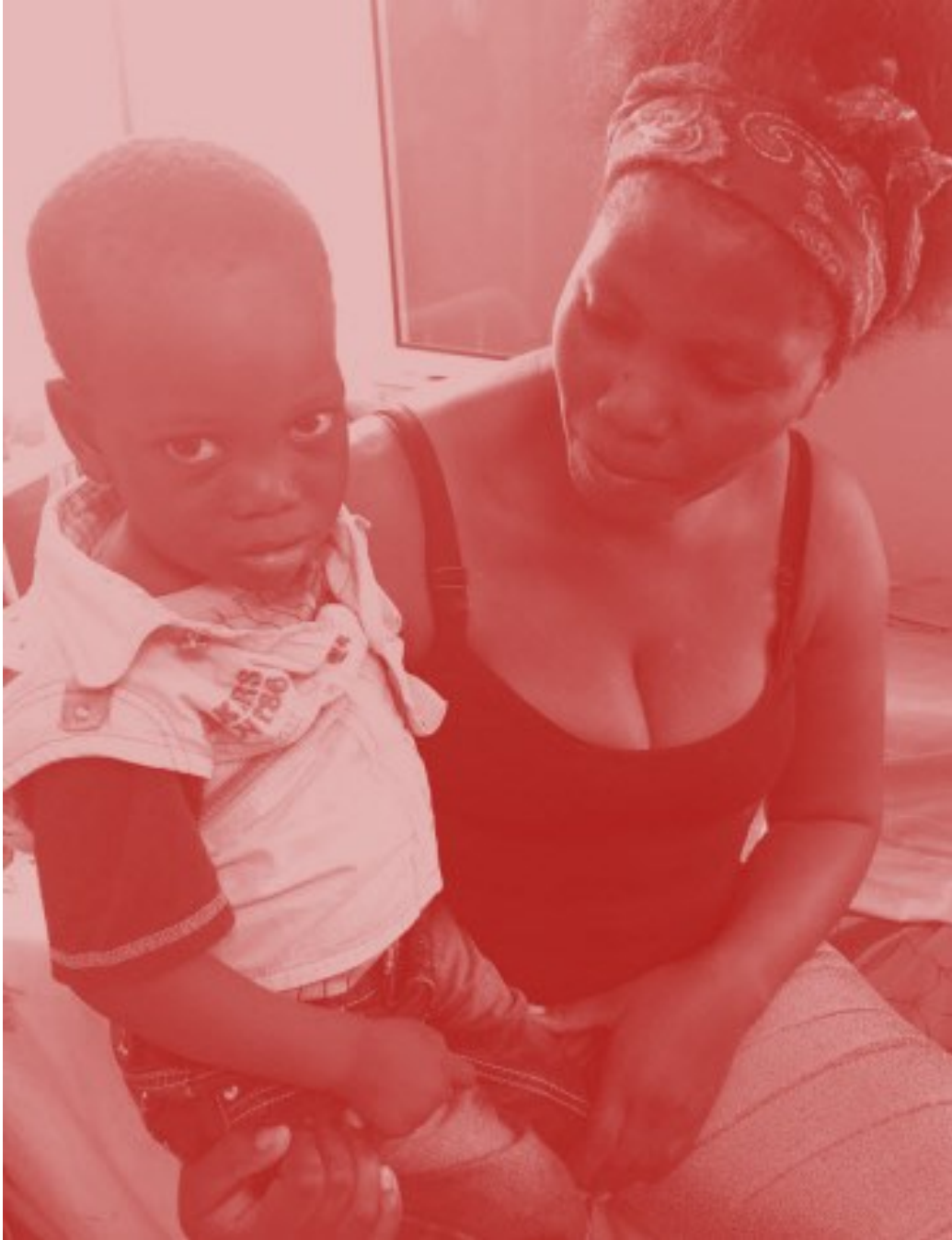
| Vaccin figurant dans le calendrier national de vaccination | Nombre de pays (n=47) |
|--|-----------------------|
| Dose de naissance du VHB                                   | 7                     |
| Dose de naissance du VPO                                   | 38                    |
| VPH  | 8                     |
| VPI  | 37                    |
| VAR2   | 17                    |
| PCV  | 36                    |
| Vaccin antirotavirus                                       | 29                    |

Au total, l'enquête a abouti à un ensemble de recommandations, reconnaissant que l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique de vaccination font intervenir la recherche, l'échange d'informations avec les principaux responsables et décideurs, le plaidoyer, la collaboration avec différents secteurs de l'État, ainsi qu'une évaluation du contexte politique, social et économique. L'enquête a invité l'OMS à tenir, au Bureau régional de l'Afrique, un catalogue ou registre actualisé de la politique de santé publique, auquel peuvent accéder facilement les gouvernements, les parties prenantes et les partenaires, afin d'aider les pays pendant les phases d'élaboration, de diffusion, de formation, de mise en œuvre et en pratique de cette politique.

Depuis le lancement du programme élargi de vaccination (PEV) en 1974, les programmes de vaccination ont évolué avec la couverture vaccinale universelle des enfants (CUE) dans les années 1980, la création de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI) en 2000, l'élaboration de l'initiative *La vaccination dans le monde : vision et stratégie* (GIVS) en 2006, pour déboucher sur l'actuelle Décennie de la vaccination et sur le Plan d'action mondial pour les vaccins (GVAP). L'introduction d'un large éventail de vaccins plus récents et plus onéreux est une réalité, toutes les tranches d'âge

sont désormais ciblées par la vaccination dans le cadre de l'approche englobant toutes les étapes de la vie. De plus, on assiste à un engagement renouvelé à universaliser la vaccination, avec un accent marqué sur le financement national à mesure que les pays cessent de bénéficier du concours de GAVI. Une nouvelle approche d'élaboration des politiques est nécessaire et doit prendre en compte l'environnement vaccinal ambiant et sa complexité accrue, notamment les enjeux transfrontaliers, en recherchant une approche plus structurée et un contenu mieux harmonisé.





## OBJECTIF DU GUIDE

Le présent guide présente les principales orientations politiques nécessaires à une bonne formulation des stratégies par les programmes nationaux de vaccination. Il importe de relever que tous les pays disposent d'une politique nationale de santé, avec une approche nécessairement large qui, dans la plupart des cas, traite la vaccination comme une priorité de santé publique relevant de la responsabilité du gouvernement et accessible à tout le monde indépendamment du statut socioéconomique des personnes concernées, ou à tout autre groupement. Toute orientation politique relative au programme de vaccination doit être évaluée afin de déterminer sa compatibilité avec la politique nationale en matière de santé et la vision et les politiques globales de développement national.

Pour la vaccination en particulier, il existe des politiques différentes relatives à la séparation des budgets. Par exemple, une politique d'ordre social, ou le fait de rendre la vaccination obligatoire avant l'entrée à l'école. Le fait de décider qu'aucune personne éligible ne saurait se voir refuser la vaccination à moins qu'elle ne présente elle-même des contre-indications médicales reconnues est une mesure essentiellement à caractère opérationnel, alors que le fait de prendre une décision sur le calendrier de vaccination relève à la fois du social et de l'opérationnel. Tout en étant financée sur fonds publics, la politique doit reconnaître l'existence de coûts d'opportunité potentiels pour les groupes ciblés par la vaccination, ce qui peut entraver l'accès aux séances de vaccination, surtout pour les groupes à faible revenu.<sup>20</sup> De plus, on assiste à une augmentation des services de vaccination privés à but lucratif et non lucratif qu'il faut réglementer. En considérant la situation du point de vue régional, il apparaît qu'un certain niveau d'harmonisation des politiques serait souhaitable pour promouvoir la collaboration transfrontalière, étant entendu, comme l'ont démontré les multiples flambées récentes, que les maladies infectieuses ne connaissent pas les frontières.

Le présent guide couvre trois dimensions principales pertinentes pour le programme de vaccination et nécessitant l'élaboration d'une politique, à savoir :

1. Un *environnement propice*, des facteurs sociaux et l'implication d'une multitude de parties prenantes
2. Un *environnement opérationnel*, principalement du ressort du ministère de la Santé, ainsi que ses liens avec d'autres ministères, prestataires et artisans directs
3. *La vaccination* à toutes les étapes de la vie, le but étant d'aller au-delà de la vaccination des enfants pour couvrir tous les groupes de population, du nouveau-né jusqu'à la

L'élaboration des politiques relatives au programme de vaccination est foncièrement caractérisée par l'accent mis sur l'innovation et les pratiques optimales, là où les partenariats uniques des parties prenantes, les technologies nouvelles et perturbatrices, les systèmes responsables et les informations tirées de données introduisent des changements et des évolutions dynamiques dans la façon dont les décisions sont prises, les capacités renforcées et les stratégies conçues et mises en œuvre.<sup>21</sup>











# I. UN ENVIRONNEMENT PROPICE

## Principe 1 : Obligation de l'État

*Les OBLIGATIONS de l'État, en vertu du droit à la santé et des conventions sur les droits de l'homme auxquelles l'État est partie et qui fondent ce droit, sont pleinement assumées, de même que les responsabilités des personnes, les parents agissant au nom des enfants, de se faire vacciner pour le bien public.*

Le droit à la santé est prévu à l'article 25 de la Déclaration universelle des droits de l'homme proclamée par l'Assemblée générale des Nations Unies en 1948,<sup>22</sup> et à l'article 16 de la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples (Charte de Banjul) adoptée par l'Organisation de l'unité africaine en 1981.<sup>23</sup> Ratifiée par tous les États Membres à l'exception du Soudan du Sud, qui vient d'accéder à la souveraineté nationale, la Charte de Banjul est de plus en plus utilisée par les juridictions nationales.<sup>24</sup>

Ces instruments confirment l'obligation faite aux États Membres de prendre les mesures nécessaires pour protéger la santé de leurs populations. Il ressort également clairement de l'article 27 de la Charte de Banjul que chaque personne a le devoir de respecter les droits d'autrui et l'intérêt commun, lequel est essentiel pour que la vaccination puisse prévenir la propagation des maladies transmissibles. Les obligations de l'État et les devoirs de chaque personne sont au cœur de la coproduction de la santé, car force est de reconnaître qu'en Afrique, les facteurs individuels et contextuels sont étroitement associés à la couverture vaccinale et à de meilleurs résultats de la vaccination.<sup>25,26,27,28</sup>

La prise en charge et la responsabilité d'assurer des services de vaccination effectifs et de qualité pour tous incombent principalement aux pays,<sup>29</sup> ce qui exige une riposte institutionnelle aux niveaux national et local, avec l'appui des partenaires internationaux.

Cette riposte est à la fois politique (car elle consiste à veiller à ce que les politiques, les ressources et les capacités soient disponibles et que la législation pertinente soit en place comme préconisé dans l'objectif stratégique 1 du Plan d'Action mondial pour les vaccins (GVAP)) et technique (puisque'il s'agit aussi d'orienter les stratégies et plans du programme de vaccination).

En vue de garantir à tous le droit à la vaccination et de formaliser la responsabilité qui incombe à chacun de se faire vacciner, l'édification d'un cadre juridique doit être sérieusement envisagée. En effet, un tel cadre doit faire allusion à la vision et aux plans globaux, aux politiques et stratégies de santé, tout comme aux responsabilités spécifiques de santé publique. On doit mettre en place des mécanismes de conformité ou de consentement, et chercher notamment à savoir si l'entrée à l'école des enfants sera assujettie à leur vaccination complète. Le respect de l'obligation de se faire vacciner peut être garanti par une loi sur la vaccination, par la possibilité de rendre la vaccination complémentaire obligatoire en cas de nouvelles infections et épidémies et en faisant en sorte que l'inobservation de cette obligation soit passible de mesures punitives allant de simples amendes à une possible peine d'emprisonnement.<sup>30</sup> Chaque pays devra évaluer les moyens appropriés de faire respecter une telle obligation. Le grand public devra alors être pleinement informé des responsabilités qui lui incombent en matière de vaccination, mais il aura également le droit de dénoncer toute carence du gouvernement à fournir les vaccins requis.

Les pays doivent disposer de lignes budgétaires dédiées pour la vaccination tant au niveau national qu'à l'échelon infranational où le gouvernement intervient grâce à ses services décentralisés. Cette information peut (devrait) être prise en compte dans une loi sur la vaccination ou une législation similaire, afin de protéger les engagements financiers des changements dans l'administration, etc. On a toutefois besoin d'attention pour surmonter les goulots d'étranglement dans le processus budgétaire et le décaissement opportun des fonds.<sup>32</sup> La planification de la transmission des acquis du

programme de lutte contre la poliomyélite doit garantir, si cela est possible et approprié, le transfert de capacités, d'actifs et de processus à la lutte contre d'autres problèmes de santé prioritaires. Le gouvernement doit aussi établir une agence nationale de réglementation (ANR), bien pourvue en ressources, dont le rôle consiste à approuver la production, l'importation et l'utilisation des vaccins et autres fournitures liées à la vaccination, aussi bien que des organismes indépendants tels que les Groupes techniques consultatifs nationaux pour la vaccination (GTCV) qui les conseillent pour la prise de décision basée sur des données probantes.

