



World Health
Organization













REGIONAL OFFICE FOR
Africa

Octobre 2017



EXAMEN À MI-PAROURS :
Plan Stratégique Régional Pour La Vaccination
2014 - 2020

TABLE DES MATIÈRES

02		Table des matières
03		Membres du comité d'examen à mi-parcours
03		Remerciements
04		Liste des acronymes
05		Résumé d'orientation
08		Contexte
09		Résumé et analyse des progrès Objectifs stratégiques Orientations stratégiques
16		Défis et opportunités
17		Résumé des recommandations
18		Conclusion
20		Actions recommandées Recommandation 1: tirer le meilleur parti des engagements pris dans le cadre de la Déclaration d'Addis-Abeba sur la vaccination. Recommandation 2: définir des approches centrées sur les communautés et spécifiques aux pays pour améliorer l'équité en matière d'accès Recommandation 3: promouvoir une approche de couverture sanitaire universelle qui place la vaccination au centre des soins de santé primaire Recommandation 4: améliorer la disponibilité et l'utilisation des données de bonne qualité pour la prise de décision. Recommandation 5: impliquer de nouveaux acteurs et utiliser de nouvelles approches pour renforcer les capacités des ressources humaines Recommandation 6 : utiliser des instruments innovants pour maintenir les financements
24		Annexes

Membres du comité d'examen à mi-parcours

Membres externes :

Jeffrey Mphahlele, Vice-président de la South African Medical Research Council (Président)
Mary Amuyunzu-Nyamongo, Directeur exécutif de l'African Institute for Health & Development (Kenya)
Zubairu Iliyasu, Directeur du Centre for Infectious Diseases Research de l'Université de Bayero (Nigéria)
Dafrossa Lyimo, Directeur du Programme élargi de vaccination (PEV), Ministère de la Santé (Tanzanie)
Redda Tekle Haimanot, Professeur à l'Université d'Addis Abeba (Éthiopie)

Partenaires :

Endale Beyene, Conseiller principal en santé publique (USAID)
Pascal Bijleveld, Directeur, Appui aux pays (Secrétariat de l'Alliance Gavi)
Gianluca Flamigni, Conseiller régional pour la vaccination (UNICEF WCARO)
Kathleen Goodman, Directeur adjoint Stratégie, planification et gestion (BMGF)
Will Schluter, Directeur de la division de la vaccination dans le monde (US-CDC)
Jay Varma, Conseiller principal pour la CDC Afrique (Siège de l'Union africaine)

Personnes ressources externes :

Carsten Mantel, MM Global Health Consulting
Stefano Malvolti, MM Global Health Consulting

Remerciements

Le comité d'examen remercie les membres du personnel ci-après pour leurs contributions :
Dicky Akanmori, Blanche Anya, Phionah Atuhebwe, Thomas Cherian, Aschalew Dadi, Moussa Harou,
Vachagan Harutyunyan, Diadie Maiga, Casimir Manengu, Balcha Masresha, Richard Mihigo, Pascal Mkanda,
Marthe Ndongo Falana, Jason Mwenda, Joseph Okeibunor, Helena O'Malley, Amos Petu, Alain Poy, Alexis
Satoulou, Andrew Stein, and Johnson Ticha.

Le présent rapport a été préparé par Carsten Mantel, Claire Hugo, Stefano Malvolti de MM Global Health Consulting, sous la supervision et l'encadrement du comité d'examen à mi-parcours.

Brazzaville, 30 novembre 2017

Liste des acronymes

2YL	Deuxième année de vie
ALMA	Alliance des dirigeants africains contre le paludisme
ARN	Autorité réglementaire nationale
AVS	Activité de vaccination supplémentaire
CCI	Comités de coordination interagences
cMYP	Plan pluriannuel global
cPVDV	Poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale
CRCA	Commission régionale de certification pour l'Afrique
CSU	Couverture sanitaire universelle
DPT	Vaccin antidiphtérique-antitétanique-anticoquelucheux
FCD	Fiche commune de déclaration
fIPV	Doses fractionnées du vaccin antipoliomyélitique inactivé
GVAP	Plan d'action mondial pour les vaccins
IMEP	Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite
NITAG	Groupe consultatif technique national sur les vaccinations
ODD	Objectifs de développement durable
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
OS	Objectif stratégique
os	Orientation stratégique
PEV	Programme élargi de vaccination
PFA	Paralysie flasque aiguë
PSRV	Plan stratégique régional pour la vaccination
RED	Atteindre chaque district
RITAG	Groupe consultatif technique régional sur les vaccinations
SRC	Syndrome de rubéole congénitale
TMN	Tétanos maternel et néonatal
VAR	Vaccin antirougeoleux
VPH	Vaccin du papillomavirus humain
VPI	Vaccin antipoliomyélitique inactivé
VPO	Vaccin antipoliomyélitique oral
VPOb	Vaccin antipoliomyélitique oral bivalent
VPOm	VPO monovalent
VPOt	Vaccin antipoliomyélitique oral trivalent
WPV	Poliovirus sauvage

RÉSUMÉ D'ORIENTATION

Le **Plan stratégique régional pour la vaccination (PSRV)** de la Région africaine a été adopté en 2014 par la soixante-quatrième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique avec pour objectif l'accès universel à la vaccination et la réduction de la mortalité et de la morbidité dues aux maladies évitables par la vaccination dans la Région africaine de l'OMS d'ici la fin 2020. Le plan avait été élaboré conformément au **Plan d'action mondial pour les vaccins (GVAP)**, approuvé par l'Assemblée mondiale de la Santé et dont le but est de prévenir des millions de décès d'ici la fin de la **Décennie des vaccins** en 2020.

En janvier 2017, Les Chefs d'État d'Afrique ont adopté la **Déclaration d'Addis-Abeba sur la vaccination** (Déclaration d'Addis-Abeba). Cet engagement pris au plus haut niveau des États, qui vise à faire en sorte que chaque personne en Afrique, d'où qu'elle vienne, puisse avoir accès à la vaccination, donne l'impulsion nécessaire pour accélérer les actions menées en matière de vaccination dans la Région. L'engagement est optimisé par la mise en oeuvre de la feuille de route de la Déclaration et la prise en compte de la situation actuelle de la vaccination dans la Région.

Des progrès remarquables ont été accomplis dans la Région au cours des trois dernières années, surtout en termes d'introduction de nouveaux vaccins. À la fin 2016, tous les 47 pays de la Région africaine avaient introduit les vaccins contre l'hépatite B et Haemophilus influenzae type b. Par ailleurs, 39 pays ont introduit le vaccin antipneumococcique conjugué (VPC) dans les services du programme élargi de vaccination (PEV), 32 pays le vaccin contre les infections à rotavirus, et 20 pays le vaccin à valence rubéole. Tous les pays de la Région ont respecté les délais fixés pour la transition internationale du vaccin antipoliomyélique oral trivalent au vaccin bivalent, réduisant ainsi le risque d'infection aux poliovirus dérivés d'une souche vaccinale (VDPV) et contribuant à l'effort mondial d'éradication de la poliomyélite. Malgré ces progrès, la couverture vaccinale dans la Région reste en deçà de l'objectif de 90 % de couverture au niveau national, et un enfant sur cinq en Afrique n'a toujours pas accès à tous les vaccins salvateurs. La majorité des enfants non vaccinés ou sous vaccinés vivent dans trois grands pays, à savoir : l'Éthiopie, le Nigéria et la République démocratique du Congo où des mesures correctives immédiates ciblées doivent être prises.

En octobre 2017, le **comité d'examen à mi-parcours mis en place par le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique** s'était réuni à Brazzaville au Congo pour évaluer les progrès accomplis dans le cadre du Plan stratégique régional pour la vaccination (PSRV) et formuler des recommandations visant à soutenir les pays dans l'atteinte des objectifs régionaux de 2020. Le comité avait alors réalisé un examen minutieux sur dossier des progrès accomplis et des difficultés rencontrées dans la Région, et formulé les recommandations contenues dans le présent rapport. Le comité d'examen à mi-parcours avait évalué les données communiquées par les pays au Bureau régional de l'OMS entre 2014 et 2017.

Le comité avait conclu que les progrès enregistrés par rapport aux quatre objectifs stratégiques retenus dans le PSRV étaient limités. Une seule des huit cibles prévues pour 2017 sous

L'Objectif Stratégique 1:

augmenter la couverture vaccinale au-delà des niveaux actuels

a été atteinte, c'est-à-dire le nombre de pays devant introduire le vaccin anti rotavirus s'est accru. Au moment de l'examen, le niveau de couverture par la troisième dose du vaccin pentavalent (Penta3) et la première dose du vaccin contenant une valence rougeole (VAR1) n'avait pas atteint les 90 % au plan national dans au moins 25 pays, et seulement six pays avaient introduit le vaccin du papillomavirus humain (VPH). La production de rapports sur les manifestations postvaccinales indésirables est irrégulière, et 16 pays ont signalé des ruptures de stock de vaccins ou de fournitures au niveau des districts pendant plus d'une semaine, alors que la cible est de moins de 10 pays qui signalent de telles ruptures de stock. Moins de la moitié des pays de la Région ont créé un groupe consultatif technique national sur les vaccinations (NITAG), dont 13 seulement remplissent tous les critères OMS d'un NITAG fonctionnel. Bien que la Région ait atteint la cible de retirer le VPO type 2, les progrès concernant

L'Objectif Stratégique 2:

finaliser l'interruption de la transmission du poliovirus et assurer le confinement du virus

n'ont pas atteint le niveau optimal et la Région n'est pas sur la bonne voie pour atteindre cet objectif. Sept pays¹ doivent encore appliquer les mesures de confinement du poliovirus sauvage et des poliovirus circulant dérivés d'une souche vaccinale (cPVDV) et 13 pays utilisant le VPO doivent encore introduire au moins une dose du VPI – ce retard étant dû à une pénurie du vaccin au niveau mondial. Aucun des six pays cibles 2 n'a atteint l'objectif d'une augmentation annuelle supérieure ou égale à 10 % pour la couverture de 80 % de leurs districts à haut risque par le DTC3.

Les progrès concernant

L'Objectif Stratégique 3:

éliminer la rougeole et entreprendre le plaidoyer en faveur de l'élimination de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale

sont également faibles. Seulement six pays sur une cible de 25 ont atteint l'objectif de couverture du VAR1, nécessaire pour l'élimination d'au moins 95 % au plan national, et quatre pays ont réalisé une couverture d'au moins 95 % des activités de vaccination supplémentaires (AVS) dans chaque district. La Région a cependant dépassé l'objectif concernant l'introduction du vaccin contre la rubéole, 20 pays ayant introduit ce vaccin dans le programme élargi de vaccination systématique.

Aucune des cibles pour 2017 de

L'Objectif Stratégique 4:

atteindre et maintenir l'élimination et le contrôle des autres maladies évitables par la vaccination

n'a été atteinte. Même si 38 pays ont validé l'élimination du tétanos maternel et néonatal (TMN), l'élimination de cette maladie reste fragile dans deux pays prioritaires, à savoir la République centrafricaine et le Soudan du Sud. Seulement 22 pays sur les 31 à risque, pour ce qui est de la fièvre jaune, ont introduit le vaccin, et un seul d'entre eux a réalisé un taux de couverture supérieur à 90 %. Cinq des 25 pays cibles se trouvant dans la « ceinture de la méningite » doivent encore introduire le MenAfriVAC® par des campagnes, et un des cinq pays cibles n'a pas encore intégré le vaccin dans son programme de vaccination systématique.

Seulement trois des 16 orientations stratégiques à moyen terme ont été réalisées

Les orientations stratégiques, qui sont par essence des facteurs qui contribuent à la mise en oeuvre du Plan stratégique régional pour la vaccination, sont des indicateurs de processus, dont l'objectif est d'identifier les difficultés et les catalyseurs des causes fondamentales. Cependant, la définition de ces indicateurs n'est toujours pas claire, d'où l'impossibilité de mesurer les progrès de manière claire. Pour cela, le comité d'examen recommande que ces indicateurs soient passés en revue.

Les études de la population qui déterminent la perception de la valeur de la vaccination ont été réalisées dans le cadre de

L'Orientations Stratégiques 1:

tous les pays s'engagent à faire de la vaccination une priorité

Toutefois, les pays de la Région n'ont pas pu atteindre les objectifs concernant la revue des politiques, lois et règlements en faveur de la vaccination, la tenue de consultations avec les acteurs nationaux sur la question de la vaccination, et la conduite d'évaluations à mi-parcours de leurs réalisations et de leurs lacunes, afin de réajuster leurs plans pluriannuels en conséquence. Le comité d'examen a remarqué que les indicateurs ne couvrent pas la qualité de ces plans et politiques ou, plus particulièrement, les aspects clés de leur application et du suivi régulier de leur mise en oeuvre, qui doivent conduire à des mises à jour annuelles des plans opérationnels.

Le comité d'examen recommande que les indicateurs de

L'Orientation Stratégique 2:

les individus et les communautés comprennent la valeur des vaccins et demandent la vaccination parce que cela relève de leurs droits et que c'est leur responsabilité

soient révisés. Les progrès concernant cette orientation stratégique sont limités et les indicateurs mesurés ne montrent pas comment les demandes et les droits des communautés peuvent être mesurés.

En même temps,

L'Orientation Stratégique 3:

les bienfaits de la vaccination sont équitablement dispensés à tous

exige des pays de mettre en oeuvre la microplanification pour atteindre chaque individu, et de mettre au point des approches spécifiques pour atteindre les populations éligibles. La Région fait des efforts appréciables en matière d'élaboration de plans et approches, mais les faibles niveaux de couverture sont une indication soit que les plans ne s'attaquent pas aux causes profondes qui font que la vaccination ne soit pas disponible pour tous pendant toute l'existence, peu importe d'où l'on vient, soit que les plans existants ne sont pas mis en oeuvre, probablement en raison du manque de ressources.

1 Cameroun, Mauritanie, Mozambique, Niger, Nigéria, République centrafricaine et Tchad
2 Angola, Éthiopie, Nigéria, République démocratique du Congo, Soudan du Sud et Tchad

Les données sur

L'Orientation Stratégique 4:

des systèmes de vaccination solides font partie intégrante de systèmes de santé performants

ne sont pas systématiquement collectées, ce qui rend difficile la mesure de l'engagement en faveur d'une approche de couverture sanitaire universelle (CSU). Malgré les efforts réalisés dans la formulation des plans visant à réduire le fardeau de la maladie par des approches globales, les progrès restent limités au niveau des pays. Même si 27 des 47 pays ont réalisé une évaluation à mi-parcours de leurs systèmes de surveillance, il n'existe aucune cohérence quant à la mesure de la qualité de ces évaluations. De plus, 36 pays ont mis en place un système de surveillance efficace axé sur des cas pratiques de maladies évitables par la vaccination, dépassant ainsi la cible de 30 pays. Mais ces systèmes de surveillance sont largement tributaires des ressources opérationnelles, humaines et financières dédiées à la lutte contre la poliomyélite, et il est nécessaire de renforcer davantage les activités intégrées de surveillance.

L'Orientation Stratégique 5:

les programmes de vaccination bénéficient de manière durable de financements à long terme et d'approvisionnements de qualité

exige l'allocation de ressources nationales aux programmes de vaccination face à la diminution des financements extérieurs du fait de la baisse graduelle des activités de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP) et de la transition que connaît l'Alliance Gavi. Quarante et un pays sur les 47 que compte la Région ont passé en revue leurs budgets et réajusté leurs plans en conséquence. Alors que 43 pays avaient une ligne budgétaire consacrée aux vaccins et à la vaccination entre 2014 et 2016, la mise à disposition des fonds en temps voulu pour les besoins de vaccination n'est ni observée ni appliquée ; ainsi la Région continue d'être dépendante des sources de financement extérieures. Trente-trois pays – pour une cible de 35 – ont réalisé une évaluation de la gestion des approvisionnements de vaccins et ont amélioré leurs chaînes d'approvisionnement entre 2014 et 2017. Cependant, deux pays seulement remplissent 80 % des critères de gestion efficace des vaccins en termes de capacité de stockage, de maintenance, de gestion des stocks et de distribution des vaccins.

Seulement deux pays de la Région disposent d'une ligne budgétaire consacrée à la recherche de mise en oeuvre dans leurs plans pluriannuels globaux. Toutefois, il est recommandé que les indicateurs de

L'Orientation stratégique 6:

les innovations en matière de communication, de recherche et développement aux niveaux national et régional maximisent les bienfaits de la vaccination

soient examinés afin d'harmoniser l'information et la recherche. Alors que tous les pays ont reçu, entre 2014 et 2017, la formation en évaluation de la qualité des données et en élaboration d'un plan d'amélioration de la qualité des données, seulement neuf pays ont réalisé une évaluation approfondie de la qualité de leurs données.

Au regard du peu de temps qui reste avant la fin du plan 2014-2020, le comité d'examen a reconnu que

- Plusieurs des lacunes peuvent être comblées si les actions sont focalisées sur les secteurs
- Si les approches et les interventions sont dirigées vers la spécificité des besoins des différents pays
- S'il existe un soutien politique fort et si les efforts sont concentrés sur les domaines où des résultats tangibles peuvent être obtenus d'ici 2020.

Les ressources limitées devraient être utilisées rationnellement au lieu d'être dispersées dans un trop grand nombre de secteurs, dont certains, bien qu'ils soient parfaitement justifiés, peuvent ne pas servir les objectifs immédiats du Plan stratégique régional pour la vaccination (PSRV). Le comité d'examen pense que le succès de l'actuel PSRV créera une dynamique positive pour les décennies à venir, en facilitant les interventions dans de nouveaux secteurs qui, par la force des choses, ne constitueront plus une priorité au cours des trois prochaines années.

Le comité d'examen a identifié les six domaines prioritaires ci-après et a défini les recommandations y afférentes qui peuvent, de l'avis du comité, modifier la courbe de la vaccination dans la Région africaine. Les détails relatifs à ces recommandations sont contenus dans le rapport. Ces actions devraient être examinées en même temps que l'annexe B qui présente des propositions d'échéance, de rôles et responsabilités pour chaque action.

