



COMITÉ RÉGIONAL DE L'AFRIQUE

ORIGINAL : ANGLAIS

Soixante-quatrième session

Cotonou, République du Bénin, 3-7 novembre 2014

Point 10 de l'ordre du jour

PLAN STRATÉGIQUE RÉGIONAL POUR LA VACCINATION 2014-2020

Rapport du Secrétariat

RÉSUMÉ D'ORIENTATION

1. La vaccination est considérée comme l'une des interventions de santé publique qui offrent le meilleur rapport coût-efficacité. La couverture régionale par trois doses de vaccin contenant des valences diphtérie-tétanos-coqueluche et par la première dose de vaccin contenant une valence rougeole s'est maintenue autour de 70 % au cours des trois dernières années. La mortalité rougeoleuse a baissé d'environ 88 % depuis 2000 et la transmission du poliovirus sauvage n'est plus endémique que dans un seul pays de la Région.
2. L'évaluation externe du Plan stratégique régional pour la vaccination 2009-2013 a mis à jour des problèmes qui entravent l'accès aux services de vaccination et leur utilisation. Il s'agit notamment des lacunes dans l'organisation, la coordination et la gestion des activités de vaccination; de l'insuffisance des vaccins et de la faiblesse des capacités de stockage en chambre froide; du nombre limité de points de prestation des services de vaccination; et des stratégies de communication inadaptées qui se soldent par une faible sensibilisation et participation des communautés.
3. L'une des principales avancées enregistrées dans le domaine de la vaccination est le Plan d'action mondial pour les vaccins, qui doit être mis en œuvre dans la Région. Le Plan stratégique régional pour la vaccination 2014-2020 vise à résoudre les problèmes identifiés en fournissant des orientations politiques et programmatiques aux États Membres, dans le cadre d'un système national de santé renforcé et aussi pendant les urgences humanitaires.
4. Les principales approches consistent, entre autres, à intégrer la vaccination dans les politiques et plans nationaux de santé et pendant les situations d'urgence; à augmenter le financement; à consolider les partenariats; à renforcer les capacités nationales; à améliorer le suivi et la qualité des données; à améliorer la gestion, la sécurité et la réglementation des vaccins; et à promouvoir la recherche sur la mise en œuvre et les innovations.
5. Le Comité régional est invité à examiner le Plan stratégique régional pour la vaccination 2014-2020 et à approuver les mesures proposées, ainsi que la résolution y afférente.

SOMMAIRE

Paragraphe

INTRODUCTION.....	1-7
ANALYSE DE LA SITUATION ET JUSTIFICATION	8-16
Analyse de la situation.....	8-14
Justification.....	15-16
FORMULATION DE LA STRATÉGIE	17-32
Définition des priorités	17-19
But, objectifs et cibles	20-22
Principes directeurs.....	23
MISE EN ŒUVRE DE LA STRATÉGIE	24-35
Principales approches pour la mise en œuvre.....	24-32
Rôles et responsabilités	33-35
INCIDENCES FINANCIÈRES	36-39
SUIVI ET ÉVALUATION	40-41
HYPOTHÈSES ET RISQUES.....	42-44
CONCLUSION	45-48

INTRODUCTION

1. La vaccination est considérée comme l'une des interventions de santé publique qui offrent le meilleur rapport coût-efficacité. Selon des estimations, environ 2,5 millions de décès d'enfants et 600 000 décès d'adultes sont évités chaque année dans le monde grâce à la vaccination.

2. En 2010, la soixantième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a adopté une résolution¹ dans laquelle il invitait instamment les États Membres à intégrer la vaccination dans les politiques et plans nationaux de développement sanitaire et à accroître le financement de la santé. Le Comité régional a aussi institutionnalisé la célébration annuelle d'une Semaine africaine de la vaccination pour maintenir le plaidoyer, élargir la participation communautaire et améliorer la prestation des services.

3. En 2011, la soixante et unième session du Comité régional a adopté une résolution² préconisant l'élimination de la rougeole d'ici 2020. Dans cette résolution, le Comité régional demandait instamment aux États Membres d'allouer des ressources suffisantes pour la mise en œuvre des plans nationaux afin de maintenir les progrès réalisés en matière de réduction de la mortalité rougeoleuse.

