



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
ESCRITÓRIO REGIONAL AFRICANO

COMITE REGIONAL DE L'AFRIQUE

AFR/RC52/9
2 février 2002

Cinquante-deuxième session
Brazzaville, Congo, 19-23 août 2002

ORIGINAL : ANGLAIS

Point 8.2 de l'ordre du jour provisoire

STRATEGIE REGIONALE DE VACCINATION POUR LA PERIODE 2003-2005

Rapport du Directeur régional

RESUME

1. En 1995, la quarante-cinquième session du Comité régional a adopté la résolution AFR/RC45/R5 pour améliorer l'orientation du plan d'action stratégique régional du PEV couvrant la période 1996-2000. Les Etats Membres ont élaboré et mis en oeuvre des stratégies nationales pour atteindre les objectifs d'éradication de la polio, d'endiguement de la rougeole et d'élimination du tétanos néonatal dans le cadre du renforcement des programmes nationaux de vaccination.
2. Des progrès considérables ont été réalisés pour atteindre ces objectifs. La transmission de la poliomyélite est sur le point d'être interrompue; douze pays ont éliminé le tétanos néonatal et sept pays d'Afrique australe n'ont connu aucun cas de rougeole entre 1991 et 2001. Mais les maladies évitables par la vaccination constituent toujours d'importantes causes de morbidité, d'invalidité et de mortalité, et on estime à 1,1 million le nombre de décès qui ont lieu chaque année dans la Région africaine. Ces décès sont imputables : a) à la stagnation de la couverture vaccinale systématique au niveau inférieur ou intermédiaire; b) au manque d'attention et de soutien suffisants pour la mise en oeuvre des stratégies visant à éliminer le tétanos néonatal et à réduire la mortalité due à la rougeole; et c) au retard enregistré pour l'incorporation du vaccin contre la fièvre jaune dans les pays d'endémicité et de nouveaux vaccins (vaccins contre l'hépatite B et contre l'*Haemophilus influenzae* de type B) dans les systèmes de vaccination de routine. La mise en oeuvre des stratégies régionales du PEV devra être accélérée pour réduire encore le nombre de décès imputables aux maladies évitables par la vaccination tout en augmentant les chances de ne pas retarder la certification de l'éradication de la polio dans la Région africaine.
3. Le présent document propose des stratégies d'accélération nécessaires pour atteindre les cibles du PEV fixées pour l'an 2005. Ces stratégies d'accélération visent à renforcer la mise en oeuvre de la vaccination systématique, à redonner un rôle prépondérant aux initiatives de lutte contre la maladie et à renforcer l'introduction des nouveaux vaccins dans la Région africaine dans les trois prochaines années.

4. On escompte que les Etats Membres atteindront d'ici 2005 des niveaux de couverture vaccinale plus élevés pour tous les antigènes du PEV, obtiendront la certification de l'éradication de la polio, endigueront la rougeole; élimineront le tétanos néonatal et introduiront de nouveaux vaccins, toutes ces réalisations devant être faites de manière durable.

5. Le plan d'accélération de la mise en oeuvre de la stratégie régionale du PEV pendant la période 2003-2005 contenu dans le présent document est soumis au Comité régional pour adoption.

SOMMAIRE

| | Paragaphes |
|--|------------|
| INTRODUCTION | 1 - 5 |
| ANALYSE DE LA SITUATION | 6 - 11 |
| Prestation de services de vaccination de routine | 6 - 7 |
| Ampleur des maladies évitables par la vaccination | 8 - 10 |
| Introduction de nouveaux vaccins | 11 |
| BUT ET OBJECTIFS | 12 - 13 |
| But | 12 |
| Objectifs | 13 |
| CIBLES | 14 - 20 |
| Renforcement du système de vaccination | 15 |
| Lutte accélérée contre la maladie | 16 - 19 |
| Innovations | 20 |
| STRATEGIES D'ACCELERATION | 21- 25 |
| Amélioration de l'engagement politique | 21 |
| Promotion d'un plaidoyer, d'une communication et d'une mobilisation sociale durables | 22 |
| Elaboration d'une planification au niveau national et du district | 23 |
| Mise en place de mécanismes de coordination des activités des partenaires du PEV | 24 |
| Assurer le renforcement des capacités et la formation au niveau des pays | 25 |
| INTERVENTIONS MAJEURES | 26 - 36 |
| Renforcement du système de vaccination | 26 - 28 |
| Lutte accélérée contre la maladie | 29 - 32 |
| Innovations | 33 - 34 |
| Surveillance et services de laboratoire | 35 -36 |

