

COMITÉ RÉGIONAL DE L'AFRIQUE

ORIGINAL : ANGLAIS

Soixante et onzième session
Réunion virtuelle, 24-26 août 2021

Point 10 de l'ordre du jour

**CADRE POUR LA MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME DE VACCINATION 2030
DANS LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS**

Rapport du Secrétariat

RÉSUMÉ D'ORIENTATION

1. Les maladies à prévention vaccinale restent une menace majeure en Afrique, car plus de 30 millions d'enfants de moins de cinq ans en souffrent chaque année sur ce continent. Si l'Afrique a enregistré des progrès remarquables en matière d'accès à la vaccination, la couverture par la troisième dose du vaccin contenant des valences diphtérie-tétanos-coqueluche (DTC3) et par la première dose du vaccin contenant une valence rougeole (VAR1) est toujours largement inférieure à la cible fixée pour 2019. D'où la nécessité d'un investissement continu et ciblé dans la vaccination comme dans les soins de santé primaires, étant entendu que l'investissement dans la vaccination renforce les systèmes de santé et fait progresser la couverture sanitaire universelle.
2. La couverture vaccinale dans la Région africaine accuse un certain retard par rapport à la cible de 90 % fixée dans le Plan stratégique régional pour la vaccination 2014-2020. En effet, entre 2013 et 2019, la couverture vaccinale par le DTC3 est passée de 70 % pour s'établir à 74 %, tandis que la couverture par la première dose du vaccin contenant une valence rougeole a diminué, passant de 70 % à 69 %. À l'exception de la certification de la Région comme étant exempte de poliovirus sauvage, aucun des objectifs d'élimination de la maladie n'a été atteint. La Région recense désormais près de 7,3 millions d'enfants « zéro dose », dont 86 % vivent dans 10 États Membres. L'apparition de la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) et la perturbation des services de santé essentiels qui a suivi ont aggravé la situation de la prestation des services de vaccination essentiels. Plusieurs campagnes de vaccination ont été reportées, tout comme l'introduction de nouveaux vaccins.
3. Le présent cadre régional pour la mise en œuvre du programme de vaccination 2030 dans la Région africaine a été élaboré à l'issue d'un processus de consultation rigoureux. L'élaboration du cadre était fondée sur la vision mondiale et s'inscrit en droite ligne de la résolution que le Comité régional a adoptée sur la couverture sanitaire universelle. Le cadre tient également compte des effets de la COVID-19, des enseignements tirés de la riposte à la pandémie et des interruptions de service induites par cette maladie.
4. Le cadre régional pour la mise en œuvre du programme de vaccination 2030 traduit la vision d'une Région où chaque individu, partout et à tout âge, bénéficie pleinement des vaccins requis pour sa santé et son bien-être. Cette vision a pour points d'ancrage la situation actuelle de la vaccination et ses enjeux dans la Région. On peut notamment citer la couverture sous-optimale des principaux antigènes, les avancées prometteuses dans l'introduction de nouveaux vaccins et les progrès réalisés vers l'atteinte

des cibles d'élimination et d'éradication des maladies. Le cadre régional vise à atteindre les cibles principales d'ici à 2030 en surmontant les écueils systémiques de la vaccination au niveau des soins de santé primaires. Il reconnaît les effets potentiels que les transitions démographiques, les déplacements de population et le changement climatique peuvent avoir sur l'épidémiologie des maladies à prévention vaccinale et la couverture par la vaccination. L'ambition est par conséquent de pallier l'inadéquation de la préparation lors de la riposte aux flambées de maladies à prévention vaccinale tout en surmontant la réticence croissante à l'égard de la vaccination dans la Région.

5. Le cadre régional donne la priorité aux interventions stratégiques de base au niveau du système pour atteindre l'objectif qui consiste à ne laisser personne de côté et à garantir l'accès universel à la vaccination. Ces actions comprennent le renforcement des systèmes de santé, la mise en place d'un leadership politique et communautaire optimal, l'optimisation de la prestation de services afin de cibler les enfants « zéro dose » et sous-vaccinés, et l'amélioration des systèmes de données pour la prise de décisions. En outre, les principales mesures proposées sont, entre autres, l'édification de systèmes de vaccination résilients et le renforcement des capacités en matière de logistique, de réglementation, de contrôle de l'innocuité et de fabrication locale des vaccins.

