

Plan Stratégique Régional pour la Vaccination

2014 - 2020



Organisation
mondiale de la Santé
BUREAU RÉGIONAL DE L'**Afrique**

Catalogage à la source Bibliothèque OMS/AFRO

Plan Stratégique Régional pour la Vaccination 2014-2020

1. Vaccination – tendance
2. Programmes de vaccination – organisation et administration
3. Mortalité de l'enfant – prévention et contrôle
4. Maladies transmissibles – prévention et contrôle
5. Disparités d'accès aux soins
6. Planification régionale de la santé
7. Planification stratégique

I. Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Afrique

ISBN: 978 929 031 2109

(NLM Classification: WA 115)

© Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, 2015

Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé bénéficient de la protection par les dispositions du protocole n° 2 de la Convention pour la Protection du Droit d'Auteur. Tous droits réservés. Il est possible de se procurer la présente publication auprès de la Bibliothèque du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, Boîte postale 6, Brazzaville, République du Congo (téléphone : +47 241 39100 ou +242 065 081 114 ; télécopie : +47 241 39501 ; courriel : bibliotheque@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire la présente publication – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées à la même adresse.

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les mesures raisonnables pour vérifier l'exactitude des informations contenues dans la présente publication. Toutefois, cette publication est diffusée sans aucune garantie, fût-elle expresse ou sous-entendue. Le lecteur est responsable de l'interprétation des informations qu'elle contient et de l'utilisation qui en est faite. L'OMS ne peut en aucun cas être tenue responsable des dommages qui pourraient découler de l'utilisation de ces informations.

Design by Paprika-annecy.com



Plan Stratégique Régional pour la Vaccination

2014 - 2020



**Organisation
mondiale de la Santé**
BUREAU RÉGIONAL DE L'**Afrique**

SOMMAIRE

Acronyms	IV
Résumé d'orientation	V
1. Introduction	8
2. Analyse de la situation et justification	14
3. Formulation de la stratégie	20
3.1 Définition des priorités	22
3.2 But	25
3.3 Objectifs	25
3.4 Cibles	26
3.5 Principes directeurs	27
3.6 Orientations stratégiques	32
3.7 Principales approches	45
4. Mise en œuvre de la stratégie	48
4.1 Principales approches pour la mise en œuvre	51
4.2 Rôles et responsabilités des parties prenantes	52
5. Incidences au niveau des ressources	60
6. Cadre de suivi et d'évaluation	66
7. Conclusions	70
8. Annexes	76
Annexe 1 : Transition du GIVS au GVAP	78
Annexe 2. Vaccination en tant que composante des droits humains à la santé	79
Annexe 3 : Estimation des coûts et du financement	81
Annexe 4 : Jalons et cadre de suivi et d'évaluation	89

ACRONYMS

ANR	Autorité nationale de réglementation
AVS	Activité de vaccination supplémentaire
CCIA	Comité de coordination inter-agences
DTC	Diphtérie-Tétanos-Coqueluche
PAMV(GVAP)	Plan d'action mondial pour les vaccins
VSMV(GVIS)	La vaccination dans le monde : vision et stratégie
SIS	Système d'information de la gestion sanitaire
RSS	Renforcement des systèmes de santé
IMEP	Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite
JRF	Formulaire de rapport conjoint
MAPI	Manifestation adverse post-immunisation
Men A	Méningite de type A
MenAfriVac	Vaccin anti méningococcique A conjugué
GTCV	Groupe technique consultatif national sur la vaccination
OR	Organisation religieuse
ONG	Organisation non gouvernementale
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PEV	Programme élargi de vaccination
PFA	Paralysie flasque aiguë
PPAC	Plan pluriannuel complet
PVDV	Poliovirus dérivé de la souche vaccinale
PVDVc	Poliovirus circulant dérivé de la souche vaccinale
PVS	Poliovirus sauvage
ACE	Approche «Atteindre chaque enfant»
ACD	Approche «Atteindre chaque district»
RSI	Règlement sanitaire international (2005)
SCP	Stratégie de coopération avec les pays
SMIR	Surveillance intégrée de la maladie et riposte
TB	Tuberculose
VAT	Vaccin contenant de l'anatoxine tétanique
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international
VAR	Vaccin anti rougeoleux
VIH	Virus d'immunodéficience humaine
VPC	Vaccin anti pneumococcique conjugué
VPH	Virus du papillome humain
VPI	Vaccin antipoliomyélitique inactivé
VPO	Vaccin antipoliomyélitique oral
AMS	Assemblée mondiale de la Santé

RÉSUMÉ D'ORIENTATION

Au cours des quatre dernières décennies, la vaccination a été au centre des stratégies nationales et régionales de santé publique dans la Région africaine. Surmontant les obstacles structurels, financiers, géographiques et managériaux à l'atteinte à l'accès universel à la vaccination, la Région a pu réaliser un taux de couverture vaccinale d'environ 70 % pour les trois doses de vaccin contenant des valences diphtérie-tétanos-coqueluche (DTC3) et la première dose de vaccin anti rougeoleux. 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. La mise au point d'un nouveau vaccin contre la méningite à méningocoque A et son introduction auprès de millions d'enfants et de jeunes adultes a permis de protéger les populations vivant dans la ceinture africaine de la méningite d'une flambée de cette maladie.

Il s'agit là de quelques-unes des réalisations qui ont conduit à une réduction remarquable de la mortalité chez les nourrissons et les moins de cinq ans en Afrique au cours des décennies écoulées. On a, cependant, observé une certaine stagnation de la couverture vaccinale au niveau régional au cours des trois dernières années. Les lacunes dans l'organisation, la coordination et la gestion des activités de vaccination, l'insuffisance des approvisionnements en vaccins et des capacités de la chaîne du froid, le faible nombre des points de prestation des services, la forte dépendance vis-à-vis des financements extérieurs et les mauvaises stratégies de communication qui se sont soldées par une faible sensibilisation et participation communautaires, constituent autant d'entraves à un accès équitable à une vaccination sans risque et efficace pour toutes les populations ciblées dans la Région.

Pour relever ces défis et bien d'autres et dans un esprit de solidarité mondiale, l'Assemblée mondiale de la Santé (AMS) a adopté un Plan d'action mondial pour les

vaccins (PAMV) en 2012. Ce plan est le fruit d'un large processus consultatif auquel les pays africains et de nombreux partenaires et institutions concernées ont activement participé.

Le présent document stratégique adresse les défis que devront surmonter les pays de la Région africaine de l'OMS et leurs partenaires pour assurer à toutes les populations éligibles l'accès universel à la vaccination d'ici 2020. Il s'inspire des enseignements tirés au cours de la période 2009-2013 lorsque l'initiative VSMV (*La vaccination dans le monde : vision et stratégie*) servait de cadre aux actions mondiales et régionales entreprises pour résoudre les problèmes liés à la vaccination. C'est un appel à une coalition sans précédent des esprits et des moyens visant à assurer à chaque enfant qui naît dans la Région africaine la chance d'être protégé des maladies létales contre lesquelles des vaccins sûrs et efficaces existent ou seront mis sur le marché entre 2014 et 2020, non sans oublier que pour être pérenne, l'accès à la vaccination doit être solidement et durablement arrimé aux soins de santé primaires. La stratégie couvre aussi d'autres groupes de populations qui ont besoin d'être vaccinées.

Le but du plan stratégique est de parvenir à la couverture vaccinale universelle dans la Région africaine de l'OMS. À cette fin, les objectifs ci-après ont été définis :

- augmenter la couverture vaccinale au-delà des niveaux actuels ;
- finaliser l'interruption de la transmission du poliovirus et assurer le confinement du virus ;
- éliminer la rougeole et entreprendre le plaidoyer en faveur de l'élimination de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale ;
- atteindre et maintenir l'élimination/le contrôle des autres maladies évitables par la vaccination.

Le passage du VSMV – à la base du Plan stratégique régional africain 2009-2013 - au PAMV pour la décennie en cours va nécessiter des ajustements stratégiques, notamment :

- adopter des approches de la vaccination communautaire, non plus basées sur l'offre mais sur la demande, dans lesquelles les États Membres mobilisent les communautés locales ;
- passer des programmes de vaccination pilotés au niveau international à des programmes que s'approprient les États qui se doivent dans le même temps d'accroître les dotations budgétaires destinées à ces programmes ;
- passer des structures de programmes individualisés aux systèmes de santé intégrés dans lesquels la vaccination systématique est le socle de toutes les activités de

vaccination entreprises dans le cadre d'un système des soins de santé primaires solide ; et

- insister davantage sur l'approche de la vaccination englobant l'ensemble de la vie.

Le présent plan stratégique doit aider à la formulation des plans stratégiques nationaux afin d'améliorer i) l'harmonisation dans l'élimination des inégalités dans l'accès aux services de vaccination tant à l'intérieur des pays qu'à travers la Région, ii) l'équité dans l'accès aux ressources humaines et financières indispensables à l'atteinte de cet objectif, et iii) la redevabilité mutuelle entre les gouvernements et leurs partenaires nationaux et étrangers. Le cadre de suivi et d'évaluation joint au présent plan stratégique décrit les normes nationales, régionales et mondiales de redevabilité.





1.

Introduction



Le plan stratégique régional africain de vaccination 2009-2013 a considérablement stimulé les activités de vaccination dans la Région. Il ressort des rapports des pays, à travers le formulaire de rapport conjoint (JRF), que la couverture de DTC3 était de 90 % dans 25 pays, au-dessus de 80 % dans 35 pays, supérieure à 50 % dans 45 pays et en-deçà de 50 % dans seulement deux pays. Toutefois, les estimations basées sur les données de couverture vaccinale de l'OMS/UNICEF étaient sensiblement inférieures aux données du JRF, avec dans certains cas des écarts de 10 points. Des progrès remarquables ont été accomplis dans le cadre de l'éradication de la poliomyélite, en dépit de la résurgence de la maladie dans la Corne de l'Afrique et en Afrique centrale. De nouveaux vaccins ont été régulièrement introduits, dont le vaccin anti méningococcique A pour lequel des taux de couverture élevés ont été enregistrés dans la ceinture africaine de la méningite. Cependant, la couverture par le DTC3 et la première dose de vaccin anti rougeoleux (VAR1) stagne depuis 2009 et les efforts visant à éliminer le tétanos maternel et néonatal donnent des résultats mitigés. Des difficultés persistent, telles que les lacunes en matière de planification et de leadership, le faible nombre des points de service fixe et mobile, l'insuffisance des provisions de vaccins et des capacités de la chaîne du froid, l'insuffisance des financements, l'insuffisance en

ressources humaines et la mauvaise qualité de la gestion des données et des stratégies de communication.

Le Plan stratégique régional pour la vaccination 2014-2020 offre aux États Membres et à leurs partenaires, en même temps qu'au Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, l'occasion de redéfinir leur vision pour la Région dans le cadre de la Décennie de la vaccination 2011-2020. La Région a contribué de façon déterminante aux progrès enregistrés au niveau mondial en matière de vaccination grâce à l'ensemble des résolutions adoptées par le Comité régional de l'OMS pour l'Afrique et l'Assemblée mondiale de la Santé. Par ailleurs, la Région a contribué depuis 2012 à élaborer le Plan d'action mondial pour les vaccins (PAMV) pour la Décennie et, à cette fin, a consulté et recueilli les contributions de ses États Membres et leurs partenaires. En 2012, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté le PAMV avec ses cinq objectifs qui visent l'éradication de la poliomyélite, l'atteinte des cibles d'élimination mondiales et régionales, l'atteinte des cibles de couverture vaccinale dans chaque région, chaque pays et chaque communauté, la mise au point, l'introduction et l'amélioration des vaccins et des technologies, et le dépassement de la cible de l'objectif du Millénaire pour le développement (OMD) 4 concernant la réduction de la mortalité infantile.



Quelques résolutions relatives à la vaccination adoptées par le Comité régional de l'OMS pour l'Afrique et l'Assemblée mondiale de la Santé

- **Résolution AFR/RC63/14**, Vaccination dans la Région africaine : rapport sur les progrès réalisés dans le plan stratégique régional africain de vaccination 2009-2013, le plan d'action mondial pour les vaccins et la phase finale de la lutte contre la poliomyélite.
- **Résolution AFR/RC61/R1**, Élimination de la rougeole d'ici 2020 : stratégie pour la Région africaine.
- **Résolution AFR/RC61/R4**, Éradication de la poliomyélite dans la Région africaine.
- **Résolution AFR/RC60/R4**, Situation actuelle de la vaccination systématique et de l'éradication de la polio dans la Région africaine : défis et recommandations.
- **Résolution WHA65.17**, Plan d'action mondial pour les vaccins.
- **Résolution WHA65.5**, Intensification de l'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite.

La transition de l'initiative VSMV (*La vaccination dans le monde : vision et stratégie*), qui a inspiré la formulation du Plan stratégique régional africain 2009-2013, au processus du PAMV dans la décennie en cours nécessitera des ajustements, notamment :

- adopter des approches de la vaccination communautaire, non plus basées sur l'offre mais sur la demande, dans lesquelles les États Membres mobilisent les communautés locales ;^{1,2}
- passer des programmes de vaccination pilotés au niveau international à des programmes que s'approprient les États qui se doivent dans le même temps d'accroître les dotations budgétaires destinées à ces programmes ;³
- passer des structures de programmes individualisés aux systèmes de santé intégrés dans lesquels la vaccination systématique⁴ est le socle de toutes les activités de vaccination entreprises dans le cadre d'un système des soins de santé primaires solide ; et
- insister davantage sur l'approche de la vaccination englobant l'ensemble de la vie.

Le plan stratégique régional pour la vaccination est élaboré à une période où les économies africaines enregistrent des taux de croissance annuels supérieurs à 5% depuis plus d'une décennie, les perspectives de la Région inspirent un optimisme généralisé quant au maintien d'une croissance régulière et l'Afrique est de plus en plus perçue par la communauté internationale comme une zone d'investissements. L'entrepreneuriat dans la Région est dynamique en dépit des difficultés d'accès aux crédits, et la téléphonie mobile se répand

¹ Comité régional de l'OMS pour l'Afrique. Vaccination dans la région africaine : rapport sur les progrès réalisés dans le plan stratégique régional africain de vaccination 2009-2013, le plan d'action mondial pour les vaccins et phase finale de la lutte contre la poliomyélite, AFR/RC63/14, 23 septembre 2013.

² Les programmes de santé publique destinés à améliorer la couverture vaccinale infantile devraient tenir compte des populations et des communautés et sociétés dans lesquelles vivent celles-ci (Wiysonge CS, *Individual and contextual factors associated with low childhood immunization coverage in sub-Saharan Africa: A multilevel analysis*, PLoS ONE, mai 2012, vol. 7, N° 5, e37905).

³ Des analyses statistiques ont montré que l'aide étrangère aux gouvernements a eu des effets négatifs considérables sur les dépenses publiques intérieures dans 12 pays de la Région entre 2000 et 2010, ces pays enregistrant un taux de croissance négatif des dépenses de santé en pourcentage du PIB (Lu C et consorts. *Public financing of health in developing countries: a cross-national systematic analysis*. *The Lancet*, vol. 375, 17 avril 2010 ; Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, Atlas des statistiques sanitaires africaines 2012).

⁴ Si les pays africains veulent utiliser les services de vaccination dans leur pleine mesure et leur redonner une place centrale, les programmes nationaux doivent s'assurer que les éléments essentiels de la vaccination systématique (la gestion, le renforcement des capacités, les finances, l'approvisionnement en vaccins et la qualité de ces vaccins, la chaîne du froid, la logistique, la prestation des services, la supervision, le partenariat communautaire, le plaidoyer et la communication, ainsi que le suivi et l'évaluation) sont en place et fonctionnent comme il convient (Nshimirimana D, Mihigo R et Clements CJ. *Routine immunization services in Africa: back to basics*. *J. Vaccines Immun* 2013;1(1): 6-12).

rapidement dans la Région, jusque dans les villages les plus reculés⁵. Tous ces facteurs montrent que l'Afrique se trouve à la croisée des chemins en ce qui concerne les décisions qu'elle doit prendre et les actions qu'elle doit mener pour définir la voie de son développement à long terme, et donnent à penser que le moment est venu pour les États de s'engager et de s'assurer qu'ils résolvent toutes les insuffisances dans la fourniture des soins de santé primaires en général et la vaccination en particulier, qui est l'un des principaux services dispensés à la population.

Il existe clairement des opportunités pour l'innovation. Une étude sociale pourrait se pencher sur les interactions politiques, sociales, économiques et technologiques qui influencent la demande de la vaccination⁶ et, plus précisément, identifier les déterminants ou les barrières à la couverture vaccinale, tels que le rang de naissance, le lieu d'habitation et l'éducation de la mère, qui jouent un rôle important dans le fait de ne pas être vacciné⁷. De plus, il importe de mieux comprendre les rôles des mères et des autorités traditionnelles, ainsi que des leaders d'opinion dans la prise des décisions en matière de vaccination des enfants. Les technologies de l'information et de la communication, y compris les téléphones portables, permettent un accès rapide aux informations et aux données et l'utilisation de celles-ci. Les réseaux sociaux sont en train de devenir le moyen de communication par excellence, en même temps qu'ils favorisent l'émergence aux niveaux local et mondial de nouveaux leaders de la pensée dont l'influence positive ou négative peut s'exercer sur la vaccination, à l'instar des groupes de pression hostiles à la vaccination. Cette connectivité est propice à l'instauration de réseaux dynamiques d'apprentissage par les pairs tels que l'Association internationale des

gestionnaires de la vaccination, nouvellement créée et dirigée par le *Sabin Vaccine Institute*, dans lesquels les administrateurs de programmes peuvent partager les idées, les expériences et les meilleures pratiques.

Le présent document est un cadre dont les États Membres de la Région africaine de l'OMS peuvent se servir pour développer leurs plans stratégiques nationaux de vaccination pour la période 2014-2020. Au regard des mutations rapides que connaît le milieu dans lequel les services de vaccination sont dispensés et de l'évolution rapide des technologies et de l'innovation, le présent cadre sera actualisé de façon périodique grâce aux contributions de toutes les parties prenantes dans la vaccination.

⁵ Il y aurait à l'heure actuelle 53 téléphones portables pour 100 personnes en Afrique.

⁶ Rwashana AS, Williams DWA et Neema S. *System dynamics approach to immunization healthcare issues in developing countries: a case study of Uganda*, *Health Informatics Journal*, 2009 ; 15(2): 95-107.