| | |
|-----------------------------------|---------|
| PROCESSUS DE MISE EN OEUVRE | 37 - 41 |
| Rôle des pays | 39 |
| Rôle de l’OMS | 40 |
| Rôle des partenaires | 41 |
| SUIVI ET EVALUATION | 42 |
| CONCLUSION | 43 - 44 |

INTRODUCTION

1. Les maladies évitables par la vaccination constituent toujours d'importantes causes de morbidité, d'invalidité et de mortalité chez les enfants de la Région africaine. Les résultats médiocres du PEV sont largement dûs à l'agitation civile, au manque de ressources et à la mauvaise gestion du programme, cela se traduisant, selon les estimations par 1,1 million de décès, imputables principalement à la rougeole, à l'*Haemophilus Influenzae* de type B (Hib), à l'hépatite B, à la coqueluche, au tétanos néonatal, aux maladies à méningocoques et à la fièvre jaune.
2. En septembre 1995, le Comité régional a adopté la résolution AFR/RC45/R5, après avoir examiné les stratégies et les activités proposées pour chaque bloc épidémiologique, dans le cadre du plan d'action régional du PEV pour la période 1996-2000. Ce plan privilégie l'identification des priorités du programme en fixant des objectifs mesurables de lutte contre la maladie plutôt que des taux de couverture vaccinale uniquement.
3. Les Etats Membres se sont ainsi lancés dans la mise en oeuvre d'interventions spécifiques s'inscrivant dans le cadre de la lutte contre la maladie (par exemple, éradication de la polio, élimination du tétanos néonatal, accélération de la lutte contre la rougeole), y compris la mise en oeuvre d'activités de vaccination supplémentaires (par exemple les Journées Nationales de Vaccination) et l'élargissement des activités de surveillance, accompagnées d'une forte composante de laboratoire, selon les besoins.
4. Néanmoins, les leçons tirées de la mise en oeuvre de diverses initiatives du PEV depuis les années 1980 (par exemple la vaccination universelle des enfants - UCI¹ -, et l'éradication de la polio), démontrent à l'évidence que les systèmes renforcés de vaccination constituent la pierre angulaire sur laquelle repose l'amélioration des résultats du PEV au niveau régional. En conséquence les mécanismes de coordination mis en place au niveau des pays pour soutenir l'éradication de la polio seront utilisés pour appuyer un programme d'action élargi du PEV.
5. Le présent document souligne les cibles fixées pour le PEV pour la période 2003-2005 et propose des stratégies d'accélération que les gouvernements et les intervenants dans les activités de vaccination de la Région africaine devraient mettre en oeuvre. L'accélération de la mise en oeuvre des stratégies régionales du PEV est nécessaire pour réduire encore le nombre de décès imputables aux maladies évitables par la vaccination tout en augmentant les chances de ne pas retarder la certification de l'éradication de la polio dans la Région africaine.

¹ Définie comme 80 % des enfants recevant tous les antigènes systématique du PEV à la fin de leur lère année, au niveau mondial.

ANALYSE DE LA SITUATION

Prestation de services de vaccination de routine

6. A la fin des années 80, la couverture vaccinale a atteint un pic après l'Initiative Vaccination universelle des enfants (UCI). Pendant les années 1990, cette tendance à la hausse ne s'est poursuivie que dans 18 Etats Membres, représentant 31 % de la population de la Région. De 1995 à 2000, vingt et un des quarante-six Etats Membres, représentant presque 67 % de la population de la Région ont notifié une tendance à la baisse de la couverture vaccinale d'au moins 5 %. Des baisses importantes de la couverture vaccinale ont été observées en Ethiopie, au Gabon, en Gambie, en Guinée-Bissau, en Guinée équatoriale, à Madagascar, en Mauritanie, en Ouganda, au Sénégal et au Togo. D'autre part, plusieurs pays très peuplés (Nigeria, République démocratique du Congo, Ethiopie) et la plupart des pays d'Afrique centrale ont notifié des taux de couverture du DTC-3² inférieurs à 50 % en 2000.