6. Le Comité régional a examiné et adopté les interventions et actions prioritaires proposées dans le présent cadre.

SOMMAIRE

Paragraphe

INTRODUCTION	1-5
SITUATION ACTUELLE.....	6-13
ENJEUX ET DÉFIS	14-20
VISION, BUTS, OBJECTIFS, CIBLES ET ÉTAPES INTERMÉDIAIRES.....	21-25
PRINCIPES FONDAMENTAUX.....	26-32
INTERVENTIONS ET MESURES PRIORITAIRES	33-47
MESURES PRISES PAR LE COMITÉ RÉGIONAL.....	48

ACRONYMES ET SIGLES

ADI	Déclaration d'Addis Abeba sur la vaccination
COVID-19	maladie à coronavirus 2019
CSU	couverture sanitaire universelle
DTC	vaccin antidiphtérique-antitétanique-anticoquelucheux
DTC3	troisième dose de vaccin contenant des valences diphtérie, tétanos et coqueluche
Gavi	Gavi, l'Alliance du vaccin
GTCV	groupe technique consultatif national sur la vaccination
GVAP	Plan d'action mondial pour les vaccins
IA2030	Programme de vaccination 2030
IMEP	Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite
MAPI	manifestations postvaccinales indésirables
VAR1	première dose de vaccin contenant une valence rougeole
VAR2	deuxième dose de vaccin contenant une valence rougeole
ODD	objectifs de développement durable
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PEV	programme élargi de vaccination
PVDVc	poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale
PVH	papillomavirus humain
PVS	poliovirus sauvage
RCV	vaccin à valence rubéole
RSPI	Plan stratégique régional pour la vaccination
SARS-CoV-2	coronavirus 2 du syndrome respiratoire aigu sévère
SSP	soins de santé primaires
TMN	tétanos maternel et néonatal
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
VPC	vaccin antipneumococcique conjugué
VPD	maladie à prévention vaccinale
WHA	Assemblée mondiale de la Santé

INTRODUCTION

1. La vaccination est l'une des interventions de santé publique les plus rentables. Plus de 30 millions d'enfants de moins de cinq ans souffrent de maladies à prévention vaccinale chaque année en Afrique.¹ Plus d'un demi-million de ces enfants décèdent chaque année des suites d'une maladie que l'on aurait pu éviter par la vaccination, ce qui représente 58 % de la mortalité mondiale totale due aux maladies à prévention vaccinale.²

2. Malgré l'introduction de nouveaux vaccins et les modestes améliorations enregistrées entre 2013 et 2019, la couverture reste inférieure à la cible fixée à 90 %. La plupart des objectifs régionaux de vaccination énoncés aussi bien dans le Plan d'action mondial pour les vaccins 2011-2020 que dans le Plan stratégique régional pour la vaccination³ 2014-2020 n'ont pas été atteints.

3. La pandémie de COVID-19 et la sollicitation à l'excès des capacités des services de santé qui en découle ont perturbé les services de vaccination systématique. Cette interruption pourrait se poursuivre du fait de la réaffectation d'agents de santé au déploiement de vaccins contre la COVID-19, ce qui ne manquera pas de retarder encore plus l'atteinte des objectifs de vaccination. Or, les investissements réalisés pour renforcer les services de vaccination intégrés aux soins de santé primaires permettront d'accroître la résilience lorsque les pics pandémiques vont se résorber et que les vaccins contre la COVID-19 auront été déployés à une plus grande échelle. Le présent cadre régional aborde directement les problèmes posés par la pandémie de COVID-19 et par d'autres urgences de santé publique, et tire profit des opportunités qui se créent pour renforcer les systèmes de santé après la pandémie.

4. Le programme de vaccination 2030 est une stratégie mondiale de vaccination approuvée par les États Membres en août 2020 lors de la Soixante-Treizième Assemblée mondiale de la Santé, qui s'inscrit dans le cadre d'un engagement pris aux niveaux mondial et régional de progresser vers la couverture sanitaire universelle.⁴ Le programme de vaccination 2030 a été élaboré grâce aux contributions élargies d'États Membres, d'organisations de la société civile, de la communauté scientifique et de partenaires chargés de la prestation des activités de vaccination. Ancré sur les points forts et les enseignements tirés aussi bien du Plan d'action mondial pour les vaccins que du Plan stratégique régional pour la vaccination, le programme de vaccination 2030 privilégie les besoins, les perspectives et les nouvelles priorités des États Membres.

5. Le présent cadre régional définit les aspects relatifs à la mise en œuvre du programme de vaccination 2030 tels qu'ils s'appliquent à la Région africaine. Il fournit la base à l'aune de laquelle le succès de cette mise en œuvre devra être évalué.

SITUATION ACTUELLE

6. **La couverture vaccinale avant la COVID-19.** En 2019, la couverture par la troisième dose du vaccin contenant des valences diphtérie-tétanos-coqueluche et par la première dose du vaccin contenant une valence rougeole était de 74 % et de 69 %, respectivement. La couverture vaccinale

¹ World Health Organization (2019). Investment case for vaccine-preventable disease surveillance in the African Region 2020-2030. Geneva: World Health Organization (disponible à l'adresse <https://www.afro.who.int/publications/investment-case-vaccine-preventable-diseases-surveillance-african-region-2020-2030>, consulté le 3 mars 2021).

² WHO Regional Office for Africa (2018). Immunization Business Case for Africa. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa (disponible à l'adresse <https://www.afro.who.int/publications/business-case-who-immunization-activities-african-continent-2018-2030>, consulté le 4 mars 2021).

³ World Health Organization (2019). Global Vaccine Action Plan 2011-2020; SAGE working group report. Geneva: World Health Organization.