Recommandation 1:

Tirer le meilleur parti des engagements pris dans le cadre de la Déclaration d'Addis-Abeba sur la vaccination (Déclaration d'Addis-Abeba)

La Déclaration d'Addis-Abeba constitue une manifestation sans précédent de l'engagement politique des dirigeants des pays de la Région africaine. La capitalisation d'un tel engagement devrait être au coeur des futures stratégies régionales et nationales, et constituer le principal outil d'alignement des efforts de tous les partenaires de la Région sur les priorités et les actions adoptées par les pays. Les actions recommandées sont :

- a) l'organisation par l'OMS d'une réunion annuelle du groupe des parties prenantes de la Région africaine pour assumer collectivement la responsabilité de la mise en oeuvre des recommandations de l'examen à mi-parcours du PSRV ;
- b) l'identification par l'OMS d'une « figure » de la vaccination ;
- c) le renforcement par les pays de leurs comités de coordination interagences (ou expansion des mécanismes similaires) pour inclure des partenaires au-delà du secteur de la santé, afin d'assurer l'examen régulier de la mise en oeuvre des politiques et plans, et de soutenir davantage les groupes consultatifs techniques nationaux sur les vaccinations (NITAG) ;
- d) l'engagement de tous les partenaires à veiller à l'alignement des plans et investissements sur les objectifs et recommandations du rapport d'examen à mi-parcours du PSRV.

Recommandation 2:

Définir des approches centrées sur les communautés et spécifiques aux pays pour améliorer l'équité en matière d'accès

L'accès aux populations défavorisées de la Région constitue l'un des principaux obstacles à l'atteinte des cibles de couverture et d'élimination de la maladie. Les populations défavorisées vivent dans des milieux différents – bidonvilles urbains, zones éloignées et difficiles d'accès, régions négligées ; elles sont constituées de groupes nomades et de personnes déplacées, et ont souvent des besoins spécifiques qui nécessitent aussi l'application de stratégies particulières. Les actions recommandées sont :

- a) finalisation par l'OMS d'une approche de soutien et de gestion des programmes de vaccination en fonction de leur « niveau de maturité
- b) renforcement par les pays de la mise en oeuvre et du suivi de tous les cinq piliers de l'initiative « Atteindre chaque district » (RED) au niveau communautaire avec des cibles à intégrer dans les plans nationaux
- c) davantage de collaboration des pays avec les organisations de la société civile et les organisations communautaires pour encourager la responsabilité sociale et mettre l'accent sur l'incitation de la demande
- d) a réorientation ou amélioration par les pays de la gestion des vaccins sur la base des évaluations des causes fondamentales réalisées lors des évaluations de la gestion efficace des vaccins ; e) l'intégration par l'OMS de la vaccination dans les mécanismes de coordination des situations d'urgence et accès des populations affectées par ces situations aux prix Gavi des vaccins et produits apparentés.

Recommandation 3:

Promouvoir une approche de couverture sanitaire universelle qui place la vaccination au centre des soins de santé primaires

Le succès des programmes de vaccination est étroitement lié au fonctionnement de l'ensemble du système de santé. Les programmes de vaccination tirent leur force de systèmes de santé forts, de la même manière que des interventions de santé spécifiques peuvent profiter d'un niveau de couverture élevé qui est généralement le fait des services de vaccination. Chaque contact avec un professionnel de la santé est une opportunité de vaccination, et les points de vaccination créent des opportunités de diagnostic, de traitement et d'information sur d'autres problèmes de santé et maladies. L'introduction de nouveaux vaccins en faveur des élèves, adolescents et adultes particulièrement à risque constitue une opportunité pour atteindre des groupes de population plus larges et prévenir plus de maladies tout au long de la vie. Les actions recommandées sont :

- l'adoption par les pays d'une approche de santé portant sur toute l'existence, y compris la vaccination des nourrissons jusqu'à la deuxième année de vie
- l'évaluation régulière des opportunités manquées de vaccination et mise en œuvre des plans qui en découlent.

Recommandation 4:

Améliorer la disponibilité et l'utilisation des données de bonne qualité pour la prise de décision

Les données des programmes de vaccination sont indispensables pour les activités et les stratégies. Les données sont collectées de manière systématique et communiquées au niveau national dans tous les pays de la Région. Mais, la qualité des estimations de couverture vaccinale et des autres indicateurs reste faible dans nombre de pays. En mettant l'accent sur l'atteinte des objectifs du PSRV et compte tenu de la brièveté des délais, il sera important de se focaliser sur des informations spécifiques, nécessaires pour la prise de décision dans les domaines prioritaires dans différents pays. Les actions recommandées sont :

- le soutien des pays par l'OMS pour (1) la mise à jour périodique de leurs plans stratégiques pluriannuels globaux (cMYP) pour la vaccination ; et (2) la définition et la mise à jour de leurs exigences spécifiques en matière d'informations
- la mise sur pied par les pays des équipes de contrôle de la qualité des données et conduite régulière des analyses de la qualité avec des plans résolutifs d'amélioration de la qualité des données
- l'élaboration par les pays des modes opératoires normalisés (MON) pour la mise en œuvre des systèmes de données interopérables
- le renforcement par les pays de leurs systèmes de surveillance pour faire en sorte que les décisions concernant les politiques et les programmes soient prises sur la base de données actuelles, afin d'optimiser la performance et l'impact
- l'analyse par les pays des coûts et des besoins pour la surveillance des maladies évitables par la vaccination, et la mise à disposition de budgets suffisants.

Recommandation 5:

Impliquer de nouveaux acteurs et utiliser de nouvelles approches pour le renforcement des capacités des ressources humaines

Le succès de tout programme dépend largement du personnel qui le met en œuvre. Des niveaux de compétence adéquats, de grandes aptitudes de gestion et des cadres de responsabilité bien définis sont les conditions à remplir pour avoir une main d'œuvre performante. Les lacunes financières et managériales du secteur public en matière constituent souvent un problème majeur dans l'atteinte de résultats. Les actions recommandées sont :

- Que l'OMS donne des orientations pour la définition des modèles de compétence, l'évaluation et l'élaboration des programmes de formation et l'utilisation d'une variété d'approches d'apprentissage en partenariat avec des institutions académiques.
- Que l'OMS élabore des lignes directrices pour la mise en place d'un système d'échange de ressources techniques et/ou managériales à mettre en œuvre au niveau des pays en fonction des besoins identifiés.
- Que les pays mettent en œuvre ou améliorent les cadres de responsabilité des travailleurs de la santé.

Recommandation 6:

Utiliser des instruments innovants pour maintenir les financements

Les pays sont tenus d'assumer plus de responsabilités financières pour leurs systèmes de vaccination, surtout dans le contexte de transition de l'Alliance Gavi et de baisse graduelle des activités de l'initiative IMEP. Ceci devrait être le résultat d'une combinaison de l'augmentation des investissements, des mécanismes de financement innovants qui trouvent des solutions à des problèmes de financement spécifiques, et une recherche ciblée sur l'efficacité des systèmes de vaccination et de santé. Les pays se trouvant à différents stades de la transition du soutien de l'Alliance

Gavi auront besoin de stratégies spécifiquement conçues pour eux. Entre autres actions recommandées :

- l'élaboration par les pays de plans entièrement budgétisés pour l'initiative IMEP et la transition Gavi
- l'identification par la Banque mondiale, la Banque africaine de développement et d'autres institutions financières de subventions à court terme et /ou de solutions de prêts-relais
- l'identification par la Banque mondiale, la Banque africaine de développement et d'autres institutions financières d'instruments financiers pour garantir la stabilité des flux de trésorerie
- l'optimisation des financements provenant des sources internes (gouvernementales et non gouvernementales) et des organismes officiels d'aide au développement.

L'examen à mi-parcours du PSRV permet de mettre en exergue les domaines où la mise en œuvre devrait être renforcée en priorité. Il n'a pas vocation à reformuler le PSRV, qui reste en vigueur jusqu'en 2020, mais à relever des ajustements spécifiques à apporter à ce plan pour accroître les chances d'atteindre ses objectifs. À cet effet, le comité d'examen a proposé la révision des indicateurs de quelques-unes des orientations stratégiques. Étant donné que seulement trois des 20 objectifs stratégiques et seulement quatre des 16 orientations stratégiques ont été atteints, il est probable que les cibles du PSRV ne soient pas atteintes en 2020 si les pays de la Région ne redoublent pas d'efforts.

Le comité d'examen pense que si les recommandations formulées dans le présent rapport sont mises en œuvre par toutes les parties prenantes avec une attention, des investissements (en ressources humaines et financières) et un suivi ciblés et soutenus, la Région peut parvenir à atteindre plusieurs de ses objectifs de 2020 et à minimiser le déficit pour ceux qui pourraient ne pas être atteints dans l'immédiat. L'alignement de tous les efforts et investissements des pays, partenaires de mise en œuvre et donateurs dans les six domaines recommandés avec les actions identifiées, sera déterminant pour l'accomplissement de progrès durables dans la concrétisation des bienfaits de la vaccination dans la région.



Le Plan d'action mondial pour les vaccins (GVAP) a été adopté en mai 2012 par les États Membres de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) lors de la Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé. Le GVAP définit la vision et un cadre d'action pour la Décennie de la vaccination 2011-2020 avec pour but « un monde dans lequel tous les individus et toutes les communautés profitent d'une vie exempte de maladies évitables par la vaccination » et pour mission d'« améliorer la santé en étendant tous les avantages de la vaccination à tous les individus, quel que soit l'endroit où ils sont nés, où ils sont et où ils vivent, d'ici 2020 et au-delà ». L'atteinte des objectifs du GVAP dépend de la réalisation des objectifs et de la mise en œuvre réussie des activités des six plans d'action régionaux pour les vaccins qui sont alignés sur les objectifs mondiaux et adaptent ces derniers aux spécificités de chaque Région.

Le Plan stratégique régional pour la vaccination (PSRV) 2014-2020 est destiné aux États Membres et aux partenaires (dont l'OMS). Il est élaboré sur la base du GVAP et prend en compte les spécificités de la Région africaine. Le volet suivi-évaluation du Plan régional repose donc sur les principaux indicateurs du GVAP, auxquels s'ajoutent les indicateurs particuliers relevant de la stratégie régionale. En septembre 2014, le PSRV a été adopté par la soixante-quatrième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique. Le PSRV a pour but de faire de la couverture vaccinale universelle une réalité dans la Région africaine d'ici la fin 2020.

Les progrès accomplis dans le cadre du PSRV se mesurent par rapport aux quatre objectifs suivants :

1 Augmenter la couverture vaccinale au-delà des niveaux actuels:

2 Finaliser l'interruption de la transmission du poliovirus et assurer le confinement du virus);

3 Éliminer la rougeole et entreprendre le plaidoyer en faveur de l'élimination de la rubéole et du syndrome de rubéole

4 Atteindre et maintenir l'élimination et le contrôle des autres maladies évitables par la vaccination.

Pour atteindre ces objectifs, le PSRV définit les principales approches de mise en œuvre, qui sont largement impulsées par l'application de la stratégie « Atteindre chaque district » (RED). Cela implique : une planification et une gestion appropriées des ressources par des microplans détaillés, afin d'atteindre équitablement toutes les populations cibles ; la collaboration avec les communautés pour stimuler la demande ; le développement de capacités humaines et institutionnelles adéquates et la surveillance et l'utilisation des données pour l'action.

Les progrès enregistrés par rapport à ces objectifs sont cependant lents comme le souligne le Rapport régional 2016 sur les progrès vers les objectifs des plans d'action mondiaux et régionaux pour les vaccins. Même si le taux de mortalité infantile des maladies évitables par la vaccination a considérablement baissé au cours des dix dernières années, il reste encore deux fois plus élevé que la moyenne mondiale – plus d'un demi-million d'enfants âgés de moins de cinq ans meurent chaque année en Afrique de maladies évitables par la vaccination.

En janvier 2017, les Chefs d'État d'Afrique ont adopté la Déclaration d'Addis-Abeba sur la vaccination et se sont engagés à faire en sorte que chaque personne en Afrique, qui qu'elle soit et d'où qu'elle vienne, puisse équitablement avoir accès à tous les vaccins dont elle a besoin. La Déclaration d'Addis-Abeba souligne en outre la nécessité d'un changement de perception par la population des bienfaits et avantages que procure la vaccination, en passant de la formulation de demandes des produits de vaccination à l'acceptation des offres qui leur sont faites par les prestataires de services. L'idée qui sous-tend ce changement est de présenter la vaccination comme une composante des droits de l'homme (droit à la santé), fixant ainsi des obligations à respecter par les États à l'égard de leurs populations. La Déclaration d'Addis-Abeba est reconnue comme un instrument politique et de plaidoyer qui peut être utilisé pour soutenir la mise en œuvre du PSRV au plus haut niveau des États. Les recommandations contenues dans le présent rapport soutiennent la feuille de route pour la mise en œuvre de la Déclaration d'Addis-Abeba sur la vaccination.

Plan d'action mondial pour les vaccins – joint en annexe au Rapport annuel 2016 du Secrétariat sur le GVAP : rapport d'étape pour la Région africaine

Conformément à l'une des recommandations de la résolution RC644, à la demande du Groupe consultatif technique régional sur les vaccinations (RITAG) et afin d'évaluer les progrès accomplis jusque-là, le Bureau régional de l'OMS a commandé et coordonné une évaluation indépendante du PSRV en octobre 2017. Cette évaluation avait pour objectif d'identifier les succès et les échecs du PSRV, et formuler des recommandations visant à soutenir les pays dans la réalisation des objectifs régionaux de 2020. Un examen de fin de cycle sera conduit en 2020, qui donnera des informations pour enrichir le PSRV pour le cycle suivant.

Le comité d'examen indépendant s'est réuni physiquement pendant une semaine à Brazzaville au Congo, du 2 au 6 octobre 2017. Le personnel du Bureau régional de l'OMS a apporté son appui administratif et logistique pour une analyse approfondie des dossiers (conduite par MMGH) aux fins de délibération lors de l'examen, et avec des pays choisis pour apporter leur contribution. Cette analyse, de même qu'une étude des goulots d'étranglement et des causes profondes, est jointe en annexes. L'examen indépendant avait pour objectifs : de faire une évaluation des réalisations ; d'identifier les goulots d'étranglement ; de déterminer le niveau d'appropriation, d'allocation de ressources, d'intégration des services et d'équité dans la fourniture des services ; d'évaluer la coordination des parties prenantes ; et enfin de faire des recommandations visant à soutenir la Région dans l'atteinte des objectifs du PSRV. Le 6 décembre 2017, le Comité a présenté les conclusions de son travail au Groupe consultatif technique régional sur les vaccinations dont les observations ont par la suite été intégrées dans le rapport. Celui-ci a été approuvé par voie électronique par le RITAG en mi-février 2018 et sera soumis à la Directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique avant d'être transmis officiellement aux États Membres.

AFR/RC64/R4, Plan stratégique régional pour la vaccination 2014-2020, novembre 2014.

RÉSUMÉ ET ANALYSE DES PROGRÈS

Le but du Plan stratégique régional pour la vaccination (PSRV) 2014-2020 est de s'assurer que l'objectif de la couverture vaccinale universelle dans la Région africaine de l'OMS est atteint dans le cadre plus large des objectifs de développement durable (ODD) dont l'une des cibles est la couverture sanitaire universelle. Le plan comprend des objectifs stratégiques, des objectifs intermédiaires et cibles spécifiques, et des orientations stratégiques.

Les objectifs stratégiques sont le reflet des réalisations et de l'impact attendus de la stratégie par rapport aux objectifs intermédiaires et cibles spécifiques, tandis que les orientations stratégiques sont des facteurs favorables qui doivent exister pour que les pays atteignent les objectifs.

Cette partie traite les progrès accomplis par rapport aux objectifs et orientations contenus dans le Rapport annuel 2016 du Plan d'action mondial pour les vaccins : rapport d'étape pour la Région africaine, ainsi que les exposés et discussions enregistrés au cours de la réunion du Comité d'examen à mi-parcours du PSRV tenue à Brazzaville en octobre 2017.

Le Comité d'examen reconnaît que la qualité des travaux est tributaire de la qualité des informations disponibles, qui sont une combinaison de données administratives déclarées par les pays eux-mêmes à travers les fiches communes de déclaration OMS/UNICEF, les estimations OMS/UNICEF et d'autres mécanismes de déclaration. Les données ont été collectées et analysées par une équipe du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique sur la base de méthodes de calcul standard pour des indicateurs spécifiques. Parfois, pour être validées, ces données étaient complétées par d'autres sources d'information comme les sondages, l'étude d'un ensemble de documents choisis de commun accord, ou des entretiens avec des hauts cadres du Bureau régional et des bureaux de pays de l'OMS dans la Région africaine. Mais aucune évaluation de pays n'a été réalisée.

L'annexe A fait un résumé des progrès accomplis pour chaque objectif stratégique et chaque orientation stratégique, et énumère les pays ayant atteint chaque objectif intermédiaire.

OBJECTIFS STRATÉGIQUES

Objectif stratégique 1 : augmenter la couverture vaccinale au delà des niveaux actuels

No.	Objectifs intermédiaires 2016-2017	Situation
OS 1.1	La couverture en vaccins pentavalents 3 et VAR1 aura atteint 90 % sur le plan national dans au moins 25 pays.	16/25
OS 1.2	40 pays auront introduit le vaccin antipneumococcique conjugué	39/40
OS 1.3	30 pays auront introduit le vaccin antirotavirus	32/30
OS 1.4	25 pays auront introduit le vaccin contre l'infection à papillomavirus humain	6/25
OS 1.5	25 pays signaleront régulièrement des manifestations postvaccinales indésirables chez au moins 10/100 000 nourrissons survivants, et au moins 50 % de ces manifestations feront l'objet d'une investigation et seront portées à l'attention des autorités nationales dans les deux semaines suivant leur survenance.	22/25
OS 1.6	Moins de 10 pays déclareront une ou plusieurs ruptures de stock de vaccins ou d'approvisionnement de plus d'une semaine.	16/47
OS 1.7	40 pays disposeront d'un groupe consultatif technique national sur les vaccinations (NITAG)	23/40
OS 1.8	Au moins 25 pays disposeront d'une autorité réglementaire nationale	S/O

Tableau 1. Progrès vers l'objectif stratégique 1 par rapport aux objectifs intermédiaires 2017 du PSRV

16 pays seulement sur les 25 ciblés ont atteint le taux de couverture cible de 90 % prévu dans le PSRV concernant les vaccins Penta3 et VAR1. En 2016, 20 pays ont atteint le taux de couverture cible de plus 90 % prévu dans le PSRV pour le vaccin contenant les valences diphtérie, tétanos et coqueluche, contre 17 pays en 2015. Toujours en 2016, 17 pays ont atteint la cible de couverture d'au moins 90 % par le vaccin VAR1, contre 13 pays en 2015. Les taux de couverture de la Région pour le DTC3, le vaccin antipoliomyélique oral (VPO3) et le VAR1 ont cependant stagné à environ 74 %, 73 % et 72 % respectivement. Cette situation est largement due au faible taux de couverture dans les trois plus grands pays 5 qui sont responsables de 38 % de toute la cohorte de naissance dans la Région. Les facteurs contextuels ayant influencé négativement la couverture sont : la multitude de priorités de développement concurrentes, l'insuffisance d'appropriation par les pays, le manque d'engagement communautaire, l'insécurité, le peu de fiabilité et d'utilisation pratique des données, les capacités logistiques limitées, la distribution inadéquate et inéquitable de la main d'œuvre, et la fragilité des systèmes de santé, le tout exacerbé par les flambées de maladies dans divers pays, à l'instar de la maladie à virus Ebola, la fièvre jaune, la méningite à méningocoque, le choléra, etc.