Un autre facteur connexe important de la vaccination se trouve être la nécessité d'assurer un enregistrement universel des naissances, ce qui donne une identité à chaque personne et l'assurance d'être reconnue partout comme une personne devant la loi, comme le consacre l'article 6 de la Déclaration universelle des droits de l'homme.<sup>33</sup> Cet enregistrement permet au service de santé de savoir quel est le nombre de nouveau-nés de chaque cohorte à vacciner, et il s'avère essentiel pour une planification et un suivi précis.<sup>34</sup>

Les obligations de l'État doivent également comprendre des mesures spécifiques à mettre en place pour riposter aux urgences, qu'il s'agisse de nouvelles infections ou de déplacements de populations, et pour faire face aux perturbations potentielles telles que le changement climatique, là où le programme de vaccination est nécessairement un volet essentiel de la riposte sanitaire requise au sens large. Le nouveau Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire, qui donne des indications sur l'état de préparation et la préparation proprement dite, ainsi que sur l'évaluation des risques, le classement des événements et la gestion des incidents, fait déjà l'objet de discussions avec l'Union africaine relativement au déploiement d'un corps médical d'urgence.<sup>35</sup> Récemment, le Groupe de la Banque mondiale a aussi lancé un mécanisme de financement d'urgence en cas de pandémie (appelé PEF), qui vise à assurer les pays les plus pauvres contre le risque de pandémie.<sup>36</sup>

## Moyens d'action

1. La politique nationale de santé comporte tous les détails relatifs à l'obligation faite à l'État d'assurer à chaque citoyen des services de vaccination de qualité optimale, disponibles, accessibles et d'un prix abordable
2. Un cadre juridique est en place pour que les particuliers et la société tout entière puissent assumer leurs responsabilités en matière de vaccination ; ledit cadre définit d'ailleurs clairement les normes de conformité pertinentes
3. Une loi et un dispositif de mise en œuvre sont en place pour assurer l'enregistrement universel des naissances, donner une identité à chaque individu et garantir l'exactitude des chiffres des cohortes de naissance
4. Des mesures sont prises non seulement pour informer le public de ses responsabilités en matière de vaccination, mais aussi pour recevoir des vaccins et pallier l'incapacité du gouvernement à assurer les vaccinations
5. Le budget national et les budgets à l'échelon infranational tel qu'indiqué comprennent des allocations spécifiques au programme de vaccination dans le budget du secteur de la santé, et des dispositifs permettant d'effectuer les décaissements en temps voulu
6. Des capacités sont place pour évaluer le risque épidémiologique posé par de nouvelles infections, des situations d'urgence humanitaire grave et des menaces émergentes pour la santé, et pour déterminer les mesures prioritaires à prendre<sup>37</sup>
7. Un Groupe Technique consultatif national sur la vaccination (GTCV) et une agence nationale de réglementation (ANR) pleinement opérationnelles et équipées sont en place



## Principe 2 : Participation

*La large PARTICIPATION de tous les intervenants locaux, nationaux et internationaux est activement assurée afin de renforcer l'appropriation et le leadership au niveau national.*

La participation est au centre de la Stratégie africaine pour la santé et de l'Agenda 2063 de l'Union africaine. Une riposte structurée visant à atteindre les objectifs et cibles convenus sur les plans mondial, régional (africain) et national appelle une participation et une collaboration multisectorielles et multi-niveaux au sein du gouvernement, tout comme une ouverture en direction des intervenants et prestataires non gouvernementaux et des partenaires internationaux.

Organisé périodiquement, un forum politique national en faveur de la vaccination peut servir de pièce maîtresse pour susciter la participation, rassembler les ministères clés et les personnalités politiques de premier plan (gouverneurs d'État ou de province, parlementaires, responsables de partis politiques) ayant la responsabilité de légiférer sur le programme de vaccination, de le gérer et financer, et de communiquer à ce sujet. La conférence ministérielle historique de 2016 sur la vaccination en Afrique a donné un signal ferme concernant l'importance de l'implication de divers secteurs du gouvernement.<sup>38</sup> Le soutien apporté par les chefs d'État est de nature à pousser davantage les pays à accroître leurs efforts en vue d'atteindre la vaccination universelle dans le cadre de l'objectif plus large visant la couverture sanitaire universelle. Il reviendra à chaque pays de déterminer le meilleur moyen de maintenir un forum politique constructif et stimulant qui fait avancer le programme de vaccination. De plus, les échanges entre les pairs de différents pays, notamment entre le ministères de la Santé et celui des Finances, ainsi qu'avec d'autres acteurs gouvernementaux, non gouvernementaux et internationaux, peuvent contribuer à promouvoir la dynamique du changement dans les programmes de vaccination, toutes choses pouvant permettre de surmonter les obstacles identifiés, en particulier ceux qui touchent à la pérennité du financement et aux défis transfrontaliers.<sup>39</sup>

Fonctionnant sur la base du principe fondamental de l'appropriation et du leadership par les pays, les CCIA servent de plateforme de coordination et de collaboration entre parties prenantes en matière de prise de décision autour des plans à long et à court termes. À ce jour, cette fonction des CCIA n'ayant pas été pleinement exploitée, il y aurait lieu d'instaurer une participation plus inclusive. D'autres organismes gouvernementaux comme les ministères des Finances, de l'Éducation, du Travail, et de la Jeunesse et des Sports, sont des acteurs clés de la mise en œuvre et du financement du programme de vaccination. Par ailleurs, il conviendrait de mobiliser d'autres équipes



du ministère de la Santé en charge de la prévention, du renforcement des systèmes de santé et du système d'information sur la santé, comme le font les prestataires de soins de santé privés.

Si la participation de toutes les parties prenantes est importante, l'établissement d'un petit groupe de travail gérable de parties prenantes peut se révéler plus efficace dans l'élaboration des stratégies et des plans sur la base des politiques approuvées. Des groupes d'intervenants tels que les bailleurs de fonds, des partenaires techniques, des prestataires non gouvernementaux et privés, des organisations de la société civile peuvent désigner chacun un ou deux représentants chargés d'interagir avec le groupe de travail des parties prenantes, ainsi qu'avec les principaux responsables des organismes gouvernementaux. À leur tour, ces représentants auront la responsabilité d'interagir avec leur groupe particulier d'intervenants.

Les réponses politiques et techniques ne pouvant être envisagées en vase clos, une démarche inclusive globale et planifiée doit être adoptée grâce au dialogue entre les intervenants. Une telle démarche doit regrouper des responsables politiques, des techniciens, des prestataires et des agents communautaires, pris individuellement ou collectivement, afin d'appréhender ensemble les problèmes, les données factuelles et les plans d'action.<sup>40</sup> Ce dialogue nécessite une préparation et un leadership conséquents et l'ouverture d'esprit. Il doit en outre être documenté et évalué de façon systématique.

## Moyens d'action

1. L'engagement au plus haut niveau de l'État et celui des autorités politiques et civiles en faveur de la vaccination universelle est acquis, exprimé et confirmé publiquement, par l'intermédiaire d'un forum politique national
2. Tous les acteurs (gouvernementaux, non gouvernementaux, privés, associations professionnelles, organisations de la société civile (OSC), organisations religieuses, leaders communautaires, représentants des consommateurs) sont mobilisés pour participer à l'élaboration de plans de vaccination à court et long termes, via le CCIA et le groupe de travail des parties prenantes
3. Des relations étroites avec les bailleurs de fonds internes et externes sont encouragées afin de garantir le flux des financements et la remontée de l'information sur l'utilisation des fonds
4. Les prestataires privés à but lucratif et les prestataires sans but lucratif sont vivement encouragés à participer à l'élaboration et à la réalisation du programme de vaccination
5. La contribution des autorités locales (État, province, ou collectivité locale) tendant à favoriser le dialogue communautaire et à stimuler la demande de vaccination et d'accès aux services de qualité est garantie et soutenue grâce à l'orientation et à la formation, avec des approches nettement différentes en milieu rural d'une part et en zone urbaine d'autre part



### Principe 3 : Valeurs et bénéfices

*Les leaders de la société et le grand public en général comprennent la VALEUR et les bienfaits des vaccins et de la vaccination en termes de protection de la santé individuelle et de la santé publique.*

Deux aspects indissociables permettent de déterminer la valeur des vaccins et de la vaccination. Le premier aspect concerne la réduction de la morbidité et de la mortalité imputables aux maladies à prévention vaccinale.<sup>41</sup> Le second consiste à déduire les avantages économiques que les individus et la société tirent de la prévention de maladies spécifiques. Il s'agit notamment des frais médicaux évités et du temps réduit que les parents et les professionnels de la santé passent à s'occuper des enfants et membres de la famille malades.<sup>42</sup> À l'échelle régionale, on estime que l'investissement dans la vaccination en Afrique de 2011 à 2020 permettra de multiplier par seize les économies réalisées, en rapport avec les dépenses autrement associées aux maladies évitées.<sup>43</sup>

Une enquête plus poussée sur l'impact de la vaccination ne saurait toutefois se limiter aux économies réalisées sur les dépenses médicales directes ni aux maladies évitées, mais elle devrait aussi aborder l'incidence de la vaccination sur le développement cognitif, le niveau scolaire, la productivité au travail, le revenu, l'épargne, l'investissement et la fécondité.<sup>44,45</sup> À cet égard, aucune évaluation spécifique connue n'a été réalisée dans les pays africains.<sup>46</sup> Chaque pays, avec l'engagement potentiel de son NITAG, aura à décider de l'utilisation qui sera faite des données factuelles disponibles, et devra générer des données supplémentaires pour déterminer la valeur des vaccins et de la vaccination, surtout de telle sorte que les intervenants qui ne sont pas du secteur de la santé puissent appréhender la situation.

D'un autre côté, la confiance du public envers les vaccins peut varier grandement, l'établissement de rapports de confiance dépendant de la compréhension que l'on a de la façon dont les vaccins et les risques liés aux vaccins sont considérés, des expériences historiques, de

l'appartenance religieuse et politique, et du statut socioéconomique.<sup>47,48</sup> Mesurer et contrôler le degré de confiance, et axer volontiers ses efforts sur l'établissement de la confiance sont autant d'étapes importantes qui permettent de pallier le manque de confiance dans les vaccins lorsqu'il se manifeste.<sup>49</sup> Le dialogue avec le public et les responsables et représentants de communautés, et le fait de les écouter, la transparence en matière de prise de décision, et l'honnêteté et la franchise en ce qui concerne l'incertitude et les risques sont des mesures essentielles à prendre.

En vue d'améliorer et de maintenir cette confiance dans les vaccins et la vaccination, l'on a besoin de l'implication engagée des leaders d'opinion de la société, de celle du gouvernement, des parlementaires et des responsables élus, de la société civile, des chefs d'entreprise, des dirigeants locaux, des responsables sportifs et culturels, des journalistes, des médias sociaux et des super-utilisateurs émergents de réseaux mobiles.<sup>50</sup> Chaque pays doit mobiliser un ensemble de champions auxquels il peut faire appel pour soutenir la vaccination et renforcer la confiance, et les moyens nécessaires à cet effet. La communauté médicale a aussi un rôle important à jouer dans la promotion de la vaccination, en assurant notamment aux étudiants en médecine et aux agents de santé sur le terrain une formation de qualité à la prévention des maladies et en mettant en relief les besoins de vaccination que l'on doit combler.<sup>51</sup>

## Moyens d'action

1. Un protocole d'évaluation permet de quantifier l'incidence des maladies à prévention vaccinale, d'estimer leur charge et leur coût pour le système de santé et le budget des ménages, et de déduire les économies potentielles réalisées grâce à la vaccination
2. La capacité de collecte et d'analyse des données nécessaires pour remplir le protocole d'évaluation existe et est utilisée dans le but de déterminer la valeur des vaccins et de la vaccination, avec l'implication du NITAG
3. Le dialogue se poursuit avec la société civile, les dirigeants locaux et les représentants des consommateurs, afin d'appréhender pleinement la perception des bienfaits de la vaccination et des risques qui en découlent
4. Des experts en communication sont à pied d'œuvre pour traduire des conclusions spécifiques en messages facilement intelligibles ciblant des auditoires spécifiques dans toute la société, notamment tous les parents ou les soignants et d'autres populations cibles bénéficiant de la vaccination
5. Une liste d'aptitude de leaders d'opinion et de champions de la vaccination est tenue et actualisée constamment, leur implication étant définie par des termes de référence précis et un plan d'action évolutif
6. Tous les canaux de communication sont accessibles pour atteindre les populations cibles à l'aide de messages, grâce à l'utilisation de mécanismes de retour de l'information pour mesurer la réceptivité aux messages







## II. CADRE OPÉRATIONNEL

### Principe 4 : Intégration

*L'INTÉGRATION des services de vaccination aux services de santé supplémentaires permet un accès équitable à la vaccination de qualité et aux mesures connexes de lutte contre les maladies.*

Il est établi qu'une stratégie nationale de développement sanitaire axée sur des programmes individuels pris isolément sera contre-productive et s'exposerait à une fragmentation et une concurrence plus grandes que par le passé.<sup>52</sup> L'intégration concerne autant le changement de mentalité que la restructuration de processus opérationnels spécifiques.<sup>53</sup> En Afrique, l'OMS a déjà expressément lancé un appel en faveur d'un changement d'approche afin du passer du traitement de maladies spécifiques à la promotion de la santé, doublé d'un appel en faveur de l'investissement dans les systèmes de santé nationaux, pour les rendre plus solides.<sup>54</sup> L'aide et l'assistance technique doivent être négociées et acceptées, et cadrer avec les objectifs d'intégration du gouvernement.<sup>55</sup>

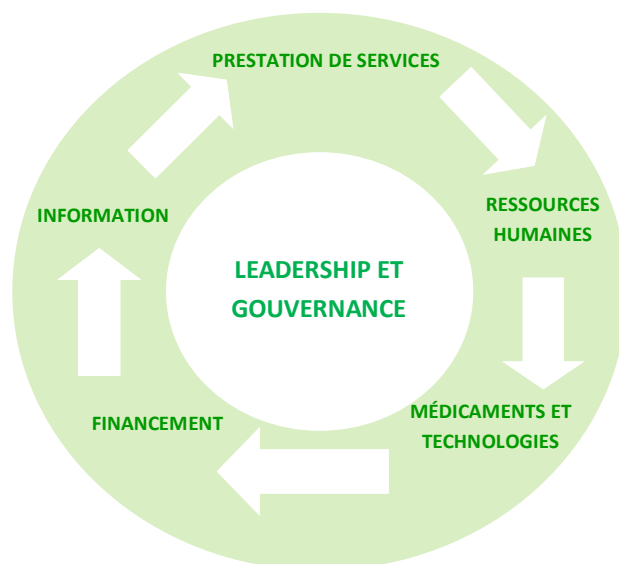
S'agissant de la pneumonie et de la diarrhée, qui représentent deux des principales causes de décès chez les jeunes enfants, on note que diverses actions intégrées doivent être prises en matière de protection, de prévention et de traitement, dans le cadre d'une stratégie élargie de lutte contre la maladie.<sup>56</sup>





La vaccination peut encore permettre d'assurer d'autres interventions sanitaires prioritaires qui sont par définition préventives. La supplémentation en vitamine A, le déparasitage et la fourniture de moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action sont autant de mesures déjà prises en complément de la vaccination, mais on doit aussi songer à mettre en œuvre un large éventail d'interventions autour des contacts de vaccination, y compris lors d'événements spéciaux tels que les semaines de santé mère et enfant, la Semaine africaine de la vaccination (SAV),<sup>57</sup> etc. S'agissant des possibilités d'intégration, il convient de faire la différence entre les séances de vaccination dans un centre de santé et les campagnes mobiles de vaccination.