7. Même si ces changements peuvent s'expliquer par des raisons spécifiques au niveau local, les problèmes suivants ont dû avoir davantage d'impact sur les performances de niveaux bas à moyen observés des programmes :

- a) le PEV de routine n'a pas tiré profit de l'attention accordée par les institutions au niveau mondial ou national au cours de la dernière décennie et, par conséquent, n'a pas bénéficié du niveau de priorité qu'il mérite;
- b) l'agitation civile se poursuit dans beaucoup de pays en Afrique; l'OUA estime qu'en 1999, des conflits civils étaient en cours dans 22 pays, 90 % de civils en étant les victimes; les pays affectés représentent environ 40 % de la population de la Région;
- c) dans certains pays, il y a eu moins de ressources financières disponibles pour les activités de routine, en partie à cause de l'évolution des priorités des donateurs; par conséquent, les activités essentielles telles que celles qui sont menées par les services périphériques, la formation et la supervision ont cessé ou ont régressé; et
- d) la qualité élevée de la gestion, qui avait été atteinte par le PEV, n'a pas été maintenue; dans certains cas, le personnel du PEV ne bénéficie pas du même niveau de formation et dans d'autres cas, la formation a porté sur des aspects du PEV (tels que la vaccination supplémentaire et la surveillance de la maladie) autres que la vaccination de routine.

Ampleur des maladies évitables par la vaccination

8. La rougeole reste la principale cause de mortalité et est à l'origine de près de la moitié du 1,1 million de décès attribuables chaque année aux maladies évitables par la vaccination (voir Tableau 1). La principale charge de morbidité pèse sur les écoliers d'Afrique occidentale et centrale où la couverture vaccinale est généralement faible. L'insuffisance du financement constitue la principale contrainte à surmonter pour

² Définis comme ayant reçu trois doses bien espacées du vaccin contre la diphtérie - la coqueluche et l'anatoxine du tétanos.

parvenir à endiguer la rougeole en Afrique. Des stratégies efficaces ayant fait la preuve de leur efficacité ont été mises en oeuvre avec succès dans sept pays d'Afrique australe dans lesquels la mortalité imputable à la rougeole a été réduite à zéro pendant trois années.

Tableau 1 : Estimation du nombre de décès annuels imputables aux maladies évitables par la vaccination dans la Région africaine³

| Maladies | Nombre de décès |
|----------------------------------|-------------------|
| Rougeole | 454000 |
| Haemophilus Influenzae de type B | 100 000 à 160 000 |
| Maladies liées à l'hépatite B | 150000 |
| Coqueluche | 106 000 - 199 000 |
| Tétanos maternel et néonatal | 110000 |
| Maladies à méningocoques | 30 000 à 50 000 |
| Fièvre jaune | 20 000 à 30 000 |

9. Les stratégies de lutte contre le tétanos maternel et néonatal sont également bien maîtrisées et certains pays progressent dans leur mise en oeuvre, en ciblant des interventions, tout d'abord dans les districts où la maladie risque le plus de sévir. L'appui de l'UNICEF est attendu incessamment et il est probable que l'incidence de la maladie qui est de 12 pour 1000 naissances vivantes (incidence toujours élevée) sera réduite dans les années à venir.

10. L'Afrique de l'Ouest a connu en 2000 et 2001 d'importantes flambées épidémiques de fièvre jaune qui ont même affecté d'importantes zones urbaines en Guinée et en Côte d'Ivoire. Grâce à l'amélioration de la surveillance, les cas de fièvre jaune ont été détectés dans beaucoup de pays d'Afrique de l'Ouest en 2001 (Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Ghana, Guinée, Libéria). L'approvisionnement inadéquat en vaccins et l'insuffisance du financement ont en grande partie compromis les activités de lutte.