Les cibles visées par l'introduction de nouveaux vaccins [vaccins antipneumococcique conjugués (VPC) et antirotavirus] ont presque été atteintes et l'incidence de la vaccination peut être démontrée dans plusieurs études. Cependant, seulement six pays sur les 25 pays ciblés ont introduit le vaccin contre l'infection à papillomavirus humain (VPH). Les pays font face à des difficultés dans le choix des méthodes stratégiques de fourniture de ce vaccin, l'approche axée sur les écoles s'étant avérée très coûteuse. En outre, l'estimation du dénominateur des filles ciblées pose problème, surtout pour celles qui sont non scolarisées et auxquelles il est difficile d'avoir accès. En général, les vaccins contre l'infection à papillomavirus humain sont peu connus ; des problèmes se posent avec les établissements scolaires privés et des parents se demandent pourquoi le vaccin n'est pas administré aux garçons.

Plusieurs raisons sont donc à l'origine des faibles taux d'introduction du vaccin contre l'infection à papillomavirus humain, notamment la faible demande dans certains cas, l'accès limité aux filles éligibles, le coût élevé des vaccins en dehors du cadre de l'Alliance Gavi, et les problèmes d'approvisionnement ; toutes choses qui devront continuer en 2019.

Malgré les succès enregistrés dans l'introduction de ces vaccins salvateurs, les maladies évitables par la vaccination sont encore à l'origine de la mort de plus d'un demi-million d'enfants de moins de cinq ans chaque année en Afrique, soit 56 % de l'ensemble des décès causés par ces maladies, alors même que la majorité d'entre elles peuvent être évitées par les vaccins antipneumococcique et antitétanus s'ils sont introduits par tous les pays. La gestion de la chaîne du froid et des vaccins (y compris l'approvisionnement en vaccins) fait partie des problèmes qui se posent à l'introduction de nouveaux vaccins. Il en résulte la non-fourniture quotidienne des vaccins, l'insuffisance des efforts ou l'incapacité d'associer les vaccins au renforcement de la gestion des cas et de réduire les occasions manquées de vaccination, et les prix des vaccins dans les pays non participants à l'Alliance Gavi.

Quarante pays ont déclaré disposer d'un système de surveillance des manifestations postvaccinales indésirables, 37 d'entre eux les ayant effectivement signalées en 2016, bien que des améliorations importantes soient encore nécessaires dans plusieurs de ces pays avant qu'ils ne disposent d'un système pleinement fonctionnel. Vingt-deux pays ont déclaré un minimum de 10 manifestations postvaccinales indésirables pour 100 000 nourrissons survivants en 2016. À peu près 73 000 manifestations ont été signalées entre 2012 et 2016, loin en-deçà du nombre prévu, et l'essentiel d'entre elles a été déclaré par six pays⁶. La surveillance de l'innocuité du vaccin antitétanus est en cours dans 12 pays et les résultats préliminaires sont rassurants.

En 2016, 16 pays ont déclaré des ruptures de stock de plus d'une semaine du BCG, du VAR et/ou du pentavalent au niveau des districts, ce qui n'a pas permis d'atteindre la cible de moins de 10 pays ayant déclaré des ruptures de stock. D'après les rapports, ces ruptures de stock ont entraîné une interruption des vaccinations dans neuf pays pour certains antigènes. Il convient de noter que la qualité des données sur les stocks de vaccin au niveau infranational laisse à désirer. Les principales causes de ces ruptures de stock sont : les retards de financement des opérations au niveau des districts, suivis par les pénuries au niveau mondial, les problèmes d'enregistrement des produits, les mauvaises prévisions et les retards d'approvisionnement. Vingt-trois pays ont mis en place un groupe consultatif technique national sur les vaccinations (NITAG), dont 13 respectent les critères l'OMS d'un NITAG opérationnel. Bien que l'existence d'une Autorité réglementaire nationale (ARN) soit un indicateur PSRV, une ARN pleinement opérationnelle n'est pas nécessairement indispensable pour les pays, sauf pour ceux qui sont fabricants de vaccins ; raison pour laquelle cet indicateur est en train d'être révisé. Les autorités réglementaires nationales de vingt-quatre pays ont autorisé des essais cliniques et en assurent le contrôle nécessaire.

Éthiopie, Nigéria et République démocratique du Congo.

Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Nigéria, République démocratique du Congo et Sierra Leone.

Objectif stratégique 2 : finaliser l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage et assurer le confinement du virus

No.	Objectifs intermédiaires 2016-2017	Situation
OS 2.1	Tous les pays auront mis en œuvre les mesures de confinement des poliovirus sauvages et des poliovirus circulant dérivés d'une souche vaccinale (cPVDV)	40/47
OS 2.2	Tous les pays utilisant le vaccin antipoliomyélique oral (VPO) auront introduit au moins une dose du vaccin antipoliomyélique inactivé (VPI).	34/47
OS 2.3	Le VPO type 2 aura été retiré.	47/47
OS 2.4	Une augmentation annuelle d'au moins 10 % du taux de couverture par le DTC3 sera enregistrée dans 80 % des districts à haut risque de tous les six pays cibles.	0/6

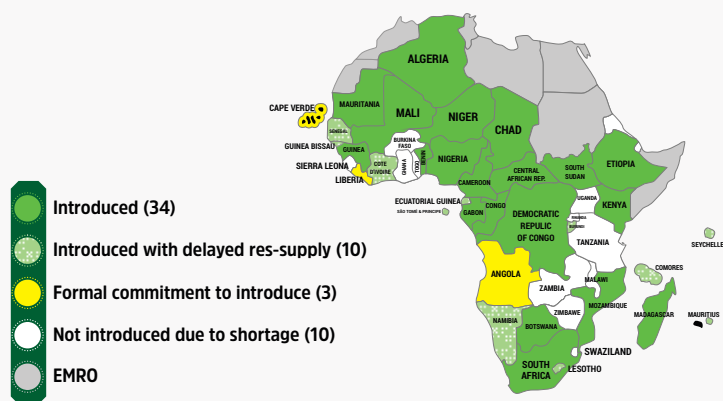
Tableau 2. Progrès vers l'objectif stratégique 2 par rapport aux objectifs intermédiaires 2017 du PSRV

La Région a enregistré d'énormes progrès vers l'éradication de la poliomyélite. Cent vingt-huit cas de poliovirus sauvage (PVS) ont été déclarés en 2012 – plus de la moitié du fardeau mondial – contre seulement quatre cas en 2016, dans un foyer du virus sauvage non détecté précédemment au nord du Nigéria. Depuis août 2016, aucun cas de PVS n'a été confirmé. Les interventions qui ont conduit à ce nouveau succès sont : l'amélioration de la qualité des activités de vaccination supplémentaires antipoliomyélitiques, le renforcement de la surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA), la réponse en temps voulu aux flambées de poliomyélite, le renforcement de la vaccination systématique et l'introduction du VPI.

Cependant, les progrès enregistrés par rapport aux objectifs intermédiaires 2016-2017 sont limités. Ces objectifs intermédiaires ont été fixés au moment où les hypothèses concernant l'échéance pour l'éradication de la poliomyélite étaient les plus optimistes. Le **confinement** de la phase 1a signifie la documentation de la destruction des poliovirus sauvages et des poliovirus circulant dérivés d'une souche vaccinale dans tous les laboratoires, tandis que la phase 1b repose sur la destruction de tous les VPO2. La Région n'a pas pu atteindre cette cible, étant donné que certains laboratoires nationaux de recherche sont encore réticents pour détruire tous leurs spécimens. À cause de la pénurie mondiale, les pays n'ont pas atteint la cible relative **l'introduction du VPI**. Bien que l'on s'attende à une amélioration des approvisionnements en 2018, à les retards dans la fourniture du VPI ont créé des susceptibilités au sein de la population. Dans ce contexte, les pays ont besoin de plus de coordination et d'orientation sur l'introduction du VPI et sur l'utilisation éventuelle des doses fractionnées du vaccin (fIPV). De plus, la faible couverture en vaccination systématique dans certains pays a entraîné des cas de poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale du fait de l'insuffisance persistante de la couverture en VP01+3, en dépit de l'utilisation répandue du VPI.

Alors que la cible concernant le retrait du VPO type 2 a été atteinte, tous les pays étant passé au VP01+3 bivalent (VPOb) de manière synchronisée au deuxième trimestre 2016, le VP02 monovalent (mVPO2) a été réintroduit dans les pays en réponse à l'apparition des poliovirus circulant dérivés d'une souche vaccinale de type 2 (cPVDV2). Par ailleurs, des preuves documentées font état d'une mauvaise gestion des stocks de mVPO2 ; de même, le VPO trivalent (VP0t) qui aurait dû être détruit avec le passage au VPOb reste en circulation dans des zones limitées. Des audits de stocks sont actuellement en cours dans certains pays précis.

La découverte de la transmission ininterrompue de poliovirus sauvage 1 au nord-est du Nigéria en août 2016, dans une zone où les indicateurs étaient en faveur d'une bonne surveillance, a suscité des interrogations, notamment si la transmission du virus échappait au contrôle malgré les indicateurs de surveillance apparemment favorables, et quelles en étaient les implications pour l'objectif « zéro transmission ». Malgré le fait que 12 mois se sont écoulés depuis que le dernier cas de poliovirus sauvage a été signalé en Afrique, les indicateurs de surveillance de la PFA due à la poliomyélite montrent que des lacunes persistent en matière de surveillance, souvent masquées par le fait qu'on se fie aux moyennes enregistrées au niveau des districts, ce qui cache les écarts existants entre les services de santé à l'intérieur des districts. Les difficultés pour éradiquer la poliomyélite dans la Région sont principalement liées à l'insécurité qui affecte plusieurs zones, ce qui empêche la conduite régulière des activités de vaccination et affecte la qualité de la surveillance, avec pour conséquence des lacunes graves dans la qualité des données et une faible immunité des populations. Celle-ci est aussi due à la mauvaise performance des systèmes de vaccination systématique. Des discussions sont en cours avec les gouvernements de huit pays 7 prioritaires dans le but d'atténuer les risques liés à la réduction de l'appui en faveur de la lutte contre la poliomyélite, avec la réalisation de la cartographie des avoirs.



La transition de l'initiative IMEP a pour objectif de minimiser les risques en maintenant les financements en faveur des pays à haut risque du bassin du Lac-Tchad, et augmentant, par ricochet, le financement des activités de surveillance de la poliomyélite pour tous les pays dans leur quête de la certification. La baisse des investissements des investissements en faveur de la poliomyélite représente cependant un risque pour la vaccination systématique et la surveillance des maladies évitables par la vaccination. Malgré le fait que le Plan stratégique 2013-2018 pour l'éradication de la poliomyélite et l'assaut final invite les pays à « renforcer la vaccination systématique », et en dépit des lourds investissements consentis dans l'éradication de la poliomyélite, ces efforts pourraient ne pas contribuer à l'amélioration de la couverture vaccinale systématique ; ils pourraient même produire l'effet contraire dans la mesure où la poliomyélite change la perception qu'ont les gens de la manière de recevoir les vaccins. Par exemple pour certains, les vaccins doivent venir jusqu'à eux au lieu qu'ils aillent les recevoir dans des établissements de santé dans le cadre des services systématiques.



Aucun des six pays8 cibles n'a atteint l'objectif de 10 % d'augmentation de la couverture par le DTC3/pentavalent3. Il existe des preuves de fausse déclaration de données en matière de couverture vaccinale dans certains pays et des mesures sont en train d'être prises par la direction pour ces caslà.

Objectif stratégique 3 : éliminer la rougeole et plaider en faveur de l'élimination de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale

No.	Objectifs intermédiaires 2016-2017	Situation
OS 3.1	La couverture en VAR1 aura atteint au moins 95 % sur le plan national dans au moins 25 pays.	6/25
OS 3.2	La couverture en VAR1 avec des activités de vaccination supplémentaires aura atteint au moins 95 % sur le plan national dans au moins 25 pays.	4/42 Activités de vaccination supplémentaires
OS 3.3	Au moins 15 pays auront introduit le vaccin contenant une valence rubéole dans leurs programmes élargis de vaccination systématique.	20/15
OS 3.4	Au moins 28 pays auront introduit le VAR2 dans leurs programmes élargis de vaccination systématique.	26/28

Tableau 3. Progrès vers l'objectif stratégique 3 par rapport aux objectifs intermédiaires 2017 du PSRV

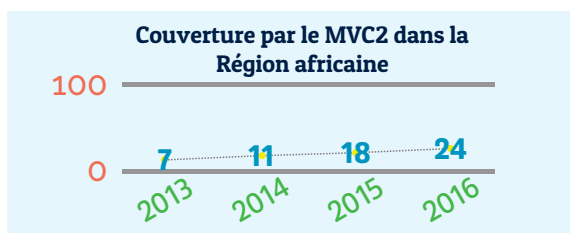
La Région n'a pas pu atteindre les cibles de couverture nationales pour le vaccin contenant une valence rougeole (VAR1). La moitié des enfants (50 %) ne recevant pas le VAR1 vivent en Éthiopie, au Nigéria et en République démocratique du Congo. Seulement six pays ont un taux de couverture en VAR1 d'au moins 95 %, nécessaire pour soutenir l'interruption de la transmission, contre neuf pays en 2013, loin de la cible de 25 pays. En dépit des progrès importants enregistrés entre 2001 et 2009 pour la couverture en VAR1 (entre 54 % et 72 %), ces niveaux de couverture dans la Région stagnent actuellement entre 71 % et 74 %⁹, et il est très peu probable que la cible de l'élimination de la rougeole d'ici 2020 soit atteinte par la Région.

⁷ Angola, Cameroun, Éthiopie, Nigéria, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Soudan du Sud et Tchad.
⁸ Angola, Éthiopie, Nigéria, République démocratique du Congo, Soudan du Sud et Tchad.
⁹ Examen à mi-parcours de la situation de l'élimination de la rougeole d'ici 2020.

Entre 2012 et 2016, 393 millions d'enfants ont été vaccinés dans 43 États Membres grâce aux activités de vaccination supplémentaires (AVS)¹⁰. Les AVS se déroulent chaque année dans 16 à 18 pays, et un total de 42 AVS ont été conduites depuis 2014. Cependant, seulement cinq des 18 études réalisées sur la couverture post-campagne ont révélé un taux de couverture supérieur ou égal à 95 %, alors que quatre AVS seulement ont atteint 100 % des districts avec un taux de couverture supérieur ou égal à 95 % ; ce qui pose le problème de la qualité de la planification et de la préparation de ces activités.

Malgré l'introduction par 20 pays du vaccin contenant une valence rubéole (RCV) dans les activités de vaccination supplémentaires et les programmes élargis de vaccination systématique (ce qui est au-delà de la cible), le taux de couverture général de la Région reste faible. La rubéole est mal connue et il n'existe généralement pas de mot en langues locales pour la désigner, mais elle est classée dans la catégorie des fièvres et des éruptions cutanées. Par conséquent, il est difficile de sensibiliser les programmes en ce qui concerne la collecte des données qui permettent de considérer le RCV comme un nouveau vaccin.

Vingt-six pays de la Région ont introduit le VAR2 dans leurs programmes nationaux de vaccination (PNV). La note d'information de l'OMS y afférente a récemment été actualisée, ce qui a entraîné une révision de la politique de l'Alliance Gavi et la levée des restrictions relatives au seuil de couverture du VAR1 pour son introduction. De plus, en 2015, l'Alliance Gavi a approuvé un soutien plus large¹¹ en faveur des vaccins antirougeoleux et antirubéoleux, qui devrait faciliter un plus grand nombre d'introductions du VAR2. Les niveaux de couverture pour ce vaccin dans la Région sont cependant bas (24 %)¹².



Vingt pays ont réalisé les indicateurs clés de surveillance de la rougeole¹³. Le financement des activités opérationnelles est insuffisant pour assurer cette surveillance, y compris le soutien des laboratoires. Le réseau des laboratoires de la rougeole compte essentiellement sur les infrastructures de poliomyélite pour assurer une surveillance des cas de rougeole, qui englobe désormais la fièvre jaune. La baisse des activités de l'initiative IMEP constitue donc un frein pour le contrôle et l'élimination de ces maladies.

À fin 2016, 13 pays¹⁴ avaient presque atteint l'objectif de l'élimination de la rougeole ; neuf pays¹⁵ étaient sur la bonne voie pour atteindre cet objectif d'ici 2020, tandis que 25 pays risquaient de ne pas y parvenir. Les principaux obstacles au progrès sont : la non-amélioration des taux de couverture par la vaccination systématique, l'insécurité dans certains États Membres, les retards dans la mise à disposition des financements nationaux et des partenaires pour l'exécution des activités de vaccination supplémentaires, et la non-exécution des AVS cibles aux niveaux national et/ou infranational. Ces facteurs étaient aggravés par l'inexactitude des dénominateurs de la population.

¹⁰ Plan d'action mondial pour les vaccins – annexe du Rapport annuel 2016 du Secrétariat du GVAP : rapport d'étape pour la Région africaine
¹¹ Le soutien de l'Alliance Gavi a été élargi et couvre désormais la première et la seconde dose du vaccin antirougeoleux, les AVS dans tous les pays éligibles à l'Alliance Gavi et la riposte aux flambées.
¹² La vaccination systématique en chiffres, Région africaine 2012-2016 (2017)
¹³ Taux de prévalence des maladies fébriles à éruption cutanée et pourcentage des districts signalant au moins un cas suspect à l'aide d'échantillons sanguins.
¹⁴ Algérie, Cape Vert, Érythrée, Ghana, Lesotho, Maurice, Namibie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Seychelles, Swaziland, Tanzanie, Zimbabwe.
¹⁵ Botswana, Cameroun, Comores, Côte d'Ivoire, Kenya, Malawi, Mozambique, Ouganda et Zambie.