⁴ Assemblée mondiale de la Santé (2020). Décision WHA73(9) sur le programme de vaccination 2030. Genève, Organisation mondiale de la Santé.

pour les deux antigènes était de 70 % en 2013. Dix-neuf États Membres⁵ avaient atteint la cible fixée dans le Plan stratégique régional pour la vaccination, à savoir une couverture de 90 % par le DTC3. Quinze États Membres⁶ avaient atteint la cible de 90 % de couverture par le VAR1. En 2019, on estimait à 7,3 millions le nombre d'enfants « zéro dose », dont 86 % vivent dans 10 États Membres.⁷

7. **La couverture vaccinale pendant la pandémie de COVID-19.** Les États Membres ont signalé des perturbations des services de vaccination avec une baisse du nombre de doses moyennes mensuelles administrées dans 13 des 15 États Membres⁸ évalués. Cette situation a eu un très grand impact sur les services de vaccination fixes et de proximité. Les activités de vaccination supplémentaires et l'introduction de nouveaux vaccins ont également été reportées. Cependant, tous les États Membres ont commencé par la suite à mener des activités de rattrapage afin d'améliorer leurs résultats.

8. **L'introduction de nouveaux vaccins.** À la fin de 2019, tous les États Membres, sauf sept,⁹ avaient introduit le vaccin antipneumococcique conjugué dans leurs calendriers de vaccination, et le vaccin antirotavirus avait été introduit dans tous les États Membres, à l'exception de huit d'entre eux.¹⁰ Quinze¹¹ des 47 États Membres avaient introduit le vaccin contre le papillomavirus humain et 14 États Membres¹² avaient introduit la dose de naissance du vaccin anti-hépatite B. À la fin de 2019, à l'exception de l'Éthiopie, de l'Ouganda et du Soudan du Sud, tous les pays à haut risque de fièvre jaune avaient introduit la vaccination systématique contre la fièvre jaune au niveau national.

9. **L'introduction des vaccins contre la COVID-19.** Le déploiement des vaccins contre la COVID-19 donne la priorité aux populations adultes à haut risque. Cette forte population est hors de portée des stratégies classiques de prestation de soins de santé primaires dont les cibles vont des nourrissons jusqu'aux adolescents. En vue d'atteindre une couverture plus élevée, il convient de tirer parti des investissements dans les systèmes de données, de favoriser la participation des communautés, de promouvoir la vaccination axée sur toutes les étapes de la vie et de doter les équipes sanitaires de district des moyens d'action nécessaires. Cela permettra d'étendre les forces des systèmes existants pour répondre aux priorités stratégiques énoncées dans le programme de vaccination 2030.

10. **Le programme de mise en œuvre du vaccin antipaludique.** Le projet pilote de mise en œuvre de la vaccination antipaludique par le RTS,S/AS01 a été lancé au Ghana, au Kenya et au Malawi en 2019. Environ 360 000 enfants ont été vaccinés par an au titre de ce projet pilote¹³ dans les trois pays concernés, et des données factuelles ont accumulées afin d'éclairer les décisions à prendre concernant l'utilisation ultérieure de ce nouveau vaccin partout en Afrique.

⁵ Algérie, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Comores, Érythrée, Eswatini, Ghana, Kenya, Malawi, Maurice, Ouganda, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone et Zimbabwe.

⁶ Botswana, Burundi, Cabo Verde, Comores, Érythrée, Ghana, Lesotho, Malawi, Maurice, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone et Zambie.

⁷ Afrique du Sud, Angola, Cameroun, Éthiopie, Guinée, Nigéria, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Soudan du Sud et Tchad.

⁸ **Baisse** : Angola, Burundi, Érythrée, Gabon, Ghana, Guinée, Kenya, Nigéria, République centrafricaine, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal et Soudan du Sud. **Aucune baisse** : République démocratique du Congo et Tchad.

⁹ Cabo Verde, Comores, Guinée équatoriale, Gabon, Guinée, Soudan du Sud et Tchad.

¹⁰ Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Gabon, Guinée, Niger, Sénégal et Soudan du Sud.

¹¹ Afrique du Sud, Botswana, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Gambie, Kenya, Libéria, Malawi, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal, Seychelles, Zambie et Zimbabwe.

¹² Algérie, Angola, Bénin, Botswana, Cabo Verde, Côte d'Ivoire, Gambie, Guinée équatoriale, Maurice, Mauritanie, Namibie, Nigéria, Sao Tomé-et-Principe et Sénégal.

¹³ Organisation mondiale de la Santé (2020). Programme de mise en œuvre du vaccin antipaludique. Genève, Organisation mondiale de la Santé (disponible à l'adresse <https://www.who.int/fr/news-room/q-a-detail/malaria-vaccine-implementation-programme>, consulté le 4 mars 2021).

11. **L'élimination de la rougeole, de la rubéole et du tétanos maternel et néonatal.** Outre la baisse de la couverture du VAR1 due à la pandémie de COVID-19, le niveau de couverture régionale par la deuxième dose du vaccin contenant une valence rougeole est très faible, à 33 %. Vingt-neuf États Membres¹⁴ ont introduit le vaccin contenant une valence rubéole. À la fin de 2019, tous les États Membres, sauf six,¹⁵ avaient validé l'élimination du tétanos maternel et néonatal au niveau national.