Comme tout autre système, le système de santé est un ensemble d'éléments en corrélation qui doivent fonctionner ensemble par souci d'efficacité, car les changements dans un domaine se répercutent automatiquement sur les autres.<sup>58</sup>



Ces éléments constitutifs du système de santé recourent les huit composantes essentielles de la vaccination systématique:<sup>59</sup>

| Éléments constitutifs du système de santé | Composantes essentielles de la vaccination systématique                                 |
|---|---|
| Leadership et gouvernance                 | Gouvernance, organisation et gestion ;<br>Politique, normes et directives               |
| Ressources humaines                       | Ressources humaines   |
| Médecines et technologies                 | Gestion des vaccins, de la chaîne du froid et de la logistique                          |
| Financement                               | Financement durable   |
| Information                               | Communication et partenariats communautaires ;<br>Production et utilisation des données |
| Prestation de services                    | Prestation de services  |

Le programme de vaccination doit s'adapter aux différentes composantes des services de santé supplémentaires assurés dans le cadre du programme de vaccination, pour une planification efficace et une mise en œuvre conjointe. Les aptitudes et les capacités des agents de santé à gérer efficacement l'intégration doivent être évaluées et renforcées par la formation et la garantie de l'obtention des fournitures et du matériel requis. Renforcer l'éducation et la formation et améliorer la motivation au-delà des incitations financières en faveur du personnel de santé sont autant de mesures qu'il convient de prendre.<sup>60</sup>

- L'intégration exige une planification réfléchie et mesurée, mais elle peut produire d'importants résultats pour les familles et les communautés.<sup>61</sup> La microplanification devrait s'étendre à toutes les interventions vaccinales et non vaccinales ciblées.
- Toutefois, l'intégration se heurte à certaines difficultés dont les problèmes de logistique, les interventions chronophages mal adaptées à l'administration de la vaccination, le souci concernant le préjudice porté aux services existants, le chevauchement inadéquat des groupes d'âge cibles, et l'action réduite de la vaccination.<sup>62</sup>
- L'intégration peut, sans conteste, présenter certains risques d'affaiblissement de l'action du programme de vaccination, au moins dans les phases initiales, mais l'expérience met en évidence des avantages opérationnels en matière de planification et de coordination intersectorielle, de formation et de supervision, de participation communautaire, de financement commun et de suivi.<sup>63</sup> En fonction de la disponibilité des ressources, les pays peuvent envisager d'accorder la priorité à l'intégration dans les communautés dont la charge de morbidité est plus élevée.<sup>64</sup>

L'intégration des chaînes d'approvisionnement en vaccins à celles des autres produits de santé offre des possibilités d'accroître l'efficacité, conjuguées aux avantages provenant des économies d'échelle et

d'envergure.<sup>65</sup> On a constaté que l'intégration du financement vertical a favorisé le renforcement de l'ensemble du système de santé.<sup>66</sup> Une plus grande transparence dans l'allocation des ressources futures et la consolidation des canaux de financement externe peuvent faciliter le développement de stratégies intégrées.<sup>67</sup>

Dans le cadre de l'intégration, on devrait également songer au potentiel des prestataires privés à but lucratif comme sans but lucratif. Une politique de partenariat avec le secteur privé à but lucratif visant à accroître la prestation de services de vaccination peut être une stratégie efficace pour accroître la participation.<sup>68</sup> Les prestataires sans but lucratif, principalement les ONG, contribuent pour beaucoup à la prestation de services de vaccination, même si leur contribution n'est pas souvent reconnue au niveau national.<sup>69</sup> Il peut être bénéfique de signer des contrats de service avec les prestataires du secteur privé, à condition que les objectifs du programme soient bien définis et acceptés, les relations contractuelles bien établies, y compris l'échange de données et le suivi systématique.



## Moyens d'action

1. La vaccination s'intègre dans une stratégie plus large de lutte contre la maladie et de promotion de la santé, conjuguée à la planification conjointe, à la microplanification, à la coordination des parties prenantes, à la formation, à la supervision et à la gestion des ressources
2. Les considérations en matière d'équité accordent la priorité à l'intégration des populations marginalisées vivant en zones rurales et dans les centres urbains
3. Les interventions sanitaires sélectionnées supplémentaires sont incluses dans les séances de vaccination à l'école et dans d'autres lieux de vaccination pour atteindre les populations spécifiquement ciblées
4. Les ressources humaines de qualité sont mobilisées en quantité suffisante, formées et motivées pour administrer la vaccination aux populations cibles, ainsi que les autres interventions de santé retenues
5. Un système d'approvisionnement et de logistique consolidé dans le secteur de la santé garantit l'efficacité de l'approvisionnement et de la distribution des produits, évite le double emploi et contrôle les coûts, la qualité et la redevabilité
6. Un système d'information de gestion de la santé intégré couvre toutes les interventions de lutte contre les maladies, y compris la vaccination, assorti d'indicateurs spécifiques mesurés pour évaluer le rendement
7. Les sources de financement vertical sont intégrées dans le système de santé et gérées en toute transparence
8. Les prestataires à but lucratif et les prestataires sans but lucratif s'emploient activement à assurer les services de vaccination dans le cadre de relations contractuelles précises

## Principe 5 : Fédération

*La **FÉDÉRATION** des forces communautaires améliore la planification et la mise en œuvre du programme de vaccination et l'intervention rapide en cas d'épidémies et de situations d'urgence humanitaire.*

Répondre à la demande de vaccination est essentiel à la réalisation des objectifs fixés pour le programme de vaccination. Grâce à la participation des utilisateurs de services à la planification, la

gouvernance et l'amélioration de la qualité, les services de santé et les professionnels de la santé peuvent devenir plus sensibles aux besoins de leurs clients, en particulier, et de la communauté en général.<sup>70,70,72</sup> On peut cerner les schémas de migration saisonnière grâce à ces dialogues, en ajustant les plans afin de ne pas répondre à une demande plus forte par de faibles quantités, et entraîner ainsi des ruptures de stocks de vaccins.<sup>73</sup>

Les groupes de femmes, les enfants et les adolescents peuvent apporter un soutien particulièrement efficace au programme de vaccination. S'agissant des adolescents en particulier, les investissements dans leur santé et leur bien-être sont triplement bénéfiques : pour le présent, pour leur vie d'adulte et pour la prochaine génération d'enfants.<sup>74</sup> L'importance accordée à la participation des utilisateurs, notamment à l'implication des communautés, doit être locale et en phase avec les particularités locales, qui peuvent varier selon que l'on se trouve en zone rurale ou dans un centre urbain.<sup>75</sup>

L'exploitation des forces de la communauté ne se limite pas à l'utilisation de leur capacité d'organisation, mais elle s'étend également à la mobilisation de leurs ressources humaines et financières, dans le cadre de l'impulsion du continent visant à mobiliser des ressources africaines. Les comités de santé communautaires peuvent coordonner et soutenir les différentes activités, et assurer le leadership de la communauté, facilitant ainsi une participation élargie de la collectivité.<sup>76</sup> Les agents de santé communautaires peuvent aider à élargir la couverture vaccinale, mais leur efficacité dépend de la régularité et de la fiabilité du soutien, de la supervision et des incitations adéquates dont ils ont besoin, ainsi que de la reconnaissance du fait qu'ils doivent rendre des comptes à leurs communautés.<sup>77,78</sup>

La mobilisation accrue des ressources nationales et locales est importante, pour réduire progressivement la forte dépendance à l'égard de l'aide internationale qui devient moins fiable et incertaine

sur le long terme.<sup>79,80,81,82</sup> De nouvelles méthodes sont nécessaires pour résorber les déficits de financement et pour financer le nombre croissant de nouveaux vaccins nécessaires pour sauver des vies dans les pays qui sont trop pauvres pour s'en procurer.<sup>83</sup> D'où la nécessité de regarder au-delà des secteurs d'aide publics et traditionnels afin de trouver des sources de financement dans un contexte communautaire plus large.

Les transferts de fonds en provenance de la diaspora vers l'Afrique, estimés à plus de US \$50 milliards en 2010, étaient supérieurs à l'aide au développement qui s'élevait à US \$43 milliards.<sup>84</sup> On pense de plus en plus à tirer parti de ces flux financiers pour financer le développement, notamment en vue de l'atteinte des ODD.<sup>85,86</sup> Au niveau local, les associations disposent d'un mécanisme permettant de recevoir des fonds de la diaspora, qui représentent une source potentielle pour le financement du programme de vaccination.<sup>87</sup> Il est probable que la philanthropie nationale, le financement collectif et l'investissement participatif augmentent de manière sensible, tandis qu'il apparaît de plus en plus clairement que la concentration de la richesse accentue les inégalités.<sup>88,89,90</sup> Parallèlement, on peut envisager un régime de financement par les utilisateurs individuels ou une mutuelle de santé.<sup>91,92</sup>

### *Moyens d'action*

Les communautés sont organisées et mobilisées pour soutenir le programme de vaccination, en s'appuyant sur les groupes de femmes et d'adolescents, les comités de santé et les agents de santé communautaires

En tant que bénéficiaires de vaccins et futurs parents, les enfants et les adolescents sont éduqués sur les vaccins et la vaccination à l'école, ainsi que dans d'autres cadres éducatifs et extrascolaires

Les mécanismes de financement communautaires sont analysés pour leur potentiel à soutenir le programme de vaccination, y compris la diaspora, les philanthropes nationaux, les bailleurs de fonds et investisseurs collectifs, les régimes d'assurance et les paiements individuels

Des mécanismes national et local sont mis en place pour mobiliser les forces communautaires, en étroite collaboration avec les groupes de la société civile





### Principe 6 : Innovation

*L'INNOVATION, notamment l'application des nouvelles technologies, améliore l'efficacité, l'efficience et la viabilité à long terme du programme de vaccination.*

Internet et le téléphone mobile sont devenus des plateformes clés pour la prestation des soins de santé et peuvent exécuter un large éventail de programmes et d'applications spécifiques à la santé.<sup>93</sup> En Afrique, l'utilisation de textos a fortement augmenté, ces messages qui permettent aux agents de la santé de recevoir et de partager des informations à travers les téléphones mobiles, en exploitant la très rapide croissance de la téléphonie mobile sur le continent ces dernières années, avec environ 500 millions d'utilisateurs. Mais les pays de la Région africaine sont moins actifs pour ce qui est d'adopter les initiatives en faveur de la santé mobile, qui englobent l'utilisation des téléphones mobiles, de PDA, de tablettes, d'applications mobiles et les dispositifs médicaux sans fil.<sup>94</sup> Parmi les difficultés rencontrées figurent les priorités concurrentes, l'insuffisance des ressources humaines et financières, une mauvaise connectivité, la réticence à utiliser les technologies de l'information et de la communication dans le secteur de la santé, et le manque d'un environnement politique favorable au niveau national.<sup>95,96</sup>

Si de nombreux pays expérimentent la santé mobile, la plupart des actions se sont limitées à un projet ou à un cadre bien défini, alors que cette initiative doit être utilisée pour renforcer l'ensemble du système de santé, notamment dans le but d'améliorer la couverture vaccinale. Ces efforts ne se sont concentrés que sur les archives des institutions, alors qu'il peut être tout aussi important de s'intéresser aux dossiers conservés à la maison. Cela impliquerait la possession de documents électroniques chez soi, sur une carte à bande magnétique ou à puce, qui peuvent être facilement mis à jour et que l'individu conserve par-devers lui. Cette disposition peut s'avérer très importante lors des déplacements de populations, soit vers les zones urbaines, soit pour s'échapper rapidement en cas de situations d'urgence humanitaire ou de catastrophes naturelles. L'instauration du dossier médical personnel informatisé (DMPI) en Afrique subsaharienne est dictée en grande partie par les programmes de traitement du VIH.<sup>97,98</sup> Les projets et les services doivent collaborer dans le cadre du développement des systèmes de dossiers médicaux informatisés afin d'éviter la conception en vase clos.<sup>99,100</sup>

L'Afrique a inauguré l'administration du premier vaccin utilisé en chaîne à température contrôlée (CTC), pendant les campagnes de vaccination contre la méningite de type A, en inoculant le MenAfriVac™ produit par Serum Institute of India.<sup>101,102,103</sup> Dans le cadre de la modélisation de la conservation du MenAfriVac™ à température ambiante ou quasi-ambiante pendant quatre jours au cours d'une campagne de vaccination de masse au Tchad, on a estimé à 50 % la baisse du coût de la chaîne du froid et de la logistique connexe.<sup>104</sup> Les principaux critères définis par l'OMS pour la CTC concernent les vaccins utilisés à la faveur des campagnes et des options de stratégie spéciales, testés pour leur sécurité et leur stabilité, homologués par l'autorité réglementaire compétente, présélectionnés par l'OMS, et disposant d'une pastille de contrôle (VVM) et d'un indicateur de seuil maximal de température.<sup>105</sup> Le Plan d'action mondial pour les vaccins (GVAP) a incorporé un indicateur spécifique pour la CTC : « Nombre

de vaccins réintroduits ou homologués pour une utilisation en chaîne à température contrôlée à des températures supérieures à 2-8° C » (au titre de l'objectif stratégique n° 6).<sup>106</sup>

L'utilisation d'un vaccin en CTC présente des avantages du point de vue du coût et de la logistique. L'OMS vient de publier un guide d'évaluation de la stabilité des vaccins en vue de leur utilisation en CTC.<sup>107</sup> L'Organisation a présélectionné le vaccin contre le pneumocoque (PCV13) pour une utilisation en CTC, mais son introduction dans le programme n'a pas encore été recommandée, et plusieurs autres vaccins sont analysés pour leur éventuelle conformité aux exigences de la CTC. Cependant, les fabricants de vaccins hésitent à effectuer des essais supplémentaires et à exécuter les mesures réglementaires requises pour que leurs vaccins soient homologués pour la CTC, si les pays ne manifestent pas leur intérêt. Les pays doivent se familiariser avec l'utilisation des vaccins en CTC, déterminer les vaccins prioritaires et estimer la demande potentielle.<sup>108</sup> Les agences nationales de réglementation devraient également bien connaître les exigences de la conformité à la CTC et avoir la capacité d'évaluer et de mettre en circulation les vaccins conformes aux exigences en matière de CTC.