4. En 2012, la Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé a adopté le Plan d'action mondial pour les vaccins (GVAP)³, qui est un cadre stratégique visant à réaliser pleinement le potentiel de la vaccination durant la Décennie de la vaccination 2011-2020. Le Plan d'action engage les États Membres à développer la composante «vaccination» de leurs stratégies et plans nationaux de santé et à allouer des ressources suffisantes pour atteindre les objectifs convenus en matière de vaccination.

5. Par la suite, en mai 2013, la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé a examiné le Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale 2013-2018. Ce plan comporte quatre objectifs, à savoir : a) détection du poliovirus et interruption de la transmission; b) renforcement des systèmes de vaccination systématique et retrait du vaccin antipoliomyélitique oral; c) confinement de tous les poliovirus et certification; et d) planification de la reconversion des moyens de lutte.

6. En juin 2013, une évaluation externe du Plan stratégique de vaccination 2009-2013 a montré que des progrès remarquables ont été faits, en particulier une baisse importante du nombre de cas de poliovirus sauvage (PVS)⁴ et une rapide introduction massive du vaccin antiméningococcique conjugué A (MenAfriVac[®]) dans la ceinture africaine de la méningite, avec un impact considérable sur les épidémies annuelles de méningite et une réduction notable de la mortalité rougeoleuse.

7. Plusieurs problèmes ont cependant été identifiés, à savoir l'insuffisance et le manque de viabilité du financement, le faible nombre de personnels de santé et l'accès limité à la prestation de services. En outre, les interventions n'ont pas été réalisées à leur pleine échelle, les systèmes

¹ Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique. Résolution AFR/RC60/R4, intitulée «Situation actuelle de la vaccination systématique et de l'éradication de la polio dans la Région africaine : défis et recommandations». Dans : *Rapport final de la soixantième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, Malabo, Guinée équatoriale, 30 août-3 septembre 2010*. Brazzaville, 2010 (AFR/RC60/21) pp. 17 à 20.

² Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique. Résolution AFR/RC61/R1, intitulée «Élimination de la rougeole d'ici 2020 : Stratégie pour la Région africaine». Dans : *Rapport final de la soixante et unième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, Yamoussoukro, Côte d'Ivoire, 29 août-2 septembre 2011*. Brazzaville, 2011 (AFR/RC61/14) pp.7 et 8.

³ Organisation mondiale de la Santé. Résolution WHA65.17 de l'Assemblée mondiale de la Santé, intitulée «Plan d'action mondial pour les vaccins». Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé, Genève, 2012.

⁴ 274 cas de PVS ont été notifiés en 2013, contre 691 cas en 2009.

d'achat et la chaîne d'approvisionnement n'étaient pas solides, et l'engagement communautaire limité se conjugait à une faible surveillance des maladies évitables par la vaccination.

ANALYSE DE LA SITUATION ET JUSTIFICATION

Analyse de la situation

8. La couverture vaccinale par trois doses de vaccin contenant des valences diphtérie-tétanos-coqueluche (DTC3)⁵ et par la première dose de vaccin contenant une valence rougeole (VAR1)¹ s'est stabilisée dans la Région autour de 70 % au cours des trois dernières années. Vingt-trois⁶ des 31 pays présentant un risque de fièvre jaune ont introduit le vaccin anti-amaryl, et quatre de ces pays⁷ ont atteint un taux de couverture de 90 % en 2012.

9. Des vaccins supplémentaires ont été introduits dans les calendriers nationaux de vaccination. En décembre 2013, tous les pays, sauf un, avaient introduit le vaccin anti-hépatite B et le vaccin contre l'*Haemophilus influenzae* de type b. Toutefois, le processus d'introduction d'autres nouveaux vaccins a été lent : le vaccin antipneumococcique conjugué (VPC) et le vaccin antirotavirus ont été introduits par 29⁸ pays et par 15⁹ pays respectivement, alors que le vaccin contre le papillomavirus humain a été introduit uniquement au Lesotho, au Rwanda et en Afrique du Sud.