12. **L'éradication de la poliomyélite.** En août 2020, la Région a été certifiée comme ayant interrompu la circulation du poliovirus sauvage autochtone. Au cours de l'année écoulée, la Région a noté une recrudescence du poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 dans 13 États Membres.¹⁶ La lutte contre ces flambées passe par des campagnes de vaccination de masse ciblées qui viennent compléter les efforts faits pour renforcer les services de soins de santé primaires.

13. **L'élimination de la méningite à méningocoques.** Depuis 2010, en tout 23 États Membres¹⁷ de la ceinture de la méningite ont mené des campagnes de vaccination à l'aide du MenAfriVac. À la suite de ces campagnes, la méningite à méningocoques du groupe A a été quasiment éliminée dans la Région. Actuellement, le vaccin contre la méningite A a été introduit dans les programmes de vaccination systématique de 11 États Membres¹⁸ de la ceinture africaine de la méningite.

ENJEUX ET DÉFIS

14. **Des problèmes systémiques.** Les problèmes qui se posent à l'échelle du système ne sont pas de nature à favoriser la pérennité de la couverture vaccinale dans la Région. Ces problèmes comprennent le manque d'infrastructures adaptées, la pénurie de ressources humaines qualifiées et la faiblesse des systèmes de chaîne d'approvisionnement. En outre, le financement de la vaccination reste largement tributaire de la bonne volonté des donateurs, le financement mobilisé par les États Membres n'étant pas suffisant. Ces problèmes ont été exacerbés par la pandémie de COVID-19 et la situation pourrait empirer à cause des exigences intenses liées au déploiement des vaccins anti-COVID-19. Un autre défi réside dans les limites rencontrées par les équipes de santé de district pour adapter la vaccination contre la COVID-19 et les autres services de soins de santé primaires aux besoins des communautés, ce qui les empêche de trouver une solution à ces problèmes systémiques.

15. **L'accès limité aux services.** La mise à disposition de services de vaccination aux populations difficiles à atteindre et marginalisées reste un défi majeur. Les personnes vivant dans des zones reculées, en zone rurale, dans les centres urbains, tout comme les personnes pauvres et d'autres groupes vulnérables (tels que les populations déplacées à l'intérieur de leur propre pays et les réfugiés) rencontrent des obstacles importants pour accéder aux services de santé, y compris à la vaccination. Les conflits persistants et l'instabilité politique ont eu des effets néfastes sur les systèmes de santé, et particulièrement sur les programmes de vaccination.¹⁹ Cette situation a été aggravée par la réduction des services périphériques de vaccination liée à la COVID-19.

¹⁴ Algérie, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Eswatini, Gambie, Ghana, Kenya, Lesotho, Malawi, Maurice Mauritanie, Mozambique, Namibie, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Seychelles, Togo, Zambie et Zimbabwe.

¹⁵ Angola, Guinée, Mali, Nigéria, République centrafricaine et Soudan du Sud.

¹⁶ Angola, Bénin, Cameroun, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Ghana, Niger, Nigéria, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Tchad, Togo et Zambie.

¹⁷ Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Mali, Mauritanie, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sénégal, Soudan du Sud, Tchad et Togo.

¹⁸ Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Gambie, Ghana, Guinée, Mali, Niger, Nigéria, République centrafricaine et Tchad.

¹⁹ Grundy J, Biggs B (2018). The impact of conflict on immunization coverage in 16 countries. *International Journal of Health Policy and Management*. 8(4): 211-221 (disponible à l'adresse <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6499911/>, consulté le 4 mars 2021).

16. **L'utilisation insuffisante des données.** Malgré leur disponibilité, les données ne sont pas toujours utilisées afin d'éclairer la gestion de programmes et la prise de décisions aux niveaux national et infranational. La qualité des données n'est pas optimale à cause de la pénurie de ressources humaines et de la fragmentation des outils de collecte de ces données. Les systèmes d'information sanitaire sont cloisonnés et peu intégrés, ce qui ne permet pas d'améliorer la qualité et l'utilisation des données.

17. **Les problèmes liés à l'approvisionnement et à la gestion des vaccins.** Les ruptures mondiales de l'approvisionnement, les problèmes de gestion de la chaîne du froid et des vaccins entraînent des interruptions de service, ce qui exacerbe les occasions manquées de vaccination. Le coût élevé des nouveaux vaccins reste un enjeu majeur pour les États Membres, en particulier pour ceux qui ne bénéficient pas de l'appui de Gavi, l'Alliance du vaccin. Certains vaccins contre la COVID-19 nécessitent une capacité de chaîne du froid très basse température, ce qui limite le choix des vaccins que la Région peut utiliser.