Objectif stratégique 4 : atteindre et maintenir l'élimination et le contrôle des autres maladies évitables par la vaccination

No.	Objectifs intermédiaires 2016-2017	Situation
OS 4.1	42 pays auront réalisé et validé l'élimination du tétanos maternel et néonatal.	38/42
OS 4.2	31 pays à risque pour la fièvre jaune auront introduit le vaccin contre la maladie, et 10 pays auront réalisé un taux de couverture supérieur à 90 % avec ledit vaccin.	22/31 pays ont introduit le vaccin. Un pays sur 10 a un taux de couverture supérieur à 90 %.
OS 4.3	Tous les pays se trouvant dans la « ceinture de la méningite » auront introduit le MenAfriVAC® par des campagnes, et cinq d'entre eux l'auront introduit par la vaccination systématique.	20/25 4/5
OS 4.4	La séroprévalence du HbsAg chez les moins de cinq ans ne sera pas supérieure à 2 % dans au moins 20 pays.	Données non disponibles

Tableau 4. Progrès vers l'objectif stratégique 4 par rapport aux objectifs intermédiaires 2017 du PSRV

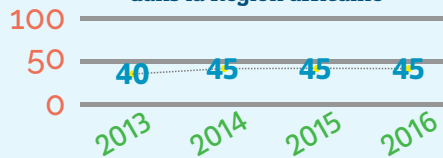
Trente-huit pays ont validé l'élimination du tétanos maternel et néonatal (TMN) ; toutefois, cette élimination reste fragile dans deux pays prioritaires que sont la République centrafricaine et le Soudan du Sud. Les conflits et l'accessibilité géographique compromettent la fourniture régulière de services de qualité dans les districts éloignés. Par conséquent, les mauvais résultats de certains districts entravent la validation de l'élimination du tétanos maternel et néonatal pour l'ensemble du pays. Le programme éprouve des difficultés pour mobiliser des partenaires et des ressources, car les donateurs semblent ne pas accorder suffisamment de priorité à ce travail, alors même que le problème affecte surtout les populations pauvres, enclavées et sous-développées. Dix-huit pays utilisent actuellement le vaccin antitétanique et antidiphtérique (Td) au lieu de l'anatoxine tétanique (TT) pour les enfants de quatre et plus, et les femmes en âge de procréer. La note d'information actualisée de l'OMS sur le tétanos et la diphtérie en appelle à une plus large application de ce changement de produit, y compris dans les espaces préscolaires et scolaires.

Une analyse épidémiologique des données spécifiques à l'âge et à la localisation, relatives aux dernières flambées de diphtérie n'a pas été réalisée, même si une telle analyse aurait pu aider à comprendre la dynamique de la propagation de la maladie et fournir des informations sur les lacunes de la couverture vaccinale, afin d'adapter les calendriers de vaccination.

Vingt-deux des 31 pays ciblés ont introduit le vaccin contre la fièvre jaune dans la vaccination systématique.

La situation des approvisionnements au niveau mondial reste problématique dans la mesure où elle affecte la capacité d'intensifier la vaccination systématique, dix pays ayant connu des ruptures de stock en 2016. En conséquence, 11 pays ont un taux de couverture faible (moins de 70 %), six pays ont un taux de couverture moyen (entre 70 % et 80 %), neuf pays à risque n'ont pas introduit le vaccin contre la fièvre jaune dans la vaccination systématique et seulement un pays réalise un taux de couverture supérieur à 90 %. Les vaccins VAR1 et contre la fièvre jaune sont administrés simultanément, mais un écart considérable existe entre les niveaux de couverture des deux vaccins, particulièrement au Congo, en République démocratique du Congo, au Tchad et au Burkina Faso, en partie à cause de pénuries de vaccins. La couverture dans la Région stagne à 45 % et l'on note un passage apparent du fardeau de la maladie de l'Afrique de l'ouest vers l'Afrique centrale et de l'est. À cause des problèmes d'approvisionnement, les grandes flambées survenues récemment en Angola et en République démocratique du Congo ont nécessité l'utilisation des doses fractionnées de vaccin, sans problèmes majeurs de mise en œuvre.

Couverture par le vaccin contre la fièvre jaune dans la Région africaine



La stratégie adoptée pour l'introduction du MenAfriVAC® contre la méningite à méningocoque de groupe A, a consisté, entre autres, en une campagne initiale de vaccination de masse des personnes âgées de un à 29 ans. Vingt des 25 pays cibles ont organisé ces campagnes, et quatre parmi les cinq autres ont introduit le vaccin dans leurs programmes de vaccination systématique. La vaccination systématique a toujours été retardée à cause de l'attente nécessaire pour que l'utilisation du vaccin chez les nourrissons soit autorisée dans la réglementation du pays. Alors que des études ont prouvé que la charge de la méningite due au groupe A de la méningite à méningocoque a considérablement baissé, de plus en plus de flambées sont provoquées par d'autres sérogroupes, à l'instar du séro groupe C au Nigéria. Indépendamment du fait qu'il n'existe pas en ce moment de preuve d'une substitution de séro groupe, un vaccin conjugué polyvalent à un prix abordable¹⁶ est nécessaire pour réduire le risque de flambées de méningite dans la Région.

La plupart des pays n'ont pas encore introduit la dose du vaccin contre l'hépatite B recommandée à la naissance, largement parce que ce vaccin est déjà contenu dans le vaccin pentavalent, d'où le peu d'intérêt à introduire un vaccin monovalent séparé. La transmission de la mère à l'enfant se produit encore vraisemblablement. Malheureusement, les données sur la séroprévalence du HbsAg chez les enfants de moins de cinq ans ne sont pas systématiquement rendus disponibles. Ainsi, les progrès concernant cet indicateur ne peuvent être mesurés pour l'heure. Par ailleurs, l'absence de données factuelles appropriées constitue un obstacle à la mise en œuvre des actions de plaidoyer prévues.

ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

Les orientations stratégiques, telles que définies dans le PSRV 2014-2020, servent à l'élaboration des processus nécessaires à l'atteinte des objectifs stratégiques. Ces « facteurs déterminants » doivent exister pour que les pays atteignent leurs objectifs ; raison pour laquelle il n'est pas surprenant que les objectifs stratégiques ne soient pas atteints si les orientations stratégiques ne sont pas en place. Les recommandations formulées dans cette partie sont adressées aux pays qui doivent mener les actions recommandées pour atteindre les objectifs stratégiques.

Orientation stratégique 1 : tous les pays s'engagent à faire de la vaccination une priorité.

No.	Objectifs intermédiaires 2016-2017	Situation
OS 1.1	Des sondages de la population indiqueront une perception positive de la valeur de la vaccination par le public pour 70 % des personnes interrogées.	En bonne voie
OS 1.2	25 pays auront achevé un examen de leurs politiques, lois et règlements en faveur de la vaccination.	15/25
OS 1.3	Au moins 35 pays auront mis en place un forum national de concertation des parties prenantes sur la vaccination.	3/35
OS 1.4	Tous les pays auront conduit un examen à mi-parcours de leurs réalisations, de leurs lacunes et de leurs besoins et capacités changeants, et auront réajusté leurs plans pluriannuels en conséquence.	41/47

Tableau 5. Progrès de l'orientation stratégique 1 par rapport aux objectifs intermédiaires 2017 du PSRV

¹⁶ Il existe des vaccins conjugués polyvalents sur le marché, mais ceux-là ne font pas partie de l'Alliance Gavi et coûtent trop cher pour les pays de la Région. Les vaccins poly-osi-diques sont disponibles et abordables, mais ne sont indiqués que dans les situations de réponse à une flambée, ne protègent pas les enfants et ne procurent qu'une immunité de courte durée.

La Région semble être sur la bonne voie après la conduite des **sondages de la population** où plus de 70 % des personnes interrogées ont estimé que le grand public reconnaît la valeur des vaccins. Cependant, la qualité de certains de ces sondages est approximative dans la mesure où ils ne traduisent pas les mêmes informations, et les données issues des différents sondages ne sont pas systématiquement collectées et analysées ou utilisées pour contribuer à la mise en oeuvre des politiques et pour les renseigner. Les pays font face à plusieurs problèmes pour mesurer la demande des services de vaccination, notamment le manque de financements, le manque de ressources humaines et l'ignorance quant à la manière de conduire un bon sondage, sans oublier le fait que les études de mise en oeuvre sont généralement reléguées au second plan. Les études réalisées pour comprendre la perception du public sont : la perception de la vaccination, en particulier le vaccin contre la poliomyélite (Nigéria) ; les raisons de la déclaration tardive de la PFA (Angola) ; l'action de la communauté pour identifier les raisons qui expliquent le rejet de la vaccination (Kenya) ; l'accessibilité du VPH en Afrique sub-saharienne ; les occasions de vaccination manquées (Kenya, Malawi, Nigéria, République démocratique du Congo et Tchad).

Quinze pays sur une cible de 25 ont achevé l'examen et la révision officiels de leurs politiques, lois et règlement en faveur de la vaccination. Dans six17 pays, les politiques nationales sur la vaccination sont en cours d'élaboration ou de révision. Dans 26 pays, une telle révision n'est pas envisagée, ou bien les informations relatives à cet indicateur sont limitées. Cet aspect pourrait être négligé, car ce n'est pas chaque programme de vaccination qui se sentirait outillé pour stimuler le processus de changement si et quand cela est nécessaire.

Trois pays18 sur une cible de 35 ont organisé un **forum national de concertation des parties prenantes sur la vaccination**. Malgré l'existence de nombreux forums sur la vaccination (Comités de coordination interagences, groupes consultatifs technique nationaux sur les vaccinations et les réunions de transition sur la polio), la participation et la portée des discussions à ces forums restent inconnues. Ainsi, il est difficile de savoir s'ils peuvent être considérés comme des concertations de parties prenantes à base élargie. Avec la feuille de route de la Déclaration d'Addis-Abeba, il est prévu que les États Membres organisent régulièrement des forums sur la vaccination avec toutes les parties prenantes, et en dressent des rapports. Les forums existants tels que les Comités de coordination interagences ou les évaluations conjointes de programmes pourraient être mis à contribution pour de telles discussions.

Des examens à mi-parcours ont été conduits dans 41 pays entre 2012 et 2017, et la plupart des pays disposent actuellement de plans pluriannuels globaux (cMYP) valides sur la vaccination. Dans la majorité des pays, un examen interne du programme de vaccination est réalisé chaque année pour en évaluer l'état de mise en oeuvre et élaborer le plan de l'année suivante, y compris la mise à jour du plan pluriannuel global, en tenant compte des résultats des évaluations périodiques à l'instar des évaluations conjointes de programmes, les examens du PEV et les évaluations postintroduction.

Le comité d'examen reconnaît qu'à mi-parcours du PSRV 2014-2020, la Conférence ministérielle sur la vaccination en Afrique, qui s'est réunie à Addis-Abeba en 2016, a convié tous les dirigeants africains et partenaires du monde autour du GVAP et du PSRV. La réunion s'est soldée par la Déclaration d'Addis-Abeba sur la vaccination qui a été adoptée par le sommet des Chefs d'État de l'Union africaine en janvier 2017. La feuille de route de la Déclaration d'Addis-Abeba, qui a été lancée au Rwanda en juin 2017 par le Forum OMS de la santé en Afrique, est un instrument à capitaliser pour accélérer la mise en oeuvre du PSRV et faire en sorte que la vaccination constitue une priorité pour chaque État. Pour réaliser l'orientation stratégique 1, la **Déclaration d'Addis-Abeba** doit être mise en oeuvre en

insistant sur la sensibilisation, la communication et le suivi. Le comité a convenu que l'insuffisance des données est en train d'être capturée pour ce qui est de l'orientation stratégique 1. Il est recommandé que les indicateurs soient révisés et alignés sur les principes de la Déclaration d'Addis-Abeba, avec des définitions et des orientations claires sur la manière de mesurer lesdits indicateurs.

Orientation stratégique 2 : les individus et les communautés comprennent la valeur des vaccins et demandent la vaccination parce que cela relève de leurs droits et que c'est leur responsabilité.

No.	Objectifs intermédiaires 2016-2017	Situation
OS 2.1	Une stratégie visant à susciter la demande de la vaccination dans les communautés aura été élaborée, mise en oeuvre et testée dans 10 pays.	9/10
OS 2.2	La tendance de la demande de la vaccination par les communautés aura été évaluée dans au moins 10 pays où des projets cibles auront été mis en oeuvre.	Données non disponibles

Tableau 6. Progrès de l'orientation stratégique 2 par rapport aux objectifs intermédiaires 2017 du PSRV

Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Comores, Guinée, Malawi, Niger, Nigéria, Madagascar, Seychelles, Swaziland et Ouganda
RCA, Tchad, Côte d'Ivoire, RDC, Congo et Libéria
Bénin, Guinée et Niger

Un guide a été mis au point à l'initiative de l'UNICEF et de l'OMS19 pour aider les gestionnaires de programmes à mieux comprendre comment **susciter la demande** de la vaccination, ce guide a été testé dans neuf pays de l'Afrique centrale et de l'ouest20. D'autres études sont en cours pour explorer les questions relatives à l'incitation de la demande, ainsi que des investigations sur l'évaluation de la demande par les individus, les ménages et les communautés ; des tentatives de collaboration avec les communautés, avec un accent sur l'implication des hommes ; l'amélioration des processus de vaccination, par exemple à travers l'offre des mesures incitatives aux ménages. L'Alliance Gavi soutient aussi le réseau des organisations de la société civile qui oeuvre pour la mobilisation de la demande. Il n'existe pas encore de données permettant d'établir des rapports sur l'évaluation des **tendances de la demande par les communautés**.

Les indicateurs mesurés ici ne montrent pas comment la demande et les droits des communautés (en particulier le rapport avec le droit à la santé et avec la convention sur les droits de l'enfant) seront mesurés. Considérer la vaccination comme un droit, tel que cela apparaît clairement dans le PSRV et le GVAP, revêt un double avantage : reconnaître les obligations des gouvernements et inclure les mécanismes de suivi à travers les organes de suivi des traités internationaux en matière des droits de l'homme. Alors que le forum d'étude conjoint OMS/UNICEF s'occupera aussi des indicateurs de demande, il serait convenable que ces indicateurs et les méthodes d'évaluation soient révisés.

Orientation stratégique 3 : les bienfaits de la vaccination sont équitablement dispensés à tous.

No.	Objectifs intermédiaires 2016-2017	Situation
OS 3.1	35 pays auront élaboré et mis en oeuvre une approche de microplanification pour atteindre chaque communauté et chaque personne éligible pour la vaccination.	34 pays disposent de microplans dans tous les districts ; cinq pays ont un microplan dans moins de 50 % des districts.
OS 3.2	Les stratégies de vaccination dans 35 pays auront intégré des approches spécifiques pour atteindre de nouvelles populations éligibles telles que les enfants plus âgés, les adolescents, les jeunes adultes et les personnes âgées.	Probablement en bonne voie en termes de processus, avec l'introduction de 26 VAR2, 20 MenA et 6 VPH.

Tableau 7. Progrès de l'orientation stratégique 3 par rapport aux objectifs intermédiaires 2017 du PSRV

Trente-quatre pays disposent de **microplans** dans tous les districts et cinq pays ont des microplans dans 50 % des districts au plus. La Région réalise ainsi cette cible, même si les chiffres ne donnent pas d'information sur la qualité des plans ou leur mise en œuvre. Par exemple, les services ne sont pas souvent fournis tous les jours de la semaine, des flacons multidoses ne sont pas ouverts pour un seul enfant, les activités de sensibilisation ne sont pas régulièrement menées et documentées, encore moins les activités périodiques d'intensification de la vaccination systématique ou l'implication des prestataires de services privés et des ONG.

Les plans d'introduction de nouveaux vaccins comportent des stratégies et approches pour atteindre les tranches d'âges appropriées au-delà de la petite enfance, par exemple le VAR2, le Td en début de scolarité, le MenA et le VPH. Ainsi, tous les pays qui ont introduit ces vaccins ont nécessairement pris des mesures pour élaborer **des stratégies leur permettant d'atteindre les nouveaux groupes de population éligibles**. Alors que la Région pourrait être sur la bonne voie concernant cet indicateur, les données qui permettent de mesurer ces progrès ne sont pas collectées de façon systématique. Cependant, des informations de deuxième main disponibles font état de ce que le VAR2 a été introduit dans 26 pays, que les campagnes de vaccination au MenA avec pour cible les 29 ans et moins, ont été menées dans 20 pays et que le VPH a été introduit dans six pays à l'échelle nationale avec pour cible les adolescentes.

Positionnement de la demande dans les processus nationaux de planification et de mise en œuvre du PEV: guide rapide pour aider planificateurs et gestionnaires de la vaccination et de la communication », une initiative de l'UNICEF de la WCARO, de l'UNICEF de l'ESARO. Cabo Verde, Guinée équatoriale, Guinée-Bissau, Mali, Niger, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sierra Leone et Tchad.

Les difficultés pour assurer l'accès équitable comprennent la non-fourniture des services de vaccination par les centres de santé primaire ; la qualité approximative des programmes de santé en milieu scolaire ; l'intégration limitée avec d'autres programmes ; et les occasions de vaccination manquées (définies comme tout contact avec un service de santé n'ayant pas abouti à la réception par une personne éligible d'un vaccin dont elle a besoin), y compris en situation d'urgence.

Le nouveau Guide OMS pour atteindre chaque district (RED) donne plus de détails sur l'approche de la manière équitable d'aller au-delà de la petite enfance et des femmes en âge de procréer, et d'adopter une méthode de vaccination portant sur l'ensemble de l'existence, en dispensant des vaccins pendant la deuxième année de vie, à titre de rappel, aux enfants, adolescents, femmes enceintes et adultes.

Orientation stratégique 4 : des systèmes de vaccination solides font partie intégrante de systèmes de santé performants.

No.	Objectifs intermédiaires 2016-2017	Situation
OS 4.1	20 pays auront élaboré des plans d'allègement du fardeau de la maladie par des approches globales dans lesquelles la vaccination jouera ou devra bientôt jouer un rôle central.	Données non disponibles
OS 4.2	Sur la base de l'expérience et des leçons apprises, 20 pays auront élaboré et adopté des microplans pour des services intégrés en appui aux soins de santé primaires, y compris les options de sensibilisation et le déploiement de ressources humaines, financières et logistiques appropriées.	Données non disponibles
OS 4.3	Tous les pays auront conduit un examen à mi-parcours de leurs systèmes de surveillance, y compris la facilité d'accès aux services de laboratoire et les performances de ceux-ci, et auront pris des mesures correctives.	27/47
OS 4.4	Trente pays auront mis en place un système de surveillance des cas de maladies évitables par la vaccination.	36/30

Tableau 8. Progrès de l'orientation stratégique 4 par rapport aux objectifs intermédiaires 2017 du PSRV

Les données concernant les orientations stratégiques 4.1 et 4.2 ne sont pas enregistrées de façon systématique ; il y a donc risque que l'orientation stratégique se focalise beaucoup trop sur la surveillance, c'est-à-dire sur les réponses et les campagnes, plutôt que sur la solidité des systèmes de prévention qui atteignent tout le monde.