⁷ Munthali AC. *Determinants of vaccine coverage in Malawi: evidence from the demographic and health surveys*. *Malawi Medical Journal*, 2007 ; 19-20 ; 79-82, June 2007.





2.

Analyse de la
situation et
justification



Les activités de vaccination ont très considérablement évolué en Afrique au cours des dernières décennies, de l'époque où la vaccination systématique des nourrissons n'existait, pour ainsi dire, pas, à la période actuelle où chaque pays de la Région exécute un programme national de vaccination qui permet d'assurer la couverture vaccinale de base de 7 nouveau-nés sur 10 chaque année.

Le plan stratégique régional africain de vaccination 2009-2013 fut élaboré selon le modèle de l'initiative

VSMV lancée par l'OMS en 2005. Il était complété par les plans pluriannuels complets (PPAC) des pays. Le Plan stratégique régional pour la vaccination 2014-2020 a été développé sur l'expérience tirée de la mise en œuvre du plan précédent et s'inscrit dans la ligne telle que définie par le PAMV, dont le lancement a eu lieu en 2012 après son adoption par les pays et les parties prenantes mondial. Les points précis qui méritent d'être pris en compte pour assurer une transition sans heurt et efficace du VSMV au PAMV sont présentés à l'annexe 1.



L'évaluation du plan stratégique 2009–2013⁸ en juillet 2013 a permis de conclure que les efforts déployés dans la Région africaine ont été récompensés par des progrès énormes dans certains domaines et pays, et par des avancées plus modestes dans d'autres. L'on a aussi enregistré de

nombreux reculs et des faiblesses programmatiques qui nécessiteront une attention, des efforts et des ressources particuliers au cours de la prochaine phase stratégique. Les résultats étaient mitigés :

⁸ Rapport sur l'évaluation externe du plan stratégique régional pour la vaccination et la mise au point des vaccins 2006-2013, Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, Brazzaville, 4 juillet 2013

- La couverture vaccinale par les trois doses de DTC⁹ et la première dose de vaccin contenant une valence rougeole (VAR1)⁹ dans la Région s'est stabilisée autour de 70 % au cours des trois dernières années du plan. Des inégalités dans l'utilisation de la vaccination sont observées dans les pays où la stratégie «Atteindre chaque enfant» (RED), dont le mérite aura été de mettre sur la sellette les districts ayant le plus besoin de la vaccination, n'a pas suffi pour assurer à chaque enfant l'accès à la vaccination.
- Vingt-trois¹⁰ des 31 pays présentant un risque de fièvre jaune ont introduit le vaccin anti-amaril, et quatre de ces pays¹¹ ont atteint un taux de couverture de 90% en 2012.
- L'éradication de la poliomyélite a occupé une place prépondérante dans les agendas politiques régionaux et nationaux. On a enregistré une baisse notable du nombre de cas de poliovirus sauvage dans la Région, avec seulement 274 cas notifiés en 2013, contre 691 en 2009. L'objectif d'éradication de la polio est près d'être atteint, mais la résurgence de flambées épidémiques dans la Corne de l'Afrique et en Afrique centrale en 2013 avec 194 cas, de même que la fréquence élevée et la persistance du poliovirus circulant dérivé de la souche vaccinale (PVDVc) dans plusieurs pays mettent en péril l'objectif d'interruption de la transmission du virus de la polio d'ici 2014. Par ailleurs, la persistante faiblesse de la couverture vaccinale systématique contre la polio, conjuguée à la faible qualité des activités de vaccination supplémentaires (AVS) pour la polio dans plusieurs pays rendent ceux-ci plus vulnérables à la réintroduction du poliovirus sauvage à partir des pays dans lesquels il sévit actuellement et/ou à la résurgence et la propagation de virus pathogènes dérivés de la souche vaccinale.
- L'introduction du vaccin anti-méningococcique A dans la ceinture africaine de la méningite à travers les AVS a eu un impact considérable sur les flambées annuelles

de méningite. Le MenAfriVac a été administré à plus de 150 millions de personnes dans 12 pays¹² lors des campagnes de vaccination menées depuis 2010 et aucun cas confirmé de méningite A n'a été notifié chez les personnes vaccinées¹³.

- En décembre 2013, tous les pays, sauf un, avaient introduit le vaccin contre l'hépatite B (Hep B) et le vaccin contre l'*Haemophilus influenzae* de type b (Hib b). Le vaccin anti-pneumococcique conjugué (VPC) a été introduit dans 27 pays¹⁴ et le vaccin anti-rotavirus dans 11 pays¹⁵, alors que le vaccin contre le virus du papillome humain était introduit uniquement au Lesotho, au Rwanda et en Afrique du sud. L'introduction des nouveaux vaccins s'est heurtée à l'indisponibilité des vaccins, à la mauvaise planification des financements, aux lacunes dans l'achat et au coût.
- En 2013, un total de 87,8 millions d'enfants ont reçu le vaccin anti-rougeoleux lors d'activités de vaccination supplémentaires réalisées dans 16 pays¹⁶. Quatre¹⁷ de ces pays ont mené des AVS de suivi au cours desquelles ils ont utilisé le vaccin contre la rougeole et la rubéole en ciblant les enfants âgés de 9 mois à 14 ans. Entre 2001 et la fin de 2013, 682,5 millions d'enfants au total avaient été atteints grâce aux AVS contre la rougeole et la couverture vaccinale systématique était passée de 53 % à 73 % selon les estimations de l'OMS et de l'UNICEF. L'effet conjugué de ces interventions s'est traduit par une réduction de 88 % du nombre estimé de décès imputables à la rougeole entre 2000 et 2012¹⁸. Mais la résurgence des flambées de rougeole est une indication que la couverture par les vaccins à valence rougeole n'est pas maintenue à un niveau suffisamment élevé.

⁹ Estimations nationales OMS-UNICEF du taux de couverture vaccinale.

¹⁰ Angola, Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Tchad, 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, Togo.

¹¹ Côte d'Ivoire, Gambie, Ghana, Sao Tomé-et-Principe.

¹² Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Tchad, Éthiopie, Gambie, Ghana, Mali, Niger, Nigéria, Sénégal, Soudan.

¹³ Données tirées du système de surveillance renforcée de la méningite.

¹⁴ VPC : Afrique du sud, Angola, Bénin, Botswana, Burundi, Burkina Faso, Cameroun, Congo, Éthiopie, Gambie, Ghana, Kenya, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Mozambique, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Sierra Leone, Tanzanie, Zambie, Zimbabwe.

¹⁵ Vaccins antirotavirus : Afrique du Sud, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Éthiopie, Gambie, Ghana, Malawi, Rwanda, Tanzanie, Zambie.

¹⁶ Afrique du Sud, Botswana, Cap-Vert, Comores, Congo, Éthiopie, Ghana, Lesotho, Madagascar, Malawi, Nigéria, République démocratique du Congo, Rwanda, Sénégal, Swaziland, Togo.

¹⁷ Cap-Vert, Ghana, Rwanda, Sénégal.

¹⁸ *Global control and regional elimination of measles, 2000-2012, Weekly Epid. Rec.* 2014;89(6):45-52.

- L'élimination du tétanos maternel et néonatal a été validée dans 30 pays¹⁹ depuis décembre 2013. Dix-sept pays attendent encore de parvenir à ce statut.
- La surveillance intégrée et l'appui du laboratoire régional sont de plus en plus forts et mieux coordonnés. Des réseaux de surveillance ciblant les maladies évitables par la vaccination (MEV) ont été établis dans 47 pays conformément aux exigences de la stratégie de surveillance intégrée de la maladie et riposte et du règlement sanitaire international (2005).
- Le nombre, la qualité et le déploiement des personnels nationaux se sont considérablement accrus à travers la Région, de même que la gestion des ressources humaines, le suivi des performances et la redevabilité se sont améliorés. L'absence de plans cohérents pour l'éducation, la formation et le déploiement des ressources humaines ou d'opportunités attrayantes de développement de la carrière se traduit par des taux importants de remplacement et de départs des ressources humaines qualifiées.
- Les ressources financières circulent mieux et la fréquence des ruptures de stocks des vaccins a baissé. En décembre 2012, 41 pays²⁰ 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 accrus de 43 % en 2006 à 52 % en 2010.
- Les urgences humanitaires qui surviennent de façon périodique dans la Région²¹, indépendamment de leurs types ou causes, se sont soldées par des épidémies de rougeole, de méningite, de choléra ou d'autres maladies qui peuvent être prévenues par la vaccination précoce et/ou par une prise en charge efficace. Les ripostes apportées

à la plupart de ces urgences par les programmes de santé publique comprenaient la vaccination ciblée.

- La production, la qualité et le caractère opportun des données se sont améliorés, mais de nombreux problèmes demeurent quant à leur fiabilité et leur utilisation pratique tant au niveau infra-national que national.
- La Région renforce ses capacités de recherche et de développement dans les domaines biomédical, opérationnel et social/comportemental.

Globalement, le tableau de la vaccination dans la Région africaine est une mosaïque de succès partiels inégalement répartis, menacés par l'incapacité des pays à opérer de façon autonome et par la faible pérennité. L'accent doit être mis sur certaines lacunes dans le plan stratégique 2014-2020 :

- L'éradication de la polio exige des efforts soutenus pour accroître la couverture vaccinale, améliorer la surveillance et maintenir les ressources investies dans les campagnes, ainsi que la volonté politique, pour aborder avec prudence la transition vers la période postérieure à l'éradication.
- Dans la pratique, l'appropriation nationale des programmes de vaccination reste faible en dépit des engagements officiels.
- Les stratégies de communication utilisées, parce médiocres et mal conçues, n'ont jamais réussi à susciter une large acceptation de la vaccination, encore moins la demande de la vaccination par les communautés, et la planification ainsi que la prestation des services de vaccination ne sont généralement pas basées sur les contributions ou les besoins des communautés en termes de commodité, de fiabilité et de qualité des services.
- L'intégration de la vaccination à d'autres composantes des soins de santé primaires se demeure aléatoire et fragmentaire. Et lorsque de nouveaux antigènes sont introduits, en particulier le vaccin anti pneumococcique et l'anti rotavirus, il se trouve que la prise en charge

¹⁹ 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, Zimbabwe.

²⁰ www.who.int/immunization/programmes_systems/financing/analyses/jrf_analysis/en/ (consulté le 13 mars 2014).

²¹ Mali, République centrafricaine et Soudan du Sud.

intégrée des maladies de l'enfance n'a pas suffisamment été renforcée pour prendre en charge la pneumonie et les maladies diarrhéiques qui ne sont pas prévenues par ces vaccins, ce qui compromet la confiance des communautés dans les services de vaccination.

- La gestion des achats et de la chaîne d'approvisionnement est toujours insuffisante et les prévisions en matière de demande sont peu fiables.
- La couverture vaccinale par le vaccin anti-méningocoque est incroyablement basse, ce qui crée des risques d'épidémie tant dans les pays anciennement infectés que dans ceux qui viennent de l'être.
- Le programme d'élimination du tétanos maternel et néonatal est négligé et sous-financé.

La recommandation générale de l'évaluation régionale 2013 est que la plus grande priorité soit accordée au renforcement de la vaccination systématique en s'assurant que celle-ci est :

- intégrée dans un système de soins de santé primaires revitalisé et universel ;
- adaptée de manière à répondre à la demande des communautés afin de résoudre leurs problèmes de santé ;
- fondée sur l'engagement et l'appropriation au niveau national et infranational ; et
- mise en œuvre à travers des plans pluriannuels nationaux auxquels toutes les parties prenantes adhèrent et apportent leur appui.



A group of young people, likely students, are shown in a warm, orange-toned setting. The central figure is a young man with short dark hair, wearing a white button-down shirt over a striped t-shirt, smiling broadly. Other individuals are visible in the background, also in white shirts, though they are out of focus. The overall atmosphere is positive and energetic.

3.

Formulation
de la stratégie



3.1 DÉFINITION DES PRIORITÉS

Atteindre les enfants non desservis ou insuffisamment desservis est le plus grand des défis auxquels est confrontée la Région africaine et c'est peut-être la cible la plus coûteuse à atteindre. Certains de ces enfants habitent dans des zones reculées, difficiles d'accès, ont des parents qui ignorent tout de la vaccination ou y sont hostiles, ou vivent dans des communautés dont les droits aux services de santé sont négligés ou non offerts par les agents de santé au motif que les populations concernées sont de passage, ne sont pas des concitoyens ou sont des migrants sans papiers. D'autres enfants peuvent se trouver au sein de populations qui habitent dans le voisinage immédiat d'un centre de santé, mais qui sont oubliées par les équipes de santé locales au moment de la microplanification pour la couverture de la communauté.

La stratégie «Atteindre chaque district» (RED) ne suffit plus. Il est essentiel de pouvoir identifier et toucher chaque enfant, au-delà d'atteindre chaque communauté (Tableau 1). Pour ce faire, des efforts considérables devront être déployés et il faudra élaborer et mettre en œuvre des stratégies spécifiques pour des populations spécialement ciblées telles que les nomades, les populations de passage, les populations transfrontalières et les groupes urbains négligés. Les gouvernements devront s'engager à apporter les fonds supplémentaires qui permettront aux établissements sanitaires d'offrir des services de qualité et fiables pour atteindre ceux qui ne le sont pas.



Tableau 1 : Étendre l'approche RED pour «atteindre chaque enfant» (REC)

Approche ACD ¹	Approche ACE
<ul style="list-style-type: none"> ■ Planification et gestion efficaces des ressources : assurer une gestion efficace des ressources humaines, financières et matérielles à tous les niveaux de l'administration. ■ Atteindre toutes les populations cibles : toucher les communautés mal desservies en leur apportant un appui et leur assurant l'accès aux services. ■ Supervision formative : offrir aux personnels de santé locaux une formation sur site par les superviseurs. ■ Suivi pour l'action : promouvoir l'utilisation des données pour l'action par le recours aux outils d'auto-évaluation de la qualité des données à tous les niveaux de l'administration. ■ Etablir les liens entre les services et les communautés : relier les communautés aux services de santé par la tenue régulière de réunions entre les communautés et les personnels de santé. 	<p>L'approche ACE renforce l'approche ACD et la complète, en :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ insistant sur la micro planification des services de vaccination sous la supervision des autorités et responsables sanitaires, civils, politiques, traditionnels et religieux locaux. ■ s'assurant que la vaccination, de même que les autres services des soins de santé primaires, sont disponibles, accessibles, acceptables et de la plus grande qualité. ■ offrant aux agents de santé locaux une formation d'orientation sur le processus de transition des services déterminés par l'offre à des services impulsés par la demande à travers un meilleur plaidoyer, une meilleure sensibilisation des communautés, l'instauration de la confiance et une meilleure réactivité des prestataires des services. ■ numérotant, cartographiant et ciblant dans chaque district les familles et les communautés dans lesquelles les enfants sont insuffisamment vaccinés. ■ consacrant une attention et des ressources maximales aux enfants non vaccinés tout en atteignant et en maintenant le taux de couverture vaccinale le plus élevé possible dans l'ensemble de la population infantile.

Le concept même de la «vaccination systématique» change et voit son champ s'élargir. Il ne se limite plus à la fourniture de six antigènes seulement comme c'était le cas dans les années 1980. Le calendrier national contient maintenant plusieurs autres vaccins, et d'autres encore sont en voie d'y être introduits. Cela étant, il est urgent d'accroître la portée de la vaccination dans la Région en :

- touchant ceux qui n'ont pas encore été atteints en utilisant s'il en est besoin de nouvelles approches et technologies ;

- s'assurant que ceux qui n'étaient pas suffisamment vaccinés le sont pleinement ;
- touchant les groupes plus âgés qui sont ciblés pour les nouveaux vaccins ou pour des doses supplémentaires des vaccins actuels ;
- fournissant davantage d'antigènes en tenant compte pour chaque pays²³ de l'accessibilité économique et de l'opportunité épidémiologique, y compris en administrant certains vaccins dans les 24 heures suivant la naissance ;

²² Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique. Vaccination et mise au point des vaccins : approche «atteindre chaque district» (RED) (http://www.who.int/immunization/funding/03_WHO_AFRO_IVD_RED.pdf)

²³ La prise de décision sur l'introduction de nouveaux vaccins doit tenir compte de l'impact sur le programme de vaccination et sur le système de santé en général (Organisation mondiale de la Santé, Département vaccination, vaccins et produits biologiques. Principes et considérations sur l'ajout d'un vaccin dans un programme national de vaccination - De la décision au suivi, Genève, avril 2014).

-
- adaptant et peaufinant le calendrier national de vaccination pour satisfaire à ces demandes.

La vaccination systématique doit sortir des murs des établissements sanitaires pour se porter sur le terrain d'une manière planifiée et annoncée à l'intérieur des communautés, des écoles, des lieux de travail et d'autres sites où les enfants, les adolescents et les adultes se réunissent et qui peuvent abriter des séances de vaccination.

La vaccination doit être considérée comme la pierre angulaire des soins de santé primaires dans lesquels les systèmes doivent être réorganisés pour rapprocher la vaccination des autres éléments des services de soins de santé et pour que les contacts entre les dispensateurs des soins de santé et les familles deviennent plus fréquents et inclusifs. Les agents de santé doivent être formés à nouveau pour offrir aux populations dont ils prennent soin un ensemble de services de prévention et de soins qui soit attrayant pour ces populations, planifié avec leur concours et tenant compte du contexte local. Plus important encore, les personnels de santé doivent être des agents du changement, encourageant les membres des communautés à solliciter les services de soins de santé primaires, surtout la vaccination, non comme une faveur, mais comme un droit - en tant qu'un droit de l'homme en fait. Les attitudes et comportements des agents de santé sont des facteurs particulièrement importants pouvant permettre de venir à bout de la lassitude des individus ou des communautés ou leur résistance face à la vaccination, ou des actions des groupes de pression hostiles à la vaccination.