18. **Les transitions démographiques, les mouvements de population et le changement climatique.** S'il est vrai que la demande de vaccination à toutes les étapes de la vie peut être accélérée par le déploiement des vaccins anti-COVID-19, toujours est-il qu'avec l'augmentation de la population africaine et l'allongement de l'espérance de vie, les systèmes de santé doivent relever le défi de fournir des services de vaccination à la hauteur des besoins de la population, y compris la vaccination des adultes. La Région recèle des populations très mobiles et connaît des niveaux élevés de déplacements provoqués par des conflits et d'autres catastrophes naturelles. Ces pressions, auxquelles s'ajoute le changement climatique, modifient l'écologie et la propagation des vecteurs de maladies infectieuses, ce qui ne manque pas d'accroître le risque de flambées épidémiques, particulièrement de fièvre jaune, de choléra et de paludisme.

19. **La réticence face à la vaccination et la confiance dans les vaccins.** La sensibilisation limitée à l'importance de la vaccination et la pénétration croissante des téléphones portables exacerbent la désinformation sur les vaccins, alimentant d'autant la réticence vis-à-vis de la vaccination. Cette méfiance concerne les vaccins contre le papillomavirus humain qui sont particuliers aux femmes, tout comme les campagnes de vaccination contre la rougeole et la rubéole et la vaccination contre la COVID-19. Avant la pandémie de COVID-19, des données factuelles provenant de plusieurs pays ont mis en évidence la progression généralisée de la réticence à l'égard de la vaccination.

20. **L'inadéquation de la préparation et de la riposte aux flambées de maladies à prévention vaccinale.** Les retards dans la détection, la confirmation et la notification se traduisent par des flambées fréquentes et prolongées de maladies à prévention vaccinale. Les réseaux de surveillance au laboratoire des maladies à prévention vaccinale continuent de s'appuyer sur des infrastructures financées au titre de la lutte contre poliomyélite, qui subissent l'impact de la réduction graduelle des ressources induite par la fin imminente des activités de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP). Il en résulte que les États Membres éprouvent des difficultés pour mettre en œuvre et suivre de près la couverture des campagnes de vaccination supplémentaires. Or, ces campagnes sont essentielles pour faire face efficacement aux flambées de maladies à prévention vaccinale.

VISION, BUTS, OBJECTIFS, ÉTAPES INTERMÉDIAIRES ET CIBLES

21. **Vision :** une Région où chaque individu, où qu'il se trouve et quel que soit son âge, bénéficie pleinement des vaccins pour sa santé et son bien-être d'ici à 2030.

22. **Buts :** assurer la bonne santé et le bien-être de tous en réduisant la mortalité, la morbidité et les incapacités liées aux maladies à prévention vaccinale, et en renforçant la vaccination dans le cadre des soins de santé primaires.

23. **Objectifs :**

- a) augmenter la couverture et l'équité en matière de vaccination ;
- b) maintenir le statut de Région exempte de poliovirus sauvage ;
- c) atteindre et pérenniser l'élimination du tétanos maternel et néonatal, et accélérer les progrès sur la voie de l'élimination de la rougeole, de la rubéole et de l'hépatite B dans la Région ;
- d) prévenir et contrôler les autres maladies à prévention vaccinale.

24. **Cibles**

Au plus tard en 2030 :

- a) tous les États Membres sont parvenus à un taux de couverture de 90 % pour tous les vaccins à l'échelle nationale et dans tous les districts ;
- b) tous les États Membres sont parvenus à une couverture de 90 % de la vaccination contre la COVID-19 dans toutes les populations à haut risque ;
- c) tous les États Membres sont restés exempts de poliomyélite et ont maîtrisé les flambées épidémiques de poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale ;
- d) tous les États Membres sont parvenus à éliminer le tétanos maternel et néonatal et ont maintenu cette élimination ; et
- e) l'élimination de la rougeole et de la rubéole a été certifiée dans au moins 80 % des États Membres et l'élimination de l'hépatite B a été certifiée dans 70 % des États Membres.

25. **Étapes intermédiaires**

Au plus tard en 2023 :

- a) au moins 30 % des États Membres sont parvenus à un taux de couverture de 90 % pour tous les vaccins à l'échelle nationale et dans tous les districts ;
- b) tous les États Membres ont introduit la vaccination contre la COVID-19 et sont parvenus à un taux de couverture de 70 % dans les groupes à risque prioritaires ;
- c) tous les États Membres sont restés exempts de poliomyélite et ont maîtrisé toutes les flambées épidémiques de poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale ;
- d) l'élimination du tétanos maternel et néonatal a été certifiée dans au moins 90 % des États Membres ; et
- e) l'élimination de la rougeole et de la rubéole a été certifiée dans au moins 40 % des États Membres et l'élimination de l'hépatite B a été certifiée dans 20 % des États Membres.