10. Le vaccin MenAfriVac[®] a été administré à plus de 150 millions de personnes dans 12 pays¹⁰ lors des campagnes de vaccination menées depuis 2010, et aucun cas confirmé de méningite A n'a été notifié chez les personnes vaccinées¹¹. En 2013, un total de 87,8 millions d'enfants ont reçu le vaccin antirougeoleux lors d'activités de vaccination supplémentaires (AVS) réalisées dans 16 pays¹². Dans le cadre de leurs AVS de suivi, quatre¹³ de ces 16 pays ont utilisé le vaccin contre la rougeole et la rubéole en ciblant les enfants âgés de neuf mois à 14 ans, ouvrant la voie à l'introduction du vaccin contre la rubéole dans la Région. Par ces efforts, la Région africaine a réduit de 88 % le nombre estimatif de décès imputables à la rougeole entre 2000 et 2012¹⁴. L'élimination du tétanos maternel et néonatal a également été validée dans 30 pays¹⁵ depuis décembre 2013.

11. La Région africaine a enregistré une baisse notable du nombre de cas de poliovirus sauvage (PVS). De plus, 128 cas de PVS ont été notifiés en 2012, contre 691 cas en 2009. Le Nigéria, seul pays encore endémique dans la Région, a enregistré une réduction de près de 70 % des cas de PVS confirmés entre 2009 (388 cas) et 2012 (122 cas). En 2013, le Cameroun, l'Éthiopie et le

⁵ Estimations nationales OMS-UNICEF du taux de couverture vaccinale.

⁶ Angola, Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Libéria, Mali, Niger, Nigéria, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Sierra Leone, Tchad et Togo.

⁷ Côte d'Ivoire, Gambie, Ghana et Sao Tomé-et-Principe.

⁸ VPC : Afrique du Sud, Angola, Bénin, Botswana, Burundi, Burkina Faso, Cameroun, Congo, Éthiopie, Gambie, Ghana, Kenya, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Mozambique, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Sierra Leone, Swaziland, Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.

⁹ Vaccins antirotavirus : Afrique du Sud, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Congo, Éthiopie, Gambie, Ghana, Malawi, Mali, Rwanda, Sierra Leone, Tanzanie et Zambie.

¹⁰ Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Éthiopie, Gambie, Ghana, Mali, Niger, Nigéria, Sénégal, Soudan du Sud et Tchad.

¹¹ Données tirées du système de surveillance renforcée de la méningite.

¹² Afrique du Sud, Botswana, Cap-Vert, Comores, Congo, Éthiopie, Ghana, Lesotho, Madagascar, Malawi, Nigéria, République démocratique du Congo, Rwanda, Sénégal, Swaziland et Togo.

¹³ Cap-Vert, Ghana, Rwanda et Sénégal.

¹⁴ *Global control and Regional elimination of measles. 2000–2012. Weekly Epidemiological Record No 6. 2014, 89, 45–52.*

¹⁵ Afrique du Sud, Algérie, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Cap-Vert, Comores, Congo, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée-Bissau, Lesotho, Libéria, Malawi, Maurice, Mozambique, Namibie, Ouganda, Rwanda, Sénégal, Seychelles, Swaziland, Tanzanie, Togo, Zambie et Zimbabwe.

Kenya ont connu des flambées à la suite d'un accroissement des importations de PVS1. Les flambées au Cameroun et en Éthiopie se sont poursuivies en 2014, et, au mois d'avril 2014, un quatrième pays, la Guinée équatoriale, a lui aussi annoncé une flambée de poliomyélite due à une importation de PVS.

12. En décembre 2012, quarante et un pays¹⁶ avaient annoncé avoir alloué des dotations budgétaires spécifiques à la vaccination dans leurs budgets nationaux de la santé. Les financements publics pour la vaccination systématique se sont légèrement accrus, passant d'une moyenne de 43 % en 2006 à 52 % en 2010.

13 Des réseaux de surveillance ciblant les maladies évitables par la vaccination ont été établis dans les 47 pays de la Région africaine, conformément à la stratégie de Surveillance intégrée de la Maladie et la Riposte et au Règlement sanitaire international (2005). Cette mesure a joué un rôle important d'encadrement des activités des programmes nationaux de vaccination. Les données produites par les réseaux de surveillance dans la Région indiquent une forte prévalence des diarrhées à rotavirus, de la rougeole, de la rubéole et de la pneumonie.