La logistique est un autre domaine dans lequel on peut envisager des innovations. En général, 78 % des établissements de santé dans les pays à faible revenu et les pays à revenu intermédiaire (tranche inférieure) disposent de chaînes de froid dont les équipements ne fonctionnent pas ou sont désuets.<sup>109</sup> On tend vers l'amélioration des technologies de la chaîne du froid, l'OMS ayant en effet présélectionné trois nouveaux réfrigérateurs solaires sans batterie<sup>110,111</sup> (dont les informations détaillées peuvent également être retrouvées dans le document accessible au lien [http://www.who.int/immunization/documents/general/WHO\\_IVB\\_17.01/en/](http://www.who.int/immunization/documents/general/WHO_IVB_17.01/en/)). Il est possible de réduire les obstacles à la chaîne d'approvisionnement des vaccins en augmentant la fréquence de transport ou en supprimant un niveau du système d'approvisionnement.<sup>112,113</sup> La consolidation des expéditions de vaccins et d'autres produits de santé, en particulier dans les districts et au niveau inférieur, peut aider à accroître l'efficacité.

Le coût, les effets économiques au sens large, les difficultés de distribution, les ressources humaines et l'approvisionnement en énergie constituent autant de facteurs qui déterminent la possibilité de déployer une technologie dans un environnement pauvre en ressources et, même dans ce cas de figure, il peut être difficile de faire accepter la technologie la plus prometteuse pour cause de fortes réticences à l'utiliser.<sup>114</sup> Les pays devront suivre de près l'innovation dans le mode d'administration des vaccins<sup>115</sup> et les équipements de la chaîne de froid afin d'augmenter la demande potentielle qui sera analysée par les fabricants afin de consolider la production et la commercialisation de ces technologies. Le Réseau technique pour le renforcement des services de vaccination (Technet) peut faciliter le suivi de l'innovation.<sup>116</sup>

### Moyens d'action

1. L'échange d'informations est intensifié entre les prestataires de services de santé et le public grâce aux technologies mobiles
2. Des applications de santé mobile sont analysées et adoptées comme prévu, afin de permettre au système d'information pour la gestion sanitaire de bénéficier en temps réel de la transmission et de l'analyse des données, et du retour d'information y afférent
3. Les dossiers médicaux personnels informatisés sont vérifiés en collaboration avec d'autres services de santé et approuvés aux fins d'insertion dans le système d'information pour la gestion sanitaire et de conservation à domicile
4. Les innovations dans le mode d'administration des vaccins et les équipements de la chaîne de froid sont suivies de près et la demande des pays potentiels estimée afin d'aider les fabricants à évaluer la taille du marché, notamment la demande accrue de vaccins thermostables à utiliser en CTC
5. Les capacités et aptitudes des agences nationales de réglementation sont renforcées pour faciliter l'évaluation rapide et la mise en circulation des vaccins conformes aux exigences en matière de CTC, ainsi que les nouveaux modes d'administration des vaccins
6. Des mesures de maîtrise des coûts sont introduites dans la logistique, la prévision, l'approvisionnement et d'autres domaines qui renforcent la disponibilité des ressources

### Principe 7 : Éléments factuels

*La prise de décision est fondée sur des ÉLÉMENTS FACTUELS tirés de données de qualité actualisées.*

Comprendre les bienfaits des vaccins et de la vaccination, convaincre les parties prenantes de participer activement au programme de vaccination, mettre en place des cadres juridiques, intégrer la vaccination dans le système de santé général, appliquer les nouvelles technologies, assurer la surveillance et innover : toutes ces actions nécessitent des éléments factuels reposant sur des données de qualité actualisées. Il importe de noter que des données de qualité garantissent l'exactitude dans la mise en œuvre du programme de vaccination pour atteindre les objectifs fixés dans les plans à court et à long termes, permettant ainsi la réalisation des évaluations effectives en cours et des évaluations périodiques. Elles fournissent aussi des

alertes sur l'existence de manifestations postvaccinales indésirables (MAPI) qui méritent d'être étudiés. Il est en outre capital que les superviseurs à tous les niveaux accèdent facilement aux indicateurs de performance en vue d'identifier les lacunes et les problèmes, de discuter et décider des mesures correctives à prendre.

Il est établi que les systèmes d'information sur la vaccination peuvent créer ou soutenir un certain nombre d'actions efficaces en faveur de la mise en œuvre du programme de vaccination, tout en garantissant la responsabilisation.<sup>117</sup> Ainsi par exemple, la surveillance doit être assurée pour les maladies et les états considérés comme revêtant une importance pour la santé publique, sur la base de la liste des affections et des syndromes pris en compte dans le système national d'information sanitaire (SIS), conformément au Règlement sanitaire international (RSI).<sup>118,119</sup>

L'introduction de nouveaux vaccins pose des problèmes aux décideurs du fait des incertitudes quant aux bienfaits et au retour sur investissement. Dans la mesure où les nouveaux vaccins coûtent essentiellement plus cher que leurs homologues traditionnels, les arguments économiques ont pris plus d'importance auprès des décideurs, qui doivent savoir quelles interventions présentent le meilleur rapport coût-efficacité.<sup>120,121</sup> Compte tenu des coûts de plus en plus élevés des vaccins, les gaspillages constituent pour plusieurs programmes de vaccination un autre problème de plus en plus préoccupant, et il importe de disposer des informations actualisées sur le type de flacons de vaccins multidoses peuvent rester entamés pendant longtemps afin de limiter le gâchis tout en garantissant la sécurité des vaccins.<sup>122</sup>

La connaissance de la charge de morbidité de la maladie à prévenir par un vaccin, du prix du traitement des malades qui en souffrent et de l'efficacité du vaccin devient par conséquent une information précieuse pour en déterminer le rapport coût-efficacité.<sup>123,124</sup> Lorsque l'on propose d'introduire un nouveau vaccin, les pays doivent aussi prévoir l'impact de la « cohorte en attente » des enfants d'âge éligible



nés avant l'introduction du vaccin, surtout au cours des trois premiers mois suivant son introduction.<sup>125</sup> Mais les pays qui ont l'intention de mener de telles activités devraient planifier des ressources pour les doses supplémentaires qui ne sont pas financées par GAVI.

Une approche plus globale de la recherche s'avère nécessaire pour identifier les barrières qui entravent la mise en œuvre du programme de vaccination, sur les plans social, comportemental, épidémiologique, économique et du système de santé, tout comme le moyen de surmonter ces écueils.<sup>126,127,128</sup> Au nombre de ces barrières, citons le manque de connaissances, le climat et la situation géographique, le statut socioéconomique, les normes sociales, l'ordre de naissance et la taille de la famille, la mobilité familiale, l'instabilité sociale et politique, les attitudes du personnel de santé, les considérations financières et juridiques.<sup>129,130</sup> Cela souligne l'importance qu'il y a à soutenir la recherche menée par des personnes faisant partie d'un cadre dans lequel les résultats peuvent être utilisés, en impliquant les professionnels du secteur de la santé dans la conception, la conduite et l'interprétation des activités de recherche.<sup>131,132,133</sup>

L'OMS a préconisé la formation de GTCV indépendants en tant que moyen permettant de fournir des informations aux autorités nationales et de faciliter la prise de décisions fondées sur des bases factuelles en rapport avec les politiques et stratégies du programme de vaccination. Il conviendrait de surmonter effectivement les problèmes liés au bon fonctionnement des GTCV, tels que les contraintes de personnel au niveau du ministère de la Santé pour jouer le rôle de secrétariat, les ingérences politiques dans la prise de décisions fondées sur des bases factuelles et le manque d'appui financier.<sup>134</sup> Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique a mis sur pied un Groupe consultatif technique régional sur la vaccination (RITAG), dont la mission consiste à conseiller la Directrice régionale sur les politiques et stratégies régionales générales, assorties de conseils sur les mesures de renforcement des GTCV au niveau national.<sup>135</sup>



## Moyens d'action

1. Le SIS assure la disponibilité de données de qualité pour tous les aspects du programme de vaccination, qui doit être doté de ressources humaines et financières dédiées
2. L'introduction de nouveaux vaccins repose sur des éléments factuels spécifiques portant sur la charge de la maladie, l'efficacité et l'accessibilité des vaccins, la rentabilité du programme et l'assurance d'un approvisionnement durable
3. La recherche sociale, comportementale, épidémiologique, économique et sur le système de santé améliore considérablement la compréhension et la manière de réduire les principales entraves à la couverture vaccinale universelle, et détermine la valeur générale de la vaccination
4. La surveillance sanitaire nécessite un cadre législatif et la prise en compte du RSI. Cette surveillance est déterminante pour riposter aux épidémies et évaluer l'impact de la vaccination
5. Des protocoles sont mis en place pour identifier et analyser rapidement les MAPI
6. Les mesures de performance sont améliorées grâce à une gestion des données de qualité sur la couverture, les flux et les écarts financiers, et les leçons d'ordre opérationnel retenues
7. Les partenariats avec des instituts de recherche spécifiques améliorent la capacité de mener des recherches et des évaluations indépendantes des revues par les pairs pertinentes pour le programme de vaccination
8. Les conseillers techniques indépendants sont constitués en NITAG pour soutenir la prise de décision fondée sur des données factuelles

## Principe 8 : Supervision

*LA SUPERVISION garantit la qualité technique et scientifique, ainsi que la responsabilité financière, tout en préservant la confiance que public accorde au programme de vaccination.*

Une efficacité accrue dans l'utilisation des ressources et le renforcement de l'obligation redditionnelle constituent les objectifs fondamentaux du Programme de transformation du Secrétariat du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, dans son rôle de figure de proue du développement de la santé en Afrique.<sup>136</sup> Il ressort du programme de vaccination de chaque pays que la responsabilité première incombe aux individus et aux communautés, aux gouvernements et aux professionnels de la santé, respectivement en tant que bénéficiaires et prestataires des services de vaccination, tandis que les autres intervenants sont chargés de soutenir l'atteinte des objectifs du programme. La responsabilité

est basée sur l'acceptation par tous les partenaires des responsabilités clairement définies et coordonnées, qu'ils assument grâce à une utilisation transparente des ressources humaines et financières.

La transparence est un principe fondamental qui régit la surveillance et la responsabilisation, et consiste à publier des informations fiables et utiles, à respecter le droit d'accès des observateurs aux dites informations, le devoir de publier et le moyen de publication.<sup>137</sup> La transparence permet de rendre les résultats du programme de vaccination plus visibles, contribue à éviter toute idée de mise en œuvre au rabais ou tout soupçon de corruption qui pourrait compromettre l'appui en faveur du programme. La politique de GAVI sur la transparence et la redevabilité<sup>139</sup> intègre des principes que l'on peut adapter à la situation de chaque pays. Chaque pays devra choisir quelle information mettre dans le domaine public pour mieux servir le programme de vaccination. Les flux financiers fournissent normalement les informations les plus convaincantes pour indiquer le meilleur rapport coût-efficacité et l'absence de corruption. La passation des marchés est également un domaine particulier où la transparence est nécessaire, surtout autour des prix des vaccins, eu égard à la part sans



cesse croissante de l'inflation du coût des vaccins dans les besoins de financement généraux du programme de vaccination. L'UNICEF et l'OMS publient régulièrement les prix des vaccins.<sup>140,141</sup>

L'introduction de nouveaux vaccins présente des difficultés particulières en ce qui concerne la transparence. Les outils de prise de décisions économiques utilisés pour explorer l'impact potentiel des différentes interventions et des divers moyens d'action doivent être transparents du point de vue de la structure-type, de la valeur des paramètres, des sources de données et du processus de validation.<sup>142</sup> Cela permettra de réduire tout parti pris dans l'introduction de nouveaux vaccins qui serait lié à des pressions extérieures, publiques ou privées.

La supervision doit constituer le fondement de la surveillance tout au long du programme de vaccination, et les mesures d'incitation appropriées doivent être mises en place pour qu'il en soit ainsi à la fois en temps voulu et selon un contenu bien défini. À cet égard, une supervision de soutien, qui peut intégrer l'autoévaluation, favorise une approche menée de concert afin de renforcer les performances du personnel de santé et d'améliorer la qualité des services de vaccination.<sup>143,144</sup> La supervision a constitué un outil efficace pour l'amélioration des performances, mais il serait important d'envisager d'y consacrer des ressources suffisantes pour en garantir le succès. La supervision devrait être accentuée au moyen d'évaluations par les pairs personnels de santé dans le cadre de rencontres périodiques visant à promouvoir l'apprentissage et à améliorer les performances sur la base d'un ensemble d'expériences communes, tout en servant d'indicateur sur la qualité et la fréquence de la supervision. Cela complète la supervision descendante avec un apprentissage horizontal et l'évaluation ascendante, tout en garantissant le retour d'informations issues de plusieurs sources comme un moyen efficace de mesure de la performance.<sup>145</sup>

Impliqués, le NITAG, le CCIA, le Comité national d'experts en MAPI et le Groupe de travail des parties prenantes peuvent tous contribuer au contrôle du programme de vaccination, chacun dans son rôle et ses responsabilités respectifs, en veillant à ce que les outils et les méthodes de collecte et

d'analyse des données appropriés sont bien en place et correctement utilisés. Dans le même temps, les évaluations de la performance doivent être utilisées dans les forums nationaux, les dialogues entre les intervenants et les réunions des comités de santé communautaires afin de promouvoir la confiance dans la mise en œuvre du programme et de garantir la participation et l'appui des parties prenantes.

Un autre niveau de supervision porte sur la conduite d'audits réguliers, réalisés conformément aux procédures nationales en vigueur et à toutes les autres conditions supplémentaires adoptées individuellement ou collectivement par les parties prenantes. Des enquêtes peuvent s'ajouter à la vérification des performances, y compris les enquêtes-témoin en groupe, en plus des enquêtes spéciales réalisées pour identifier des entraves spécifiques et le moyen de les surmonter. Des évaluations périodiques peuvent permettre de renforcer la confiance des intervenants, mais doivent être mesurées par rapport au coût induit qui peut généralement être élevé.