Des efforts ont été faits pour **élaborer des plans de réduction du fardeau de la maladie par des approches globales**. Par exemple, le programme de lutte contre les hépatites vise à promouvoir l'utilisation de plans globaux qui couvrent la prévention et le traitement, et intègrent la vaccination ; les programmes sur le VPH se développent en association avec les programmes de santé des adolescents ; et le Plan d'action mondial intégré pour la prévention et la lutte contre la pneumonie et la diarrhée se développe, mais les progrès au niveau des pays restent limités et les efforts fournis sont insuffisants pour combiner l'introduction des vaccins antipoliomyélitique et antirotavirus avec le diagnostic précoce, l'orientation et le traitement tel que prescrit par l'orientation stratégique. On ne devrait pas s'attendre à ce que les vaccins soient suffisamment efficaces s'ils ne sont pas associés à une gestion clinique améliorée.

Le guide révisé de l'initiative « Atteindre chaque district » comprend des outils et des lignes directrices actualisés pour aider les pays dans l'**élaboration de microplans de fourniture de services intégrés** et la coordination des systèmes de vaccination avec d'autres programmes de soins de santé primaires, notamment la planification intégrée pour maximiser les ressources aux plus hauts niveaux du système de santé.

Vingt-sept pays ont réalisé **des évaluations à mi-parcours de leurs systèmes de surveillance**, même si la qualité de ces évaluations n'a pas été mesurée de manière cohérente. Une matrice de performance du système de surveillance, y compris la surveillance du rotavirus et de la méningite bactérienne pédiatrique a été mise en place pour évaluer la croissance de l'ensemble du système, et cela devrait figurer aux côtés de cet indicateur.

Trente-six pays, d'après des études, disposent de systèmes de surveillance des cas robustes pour ce qui est de la rougeole et de la rubéole (syndrome de rubéole congénitale), de la fièvre jaune, du rotavirus et de la méningite bactérienne pédiatrique, avec la possibilité d'inclure d'autres maladies (actuelles ou éventuelles) évitables par la vaccination, à l'instar de la fièvre typhoïde et de la salmonelle invasive non typhoïde. Toutefois, la surveillance des cas continue d'être tributaire des financements extérieurs, et se trouve par conséquent en danger en raison de la réduction des investissements de l'initiative IMEP et de l'Alliance Gavi. Une surveillance soutenue de bonne qualité est essentielle pour évaluer l'impact de la vaccination et générer des données permettant de renseigner les politiques et d'optimiser les stratégies. Pour cela, elle nécessitera un investissement croissant des ressources nationales.

Les indicateurs relatifs à l'intégration (os 4.2) n'ont pas permis que les données soient succinctement présentées et communiquées. Aussi, le comité recommande-t-il que ces indicateurs soient révisés.

Orientation stratégique 5 : les programmes de vaccination bénéficient de manière durable de financements à long terme et d'approvisionnements de qualité.

No.	Objectifs intermédiaires 2016-2017	Situation
OS 5.1	Tous les pays auront passé en revue leurs dépenses, planifié leurs besoins financiers et leurs prévisions de financement, et réajusté leurs plans en conséquence.	41/47
OS 5.2	35 pays auront réalisé une évaluation de la gestion des approvisionnements pour la fourniture des vaccins et d'autres produits ; des capacités et des performances de la chaîne du froid ; des besoins, la disponibilité, le déploiement et la maintenance des équipements de transport ; ainsi que des moyens de communication.	32/35

Tableau 9. Progrès de l'orientation stratégique 5 par rapport aux objectifs intermédiaires 2017 du PSRV

Quarante et un pays sur les 47 que compte la Région ont passé en revue leurs budgets et réajusté leurs plans en conséquence, alors que 43 pays disposaient d'une ligne budgétaire dans le budget national, consacrée aux vaccins et à la vaccination entre 2014 et 2016. Entre 2010 et 2016, les tendances des dépenses des gouvernements sur la vaccination systématique dans la Région se présentent comme suit : baisse des dépenses dans 11 pays, dépenses en hausse dans 29 pays, et données non disponibles pour sept pays. Les dépenses publiques sur la vaccination systématique par naissance vivante (moyenne pondérée dans la population) sont passées de US \$5,60 en 2010-2011 à US \$11,60 en 2015-2016. Bien que cette augmentation soit encourageante, le but recherché est que tous les vaccins soient entièrement financés sur fonds propres des États, y compris les coûts de livraison. Il s'agit là d'un des engagements de la Déclaration d'Addis-Abeba. Cependant, depuis 2010, peu d'avancées ont été enregistrées concernant l'allocation d'un pourcentage déterminé des dépenses publiques pour la vaccination systématique, et la Région reste largement dépendante des sources de financement externes.

Dix pays de la Région ne sont pas éligibles à l'Alliance Gavi, 26 pays bénéficiant du soutien de l'Alliance se trouvent dans la phase initiale d'autofinancement, neuf sont dans la phase de transition préparatoire et deux dans la phase de transition accélérée. Toutes les conditions de cofinancement de l'Alliance Gavi sont en train d'être remplies dans la Région, mais l'appui de transition de l'Alliance ne sera pas flexible ou prorogé au-delà de l'échéance prévue, d'où la nécessité de rendre disponibles des ressources nationales et innovantes pour maintenir le cap. Ces mécanismes de financement innovants doivent être pensés en tenant compte des cas de mauvaise gestion de fonds signalés dans la Région ; d'où la nécessité que les fonds soient acheminés par le canal de partenaires, à l'instar de l'OMS et de l'UNICEF.

Alors que la qualité des données contenues dans la fiche commune de déclaration OMS/UNICEF sur les informations financières s'améliore, il n'existe aucun point de collecte de données, d'où les efforts consentis en ce moment pour utiliser et déclarer les dépenses sur la vaccination à l'aide du Système des comptes de la santé.

Trente-deux pays ont réalisé une évaluation de la gestion des approvisionnements en vaccins et ont amélioré leurs chaînes d'approvisionnement entre 2014 et 2017 (43 pays depuis 2009) grâce aux évaluations de l'efficacité du système de gestion des vaccins et des investissements dans les équipements et la formation. Cependant, deux pays seulement remplissent 80 % des critères de gestion efficace des vaccins en termes de capacité de stockage, de maintenance, de gestion des stocks et de distribution des vaccins. Certains pays se battent pour mettre en oeuvre les plans d'amélioration de la gestion efficace des vaccins à cause de l'insuffisance des ressources financières, des faibles capacités des ressources humaines et de l'incapacité d'appliquer efficacement les lignes directrices et outils mis à leur disposition. Trente-quatre pays sont éligibles à la Plateforme d'optimisation des équipements de la chaîne du froid de l'Alliance Gavi (Gavi CCEOP), dont 18 ont vu leurs demandes approuvées, 10 font l'objet d'un examen et six ne sont pas encore prêts pour soumettre leurs demandes de soutien Gavi. Par ailleurs, la base de données sur les produits vaccinaux, le prix et l'achat des vaccins, mise en place en 2014 par l'OMS, donne des informations aux pays sur le prix et l'achat des vaccins, afin de les aider dans les négociations avec les fabricants, en particulier les pays à revenus intermédiaires qui ont une expérience limitée en matière de négociations des prix.

Orientation stratégique 6 : les innovations en matière de communication, de recherche et développement aux niveaux national et régional maximisent les bienfaits de la vaccination.

No.	Objectifs intermédiaires 2016-2017	Situation
OS 6.1	35 pays au moins auront intégré dans leurs plans pluriannuels globaux, un programme d'étude de mise en oeuvre sur la vaccination élaboré en concertation avec des professionnels scientifiques et techniques, des praticiens de la santé, des universitaires, des organisations partenaires et des membres de la société civile.	2/35
OS 6.2	Les résultats obtenus dans 10 pays à l'issue de l'évaluation et de l'étude de mise en oeuvre des méthodes d'amélioration de la qualité et de l'utilisation en temps voulu des données administratives et épidémiologiques, et l'utilisation élargie des méthodes et technologies de communication, de suivi et d'évaluation auront abouti à un plan d'amélioration de la qualité des données dans ces pays et dans la Région.	10/10

Tableau 10. Progrès de l'orientation stratégique 6 par rapport aux objectifs intermédiaires 2017 du PSRV

Seulement deux pays de la Région disposent d'une ligne budgétaire consacrée aux études de mise en oeuvre dans leurs plans pluriannuels globaux. Il est recommandé que cet indicateur soit révisé pour systématiser les informations sur la recherche – beaucoup d'études sont réalisées, mais ne sont pas intégrées dans le plan pluriannuel global.

La qualité générale des données de la Région est encore mauvaise, surtout en raison de la faible capacité des ressources humaines, la disponibilité limitée des outils et une coordination limitée entre le programme élargi de vaccination et les systèmes d'information pour la gestion de la santé. Treize²² pays ont achevé la mise en oeuvre d'un système d'information sanitaire standard du district (DHIS2), cinq pays²³ ont procédé à un lancement partiel et 1024 pays sont dans la phase pilote, et les exigences pour relier le PEV au DHIS2 ont été définies dans ce contexte. Pour améliorer la qualité des données, l'OMS a organisé entre 2014 et 2017, une formation à l'intention de tous les 47 pays sur l'évaluation de la qualité des données, et 16 pays ont élaboré un plan annuel d'amélioration de la qualité de leurs données. Des études approfondies de la qualité des données ont été réalisées dans neuf pays.

²² Ouganda et Swaziland
²³ Burkina Faso, Gambie, Ghana, Kenya, Libéria, Mozambique, Nigéria, Ouganda, Rwanda, Sierra Leone, Tanzanie, Zambie, Zimbabwe
 Afrique du Sud, Algérie, Burundi, Malawi, République démocratique du Congo
 Bénin, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Guinée-Bissau, Namibie, Niger, Sénégal, Soudan du Sud, Togo
 Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Ghana, Kenya, Mali, Nigéria, Swaziland, Tanzanie

DÉFIS ET OPPORTUNITÉS

Au cours des dernières années, plusieurs transformations aux niveaux régional et mondial ont commencé à donner forme au monde de la vaccination d'une manière qui n'était pas encore évidente au moment de l'approbation du GVAP et du PSRV par la Région africaine de l'OMS. L'élaboration du Plan stratégique régional pour l'Afrique 2009-2013 annonçait le GVAP qui était inspiré de la stratégie intitulée « La vaccination dans le monde : vision et stratégie ».

L'adoption des **objectifs de développement durable** a souligné l'importance d'une approche universelle et intégrée de la santé, et plus précisément de la vaccination. Ce changement d'objectif suppose d'aller au-delà des programmes verticaux de santé qui opèrent isolément, vers une plateforme unique et plus forte de soins de santé primaires.

Dans le même temps, l'appel à la réalisation de la **couverture sanitaire universelle** nécessite une réforme du processus d'allocation des ressources publiques aussi bien à tous les secteurs qu'à l'intérieur du secteur de la santé. Les services de vaccination doivent revoir leur approche dans ce nouveau scénario qui, d'une part, peut être perçue comme réducteur d'un programme isolé hautement efficace mais, d'autre part, offre l'occasion unique d'une fourniture plus efficiente et efficace des services de vaccination, en particulier au-delà de la première année de vie, là où le programme élargi de vaccination a souvent éprouvé des difficultés.

Ces tendances qui sont mondiales, croisent au niveau régional d'autres tendances épidémiologiques et démographiques qui ont affecté et continueront probablement d'affecter les efforts en matière de vaccination. Ces dernières années, le nombre de **flambées et d'urgences humanitaires** s'est considérablement accru, avec la survenance de la flambée de la maladie à virus Ebola en Afrique de l'ouest en 2014 et des flambées de la fièvre jaune en 2016. En 2017 seulement, 109 flambées et 18 crises humanitaires ont été déclarées dans la Région africaine²⁶ et mis à rude épreuve les systèmes de santé et de vaccination pendant la période de riposte immédiate et la période de rétablissement subséquente. L'amélioration de la préparation et le renforcement des systèmes de santé seront nécessaires pour prévenir les crises et minimiser leur incidence.

L'évolution des tendances démographiques dans la Région est à l'origine des nouveaux défis dans le domaine de la vaccination. Du fait de la croissance démographique, la Région a dépassé le cap d'un milliard d'habitants en 2016, avec une population des moins de cinq ans en augmentation de 164 millions. Chaque année, plus de 34 millions de nouveaux-nés ont besoin de vaccination. La distribution de la population change aussi très rapidement : d'après un rapport récent de la Banque mondiale²⁷, 472 millions de personnes vivent actuellement dans les zones urbaines en Afrique, un chiffre qui devrait doubler au cours des 25 prochaines années. Pour réussir la fourniture des services de vaccination en zones urbaines, y compris souvent les bidonvilles, cela nécessite de nouvelles stratégies ciblées et des ressources supplémentaires.

Le dernier cas de poliovirus sauvage enregistré dans la Région a été déclaré en août 2016. Étant donné que la Région s'achemine vers l'élimination de la poliomyélite, la réduction des investissements et du personnel de l'initiative IMEP est déjà en bonne voie. Tous les investissements de l'initiative ont été réduits de 10 % en 2017 et se situent à US \$102 millions ; ils connaîtront une autre réduction de 13 % en 2018. L'OMS se sépare déjà des ressources humaines des pays de la première vague et a commencé à servir des lettres de séparation aux personnels des pays de la deuxième vague. Plusieurs services essentiels de lutte contre la poliomyélite qui soutiennent les programmes élargis de vaccination dans nombre de pays seront supprimés, et il faudra leur trouver un système alternatif de fourniture, de surveillance et de logistique des services de vaccination, ainsi que des flux financiers appropriés pour maintenir les opérations.

Parallèlement à la réduction des investissements de l'initiative IMEP, le soutien fourni par l'Alliance Gavi, une autre source traditionnelle importante de financement des programmes nationaux de vaccination dans la Région, connaît lui aussi des évolutions. D'ici 2020, deux pays (l'Angola et le Congo) seront sortis complètement de la phase de transition du soutien Gavi, tandis que neuf autres seront en transition pour en sortir (Nigéria et Sao Tomé-et-Principe) ou en phase préparatoire de transition (Cameroun, Côte d'Ivoire, Ghana, Kenya, Lesotho, Mauritanie et Zambie). Au cours des dernières années, certains de ces pays ont réussi à introduire un grand nombre de vaccins salvateurs qui devront désormais être financés sur fonds propres des États. Les nouveaux pays à revenus intermédiaires sont les plus exposés à un déficit de financement, parce qu'ils devront acquérir les vaccins à un prix plus élevé que par le passé.

La combinaison de ces facteurs souligne la nécessité de trouver **des sources de financement de vaccination** prévisibles et conséquentes dans les budgets nationaux. Dans la Région africaine, les dépenses publiques sur la vaccination systématique par naissance vivante ont augmenté de plus de 100 % depuis 2010, bien que ce soit à partir d'un niveau très bas. Des investissements supplémentaires substantiels seront nécessaires.

Pour cela, une étape sans précédent a été franchie avec l'adoption par les Chefs d'État en janvier 2017, de la **Déclaration d'Addis-Abeba sur la vaccination**. La Déclaration d'Addis-Abeba constitue un soutien solide à la mise en œuvre des 10 engagements pour la réalisation de l'accès équitable et universel à la vaccination. L'existence d'un tel soutien politique fort sera déterminante pour relever les défis existants et émergents qui se posent à la fourniture réussie des services de vaccination dans la Région. La Déclaration d'Addis-Abeba est un instrument politique reconnu qui peut être utilisé pour soutenir la mise en œuvre du PSRV au plus haut niveau des États, de la même manière que l'Alliance des dirigeants africains contre le paludisme (ALMA) a impulsé l'élan politique dans la lutte contre le paludisme.

WHO Health Emergencies (WHE) AFRO
Lall, Somik Vinay; Henderson, J. Vernon; Venables, Anthony J. 2017. Les villes africaines: ouvrir les portes au monde. Washington, DC, Banque mondiale.

“Chaque année plus que
34 millions
les nouveau-nés doivent être vaccinés”



RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS

Le comité d'examen a identifié les six domaines prioritaires ci-après et a défini les recommandations y afférentes. Ces recommandations ne suggèrent pas que soit reformulé le PSRV, mais elles permettent de mettre en exergue les secteurs clés qui, de l'avis du comité, peuvent modifier la courbe de la vaccination dans la Région africaine. Avec seulement trois pays qui doivent encore franchir les étapes du PSRV, le comité d'examen à mi-parcours invite instamment les gouvernements à mettre en oeuvre ces recommandations en collaboration avec toutes les parties prenantes.

1

Tirer le meilleur parti des engagements pris dans le cadre de la Déclaration d'Addis-Abeba sur la vaccination: La Déclaration d'Addis-Abeba constitue une manifestation sans précédent de l'engagement politique des dirigeants des pays de la Région africaine. La capitalisation d'un tel engagement devrait être au coeur des futures stratégies régionales et nationales, et constituer le principal outil d'alignement des efforts de tous les partenaires de la Région sur les priorités et les actions adoptées par les pays. D'un point de vue opérationnel, cela supposera de traduire ces engagements dans les faits par l'allocation de ressources, le renforcement et le déploiement rapide du personnel formé et la définition d'un cadre de responsabilisation qui permette à chaque pays (individuellement) et aux dirigeants de la Région (collectivement), de suivre les progrès vers les objectifs convenus et la contribution des différentes parties prenantes. Un rapport officiel semestriel sur les performances des pays concernant quelques indicateurs triés sur le volet peut constituer la base d'une telle responsabilisation.