14. Les urgences humanitaires survenues récemment dans la Région¹⁷, indépendamment de leurs types ou causes, se sont soldées par des épidémies de diarrhée, de rougeole ou encore de méningite. La plupart de ces maladies peuvent être évitées par la vaccination si des actions préventives sont prises en temps voulu.

Justification

15. En dépit des progrès réalisés, de nombreux défis subsistent. Selon des estimations, huit millions d'enfants dans la Région, dont 81 % vivent dans 10 pays¹⁸, n'ont pas reçu leur vaccin DTC3 en 2012. L'on note une résurgence de la rougeole et des flambées de PVS en raison des faiblesses au niveau de la couverture vaccinale. Le coût élevé des nouveaux vaccins pose un véritable problème aux pays à revenu intermédiaire non éligibles à l'appui de GAVI.

16. Le nouveau *Plan stratégique régional pour la vaccination 2014-2020* vise à fournir aux États Membres des orientations politiques et programmatiques, conformément au Plan d'action mondial pour les vaccins, afin d'optimiser les services de vaccination, y compris dans les situations d'urgence.

FORMULATION DE LA STRATÉGIE

Définition des priorités

17. Les facteurs qui permettraient d'avoir de bonnes performances en matière de vaccination et un large engagement national sont, entre autres, le recrutement au plan local d'agents de santé communautaires et la fourniture d'un appui à ces agents; une participation active des communautés aux activités liées à la vaccination et à la santé; le partenariat entre les personnels de santé et les autorités administratives locales; l'accent mis sur la responsabilisation et le suivi des performances; et l'existence d'infrastructures essentielles de vaccination¹⁹, à tous les niveaux.

¹⁶ www.who.int/immunization/programmes_systems/financing/analyses/jrf_analysis/en/. Consulté le 13 mars 2014.

¹⁷ Mali, République centrafricaine et Soudan du Sud.

¹⁸ Afrique du Sud, Éthiopie, Kenya, Mali, Mozambique, Niger, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo et Tchad.

¹⁹ Justice J. et al. *Study of the drivers of routine immunization system performance in Ethiopia, JSI Research and training Institute Inc., ARISE Project for the Bill and Melinda Gates Foundation*. 2012.

18. Le défi le plus important pour la Région africaine consiste à atteindre les 20 % d'enfants qui ne sont pas couverts par les services de vaccination. Certains de ces enfants («un enfant sur cinq») qui ne sont pas vaccinés vivent dans des zones «difficiles d'accès» ou dans des communautés dont l'accès aux services de santé est limité. Certains autres peuvent habiter dans le voisinage immédiat d'un centre de santé, et, cependant, être simplement oubliés par les équipes de santé locales au moment de la microplanification de la couverture communautaire.

19. Pour mieux utiliser les vaccins disponibles, il faut remettre l'accent sur les services de vaccination systématique et leur affecter la priorité – ces services étant le socle sur lequel peuvent se greffer toutes les activités de vaccination – dans le contexte du renforcement des systèmes de santé, en se fondant sur la prise de décisions nationale.

But, objectifs et cibles

20. Le but du *Plan stratégique régional pour la vaccination 2014-2020* est de parvenir à la couverture vaccinale universelle dans la Région africaine de l'OMS.

21. Les objectifs sont les suivants :

- 1) accroître et maintenir une couverture vaccinale élevée;
- 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 congénitale;
- 4) atteindre et maintenir l'élimination/le contrôle des autres maladies évitables par la vaccination.

22. Les cibles sont les suivantes :

Objectif 1 : accroître et maintenir une couverture vaccinale élevée

- a) atteindre un taux de couverture du DTC3 d'au moins 90 % dans toute la Région d'ici la fin de 2020;
- b) faire en sorte que tous les pays introduisent le vaccin antipneumococcique conjugué d'ici la fin de 2020;
- c) s'assurer que trente-sept pays au moins introduisent le vaccin antirotavirus d'ici la fin de 2020;
- d) veiller à ce que trente-cinq pays au moins introduisent le vaccin contre le papillomavirus humain d'ici la fin de 2020;
- e) garantir que vingt-cinq pays au moins introduisent une dose de naissance du vaccin anti-hépatite B d'ici la fin de 2020.