Introduction de nouveaux vaccins

11. La charge de morbidité imputable à l'hépatite B et à l'Haemophilus influenzae de type B est un fait bien établi en Afrique (Tableau 1), mais qui n'est pas bien connu. A la fin de 2001, six pays avaient incorporé le vaccin contre l'hépatite B dans leur PEV systématique et un seul pays l'avait fait pour le vaccin contre l'Haemophilus influenzae de type B. Grâce à l'assistance de l'Initiative Alliance mondiale pour les vaccins et le Fonds mondial pour les vaccins, bien d'autres pays ont bénéficié de fonds pour l'achat de ces nouveaux vaccins qui seront bientôt introduits.

³ OMS ; Rapport sur la santé dans le monde 1999.

BUT ET OBJECTIFS

But

12. Le but est d'accélérer la mise en oeuvre des activités du PEV dans la Région africaine afin d'améliorer la santé des enfants.

Objectifs

13. Les objectifs de l'accélération sont les suivants :

- a) optimiser les prestations de services de vaccination durables et de qualité;
- b) accélérer les efforts visant à assurer l'éradication de la polio, l'endigement de la rougeole, l'élimination du tétanos néonatal et la lutte contre la fièvre jaune; et
- c) accélérer de manière durable l'introduction de nouveaux vaccins et de technologies appropriées dans les programmes nationaux de vaccination.

CIBLES

14. Les cibles suivantes seront visées pendant la période d'accélération

Renforcement du système de vaccination

15. D'ici la fin de 2005 :

- a) au moins 80 % des pays auront atteint un taux de couverture vaccinale du DTC-3 de 80 % dans tous les districts;
- b) 100 % des vaccinations par injection auront été effectuées dans de bonnes conditions de sécurité;
- c) tous les pays auront été capables d'assurer durablement le financement du PEV, en particulier en augmentant le financement du gouvernement grâce à l'inscription d'une ligne budgétaire consacrée aux vaccins et à la vaccination dans le budget national de la santé.

Lutte accélérée contre la maladie

Eradication de la polio

16. D'ici la fin de 2003 :

- a) il n'y aura plus de cas de paralysie flasque aiguë dûs aux poliovirus sauvages dans la Région; et

- b) d'ici 2005, le processus de certification de l'éradication de la polio par un organisme indépendant aboutira à une certification définitive au niveau régional.;

Lutte contre la rougeole

17. D'ici 2005 :

- a) Les pays ayant de faibles taux de couverture vaccinale systématique de la rougeole (moins de 50 %) et des taux de mortalité supposés élevés (taux de létalité supérieur à 4 %)⁴ devront avoir réduit de 90 % la morbidité imputable à la rougeole et de 95 % la mortalité imputable à la rougeole (par rapport aux chiffres enregistrés avant la vaccination)⁵
- b) les pays ayant une couverture vaccinale modérée de la rougeole (50 % à 75 %) et une mortalité supposée faible/moyenne (taux de létalité des cas de 0,5 % à 4 %) devront avoir atteint et maintenu un taux de mortalité proche de zéro; et
- c) les pays ayant un taux de couverture vaccinale systématique élevée pour la rougeole (supérieur à 75 %) et un faible taux présumé de mortalité (taux de létalité inférieur à 0,5 %) devront avoir enrayé la transmission locale du virus de la rougeole.

Tétanos maternel et néonatal

18. D'ici l'année 2005 :

- a) au moins 80 % des pays devront avoir atteint un taux d'incidence du tétanos néonatal de moins d'un cas pour 1000 naissances vivantes dans chaque district (taux ajusté ou taux déterminé à la suite d'une enquête);
- b) au moins 80 % des pays devront avoir atteint un taux de couverture vaccinale minimum de 80 % pour TT2⁶ chez les femmes enceintes dans chaque district.

Fièvre jaune

19. D'ici 2005, les pays à risque de fièvre jaune devront :

- a) avoir accru d'au moins 80 % leur taux de couverture vaccinale systématique pour la fièvre jaune;

⁴ Défini comme le taux de létalité des cas.

⁵ Il n'est pas possible d'établir avec précision la date à laquelle la vaccination a commencé dans chaque pays, mais on suppose que c'était en 1980 dans la plupart des pays en développement.

⁶ Défini comme ayant reçu au moins deux doses bien espacées d'anatoxine du tétanos pendant la grossesse.