2

Définir des approches centrées sur les communautés et spécifiques aux pays pour améliorer l'équité en matière d'accès: L'accès aux populations défavorisées de la Région constitue l'un des principaux obstacles à l'atteinte des cibles de couverture et d'élimination de la maladie. Les populations défavorisées vivent dans des milieux différents – bidonvilles urbains, zones éloignées et difficiles d'accès, régions négligées ; elles sont constituées de groupes nomades et de personnes déplacées, et ont souvent des besoins spécifiques qui nécessitent aussi l'application de stratégies particulières. Les pays sont encouragés à renforcer la mise en oeuvre des programmes au niveau des communautés en appliquant les lignes directrices de l'initiative « Atteindre chaque district » ; à collaborer davantage avec les organisations de la société civile pour encourager la responsabilisation sociale ; et à renforcer les systèmes de gestion efficace des vaccins pour veiller à la disponibilité des vaccins à tout moment, y compris dans des situations d'urgence et de conflit. Les pays qui sont à différents degrés de maturité de leurs systèmes de santé devraient se focaliser sur des priorités différentes pour assurer une progression rapide dans des secteurs spécifiques, contribuant ainsi à l'atteinte des objectifs du PSRV et ceux relatifs au contrôle des maladies.

3

Promouvoir une approche de couverture sanitaire universelle qui place la vaccination au centre des soins de santé primaire. Le succès des programmes de vaccination est étroitement lié au fonctionnement de l'ensemble du système de santé. Les programmes de vaccination tirent leur force de systèmes de santé forts, de la même manière que des interventions de santé spécifiques peuvent profiter d'un taux de couverture élevé qui est généralement le fait des services de vaccination. Chaque contact avec un professionnel de la santé est une opportunité de vaccination, et les points de vaccination créent des opportunités pour diagnostiquer, traiter et informer au sujet d'autres problèmes de santé et maladies. L'introduction de nouveaux vaccins en faveur des élèves, adolescents et adultes particulièrement à risque constitue une opportunité pour atteindre des groupes de population plus larges et prévenir plus de maladies tout au long de la vie. Les plans, les objectifs et la redevabilité relatifs à l'approche de la vaccination portant sur l'ensemble de l'existence devraient être conçus dans la perspective de la couverture sanitaire universelle et EXAMEN À MI-PARCOURS : plan stratégique régional pour la vaccination 2014-2020 30 des opportunités d'intégration au-delà de la vaccination, recherchées au moment opportun, en fonction du niveau de maturité de programmes de vaccination spécifiques. L'élaboration et l'exécution d'un calendrier des visites de soins de santé intégrés qui couvre au moins les deux premières années de vie devraient être au centre d'une telle approche.

4

Améliorer la disponibilité et l'utilisation des données de bonne qualité pour la prise de décisions: Les données des programmes de vaccination sont indispensables pour la conduite des activités et l'élaboration des stratégies. Les données sont collectées de manière systématique et communiquées au niveau national dans tous les pays de la Région. Mais, la qualité des estimations de couverture vaccinale et des autres indicateurs reste faible dans nombre de pays. En mettant l'accent sur l'atteinte des objectifs du PSRV et compte tenu de la brièveté des délais, il sera important de se focaliser sur des informations précises, nécessaires pour la prise de décisions dans les domaines prioritaires dans différents pays, en accordant une attention particulière aux données dont ont besoin les gestionnaires de première ligne. L'analyse des données devrait donc se fonder prioritairement sur les besoins des pays et non pas ceux des partenaires. Une priorisation des exigences en matière de données par pays devrait se faire afin de concentrer les actions sur les exigences pour lesquelles l'atteinte des objectifs du PSRV est incertaine. Alors que les plans stratégiques d'amélioration des données sur la base du système d'information et des évaluations de la qualité des données sont une nécessité universelle, des approches plus sophistiquées devraient se limiter aux pays disposant de systèmes de vaccination plus matures. De plus, les pays doivent évaluer la force de leurs systèmes de surveillance et rétablir, le cas échéant, la surveillance de manière plus coordonnée.

5

Impliquer de nouveaux acteurs et utiliser de nouvelles approches pour renforcer les capacités des ressources humaines: Le succès de tout programme dépend largement du personnel qui le met en oeuvre. Des niveaux de compétence adéquats, de grandes aptitudes de gestion et des cadres de responsabilisation bien définis sont les conditions à remplir pour avoir une main d'oeuvre performante. Les lacunes financières et managériales du secteur public en la matière constituent souvent un problème majeur dans l'atteinte de résultats. Considérant le fait que les actions de vaccination (ou de soins de santé) ne peuvent être menées isolément, des approches innovantes devraient être explorées, notamment la formation des cadres en soins de santé ou l'offre d'opportunités d'échange de compétences entre pays ou entre Régions. Un mécanisme régional et national de détachement à entretenir par les institutions gouvernementales de la santé, devrait être mis en oeuvre pour fournir aux pays du personnel supplémentaire à court terme, tout en créant des opportunités uniques de perfectionnement en cours d'emploi.

6

Utiliser des instruments innovants pour assurer la pérennité des financements: Les pays sont tenus d'assumer plus de responsabilités financières pour leurs systèmes de vaccination, surtout dans le contexte de transition de l'Alliance Gavi et de baisse des activités de l'initiative IMEP. Ceci devrait être le résultat d'une combinaison de l'augmentation des investissements, des mécanismes de financement innovants qui trouvent des solutions à des problèmes de financement spécifiques, et une recherche ciblée sur l'efficacité des systèmes de vaccination et de santé. Les pays se trouvant à différents stades de la transition du soutien de l'Alliance Gavi auront besoin de stratégies spécifiquement conçues pour eux.

CONCLUSION

Le succès de la vaccination dans la Région africaine est déterminant pour la préservation des acquis au niveau mondial. Il appartient à chaque Région d'atteindre et de maintenir les objectifs en matière d'élimination et de contrôle des maladies. Le taux de mortalité en Afrique concernant les maladies évitables par la vaccination est plus de deux fois supérieur à la moyenne mondiale²⁸, et certaines de ces maladies spécifiques aux régions sont présentes de manière disproportionnée dans la Région africaine²⁹, d'où la nécessité pour la Région de consentir encore beaucoup d'efforts.

Le présent rapport a analysé les réalisations de la Région africaine et les défis auxquels la Région reste confrontée par rapport aux objectifs et orientations stratégiques du PSRV. Au moment où la Décennie de la vaccination tire à sa fin, un effort supplémentaire est nécessaire pour atteindre les objectifs du PSRV ou pour combler suffisamment les lacunes encore existantes. Pour y parvenir, les efforts coordonnés de tous les partenaires sont nécessaires. Il est impératif que toutes les parties prenantes se conforment aux recommandations formulées dans le présent rapport. Grâce au travail d'équipe, à la concentration, à la détermination et à des ressources suffisantes, il est possible de réaliser de nombreux objectifs définis dans le PSRV et de réussir à atteindre les cibles de couverture, à éliminer la poliomyélite et à faire des progrès vers l'élimination de la rougeole, et de contenir d'autres maladies évitables par la vaccination.

Le comité d'examen à mi-parcours recommande que les pays et les partenaires mettent en oeuvre les six recommandations clés suivantes :



Deux autres domaines de recommandation ont fait l'objet de discussions par le comité, qui, bien que ne pouvant avoir qu'un impact limité dans l'immédiat sur l'atteinte des cibles du PSRV 2020, devraient bénéficier de suffisamment d'attention pour faire en sorte que les progrès se poursuivent et que les objectifs stratégiques à long terme puissent être atteints.

Le comité recommande l'accroissement des investissements consacrés à la recherche. Le renforcement des capacités de recherche nécessite des actions courageuses de la part des pays africains qui doivent aspirer à une plus grande dépendance régionale en matière de recherche et à des alliances justes et équilibrées avec les partenaires extérieurs. Cela implique que les pays appliquent pleinement la Déclaration d'Alger sur la réduction du fossé du savoir pour améliorer la santé en Afrique ; que les partenaires fournissent une assistance de qualité supérieure pour la recherche de base et opérationnelle axée sur la traduction des résultats de la recherche en actions et en politiques ; et que l'OMS et les partenaires préparent un plaidoyer en faveur de la fabrication des vaccins dans la Région, en application de la Déclaration d'Addis-Abeba, surtout un vaccin conjugué polyvalent contre la méningite à un prix abordable. Les programmes de recherche devraient être élaborés en tenant compte du fardeau de la maladie et de la capacité des services de santé et de vaccination de chaque pays, et la recherche en cours dans les sciences sociales devraient être élargie aux questions économiques et de comportement, et étendue à toute la Région.

De plus, bien que les mesures de contrôle de la sécurité des vaccins ne soient pas incluses dans les recommandations prioritaires, le comité recommande, le cas échéant, que les pays mettent sur pied des comités de gestion des manifestations postvaccinales indésirables dotés de pleins pouvoirs et des bases de données sur ces manifestations ; que les pays élaborent des modes opératoires normalisés sur la détection et la communication des cas de non-respect des règles de sécurité sous la supervision des autorités réglementaires nationales ; et que les pays mettent en place, s'il n'en existe pas, des processus standard se rapportant à la sécurité des vaccins. L'OMS doit aider les pays à devenir membres des systèmes mondiaux de pharmacovigilance.

En outre, le comité d'examen à mi-parcours du PSRV recommande que les partenaires accordent une attention particulière aux pays vastes et/ou fragiles et aux urgences humanitaires. L'Éthiopie, la République démocratique du Congo et le Nigéria ont tous des taux de couverture excessivement bas, et sont à l'origine de plus du tiers de toute la cohorte des naissances de la Région. Un soutien ciblé à ces pays, accompagné d'une adaptation intense des interventions au niveau infranational, améliorera considérablement les progrès de la Région. Aussi, le comité recommande-t-il que les partenaires fournissent à ces pays tout l'appui nécessaire. Dans le même temps, la Région est confrontée à différents moments et endroits, à un nombre croissant de flambées et d'urgences humanitaires de différents types. La préparation à la vaccination en pareilles situations doit faire l'objet d'une attention toute particulière et bénéficier de ressources de la part des partenaires gouvernementaux et non gouvernementaux engagés dans l'atténuation des urgences humanitaires.

Le comité recommande par ailleurs qu'une approche adaptée soit appliquée pour chaque pays en tenant compte des grandes différences au sein de la Région et du fait que les recommandations génériques ne sont pas toujours adaptées. Par exemple, certains pays sont dans une situation de crise humanitaire, alors que d'autres ont des systèmes de vaccination et de gouvernance forts et robustes. Le soutien aux pays devrait être systématiquement adapté aux capacités de chaque pays et à la maturité de son système de santé et de vaccination.

De nombreux pays assurent une gestion et un financement innovants et efficaces des vaccins, et améliorent en permanence leurs systèmes de vaccination. Le comité recommande que l'OMS renforce le processus de documentation et de dissémination du partage des bonnes pratiques dans la Région et entre les Régions.

Enfin, le comité d'examen à mi-parcours a conclu qu'il était difficile de quantifier les progrès réalisés concernant certaines orientations stratégiques. Il s'agit en grande partie des indicateurs de processus ; raison pour laquelle la qualité de l'évaluation des progrès par rapport à ces indicateurs est approximative et que leur traduction en actions est difficile. Le comité recommande que les orientations stratégiques soient révisées. Les données nécessaires à la réalisation des évaluations cohérentes des progrès devraient être prises en considération, notamment à travers des indicateurs plus pertinents et plus sensibles, une meilleure qualité des données et des systèmes intégrés. Ces indicateurs devraient être spécifiques, mesurables, réalisables, réalistes et limités dans le temps.

*Plan d'action mondial pour les vaccins - Annexe au rapport annuel 2016 du Secrétariat du GVAP: Rapport d'avancement pour la région africaine
Méningite A, fièvre jaune, choléra*



**“... Les pays devraient mettre en place des comités de MAPI entièrement équipés et des bases de données sur les MAPI; les pays devraient élaborer des normes Procédures (SOP) sur la détection et la notification des signaux de violation de la sécurité sous la supervision des ARN; et, s’il n’y en a pas, les pays devraient mettre en place des processus standard de sécurité des vaccins.
L’OMS doit aider les pays à s’intégrer aux systèmes mondiaux de pharmacovigilance.”**

ACTIONS RECOMMANDÉES

Il ne reste plus que trois ans avant la fin de la Décennie de la vaccination, et pourtant beaucoup reste encore à faire dans la Région. Une plus grande attention aux trois grands pays (Éthiopie, Nigéria et République démocratique du Congo), qui produisent 38 % de la cohorte des naissances de la Région, contribuera grandement à améliorer les progrès de la Région vers les objectifs du PSRV. Il est de la responsabilité de chaque partie prenante et partenaire de mettre en oeuvre les recommandations du comité d'examen à mi-parcours du PSRV afin de promouvoir et de protéger la santé d'un million de personnes qui vivent dans la Région africaine.

Pour mettre en oeuvre les six recommandations formulées, le comité recommande que les actions ci-après soient menées par les parties prenantes concernées. Ces actions devraient être examinées en même temps que l'annexe B qui présente les propositions de calendrier, de rôles et de responsabilités pour chaque action.

Recommandation 1:

Tirer le meilleur parti des engagements pris dans le cadre de la Déclaration d'Addis-Abeba sur la vaccination.

a. Mise en place par l'OMS d'un secrétariat de la Déclaration d'Addis-Abeba pour assurer la mise en oeuvre de la feuille de route de Déclaration.

Le comité d'examen à mi-parcours soutient fermement la mise en oeuvre de la feuille de route de la Déclaration d'Addis-Abeba, avec un accent sur la sensibilisation, la communication et le suivi.

Délai de mise en oeuvre de la feuille de route de la Déclaration d'Addis-Abeba : en cours

Responsable : Tous

Le comité réitère la recommandation relative à la mise en place d'un secrétariat chargé du suivi de la mise en oeuvre de la feuille de route de la Déclaration d'Addis-Abeba et la présentation d'un rapport d'étape tous les deux ans aux Chefs d'État. Les rôles, responsabilités et termes de référence dudit secrétariat seront définis par le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, le Bureau régionale de l'OMS pour la Méditerranée orientale et la Commission de l'Union africaine, avec la contribution des États Membres. Le Secrétariat devrait jouir de l'autorité et la capacité de produire une influence politique.

Délai de mise en place du Secrétariat de la Déclaration d'Addis-Abeba : 2e trimestre 2018

Responsable : OMS

b. Organisation chaque année par l'OMS d'une réunion des parties prenantes de la Région africaine pour assumer collectivement la responsabilité de la mise en oeuvre des recommandations de l'examen à mi-parcours du PSRV.

L'alignement de tous les investissements et activités des parties prenantes sur les objectifs et les priorités du PSRV est déterminant. La feuille de route de la Déclaration d'Addis-Abeba reconnaît les cadres de suivi et de responsabilisation nationaux, régionaux et mondiaux existants. Le groupe des parties prenantes de la Région africaine sera collectivement responsable de la mise en oeuvre des recommandations et du respect des délais contenus dans le présent rapport, ainsi que des résultats y relatifs par rapport aux objectifs intermédiaires du PSRV. Tirant les leçons de l'Alliance des dirigeants africains contre le paludisme, les acteurs de la vaccination seront évalués sur la base d'un tableau de bord (à concevoir) qui mesure l'effectivité de l'engagement des acteurs, et travailleront chaque année avec la Commission de l'Union africaine pour définir les stratégies permettant de financer le PSRV. Les parties prenantes devraient officiellement reconnaître les progrès réalisés par les pays afin de les encourager à aller de l'avant.

Délai de convocation d'une réunion du groupe des parties prenantes : 2e trimestre 2018

Responsable : OMS

c. Identification par l'OMS d'une « figure » de la vaccination dans la Région.

La stratégie 1 de la Déclaration d'Addis-Abeba invite à l'identification, le développement et l'engagement de champions de la vaccination, surtout aux niveaux national et infranational. Le comité d'examen à mi-parcours étend cette recommandation à l'identification d'une « figure » de la vaccination dans la Région. La « figure » de la vaccination devrait être un champion fiable dont les efforts vont entraîner la demande et la couverture en matière de vaccination, ainsi que la prestation intégrée des services de santé de qualité.

Délai pour l'identification d'une « figure » de la vaccination dans la Région : 2e trimestre 2018

Responsable : OMS

d. Renforcement par les pays de leurs comités de coordination interagences ou expansion des mécanismes similaires pour inclure des partenaires au-delà du secteur de la santé, afin d'assurer l'examen régulier de la mise en oeuvre des politiques et plans.

La vaccination est un élément essentiel des soins de santé primaires ; elle permet d'avoir accès aux communautés pour un certain nombre de questions autres que la vaccination. Ainsi, la vaccination peut contribuer considérablement à l'atteinte des objectifs de couverture sanitaire universelle. L'accès aux communautés nécessite cependant des approches intégrées pour que les communautés puissent faire confiance aux agents qui sont en première ligne, indépendamment du secteur et de l'organisme. Cela permet de minimiser les doubles-emplois et d'assurer la fourniture efficace des services qui répondent aux besoins de la communauté. Le rôle des CCI ou d'autres forums au niveau des pays est de coordonner les efforts des organismes nationaux et des partenaires internationaux en vue d'une utilisation efficace et efficace des ressources. Ces mécanismes de coordination devraient être élargis à des partenaires au-delà du secteur de la santé (parlementaires, autorités religieuses, organisations de la société civile) qui vont faciliter l'accès aux communautés et à d'autres parties prenantes, l'évaluation de la mise en oeuvre des politiques et plans, ainsi que le suivi des progrès réalisés par rapport aux cibles. Parallèlement, les approches utilisées pour renforcer les groupes consultatifs techniques nationaux sur les vaccinations devraient se poursuivre et leurs liens avec les CCI devraient être renforcés. Ces mécanismes peuvent aussi servir à l'élaboration d'un cadre politique favorable à l'évaluation et la révision des politiques, lois et règlements.

Délai pour l'élargissement des CCI à des partenaires au-delà du secteur de la santé : 2e trimestre 2018

Responsable : Les pays

e. Engagement de tous les partenaires à assurer l'alignement des plans et investissements sur les objectifs et recommandations du rapport d'examen à mi-parcours du PSRV.

Si les objectifs ne sont pas alignés sur les priorités de vaccination du PSRV, les cibles de ce dernier ne seront pas atteintes et un enfant sur cinq sur le continent continuera d'être privé de l'accès aux vaccins salvateurs. Le PSRV souligne les rôles et responsabilités des principaux groupes de parties prenantes, à savoir le gouvernement, les professionnels de la santé, les communautés, la société civile, l'ONU et autres organisations internationales, l'Alliance Gavi et autres partenaires au développement, les universitaires, les fabricants de vaccins, les médias, les prestataires privés des services de vaccination et les entreprises philanthropiques partenaires. Toutes ces parties prenantes devraient évaluer leurs plans et investissements à l'aune du PSRV, en tenant compte des recommandations de l'examen à mi-parcours de ce dernier, et en faisant en sorte que leurs activités et budgets soutiennent les objectifs du PSRV et les actions y relatives, présentées dans le présent rapport.