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

- a) tous les pays devront avoir interrompu la transmission du PVS d'ici la fin de 2014;
- b) tous les pays utilisant le vaccin antipoliomyélitique oral devront avoir introduit au moins une dose du vaccin antipoliomyélitique inactivé d'ici la fin de 2015;

- c) tous les poliovirus devront avoir été confinés en laboratoire et la Région certifiée exempte de poliomyélite d'ici la fin de 2018;
- d) un plan régional de transmission des acquis de l'Initiative pour l'éradication de la poliomyélite devra être finalisé d'ici la fin de 2015.

Objectif 3 : éliminer la rougeole et entreprendre le plaidoyer en faveur de l'élimination de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale

- a) tous les pays auront atteint une incidence de moins d'un cas de rougeole confirmé par million de personnes d'ici 2020;
- b) les pays devront atteindre une couverture par le VAR1 ≥ 95 % aux niveaux national et des districts et une couverture des AVS d'au moins 95 % dans tous les districts;
- c) vingt-cinq pays au moins auront introduit le vaccin contre la rubéole d'ici la fin de 2020.

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

- a) tous les pays auront atteint et validé l'élimination du tétanos maternel et néonatal d'ici la fin de 2020;
- b) tous les pays à haut risque auront atteint un taux de couverture vaccinale contre la fièvre jaune ≥ 90 % d'ici la fin de 2020;
- c) tous les pays se trouvant dans la ceinture de la méningite auront introduit le MenAfriVac[®] par des campagnes, et 15 d'entre eux l'auront introduit dans leurs programmes de vaccination systématique d'ici la fin de 2020;
- d) la séroprévalence de l'antigène de surface du virus de l'hépatite B (HBsAg) chez les enfants de moins de cinq ans sera inférieure à 2 % d'ici la fin de 2020.

Principes directeurs

23. Les principes directeurs sont les suivants :

- a) **L'appropriation par les pays.** Elle permettra d'identifier et de mettre en œuvre les priorités nationales en matière de vaccination et de fournir l'accès à une vaccination de qualité pour tous. Les pays ont la responsabilité d'appliquer le principe de la bonne gouvernance; les communautés et la société civile devraient aussi être activement impliquées et jouer un rôle clé dans la mise en œuvre du plan stratégique pour la vaccination.
- b) **Le partenariat et la responsabilité mutuelle** entre les individus, les communautés, les acteurs concernés et les gouvernements. Les expériences des collaborations mondiales et régionales dans le domaine de la vaccination permettront d'élargir les partenariats, et les partenariats qui existent déjà au niveau national seront renforcés puis étendus au niveau infranational.
- c) **L'accès à la couverture sanitaire universelle** pour améliorer les résultats sanitaires dans tous les groupes lors des urgences humanitaires, en particulier les populations mal desservies et marginalisées, afin d'accroître la contribution de la vaccination à la réduction de la morbidité, des incapacités et de la mortalité liées aux maladies évitables par la vaccination.

- d) **L'intégration** des initiatives mondiales d'éradication et d'élimination des maladies dans le cadre d'un système de santé plus large, en synchronisation avec les approches de soins de santé primaires. La surveillance des maladies évitables par la vaccination liée à la Surveillance intégrée de la Maladie et la Riposte, ainsi que l'utilisation d'autres opportunités en matière de santé de l'enfant devraient être maximisées pour atteindre les objectifs fixés en matière de vaccination.
- e) **La pérennité**, grâce à des niveaux de financement suffisants, à la gestion financière et à la supervision, sur la base de décisions reposant sur des données factuelles et de la mise en œuvre des stratégies.
- f) **L'innovation** et l'amélioration de la qualité dans tous les aspects de la vaccination.

MISE EN ŒUVRE DE LA STRATÉGIE

Principales approches pour la mise en œuvre

24. Encourager la mise en œuvre de l'approche **Atteindre chaque district (ACD)** et d'autres approches adaptées au contexte local pour maximiser l'accessibilité et l'utilisation des services de vaccination. Cela permettra aux individus et aux communautés de s'impliquer encore plus dans la prestation des services de vaccination, qui ne seront plus déterminés par l'offre, mais plutôt par la demande.