### *Moyens d'action*

1. Chaque intervenant a un ensemble de responsabilités claires relatives au programme de vaccination, par rapport auxquelles l'on évalue ses performances
2. La transparence est assurée par la publication d'informations pertinentes, sur la base du droit de savoir du public, du devoir de publier du secteur public et de la disponibilité des moyens de communication
3. Un système de supervision favorable est en place tout au long du programme de vaccination, y compris le retour d'informations à partir de plusieurs sources, avec des ressources suffisantes allouées pour une bonne mise en œuvre
4. Le NITAG assure au gouvernement l'assistance et le contrôle techniques et scientifiques, propose des normes et standards nationaux sur la vaccination, conformes aux meilleures pratiques internationales et facilite la qualité permanente des stratégies de supervision.
5. Le CCIA et le groupe de travail évaluent les performances des programmes de vaccination, et formulent des recommandations pour accroître l'efficacité et l'impact de l'utilisation des ressources techniques, matérielles et financières
6. Les forums nationaux servent à faire remonter les informations et à faciliter le dialogue entre un grand nombre de partenaires
7. Les audits sont réalisés conformément aux normes nationales de service public et aux conditions supplémentaires convenues avec les intervenants
8. Les enquêtes et évaluations périodiques crédibilisent les performances et l'impact du programme de vaccination









### III. VACCINATION PRENANT EN COMPTE TOUTE LA DURÉE DE VIE

#### Principe 9 : Toute la durée de vie

*La vaccination vise toutes les tranches d'âge et les groupes à risque selon une approche PRENANT EN COMPTE TOUTE LA DURÉE DE VIE, dans la limite des ressources disponibles.*

Le plan stratégique régional pour la vaccination reconnaît clairement que le cadre de la vaccination s'est élargi pour couvrir toutes les tranches d'âge, des nouveaux nés jusqu'aux personnes âgées, soulignant l'importance des boosters, pour la protection tout au long de la vie. Il s'agit là d'une évolution importante qui implique que le système de santé doit connaître de manière détaillée les caractéristiques de chaque groupe de population couvert et les personnes touchées par chaque formation sanitaire.<sup>147,148</sup> Chaque tranche d'âge de la population doit être étudiée pour déterminer ses besoins en matière vaccinale,<sup>149,150,151,152</sup> selon les tableaux récapitulatifs de vaccination de l'OMS accessibles sur le lien [http://www.who.int/immunization/policy/immunization\\_tables/fr/](http://www.who.int/immunization/policy/immunization_tables/fr/) et la possibilité de fournir des services de santé supplémentaires. Différents endroits peuvent devenir des points de prestation de services de vaccination, notamment les domiciles, les centres communautaires, les écoles, les lieux de travail, entre autres. Le succès des services de santé complémentaires fournis lors des campagnes de vaccination dépendra de la stratégie de vaccination utilisée qui, pour le cas de l'Afrique, comprenait le recours à des centres fixes, des actions de proximité, des équipes de campagne sur le terrain, l'intensification périodique de la vaccination systématique (IPVS), les journées de vaccination plus (IPD) et les programmes de surveillance de la croissance plus (GMP+).<sup>153</sup> Des ensembles cohérents de services de soins de santé supplémentaires devraient se fonder sur la continuité des soins, en mettant un accent particulier sur la planification familiale, les avortements pratiqués dans de bonnes conditions de sécurité, ainsi que sur la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.<sup>154,155</sup>

La microplanification détaillée devrait viser tous les services fournis. Il existe des opportunités, notamment l'extension des interventions en matière de santé de l'adolescent, mais des interventions bien déterminées devront être simples et d'application facile, les personnels de santé étant susceptibles de faire face à de sérieuses contraintes logistiques et temporelles lors des campagnes de vaccination.<sup>156</sup> L'attention peut être portée sur l'intensification de la prévention des maladies non transmissibles chez les adultes, compte tenu du rythme alarmant de prolifération des maladies chroniques en Afrique.<sup>157</sup> Pour le cas des nourrissons et des enfants qui participent aux sessions de vaccination accompagnés d'un parent ou d'un aidant, ces derniers devraient également bénéficier des services appropriés liés à leur tranche d'âge. L'historique de la vaccination devrait être mis en place pour l'ensemble de la population.

La prise de décisions sur les calendriers de vaccination adéquats nécessite l'existence de données scientifiques sur les vaccins, l'épidémiologie des maladies, et implique des considérations d'ordre opérationnel, tout comme des mises à jour périodiques. La procédure de révision du calendrier devrait intégrer les meilleures données contextuelles précises sur la maladie, une étude d'impact, des prévisions sur le rapport coût-efficacité, les avis des experts locaux et des informations sur l'applicabilité aux systèmes de santé locaux.<sup>158</sup>

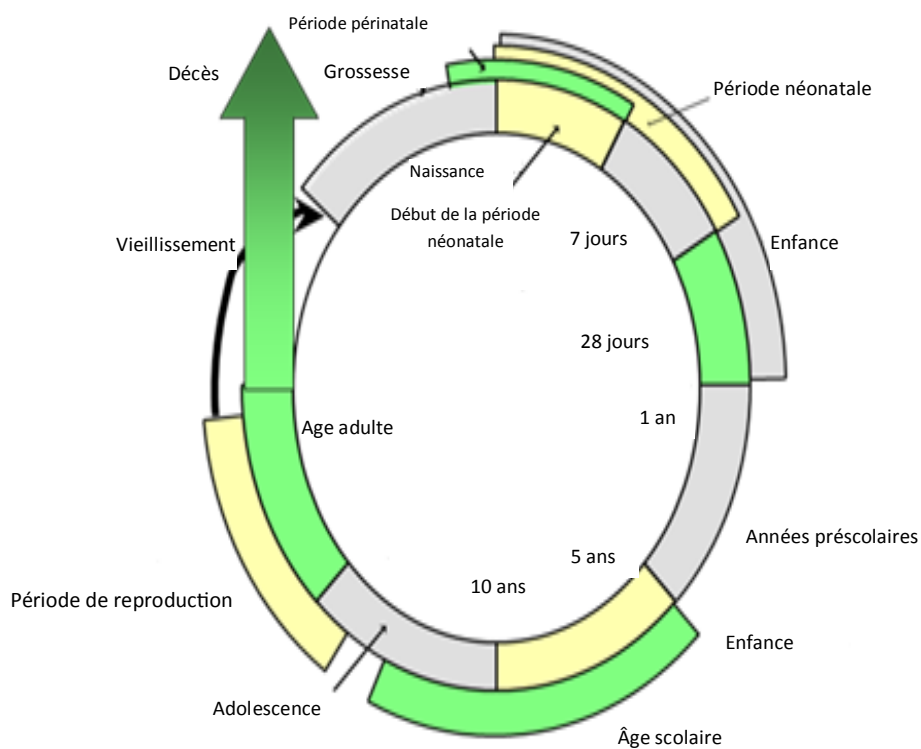
Chaque pays devra réviser les lignes directrices de l'OMS en vigueur et dresser un programme de vaccination englobant tout le cycle de vie, puis identifier les services supplémentaires susceptibles d'être fournis, en s'inspirant du diagramme ci-dessous et du tableau figurant en annexe 1:

Actuellement, la dynamique s'amplifie en faveur de l'ajout de vaccins à l'innocuité avérée au programme de vaccination des femmes enceintes, afin de les protéger et d'assurer une transmission accrue d'anticorps à leurs bébés. La grippe est pressentie comme la première infection que l'on pourrait ajouter au programme de vaccination des femmes enceintes pour les protéger, ainsi que leurs nouveau-nés, en l'absence d'un vaccin homologué qui peut être administré dans les six mois suivant la naissance.

Parmi les autres populations cibles, citons celles qui sont exposées à des maladies spécifiques, les sujets immunodéprimés et les personnels de santé.<sup>159</sup> La vaccination des personnes de santé dépendra de leur statut immunitaire et de leur degré d'exposition aux maladies infectieuses. Les antigènes concernés pour les personnels de santé sont l'hépatite B, la poliomyélite, la diphtérie, la rougeole, la rubéole, la méningite et la grippe,. Les recommandations pour la vaccination de ce groupe sont disponibles sur le lien [http://www.who.int/immunization/policy/Immunization\\_routine\\_table4.pdf?ua=1](http://www.who.int/immunization/policy/Immunization_routine_table4.pdf?ua=1). Des mesures visant à s'assurer que le personnel de santé est vacciné contre ces maladies doivent être mises en place. Il est recommandé qu'une preuve d'immunité contre la rougeole et la rubéole (en cas d'introduction de la rubéole) soit requise avant le recrutement.

Une attention particulière doit être accordée au cas des nourrissons présentant un faible poids à la naissance, car ces derniers sont particulièrement vulnérables aux maladies évitables par la vaccination, et les preuves montrent que les agents de santé peuvent retarder de manière incorrecte la vaccination. Une éducation ciblée des gardiens d'enfants et des personnels de santé soulignant que le faible poids à la naissance n'est pas une contre-indication à la vaccination s'avère nécessaire dans ce cas.<sup>160</sup>

Le calendrier national de vaccination devrait être considéré comme dynamique et révisé lors de la phase de programmation annuelle, lors de la préparation du plan pluriannuel complet qui a lieu tous les trois ou cinq ans et à chaque revue du PEV national,<sup>161</sup> ce qui permet d'opérer des ajustements sur la base des données factuelles disponibles.



## Moyens d'action

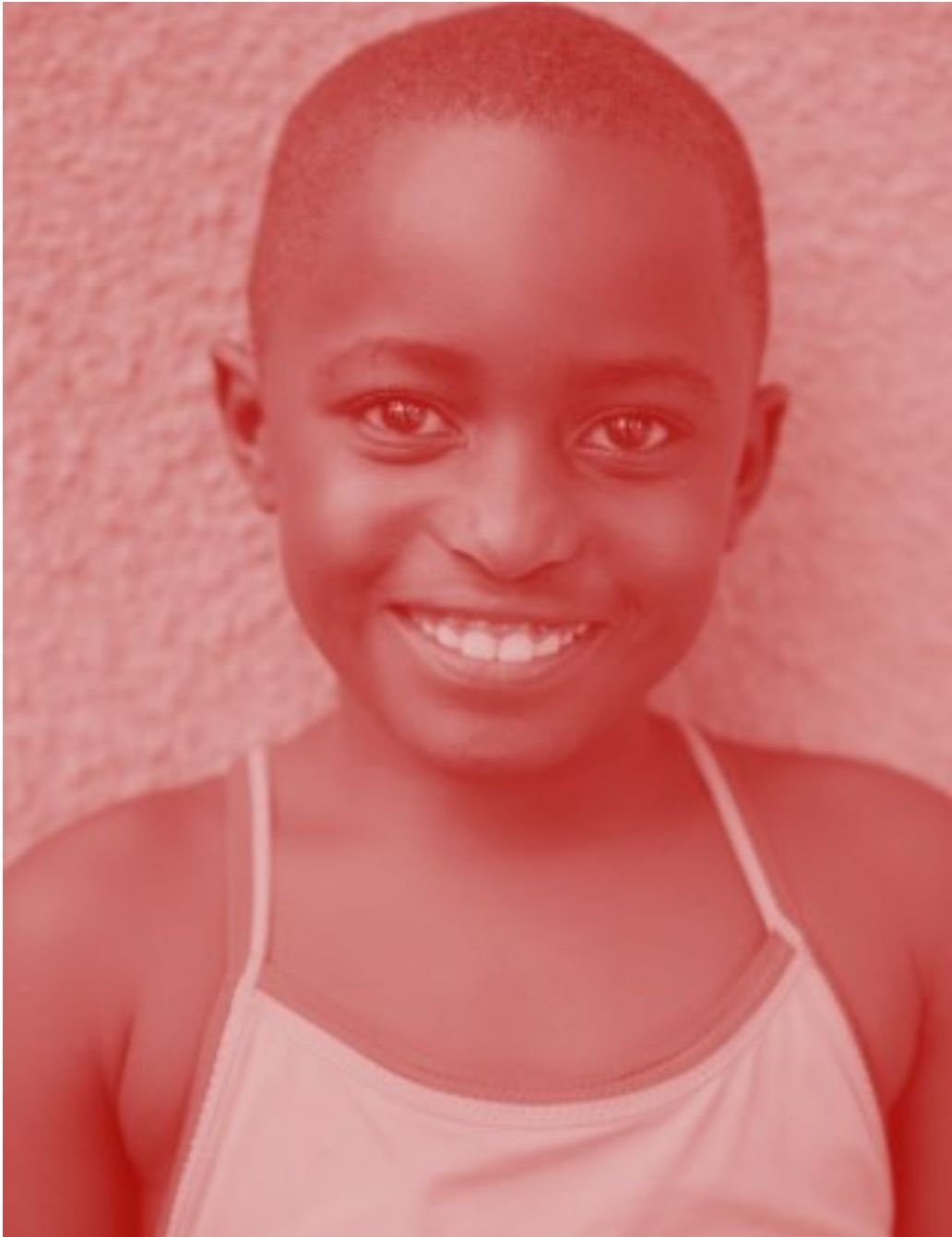
1. Un programme de vaccination prenant en compte toutes les étapes de la vie est en place, régulièrement actualisé, le cas échéant, et largement diffusé auprès du public
2. Des services de santé supplémentaires au point de vaccination, reposant sur un ensemble complet de soins, sont identifiés, détaillés et dotés de ressources adéquates, grâce à des accords avec les gestionnaires concernés
3. Un répertoire de sites potentiels de vaccination par vaccin et par tranche d'âge est établi pour chaque localité, en collaboration, tel qu'indiqué, avec les autorités nationales et locales compétentes
4. Tous les individus de la population cible sont identifiés par le système de santé, sous une identité unique et une localisation bien connue
5. La microplanification couvre toutes les tranches d'âge du calendrier de vaccination englobant toutes les étapes de la vie, détaille les cibles des activités de proximité et la fréquence des dites activités, et intègre la programmation des services de santé supplémentaires au moment de l'administration des vaccins
6. Les personnes âgées et les sujets immunodéprimés sont connus, informés des vaccins complémentaires recommandés, et bénéficient d'un suivi afin de s'assurer que tous leurs vaccins sont à jour
7. Un calendrier recommandé pour les femmes enceintes intégrant les vaccins complémentaires est en place, une fois que les recommandations d'ordre général ont été faites
8. Les nourrissons présentant un faible poids à la naissance sont particulièrement visés pour s'assurer qu'ils sont vaccinés à temps
9. Les populations particulièrement à risque sont identifiées et ciblées par la vaccination, tel qu'indiqué dans le calendrier
10. Le statut vaccinal des personnels de santé est connu avant leur recrutement et le calendrier de vaccination (rappels et vaccination systématique) est établi pour chaque personnel de santé

## Suivi de la mise en œuvre des politiques

La pertinence et l'applicabilité des politiques du programme national de vaccination doivent être évaluées et modifiées périodiquement, le cas échéant. Cette tâche incombe au ministère de la Santé, et les évaluations doivent logiquement avoir lieu avant l'élaboration du plan pluriannuel complet afin de permettre à celui-ci d'intégrer tout changement ou modification d'orientation politique adopté. La revue



complète du programme de vaccination, dont s'inspire le PPAC, indiquera le niveau de respect des politiques en vigueur, et la nécessité de les amender ou de les compléter. Un protocole particulier sera élaboré pour évaluer la mise en œuvre des politiques. Le NITAG peut jouer un rôle indépendant important à la fois dans l'élaboration d'un protocole et dans l'évaluation des politiques.