- b) être en mesure d'intervenir en cas d'urgence pour tous les cas confirmés de fièvre jaune dans les trois jours après la confirmation du laboratoire.

Innovations

Nouveaux vaccins

- 20. a) D'ici la fin de 2003, tous les pays devront avoir bénéficié d'un appui pour inclure le vaccin contre l'hépatite B dans leurs programmes nationaux de vaccination et d'ici 2005, la moitié des pays auront bénéficié d'un appui pour y inclure le vaccin contre *l'Haemophilus influenzae* de type B.
- b) D'ici 2003, tous les pays auront adopté l'usage des seringues autoblocantes ou toute autre technologie assurant la sécurité des injections (telle que l'UNIJECT) pour toutes les vaccinations pratiquées par injection.

STRATEGIES D'ACCELERATION

Amélioration de l'engagement politique

- 21. L'engagement politique au niveau des pays sera amélioré grâce :
 - a) à l'inscription d'une ligne budgétaire dans le budget national consacré à la santé pour financer l'achat des vaccins et les coûts de fonctionnement;
 - b) à l'implication du Parlement pour garantir le droit à la vaccination de chaque enfant dans le cadre de l'ensemble des droits de l'enfant;
 - c) au recours à la couverture vaccinale comme indicateur de l'équité d'accès aux services de santé.

Promotion d'un plaidoyer, d'une communication et d'une mobilisation sociale durables

- 22. L'accélération sera obtenue grâce :
 - a) à un haut niveau d'engagement politique pour la vaccination;
 - b) à l'amélioration du partenariat grâce à des réunions des Comités de coordination interagences (ICC); et
 - c) à l'amélioration de la participation communautaire à la vaccination.

Elaboration d'une planification au niveau national et au niveau du district

- 23. Les pays élaboreront des plans de travail répartis sur plusieurs années et des plans de travail annuels pour le PEV, fondés sur la microplanification au niveau du district. Ces plans devront être approuvés au cours des réunions des comités de coordination interagences (ICC).

Mise en place de mécanismes de coordination pour les partenaires du PEV

24. Les comités de coordination interagences seront l'instance chargée de coordonner l'appui des partenaires pour l'accélération du PEV.

Assurer le renforcement des capacités et la formation au niveau des pays

25. L'accélération de la formation et du renforcement des capacités sera obtenue grâce :

- a) à l'élaboration de plans stratégiques annuels et quinquennaux de dotation en personnels
- b) au renforcement de la formation avant l'emploi et en cours d'emploi et à la gestion du personnel.

INTERVENTIONS MAJEURES

Renforcement du système de vaccination

Prestation de services de vaccination de qualité

26. Les pays appuieront les efforts déployés au niveau local, notamment en se préoccupant des calendriers de vaccination, en organisant des séances de vaccination dans des postes fixes ou mobiles en assurant la sécurité des vaccinations par injection, en encourageant l'utilisation des carnets de santé des enfants et en incitant les agents de santé à communiquer les informations pertinentes du PEV aux mères. Grâce à la formation et à l'appui à la supervision, les agents de santé à tous les niveaux seront encouragés à analyser et à utiliser localement les données relatives aux vaccinations pour améliorer la performance du programme.

Logistique

27. Dans les trois prochaines années, la logistique sera renforcée par l'optimisation de l'achat et de la gestion des vaccins, l'amélioration de la chaîne du froid, de la gestion des transports, de la sécurité des injections ainsi que de la gestion et de l'élimination des déchets.

Gestion du programme

28. La supervision, le suivi et l'évaluation, en particulier aux niveaux de la province et du district constitueront le fondement permettant d'améliorer la mise en oeuvre des activités incluses dans les plans nationaux et dans les micro-plans de district pour le PEV.

Lutte accélérée contre la maladie

Eradication de la poliomyélite

29. L'accélération de la mise en oeuvre de l'initiative d'éradication de la polio dans la Région africaine sera réalisée grâce :

- a) à un recours accru aux JVN synchronisées grâce à la stratégie de vaccination de porte à porte;
- b) à l'instauration et au maintien dans tous les pays ayant le niveau de la certification d'une surveillance de la paralysie flasque aiguë;
- c) l'accélération des activités de certification de l'éradication de la polio, y compris le renforcement de la lutte contre la propagation des poliovirus sauvages en laboratoire.