La vaccination est une priorité nationale orientée par les gouvernements, qui la formulent et la mettent en œuvre en partenariat avec les parties prenantes des secteurs public et privé, ainsi que la société civile. L'une des possibles entraves à une plus grande appropriation nationale des programmes de vaccination est l'exigence de standardisation des plans pluriannuels complets (PPAC) qui offrent un cadre utile pour la budgétisation et le financement intérieurs et sont exigés pour bénéficier de l'appui financier de l'Alliance GAVI et de certains autres organismes. Les PPAC comprennent des analyses de situation exhaustives mais décrivent moins clairement les particularités des pays en ce qui concerne les difficultés et les atouts ou les moteurs de la prestation des services de vaccination, ou ne sont pas précises sur les mesures correctives à prendre. Des plans stratégiques nationaux plus concis doivent être élaborés en tenant compte des exigences liées à la collaboration avec chaque partie prenante, y compris la communauté, pour obtenir des investissements nationaux accrus en matière de vaccination qui découlent d'une plus grande appropriation et d'un engagement national plus important. Cela devrait aussi offrir une motivation suffisante pour mobiliser des ressources extérieures. L'internalisation de la vaccination dans les pays devrait permettre de mettre davantage l'accent sur le développement et l'amélioration constante d'outils de suivi pour produire efficacement des données en temps réel, ce qui permettrait aux décideurs de prendre des mesures correctives immédiates, y compris sur l'allocation des ressources.



3.2 BUT

Le but du plan stratégique est de parvenir à la couverture vaccinale universelle dans la Région africaine de l'OMS.

3.3 OBJECTIFS

Les objectifs sont formulés de manière à refléter le résultat et l'impact de la vaccination sur la mortalité, la morbidité et l'invalidité liées à une maladie spécifique ou en général. Chacun des objectifs peut être atteint par une variété de mesures dont quelques-unes ont été recommandées et incluses dans le présent document pour guider les États Membres dans l'élaboration de leurs prochains plans

stratégiques nationaux. les objectifs spécifiques sont les suivants :

- Augmenter la couverture vaccinale au-delà des niveaux actuels ;
- finaliser l'interruption de la transmission du poliovirus et assurer le confinement du virus²⁴ ;
- éliminer la rougeole et entreprendre le plaidoyer en faveur de l'élimination de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale²⁵ ;
- atteindre et maintenir l'élimination/le contrôle des autres maladies évitables par la vaccination.

²⁴ OMS, CDC et UNICEF. Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale 2013-2018.

²⁵ Organisation mondiale de la Santé. Plan stratégique mondial de lutte contre la rougeole et le rubéole pour la période 2012-2020.

3.4 CIBLES

Les cibles spécifiques pour chacun des quatre objectifs de la stratégie sont les suivantes :

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

- atteindre un taux de couverture vaccinale DTC3 d'au moins 90 % dans toute la Région d'ici la fin de 2020 ;
- introduire le vaccin anti pneumococcique conjugué dans tous les pays d'ici la fin de 2020 ;
- Introduire le vaccin anti rotavirus dans trente-sept pays au moins d'ici la fin de 2020 ;
- introduire le vaccin contre le papillomavirus humain dans trente-cinq pays au moins d'ici la fin de 2020 ;
- introduire une dose à la naissance du vaccin anti-hépatite B dans vingt-cinq pays au moins d'ici la fin de 2020 ;
- S'assurer que tous les pays rédigent des rapports réguliers sur les manifestations post-vaccinales indésirables d'ici la fin de 2020.

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

- tous les pays devront avoir interrompu la transmission du PVS d'ici la fin de 2014 ;
- 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 ;
- tous les poliovirus devront avoir été confinés en laboratoire et la Région certifiée exempte de poliomyélite d'ici la fin de 2018 ;

- 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

- tous les pays auront atteint une incidence de moins d'un cas de rougeole confirmé par million de personnes d'ici 2020 ;
- les pays devront atteindre une couverture par le VAR1 $\geq 95\%$ aux niveaux national et des districts et une couverture des AVS d'au moins 95 % dans tous les districts ;
- 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

- tous les pays auront atteint et validé l'élimination du tétanos maternel et néonatal d'ici la fin de 2020 ;
- tous les pays à haut risque auront atteint un taux de couverture vaccinale contre la fièvre jaune $\geq 90\%$ d'ici la fin de 2020 ;
- 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 ;
- 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.

3.5 PRINCIPES DIRECTEURS

Les principes²⁶ qui vont orienter l'action dans l'expansion des services de vaccination dans la Région pour atteindre les objectifs et les cibles fixés sont l'appropriation et le leadership par les pays ; le partage des responsabilités, le partenariat et la redevabilité mutuelle ; des résultats sanitaires équitables ; l'intégration ; la durabilité ; et l'innovation.

3.5.1 L'appropriation et le leadership par les pays

La consolidation de la vaccination dans les systèmes de santé demande un leadership et une gouvernance forts pour amener les nombreux tenants et acteurs de la vaccination à renoncer à ce qui a souvent été qualifié d'approche en silo pour reconnaître l'importance de la complémentarité des actions devant permettre de venir à bout du fardeau de la maladie. Cette dynamique devra être soutenue aux niveaux de gouvernement les plus élevés. Les parties prenantes extérieures devront elles aussi apporter leur appui à cet effort de consolidation et d'appropriation nationale de la vaccination, qui est le socle du PAMV.

Les gouvernements devront mettre à contribution d'autres intervenants locaux s'ils ne sont pas encore impliqués, à savoir les législateurs, les ministères autres que celui de la santé et les autorités administratives locales. Les institutions universitaires et organisations de recherche privées seront des partenaires importants dans la collecte des données factuelles destinées à améliorer la prise des décisions.

Une bonne gestion des ressources humaines, financières et matérielles est essentielle pour susciter la confiance du public dans la prévisibilité et la fiabilité des services de vaccination et aussi pour aider à maximiser l'appui financier apporté par les autorités nationales et les parties prenantes externes.

3.5.2 Le partage des responsabilités, le partenariat et la redevabilité mutuelle

L'un des principes clés du plan stratégique est qu'il est essentiel de passer à une vaccination motivée par la demande et dans ce système, la création de la demande et la communication permettent à chacun de reconnaître son droit d'être vacciné et sa responsabilité à cet égard, et de comprendre les risques et les avantages liés aux vaccins et à la vaccination. Cela met particulièrement en relief la nécessité de renforcer les efforts de communication par toutes les voies disponibles. Il convient d'utiliser des approches de communication sociale et de marketing basées sur une compréhension approfondie de la recherche sur les entraves et les moteurs de la vaccination. En ce qui concerne la vaccination des enfants, il importe aussi d'avoir une communication et des services efficaces pendant la vaccination afin que les mères ou les dispensateurs de soins comprennent le calendrier à suivre et restent motivés pour achever la série de tous les vaccins requis pour leur enfant.

Les organisations de la société civile ont un rôle important à jouer, non seulement comme porte-voix des populations pour obliger le gouvernement à tenir ses engagements, mais aussi en tant que mobilisateurs des communautés pour les services de vaccination. Leur participation aux comités nationaux serait bénéfique aux programmes de vaccination.

²⁶ Ces principes directeurs sont entièrement conformes à ceux du GVAP. Les éléments clés de la transition du GIVS au GVAP (annexe I), à savoir le leadership et la gouvernance, la création de la demande et la communication, les vaccins, la chaîne du froid et la logistique, les coûts et le financement, les services de vaccination, la gestion des ressources humaines et la surveillance ainsi que l'établissement des rapports, sont clairement identifiés dans les principes directeurs.

Les individus, les communautés, les agents de santé, les institutions, le gouvernement et les partenaires sont tous tenus de rendre compte de leurs actions en matière de vaccination. Les plans stratégiques nationaux définiront les obligations et responsabilités de chaque intervenant dans ce domaine. L'appropriation nationale signifie qu'il revient entièrement au gouvernement de mettre tous les intervenants face à leurs engagements en faveur de la vaccination. Le gouvernement peut avoir besoin d'accroître ses capacités pour remplir cette fonction.

3.5.3 Des résultats sanitaires équitables

Il est indispensable d'identifier clairement les populations exclues et de comprendre les obstacles à leur inclusion. Pour ce faire, l'accent doit être mis sur l'amélioration de la qualité et de l'utilisation des données pour identifier les populations exclues et pour la surveillance et l'établissement des rapports.

Il est très important que dans la Région les agents vaccinateurs soient intégrés dans les interventions globales de lutte contre la maladie qui comprennent la vaccination, afin de tirer parti de leur expérience pour résoudre toute iniquité dans la dispensation de la vaccination.

Les évaluations ont montré l'importance des agents de santé communautaires sur le terrain et dans la mobilisation des communautés en faveur de la vaccination et des actions complémentaires, surtout dans les zones difficiles d'accès. Le suivi basé sur les performances a eu aussi un effet positif sur les résultats mais il demande que les données exactes soient collectées et traitées en temps voulu.

3.5.4 L'intégration

Le succès des services de vaccination est intimement lié à l'appréciation que le public porte sur la qualité des services de santé. Les agents de santé impliqués dans

la vaccination doivent maîtriser tous les aspects liés à l'administration des vaccins, la chaîne du froid et la logistique. Une formation et une supervision régulières devraient permettre de renforcer ces aptitudes. Il est nécessaire d'assurer une prise en charge de haute qualité et une disponibilité effective des médicaments pour les actions complémentaires à la vaccination, telles que le contrôle de la pneumonie et de la diarrhée. D'autres éléments de prévention de la maladie tels que les sources d'eau améliorées doivent aussi être mis en place.

Pour élargir les services de vaccination, les prestataires du secteur privé et des organismes non gouvernementaux doivent être pleinement mis à contribution. Ils peuvent s'avérer des alliés non négligeables par exemple dans les zones urbaines négligées où vivent les migrants ou des personnes non enregistrées qui sont rates lors des séances de vaccination systématique parce qu'ils sont absents dans la journée. La sous-traitance des services au secteur privé peut être une réponse au problème de logistique.

3.5.5 La pérennité

Le coût de la vaccination augmente rapidement avec l'introduction de nouveaux vaccins et il continuera de croître à la faveur des stratégies mises en œuvre pour résoudre les iniquités. Pour sécuriser des fonds supplémentaires, une attention plus accrue devra être portée sur les coûts et les financements, non seulement pour les budgets nationaux, mais aussi pour les budgets décentralisés qui couvrent les coûts opérationnels récurrents essentiels pour le succès de la vaccination. La valeur et le rapport coût/efficacité des vaccins et de la vaccination doivent être établis et régulièrement actualisés, par exemple lorsqu'un nouveau vaccin va être introduit, afin d'assurer la disponibilité à long terme des ressources tant pour les vaccins que pour les coûts opérationnels associés.

Les gouvernements devront soigneusement peser les coûts à venir des services de vaccination qui, en fin de compte, seront financés par les États. Certains de ces coûts sont directement imputables, par exemple les coûts des vaccins, mais d'autres sont incorporés dans les coûts des systèmes de santé et dans les différentes interventions de santé qui complètent la vaccination à tous les niveaux dans le pays. Il sera aussi nécessaire de procéder à une évaluation de la viabilité à long terme de l'appui des intervenants étrangers.

3.5.6 L'innovation

Il est indispensable d'adopter des approches de financement novatrices pour accroître les fonds disponibles pour la vaccination. Les pays doivent utiliser les enseignements

tirés ailleurs en matière de financement de la vaccination s'ils sont jugés applicables à la situation du pays en question. Cela devrait se traduire par une plus grande autonomie dans la prestation des services de vaccination.

La téléphonie mobile²⁷ et l'Internet ont facilité la gestion des données et leur potentiel d'utilisation dans l'avenir semble très prometteur, au regard du taux de pénétration des téléphones portables dans la Région. Ces technologies doivent être adoptées quand elles sont jugées bénéfiques et les agents de santé doivent être formés en conséquence.

²⁷ Les projets de santé sur mobile montrent que les résultats sanitaires positifs et le succès de ces projets reposent sur l'accessibilité, l'acceptabilité et le faible coût de la technologie ainsi que son adaptabilité à différentes situations (Aranda-Jan CB, Mohutsiwa-Dibe N, Loukanova S. *Systematic review on what works, what does not work and why of implementation of mobile (mHealth) projects in Africa*, BMC Public Health, 2014;14:188.



En ce qui concerne plus généralement la production des données factuelles, un effort concerté est nécessaire pour mener une recherche adaptée au contexte national et local, surtout pour aider les décideurs sur les questions politiques et opérationnelles. Par ailleurs, les évaluations peuvent permettre que les leçons apprises soient diffusées à grande échelle dans et entre les pays.

Un certain nombre d'hypothèses vitales sous-tendent ces principes directeurs :

- La stabilité des gouvernements et l'absence de situations d'urgence constituent des facteurs qui devraient faciliter la bonne gouvernance et le leadership, en renforçant l'engagement national à maintenir les services de vaccination.
- Une approche proactive des questions politiques, y compris l'implication des organes politiques, économiques ou sanitaires régionaux ou sous-régionaux lorsque les circonstances le commandent, permettrait d'anticiper et de résoudre les problèmes susceptibles d'entraver la bonne gouvernance et la prestation des services de vaccination²⁸.
- La vaccination motivée par la demande peut être orientée de manière à briser les barrières sociales et culturelles et utilisée pour améliorer la commodité, la qualité et la fiabilité des services, en s'aidant de toutes les voies de communication disponibles.
- Les nouveaux vaccins seront introduits sur la base des données factuelles relatives au fardeau de la maladie et au rapport coût/efficacité, en tenant compte des accords conclus par le pays sur les programmes mondiaux.
- Les ruptures d'approvisionnement des principaux vaccins seront palliées en sollicitant plusieurs fabricants de vaccins capables de livrer des vaccins en temps voulu.

- Les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure qui sont à la traîne des pays à faible revenu dans l'accès aux nouveaux vaccins à cause principalement du manque de ressources financières et de l'absence d'appui extérieur peuvent bénéficier des mécanismes des achats groupés instaurés entre les pays pour accroître leur pouvoir d'achat et appuyer ceux qui passent du statut de pays à faible revenu à celui de pays à revenu intermédiaire. Ces mécanismes devront être dirigés par des organismes sous-régionaux, régionaux et mondiaux ayant l'expertise requise.
- Le secteur privé est qualifié pour fournir des services de vaccination ou de logistique afférente ou d'expertise dans la recherche à des niveaux et d'une qualité acceptables pour les consommateurs et les gouvernements.

Les caractéristiques de la stratégie africaine de vaccination peuvent être résumées ainsi qu'il suit :

- équité dans l'accès à la vaccination et dans son utilisation pour sauver des vies.
- réactivité d'un système de prestation de services de vaccination de qualité et opportuns à une demande publique éclairée.
- engagement national fondé sur des données factuelles et visibles dans l'accroissement des capacités et des ressources.
- vaccination servant de pilier à des services des soins de santé primaires renforcés.
- qualité élevées des données et leur utilisation, avec une utilisation accrue des technologies de l'information et de la communication pour l'échange des données et la fourniture des informations aux agents de santé, ainsi que leur formation.

²⁸ Il existe des méthodologies pour identifier les risques potentiels à long terme (Ref: *Humanitarian Futures Programme, Beyond 2020: crisis drivers in West Africa's future. Report to ECOWAS, King's College, London, UK, 2008*).



3.6 ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

Les orientations stratégiques décrites dans cette section sont destinées à encadrer les processus nécessaires à l'atteinte des objectifs fixés. Elles sont éclairées par les évaluations des performances des services de vaccination faites dans un certain nombre de pays de la Région qui ont identifié les facteurs qui contribuent à la réalisation de bonnes performances en matière de vaccination. Outre un large engagement national, ces facteurs sont, entre autres, des agents de santé communautaires recrutés et soutenus localement, la participation active des communautés dans les activités de vaccination et de santé,

le partenariat entre les personnels de santé et les autorités administratives locales, l'accent sur la responsabilité et le suivi des performances, et l'existence d'infrastructures de vaccination de base à tous les niveaux²⁹.

Chaque orientation stratégique est assortie d'une liste de mesures recommandées afin de guider les États Membres dans l'élaboration de leurs plans stratégiques nationaux.

²⁹ Justice J et consorts, *Study of the drivers of routine immunization system performance in Ethiopia*, JSI Research and Training Institute Inc., projet ARISE pour la Fondation Bill et Melinda Gates, 2012.



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

L'obligation faite aux États dans les législations nationales et internationales de protéger la santé, la croissance et le développement des enfants et, plus particulièrement, de leur donner accès à la vaccination, doit se refléter dans les politiques, législations, plans et budgets nationaux ainsi que d'autres instruments et se fonder sur des données factuelles. Ces instruments doivent engager toutes les composantes du secteur public, le secteur privé, les institutions universitaires, la société civile, les réseaux sociaux et les chefs des communautés à devenir effectivement des partenaires dans le plaidoyer, le développement de la mise en œuvre, le suivi et l'appui en faveur de la vaccination.

La vaccination doit être alignée sur les plans stratégiques nationaux de la santé, ce qui nécessite d'avoir accès et de pouvoir se fier à une plateforme et des processus réglementaires nationaux clairement identifiés. Les groupes consultatifs nationaux tels que le Groupe Technique Consultatif national sur la Vaccination (GTCV), les comités de coordination inter-agences (CCIA) et les groupes consultatifs techniques doivent être rationalisés et amenés à rendre compte de leur contribution au programme national de vaccination.

Les plans stratégiques nationaux devront être élaborés et continuellement mis à jour ou reformulés sur la base des meilleures données factuelles sur le fardeau de la maladie et la disponibilité des ressources nationales et étrangères, et conformément au GVAP adopté par les gouvernements à l'Assemblée mondiale de la Santé et au Comité régional.

Les nouveaux partenaires nationaux - tels que le secteur privé ; les organisations de la société civile ; les organisations confessionnelles, les tradipraticiens ; les philanthropes africains ; les administrations publiques telles que les

ministères de la santé, de l'éducation, des finances, de l'intérieur, de la communication et de la promotion de la femme ; les entités politiques, ainsi que les agents de vulgarisation du ministère de l'agriculture - doivent être mis à contribution par le gouvernement pour assurer la collaboration, l'engagement et l'appui de tous.

Incidences au niveau des capacités

La dynamique globale d'engagement et d'appropriation de la vaccination au niveau national doit reposer sur les capacités et les compétences des personnels nationaux, qui doivent s'efforcer d'assumer les responsabilités techniques et managériales et exceller dans la communication. Les parties prenantes nationales et étrangères doivent considérer l'auto responsabilisation des personnels chargés de la vaccination comme une caractéristique commune qui doit être soutenue dans les services de vaccination, en mobilisant au besoin des ressources pour atteindre cet objectif.