# ANNEXES

## ANNEXE 1

Exemple de calendrier de vaccination basé sur les recommandations de l'OMS pour la vaccination de routine accessible sur [http://www.who.int/immunization/policy/Immunization\\_routine\\_table1.pdf?ua=1](http://www.who.int/immunization/policy/Immunization_routine_table1.pdf?ua=1), *accédé le 31 mars 2017.*  
*(Possibilités éventuelles d'intégration de services de santé complémentaires dans le programme de vaccination)*

| ÂGE  | VACCINS  | SERVICES SUPPLÉMENTAIRES   | LIEU DE VACCINATION   |
|--|--|--|---|
| <b>ENREGISTREMENT DES NAISSANCES – IDENTIFICATION UNIQUE – DOSSIER MÉDICAL PERSONNEL (INFORMATISÉ)</b> |  |  |   |
| NAISSANCE  | BCG (sauf HIV)<br>HepB   | Poids à la naissance ; test de dépistage de complications néonatales; test du VIH ; Promotion de l'allaitement maternel exclusif   | Formation sanitaire ; visite à domicile en cas d'accouchement à domicile (dans les 30 premiers jours) |
| NAISSANCE – 1 AN   | Polio 3-4 doses (au moins une dose de VPI avec DTC)<br>DTP: 3 doses<br>PCV : 3 doses avec DTC; ROTA: Rotarix 2 doses, Rotâtes 3 doses avec DTC; VAR 1; FJ*une dose avec VAR1; Méningites*; Dengue* | Bilan – nourrisson (4 contacts) ; PCIME ; Vitamine A ; Déparasitage ; lutte contre le paludisme (MILDA) ; Surveillance nutritionnelle (allaitement maternel exclusif, PB – périmètre brachial) ; identification MAS (au moment de VAR1) ; alimentation supplémentaire ; promotion de la stimulation rapide | Formation sanitaire ; sensibilisation communautaire planifiée   |
| 1-5 ANS (PRÉSCOLAIRE)  | VAR 2<br>Rappel avec vaccin contenant le DTC la 2ième année de vie entre 1-3 ans; rappel Td entre 4-7 ans  | PCIME ; vitamine A ; déparasitage ; lutte contre le paludisme (MILDA) ; surveillance nutritionnelle (allaitement maternel exclusif, PB – périmètre brachial) ; identification malnutrition aiguë sévère (MAS) (au moment de VAR2) ; alimentation supplémentaire ;  | Formation sanitaire ; sensibilisation communautaire planifiée   |

| ÂGE  | VACCINS  | SERVICES SUPPLÉMENTAIRES  | LIEU DE VACCINATION  |
|--|--|---|--|
| <b>ENTRÉE À L'ÉCOLE — PREUVE D'IMMUNISATION INFANTILE TOTALE</b> |  |   |  |
| FILLES DE 9-15 ANS (ÂGE SCOLAIRE, ADOLESCENTS)                   | VPH chez les filles de 9-14 ans; Td chez les 9-15 ans; FJ pour les voyageurs s'ils ne l'ont pas reçu dans l'enfance. | Bilan ; déparasitage ; promotion de la santé – mode de vie sain ; éducation nutritionnelle (y compris prévention de l'obésité); promotion de la santé-éducation à la sexualité, santé génésique, alcoolisme, tabagisme, risque d'infections par les MST et le VIH, prévention des grossesses précoces et non désirées, risque d'avortements non médicalisés, mariages précoces, hygiène bucco-dentaire, éducation nutritionnelle (y compris la prévention de l'obésité) | Formation sanitaire ; établissement scolaire; sensibilisation communautaire planifiée (filles déscolarisées) |
| FEMMES ENCEINTES   | Vacin contenant la toxine tétanique (Td) <i>GRIPPE</i>   | Soins prénatals ; éducation nutritionnelle ; suppléments alimentaires ; déparasitage ; prophylaxie antipaludique ; test du VIH ; ART (si le sujet est séropositif)  | Formation sanitaire ; sensibilisation communautaire planifiée  |
| ADULTES 18-65 ANS  | FJ pour les voyageurs s'ils ne l'ont pas reçu dans l'enfance.  | Examens pour problèmes sanitaires ou médicaux, y compris pour maladies non transmissibles ; <sup>162</sup> promotion de la santé – Planification familiale, avortement sans risque sanitaire, mode de vie sain ; éducation nutritionnelle (y compris prévention de l'obésité) ; test du VIH ; ART (si le sujet est séropositif)   | Lieu de travail ; formation sanitaire ; sensibilisation communautaire planifiée                              |

\* Là ou indiqué

\*\* Vaccin antipneumococcique (PCV): recommandation de l'OMS 2012: "Des données supplémentaires sont nécessaires à partir de différents paramètres épidémiologiques sur l'impact de la vaccination à grande échelle par PCV des individus > 50 ans afin d'établir la priorité relative des programmes de vaccination dans ce groupe d'âge.

De nombreux pays industrialisés recommandent le polysaccharide (PPV23) à des groupes d'âge plus avancés, mais «dans des contextes à ressources limitées où il existe de nombreuses priorités de santé concurrentes, les preuves ne soutiennent pas la vaccination systématique des personnes âgées et des populations à haut risque avec PCV23"

## ANNEX 2

### Stratégies et pratiques mondiales de vaccination systématique (SPMVS)<sup>163</sup>

L'objet des stratégies et pratiques mondiales de vaccination systématique est de réaffirmer que la vaccination systématique constitue le socle du recul durable de la morbidité et de la mortalité liées aux maladies à prévention vaccinale tout au long de la vie de chaque individu.

*Les objectifs des SPMVS sont les suivants :*

- a) contribuer aux efforts que les pays font pour pérenniser les programmes de vaccination systématique ;
- b) fixer des priorités au niveau mondial en vue de l'extension de la vaccination à toutes les personnes ciblées ;
- c) assurer la coordination en matière d'activités et de plans de vaccination systématique entre les partenaires à la vaccination et les parties prenantes aux niveaux mondial, régional et national ;
- d) aligner l'introduction des nouveaux vaccins, l'accélération de la lutte contre les maladies et les activités de suivi programmatique sur le but commun qui consiste à soutenir le programme de vaccination systématique, tant du point de vue de l'amélioration de la couverture que sous l'angle des efforts visant à renforcer le système.

Le cadre des SPMVS propose neuf investissements porteurs de transformation qui sont un appel à l'action des gouvernements, des donateurs et des partenaires pour faire évoluer les programmes nationaux et l'activité des partenaires mondiaux. Le tableau ci-dessous indique la manière dont les principes définis dans le présent guide fournissent un cadre directeur aux investissements porteurs de transformation, tout en reconnaissant que plusieurs principes peuvent s'appliquer à un investissement donné.

| Neuf investissements porteurs de transformation en vue d'obtenir de meilleurs résultats en matière de vaccination |  | Principes de politique générale régissant les investissements porteurs de transformation  |
|---|--|---|
|  <p>1</p>                        | <p>Investir dans une équipe nationale compétente, dotée de ressources suffisantes et d'une autorité lui permettant de gérer avec doigté le programme national de vaccination du pays.</p>  | <p>Les responsables de la société et le grand public comprennent la valeur et les bienfaits des vaccins et de la vaccination dans la protection de la santé individuelle et publique.</p>   |
|  <p>2</p>                       | <p>Investir dans des stratégies adaptées qui identifient les personnes insuffisamment vaccinées ou non vaccinées et leur fournissent régulièrement les vaccins dont elles ont besoin.</p>  | <p>L'intégration des services de vaccination dans les services de santé complémentaires permet un accès équitable à une vaccination de qualité et à des interventions connexes de lutte</p> |
|  <p>3</p>                      | <p>Investir dans un cycle de planification cohérent, avec des plans stratégiques globaux et pluriannuels et des plans opérationnels annuels qui définissent et coordonnent les stratégies et les activités et feront l'objet d'un suivi trimestriel.</p> | <p>Une large participation de toutes les parties prenantes aux niveaux national et international est activement garantie pour renforcer l'appropriation et le leadership par les pays.</p>  |
|  <p>4</p>                      | <p>Investir dans un système permettant de faire parvenir régulièrement des fonds suffisants au niveau opérationnel du programme.</p>   | <p>Plein exercice des obligations de l'État en vertu du droit à la santé et des conventions sur les droits de l'homme auxquelles l'État est partie et qui fondent ce droit.</p>             |
|  <p>5</p>                      | <p>Investir dans les vaccinateurs et les responsables de district en améliorant régulièrement et systématiquement leurs compétences, en les rendant plus performants et en leur assurant une supervision formative.</p>                                  | <p>La supervision garantit la qualité technique et scientifique, la responsabilité financière, ainsi que la confiance permanente dans le programme de vaccination.</p>                      |

| Neuf investissements porteurs de transformation en vue d'obtenir de meilleurs résultats en matière de vaccination |  | Principes de politique générale régissant les investissements porteurs de transformation   |
|---|--|--|
|                                  | <p>Investir dans la modernisation des chaînes d'approvisionnement en vaccins et dans leur gestion en veillant à ce que des vaccins suffisamment actifs soient disponibles à chaque séance de vaccination.</p>  | <p>L'innovation, notamment le recours aux nouvelles technologies, accroît l'efficacité et l'efficience du programme de vaccination et permet de le rendre plus pérenne.</p>  |
|                                 | <p>Investir dans un système d'information permettant de déterminer et de retrouver le statut vaccinal de chacun.</p>   | <p>La prise de décision repose sur des éléments factuels générés par des données de qualité actualisées.</p>   |
|                                | <p>Investir dans une extension durable des calendriers de vaccination systématique afin de couvrir toute la durée de vie de l'individu.</p>  | <p>La vaccination cible toutes les tranches d'âge et tous les groupes à risque dans le cadre d'une approche englobant toute la durée de vie, dans la limite des ressources disponibles.</p>                          |
|                                | <p>Investir dans un système dans lequel la responsabilité de vacciner est partagée entre les communautés et le programme de vaccination afin de parvenir à une couverture uniformément élevée grâce à la vigueur de la demande et à la bonne qualité des services.</p> | <p>L'exploitation des points forts de la communauté améliore la planification et la mise en œuvre du programme de vaccination, ainsi que la riposte rapide aux flambées et aux situations d'urgence humanitaire.</p> |

## REFERENCES

1. [http://www.who.int/topics/health\\_policy/en/](http://www.who.int/topics/health_policy/en/), consulté le 28 juin 2016
2. Bureau régional de l’OMS pour l’Afrique. Plan stratégique régional pour la vaccination 2014-2020. Brazzaville, 2015.
3. Le cadre conceptuel qui sous-tend l’élaboration de la politique nationale du Ghana en matière de santé procède de l’objectif de développement national qui veut que le pays devienne un pays à revenu intermédiaire à l’horizon 2015 – Réf. : Ministry of Health, National Health Policy: Creating Wealth through Health, Accra, Ghana, septembre 2007
4. Organisation mondiale de la Santé. Guide OMS-UNICEF pour l’élaboration d’un plan pluriannuel complet de vaccination, mise à jour de septembre 2013. WHO/IVB/14.01, janvier 2014
5. Assemblée générale des Nations Unies, Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l’horizon 2030, A/Res/70/1, New York, 2015
6. Organisation mondiale de la Santé. La santé en 2015: des OMD aux ODD. 2015
7. Union africaine. Stratégie africaine de la santé 2016-2030. 2016
8. Union africaine. Agenda 2063 : L’Afrique que nous voulons, deuxième édition. Août 2014
9. Déclaration sur la vaccination, Addis Abeba, 25 février 2016
10. Bureau régional de l’OMS pour l’Afrique. Plan stratégique régional pour la vaccination 2014-2020. Brazzaville, 2015.
11. Bureau régional de l’OMS pour l’Afrique. Plan stratégique régional pour la vaccination 2014-2020. Brazzaville, 2015.
12. <http://www.everywomaneverychild.org/commitments/all-commitments/decade-of-vaccines-collaboration>, consulté le 17 mai 2016.
13. Bureau régional de l’OMS pour l’Afrique. Résolution AFR/RC64/R4 du Comité régional. 7 novembre 2014.
14. Bureau régional de l’OMS pour l’Afrique. EPI Manager's Survey on National Policies, Norms and Standards for Routine Immunization. Février-mars 2013
15. Les déclarations de politique générale examinées relatives au programme élargi de vaccination portent notamment sur le Botswana, la République démocratique du Congo, le Kenya, le Lesotho, le Libéria, le Nigéria et la Sierra Leone.
16. Le Botswana indique que les parents/aidants ont la responsabilité et l’obligation de faire vacciner leurs enfants à temps, et d’apporter un soutien au personnel de santé dans la prestation des services de vaccination, surtout aux points de sensibilisation de proximité – comme mesures de conformité, il est exigé que les enfants soient munis d’une carte de vaccination pour être admis à l’école, les enseignants étant chargés de la vérification

- Réf. : Ministère de la Santé du Botswana, Expanded Programme on Immunization (EPI) Policy, non daté.
17. La République démocratique du Congo fait état de la responsabilité partagée entre les parents, l'État et l'ensemble de la communauté – Réf. : République démocratique du Congo, Déclaration de la Politique Nationale du Programme Élargi de Vaccination, non daté.
  18. Le Libéria impose des mesures que doivent prendre obligatoirement les personnels de santé en matière de communication du programme afin de susciter et de maintenir la demande de vaccination – Réf. : Liberian Ministry of Health and Social Welfare, National Policy on Immunization (EPI), non daté.
  19. [http://apps.who.int/immunization\\_monitoring/globalsummary/schedules](http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/schedules), consulté le 23 juin 2016.
  20. Les coûts que doivent supporter les ménages du fait de la perte de productivité induite par le vaccin qui leur a été administré à titre gracieux représente une proportion importante du coût global de la fourniture de vaccins et pourrait influencer sur le recours à la vaccination – Réf. : Mogasale V. et al. An estimation of private household costs to receive free oral cholera vaccine in Odisha, India, PLOS Neglected Tropical Diseases, DOI:10.1371, 9 septembre 2015.
  21. Le 15 juin 2016, PATH, en partenariat avec le Center for Strategic and International Studies (CSIS), Devex, la Fondation Bill & Melinda Gates, Tableau Foundation, la Fondation des Nations Unies, l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) et Johnson & Johnson ont organisé une rencontre sur le thème : The Innovation Effect: Powering Disruptive Global Health Solutions.
  22. <http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>, consulté le 26 mai 2016.
  23. <http://www.achpr.org/instruments/achpr/>, consulté le 26 mai 2016.
  24. <http://www.achpr.org/instruments/achpr/impact-on-domestic-human-rights/>, consulté le 28 mai 2016.
  25. Wiysonge C.S. et al. Individual and Contextual Factors Associated with Low Childhood Immunization Coverage in Sub-Saharan Africa: A Multi-level Analysis, PLoS ONE, Volume 7, Issue 5, e37905. Mai 2012.
  26. Organisation mondiale de la Santé. « Cadre pour des services de santé intégrés centrés sur la personne », A69/39, 15 avril 2016.
  27. Organisation mondiale de la Santé. Stratégies et pratiques mondiales de vaccination systématique, 2016.
  28. Gilson L. Trust and the development of health care as a social institution, Social Science and Medicine, 56, 1453-1468. 2003