Élimination du tétanos néonatal

30. Dans les trois prochaines années, l'élimination du tétanos néonatal et maternel sera réalisée grâce :
- a) à la vaccination supplémentaire par l'anatoxine du tétanos des femmes vivant dans des districts à haut risque;
 - b) à la promotion de pratiques d'accouchement hygiéniques;
 - c) à l'obtention et au maintien d'un taux de couverture vaccinale systématique d'au moins 80 % pour le TT2+ chez les femmes enceintes;
 - d) à l'intégration de la surveillance du tétanos néonatal dans le système de surveillance de la PFA dans tous les pays;
 - e) à l'organisation d'enquêtes sur la mortalité pour documenter la certification de l'élimination du tétanos néonatal.

Lutte contre la rougeole et la fièvre jaune

31. Dans les trois prochaines années, l'accélération de la lutte contre la rougeole et la fièvre jaune sera réalisée grâce :
- a) à l'intégration de la vaccination contre la fièvre jaune dans la vaccination systématique dans "tous les pays à risque⁷";
 - b) à la mise en place de stocks d'urgence d'au moins un million de doses de vaccins contre la fièvre jaune pour que la Région puisse envoyer rapidement des vaccins aux pays confrontés à des flambées épidémiques;
 - c) à la mise en place de capacités nationales en matière de laboratoire pour les tests IgM contre la fièvre jaune associé à un laboratoire de la rougeole;

⁷ Défini comme un district dans une zone de très grande endémicité ayant un passé de cas notifiés/flambées épidémiologiques au cours des 5 à 10 dernières années et un faible taux de couverture vaccinale de la fièvre jaune.

- d) à l'obtention d'un taux de couverture vaccinale systématique contre la rougeole, d'au moins 80 % d'ici la fin de 2005;
- e) à la vaccination supplémentaire contre la rougeole afin de donner aux enfants une deuxième chance d'être vaccinés contre la rougeole; l'âge cible sera choisi en fonction de l'épidémiologie de la rougeole dans le pays, en vue de réduire à un très faible niveau la circulation du virus de la rougeole;
- f) à l'amélioration de la prise en charge des cas de rougeole et des activités de riposte aux flambées épidémiques.

Prévention de la carence en vitamine A

32. Les pays intégreront la supplémentation en vitamine A dans leurs services de vaccination systématique d'ici 2004 et on continuera d'administrer de la vitamine A à l'occasion d'activités de vaccination supplémentaire.

Innovations

Introduction de nouveaux vaccins

33. L'accélération de l'introduction de nouveaux vaccins se fera grâce :

- a) à la planification, à la mise en oeuvre et à l'évaluation du processus d'introduction de nouveaux vaccins et de vaccins sous-utilisés;
- b) au renforcement des activités de surveillance dans le cadre de la surveillance intégrée des maladies;
- c) à la fourniture de tous les vaccins, parrainés par l'Initiative : Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination, en fournissant les quantités nécessaires de seringues autoblocantes (GAVI). Pour les pays qui remplissent les conditions, GAVI fournira des seringues autoblocantes pour toutes les vaccinations pendant une période de trois années.

Adoption de nouvelles politiques et introduction de nouvelles technologies

34. L'adoption d'une politique de vaccination en ayant recours à des ampoules de vaccins contenant plusieurs doses de vaccin et le recours aux pastilles de contrôle de vaccins en tant qu'outils de gestion systématiques des vaccins seront encouragés grâce au renforcement des capacités au niveau pays et interpays.

Surveillance et services de laboratoire

Renforcement de la surveillance des maladies du PEV

35. L'accélération de la surveillance continuera à être mise en oeuvre au niveau pays et interpays conformément aux principes stratégiques suivants :

- a) élargissement de la surveillance de la paralysie flasque aiguë pour y incorporer les autres maladies du PEV dans le cadre de la surveillance intégrée des maladies, y compris l'introduction de la surveillance sur la base de cas pour la lutte contre la rougeole;
- b) l'analyse des données à chaque niveau de collecte de ces données pour prendre des mesures concernant les personnels, le lieu et la date d'exécution des activités;
- c) le suivi de la promptitude de notification des établissements sanitaires aux districts et celle des districts au niveau supérieur;
- d) la préparation pour l'introduction de nouveaux vaccins grâce à la planification de la surveillance sentinelle pour l'hépatite B et *l'Haemophilus influenza* de type B, le pneumocoque, le méningocoque du groupe A.