25. **Garantir l'accès universel aux nouveaux vaccins.** Les pays bénéficieront d'un appui pour introduire de nouveaux vaccins et intensifier le plaidoyer en faveur de la réduction du prix de ces vaccins, surtout dans les pays à revenu intermédiaire. Des efforts devraient être faits pour améliorer les systèmes d'achat, d'approvisionnement et de gestion des vaccins, et pour que les populations aient accès à ces vaccins à un prix abordable, dans le but d'instaurer la couverture universelle. Le plaidoyer pour le renforcement de capacités locales en vue de la fabrication des vaccins devrait se poursuivre dans la Région africaine.

26. **Assurer un financement viable de la vaccination** et fournir des ressources locales. Un appui sera fourni aux initiatives visant à créer des lignes budgétaires nationales, à allouer et décaisser des fonds au profit de la vaccination. Il conviendrait d'insister fortement sur la nécessité de disposer de ressources supplémentaires pour atteindre le «cinquième et dernier enfant» non vacciné et augmenter la couverture vaccinale pour la porter au moins à 90 %.

27. **Intégrer la vaccination** dans les politiques et plans nationaux de santé, en s'assurant que les interventions dans le domaine de la vaccination sont quantifiées, chiffrées et intégrées dans les différentes composantes du renforcement des systèmes nationaux de santé. Les interventions supplémentaires pour la survie de l'enfant devraient être intégrées davantage à la vaccination afin d'optimiser les capacités de prévention de la pneumonie et de la diarrhée. La vaccination fera également partie des interventions prioritaires à effectuer lors des situations d'urgence humanitaire pour sauver des vies et réduire la morbidité, les incapacités et la mortalité liées aux maladies évitables par la vaccination.

28. **Favoriser les partenariats pour la vaccination.** Le partenariat pour la vaccination sera étendu au niveau des pays, qui continueront cependant de s'appuyer sur les initiatives régionales existantes telles que le mécanisme Harmonisation pour la Santé en Afrique (HHA). Le recours continu à la plateforme qu'offrent les comités de coordination interagences et d'autres mécanismes de coordination nationaux et infranationaux sera aussi encouragé pour renforcer les partenariats locaux et en forger d'autres.

29. **Améliorer le suivi et la qualité des données.** La qualité des données sur la vaccination et la surveillance doit faire l'objet d'un suivi régulier et l'utilisation de ces données encouragée au niveau des pays. Les informations générées par les systèmes de contrôle et les enquêtes seront utilisées aux fins de plaider et pour améliorer les programmes et les services. Une surveillance sensible et de qualité, y compris la confirmation en laboratoire, associée à la plateforme de la Surveillance intégrée de la Maladie et la Riposte, devrait être utilisée pour suivre les tendances épidémiologiques des maladies évitables par la vaccination et éclairer la mise en œuvre des stratégies de vaccination.

30. **Renforcer les capacités humaines et institutionnelles.** Les capacités individuelles et institutionnelles à planifier, mettre en œuvre et assurer un suivi approprié des programmes de vaccination devraient être renforcées au moyen de la formation. La capacité à planifier et gérer les services de vaccination aux niveaux opérationnels et des districts devrait être érigée en priorité afin d'améliorer et de maintenir des taux de couverture vaccinale élevés.

31. **Améliorer la sécurité et la réglementation des vaccins.** Les systèmes de contrôle de la sécurité des vaccins devraient être améliorés par le renforcement des capacités des autorités de réglementation nationales grâce à la mise en œuvre de plans de développement institutionnel. Il faudrait promouvoir des politiques et pratiques d'injection sûres et une meilleure surveillance des effets secondaires après l'administration du vaccin. Il faudrait également renforcer la capacité des États Membres à autoriser et suivre les essais cliniques des vaccins, tout comme la capacité des pays à recueillir des bases factuelles pour éclairer la prise de décisions sur l'introduction de nouveaux vaccins.