Au plus tard en 2028 :

- a) au moins 60 % des États Membres sont parvenus à un taux de couverture de 90 % pour tous les vaccins à l'échelle nationale et dans tous les districts ;
- b) tous les États Membres sont parvenus à un taux de couverture de 90 % pour la vaccination contre la COVID-19 dans les populations à haut risque ;
- c) tous les États Membres sont restés exempts de poliomyélite et ont maîtrisé les flambées épidémiques de poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale ;

- d) l'élimination du tétanos maternel et néonatal a été certifiée dans tous les États Membres ; et
- e) l'élimination de la rougeole et de la rubéole a été certifiée dans au moins 50 % des États Membres et l'élimination de l'hépatite B a été certifiée dans 40 % des États Membres.

PRINCIPES FONDAMENTAUX

26. **Une approche axée sur les personnes.** Il s'agit de placer les populations africaines au cœur de la vaccination et de les associer à la conception, à la gestion et à la prestation de services de vaccination qui sont façonnés par les individus comme par les communautés et qui répondent à leurs besoins.²⁰

27. **L'appropriation par les pays.** On doit veiller à ce que les interventions visant à améliorer les programmes de vaccination soient prises en main par les pays et que le soutien des partenaires internationaux soit adapté aux besoins de chaque pays et au contexte qui lui est propre. Les États Membres ont la responsabilité d'instaurer la bonne gouvernance. Les communautés et la société civile devraient y participer activement et jouer un rôle central dans la mise en œuvre du plan stratégique pour la vaccination.

28. **L'équité.** L'accès équitable aux services de vaccination est une composante essentielle du droit à la santé. Les avantages de la vaccination devraient bénéficier de façon plus équitable à tous les enfants comme à tous les adolescents et à tous les adultes, tout en permettant de réduire l'écart entre hommes et femmes en matière de vaccination.

29. **Une approche orientée par les données.** Des données, des bases factuelles et des travaux de recherche exacts et fournis dans les délais prévus devraient être utilisés pour améliorer la performance des programmes de vaccination, ce qui englobe la numérisation des données et le suivi en temps réel des activités de vaccination.

30. **Une approche fondée sur les partenariats et la responsabilisation mutuelle.** Il s'agit de nouer des alliances pour garantir un impact maximal se traduisant par l'atteinte des objectifs communs et d'accroître la coordination et l'harmonisation des activités menées par les partenaires. Cette démarche permettra de tirer parti de la complémentarité et d'éviter les doubles emplois, tout en favorisant la responsabilisation mutuelle entre les individus, les communautés, les parties prenantes et les gouvernements.

31. **La viabilité.** Elle sera assurée grâce à des niveaux de financement, de gestion financière et de surveillance appropriés, sur la base de décisions fondées sur des données probantes et de la mise en œuvre de stratégies innovantes.

32. **L'innovation et les technologies.** Il s'agit d'adopter des innovations technologiques et programmatiques telles que le système d'information géographique et l'utilisation de drones pour livrer les vaccins dans des zones géographiques difficiles d'accès, afin de rehausser la qualité dans tous les aspects de la vaccination, y compris la documentation des meilleures pratiques et des enseignements tirés.

INTERVENTIONS ET MESURES PRIORITAIRES

33. Le présent cadre propose les interventions et mesures prioritaires qui sous-tendent la mise en œuvre du programme de vaccination 2030 dans la Région africaine. Ces interventions et mesures

²⁰ Organisation mondiale de la Santé (2016). Cadre de l'OMS pour des services de santé intégrés centrés sur la personne. Genève, Organisation mondiale de la Santé (disponible à l'adresse <https://www.who.int/service-delivery/safety/areas/people-centred-care/framework/en/>, consulté le 5 mars 2021).

sont conformes à celles du programme mondial, à la résolution de la soixante-septième session du Comité régional sur la couverture sanitaire universelle et aux stratégies régionales visant à instaurer la couverture sanitaire universelle et à atteindre les objectifs de développement durable d'ici à 2030.

34. Renforcer les programmes de vaccination en tant que partie intégrante des soins de santé primaires et de la couverture sanitaire universelle. Les États Membres devraient renforcer leurs programmes nationaux de vaccination dans le cadre holistique des systèmes de soins de santé primaires. Cela passe par la prestation de services de santé intégrés et centrés sur la personne qui peuvent contribuer à l'instauration de la couverture sanitaire universelle. La planification devra être fondée sur les lacunes constatées dans la prestation de services au niveau local, une prestation de services qu'il conviendra d'améliorer par le renforcement des services dispensés en ambulatoire comme sur des sites fixes. Ce renforcement des systèmes de vaccination intégrés permettra également d'accroître la capacité à résister aux perturbations liées aux pandémies.

35. Renforcer les capacités des ressources humaines pour la santé. Une approche fondée sur les systèmes devrait être appliquée pour établir des programmes solides, durables et bien coordonnés fournissant des services de qualité. Des agents de santé motivés, formés comme il se doit et dotés de ressources suffisantes sont des leviers essentiels à actionner pour que les services de santé soient centrés sur la personne. Les États Membres devraient mettre en œuvre des stratégies globales pour renforcer les compétences du personnel de santé et améliorer la motivation, la satisfaction et la fidélisation de ce personnel. Ces stratégies devraient en outre comprendre des mesures visant à protéger la sécurité des agents de santé sur le lieu de travail.