Une bonne gestion des ressources doit être encadrée par des pratiques de gestion et une réglementation financière saine, sous la supervision d'un organisme indépendant. Travailler avec des agences d'audit peut permettre de mieux leur faire comprendre les objectifs des activités de vaccination et les stratégies qui sous-tendent les décisions de décaissement des fonds.

Le partage des expériences en matière de recherche, de législation, de gestion, de relations entre les parties prenantes et de questions opérationnelles doit être renforcé par le biais des réseaux d'apprentissage par les pairs, afin de permettre aux pays de bénéficier des meilleures pratiques et d'éviter les écueils dans ces domaines. Pour mobiliser les leaders et en faire des chantres de la vaccination, leurs connaissances doivent être continuellement mises à jour par des documents d'information très condensés mettant en relief les points d'importance. Certains de ces documents peuvent être élaborés au niveau régional comme ceux sur les données techniques, l'impact attendu et les coûts des nouveaux vaccins.

Mesures recommandées

- Déterminer la valeur de la vaccination pour les individus, les ménages, les communautés et la nation en termes de santé, d'équité et de retombées économiques, actualiser et diffuser périodiquement cette information via Internet et tous les réseaux sociaux.
- Faire un plaidoyer systématique et continu auprès des responsables publics, des élus, des autorités municipales, des organisations confessionnelles et du secteur privé sur les bienfaits de la vaccination et solliciter leur appui pour plaider cette cause et formuler les politiques.
- Élaborer et mettre à jour des politiques, une législation et une réglementation en cohérence avec les données factuelles disponibles, désigner un responsable de l'élaboration de plans nationaux de vaccination intégrés dans le plan de santé national, prévoir une dotation budgétaire pour la vaccination, et inclure un cadre de suivi et d'établissement des rapports sur les progrès accomplis par tous les acteurs étatiques et non étatiques.
- Mettre en place des mécanismes visant à assurer une bonne gestion des ressources nationales, locales et celles issues des donateurs en équilibrant clairement les pouvoirs pour les opérations de décaissement et d'achat.
- Organiser régulièrement des séances de travail entre les ministères de la santé, de l'éducation, des finances, les responsables locaux, et toute autre entité publique ou partenaire non gouvernemental, afin d'identifier ce qui marche bien et pourquoi, les goulots d'étranglement et les solutions pratiques à ces difficultés.
- Utiliser au maximum les organismes indépendants tels que les groupes consultatifs techniques nationaux sur la vaccination en sollicitant leurs conseils sur des questions scientifiques et techniques dans le contexte national, afin de mieux éclairer les décideurs nationaux et obtenir l'engagement des dirigeants aux niveaux les plus élevés.
- Créer un forum national de collecte et de diffusion des informations sur les progrès accomplis et les défis rencontrés qui servira de plateforme pour un dialogue

permanent entre les acteurs concernés, notamment, les associations professionnelles, les autorités de réglementation, les organisations de la société civile et les universitaires, afin de partager les enseignements tirés auprès d'autres pays confrontés aux mêmes réalités.

- Utiliser de manière proactive les médias sociaux et autres moyens de communication pour informer le public de la raison d'être et des bienfaits des vaccins et de la vaccination.

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

Au regard de l'élargissement notable de la portée de la vaccination rendue possible par la disponibilité de nouveaux vaccins, les messages et les incitatifs pertinents doivent être mis en place pour que les individus et les communautés comprennent leur responsabilité en matière de vaccination et pour qu'ils aient facilement accès à celle-ci. Les personnels de santé doivent disposer d'outils et d'incitatifs appropriés pour susciter la confiance des populations dans le système de santé et, partant, faciliter la dispensation de la vaccination. La sensibilisation par la communication - qui touche un nombre de plus en plus élevé de personnes en raison de la prolifération des outils médiatiques tels la radio, la télévision, Internet et la téléphonie mobile³⁰, outre les voies plus traditionnelles - doit mettre en relief le fait que la vaccination est un droit fondamental, et qu'elle a des retombées économiques positives pour les familles et la société. Les organisations de la société civile peuvent jouer un rôle non négligeable en renforçant les messages par la conscientisation. Une recherche sociale pertinente devrait permettre de comprendre les besoins

³⁰ Au regard de l'importance sans cesse croissante des réseaux sociaux, surtout chez les jeunes, ce groupe de population doit être particulièrement ciblé pour en faire des défenseurs de la vaccination.

des communautés et d'accorder ces besoins avec les capacités des programmes destinés à les satisfaire. Cette recherche peut montrer que les communautés veulent plus d'interventions sanitaires, d'infrastructures de base ou de services tels que l'assainissement et l'école.

Le rôle que pourraient jouer les incitatifs monétaires ou autres pour stimuler la demande de vaccination doit être évalué, tout en reconnaissant l'absence actuelle de données factuelles sur leur efficacité, les difficultés liées à leur durabilité et la capacité à mesurer leur impact.

Incidence au niveau des capacités

Pour comprendre le point de vue des consommateurs, le recours ou non aux services de vaccination doit faire l'objet d'une étude qualitative bien conçue menée par des enquêteurs qui sont capables d'aller dans les ménages et de converser en langue locale. Les institutions universitaires et le secteur privé pourraient vraisemblablement fournir l'expertise pour ce travail. De même, le secteur privé devrait être mobilisé pour fournir l'expertise nécessaire dans le domaine du marketing social, ainsi que dans la gestion de la communication via les média sociaux et les téléphones portables. Les agents de santé communautaires et les responsables des communautés, ainsi que les nouveaux leaders d'opinion issus des réseaux sociaux doivent être transformés en défenseurs de la vaccination.

Les écoles, qui enregistrent un accroissement des effectifs à travers le continent, regroupent un nombre significatif de membres de la prochaine génération tout disposés à écouter et sont un facteur déterminant pour assurer la pérennité de la demande de vaccination. Le ministère de l'éducation, avec son réseau d'enseignants, doit être amené à devenir un proche partenaire en matière de vaccination, afin que les élèves soient éduqués sur la vaccination et que les installations scolaires servent de

cadre à l'administration de vaccins tels que le VPH et les injections de rappel³¹.

Les capacités et les coûts d'opportunité pour les ménages de l'utilisation des services de vaccination doivent être évalués. Dans certains cas, l'octroi d'incitatifs aux ménages peut être envisagé, dans la mesure où cette opération est peu coûteuse et durable.

Mesures recommandées

- Mener des enquêtes sociales pour identifier les barrières persistantes à la vaccination et les facteurs favorisant celle-ci, et déterminer avec les groupes communautaires les meilleurs défenseurs de la vaccination au sein des communautés ;
- Utiliser la position et l'envergure des organisations de la société civile pour faire passer le message sur la valeur de la vaccination et la responsabilité de chaque individu, et surtout des parents des jeunes enfants, de s'assurer que chaque personne est protégée par la vaccination ;
- Personnaliser les messages sur la vaccination pour mettre en relief les entraves et les facteurs favorisants et pour les publics spécifiquement ciblés, en utilisant les méthodes de marketing social pertinentes ;
- Utiliser les outils de communication les mieux adaptés pour les messages sur la vaccination, tels la radio, la télévision, les réseaux sociaux, les messages téléphoniques, le dialogue communautaire, etc.
- Travailler avec les écoles pour former les enseignants et éduquer les élèves sur la vaccination par le biais de leçons spécifiques inscrites dans le programme académique et lors d'événements particuliers, par exemple dans le cadre des activités accompagnant des séances de vaccination contre le VPH ou d'administration de doses de rappel du vaccin contre le Tétanos-diphtérie (Td) ;

³¹ Les écoles peuvent être utilisées avec succès comme lieux de vaccination contre le VPH et le fait d'ajouter le VPH au programme sanitaire scolaire existant peut permettre de réduire les coûts de l'inclusion de ce vaccin dans le calendrier national de vaccination (PATH, *HPV Vaccination in Africa: Lessons Learnt from a Pilot Programme in Uganda*, janvier 2011).

- Offrir quand cela est nécessaire des incitatifs aux ménages pour qu'ils sollicitent les services de vaccination, en veillant à l'accessibilité économique, à la durabilité et à la disponibilité de ces incitatifs.

3.6.3 Orientation stratégique 3 : Les bienfaits de la vaccination sont équitablement dispensés à tous

La vaccination a vu son champ s'étendre à tous les groupes d'âge, des enfants aux personnes âgées. Le fait de centrer l'action, non plus sur le district, mais sur les communautés et les individus signifie qu'il est capital pour le système de santé de connaître intimement les populations qu'il couvre et de savoir qui est touché depuis chaque établissement de santé et par chaque vaccinateur. La micro planification jusqu'au niveau de la communauté et du ménage permet une plus grande inclusion et moins d'occasions manquées aussi bien au niveau de l'établissement de santé que lors des descentes dans les communautés et dans d'autres sites.

Pour les populations précédemment non desservies, un suivi régulier du niveau de couverture et d'accès à la vaccination, ainsi qu'à l'utilisation de celle-ci doit être instauré, en même temps qu'une évaluation des barrières techniques, systémiques, sociales, culturelles, financières et autres à l'accès à des services de qualité. Encourager fortement l'enregistrement des naissances devrait permettre d'atteindre et de suivre plus facilement toutes les tranches de la population.

Le système de vaccination doit être préparé à répondre aux situations d'urgences naturelles, causées par l'homme et complexes, la probabilité étant grande que ces urgences naturelles ou anthropiques s'accompagnent de flambées épidémiques. Des plans de préparation aux épidémies doivent être mis en place qui assurent un accès rapide aux stocks de vaccins.

Incidences au niveau des capacités

La nécessité d'atteindre chaque tranche de la population implique un accroissement considérable des besoins en ressources. Les capacités en matière de micro planification et d'activités de proximité doivent être augmentées. Confier ces tâches aux organisations non gouvernementales et privées nécessitera un suivi et une gestion étroite.

Moins de la moitié des enfants de la Région sont enregistrés à la naissance. C'est un domaine où les agents de santé, en collaboration avec les responsables des communautés et les autorités locales peuvent agir en amont en enregistrant les naissances survenant dans la communauté et en donnant aux nouveau-nés une identité médicale unique qui facilitera la collecte des données et l'établissement des rapports^{32,33}. Ce premier droit de l'enfant, reconnu dans la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant et la Charte africaine sur les droits et le bien-être des enfants, reste non tenu pour la majorité des enfants d'Afrique³⁴.

Des stocks minimums de vaccins et de matériel d'injection doivent être gardés dans la pratique normale de la gestion des approvisionnements au niveau central où la rotation des stocks est plus fréquente.

Les systèmes de suivi et d'évaluation doivent être améliorés pour surveiller les progrès faits pour atteindre les populations non touchées et les nouveaux groupes. La téléphonie mobile, notamment les *rapid SMS*, peuvent faciliter l'échange des données, mais les agents de santé auront besoin de téléphones portables, de formation et d'incitatifs pour faire le travail nécessaire.

³² Seuls 40% des nouveau-nés de la Région sont enregistrés à la naissance. Le niveau pour le quintile le plus riche est 2,4 fois supérieur à celui du quintile le plus pauvre (UNICEF, La situation des enfants dans le monde, 2013).

³³ L'incorporation de l'enregistrement des naissances dans les soins de santé communautaires, les campagnes sanitaires et les activités d'enregistrement mobile peut réduire les coûts indirects de l'enregistrement des naissances, surtout dans les communautés les plus pauvres et permettre d'augmenter considérablement les taux d'enregistrement des naissances (Fagernäs S, Odame J. *Birth registration and access to health care: an assessment of Ghana's campaign success. Bull. World Health Organ.*, 2013;91:459-464).

³⁴ L'établissement de l'état civil de l'enfant fait partie intégrante de la stratégie de protection des enfants promue par l'UNICEF. http://www.unicef.org/esaro/5480_birth_registration.html



Mesures recommandées

- Utiliser la micro planification universellement pour toucher chaque communauté et groupe de population, y compris celles qui se trouvent dans les zones urbaines et périurbaines, en suivant une approche qui prend en compte l'ensemble de la vie pour prévoir avec exactitude les besoins en services de vaccination ainsi que les besoins connexes en matière de lutte contre les maladies.
- Accroître les services de proximité ordinaires planifiés et annoncés afin de fournir des services de vaccination aux populations non desservies.
- S'assurer le concours des organisations non gouvernementales et privées qui atteignent ou ont la possibilité d'atteindre des populations non desservies telles que les enfants ayant quitté l'école, les adolescents et les communautés installées en zone périurbaine.
- Renforcer les mécanismes d'enregistrement des naissances et les méthodes d'identification médicale y compris par l'usage de fichiers électroniques.
- Mener des activités coordonnées avec les mécanismes nationaux de préparation et de réponse aux situations d'urgence afin de s'assurer que les maladies évitables par la vaccination sont incluses dans le suivi et la surveillance des urgences complexes et que la vaccination est traitée comme une intervention prioritaire.
- Garder les stocks minimum nécessaires de vaccins et de matériels d'injection pour se préparer aux situations d'urgence, en veillant à les renouveler régulièrement pour éviter la péremption des produits.
- Répondre aux flambées de poliovirus dérivé de la souche vaccinale, aux crises humanitaires et aux conflits quand ils surviennent, rétablir les services de vaccination dans le cadre de la réhabilitation des services de santé.
- Documenter les leçons apprises lors des activités visant à atteindre les populations non desservies et d'autres groupes particuliers tels que les adolescents, les adultes et les personnes âgées pour que les stratégies puissent être ajustées en conséquence.

3.6.4 Orientation stratégique 4 : Des systèmes de vaccination solides font partie intégrante de systèmes de santé performants

Les États Membres de la Région africaine de l'OMS ont adopté une stratégie de soins de santé primaires qui reconnaît les composantes diverses mais inter reliées du système de santé³⁵ et dans laquelle la vaccination est considérée comme un maillon principal du système de santé. Les vaccins ne sont qu'une composante des mesures de lutte contre les maladies, ce qui rend la coordination et la complémentarité des actions à travers le système de santé essentielles pour le succès. Dans le même temps, l'élargissement des prestations en matière de vaccination peut permettre de fournir d'autres services à la population tels que le déparasitage, la supplémentation en vitamine, le traitement des maladies courantes et la promotion de la santé.

Des interventions préventives, curatives et promotionnelles complémentaires doivent être mises en œuvre ensemble en utilisant tous les contacts appropriés dans les domaines de la santé, la nutrition, l'assainissement en eau et l'hygiène, l'éducation et le service social pour promouvoir, dispenser et contrôler la vaccination, ainsi qu'en faisant participer les prestataires privés et non gouvernementaux. Des processus de prise des décisions basés sur des données factuelles doivent être mis en place pour l'introduction de nouveaux vaccins et les interventions connexes de lutte contre les maladies.

Le nombre et la qualité³⁶ des ressources humaines doivent être soigneusement contrôlés, en faisant particulièrement attention aux besoins en matière de vaccination, aux opportunités de renforcement des capacités et à la disponibilité, au déploiement, aux incitatifs, à la

supervision, au renouvellement des travailleurs, etc. Les agents de première ligne sont une des clés du succès des activités de vaccination, ce qui signifie qu'il faut sur le terrain des agents qualifiés et motivés qui comprennent la communauté, parlent la langue locale et sont socialement jugés dignes de dispenser la vaccination et d'interagir avec les mères, les familles, les communautés et les responsables locaux. Les agents de santé communautaires peuvent jouer un rôle déterminant en apportant leur concours aux activités de vaccination, en mobilisant les populations et en renseignant le système de santé sur les attentes de la communauté.

Le système de vaccination a pour impératif d'atteindre toutes les populations cibles, assurant la couverture vaccinale tout en garantissant la sécurité et la sûreté des vaccinateurs. Les ressources humaines, les approvisionnements, la logistique et la gestion des données sont les points de convergence critiques entre les services de vaccination et le système de santé.

Incidences au niveau des capacités

Il faudra, pour passer de l'approche en silo de la vaccination à une approche intégrée, globale, basée sur la lutte contre les maladies, un changement du modèle de fonctionnement des personnes impliquées dans les activités de vaccination. Il faudra une attention considérable de la part des responsables de la santé, ainsi qu'un plaidoyer et un suivi constants. Toutefois, ces efforts doivent être reliés aux initiatives d'éradication de la poliomyélite et d'élimination de la rougeole. Une minutieuse élaboration et diffusion des messages sera cruciale et ces messages devront être les mêmes dans toute la Région.

Des mécanismes de coordination devront être mis en place au sein des ministères de la santé et à tous les niveaux du système de santé pour assurer une planification conjointe des programmes et leur mise en œuvre, y compris ceux destinés à la formation des personnels de santé. Le partage des ressources entre les programmes peut s'avérer

³⁵ Barry SP et consorts, La Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique : améliorer la santé en Afrique au cours du nouveau millénaire, Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, 2008.

³⁶ Avec un taux d'accès aux téléphones portables allant jusqu'à 80 % dans certains pays chez les agents de santé communautaires, la téléphonie mobile peut faire davantage en termes de formation et d'apprentissage informel (Patel KD. www.mhealthd.org).

problématique du point de vue de la comptabilité et de l'évaluation de l'impact, mais des mécanismes appropriés devront être trouvés. Les parties prenantes fournissant des ressources peuvent être amenées à modifier leurs exigences en matière de comptabilité et d'établissement des rapports.

Il est essentiel de porter une attention particulière aux ressources humaines afin d'assurer le succès des services de vaccination. Le renforcement du nombre, des connaissances et des capacités des ressources humaines demande un niveau d'investissement important, y compris pour la mutation dans le système de santé d'agents qualifiés impliqués actuellement dans les efforts d'éradication de la polio. Pour atteindre les objectifs d'éradication et d'élimination, introduire de nouveaux vaccins et accentuer la complémentarité entre la vaccination et d'autres activités de lutte contre les maladies, il faudra inévitablement accroître les ressources humaines et assurer la pérennisation de leurs niveaux. Des choix difficiles devront être faits quant à ce qui est réalisable dans chaque contexte, sur la base de la durabilité des ressources projetée sur le long terme.

La priorité doit être accordée à l'utilisation généralisée de la téléphonie mobile pour assister les agents de santé dans l'échange des données et les rapports, eu égard au fait que les téléphones portables sont beaucoup utilisés dans la Région et qu'il y a de plus en plus de *smart phones* qui offrent l'accès à Internet. La mobilité des agents de santé doit aussi faire l'objet d'une attention particulière car ils doivent se rendre sur le terrain et organiser des événements spéciaux dans le cadre de leur travail.