Délai pour aligner les plans et investissements sur les recommandations de l'examen à mi-parcours du PSRV : 2e trimestre 2018

Responsable : Tous les partenaires

Recommandation 2:

Définir des approches centrées sur les communautés et spécifiques aux pays pour améliorer l'équité en matière d'accès

a. Finalisation par l'OMS, en collaboration avec d'autres partenaires, d'une approche de soutien et de gestion des programmes de vaccination selon leur "niveau de maturité".

Étant donné que les difficultés auxquelles font face les pays diffèrent en fonction de leurs situations géopolitiques et de la solidité de leurs systèmes de santé et de vaccination, des approches uniformes vont sans doute donner lieu à une allocation inéquitable et inefficace des ressources. Le Bureau régional de l'OMS a lancé une initiative de développement d'un cadre d'appui qui détermine le niveau approprié de soutien en fonction des progrès et de la capacité d'un pays. Le comité recommande que cette approche soit finalisée, validée par les pays et rapidement mise en œuvre.

Délai : 1er trimestre 2018

Responsable : OMS

b. Renforcement par les pays de la mise en œuvre et du suivi de tous les cinq piliers de l'initiative

"Atteindre chaque district" (RED) au niveau communautaire avec des cibles à intégrer dans les plans nationaux. L'initiative RED est une stratégie de renforcement des capacités au niveau des districts pour faire face aux obstacles qui se dressent souvent à l'augmentation de la couverture vaccinale et de l'équité, avec un accent sur la planification et le suivi. Le guide de l'initiative RED a récemment été révisé et de nouvelles lignes directrices actualisées seront disponibles à la fin 2017. Le guide met l'accent sur cinq domaines importants et évolutifs pour l'exécution des programmes de vaccination sur le continent : (1) la réduction des inégalités dans la couverture vaccinale, (2) l'intégration des services de santé, (3) l'administration des vaccins au-delà de la petite enfance en utilisant l'approche portant sur l'ensemble de l'existence, et en menant des campagnes de vaccination à la suite de (4) l'urbanisation croissante et (5) d'une situation d'insécurité et de conflit. La mise en œuvre minutieuse de l'approche RED dans tous les districts ayant un taux de couverture inférieur à 90 % est recommandée. La priorité dans la mise en œuvre de l'initiative RED devrait être accordée aux trois grands pays qui affichent des performances médiocres (Éthiopie, Nigéria, République démocratique du Congo), tout en continuant de fournir un appui approprié aux pays fragiles et affectés par des conflits.

Délai pour renforcer la mise en œuvre et le suivi de l'initiative RED : en cours

Responsable : Les pays

c. Davantage de collaboration des pays avec les organisations de la société civile et les organisations communautaires pour encourager la responsabilité sociale et mettre l'accent sur l'incitation de la demande.

Les organisations de la société civile, les organisations communautaires, les groupes de jeunes, les associations féminines, les organisations travaillant avec les jeunes non scolarisés, les groupes religieux, etc. jouent tous un rôle moteur dans l'influence des comportements des communautés et peuvent contribuer à susciter la demande en matière de fourniture des services de vaccination de qualité. Les nouvelles technologies de vaccination, à l'instar du TT-Uniject (dispositif d'injection prérempli d'une dose unique de vaccin antitétanique) ou des patchs de vaccins biopuces, peuvent être déterminantes pour permettre aux travailleurs de la santé subalternes d'administrer des vaccins, surtout dans les zones où l'accès aux centres de santé est limité. Les activités proposées dans la Déclaration d'Addis-Abeba, notamment l'impératif pour les États de rendre et l'impact éventuel des dirigeants nationaux, sont renforcées.

Délai pour le renforcement de la collaboration avec les organisations de la société civile et les organisations communautaires : en cours

Responsable : Les pays

d. Réorientation ou amélioration par les pays de la gestion des vaccins sur la base des évaluations des causes fondamentales réalisées lors des évaluations de la gestion efficace des vaccins.

Les établissements et programmes de santé comptent sur l'efficacité et l'efficacé des chaînes d'approvisionnement pour le stockage, le transport et la distribution des produits et articles nécessaires aux soins de santé. Une chaîne d'approvisionnement efficace est un élément essentiel d'un programme de vaccination. Il est recommandé que les pays qui ont un programme de gestion efficace des vaccins de plus de trois ans, le renouvellent avant 2019 et que tous les pays mettent intégralement en œuvre les recommandations issues des plans d'amélioration de la gestion efficace des vaccins. Ces plans devraient veiller à ce que la chaîne du froid et les systèmes logistiques soient entretenus et maintenus au-delà de la réduction des activités du programme d'éradication de la poliomyélite.

Délai pour repenser et renforcer le programme de gestion efficace des vaccins : 2018-2019

Délai de mise en œuvre du Plan d'amélioration de la gestion efficace des vaccins : 2019/2020

Responsable : les pays

e. L'OMS, en collaboration avec les partenaires, s'assure que la vaccination fait partie des mécanismes de coordination des situations d'urgence et que les populations affectées par ces situations ont accès aux prix Gavi des vaccins et produits apparentés.

Le guide existant devrait être utilisé pour veiller à ce que la vaccination soit une partie intégrante des mécanismes de riposte urgente en situation de crise et que la période de relèvement d'après-crise soit minutieusement planifiée et intégrée dans les actions globales de reconstruction des systèmes de santé. Les actions de préparation et de riposte aux situations d'urgence devraient être soutenues en négociant la prorogation de l'accès aux prix préférentiels des vaccins pour les populations en situations d'urgence et de conflit, indépendamment de leur éligibilité à l'assistance de l'Alliance Gavi.

Délai : 2018

Responsable : OMS/Alliance Gavi

Recommandation 3:

Promouvoir une approche de couverture sanitaire universelle qui place la vaccination au centre des soins de santé primaire

a. Adoption par les pays d'une approche portant sur l'ensemble de la vie

Les pays dont les systèmes de santé et de vaccination ont atteint un certain niveau de maturité doivent adopter une approche portant sur l'ensemble de la vie, qui encourage l'intégration au-delà du système de santé, à l'instar de l'éducation, l'eau et assainissement, la nutrition, l'agriculture et le développement social. Des dossiers individuels et de famille devraient être mis au point, couvrant toutes les phases de l'existence et assortis d'un calendrier préétabli des visites et interventions médicales, y compris les vaccinations et autres services de santé. Les ressources financières et humaines devraient être mises ensemble pour en garantir une utilisation plus efficace et une meilleure prestation des services. L'intégration peut se faire entre le secteur de la santé et d'autres secteurs, par exemple en faisant de l'enregistrement des naissances en temps voulu une priorité³⁰, ou bien entre les programmes au sein du secteur de la santé, par exemple en utilisant des données de couverture spécifiques pour insister sur l'intégration avec les programmes de soins prénatals et de santé maternelle. Pour soutenir l'intégration à l'intérieur du secteur de la santé, le projet de guide OMS intitulé « Establishing a 2YL Healthy Child Visit » (Institution d'une visite de l'enfant en bonne santé au cours de la deuxième année de vie) doit être finalisé au plus tard en 2018 et mis en œuvre par les pays.

Délai : 2018 pour la finalisation de l'élaboration du guide « Establishing a 2YL Healthy Child Visit » ; 2019 pour l'adoption de l'approche portant sur la deuxième année de vie.

Responsable : l'OMS, les pays dont les systèmes de santé et de vaccination ont atteint un niveau de maturité suffisant.

b. Conduite par les pays des évaluations d'opportunités manquées et mise en oeuvre des plans qui en découlent.

Les évaluations d'opportunités de vaccination manquées sont utiles pour accroître de manière efficiente et efficace le niveau de couverture vaccinale, en fournissant des données factuelles pour la prise de décision en vue de l'amélioration de la couverture. Les pays sont encouragés à conduire ces évaluations et à en intégrer les résultats dans l'élaboration des microplans de l'initiative RED (voir la recommandation 2b) ; ceci permet de mieux harmoniser la fourniture des services de santé de tous les programmes.

Délai : 2018-2019

Responsable : les pays

Recommandation 4:

améliorer la disponibilité et l'utilisation des données de bonne qualité pour la prise de décision.

a. Soutien de l'OMS aux pays dans la définition de leurs besoins nationaux en matière d'information.

Les données renseignent les décisions et permettent que les programmes focalisent leurs activités sur les besoins à satisfaire. Dans le même temps, il existe des exigences en matière d'établissement de rapports et d'analyse aux niveaux régional et mondial. Les besoins en matière d'information varient selon les pays. À titre d'exemple, le besoin des pays dont le niveau de couverture et les systèmes sont faibles serait de mesurer le nombre absolu d'enfants vaccinés, sans une estimation du dénominateur, alors que les pays dont les systèmes sont solides auront besoin de plus de données détaillées au niveau des districts avec des numérateurs et des dénominateurs exacts. Les pays bénéficiant de l'appui de l'OMS devraient définir ces besoins en matière d'information par type d'utilisateur et par pays, en incluant les indicateurs de processus qui donnent des informations « en temps réel », afin de mieux renseigner la prise de décision, sans pour autant surcharger les systèmes de données et les ressources du pays.

Délai : 2018

Responsable : OMS

b. Mise en place par les pays des équipes responsables de la qualité des données.

La mise en place des équipes responsables de la qualité des données devrait être envisagée chaque fois que l'autoévaluation de la qualité des données indique la nécessité de procéder à des améliorations. Le guide de l'autoévaluation de la qualité des données est utilisé pour évaluer les différents aspects d'un système de suivi de la vaccination aux niveaux du district et du service de santé. Les équipes responsables de la qualité des données devraient être chargées de : la réalisation des autoévaluations de la qualité des données et des études de couverture (en cas de besoin) tous les trois à cinq ans ; la fourniture d'outils pour améliorer la qualité des données et des rapports ; la réalisation chaque année d'études documentaires de données et des évaluations périodiques approfondies de la qualité des données ; la contribution aux plans pluriannuels globaux, aux plans d'action des programmes élargis de vaccination et aux microplans ; la mise en oeuvre des plans d'amélioration de la qualité des données et leur alignement sur les systèmes plus généraux de gestion des informations sanitaires (par exemple le DHIS2) ; l'interprétation et l'utilisation appropriées des données pour la prise de décision.

Délai : 2019

Responsable : Les pays (le cas échéant)

c. Élaboration par les pays des modes opératoires normalisés pour la mise en oeuvre des systèmes de données interopérables.

L'interopérabilité, qui est la capacité de différents systèmes d'information de communiquer, d'échanger les données pertinentes et d'utiliser les informations échangées, est une opportunité essentielle de renforcer la collecte et l'utilisation de données dans les systèmes de santé, afin d'améliorer la prestation des services et d'identifier les opportunités d'intégration. Les pays dont les systèmes de santé et de vaccination ont atteint un niveau de maturité approprié sont encouragés à explorer davantage les moyens d'assurer l'interopérabilité de leurs systèmes de données, par exemple l'interopérabilité entre les systèmes des programmes élargis de vaccination et le système d'information sanitaire standard du district (DHIS2).

Délai : 2019

Responsable : Les pays (le cas échéant)

d. Renforcement par les pays de leurs systèmes de surveillance pour faire en sorte que les décisions concernant les politiques et les programmes soient prises sur la base de données actuelles, afin d'optimiser la performance et l'incidence desdits politiques et programmes.

Les pays doivent évaluer les forces de leurs systèmes de surveillance et rétablir, le cas échéant, la surveillance de manière plus coordonnée. La surveillance dans les pays devrait reposer sur le cadre de surveillance intégrée des maladies et la riposte, et devrait avoir un lien solide avec la surveillance des maladies évitables par la vaccination. La synergie entre les systèmes de surveillance devrait être mise en place et devrait comprendre les ressources humaines, les sites de déclaration, les systèmes de communication et de gestion des données, les réseaux, outils et méthodes de laboratoires. En outre, la stratégie post-certification de lutte contre la poliomyélite permettant de définir les fonctions de surveillance critiques devra être intégralement mise en oeuvre. Les tentatives pour accroître les capacités de diagnostic des laboratoires dans la Région doivent être renforcées. Les systèmes de surveillance devraient être davantage développés au moyen des nouvelles technologies, à l'instar des téléphones intelligents et des outils des systèmes d'information géographiques pour vérifier et valider les données à l'aide du géocodage.

Délai : 2019

Responsable : Les pays (le cas échéant)

e. Conduite par les pays de l'analyse des coûts et des besoins pour la surveillance des maladies évitables par la vaccination, et mise à disposition de budgets conséquents.

La surveillance des maladies évitables par la vaccination varie en fonction de la nature de la maladie à surveiller et des objectifs du programme de vaccination. L'OMS et les partenaires doivent définir un cadre conceptuel qui place la surveillance sensible des maladies au centre de la lutte contre les maladies évitables par la vaccination et de la certification de l'élimination. Ils doivent détailler les budgets nécessaires au soutien des activités de surveillance requises pour maintenir et soutenir une réponse rapide aux menaces prioritaires pour la santé publique après l'éradication de la poliomyélite, y compris les menaces grandissantes des résistances aux antimicrobiens. Un élément clé de l'évaluation est la compréhension au détail près, des contributions actuelles de l'initiative IMEP au financement des activités de surveillance des maladies évitables par la vaccination. Les pays devraient effectuer une analyse minutieuse des besoins en matière de surveillance à la lumière des normes OMS de surveillance des maladies évitables par la vaccination, et veiller à ce que des budgets nationaux suffisants soient mis à disposition, surtout concernant la surveillance renforcée et active des maladies évitables par la vaccination, respectivement au niveau des communautés et des établissements de santé, les moyens de soutien des laboratoires et l'adoption de nouvelles technologies.

Délai : 2019

Responsable : Les pays

L'enregistrement des naissances, enregistrement officiel de la naissance d'un enfant par le gouvernement, est considéré comme le «premier droit» d'un enfant, inscrit dans la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant et la Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant. Enfant. «Atteindre chaque quartier»

Recommandation 5:

impliquer de nouveaux acteurs et utiliser de nouvelles approches pour renforcer les capacités des ressources humaines

a. Orientation par l'OMS et les partenaires pour la définition des modèles de compétence, l'évaluation et l'élaboration des programmes de formation et l'utilisation d'une variété d'approches d'apprentissage en partenariat avec des institutions académiques.

Un certain nombre de parties prenantes sont engagés dans le processus d'élaboration des modèles de compétence pour les postes d'emploi de vaccination, d'évaluation et de préparation des programmes de formation, y compris le projet d'Initiative des compétences en matière de vaccination, soutenu par le Center for Disease Control des États-Unis d'Amérique. Ces activités peuvent aider les pays à identifier les lacunes éventuelles dans les compétences de leur personnel de vaccination. L'OMS, les partenaires et d'autres institutions doivent soutenir ces programmes de travail aux niveaux régional et national. De plus, l'OMS doit travailler en partenariat avec les institutions académiques régionales et mondiales pour mettre au point des programmes de formation en vaccinologie aux niveaux régional et sous-régional.

Délai : 2018

Responsable : OMS

b. L'OMS doit élaborer des lignes directrices pour la mise en place d'un système d'échange du personnel que les pays doivent appliquer en fonction de leurs besoins spécifiques.

Pour promouvoir l'échange d'expérience, encourager le partage de meilleures pratiques et pouvoir déployer des ressources supplémentaires formées là où le besoin se fait le plus sentir, l'OMS doit élaborer des lignes directrices pour un programme d'échange du personnel de PEV. Ces échanges devraient comprendre des programmes de mentorat structurés pour la formation en cours d'emploi et par les pairs.

Délai : 2018 pour l'élaboration du programme ; 2019 pour sa mise en oeuvre par les pays.

Responsable : OMS, et les pays (le cas échéant)

c. Mise en oeuvre ou amélioration par les pays des cadres de responsabilisation des travailleurs de la santé

L'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP) a préparé et piloté avec succès des cadres de responsabilisation pour les travailleurs de la santé dans des pays spécifiques. Ces cadres servent à la supervision et au soutien des travailleurs de première ligne dans le cadre du renforcement des capacités et pourraient servir de modèle à tous les programmes nationaux de vaccination.

Délai : 2019

Responsable : Les pays (le cas échéant)

Recommandation 6:

utiliser des instruments innovants pour maintenir les financements

a. Élaboration par les pays de plans de transition entièrement budgétisés pour l'initiative IMEP et l'Alliance Gavi

La Déclaration d'Addis-Abeba donne des lignes directrices claires pour soutenir le processus de transition proposé par l'initiative IMEP. La réduction progressive des activités de lutte contre la poliomyélite devrait servir de catalyseur à l'augmentation du soutien des gouvernements aux services de vaccination, y compris l'amélioration de la collaboration entre le ministère de la Santé et celui des Finances. L'initiative IMEP, l'Alliance Gavi, l'OMS, l'UNICEF et d'autres partenaires apportent leur soutien pour garantir la pérennité des financements et des moyens techniques des programmes de vaccination. En ayant à l'esprit l'objectif de viabilité financière et programmatique à long terme, les pays devraient tirer profit de ce soutien pour commencer à faire une estimation du coût total des activités de vaccination et identifier les sources éventuelles de financement internes, susceptibles de remplacer les financements extérieurs en baisse. Les plans devraient montrer une trajectoire raisonnable menant vers une autonomie totale des programmes nationaux de vaccination. Ainsi, les pays devraient envisager une variété de mécanismes de financement, notamment le soutien de philanthropes, le secteur privé, les contributions volontaires, les taxes spécifiques sur les activités dangereuses pour la santé, la levée de fonds lors d'événements spéciaux et le lancement des fonds de la santé ou de la vaccination.

Délai : 2018

Responsable : les pays ne devant plus bénéficier de l'appui de l'Alliance Gavi ou affectés par la

diminution progressive des activités de soutien de l'initiative IMEP Pour que les pays puissent estimer avec exactitude le coût total des activités de vaccination, le comité recommande que l'outil de calcul des coûts du plan pluriannuel global (cMYP) soit révisé et simplifié. De plus, les pays devraient améliorer le suivi des dépenses et renforcer le cadre de la fiche commune de déclaration et du système des comptes de la santé.