29. Organisation mondiale de la Santé. Plan d'action mondial pour les vaccins 2011-2020. Genève, 2013
30. Parlement ougandais. The Immunization Act, 2016. Loi promulguée le 10 mars 2016
31. Le Gargasson J.B. et al. Budget process bottlenecks for immunization financing in the Democratic Republic of the Congo, *Vaccine*, 32(9), 1036-42. 2014
32. Organisation mondiale de la Santé. « Poliomyélite : Rapport du Secrétariat », document A69/25 en date du 8 avril 2016.
33. <http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>, consulté le 29 mai 2016.
34. Une expérience montre que le fait de désigner les responsables principaux de la santé publique et des responsables de la santé publique aux niveaux de la division et de la subdivision administratives (département et district) comme secrétaire et secrétaire adjoint de l'état civil peut entraîner une augmentation sensible de l'enregistrement des naissances – Muzzi M. Good practices in Integrating Birth Registration into Health Systems (2000-2009). Document de travail publié par l'UNICEF en janvier 2010.
35. Organisation mondiale de la Santé. « Rapport de situation sur l'élaboration du programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire ». 30 mars 2016.
36. <http://www.worldbank.org/en/news/press-release/2016/05/21/world-bank-group-launches-groundbreaking-financing-facility-to-protect-poorest-countries-against-pandemics>, consulté le 21 juin 2016.
37. Organisation mondiale de la Santé. Vaccination in acute humanitarian emergencies: a framework for decision making, WHO/IVB/13-07. Genève, 2013.
38. Déclaration sur la vaccination en Afrique, Addis Abeba, 25 février 2016.
39. Sabin Vaccine Institute, Anglophone Africa Peer Review Workshop on Sustainable Immunization Financing, Abuja, Nigeria, 19-21 avril 2016.
40. Frost L. et al. Using multi-stakeholders dialogues to assess policies, programmes and progress for women's, children's and adolescent health. *Bull World Health Organ* 94:393-395, 2016.
41. Le recul de la rougeole en Afrique est notable, le nombre de décès imputables à cette maladie étant passé de 355 000 en 2000 à 41 000 en 2012 grâce à l'intensification de la vaccination systématique et supplémentaire – Réf. : Masresha B. et al. « Measles elimination in the WHO African Region: Progress and challenges ». *African Health Monitor*, mars 2015.
42. Au Rwanda, les admissions dans les hôpitaux liées spécifiquement au rotavirus répertoriées par la surveillance active ont baissé de 61 %–70 % deux ans après l'introduction de la vaccination contre le rotavirus – Réf. : Ngabo F. et al. « Effect of

- pentavalent rotavirus vaccine introduction on hospital admissions for diarrhoea and rotavirus in children in Rwanda: a time-series analysis ». *Lancet Global Health*, vol. 4, février 2016.
43. Organisation mondiale de la Santé. Conférence ministérielle sur la vaccination en Afrique, Tenir la promesse : assurer la vaccination pour tous en Afrique. OMS, 2016.
  44. Bloom D.E., Canning D. and Weston M. The Value of Vaccination, *World Economics*, vol. 6, no. 3, juillet-septembre 2005.
  45. Il est prouvé que les enfants vaccinés de 8-14 ans voient leurs capacités cognitives augmenter, ce qui sous-entend que l'inclusion d'un impact économique plus important rend la vaccination plus attractive et peut influencer les parties prenantes en dehors du secteur de la santé – Réf. : Deogaonkar R. et. al. Systematic review of studies evaluating the broader economic impact of vaccination in low and middle income countries, *BMC Public Health* 12:878. 2012.
  46. Une évaluation réalisée en Afrique du Sud a montré qu'il était très probable que la couverture des enfants par les vaccins antipneumococcique et antirotavirus permettra non seulement de réduire la morbidité et la mortalité infantiles, mais se traduira également par d'importants gains de productivité, contribuant ainsi au développement économique du pays, et profitant aux Sud-Africains non vaccinés – Réf. : Bärnighausen T. et. al. Accounting for the full benefits of vaccination in South Africa, *SAMJ Forum*, vol. 98, no. 11. Novembre 2008.
  47. Larson H.J. et. al. Addressing the vaccine confidence gap, *New Decade of Vaccines* 5. *Lancet*, 378, 526-35, 6 août 2011.
  48. À Kampala (Ouganda), les facteurs qui influencent le comportement de la mère à l'égard de la vaccination concernent, entre autres, l'absence de soutien de la part du partenaire masculin, le manque de vêtements présentables, les calendriers incompatibles, les contraintes de temps et la méfiance due au fait que les gens pensent que la vaccination peut causer des incapacités physiques et/ou la mort – Réf. : Babirye J.N. et. al. More support for mothers: a qualitative study on factors affecting immunization behaviour in Kampala, Uganda, *BMC Public Health*, 11:723. 2011.
  49. Ozawa S, and Stack M.L. Public trust and vaccine acceptance – international perspectives, *Human Vaccines and Immunotherapeutics*, Vol. 9, Issue 8. 2013.
  50. Peruani, F. and Tabourier, L. Directedness of Information Flow in Mobile Phone Communication Networks, *PLoS ONE* 6.12: e28860, 2011 (pour information sur les super-utilisateurs de réseaux de téléphonie mobile).
  51. International Federation of Medical Students' Associations, IFMSA Policy Statement: Vaccination, Malte, mars 2016.

52. Organisation mondiale de la Santé. « La santé dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030 », document A69/15 établi le 8 avril 2016.
53. Sayinzoga F. et Bijlmakers L. Drivers of improved health sector performance in Rwanda: a qualitative view from within. *BMC Health Services Research*, 16:123, 2016.
54. Le Dr M. Moeti, Directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique, préconise un changement de perspective pour le renforcement des systèmes de santé en vue de la réalisation des ODD, Johannesburg, 6 mai 2016.
55. Rodriguez Pose R. et Samuels F. Progress in health in Eritrea: Cost-effective, inter-sectoral interventions and a long-term perspective. ODI, 2011.
56. UNICEF et OMS. Mettre fin aux décès évitables d'enfants par pneumonie et diarrhée d'ici 2025 – Le Plan d'action mondial intégré pour prévenir et combattre la pneumonie et la diarrhée (GAPPD), 2013.
57. Mihigo R. et al. African vaccination week as a vehicle for integrated health service delivery. *BMC Health Services Research*, 15:358, 2015.
58. Organisation mondiale de la Santé. L'affaire de tous – Renforcer les systèmes de santé pour de meilleurs résultats sanitaires : Cadre d'action de l'OMS.
59. Shen A.K., Fields R. et McQuestion M. The future of routine immunization in the developing world: challenges and opportunities, *Global Health: Science and Practice*, vol. 2 no. 4, 381-394, 1er décembre 2014.
60. Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique. « Stratégie mondiale sur les Ressources humaines pour la santé : Perspectives de la Région africaine », document AFR/RC65/7 établi le 24 novembre 2015.
61. Le Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, intégration des services de vaccination et autres services pour les femmes et les enfants, Synthèse des connaissances 25, 2013.
62. Wallace A.S., Ryman T.K. and Dietz V. Experiences Integration Maternal and Child health Services with Childhood Immunization Programmes: Systematic Review Update, *The Journal of infectious Diseases*, 205 (Suppl 1), 2012.
63. Partapuri T., Steinglass R. and Sequeira J. Integrated Delivery of Health Services during Outreach Visits: A Literature Review of Programme Experience through a Routine Immunization Lens, *The Journal of infectious Diseases*, 205 (Suppl 1), 2012.
64. Owili P.O. et al. Associations in the continuum of care for maternal, newborn and child health: population-based study of 12 sub-Saharan Africa countries. *BMC Public Health*, 16:414. 2016.
65. OMS et PATH. Intégration des chaînes d'approvisionnement de vaccins avec les chaînes d'approvisionnement des autres produits de santé : cadre décisionnel. Optimize, 2013.

66. Rodriguez Pose R. et Samuels F. Rwanda's progress in health: leadership, performance and insurance. ODI, 2011.
67. Bijleveld P. et al. Country perspectives on integrated approaches to maternal and child health: the need for alignment and co-ordination, *Bull World health Organ.*, 94:401-404, 2016.
68. Sood N, et Wagner Z. For-profit sector immunization service provision: does low provision create a barrier to take-up? *Health Policy and Planning*, 28:730-738, 2013.
69. Levin A. et Kaddar M. Role of the private sector in the provision of immunization services in low- and middle-income countries. *Health Policy and Planning*, 26:i4-i12, 2011.
70. Marston C. et al. « Participation communautaire en vue d'une action transformatrice sur la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 94: 376-382, 2016.
71. Au Niger, les précédentes campagnes de santé donnent à penser qu'une approche communautaire peut améliorer le niveau d'exhaustivité et de sensibilité dans le cas de la surveillance de la paralysie flasque aiguë. Les dialogues communautaires qui regroupent les utilisateurs et les prestataires de services, ainsi que les dirigeants pour discuter des problèmes et trouver des solutions, sont plus susceptibles d'être soutenus s'ils sont intégrés aux structures communautaires en place et animés par des facilitateurs locaux – Réf. : Katahoire A.R. et al. Improving child survival through a district management strengthening and community empowerment intervention: early implementation experiences from Uganda. *BMC Public Health*, 15:797, 2015.
72. Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique. « Stratégie mondiale sur la prestation de services intégrés centrés sur la personne : contribution de la Région africaine », document AFR/RC65/5 établi le 24 novembre 2015.
73. GAVI Zambie. Findings from the 2014 Gavi Full Country Evaluation, IHME, 2015.
74. Patton G.C. et al. Notre avenir: une Commission The Lancet sur la santé et le bien-être des adolescents, *The Lancet*, Vol. 387, 11 juin 2016
75. Au Nigéria, on a constaté que la couverture vaccinale est plus large en milieu rural que dans les centres urbains, en raison d'une meilleure mobilisation et d'une participation accrue des zones rurales dans la prestation des services de vaccination – Réf. : Itimi K., Dienye P.O. et Ordinioha B. Community participation and childhood immunization coverage: A comparative study of urban and rural communities of Bayelsa State, south-south Nigeria. *Niger Med J.* 53(1), 21-25, janvier-mars 2012.
76. Howard G. Village-santé : Guide à l'intention des communautés et des agents de santé communautaires, chapitre 11 – Création de comités pour l'application des programmes villages-santé. OMS, 2002.

77. Perry H. et Zulliger R. How effective are community health workers. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, septembre 2012.
78. Lehmann U. et Sanders D. Community health workers: what do we know about them? The state of evidence on programmes, activities, cost and impact on health outcomes of using community health workers. OMS, janvier 2007.
79. Economist Intelligence Unit, The future of health care in Africa, The Economist, 2012.
80. Dieleman J.L. et al. Development assistance for health: past trends, associations and the future of international financial flows for health. Lancet, 387: 2536-44, 2016.
81. Institut norvégien de la santé publique, Evaluation de la politique de cofinancement de Gavi Alliance, août 2014
82. Gouglas D. et al. Évaluation de la politique de cofinancement de GAVI. Institut norvégien de la santé publique, août 2014.
83. Levine O.S. et al. The future of immunization policy, implementation and financing, The New decade of Vaccines 4, Lancet, 378, 439-48, 2011.
84. Doyle M., Africans' remittances outweigh Western aid, BBC News, 17 avril 2013.
85. Ratha D. et al. Migration and Remittances, Recent Developments and Outlook (Special Topic: Financing for Development), Migration and Development Brief 24. 13 avril 2015.
86. L'Union africaine reconnaît la nécessité de créer des partenariats durables entre le continent africain et la diaspora africaine, tout en s'engageant à accroître les ressources destinées à la santé – Réf. : Déclaration finale de la Commission de l'Union africaine, à la faveur du sommet mondial de la diaspora africaine, Sandton, Johannesburg, Afrique du Sud, 25 mai 2012.
87. <http://www.migrationpolicy.org/article/migrant-hometown-associations-and-opportunities-development-global-perspective>, consulté le 10 juin 2016.
88. Jarrett S.W. From Poverty Traps to Indigenous Philanthropy: Complexity in a Rapidly Changing World, IDS Working Paper. Volume 2013, n° 245, juin 2013.
89. <https://www.thundafund.com/>, consulté le 10 juin 2016.
90. <https://www.lalapafund.com/>, consulté le 10 juin 2016.
91. La forte demande du vaccin contre le VPH au Nigéria révèle que la participation aux coûts peut s'avérer une stratégie de financement réaliste pour la vaccination contre le VPH au plan national – Réf. : Umeh I.B., Nduka S.O. and Ekwunife O.I. Mothers' willingness to pay for HPV vaccines in Anambra State, Nigeria: a cross sectional contingent valuation study, Cost Eff. Resour. Alloc 14:8, 2016.
92. Odeyemi I.A.O. Community-based health insurance programmes and the national health insurance scheme of Nigeria: challenges to uptake and integration. International Journal for Equity in Health, 13;20, 2014.