32. **Promouvoir la recherche sur la mise en œuvre et l'innovation.** Le cadre directeur et les capacités de recherche sur la mise en œuvre devraient être renforcés. L'accent devrait être mis sur les études sociales et anthropologiques pour mieux comprendre pourquoi certaines populations ne sont pas vaccinées et pour quelle raison les programmes de vaccination sont peu performants. Un appui devrait être fourni aux États Membres pour qu'ils puissent mettre en œuvre la Déclaration d'Alger et l'Appel à l'action de Bamako sur la recherche pour la santé dans la Région africaine, afin d'affiner les stratégies pour une meilleure prestation des services de vaccination.

Rôles et responsabilités

33. Les gouvernements devraient :

- a) élaborer des plans pluriannuels complets pour la vaccination (PPAC) chiffrés, assortis de plans opérationnels annuels intégrés;
- b) mobiliser et allouer des ressources nationales suffisantes pour mettre en œuvre les plans de vaccination;
- c) renforcer et maintenir la collaboration et les partenariats multisectoriels dans la mise en œuvre des principales approches;
- d) mobiliser, impliquer et autonomiser les communautés pour qu'elles demandent et utilisent effectivement les services de vaccination;
- e) promouvoir la formation, le recrutement et la fidélisation des agents de santé dont on a besoin;
- f) mener une recherche sur la mise en œuvre concernant les différents aspects des interventions prioritaires;

- g) documenter les enseignements tirés de la mise en œuvre du dernier plan stratégique et identifier les meilleures pratiques qui pourront être reproduites et mises à l'échelle;
- h) évaluer la nécessité, et, au besoin, administrer des vaccins pendant les situations d'urgences humanitaires;
- i) coordonner les efforts et programmes de diverses parties prenantes, y compris le secteur privé, conformément aux priorités nationales.

34. Les communautés devraient :

- a) promouvoir la vaccination et collaborer étroitement avec les personnels de santé locaux dans le cadre des services fixes ou mobiles planifiés;
- b) participer à la mise sur pied et à l'essai d'approches innovantes de prestation des services de vaccination;
- c) comprendre les risques et les avantages liés à la vaccination, demander des programmes de vaccination alliant sécurité et efficacité, et participer aux processus de prise de décisions et de prestation de services;
- d) autonomiser et impliquer les groupes vulnérables, prendre des initiatives à la base pour suivre les progrès réalisés et demander des comptes aux gouvernements et aux autres acteurs concernés;
- e) contribuer à l'amélioration des systèmes de suivi et d'évaluation.

35. L'OMS et les partenaires devraient :

- a) fournir un appui technique, financier et matériel pour l'élaboration des PPAC et des plans opérationnels annuels intégrés;
- b) apporter leur concours aux États Membres pour mobiliser les ressources nécessaires à l'atteinte des objectifs et cibles fixés;
- c) élaborer et rendre disponibles des normes et lignes directrices actualisées pour la mise en œuvre des interventions prioritaires;
- d) plaider en faveur d'une collaboration permanente entre les partenaires et renforcer cette collaboration pour une réalisation optimale des objectifs et cibles fixés;
- e) fournir un appui aux pays dans l'évaluation et l'utilisation de la vaccination comme intervention de santé publique prioritaire pendant les urgences humanitaires;
- f) documenter et diffuser les meilleures pratiques des pays.

INCIDENCES FINANCIÈRES

36. La mise en œuvre du Plan stratégique régional pour la vaccination 2014-2020 exigera un niveau élevé d'engagement national et international. Un appui financier sera nécessaire pour mettre pleinement en œuvre des plans nationaux complets pour la vaccination en vue d'atteindre les objectifs et cibles fixés. L'amélioration des services de vaccination devrait être intégrée dans le renforcement global des systèmes de santé.

37. Il ressort des estimations provisoires²⁰ que la Région avait besoin d'un financement annuel total de la vaccination s'élevant à US \$1,8 milliard en 2013. Selon des estimations, les gouvernements et les partenaires ont respectivement financé un peu plus de 30 % et 50 % de ces besoins, laissant un déficit financier d'environ US \$340 millions.

38. Pour la période 2014-2020 et sur la base des cibles prévues, le coût total provisoire pour la Région est estimé à US \$17,2 milliards. En vue d'atteindre les cibles énoncées dans le Plan stratégique régional pour la vaccination, les besoins financiers devraient augmenter chaque année, pour atteindre un montant estimé à US \$2,8 milliards d'ici la fin de 2020. Cette augmentation représente des ressources supplémentaires se chiffrant à US \$4,2 milliards, qu'il faudra mobiliser au titre de la période 2014-2020.