L'élargissement des prestations des systèmes de santé à des incidences claires au niveau des ressources, qu'il s'agisse de recruter des agents de santé communautaires - qui devront être formés et supervisés - de mener régulièrement des activités de proximité ou de confier des tâches aux prestataires du secteur privés tels que les ONG.

Avec l'approche basée sur la lutte contre les maladies, il sera nécessaire d'assurer le suivi et l'évaluation des interventions conjointes pour produire des données factuelles sur les gains en efficacité, en économie et en impact.



Mesures recommandées

- Axer les politiques, la planification et la communication en matière de vaccination sur la lutte contre le fardeau de la maladie en utilisant une perspective systémique, dans laquelle la vaccination est une intervention préventive majeure dans le cadre d'une approche globale de la lutte contre les maladies.
- Déterminer continuellement et en partenariat avec les communautés les points d'intérêt communs entre les différentes interventions relatives à la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte et les services de vaccination, en mettant l'accent sur les actions complémentaires nécessaires pour faire face au fardeau de la maladie et en instituant des mécanismes de coordination à tous les niveaux du système de santé.
- Pour les interventions conjointes dans n'importe quel contexte géographique ou socioculturel donné, choisir de façon continue le meilleur canal parmi les outils de communication fixe, de proximité ou mobile et les événements spéciaux tels que les journées ou semaines de la santé de l'enfant.
- Identifier les moyens permettant d'élargir les prestations du système de santé afin de dispenser la vaccination et mettre en œuvre des actions complémentaires, en s'assurant que des ressources humaines suffisantes sont en place pour fournir les services escomptés d'une qualité acceptable, y compris par le recrutement et l'utilisation d'agents de santé communautaires se trouvant près des populations cibles et bénéficiant de l'assistance professionnelle et de la supervision sans relâche de la formation sanitaire la plus proche.
- Mettre sur pied une structure de reddition des comptes à l'intention de tous les personnels engagés dans les services de vaccination, avec des outils de travail donnant des détails sur les procédures et les responsabilités. S'assurer que la structure est mise à jour périodiquement.
- Introduire des évaluations et des incitatifs basés sur les performances des agents de santé travaillant dans le domaine de la vaccination, en portant une attention particulière à ceux qui sont dans des zones difficiles d'accès ou peu sûres³⁷.
- Consolider l'orientation et la formation des agents de santé de première ligne dans toutes les initiatives liées à la santé pour s'assurer que la situation vaccinale de chaque individu concerné est vérifiée lors de chacun de ses contacts avec le système de santé.
- Élaborer des plans détaillés de supervision formative prévoyant des séances périodiques d'échanges d'idées par les pairs, l'accent étant mis sur la résolution des problèmes.
- Intensifier la collecte et l'utilisation des données administratives, de celles sur la surveillance et sur l'innocuité des vaccins afin d'améliorer les performances des services de vaccination et des actions complémentaires dans les efforts visant à faire face au fardeau de la maladie, en utilisant pleinement les potentialités qu'offrent la téléphonie mobile et l'Internet.
- Surveiller et évaluer les améliorations concernant l'efficacité et le rapport coût-efficacité dans les interventions conjointes relativement à leur impact sur la santé, afin de déterminer s'il y a lieu de les consolider davantage.
- Motiver les prestataires du secteur privé tels les ONG et contrôler leur capacité à fournir des services de vaccination de qualité.
- Instaurer de bonnes relations de travail entre le système de santé et les autorités locales afin d'obtenir le soutien de celles-ci dans la coordination des activités du système de santé avec les activités d'autres secteurs ayant une incidence sur la santé comme l'éducation, l'approvisionnement en eau et l'agriculture.

³⁷ On pourrait songer à fournir des téléphones portables et des moyens de locomotion tels que des vélos et des motos sur le modèle de prêt avec en option le transfert de propriété en cas de performances satisfaisantes pendant une période déterminée.



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

Sous la houlette du ministère de la santé, le gouvernement doit s'employer à fournir en temps voulu au programme de vaccination des financements nationaux suffisants et sûrs en vue du succès des efforts globaux de lutte contre les maladies et pour l'introduction de nouveaux vaccins, en utilisant des mécanismes de partage des coûts quand ils existent³⁸. Une plus grande transparence et le partage des informations entre les autorités nationales et les partenaires serait propice à une allocation et une utilisation plus rationnelle des ressources et renforcerait la responsabilité mutuelle.

³⁸ L'Alliance GAVI a joué un rôle déterminant dans l'élaboration d'approches de partage des coûts qui accroissent la viabilité à long terme des services de vaccination.

Le succès des activités de vaccination est étroitement lié à la qualité de l'approvisionnement et l'efficacité de la logistique qui s'assure que les vaccins et le matériel de vaccination tels que les seringues, les conteneurs de sécurité, etc. sont en place en temps voulu, qu'ils sont stockés selon les normes, utilisés comme il convient et éliminés de manière sûre. Les ruptures de stock peuvent considérablement perturber les activités de vaccination et ruiner la confiance des communautés. Les capacités de stockage des vaccins, de fourniture et de logistique devront être mises en cohérence avec l'accroissement prévu des volumes des vaccins traditionnels et ceux nouvellement introduits et être coordonnées avec d'autres initiatives de renforcement du système de santé relatives à la fourniture de médicaments et de matériel³⁹.

³⁹ Parce que la vaccination produit des déchets et dérivés, chaque pays se doit de définir des indicateurs de suivi et d'évaluation des plans nationaux de gestion des déchets issus de la prestation des soins de santé (OMS, *Advocating for national plans for safe management of waste from health care facilities: implementation of the Libreville Declaration on health and environment in Africa - Framework for health care waste management*).

Incidences au niveau des capacités

Le financement des besoins à long terme des services de vaccination et des interventions complémentaires de lutte contre les maladies doit faire l'objet de beaucoup d'attention, en se basant sur des méthodologies d'établissement des coûts saines et sur des stratégies de planification et d'allocation qui prévoient la possibilité de changements si les circonstances et les exigences évoluent. L'orientation globale doit viser l'autofinancement par les pays, les appuis extérieurs étant principalement axés sur les efforts mondiaux d'éradication et d'élimination des maladies dont les retombées sont mondiales. Des personnels dévoués dotés de l'expertise nécessaire doivent être disponibles pour suivre les financements, la budgétisation et l'allocation des ressources.

La création de mécanismes de financement innovants nécessitera la mobilisation de nombreux experts, y compris des représentants du ministère des finances et du secteur bancaire privé. Quelques données positives sur le financement basé sur les performances sont déjà visibles dans la Région, par exemple pour la couverture vaccinale contre la rougeole⁴⁰. Beaucoup dépend toutefois de l'exactitude et de la véracité des données sur les indicateurs liés à la rémunération au rendement.

Les approvisionnements et la logistique, y compris les prévisions et les achats, sont généralement laissés aux soins d'un petit nombre de personnels spécifiques. La spécialisation dans certains domaines de l'approvisionnement et de la logistique est certes logique, mais il importe que tous les agents de santé comprennent les principes et les méthodes permettant d'assurer la livraison en temps voulu des approvisionnements et le stockage approprié de ceux-ci, la gestion de la chaîne du froid, la gestion du transport et le rôle des nouvelles technologies. La formation peut prendre beaucoup de temps mais elle est bénéfique en ce qu'elle permet de déterminer de façon exacte les dosages vitaux, de s'assurer

de l'innocuité des vaccins et de l'utilisation des méthodes d'élimination des déchets appropriées et, au bout du compte, d'évaluer l'impact des services de vaccination.

Les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure qui ne bénéficient pas de l'appui de l'Alliance GAVI ont beaucoup de mal à mobiliser les fonds pour l'acquisition de nouveaux vaccins et sont à la traîne dans l'introduction de ces vaccins. Les mécanismes de groupage pourraient s'avérer utiles pour ces pays qui, individuellement, n'ont pas le pouvoir d'achat nécessaire et cette méthode pourrait être expérimentée dans l'ensemble de la Région ou au niveau de chaque sous-région⁴¹.

Mesures recommandées

- Élaborer des plans de financement à long terme des activités de vaccination qui consacrent des dotations budgétaires nationales et des contributions locales suffisantes et durables à la vaccination et au système de santé.
- Obtenir des engagements financiers extérieurs à long terme qui complètent les ressources nationales et locales.
- Explorer la possibilité d'utiliser des mécanismes de financement novateurs tels que les fonds fiduciaires et les impôts pré-affectés pour accroître la disponibilité de financements durables dans l'optique de l'autofinancement national.
- Améliorer continuellement les approches de planification financière pour les services de vaccination et dans le système de santé tout entier à l'effet d'optimiser l'efficacité dans le but d'atteindre les cibles de la lutte contre les maladies.
- Réaliser des évaluations régulières de la disponibilité des ressources financières nationales pour les activités de vaccination et les interventions de lutte contre les maladies, et de l'aide extérieure reçue.

⁴⁰ Centre for Global Development. *Performance incentives for global health: potential and pitfalls, Rwanda case study*. Brookings Institution Press, p 189–214, 2009.

⁴¹L'UNICEF a mis sur pied un mécanisme d'achat groupé pour les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, mais l'adhésion est volontaire et jusqu'ici seuls quelques pays se sont montrés intéressés. Subsidièrement, les regroupements économiques sous-régionaux pourraient envisager d'adopter cette méthode.

- Suivre les dotations pour s'assurer que les fonds sont utilisés pour les besoins prioritaires.
 - Évaluer la possibilité d'introduire le financement basé sur les performances lié à l'atteinte de cibles précises.
 - Diffuser périodiquement les chiffres sur les dépenses pour assurer une plus grande transparence et renforcer la confiance du public dans la façon dont les fonds publics sont utilisés.
 - Mettre en œuvre des mécanismes pour assurer l'exactitudes des prévisions et le contrôle des stocks de vaccins existants et de nouveaux vaccins, de matériel d'injection, de conteneurs de sécurité et d'autres intrants à tous les niveaux, en s'assurant que les vaccins sont présentés de manière appropriée et que leur conditionnement s'accorde aux besoins du pays.
 - Consolider la gestion des approvisionnements et de la logistique, y compris la chaîne du froid, à travers tout le système de santé pour assurer la livraison en temps voulu des vaccins et du matériel d'injection, ainsi que des médicaments et d'autres matériels vitaux.
 - Étudier la possibilité de confier la gestion des approvisionnements et de la logistique au secteur privé quand celui-ci a les capacités d'assumer cette fonction⁴².
 - Suivre l'achat des vaccins et de matériel ainsi que les livraisons pour s'assurer que les besoins en matière de vaccination sont satisfaits et que des ruptures de stock sont évitées.
 - Étendre les capacités des laboratoires en tirant parti des réseaux de laboratoires pour la polio et la rougeole, ainsi que d'autres réseaux régionaux et locaux.
 - Assurer la formation périodique d'agents de santé à tous les niveaux dans la gestion des approvisionnements, y compris dans la réception et le stockage appropriés des vaccins, dans la gestion efficace de la chaîne du froid, dans l'élimination des déchets et dans la gestion du transport, en incorporant les nouvelles technologies.
- Envisager le recours aux mécanismes d'achat groupé qui aident les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure à avoir accès aux nouveaux vaccins à des prix abordables.

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

Les États Membres se sont engagés à renforcer leurs systèmes nationaux de recherche et d'information sur la santé et de gestion des connaissances⁴³. Les capacités des décideurs nationaux et d'autres intervenants doivent être améliorées en leur fournissant un meilleur accès en temps voulu à des données de qualité grâce aux nouvelles technologies. Les organismes de recherche nationaux et régionaux doivent être impliqués pour valider les hypothèses sur les approches de la vaccination et documenter les leçons apprises. La recherche dans la Région devrait d'abord et surtout trouver le meilleur moyen de réduire les obstacles à l'universalisation de la vaccination, en tenant compte de l'évolution du contexte, de la demande, des besoins et des capacités en matière de vaccination en Afrique.

Les capacités de développement et de production des vaccins sont extrêmement faibles dans la Région. Cela étant, les gouvernements doivent envisager de collaborer avec le secteur privé pour accroître ces capacités, en travaillant de préférence en partenariat avec des fabricants reconnus tant dans les pays développés qu'en développement, tout en ne perdant pas de vue que s'engager dans la mise au point des vaccins est une

⁴² La province occidentale du Cap en Afrique du Sud a sous-traité sa chaîne d'approvisionnement en vaccins et son système logistique, ce qui a entraîné une meilleure gestion des vaccins lors du stockage et du transport (PATH, OMS – *Optimize Evidence Brief Series, Outsourcing vaccine supply chain and logistics to the private sector*, septembre 2012).

⁴³ Organisation mondiale de la santé, Bureau régional pour l'Afrique. Déclaration d'Alger - Conférence des ministres sur la recherche et la santé dans la Région africaine : combler le fossé des connaissances pour améliorer la santé en Afrique, 23–26 juin 2008.

entreprise très coûteuse et qu'il est nécessaire d'avoir une autorité nationale de réglementation performante⁴⁴.

Incidences au niveau des capacités

Ce qu'il faut surtout aux pays de la Région c'est de renforcer leurs capacités à entreprendre une recherche qui cadre avec leur situation à travers un ensemble d'activités de recherche opérationnelle et d'essais cliniques. Cela nécessitera des financements durables et la collaboration entre les ministères de la santé, les institutions universitaires et les organismes de recherche privés. Les pays devraient tirer parti des réseaux de recherche régionaux qui soutiennent le renforcement des capacités et l'amélioration de la qualité de la recherche.

Les décisions doivent être éclairées par la recherche, de sorte que les personnes chargées de la formulation des politiques en matière de vaccination puissent disposer de temps et d'espace pour analyser les résultats de cette recherche et les traduire en politique et en pratique.

⁴⁴ Logiquement, la première étape pourrait être de conditionner localement les vaccins en vrac importés des fabricants reconnus.

Mesures recommandées

- Discuter avec les consommateurs et les communautés des priorités en matière de vaccins et de vaccination en prenant en considération le fardeau de la maladie et la demande subjective.
- Travailler avec les experts de la santé, les autorités sanitaires et les parties prenantes pour définir un programme de recherche adapté au fardeau de la maladie et aux capacités des services de santé et de vaccination dans le pays.
- Produire des données factuelles pour mettre en évidence la nécessité spécifique d'investir dans les nouveaux vaccins et les nouvelles technologies.
- Produire des données cliniques représentatives sur l'efficacité des vaccins et l'impact de la vaccination sur la survie des enfants.
- Développer une recherche sur la mise en œuvre pratique adaptée au pays et à la Région.



3.7 PRINCIPALES APPROCHES

Au regard des disparités importantes observées entre les pays de la Région en termes de taille des populations et des lieux où elles sont installées ; de caractéristiques sociales, culturelles et économiques ; de performance des systèmes de santé et plus particulièrement des services de vaccination ; et de disponibilité des financements, les plans stratégiques nationaux différeront considérablement dans leurs approches et sur les actions à entreprendre. Les approches visant l'élargissement des activités de vaccination vont probablement varier encore plus entre les pays selon leurs capacités, leur engagement et leur diversité structurelle ; à l'intérieur même des pays en fonction de l'accès social et physique aux services et de leur utilisation ; et au fil du temps avec le renforcement progressif de la confiance et de la responsabilité mutuelles entre les communautés et les prestataires de services.

Il existe un certain nombre d'approches, essentiellement à caractère managérial, qui s'appliqueront vraisemblablement à tous les pays. Une approche consiste, pour toutes les parties prenantes, à s'engager de façon proactive dans un processus de consultation dans l'optique de l'élaboration des plans nationaux. Ce processus serait l'occasion de procéder à une planification et programmation conjointes autour des acteurs nationaux et internationaux, stimulant ainsi la formation de nouvelles coalitions, de nouvelles alliances et de nouveaux partenariats. Étant donné l'impérieuse nécessité d'intégrer les plans et les actions des différentes interventions menées tant à l'intérieur qu'en dehors du secteur de la santé, les plans issus de cette interaction collaborative devraient se conformer aux lignes directrices du pays afin d'encourager l'appropriation nationale et la volonté d'accroître les financements nationaux en faveur des services de vaccination.

Pour mieux déterminer l'appui technique et financier nécessaire pour élaborer et mettre en œuvre les plans stratégiques nationaux, il sera important d'avoir pour chaque pays un protocole typologique indiquant, grâce

à un ensemble d'indicateurs, les lacunes et besoins spécifiques du pays en question, afin qu'il améliore ses services de vaccination dans un cadre plus large du système de santé. Cette démarche serait plus appropriée au niveau régional où elle tirerait avantage des liens établis entre les pays aux réalités analogues pour partager les leçons.

La deuxième approche consiste à répondre aux préoccupations des communautés et à agir au niveau local en procédant à une cartographie systématique de la communauté, à l'évaluation des besoins et des capacités et à la micro planification de la vaccination dans le cadre de la prestation des soins de santé primaires. Définir le lieu où se trouvent les individus jusqu'au sujet de la vaccination va faciliter la planification à travers tout le spectre des activités d'administration de la vaccination, y compris la détermination des besoins en vaccins et en fournitures connexes, la mobilisation des agents de santé, l'élaboration d'une stratégie de communication et la planification financière. Les représentants des communautés doivent participer à cet exercice de cartographie et d'évaluation pour en assurer la crédibilité.

La troisième approche nécessite une évaluation approfondie et continue des capacités en ressources humaines, en termes de nombre d'agents ainsi que de leurs compétences, à travers tout le système de prestation des services de vaccination en vue d'améliorer leurs capacités et orienter les activités de formation et de supervision. Une partie de l'évaluation consistera à déterminer le caractère approprié et durable d'incitatifs monétaires ou d'autres incitatifs basés sur les performances. Une attention particulière doit être accordée à la formation préalable à l'emploi afin de souligner l'importance d'une interaction positive avec les mères et les prestataires de soins pour encourager le respect des calendriers de vaccination.

La quatrième approche nécessite une évaluation effective de la gestion des vaccins pour obtenir un retro

‘information sur la logistique de l’ensemble de la chaîne d’approvisionnement en vaccins pour la prise de décision. Le nombre et le coût croissants des vaccins et les exigences connexes en matière de stockage et de transport, ainsi que la nécessité de réduire les pertes au minimum, rendent la logistique de plus en plus complexe, sans oublier qu’ils faut estimer les besoins avec exactitude et maintenir la chaîne du froid. Les logisticiens impliqués dans la gestion de la chaîne d’approvisionnement des vaccins doivent se doter des compétences appropriées et participer pleinement aux processus de planification.