36. Mobiliser l'engagement politique. Les États Membres devraient mobiliser les dirigeants politiques afin de poursuivre la mise en œuvre de la feuille de route définie dans la Déclaration d'Addis Abeba sur la vaccination.²¹ Cela suppose de mobiliser des ressources financières suffisantes pour que la vaccination couvre à la fois les vaccins et les opérations. Les États Membres doivent aussi mettre en place des groupes techniques consultatifs nationaux sur la vaccination fonctionnels, dont le rôle principal est de formuler des recommandations indépendantes à bases factuelles pour l'élaboration des politiques et la prise de décisions. Ce rôle sera de plus en plus important à mesure qu'un plus large éventail de produits vaccinaux sera disponible et que la prise de décisions deviendra plus complexe.

37. Investir pour renforcer les capacités nationales de leadership, de gestion, de coordination et de responsabilisation. Les États Membres devraient investir dans le renforcement des capacités nationales pour améliorer le leadership, la gestion et la coordination, dans un paysage de vaccination de plus en plus complexe et en expansion. Cette démarche améliorera la promotion de systèmes efficaces, plus performants, intégrés et résilients qui sont mieux placés pour assurer et maintenir des services de vaccination de qualité garantie.

38. Donner les moyens d'agir aux individus et aux communautés. La vaccination devrait être considérée par toutes les populations comme un droit fondamental, avec une appropriation à tous les niveaux. Les individus et les communautés devraient soutenir activement, et rechercher, les services de vaccination. Les États Membres devraient améliorer la communication et favoriser la participation et la collaboration des communautés à la vaccination. Ces efforts permettront d'accroître la confiance dans les vaccins, de réduire les réticences à l'égard de la vaccination dans les communautés et de mieux combattre l'influence croissante des groupes hostiles à la vaccination.

²¹ Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale (2017). Déclaration d'Addis Abeba sur la vaccination. Brazzaville, Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique (disponible à l'adresse <https://www.afro.who.int/health-topics/immunization/the-addis-declaration-immunization>, consulté le 3 mars 2021).

39. **Élargir l'accès aux services de vaccination.** L'élargissement et le maintien d'un accès équitable aux nouveaux vaccins et à la vaccination devraient être une priorité essentielle pour les États Membres, et singulièrement pour les populations qui vivent dans des zones comptant un grand nombre de communautés non vaccinées (et donc de personnes « zéro dose ») ou insuffisamment vaccinées. D'autres populations mal desservies, notamment les citoyens pauvres et les groupes socialement marginalisés, devraient aussi être prioritaires. Les services de vaccination devraient être gratuits et les dépenses directes réduites en augmentant les services périphériques et en offrant des services quotidiens dans des établissements fixes. Il convient en outre de mener, de financer et de mettre en œuvre pleinement en temps voulu des programmes de vaccination de qualité.

40. **Accélérer l'accès aux vaccins nouveaux et sous-utilisés et leur introduction.** Les États Membres devraient continuer à donner la priorité aux vaccins à introduire, en s'appuyant en cela sur des bases factuelles. Ils devraient planifier l'introduction de vaccins nouveaux et sous-utilisés en se fondant sur des données probantes concernant la charge de morbidité, le rapport coût-efficacité, l'acceptabilité dans la communauté et l'impact du vaccin sur la prévention des décès et des handicaps. Ces données renforceront les efforts faits sur le plan international pour favoriser l'accès aux vaccins, en particulier pour les États Membres à revenu intermédiaire et pour ceux qui ne bénéficient plus du soutien de Gavi, l'Alliance du vaccin. Un exemple concret en est le soutien que l'Organisation mondiale de la Santé et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) ont apporté à la transparence des prix et aux achats groupés par l'entremise du mécanisme de financement des pays à revenu intermédiaire.²² En outre, l'arrivée des vaccins anti-COVID-19 a mis en évidence l'importance d'un accès équitable aux vaccins pour les pays comme pour les groupes de population spécifiques. Un effort important de sensibilisation et de renforcement des capacités devra être fait pour un accès élargi et équitable des États Membres aux nouveaux vaccins, y compris aux vaccins contre la COVID-19.

41. **Intégrer les services de vaccination dans d'autres plateformes de prestation de services à toutes les étapes de la vie.** Les politiques de vaccination et les plateformes de prestation de services devraient être renforcées dans le sens de promouvoir la vaccination à toutes les étapes de la vie, ce qui passe par la fourniture d'ensembles intégrés de services. Les États Membres doivent renforcer la collaboration entre les programmes dans le cadre élargi du système de santé, ainsi qu'avec d'autres secteurs, afin de fournir des services complets centrés sur la personne. La pandémie a remis au goût du jour l'approche prenant en compte toutes les étapes de la vie. Étant donné que les décès dus à la COVID-19 surviennent pour l'essentiel chez les personnes âgées et chez les personnes souffrant de comorbidités, le déploiement actuel des vaccins contre la COVID-19 sera l'occasion d'étendre les services et les systèmes de surveillance à différents groupes d'âge, y compris aux personnes âgées.