93. Howitt P. et. al. Technologies for Global Health. *The Lancet*, 380: 507-35, 2012.
94. Santé mobile : de nouveaux horizons pour la santé grâce aux technologies mobiles. Collection de l'Observatoire mondial de la cybersanté, vol.3, OMS, 2011.
95. Organisation mondiale de la Santé, Région du Pacifique occidental. Dossiers de santé électroniques : un Manuel pour les pays en développement. Manille, 2006.
96. Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique. « Exploiter les solutions en matière de cybersanté pour améliorer les systèmes nationaux de santé dans la Région », document AFR/RC63/9 établi le 6 septembre 2013.
97. Akanbi M.O. et. al. Use of Electronic Health Records in sub-Saharan Africa: Progress and challenges, *J Med Trop*, 14(1), 1-6, 2012.
98. Dans le cadre des programmes de lutte contre le VIH, il est de plus en plus difficile de suivre les patients dont le nombre ne cesse de croître, ainsi que ceux qui ne retournent pas au centre de santé ; les systèmes de dossier médical électronique semblent améliorer les soins de santé ; en effet, les directives et les protocoles thérapeutiques sont mieux respectés, les décisions cliniques éclairées et les erreurs médicales réduites. Grâce à ces systèmes, la tenue des dossiers est plus efficace, les soins administrés sont de meilleure qualité et les délais d'accès aux soins sont raccourcis – Réf. : Kalogriopoulos N.A. et. al. Electronic record medical systems for developing countries: a review, *Conf Proc IEEE, Med Biol Soc* 2009, 1730-3, 2009.
99. Fraser H.S.F. et. al. Implementing electronic medical record systems in developing countries, *Informatics in primary Health Care*, 13:83-95, 2005.
100. Des essais sur la conservation du dossier de vaccination sur des puces insérées dans des bracelets ou des colliers sont en cours, et pourraient encourager les entrepreneurs locaux à développer des systèmes de dossier médical électronique adaptés à la culture – Réf. : <https://www.kickstarter.com/projects/120674402/khushi-baby-mhealth-and-wearable-tech-for-social-i>, consulté le 5 juin 2016.
101. L'utilisation de MenAfriVacTM en CTC au Togo a enregistré moins de pertes de vaccins que le système hors CTC, et aucune augmentation des effets indésirables, ni de confusion concernant les campagnes d'autres vaccins – Réf. : Essoya L.D. et Justin B.T., *Controlled temperature chain approach: Togo*, TechNet Conference, Bangkok, Thailand, mai 2015.
102. Au Bénin, les agents vaccinateurs et les superviseurs ont constaté les avantages réels de l'approche CTC en particulier dans les zones difficilement accessibles ou en cas de défaillance de la chaîne du froid – Réf. : Zipursky S. et.al. Benefits of using vaccines out-of-the-cold-chain: Delivering Meningitis A in a controlled temperature chain during the mass immunization campaign in Benin, *Vaccine* 32, 1431-1435, 2014
103. La mise en œuvre du système de CTC au Bénin comme ailleurs n'a pas entraîné une

augmentation des effets indésirables dans les cinq jours suivant l'administration du vaccin, par rapport aux vaccinations hors CTC concomitantes ou aux études précédentes – Réf. : Steffen C. et al. A field-based evaluation of adverse events following MenAfriVac™ vaccine delivered in a controlled temperature chain (CTC) in Benin, Pan African Medical Journal, 18:344, 2014.

104. Lydon P. et. al. Economic benefits of keeping vaccines at ambient temperature during mass vaccination: the case of meningitis A vaccine in Chad, Bulletin of the World Health Organization, 92, 86-92, 2014
105. Kahn A-L., Progress on the controlled temperature chain (CTC), Vaccine Presentation and Packaging Advisory Group (VPPAG), Update for UNICEF Vaccine Industry Consultation. 27 octobre 2015, Copenhagen, Danemark.
106. Organisation mondiale de la Santé. Plan d'action mondial pour les vaccins 2011-2020, 2013.
107. Comité d'experts OMS de la standardisation biologique, Directives pour l'analyse de la stabilité des vaccins utilisés dans les conditions de température contrôlée prolongées, ECBS version, 2015
108. Organisation mondiale de la Santé. Comment contrôler la température dans la chaîne d'approvisionnement en vaccins, WHO/IVB/15.04, 2015
109. OMS et UNICEF, Atteindre les objectifs de vaccinations avec le cadre global de la gestion efficace des vaccins, mars 2016
110. PATH et OMS, Stimulating innovation in the vaccine cold chain equipment industry, August 2013
111. OMS et UNICEF, Introduction aux systèmes de réfrigération et de congélation à énergie solaire pour les vaccins : Guide à l'intention des responsables des programmes nationaux de vaccination, 2015
112. Haidari L.A. et.al. Augmenting Transport versus Increasing Cold Storage to Improve Vaccine Supply Chains, PLoS ONE 8(5), 2013
113. Une politique d'expédition hebdomadaire basée sur la collecte au niveau des entrepôts de district peut augmenter la disponibilité et réduit le coût par dose administrée, après suppression du niveau régional – Réf. : Assi T-M. et. al. Removing the regional level from the Niger vaccine supply chain, Vaccine, Volume 31, Issue 26, 2828-2834, 10 juin 2013.
114. Howitt P. et. al. Technologies for Global Health, The Lancet Commissions, The Lancet vol. 380, 4 août 2012.
115. OMS et PATH, Next Generation Vaccine Delivery Technology Meeting Summary, Global Vaccine and Research Forum, Bethesda, USA, 5 mars 2014.



- <sup>116.</sup> <http://www.technet-21.org/en/>, consulté le 9 juin 2016.
- <sup>117.</sup> Les actions intègrent le rappel au client, la réalisation des évaluations et le retour d'informations, ainsi que leurs rappels; déterminer l'état vaccinal des clients pour les décisions prises par les médecins, les systèmes de soins de santé et les établissements scolaires; développer et évaluer les ripostes de santé publique aux flambées de maladies évitables par la vaccination; indiquer les évaluations des taux de couverture vaccinale, les séances de vaccination manquées, les doses de vaccin non valables administrées, les disparités de taux de couverture vaccinale ainsi que la sécurité et l'efficacité des vaccins – Réf. : <https://www.thecommunityguide.org/vaccines/vpd-jphpm-evrev-IIS.pdf>, consulté le 12 juin 2016.
- <sup>118.</sup> Organisation mondiale de la Santé. Communicable disease surveillance and response systems: Guide to monitoring and evaluating, WHO/CDS/EPR/LYO/2006.2, 2006
- <sup>119.</sup> Organisation mondiale de la Santé. Règlement sanitaire international (2005), deuxième édition. Genève, 2008.
- <sup>120.</sup> Clemens J. and Jodar L. Introducing new vaccines into developing countries: obstacles, opportunities and complexities, Nature Medicine Supplement, Volume 11, Numéro 4, avril 2005.
- <sup>121.</sup> OMS, Guide de l'OMS pour la standardisation évaluations économiques dans les programmes de vaccination, WHO/IVB/08.14, décembre 2008
- <sup>122.</sup> Déclaration de politique générale de l'OMS. Politique relative aux flacons multidoses – manipulation des flacons de vaccin multidoses entamés, révision 2014, WHO/IVB/14.07.
- <sup>123.</sup> Hajjeh R., Accelerating introduction of new vaccines: barriers to introduction and lessons learned from the recent Haemophilus influenzae type b vaccine experience, Phil. Trans. R. Soc. B, 366, 2827-2832, 2011.
- <sup>124.</sup> Organisation mondiale de la Santé. Principles and considerations for adding a vaccine to the national immunization programme: from decision to implementation and monitoring. Avril 2014.
- <sup>125.</sup> Williams B.A. et. al. The composition of demand for the newly launched vaccines: results from the pneumococcal and rotavirus vaccine introductions in Ethiopia and Malawi. Health Policy and Planning, 31, 563-572, 2016.
- <sup>126.</sup> Betsch C., Bohm R. and Chapman G.B. Using Behavioral Insights to Increase Vaccine Policy Effectiveness. Behavioral and Brain Sciences, Vol. 2(1), 61-73, 2015.
- <sup>127.</sup> Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, Recherche pour la santé : Une Stratégie pour la Région africaine 2016-2025, AFR/RC65/6, 25 novembre 2015
- <sup>128.</sup> Le taux de couverture vaccinale en Gambie est élevé, mais les nourrissons sont généralement vaccinés après la période néonatale. Par conséquent, il est urgent de mettre en route des interventions pour veiller à la mise en œuvre de politiques

- vaccinales – Réf. : Miyahara R. et. al. Barriers to timely administration of birth dose vaccine in The Gambia, West Africa. *Vaccine*, 34, 3335-3341, 2016.
129. Organisation mondiale de la Santé. Behavioural factors in immunization, Behavioural Sciences Learning Modules. WHO/MSD/MDP/00.10, 2000.
130. Oraby T., Thampi V. and Bauch C.T., The influence of social norms on the dynamics of vaccinating behaviour for paediatric infectious diseases, *Proceedings of the Royal Society B*, 281, 20133172, 2014
131. Kok M.O. et. al. Which health research gets used and why? An empirical analysis of 30 cases, *Health Research Policy and Systems*, 14:36, 2016
132. Ce n'est qu'en se mettant ensemble que les agents chargés de la mise en œuvre, grâce à leur profonde maîtrise du contexte, et les chercheurs, grâce à leur connaissance des méthodes et de la science d'investigation, peuvent espérer améliorer la connaissance de la mise en œuvre des questions qui compromettent tant de projets de santé publique – Réf. : Peters D.H., Tran N.T. et Adam T. *Implementation Research in Health; A Practical Guide*. OMS, 2013.
133. Organisation mondiale de la Santé. *Changing Mindsets: Strategy on Health Policy and Systems Research*. 2012.
134. Ba-Nguz A. National Immunization Technical Advisory Groups (NITAGs), 10th Annual African Vaccinology Course. Le Cap, novembre 2014.
135. Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique. Termes de référence du Groupe consultatif technique régional sur la vaccination (RITAG). Brazzaville, non daté
136. Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique. *Le Programme de transformation du Secrétariat de l'Organisation mondiale de la Santé dans la Région africaine, 2015-2020*. Brazzaville, 2015.
137. Vian T., Transparency in health programmes, U4 Anti-corruption Resource Centre, Brief no. 9, mai 2008.
138. Savedoff W., Glassman A. et Madan J. *Global Health, Aid and Corruption: Can We Escape the Scandal Cycle*. Center for Global Development, Policy Paper 086, juin 2016.
139. GAVI. Politique de GAVI Alliance sur la transparence et la responsabilité, entrée en vigueur le 1er janvier 2014.
140. [http://www.unicef.org/supply/index\\_57476.html](http://www.unicef.org/supply/index_57476.html), consulté le 19 juin 2016.
141. [http://www.who.int/immunization/programmes\\_systems/procurement/v3p/platform/en/](http://www.who.int/immunization/programmes_systems/procurement/v3p/platform/en/), consulté le 19 juin 2016.
142. Hutubessy R. et. al. Results from evaluations of models and cost-effectiveness tools to support introduction decisions for new vaccines need critical appraisal. *BMC Medicine*, 9:55, 2011.

143. PATH et OMS. Lignes directrices pour la mise en œuvre d'une supervision formatrice : un guide point par point accompagné d'outils d'aide à la vaccination. Children's Vaccine Programme, 2003.
144. Nigerian National Primary Health Care Agency, Supportive Supervision: A Practical Guide for State and LGA Routine Immunization Managers, mai 2009.
145. Kanaslan E.K. and Iyem C., Is 360 Degree Feedback Appraisal an Effective Way of Performance Evaluation? International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences, Vol. 6, No. 5, mai 2016.
146. Les données factuelles suggèrent que les soins intégrés et spécialisés en faveur des personnes âgées constituent la meilleure approche pour mettre en œuvre le complexe éventail d'interventions à toutes les étapes de la vie des personnes âgées: Réf. : Organisation mondiale de la Santé. Rapport mondial sur le vieillissement et la santé. Genève, 2015.
147. Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, Plan stratégique régional pour la vaccination 2014-2020, Brazzaville, 2015
148. À titre d'exemple, les personnes âgées souffrent généralement de multiples maladies chroniques et de malnutrition, subissent plus les effets de la pauvreté que les jeunes adultes, et leur situation dans plusieurs cas devient marginale à cause des nouvelles tendances d'urbanisation et de migration qui conduisent à la réduction des soins de la part des membres de la famille – Réf. : Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, Vieillesse en bonne santé dans la Région africaine : analyse de la situation et perspectives, AFR/RC63/4, 2 septembre 2013
149. Organisation mondiale de la Santé. Vaccination systématique recommandée – Résumé des notes d'information de l'OMS, mise à jour du 21 mai 2016.
150. Organisation mondiale de la Santé. Summary of WHO position papers – Recommended Routine Immunizations for Children, mise à jour du 21 mai 2016.
151. Organisation mondiale de la Santé. Recommendation for Interrupted or Delayed Routine Immunization – Summary of WHO Position Papers, mise à jour du 21 mai 2016.
152. OMS, Tableau récapitulatif des notes de synthèse de l'OMS – Vaccination des personnels de santé, mise à jour du 27 février 2015
153. Nshimirimana D., Mihigo R. et Clemens C.J., Routine immunization services in Africa: back to basics, Journal of Vaccines and Immunization, 1(1), 6-12, 2013
154. OMS, Packages on Interventions: Family planning, safe abortion care, maternal, newborn and child health, WHO/FCH/10.06, 2010
155. Kerber K.J. et al. Continuum of care for maternal, newborn and child health: from slogan to service delivery, Lancet, 370:1358-69, 2007

156. Watson-Jones D. et. al. Feasibility and acceptability of delivering adolescent health interventions alongside HPV vaccination in Tanzania, *Health Policy and Planning*, Vol.31, No. 6, 2016
157. Economist Intelligence Unit, *The future of health care in Africa*, *The Economist*, 2012
158. Organisation mondiale de la Santé. Immunization schedules, *Weekly epidemiological record*, 84, 525-526, 2009
159. Organisation mondiale de la Santé. Vaccination systématique recommandée – Résumé des notes d’information de l’OMS, mise à jour du 21 mai 2016.
160. O’Leary M. et. al. Vaccination timing of low-birth-weight infants in rural Ghana: a population-based, prospective cohort study, *Bull World Health Organ*, 94:442-451D, 2016.
161. Organisation mondiale de la Santé. Recommandations de l’OMS pour la vaccination systématique : Guide d’utilisation des tableaux récapitulatifs, mise à jour du 4 octobre 2012.
162. Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l’Afrique. « Maladies non transmissibles pour la Région africaine », document AFR/RC50/10 établi le 6 mars 2000.
163. Organisation mondiale de la Santé. Stratégies et pratiques mondiales de vaccination systématique (SPMVS): document complémentaire au Plan d’action mondial pour les vaccins (PAMV), 2016.