La cinquième approche met l’accent sur l’amélioration de la qualité des données et leur utilisation pour appuyer l’action au niveau, pour orienter le suivi au niveau national et pour intégrer ces données dans le système global de partage d’informations. Ceci permettra de s’assurer que les activités menées sont en rapport avec celles prévues et que les ressources sont rationnellement utilisées.

La téléphonie mobile multiplie les possibilités d’échange des données en temps réel, ce qui facilite la prise des décisions en temps utile. En même temps, il est essentiel garantir la disponibilité des données de la vaccination sur des carnets de vaccination à la maison ou dans des dossiers électroniques, selon les cas, afin que le suivi et l’évaluation ne reposent pas uniquement sur la mémoire d’une mère ou d’un prestataire des soins quand on sait qu’elle peut faillir, surtout avec les calendriers de vaccination qui sont de plus en plus longs.

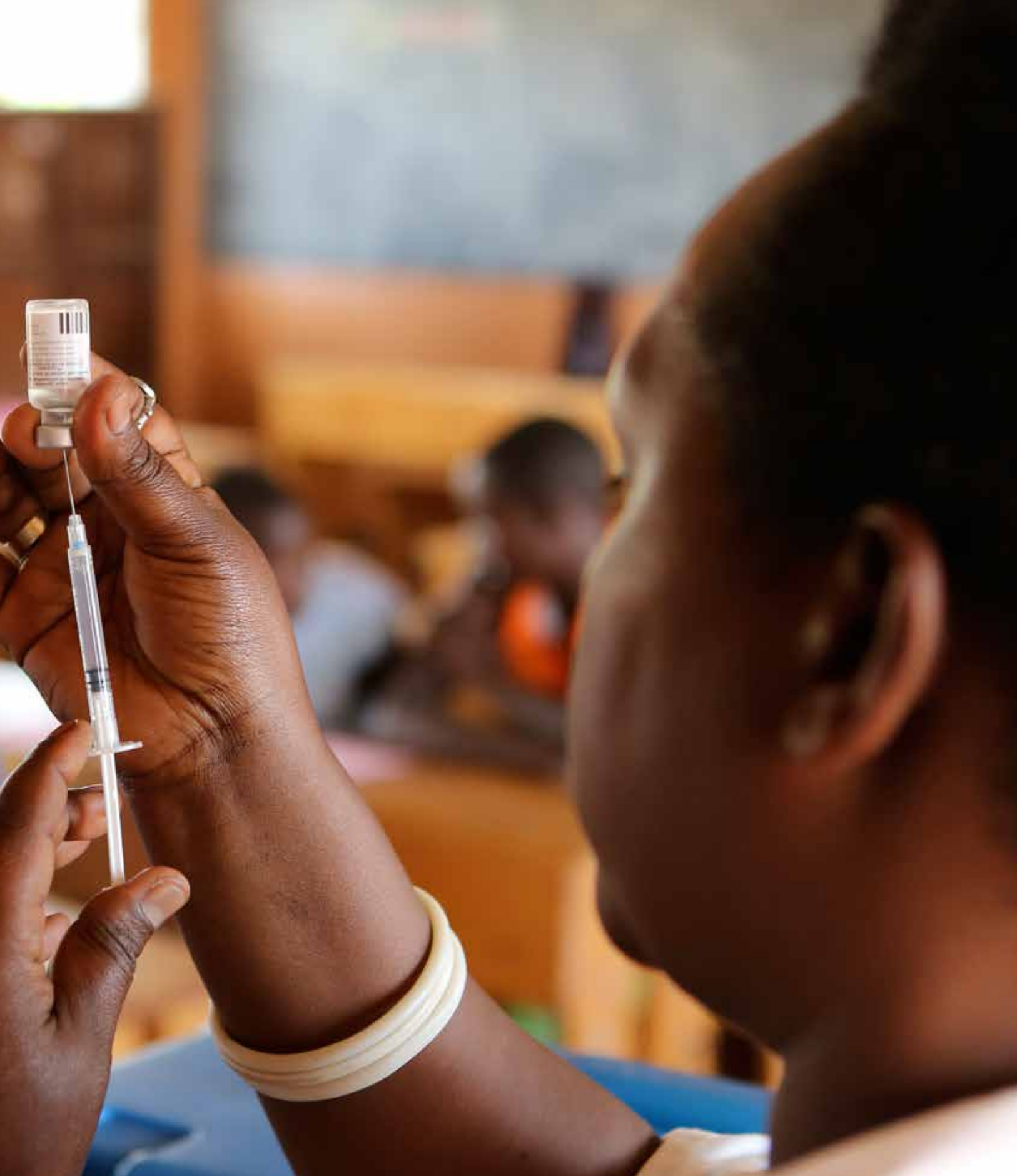
Pris ensemble, des plans nationaux solides, réalistes et orientés vers l’action, des micro plans répondant aux demandes des communautés assortis des mécanismes de révision et de suivi réguliers des plans, des personnels de santé motivés, une gestion et une production efficaces des vaccins, et la diffusion ainsi que l’utilisation de données de qualité faciliteraient l’atteinte des objectifs stratégiques ainsi que les cibles de la vaccination.





4.

Mise en œuvre
de la stratégie



Le contexte de la mise en œuvre de cette stratégie et de la responsabilité des parties prenantes vis-à-vis de ce processus ont été définis pour la première fois dans la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide de 2005⁴⁵, puis par le Programme d'action d'Accra de 2008 qui renforce et consolide les obligations des pays énoncées dans la Déclaration de Paris en insistant sur les facteurs ci-après :

- **Appropriation** : Les pays se prononcent davantage sur les processus de développement qui les concernent en participant plus à la formulation des politiques de développement, en étant les têtes de proue de la coordination de l'aide et par une utilisation plus importante des systèmes nationaux pour l'octroi de l'aide.
- **Partenariats inclusifs** : Tous les partenaires - y compris les bailleurs de fonds du Comité d'aide au développement

de l'organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et les pays en développement, ainsi que d'autres donateurs, fondations et la société civile - participent pleinement.

- **Visibilité des résultats** : L'aide doit avoir un impact réel et mesurable sur le développement.
- **Développement des capacités** : Il convient de renforcer les capacités des pays à gérer leur propre avenir.

Le caractère central de l'appropriation par les pays décrite dans le Programme d'action d'Accra met l'accent sur le rôle et la responsabilité de l'État qui doit être le premier à mettre en œuvre les programmes, de l'élaboration des plans nationaux et des budgets à leur mise en œuvre, en assurant un suivi continu et des évaluations périodiques. Toutes les parties prenantes acceptent le rôle central dévolu aux pays. Les grandes lignes des responsabilités de ces parties prenantes sont définies dans le GVAP et elles peuvent être adaptées au contexte régional ou national.

⁴⁵ La feuille de route de la Déclaration de Paris pour améliorer l'efficacité de l'aide met l'accent sur l'appropriation, l'alignement, l'harmonisation, les résultats et la responsabilité mutuelle.



4.1 PRINCIPALES APPROCHES POUR LA MISE EN ŒUVRE

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.

- **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 fournis 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.

- **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 %.

- **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.

- **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 inter agences et d'autres mécanismes de coordination nationaux et infranationaux sera aussi encouragé pour renforcer les partenariats locaux et en forger d'autres.

- **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 suivis et les enquêtes seront utilisées aux fins de plaidoyer 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 orienter la mise en œuvre des stratégies de vaccination.

- **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.

- **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.
- **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.

4.2 RÔLES ET RESPONSABILITÉS DES PARTIES PRENANTES

4.2.1 Le gouvernement

Il est capital de renforcer les capacités dans le pays, d'élaborer des politiques qui tiennent compte des droits de l'homme et de traduire ces politiques en une législation qui souligne les obligations de l'État pour créer les conditions permettant aux populations d'accéder à des vaccins de qualité et de les utiliser en temps voulu⁴⁶. Les politiques, les programmes et les autres éléments de la vaccination devraient assurer qu'au-delà des lois et des institutions, la réalisation des droits de l'homme serve à améliorer les vies et le bien-être des individus, des communautés et des populations⁴⁷. À cet égard et étant donné l'amélioration constante de la situation économique dans la Région, les gouvernements devraient :

- Accroître l'appui apporté aux programmes nationaux de vaccination en finançant un nombre plus important de ces programmes, en ventilant les fonds consacrés à l'achat des vaccins et autres intrants ainsi que les coûts opérationnels ;
- Élaborer et appliquer des lois, des règles et des politiques qui soutiennent les programmes de vaccination ;
- Élaborer en collaboration avec les parties prenantes des plans spécifiques à la Région et aux pays ;
- Répondre aux préoccupations du public en lui donnant des informations en temps utile ;
- S'assurer que les services de vaccination ont des effectifs suffisants ;
- Introduire des cours sur les vaccins dans les universités et dans d'autres établissements assurant la formation des agents de santé ;
- S'assurer que les prestataires privés rendent compte des services de vaccination qu'ils fournissent ;

⁴⁶ Si l'inclusion sociale et les droits de l'homme ne sous-tendent pas la formulation des politiques, il est peu probable qu'il en soit tenu compte lors de la prestation des services (MacLachlan M et consorts, *Inclusion and human rights in health policies: comparative and benchmarking analysis of 51 policies from Malawi, Sudan, South Africa and Namibia*, PloS ONE, mai 2012, vol. 7, Numéro 5, e35864).

⁴⁷ Bustreo F et consorts, *Women's and children's health: evidence of impact of human rights*. OMS, 2013.



- Accroître la sensibilisation sur l'importance de la vaccination en initiant un dialogue avec les communautés et les médias ;
- Encourager et soutenir la recherche sur les vaccins et les questions liées à la vaccination ; et
- Participer à un dialogue ouvert avec les fabricants de vaccins.

4.2.2 Les professionnels de la santé

Les professionnels de la santé doivent dispenser des services de vaccination de qualité, identifier les domaines dans lesquels les services de vaccination pourraient être améliorés, parler de façon crédible de l'importance de la vaccination, utiliser les technologies existantes et nouvelles pour améliorer la collecte, la diffusion et le partage des données, et dialoguer avec les communautés. Les responsables nationaux de la vaccination devraient :

- Mobiliser de nouveaux acteurs nationaux, étatiques ou non , pour obtenir leur appui ;
- Renforcer les liens avec les organisations de la société civile pour accroître la demande, en impliquant par exemple ces organisations dans les activités du Comité de coordination interagences ;
- Redynamiser les capacités des ressources humaines pour parvenir à l'autosuffisance technique ;
- Mettre à contribution des prestataires des services de vaccination privés et non gouvernementaux pour réduire les inégalités ;
- Assurer une bonne gestion des ressources dans tous les services de vaccination ;
- Financer l'achat des vaccins et les activités liées à la vaccination ;
- Superviser les opérations d'approvisionnement et de logistique pour assurer leur bon déroulement ;
- Assurer une coordination étroite des activités menées avec d'autres éléments du système de santé relevant

des initiatives liées à la vaccination et à la lutte contre les maladies ;

- Insister sur la nécessité de gérer les données en temps réel ; et
- Instaurer une culture d'apprentissage et de prise des décisions sur la base de données factuelles dans les services de vaccination.

4.2.3 Les communautés

Les individus et les communautés doivent comprendre les risques et les bienfaits des vaccins et de la vaccination, demander des programmes de vaccination sûrs et efficaces et participer à la prise des décisions et au processus de dispensation de la vaccination. Les chefs des communautés doivent veiller à l'enregistrement des naissances, encourager la vaccination dans leurs communautés et collaborer étroitement avec les personnels de santé locaux dans la planification des activités en stratégies avancées au sein de leurs communautés.

4.2.4 La société civile

Elle doit :

- S'impliquer dans la planification, la promotion et la mise en œuvre des programmes de vaccination ;
- Participer au développement et à l'essai d'approches novatrices d'offre de service de vaccination
- Respecter les directives et la réglementation nationales lors de la conception et de l'exécution des programmes de vaccination ;
- Éduquer, responsabiliser et associer les groupes et les communautés vulnérables ;
- Prendre des initiatives à la base pour suivre les progrès réalisés et demander des comptes aux gouvernements et aux autres acteurs concernés ;

-
- Contribuer à l'amélioration des systèmes de suivi et d'évaluation ;
 - S'engager dans le plaidoyer aux niveaux national, régional et mondial et collaborer avec d'autres acteurs

à l'intérieur du pays et dans d'autres pays pour former la dynamique qui conduira à l'amélioration de la santé, des vaccins et de la vaccination.



4.2.5 Les agences des Nations Unies et d'autres organismes mondiaux

Des organismes internationaux tels que l'OMS et l'UNICEF devraient :

- Plaider en faveur de la fourniture d'un appui technique et être les chefs de file à cet égard, afin de promouvoir l'appropriation de la vaccination par les pays ;
- Renforcer les capacités nationales et les infrastructures régionales ;
- Travailler avec toutes les parties prenantes pour améliorer l'assistance technique, sur la base d'un examen des avantages comparatifs de chacune ;
- Fournir un appui à la prise des décisions sur la base de données factuelles ;
- Inviter les partenaires à susciter la demande de la vaccination par les populations ;

-
- Encourager les options de financement national durables ;
 - Mettre sur pied des mécanismes de responsabilité mutuelle ; et
 - Promouvoir l'utilisation de mécanismes de financement et d'achat novateurs.

4.2.6 L'Alliance GAVI

L'Alliance GAVI, au sein de laquelle tous les acteurs de la vaccination sont représentés, peut faciliter l'alignement de l'appui technique et financier entre les partenaires, en tenant compte des priorités nationales des pays éligibles à l'appui de GAVI. L'alliance peut contribuer tant à la réflexion stratégique qu'à la facilitation de l'accès aux nouvelles technologies et aux ressources financières pour les pays éligibles ; investir dans la facilitation de l'accès aux nouvelles technologies et dans le renforcement des systèmes de santé ; et lier des incitatifs à l'atteinte de cibles par le biais de ses procédures.

4.2.7 Les partenaires au développement

Les autres partenaires au développement tels les agences bilatérales, les fondations et organisations caritatives devraient apporter leur concours aux pays et aux organismes régionaux pour qu'ils parviennent aux buts de la vaccination, et encourager l'appropriation de la vaccination par les pays ainsi que l'élaboration et la mise en œuvre d'ensembles complets et intégrés d'interventions et de services essentiels. Ils devraient fournir une assistance technique et des financements à long terme prévisibles et transparents cadrant avec les plans nationaux, contribuer au renforcement des capacités de la société civile et participer aux efforts de plaidoyer au niveau international.

4.2.8 Les institutions universitaires

Les institutions universitaires devraient promouvoir l'innovation, appliquer un programme de recherche multidisciplinaire et mettre au point des vaccins et des technologies qui optimisent et maximisent la fourniture des vaccins. Elles doivent adopter des nouveaux modes de travail, notamment en échangeant avec d'autres chercheurs, régulateurs et fabricants pour accélérer les progrès scientifiques. Elles devraient par ailleurs fournir des données, des méthodes et des arguments qui aident à ériger la vaccination en priorité, ainsi que des données factuelles et des comptes-rendus sur les meilleures pratiques en matière de vaccination. Elles devraient enfin plaider pour l'allocation d'un budget pour la recherche sur les vaccins et la vaccination.

4.2.9 Les fabricants de vaccins

Les fabricants devraient continuer à mettre au point, à produire et à fournir des vaccins novateurs, adaptés au plan programmatique et de haute qualité. Ils doivent soutenir les programmes de recherche et d'éducation en faveur de la vaccination, la vulgarisation par les médias pour accroître la sensibilisation et une mise à l'échelle rapide, ainsi que l'adoption de nouveaux vaccins améliorés. Ils doivent participer au dialogue ouvert sur l'accès aux vaccins et développer des partenariats qui soutiennent l'accroissement des capacités de fabrication.

4.2.10 Les médias

Les médias doivent s'employer à comprendre les bienfaits de la vaccination et les préoccupations qu'elle suscite, à donner des informations exactes sur les programmes de vaccination et à les promouvoir. Ils doivent s'engager dans un plaidoyer national, régional et mondial allant au-delà de la communauté de la vaccination et utiliser des techniques de communication efficaces qui transmettent le message sur les vaccins et la vaccination.



4.2.11 Les prestataires des services de vaccination issus du secteur privé

Les organisations à but lucratif et non-lucratif issues du secteur privé et intervenant dans le domaine de la santé doivent fournir des services de vaccination à des tranches précises de la population comme convenu avec le gouvernement, en se conformant aux politiques nationales, en maintenant une qualité de services élevée, en rédigeant régulièrement des rapports et en prélevant des frais de prestation si nécessaire tel que stipulé par le gouvernement.

4.2.12 Les sociétés philanthropiques partenaires

Les entreprises et institutions philanthropiques du secteur privé devraient soutenir la diversification des sources de financement en faveur des programmes de vaccination et faire du plaidoyer au niveau national, régional et mondial pour obtenir des financements pour la vaccination. Cette catégorie d'intervenants peut aussi s'impliquer dans le marketing social et la logistique, ainsi que dans l'appui technique.

Responsabilités des principales parties prenantes

Les États Membres

- Élaborer des plans pluriannuels complets pour la vaccination chiffrés, assortis de plans opérationnels annuels intégrés qui reflètent pleinement les problèmes spécifiques que rencontrent les services de vaccination dans le pays à tous les niveaux et les mesures correctives envisagées.
- Mobiliser et allouer des ressources nationales suffisantes pour mettre en œuvre les plans de vaccination dans un contexte propice à une consolidation éventuelle de la vaccination dans le système de santé plus large.
- Développer des mécanismes durables destinés à renforcer la collaboration et le partenariat multisectoriels dans la mise en œuvre des interventions prioritaires.
- Communiquer avec les communautés, les mobiliser et les autonomiser afin qu'elles demandent effectivement les services de vaccination et assument la responsabilité d'être vaccinées, les impliquant entièrement dans la planification, la fourniture et le suivi des services de vaccination.
- Promouvoir la formation, le recrutement et la fidélisation des agents de santé dont on a besoin, y compris des agents communautaires.
- Mener une recherche sur la mise en œuvre concernant les différents aspects des interventions prioritaires.
- Documenter les enseignements tirés de la mise en œuvre des plans stratégiques antérieurs et identifier les meilleures pratiques qui pourront être reproduites et mises à l'échelle.
- Évaluer la nécessité et, au besoin, administrer des vaccins pendant les situations d'urgences humanitaires.
- Coordonner les efforts et programmes des différents intervenants conformément aux priorités nationales.