Renforcement des laboratoires pour appuyer les services de surveillance

36. On se fondera sur le réseau actuel de laboratoires de la polio pour mettre en place d'autres réseaux de laboratoires pour la stratégie de la surveillance intégrée de la maladie dans les trois prochaines années. D'ici la fin de 2005, les Etats Membres auront mis en place des services de laboratoire capables de confirmer en temps voulu et de manière fiable l'étiologie des maladies et des flambées épidémiques suspectées.

PROCESSUS DE MISE EN OEUVRE

37. Afin d'accélérer la mise en oeuvre du PEV dans les pays, ceux-ci bénéficieront d'un appui :

- a) pour élargir ou créer des Comités de coordination inter-institutions pour le PEV;
- b) pour élaborer des plans stratégiques quinquennaux et annuels;
- c) pour mettre l'accent sur la mise en oeuvre au niveau du district.

Chaque district devra mettre en place un processus de microplanification pour la mise en oeuvre de ses activités.

38. L'ensemble des trois composantes principales du PEV (renforcement du système de vaccination, lutte accélérée contre la maladie et innovations) sera mis en oeuvre simultanément autant que possible. Les microplans de district et les plans nationaux seront utilisés pour la mobilisation des ressources.

Rôle des pays

39. Les Etats Membres devraient s'approprier le processus d'accélération, renforcer les capacités humaines et mobiliser les ressources financières pour les programmes nationaux de vaccination, en mettant davantage l'accent sur l'amélioration de la qualité de la prestation des services et de la couverture dans chaque district. Les pays assureront la coordination des activités des partenaires dans ce processus.

Rôle de l'OMS

40. L'OMS fournira l'appui technique aux pays, chaque fois que cela sera nécessaire, pour la mise en oeuvre, la surveillance et l'évaluation du PEV.

Rôle des partenaires

41. Le Groupe spécial sur la vaccination sera l'instance appropriée pour la coordination de l'appui des partenaires aux activités du PEV. Davantage de partenaires seront encouragés à s'associer au Groupe spécial et à s'investir plus dans le PEV.

SURVEILLANCE ET EVALUATION

42. Durant la période 2003 à 2005, les pays adapteront des instruments complets de suivi pour le PEV, qui seront en harmonie avec le système d'information et de gestion sanitaire au niveau des pays. Les données de surveillance continueront à orienter les décisions programmatiques. L'amélioration de la surveillance de la maladie avec sa composante laboratoire permettra de disposer des données pour mesurer les progrès accomplis et, finalement de cibler les zones infectées en ayant recours à des stratégies de ratissage en matière de vaccination. Le Groupe spécial sur la vaccination et les réunions annuelles du Comité de coordination interagences pour la Région africaine (RRICC) serviront d'instances permettant d'assurer le suivi annuel et de donner des orientations pour les activités de vaccination dans la Région. L'équipe spéciale sur la vaccination et les réunions annuelles du Comité de coordination inter-institutions pour la Région africaine serviront d'instances permettant d'assurer le suivi annuel et de donner des orientations pour les activités de vaccination dans la Région.

CONCLUSION

43. On prévoit que les Etats Membres atteindront d'ici l'an 2005 des niveaux plus élevés de couverture vaccinale systématique (mesurée par une couverture DTC-3 de 80 % dans chaque district) pour tous les antigènes du PEV, parachèveront le processus de certification de l'éradication de la polio, élimineront le tétanos néonatal, endigueront la rougeole et la fièvre jaune et introduiront de nouveaux vaccins, de manière durable.

44. Le plan d'accélération de la mise en oeuvre de la stratégie régionale du PEV pendant la période 2003-2005 contenu dans le présent document, est soumis au Comité régional pour adoption.