39. Si l'on se fonde sur les tableaux et tendances historiques du financement par les États Membres et les partenaires, la Région africaine devrait enregistrer un déficit annuel soutenu de 20 % à 22 % par an au cours de la période 2014-2020. Les États Membres et les partenaires sont dès lors encouragés à mobiliser les ressources supplémentaires nécessaires pour financer comme il convient les plans nationaux de vaccination qui prévoient l'achat des vaccins, le renforcement des ressources humaines, la surveillance, la gestion des programmes et l'amélioration des performances de la chaîne d'approvisionnement. Des mécanismes d'appui aux pays non éligibles à GAVI devraient être établis pour faciliter l'accès de ces pays aux nouveaux vaccins, à un prix abordable.

SUIVI ET ÉVALUATION

40. Les indicateurs de suivi de la vaccination recommandés par le GVAP devraient être adaptés au contexte régional et utilisés pour suivre chaque année la mise en œuvre de ce plan. Les instruments d'évaluation de programme normalisés, y compris des indicateurs appropriés, devraient être révisés et actualisés pour refléter les priorités de l'heure. Une évaluation à mi-parcours du programme devrait être réalisée en 2017, ainsi qu'une évaluation complète de la stratégie à la fin de 2020.

41. Le Groupe de travail sur la vaccination en Afrique devrait réaliser des évaluations annuelles des progrès accomplis vers l'atteinte des objectifs et cibles du Plan stratégique régional pour la vaccination 2014-2020. Les résultats de ces évaluations annuelles devraient être utilisés pour ajuster et affiner la mise en œuvre du plan régional. Un rapport d'activités devrait être présenté chaque année au Comité régional.

HYPOTHÈSES ET RISQUES

42. La mise en œuvre optimale du Plan stratégique régional pour la vaccination 2014-2020 dépendra de la stabilité des gouvernements et de l'absence de situations d'urgence causées par l'homme, toutes choses qui faciliteront la bonne gouvernance et le leadership, en se soldant par un engagement national accru à maintenir les services de vaccination.

43. Le changement climatique ne modifiera pas sensiblement la répartition géographique de la charge de morbidité due aux maladies évitables par la vaccination et les ruptures importantes de stocks de vaccins pourront être surmontées en établissant des liens avec plusieurs fabricants de vaccins capables de fournir les vaccins à temps aux pays.

²⁰ Les estimations provisoires sont tirées du document intitulé *Decade of Vaccine Costing, Financing and Funding Gap Analysis* et se fondent sur les plans pluriannuels complets (PPAC) de 39 pays de la Région africaine (les pays à revenu intermédiaire des tranches élevée et supérieure, à l'exception de l'Angola, ne sont pas compris dans cette analyse).

44. Le secteur privé bénéficie de mesures incitatives suffisantes pour fournir les services de vaccination ou une expertise connexe en logistique ou dans la recherche.

CONCLUSION

45. La mise en œuvre du Plan stratégique régional pour la vaccination 2014-2020 s'inspirera des expériences passées, de manière à renforcer les systèmes de vaccination. Elle devrait aussi amener les pays à élaborer des plans pluriannuels et opérationnels complets.

46. Les volets stratégiques consisteront à doter les agents de santé des compétences leur permettant de planifier, mettre en œuvre et contrôler les services de vaccination d'une part, et, d'autre part, à renforcer les systèmes de la chaîne du froid et les pratiques en matière de gestion des vaccins. La recherche sur la mise en œuvre sera nécessaire pour mieux appréhender et mettre en œuvre comme il se doit les principales approches, afin d'améliorer et de maintenir des taux de couverture vaccinale élevés.

47. La mise en œuvre du Plan stratégique régional pour la vaccination nécessitera une appropriation par les pays, sur la base d'un partenariat mondial et régional engagé, et sur la base des partenariats locaux à base élargie, afin d'assurer la disponibilité des ressources et leur utilisation rationnelle.

48. Le Comité régional est invité à examiner et à approuver les mesures proposées, ainsi que la résolution y afférente.