Délai de révision de l'outil de calcul des coûts du cMYP : 2018

Responsable : OMS

b. Identification par la Banque mondiale, la Banque africaine de développement et d'autres institutions financières des subventions à court terme et/ou des solutions de prêts-relais

La Banque mondiale, la Banque africaine de développement et/ou d'autres institutions financières devraient rendre disponibles des solutions de prêt-relais pour aider les pays à combler les déficits financiers dans les situations d'urgence, ou dans des accords prévus dans le cadre de la transition de l'Alliance Gavi et de la diminution progressive des activités de l'initiative IMEP. Cela devrait laisser assez de temps aux pays pour combler les déficits budgétaires temporaires à court terme, sans déroger au principe d'autofinancement, étant donné que les pays devront rembourser ces prêts. Un mécanisme axé sur les résultats peut être conçu, par lequel l'atteinte de cibles de couverture spécifiques aux niveaux national et infranational peut donner lieu à une réduction de la dette.

Délai : 2018

Responsable : Banque mondiale/Banque africaine de développement

c. Identification par la Banque mondiale, la Banque africaine de développement et/ou d'autres institutions financières des instruments financiers pour garantir la stabilité des flux de trésorerie

Souvent, les questions liées aux achats sont dues aux problèmes de disponibilité de liquidités à court terme. Pour minimiser de tels problèmes transitoires, la Banque mondiale, la Banque africaine de développement et/ou d'autres institutions financières devraient aider les ministères des Finances des pays à atténuer les problèmes d'approvisionnement liés à la disponibilité de liquidités au plan national. Cela implique d'assurer la stabilité des flux de trésorerie et, si nécessaire, de financer les dépenses du pays afin de garantir la disponibilité continue des vaccins et des produits. Les mécanismes d'achats groupés pour des sous-ensembles de pays devraient être davantage explorés et harmonisés, par exemple les discussions en cours sur l'achat des médicaments au sein de la Communauté de développement de l'Afrique australe (SADC), afin de fournir d'autres opportunités d'accès aux circuits d'approvisionnement.

Délai : 2018

Responsable : Banque mondiale/Banque africaine de développement

Annexe A. Résumé des progrès des pays par rapport aux objectifs stratégiques et aux orientations stratégiques

STRATEGIC OBJECTIVES:

Strategic Objective 1: To improve immunization coverage beyond the current levels

No.	2016 - 2017 milestone	Status	Countries which have achieved milestone
SO 1.1	Coverage of Pentavalent 3 and MCV1 vaccines will have reached 90% nationally in at least 25 countries.	16/25	Algeria, Botswana, Burundi, Cabo Verde, Comores, Eritrea, Gambia, Lesotho, Mauritius, Rwanda, Sao Tome and Principe, Senegal, Seychelles, Tanzania, Zambia, Zimbabwe
SO 1.2	40 countries will have introduced the pneumococcal conjugate vaccine (PCV)	39/40	Countries not yet introduced: Cabo Verde, Chad, Comores, Equatorial Guinea, Seychelles, South Sudan
SO 1.3	30 countries will have introduced the rotavirus vaccine	32/30	Countries not yet introduced: Algeria, Benin, Cabo Verde, CAR, Chad, Comores, DRC, Equatorial Guinea, Gabon, Guinea, Lesotho, Nigeria, Seychelles, South Sudan, Uganda
SO 1.4	25 countries will have introduced the HPV vaccine	6/25	Botswana, Mauritius, Rwanda, Seychelles, South Africa, Uganda
SO 1.5	25 countries will regularly report AEFI of at least 10/100,000 surviving infants, and at least 50% of these events will be investigated and reported to national authorities within 2 weeks of occurrence	22/25	Algeria, Botswana, Burkina Faso, Cameroon, CAR, Comores, Côte d'Ivoire, Eritrea, Gambia, Ghana, Guinea-Bissau, Namibia, Nigeria, DRC, Rwanda, Sao Tome and Principe, Senegal, Sierra Leone, South Africa, Swaziland, Tanzania, Togo
SO 1.6	Fewer than 10 countries will be reporting one or more stock-outs of vaccines or supplies lasting more than one week	16/47	Angola, Burkina Faso, Chad, DRC, Swaziland, Togo, Tanzania, Zimbabwe, Mali, Mauritius, South Africa, Botswana, Lesotho, Kenya
SO 1.7	40 countries will have a NITAG	23/40	Algeria, Benin, Burkina Faso, Cameroon, Côte d'Ivoire, DRC, Eritrea, Ethiopia, Kenya, Malawi, Mali, Mozambique, Niger, Nigeria, Senegal, South Africa, South Sudan, Swaziland, Togo, Uganda, Tanzania, Zambia, Zimbabwe
SO 1.8	At least 25 countries will have a functioning NRA	N/A	

Strategic Objective 2: To complete the interruption of wild poliovirus transmission and ensure virus containment

No.	2016 - 2017 milestone	Status	Countries which have achieved milestone
SO 2.1	All countries will have implemented measures for containment of wild polioviruses and cVDPVs	40/47	Countries which have not reported satisfactorily on containment: Mauritania, Chad, Niger, Nigeria, Cameroon, CAR, Mozambique
SO 2.2	All countries using OPV will have introduced at least one dose of IPV	34/47	Countries which have not introduced: Angola, Burkina Faso, Cabo Verde, Eritrea, Ghana, Liberia, Malawi, Rwanda, Sierra Leone, Togo, Tanzania, Zambia, Zimbabwe
SO 2.3	OPV type 2 will have been withdrawn	47/47	All
SO 2.4	At least 10% annual increase in DTP3 coverage will be achieved in 80% of the high-risk districts for all 6 focus countries	0/6	Focus countries: Angola, Chad, DRC, Ethiopia, Nigeria and South Sudan

Strategic Objective 3: To eliminate measles and advocate for the elimination of rubella and congenital rubella syndrome

No.	2016 - 2017 milestone	Status	Countries which have achieved milestone
SO 3.1	MCV1 coverage will have reached at least 95% nationally in at least 25 countries	6/25	Botswana, Comores, Gambia, Rwanda, Seychelles, Zimbabwe
SO 3.2	MCV1 SIA coverage will be at least 95% in every district	4/42 SIAs	Burkina Faso, Malawi, Sao Tome and Principe, Zimbabwe
SO 3.3	At least 15 countries will have introduced the rubella-containing vaccine in routine EPI	20/15	Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroon, Cape Verde, Eritrea, Gambia, Ghana, Kenya, Lesotho, Malawi, Mauritius, Namibia, Rwanda, Senegal, Seychelles, Swaziland, Tanzania, Zambia, Zimbabwe
SO 3.4	At least 28 countries will have introduced the MCV2 vaccine in routine EPI	26/28	Algeria, Angola, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Eritrea, Gambia, Ghana, Kenya, Lesotho, Malawi, Mauritius, Mozambique, Namibia, Niger, Rwanda, Sao Tome and Principe, Senegal, Seychelles, Sierra Leone, South Africa, Swaziland, Tanzania, Zambia, Zimbabwe

Strategic Objective 4: To attain and maintain elimination/control of other vaccine preventable diseases

No.	2016 - 2017 milestone	Status	Countries which have achieved milestone
SO 4.1	42 countries will have achieved and validated the elimination of maternal and neonatal tetanus	38/42	Countries which have not achieved milestone: Angola, CAR, Chad, DRC, Guinea, Kenya, Mali, Nigeria, South Sudan
SO 4.2	31 countries at risk for yellow fever will have introduced the yellow fever vaccine, and 10 countries will have achieved more than 90% coverage with the vaccine	22/31 introduced 1/10 >90% coverage	Angola, Benin, Burkina Faso, Cameroon, CAR, Chad, Congo, Côte d'Ivoire, DRC, Gabon, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Kenya, Liberia, Mali, Niger, Senegal, Sierra Leone, Togo
SO 4.3	All countries within the meningitis belt will have introduced MenAfriVAC [®] through campaigns and 5 of them will have introduced through routine immunization	20/25 4/5	<i>Campaign:</i> Benin, Burkina Faso, Cameroon, CAR, Chad, Côte d'Ivoire, DRC, Ethiopia, Mali, Niger, Nigeria, Gambia, Guinea, Guinea-Bissau, Ghana, Mauritania, Uganda, Senegal, South Sudan and Togo <i>Routine:</i> Burkina Faso, CAR, Chad, Ghana, Mali, Niger
SO 4.4	Sero-prevalence of HbsAg among children under five will not be higher than 2% in at least 20 countries	Data not available	

STRATEGIC DIRECTIONS:

Strategic Direction 1: All countries commit to Immunization as a priority

No.	2016 - 2017 milestone	Status	Countries which have achieved milestone
SD 1.1	Population-based surveys will indicate the public perception of the value of immunization as positive for 70% of those surveyed	On track	Nigeria, Angola, Kenya, sub-Saharan Africa, Malawi, Chad, DRC
SD 1.2	25 countries will have completed a review of their policies, laws, and regulations in support of immunization	15/25	Angola, Benin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroon, Comores, Guinea, Malawi, Niger, Nigeria, Madagascar, Seychelles, Swaziland, Uganda
SD 1.3	At least 35 countries will have constituted a national stakeholder consultation forum on immunization	3/35	Benin, Guinea, Niger
SD 1.4	All countries will have conducted a mid-term review of their accomplishments, shortcomings, and evolving needs and capacity, and adjusted their multi-year plans accordingly.	41/47	Chad, CAR, Gabon, DRC, Burundi, Cameroon, Sao Tome, Ghana, Guinea, Liberia, Togo, Comores, Uganda, Madagascar, Mauritius, Angola, Congo, Benin, Burkina Faso, Cape Verde, Côte d'Ivoire, Gambia, Mauritania, Niger, Rwanda, Tanzania, Malawi, Lesotho, Zambia, Equatorial Guinea, Mali, Senegal, Guinea Bissau, Botswana, Eritrea, Mozambique, Namibia, Seychelles, Swaziland, South Sudan, Zimbabwe

Strategic Direction 2: Individuals and communities understand the value of vaccines and demand immunization as both their right and responsibility

No.	2016 - 2017 milestone	Status	Countries which have achieved milestone
SD 2.1	A strategy for stimulating community demand for immunization will have been developed, implemented and tested in 10 countries	9/10	Chad, Cape Verde, CAR, DRC, Equatorial Guinea, Guinea Bissau, Mali, Niger, Sierra Leone
SD 2.2	Trends in community demand for immunization will have been evaluated in at least 10 countries where focused projects will have been implemented	No data	

Strategic Direction 3: The benefits of immunization are equitably extended to all people

No.	2016 - 2017 milestone	Status	Countries which have achieved milestone
SD 3.1	35 countries will have developed and implemented a microplanning approach to reach every community and every individual eligible for immunization	34 countries have microplans in all districts; 5 countries with microplans in <50% of districts	Countries which did not reach milestone: Benin, Equatorial Guinea, Gabon, Guinea-Bissau, Kenya, Mauritius, Mozambique, Namibia, Niger, South Africa, South Sudan, Uganda, Tanzania
SD 3.2	Immunization strategies in 35 countries will have incorporated specific approaches to reach new eligible populations such as older children, adolescents, young adults and the elderly	Possibly on track in terms of process with 26 MCV2, 20 MenA, 6 HPV introductions	MCV: Algeria, Angola, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Eritrea, Gambia, Ghana, Kenya, Lesotho, Malawi, Mauritius, Mozambique, Namibia, Niger, Rwanda, Sao Tome and Principe, Senegal, Seychelles, Sierra Leone, South Africa, Swaziland, Tanzania, Zambia, Zimbabwe MenA: Benin, Burkina Faso, Cameroon, CAR, Chad, Côte d'Ivoire, DRC, Ethiopia, Mali, Niger, Nigeria, Gambia, Guinea, Guinea-Bissau, Ghana, Mauritania, Uganda, Senegal, South Sudan and Togo HPV: Botswana, Mauritius, Namibia, Seychelles, South Africa, Uganda

Strategic Direction 4: Strong immunization systems are an integral part of a well-functioning health system

No.	2016 - 2017 milestone	Status	Countries which have achieved milestone
SD 4.1	20 countries will have formulated plans to curb the burden of disease through comprehensive approaches in which immunization will or will be expected to soon play a pivotal role	No data	
SD 4.2	On the basis of experience and lessons learned, 20 countries will have developed and adopted microplanning for integrated services supporting primary health care, including outreach options and the deployment of appropriate human, financial and logistic resources	No data	
SD 4.3	All countries will have conducted a mid-term assessment of their surveillance systems, including the ease of access to and performance of laboratory services, and taken corrective action as appropriate	27/47	Angola, Benin, Botswana, Cabo Verde, Cameroon, Côte d'Ivoire, Equatorial Guinea, Eritrea, Gambia, Ghana, Guinea-Bissau, Lesotho, Liberia, Malawi, Mali, Namibia, Nigeria, Rwanda, Seychelles, Sierra Leone, South Africa, South Sudan, Togo, Uganda, Tanzania, Zambia, Zimbabwe
SD 4.4	30 countries will have established an effective case-based surveillance system for vaccine preventable diseases	36/30	Angola, Benin, Botswana, Burundi, Cameroon, CAR, Chad, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Eritrea, Ethiopia, Gambia, Ghana, Guinea, Kenya, Lesotho, Liberia, Madagascar, Malawi, Mali, Mozambique, Namibia, Niger, Nigeria, Rwanda, Senegal, Sierra Leone, South Africa, South Sudan, Swaziland, Togo, Uganda, Tanzania, Zambia, Zimbabwe

Strategic Direction 5: Immunization programs have sustainable access to long-term funding and quality supplies

No.	2016 - 2017 milestone	Status	Countries which have achieved milestone
SD 5.1	All countries will have re-examined their expenditures, projected financial needs and funding prospects and adjusted their plans accordingly	41/47	Chad, CAR, Gabon, DRC, Burundi, Cameroon, Sao Tome, Ghana, Guinea, Liberia, Togo, Comores, Uganda, Madagascar, Mauritius, Angola, Congo, Benin, Burkina Faso, Cape Verde, Côte d'Ivoire, Gambia, Mauritania, Niger, Rwanda, Tanzania, Malawi, Lesotho, Zambia, Equatorial Guinea, Mali, Senegal, Guinea-Bissau, Botswana, Eritrea, Mozambique, Namibia, Seychelles, Swaziland, South Sudan, Zimbabwe
SD 5.2	35 countries will have conducted a supply management assessment for the procurement of vaccines and other supplies; the capacity and performance of the cold chain; the needs, availability, deployment and maintenance of transportation equipment; and communication means	32/35	Countries which did not conduct assessment: Algeria, Benin, Burkina Faso, Cameroon, Equatorial Guinea, Eritrea, Ethiopia, Gabon, Kenya, Mauritius, Seychelles, Sierra Leone, South Africa, South Sudan, Swaziland

Strategic Direction 6: Country and regional communication, research and development innovations maximise the benefits of immunization

No.	2016 - 2017 milestone	Status	Countries which have achieved milestone
SD 6.1	At least 35 countries will have incorporated in their cMYPs an agenda for implementation research on immunization drawn up in consultation with national scientific and technical professionals, health practitioners, academics, partner organizations and members of civil society	2/35	Swaziland, Uganda
SD 6.2	Outcomes in 10 countries from assessment and implementation research on methods to improve the quality and timely use of administrative and epidemiological data, and the expanded use of communication, monitoring and evaluation methods and technology will have resulted in a plan for improving data quality in those countries and regionally	10/10	Benin, Burkina Faso, Cameroon, Ghana, Kenya, Mali, Nigeria, Swaziland, Tanzania, Zimbabwe

Annexe B Résumé des recommandations, des actions à mener et des institutions responsables

Rec.	Action	Responsible	2018		2019	2020	
			Q1 - Q2	Q3 - Q4			
1	a. WHO to establish an ADI Secretariat to monitor implementation of the ADI roadmap ADI Secretariat to report on status of implementation to Heads of State every 2 years	WHO ADI Secretariat					
	b. WHO to convene an ADI stakeholder group ADI stakeholder scorecard designed ADI stakeholder group to be jointly accountable for the RSPI MTR recommendations	WHO ADI Secretariat ADI Stakeholder Group					
	c. WHO to identify a regional 'face' of immunization "Face" of immunization launched throughout the region	WHO WHO					
	d. Country ICC mechanisms to expand to include partners beyond the health sector	Country					
	e. Partners to review plans and investments to ensure alignment with RSPI MTR recommendations	All Partners					
	2	a. WHO to finalize an approach to supporting and managing immunization programs according to their "level of maturity"	WHO				
		b. Countries to strengthen implementation and monitoring of all five pillars of RED at the community level with targets to be included in country plans	Country				
		c. Countries to further engage CSOs and community-based organizations to encourage social accountability and focus on demand creation	Country				
		d. Countries to re-design/strengthen EVM Countries to implement EVMIP	Country Country				
		e. WHO to ensure immunization is part of emergency coordinating mechanisms WHO to ensure Gavi vaccine prices for populations affected by emergencies	WHO WHO, Gavi				
3	a. WHO to finalise "Establishing a 2YL Healthy Child Visit" guidelines Individual/family health records, across the life-course, to be designed and implemented Countries to adopt a life-course approach	WHO WHO Country					
	b. Countries to conduct missed opportunity assessments and implement resulting improvement plans	Country					
	a. WHO to define information requirements per country	WHO					
	b. Countries to establish Data Quality Teams	Country					
4	c. Countries to perform DQAs Countries to develop SOPs for implementation of interoperable data systems	Country Country					
	d. Countries to strengthen surveillance systems	Country					
	e. Countries to perform costing/needs analysis for VPD surveillance and ensure sufficient domestic budget.	Country					
	f. WHO to strengthen the process for documentation and dissemination of best practice sharing and peer review across multiple areas including decision support technologies	WHO					
	5	a. WHO to provide guidance on defining competency models, assessing and developing training curricula and using a variety of learning approaches in partnership with academic institutions WHO to schedule sub-regional vaccinology trainings	WHO WHO				
		b. WHO to develop guidelines for a system of exchange secondments	WHO				
c. Countries to implement the system of exchange secondments		Country					
d. Countries to implement or scale-up accountability frameworks for health workers		Country					
6	a. Countries to establish fully budgeted transitions plans (from Gavi and GPEI) WHO to simplify cMYP	Country WHO					
	b. World Bank/African Development Bank to identify short-term bridging loans solutions	World Bank/ADB					
	c. World Bank/African Development Bank to identify financial instruments to ensure cash flow stability	World Bank/ADB					

Annexe C. Analyse des causes fondamentales

Accessible sur le site <http://www.afro.who.int/health-topics/immunization-and-vaccinesdevelopment>

Annexe D. Étude documentaire du PSRV et des données y afférentes présentées au comité d'examen à mi-parcours.

Accessible sur le site <http://www.afro.who.int/health-topics/immunization-and-vaccinesdevelopment>