Responsabilités des principales parties prenantes (suite)

Les communautés

- Promouvoir la vaccination et collaborer étroitement avec les personnels de santé locaux dans le cadre des services fixes ou mobiles planifiés.
- Participer à la mise sur pied et à l'essai d'approches innovantes de prestation des services de vaccination.
- 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 des décisions et de prestation des services.
- 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.
- Contribuer à l'amélioration des systèmes de suivi et d'évaluation.

L'OMS et les autres partenaires

- Fournir un appui technique, financier et matériel pour l'élaboration de plans stratégiques nationaux et de plans opérationnels annuels intégrés entièrement en cohérence avec les besoins et les priorités aux niveaux national et infranational.
- Apporter leur concours aux États Membres afin qu'ils mobilisent les ressources nécessaires à l'atteinte des objectifs et cibles fixés.
- Élaborer et rendre disponibles des normes et lignes directrices actualisées qui seront adaptées lors de la mise en œuvre d'interventions prioritaires.
- Plaider en faveur d'une collaboration permanente avec les agences internationales et multilatérales, les organisations de donateurs et les partenaires du

PEV pour une réalisation optimale des objectifs et cibles fixés.

- Fournir un appui aux pays dans l'évaluation et la dispensation de la vaccination comme intervention de santé publique prioritaire pendant les urgences humanitaires.
- Créer des mécanismes qui encouragent à apprendre à collecter et à diffuser les pratiques prometteuses et celles qui sont éprouvées.

A woman in a white lab coat stands next to a large blue cooler. The room has walls with decorative square patterns. Another woman in a blue dress is standing in the background, and a person is sitting on the right. The entire image has a warm orange-red tint.

5.

Incidences
au niveau
des ressources



Les mesures recommandées dans le présent plan auront des implications importantes au niveau des ressources humaines, financières et celles liées aux approvisionnements et à l'information. La dynamique nouvelle consiste à accroître les financements nationaux en faveur de la vaccination pour susciter une plus grande autosuffisance et d'associer de nombreux nouveaux intervenants nationaux et locaux dans la planification, le développement et la prestation des services de vaccination. Pour atteindre chaque enfant ou individu qui a besoin de la vaccination, il faudra multiplier les services de proximité et mobiles, ce qui augmentera le coût global des activités de vaccination. Mais l'intégration de la vaccination dans les soins de santé primaires nécessite un groupage des ressources à travers plusieurs interventions inter reliées, dans une approche plus large et plus complète de la réduction du fardeau de la maladie dans laquelle la vaccination n'est qu'une composante. Cette mise en commun des ressources va nécessairement compliquer l'affectation des coûts unitaires et le rapport coût/efficacité. Il sera indispensable de développer de nouveaux modes et méthodes de calcul des coûts et c'est un défi que les parties prenantes devront relever.

Cette section présente les résultats de l'estimation des coûts et des financements pour la Région africaine pour la période 2014–2020. Les besoins en ressources pour le présent plan stratégique ont été estimés pour déterminer le niveau de financement nécessaire pour que les programmes atteignent leurs cibles d'ici 2020. Cette estimation s'est inspirée de celle du modèle d'analyse des coûts, du financement et des déficits de financement de l'Aspect économique de la Décennie des vaccins (DOVE-CFF) du GVAP. Les estimations du DOVE-CFF portent jusqu'en 2020. Les hypothèses utilisées pour faire les

estimations sont présentées à l'annexe 3. Les prévisions des besoins en ressources concernent, non les 47 pays de la Région, mais les 38 à faible revenu et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, étant donné que les 8 pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure n'ont pas été inclus dans cette analyse.

L'analyse des besoins en ressources repose sur le principe que tous les pays de la Région ont déjà introduit les vaccins contre la Diphtérie-Tétanos-Coqueluche, l'Hépatite B, l'*Haemophilus Influenzae* de type b, la première dose du vaccin antirougeoleux, le vaccin antipoliomyélitique oral et le BCG. Il est aussi supposé que certains pays ont déjà introduit ou vont introduire les vaccins ci-après pendant la période 2014-2020 : le vaccin antipneumococcique conjugué, le vaccin antirotavirus, le vaccin contre le virus du papillome humain, le vaccin antiméningococcique A conjugué, le vaccin anti-amaril, la deuxième dose du vaccin antirougeoleux, le vaccin contre la rougeole-rubéole, le vaccin contre la rougeole-oreillons-rubéole, le vaccin inactivé contre la poliomyélite et une dose du vaccin contre l'hépatite B destinée aux nouveau-nés (voir à l'annexe 3 l'année où ces nouveaux vaccins seront introduits).

Le Tableau 2 montre le total des coûts prévus pour la période 2014–2020 par sous-région et ventilés entre la vaccination systématique et les AVS. Le total des coûts prévus pour la période de sept ans s'élève à US \$17,7 milliards. La sous-région de l'Afrique orientale et australe enregistre les coûts les plus élevés, suivie de l'Afrique de l'Ouest et les coûts les moins élevés sont pour la sous-région d'Afrique centrale. Les coûts prévus pour la vaccination systématique sont près de six fois plus importants que ceux des AVS.

Tableau 2 : Total des coûts prévus pour la vaccination systématique et les AVS par sous-région, 2014–2020

Sous-région	Vaccination systématique [en milliers de dollars US]	AVS [en milliers de dollars US]	Total [en milliers de dollars US]
Afrique centrale	2 251 894	411 957	2 663 851
Afrique orientale et australe	6 873 448	771 543	7 644 991
Afrique occidentale	6 123 676	1 310 429	7 434 106
Total	15 249 019	2 493 929	17 742 947

Le Tableau 3 présente les coûts annuels de la vaccination systématique pour la période 2014-2020 par composante. Les coûts de la vaccination de routine devraient s'accroître de 179 % au cours des sept années, passant d'environ US \$1,6 milliards en 2014 à près de US \$2,8 milliards en 2020. Cet accroissement sera induit par le coût des

vaccins au fil de l'introduction de nouveaux dans le programme de vaccination. Le gros des coûts est consacré aux vaccins (44 %), suivi par la composante coût partagé en personnel (31,5 %). La prestation des services prendra 19 % des coûts, la chaîne d'approvisionnement 4,7 % et le transport commun 0,9 %.

Tableau 3 : Coût annuel estimé de la vaccination systématique par composante pour la Région africaine, 2014–2020

Année	Vaccins [en milliers de dollars US]	Chaîne d'appro- visionnement [en milliers de dollars US]	Prestation des services [en milliers de dollars US]	Personnel commun [en milliers de dollars US]	Transport [en milliers de dollars US]	Total [en milliers de dollars US]
2014	626 047	87 823	308 447	522 489	16 209	1 561 015
2015	771 457	93 918	349 563	592 743	17 190	1 824 871
2016	836 417	99 070	376 560	638 018	18 068	1 968 128
2017	939 078	103 533	412 003	681 352	18 819	2 154 786
2018	1 034 870	108 294	453 975	746 309	19 529	2 362 977
2019	1 168 177	113 022	487 881	793 786	19 893	2 582 760
2020	1 314 078	116 490	512 822	830 563	20 527	2 794 481
Total	6 690 126 [44 %]	722 151 [4,7 %]	2 901 252 [19 %]	4 805 259 [31,5 %]	130 231 [0,9 %]	15 249 019 [100 %]

Dans le Tableau 4, les coûts annuels pour les AVS pour la période 2014–2020 sont ventilés entre les vaccins et les coûts opérationnels. Les coûts des AVS varient au long des sept années car ces activités ne sont pas

organisées dans tous les pays chaque année. Les vaccins représentent environ 45 % de l'ensemble des coûts et les coûts opérationnels 55 %.

Tableau 4 : Coût annuel estimé des AVS par composante pour la Région africaine, 2014–2020

Année	Vaccins [en milliers de dollars US]	Coûts d'exploitation [en milliers de dollars US]	Total [en milliers de dollars US]
2014	144 770	278 237	423 007
2015	148 058	278 131	426 189
2016	135 453	230 123	365 576
2017	169 690	231 119	400 809
2018	156 833	171 881	328 714
2019	184 994	117 432	302 426
2020	184 950	62 259	247 208
Total	1 124 747	1 369 181	2 493 929

Le Tableau 5 montre les niveaux de financement prévus pour la vaccination systématique et les AVS issus des différentes sources de financement pour la période 2014–2020. La source la plus importante est l'Alliance GAVI dont le niveau de financement devrait passer de

45 % en 2014 à 50 % en 2020. Cet accroissement sera induit par l'introduction prévue de nouveaux vaccins plus coûteux tels que le vaccin antipneumococcique et le vaccin du Virus du papillome humain pendant la période couverte par la stratégie.



Tableau 5 : Total du financement estimé des programmes de vaccination par source de financement, 2014–2020

Année	Gouvernement [%]	Alliance GAVI [%]	Autres partenaires au développement [%]
2014	41	45	14
2015	39	50	11
2016	40	50	10
2017	40	51	9
2018	44	48	8
2019	44	53	3
2020	46	50	4
Total	42	50	8

D'après les prévisions, les gouvernements devraient accroître leur part de financement des programmes de vaccination de 41 % en 2014 à 46 % en 2020. Cette hausse

s'explique en partie par le fait que la part des autres partenaires au développement devrait chuter, passant de 14 % en 2014 à 8 % en 2020.



6.

Cadre de suivi et d'évaluation

L'obligation pour les intervenants nationaux et internationaux de rendre des comptes en ce qui concerne les performances des programmes et l'utilisation optimale des ressources exige que des jalons pour les principaux résultats attendus soient incorporés dans le cadre de suivi et d'évaluation. À cette fin, des indicateurs sont proposés pour évaluer les progrès accomplis en vue de l'atteinte des quatre objectifs du plan stratégique régional, étant entendu que presque tous ces indicateurs sont applicables

au niveau national (voir annexe 4). La consolidation de ces indicateurs fournira des informations sur les progrès documentés dans un nombre de pays choisis ou dans l'ensemble de la Région. Certains des indicateurs sont pertinents même au niveau international tel qu'indiqué dans le Plan d'action mondial pour les vaccins (voir annexe 6 du GVAP). Ces indicateurs sont présentés à l'annexe 4 pour une meilleure identification.



Un certain nombre d'implications découlent de l'application des indicateurs proposés :

- Tous les indicateurs inclus dans l'annexe 4 ne seront pas pratiques à utiliser dans tous les pays de la Région pendant la même période. Il sera indispensable de sélectionner les indicateurs appropriés sur la base

des besoins en matière d'information et des capacités de suivi au niveau local, afin d'éviter la surcharge des données.

- Il faudra peut-être encourager les pays à appliquer certains des indicateurs aux programmes au niveau national pour contribuer aux niveaux mondial et

régional au suivi épidémiologique et des performances des programmes.

- Le Penta3 (qui remplace le DTC3) et le VAR1 sont considérés comme des indicateurs indirects de la couverture vaccinale.
 - Les mesures de surveillance, y compris les activités des laboratoires, devront arriver à suivre les exigences liées aux objectifs d'élimination de la rougeole.
 - Les activités de suivi devront être adaptées pour suivre l'introduction de nouveaux vaccins, le renforcement d'activités de surveillance effectuées de façon précise et en temps voulu et l'introduction d'indicateurs pour le suivi du fonctionnement de l'autorité nationale de réglementation chargée d'enregistrer et d'autoriser les nouveaux vaccins.
 - Des indicateurs destinés à contrôler l'autosuffisance en matière de vaccination, notamment par le suivi des budgets de fonctionnement, devront être développés et introduits.
 - Le chef du district et les établissements sanitaires au niveau du district devront échanger régulièrement pour évaluer les performances des programmes et signaler les résultats.
 - Les systèmes existants doivent être renforcés pour améliorer la qualité des données et le partage des informations avec les intervenants, améliorant la qualité des données du formulaire de rapport conjoint au niveau national en menant chaque année un examen de ce formulaire par les pairs afin de s'assurer qu'il est utilisé efficacement pour transmettre les données⁴⁸.
- La recherche sur la mise en œuvre devra être utilisée pour traduire ce qui est connu, éprouver les interventions pour améliorer la couverture, identifier les meilleures pratiques, documenter de façon systématique les succès et les échecs enregistrés dans l'intégration des activités au niveau des pays et diffuser les résultats, renforçant ainsi les capacités des pays à entreprendre la recherche.
 - Des outils simples de recherche en sciences sociales que les personnels aux niveaux national et du district peuvent facilement apprendre à utiliser et peuvent utiliser aisément, tels que les méthodes de discussions thématiques de groupe et de déviance positive (par exemple, l'enquête appréciative basée sur les atouts), doivent être développés pour mesurer les changements dans la demande de la vaccination.
 - Les questionnaires des données doivent être reconnus, bénéficier d'opportunités d'acquisition des capacités opérationnelles indispensables, outre leurs compétences informatiques ou technologiques, et jouer un rôle plus important dans le système d'information sanitaire, toutes choses essentielles pour des données et une analyse de qualité dans le pays.
 - Les comités nationaux sur les manifestations post-vaccinales indésirables qui répondent rapidement aux alertes et aux crises en la matière et diffusent des informations basées sur des données factuelles pour barrer la voie à la désinformation au sujet des vaccins et de la vaccination doivent être renforcés.

⁴⁸ Combiner les données administratives aux données des enquêtes améliore considérablement les estimations de la couverture vaccinale, donnant un aperçu des performances et permettant de prévoir avec plus de précision les résultats des activités futures (Lessler J et consorts, *Measuring the performance of vaccination programmes using cross-sectional surveys: a likelihood framework and retrospective analysis*. *PLoS Medicine*, octobre 2011, vol. 8, Edition n° 10, e1001110).



7.

Conclusions



Chaque pays devra nécessairement adopter une voie à suivre spécifique qui sera déterminée par les défis et les opportunités qui lui sont propres. Toutefois, les services de vaccination à travers la Région présentent des points communs pratiques dont les pays et les mécanismes régionaux d'appui devront tenir compte :

- **L'équité dans l'accès et l'utilisation d'une vaccination qui sauve des vies** intéresse non seulement les enfants non vaccinés, mais aussi de nouveaux groupes de population tels que les adolescents et les adultes qui ont besoin d'être vaccinés. De nouveaux intervenants devront être mobilisés à l'intérieur et hors du pays, et de nouvelles stratégies devront être élaborées qui

reconnaissent, entre autres, le rôle important que jouent les écoles dans la vaccination, considèrent les écoles et les lieux de travail comme des points de vaccination et encouragent les prestataires privés et non gouvernementaux à participer davantage aux descentes auprès des populations qui ne sont actuellement pas touchées par les activités de vaccination. Les réseaux des agents de santé communautaires devront être étendus, les budgets de la santé aux niveaux national et du district devront s'assurer que des fonds suffisants pour le fonctionnement sont disponibles pour toutes les activités prévues, l'approvisionnement et la gestion des vaccins devront être assurés avec compétence et les ressources humaines devront être formées et motivées.



-
- **Réactivité aux demandes éclairées du public.** Les gens ont le droit d'être vaccinés contre les maladies évitables par la vaccination, ainsi que le devoir d'être vaccinés pour protéger les autres. Les stratégies de communication devront être révisées et réorientées s'il en est besoin et être davantage axées sur les obstacles à la vaccination et les facteurs favorisant de celle-ci tels que décrits par les enquêtes sociales. Les techniques modernes de marketing social devront être plus largement utilisées car, à l'évidence, le public est de mieux en mieux connecté à différentes sources d'information, y compris aux groupes de pression hostiles à la vaccination. Les porte-paroles représentant les populations à atteindre devront être mobilisés en raison de l'influence qu'ils peuvent exercer. La société civile, par le biais de ses organisations, doit devenir un solide partenaire dans les activités de vaccination. Plus encore, la communication doit s'adosser sur un système de santé qui comprend les gens et les communautés dans lesquelles vivent ces gens et peut fournir les services qu'ils demandent.
 - **L'engagement national fondé sur des données factuelles et manifesté par des capacités croissantes en matière de vaccination.** Il est reconnu que l'appropriation nationale de la vaccination est essentielle pour la pérennisation des services de vaccination. Le siècle actuel est déjà qualifié de siècle des vaccins - largement différent de la Décennie des vaccins - avec de nombreuses maladies ciblées par les efforts de lutte par la vaccination. Aucun gouvernement ne voudrait priver sa population de ces bienfaits qui cadrent avec sa situation. Les décisions sur les vaccins qui doivent être introduits et sur le moment de cette introduction doivent être basées sur des données factuelles relatives au fardeau de la maladie, au rapport coût/efficacité et à l'accessibilité économique, et ces décisions ne peuvent être prises que par chaque pays individuellement sur la base des données disponibles et à la lumière des expériences vécues ailleurs. Il sera crucial de renforcer fortement les capacités en matière de production et d'analyse des données pour élaborer les politiques et identifier les priorités qui fournissent les meilleurs résultats en terme de réduction du fardeau de la maladie et d'amélioration de la qualité de la vie.
 - **La vaccination sert de pilier à un service des soins de santé primaires renforcé** dans un contexte où les agents de santé locaux sont responsables d'un certain nombre d'interventions sanitaires dont la vaccination. Des efforts concertés doivent être faits pour abandonner l'approche en silo de la vaccination dans le cadre des activités de laquelle le personnel jouit de meilleurs avantages que dans d'autres interventions, tels que les formations et les opportunités de voyage. Chaque contact entre un patient et les services de santé doit être l'occasion de vérifier son statut en matière de vaccination et de le vacciner le cas échéant. Parallèlement, chaque déploiement de proximité doit être un prétexte pour s'acquitter d'autres mesures préventives et curatives, y compris la fourniture de médicaments, si c'est nécessaire. L'intégration des interventions rend la planification et la budgétisation plus complexes mais le résultat sera invariablement une plus grande confiance de la communauté dans le système de santé, tant que toutes les actions prévues sont exécutées.
 - **L'utilisation intensive des technologies de l'information et de la communication,** la téléphonie mobile incluse, pour susciter la demande, envoyer des rappels pour la vaccination, échanger des données, informer et former des agents de santé est essentielle. Cette dynamique a pour point départ l'observation des changements rapides que cette technologie induit à travers la Région, en étant le moteur de la révolution communicationnelle et une aide à l'efficacité et à l'efficience des entreprises. Le système de santé a toutes les raisons d'embrasser aussi ce changement et cela s'observe déjà dans de nombreux pays où des applications comme les SMS rapides sont utilisés. Le coût de ce type d'application est faible mais les retombées sont considérables en terme de transfert des données en temps réel pour une meilleure prise de décisions et d'accès au public à des fins d'information pour accroître la demande de la vaccination et envoyer des notifications pour un meilleur respect des calendriers de vaccination par les patients. Les réseaux mobiles ont fait naître un nouveau type de leaders, les super usagers, qui peuvent être mis à contribution pour plaider la

cause de la vaccination. Les prestataires de services sont de plus en plus favorables à l'idée d'apporter leurs concours par l'envoi des messages dans un esprit de responsabilité sociale.