42. **Préparer les flambées épidémiques et les situations d'urgence et y riposter.** Les États Membres devraient mettre en place et renforcer les systèmes intégrés de surveillance des maladies, y compris la capacité des laboratoires à identifier rapidement les agents pathogènes, à mener rapidement des investigations sur les flambées et à organiser une riposte adaptée à la situation. En outre, une surveillance rigoureuse des maladies à prévention vaccinale sera essentielle pour identifier les risques de flambées épidémiques, contrôler l'efficacité des programmes de vaccination et faire ressortir clairement l'impact de l'introduction de nouveaux vaccins. Les États Membres devraient élaborer, financer et mettre en œuvre des plans de préparation et de riposte multisectoriels solides pour faire face aux flambées, y compris de maladies à prévention vaccinale. En ce qui concerne particulièrement la COVID-19, les États Membres, tout en mettant en œuvre des interventions globales, devraient introduire et déployer les vaccins contre la COVID-19 dans

²² Organisation mondiale de la Santé (2021). Programme de vaccination 2030. Genève, Organisation mondiale de la Santé (disponible à l'adresse <http://www.immunizationagenda2030.org/resources/middle-income-countries>, consulté le 4 mars 2021).

leurs populations cibles avec célérité et équité, tout en maintenant et en renforçant la vaccination par les antigènes existants.

43. **Améliorer l'approvisionnement en vaccins et la logistique.** En vue de prévenir les ruptures de stock de vaccins et de consolider la chaîne d'approvisionnement en vaccins, les États Membres devraient renforcer leurs capacités de prévision, d'achat et de distribution des vaccins et des autres produits de vaccination. En outre, il conviendrait de renforcer la capacité de gestion efficace de la chaîne du froid et d'approvisionnement en vaccins. La capacité de fabrication de vaccins dans la Région devrait par ailleurs être analysée et améliorée.

44. **Renforcer la réglementation et le contrôle de l'innocuité des vaccins.** Les États Membres devraient mettre en place et renforcer les autorités nationales de réglementation afin de rationaliser et d'harmoniser les pratiques afin d'élargir l'accès aux nouveaux vaccins et d'en accélérer l'introduction. Les pays devraient aussi renforcer les systèmes de surveillance de l'innocuité qui recueillent les signaux de sécurité et les manifestations postvaccinales indésirables. La demande de pharmacovigilance sera en effet forte après le déploiement de vaccins anti-COVID-19. Eu égard aux attentes de la communauté concernant la surveillance de l'innocuité, un investissement important dans les systèmes de vérification des manifestations postvaccinales indésirables s'avère nécessaire, tout comme une forte mobilisation communautaire. Les systèmes de surveillance de l'innocuité seront essentiels pour que les communautés continuent d'accepter d'autres vaccins qui ne font pas partie du programme élargi de vaccination, par exemple les vaccins destinés aux femmes enceintes et aux adultes.

45. **Renforcer les systèmes d'information sanitaire pour l'action.** Les États Membres devraient mettre en place des systèmes d'information sanitaire solides, intégrés et faciles à utiliser. Les technologies numériques sont très prometteuses pour améliorer la collecte, la gestion et l'utilisation des données afin de faciliter la programmation. Le recours à des plateformes en ligne pour la saisie des données en temps réel, à des alertes, à des rapports automatisés et au tableau de bord favorisera une meilleure utilisation des données à tous les niveaux. L'utilisation de données de qualité peut aider à la microplanification au niveau local, ce qui peut servir de base à l'amélioration de la couverture et à la responsabilisation des communautés. Le personnel du programme élargi de vaccination peut utiliser les données pour optimiser l'efficacité et l'efficience des actions, et pour déterminer les domaines qui nécessitent des investissements supplémentaires.

46. **Améliorer la qualité et l'efficacité des services grâce à la recherche et aux innovations.** L'innovation offre de nouvelles possibilités pour atteindre les populations mal desservies et améliorer la qualité des services. En outre, les sciences du comportement permettent de concevoir des services en donnant des indications sur les attitudes et les comportements individuels et communautaires à l'égard de la vaccination. Les États Membres devraient recenser les innovations et les transposer à une plus grande échelle. Dans le même ordre d'idée, les enseignements tirés de la mise en œuvre et les résultats de la recherche en sciences du comportement devraient être utilisés pour rationaliser la gestion et le fonctionnement des programmes. L'innovation, la recherche et une culture de l'utilisation des données au niveau local seront importantes et devraient constituer le socle du plaidoyer local pour l'amélioration des services et le renforcement des investissements.

47. Le présent cadre régional sera mis en œuvre grâce à un plan stratégique régional de vaccination et à des stratégies nationales de vaccination qui devront être élaborées. Cette mise en œuvre sera contrôlée grâce à des plateformes de responsabilisation et d'évaluation. Les progrès accomplis seront présentés au Comité régional tous les deux ans.

MESURES PRISES PAR LE COMITÉ RÉGIONAL

48. Le Comité régional a examiné et adopté les mesures prioritaires proposées.