- La principale exigence de mobilisation des ressources pour la mise en œuvre de ce plan stratégique est liée à **l'accroissement de l'appropriation nationale** et l'avancée vers une plus grande autosuffisance des pays en matière de financement des services de vaccination. La plupart des coûts des services de vaccination sont déjà couverts par les gouvernements sous la forme des infrastructures ou du personnel du système de santé. Il est courant dans de nombreux pays de partager les coûts des nouveaux vaccins, mais la quote-part du gouvernement devrait augmenter avec la baisse attendue des apports extérieurs. Cela s'est vu dans le cas de la polio où, de l'avis de tous, l'administration future des ressources humaines et des infrastructures dans les interventions liées à la polio devrait être du ressort des gouvernements nationaux⁴⁹.
- **Le coût de la vaccination est en hausse**, surtout à cause de l'introduction de nouveaux vaccins et leurs corollaires

en matière de chaîne du froid et de logistique, mais aussi en raison du surcroît de coûts opérationnels des sessions de proximité et mobiles destinées à atteindre chaque enfant ou tout individu devant être vacciné. Cela signifie qu'il est nécessaire d'adopter une approche de plus en plus prudente de la planification et du financement des services de vaccination dans le cadre plus large du système de santé, en fondant les décisions sur les données relatives à la disponibilité des ressources humaines et financières ainsi que des fournitures, et au rapport coût/efficacité des résultats escomptés en matière de santé.

- La capacité à **accroître et à retenir les ressources humaines** est capitale pour le succès des programmes de vaccination et des incitatifs financiers ou autres suffisants doivent être donnés aux agents de santé. Des services de proximité ou mobiles réguliers sont essentiels pour réduire les inégalités dans la vaccination. Pour le succès des programmes, la participation des prestataires privés et des agents de santé communautaires doit être efficacement négociée et budgétisée de manière systématique.

⁴⁹ Organisation mondiale de la Santé. Intensification de l'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. Rapport du Secrétariat, EB134/35, 13 décembre 2013.



A photograph of a wooden shelving unit with three shelves. The shelves are filled with stacks of papers and folders. The top shelf has a handwritten label that reads "009/Vacc". The entire image has a warm, orange-red color cast.

8.

Annexes



ANNEXE 1 : TRANSITION DU GIVS AU GVAP

Improve vaccine, immunization and injection safety	Vaccines, cold chain and logistics	Strengthen infrastructure and logistics	
Improve and strengthen vaccine management systems			
Ensure effective and sustainable introduction of new vaccines and technologies			Accelerate development, financing and uptake of vaccines
Promote research and development of vaccines against diseases of public health importance			Enable the development of new vaccines
Ensure reliable global supply of affordable vaccines of assured quality			Secure quality supply
Strengthen laboratory capacity through the creation of laboratory networks			
Use a combination of approaches to reach everybody targeted for immunization	Immunization services	Develop and implement new strategies to tackle inequities	
Ensure that unreached people are reached in every district at least four times a year			
Expand vaccination beyond the traditional target group		Improve programme efficiencies and increase coverage and impact	
Evaluate and strengthen national immunization programmes			
Strengthen immunization programmes within the context of health services development			
Provide access to immunization programmes in complex humanitarian emergencies			
Strengthening monitoring of coverage and case-based surveillance	Surveillance and reporting	Strengthen monitoring and surveillance systems	
Strengthen the management, analysis, interpretation, use and exchange of data at all levels		Build knowledge base and capacity for enabling equitable delivery	
Improve communication and dissemination of information			

ANNEXE 2. VACCINATION EN TANT QUE COMPOSANTE DES DROITS HUMAINS À LA SANTÉ

Les droits de l'homme mettent en relief les relations entre l'État - prestataire de première ligne et protecteur des droits humains - et les individus, dont les droits tiennent du simple fait qu'ils sont des hommes. Les droits de l'homme mettent fort justement et efficacement en forme les obligations des États à l'égard des populations en ce qui concerne la santé en général et la vaccination en particulier. Le concept d'équité, qui trouve son fondement dans la justice sociale, fait partie intégrante du cadre des droits de l'homme. Un ensemble de traités et de conventions transforment les aspirations non contraignantes de la Déclaration universelle des droits de l'homme en des instruments exécutoires en vertu du droit international des droits de l'homme. Il s'agit entre autres du Pacte international relatif aux droits civils et politiques et du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, entrés en vigueur en 1976 et auxquels tous les États Membres de la Région africaine sont partie.

Il est dit très précisément dans le préambule de la Constitution de l'OMS que la santé est un droit fondamental qui dépend de la coopération des États. Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels évoque lui aussi explicitement le droit à la santé⁵⁰. Son article 12 - et l'Observation générale 14⁵¹ correspondante - indiquent clairement qu'il incombe aux gouvernements de permettre que leurs populations jouissent d'une bonne santé en s'assurant que leurs droits sont respectés, protégés et exercés, en ne violant pas ces droits, en empêchant que ces droits soient violés et en

mettant en place des politiques, des structures et des ressources qui promeuvent et permettent la réalisation de ces droits⁵². Cette responsabilité va au-delà de la simple fourniture des services de santé essentiels pour toucher aux déterminants de la santé que sont l'accès à une éducation, un logement et une alimentation adéquats, ainsi qu'à des conditions de travail favorables. Ces éléments représentent en eux-mêmes des droits et sont indispensables pour la santé.

L'Observation générale 14 sur l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels portant sur le droit au meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint - appelé aussi le droit à la santé - considère qu'il est de la responsabilité des États de «vacciner la communauté contre les principales maladies infectieuses». Elle affirme aussi que «les États sont tenus d'assurer la fourniture de soins de santé, dont la mise en œuvre de programmes de vaccination contre les grandes maladies infectieuses» (par. 36). Ce droit et cette obligation de l'État sont aussi stipulés dans l'article 16 de la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples de 1986 : «toute personne a le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre»⁵³, à quoi la Déclaration de Pretoria sur les droits économiques, sociaux et culturels en Afrique (Commission africaine des droits de l'homme et des peuples, 2004) a ajouté : «le droit à la santé énoncé à l'article 16 de la Charte implique notamment les éléments suivants : [...] e) immunisation contre les principales maladies infectieuses».

⁵⁰ Assemblée générale de l'ONU, Pacte international sur les droits économiques, sociaux et culturels, 16 décembre 1996, Nations Unies, série de traités, Vol. 993, p. 3, disponible à l'adresse : <http://www.unhcr.org/refworld/docid/3ae6b36c0.html>

⁵¹ Les organes des traités sur les droits de l'homme qui supervisent l'application de ces traités publient chacun son interprétation des dispositions de leurs traités respectifs sous la forme «d'observations générales» ou de «recommandations générales». <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/Pages/TBGeneralComments.aspx>

⁵² Voir l'Observation générale 14. Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies, Observation générale n° 14 : le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (article 12 du Pacte), 11 août 2000, E/C.12/2000/4, disponible à l'adresse : <http://www.unhcr.org/refworld/docid/4538838d0.html>

⁵³ <http://www1.umn.edu/humanrts/instree/z1afchar.htm>

Le droit à la santé est inscrit dans d'autres chartes et conventions internationales, dont principalement la Convention relative aux droits de l'enfant de 1989 (article 24), ratifiée par presque tous les pays de la Région africaine de l'OMS⁵⁴. Aux termes de cette Convention les États sont tenus de

... [prendre] les mesures appropriées pour : réduire la mortalité parmi les nourrissons et les enfants ; assurer à tous les enfants l'assistance médicale et les soins de santé nécessaires, l'accent étant mis sur le développement des soins de santé primaires ; lutter contre la maladie et la malnutrition, y compris dans le cadre des soins de santé primaires, grâce notamment à l'utilisation de techniques aisément disponibles⁵⁵ et à la fourniture d'aliments nutritifs et d'eau potable, compte tenu des dangers et des risques de pollution du milieu naturel ; assurer aux mères des soins prénatals et postnatals appropriés ; faire en sorte que tous les groupes de la société, en particulier les parents et les enfants, reçoivent une information sur la santé et la nutrition de l'enfant, les avantages de l'allaitement au sein, l'hygiène et la salubrité de l'environnement et la prévention des accidents et bénéficient d'une aide d'une aide leur permettant de mettre à profit cette information ; développer les soins de santé préventifs, les conseils aux parents et l'éducation et les services en matière de planification familiale.

⁵⁴ <http://www1.umn.edu/humanrts/africa/afchild.htm>

⁵⁵ Observation générale 15 (2013) sur les droits de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible, portant sur l'article 24 de la Convention relative aux droits de l'enfant, qui indique que ces techniques incluent «la vaccination contre les maladies infantiles courantes ; [et] la vaccination des filles contre le papillomavirus humain».

Des dispositions similaires se trouvent dans la Charte africaine sur les droits et le bien-être de l'enfant de 1990 (article 14)⁵⁶.

L'obligation faite aux États partie d'administrer la vaccination aux populations éligibles donne la responsabilité aux parents et tuteurs de jeunes enfants de s'assurer que les enfants sont vaccinés conformément aux lois et règles nationales dans l'intérêt de la santé publique et pour le bien de l'enfant. Les agents de santé sont eux aussi tenus de s'assurer que les vaccins et tout ce qui entoure la vaccination sont disponibles, accessibles, acceptables et de bonne qualité. Les parents et les soignants, de même que les enfants si on les juge capables de comprendre les messages et d'agir en conséquence, doivent être avertis du double rôle qu'ils jouent en matière de vaccination : en protégeant l'enfant ou en étant vacciné contre certaines maladies ils promeuvent le droit de l'enfant ou le leur à la santé et en répondant aux exigences du gouvernement ils font avancer la cause des droits de l'homme.

Pour atteindre le but et les objectifs de la stratégie régionale pour la vaccination, toutes les parties devront reconnaître leur rôle de promotion concomitante de la santé des populations et des droits humains et, grâce au plaidoyer, à l'éducation, à la formation et à la pratique, les gens reconnaîtront non seulement les bénéfices de la vaccination, mais aussi le fait que l'accès à la vaccination est l'un des droits humains qu'ils peuvent et doivent revendiquer publiquement.

⁵⁶ http://www.unicef.org/esaro/African_Charter_articles_in_full.pdf

ANNEXE 3 : ESTIMATION DES COÛTS ET DU FINANCEMENT

Trente-huit pays à faible revenu et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure de la Région africaine ont été inclus dans l'analyse et leur liste est présentée dans le Tableau A3.1. Les huit pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure et à revenu élevé exclus de l'analyse sont l'Afrique du sud, l'Algérie, le Botswana, le Gabon, la Guinée équatoriale, Maurice, la Namibie et les Seychelles.

Les estimations des besoins en ressources ont été établies suivant la modélisation et les hypothèses du DOVE–CFE⁵⁷. Elles se fondent sur des hypothèses légèrement différentes de celles utilisées dans le présent Plan

stratégique régional pour la vaccination 2014-2020. Les principales différences résident dans le moment et le nombre d'introduction du vaccin antipneumococcique conjugué, de la dose de naissance de l'hépatite B, du vaccin antipoliomyélitique inactivé, du vaccin contre la rubéole et du vaccin antiméningococcique A conjugué (voir Tableau A3.1). Comparé aux hypothèses DOVE, le Plan stratégique régional pour la vaccination 2014-2020 retient les hypothèses selon lesquelles 10 pays de plus introduiront le vaccin antipneumococcique, 21 pays de plus introduiront la dose de naissance de l'hépatite B, 12 pays de plus introduiront le vaccin antipoliomyélitique inactivé, mais 13 pays de moins introduiront les vaccins contre la rubéole et 10 pays de moins introduiront le vaccin antiméningococcique A.

⁵⁷ Modèle d'analyse des coûts, du financement et des déficits de financement des aspects économiques de la Décennie des vaccins (DOVE).

Tableau A3.1 : Nombre de pays qui introduiront de nouveaux vaccins d'ici 2020

Vaccins	Nombre de pays à introduire le vaccin d'ici 2020*	
	Plan stratégique régional africain [47 pays au total]	DOVE [38 pays au total]
Antipneumococcique	47	36
Dose de naissance de l'Hépatite B	25	4
Virus du papillome humain	35	34
Antirovirus	37	35
Antipoliomyélitique inactivé [1 dose] d'ici 2015	46	37
À valence rubéole [RR/ROR]	25	38
Antiméningococcique A conjugué	15	25

*Sauf observation contraire.

Les vaccins inclus

Les vaccins inclus dans l'analyse DOVE-CFF sont présentés au Tableau A3.2. Les hypothèses utilisées

pour ces vaccins sont tirées des prévisions ajustées de la demande de l'Alliance GAVI. Des AVS seront organisées pour les vaccins contre la polio, la rougeole/rubéole, l'encéphalite japonaise, la typhoïde et la fièvre jaune.

Tableau A3.2 : Vaccins inclus dans l'analyse DOVE-CFF

Vaccins	Vaccins bénéficiant de l'appui de l'Alliance GAVI*	Stratégie de dispensation	
		systématique	AVS
Diphthérie-tétanos-coqueluche-hépatite B- <i>Haemophilus influenzae</i> de type b [DTC-HepB-Hib ou Pentavalent]	✓	✓	
Virus du papillome humain (VPH)	✓	✓	
Encéphalite japonaise [EJ]	✓	✓	✓
Deuxième dose rougeole+	✓	✓	
AVS rougeole+	✓		✓
Rougeole-rubéole [RR]	✓	✓	✓
Antiméningococcique A conjugué [MenA]	✓	✓	✓
Antipneumococcique conjugué [PCV]	✓	✓	
Antipoliomyélitique inactivé [VPI]	✓	✓	
Rotavirus	✓	✓	
Typhoïde	✓	✓	✓
Fièvre jaune [FJ]	✓	✓	✓
Choléra	✓	Stocks uniquement	
Bacille Calmette- Guérin [BCG]		✓	
Diphthérie-tétanos-coqueluche [DTC]		✓	
Dose de naissance Hépatite B		✓	
Première dose rougeole+		✓	
Rougeole-Oreillons-Rubéole [ROR]		✓	✓
Antipoliomyélitique oral [VPO]		✓	✓

*L'appui de l'Alliance GAVI dépend des prévisions spécifiques d'un pays en matière d'introduction des vaccins et de sa classification annuelle prévue par GAVI.

+La première dose, la deuxième dose de rougeole et les AVS sont séparées ici pour rendre compte correctement de l'appui de GAVI et des stratégies de dispensation.

Source : Modèle d'analyse des coûts, du financement et des déficits de financement des aspects économiques de la Décennie des vaccins [DOVE] : contexte et documentation des méthodes pour le Comité consultatif sur la vaccination et la recherche sur la mise en œuvre des vaccins [iVIR AC].

Composantes des coûts et du financement incluses

L'analyse décompose les coûts de la vaccination systématique en plusieurs éléments : les vaccins, la chaîne

d'approvisionnement, les services, le personnel commun et le transport partagé, tel que présenté dans le Tableau A3.3. Les coûts des AVS sont ventilés entre les vaccins et le fonctionnement.

Tableau A3.3 : Composantes des coûts de la vaccination systématique et des AVS

Composante du coût	Intrants
Vaccination systématique	
Vaccins	<ul style="list-style-type: none"> ■ Vaccins, fret, assurance, droits de douane et impôts ■ Matériel pour les injections et la sécurité
Chaîne d'approvisionnement	<ul style="list-style-type: none"> ■ Moyens de transport spécifiques pour la vaccination ■ Stockage ■ Main d'oeuvre
Prestation des services	<ul style="list-style-type: none"> ■ Temps précis du personnel consacré à la vaccination ■ Formation ■ Surveillance ■ Gestion du programme ■ Mobilisation sociale
Personnel partagé	<ul style="list-style-type: none"> ■ Temps du personnel partagé avec d'autres services de santé
Moyens de transport partagés	<ul style="list-style-type: none"> ■ Moyens de transport partagés avec d'autres services de santé
AVS	
Vaccins	<ul style="list-style-type: none"> ■ Vaccins, fret, assurance, droits de douane et impôts ■ Matériel pour les injections et la sécurité
Coûts opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> ■ Temps du personnel ■ Formation ■ Transport ■ Mobilisation sociale

Coûts des vaccins

Pour les prévisions des coûts des vaccins, le modèle a utilisé les prévisions 2011-2012 des prix des vaccins par dose du Secrétariat de l'Alliance GAVI, utilisant la version 8 de la prévision ajustée de la demande pour les vaccins bénéficiant de l'appui de GAVI et les prévisions de l'UNICEF des prix des vaccins traditionnels pour les pays de l'Alliance GAVI et pour les pays ne bénéficiant pas de l'appui de GAVI ou l'OPS. S'agissant du vaccin antipaludique, faute de prix officiel un prix a été estimé sur la base des discussions avec les principales parties prenantes.

L'outil de prévision de la demande ajustée de l'Alliance GAVI a été utilisé pour la modélisation de la couverture vaccinale et des années d'introduction. Pour les pays ne faisant pas partie de GAVI, les prévisions de la demande ont été faites sur la base de l'approche de prévision stratégique de la demande de GAVI.

En ce qui concerne le matériel pour les injections et la sécurité, les prix ont été obtenus auprès du Secrétariat de l'Alliance GAVI. Pour estimer les coûts de la chaîne d'approvisionnement, les modèles de simulation de HERMES (Ressource hautement extensible pour la modélisation des chaînes d'approvisionnement) ont été utilisés.

Coûts des prestations

Les coûts de base de la prestation des services systématiques ont été tirés des PPAC pour les pays éligibles à l'appui de l'Alliance GAVI. Le total des coûts a été divisé par le nombre de doses systématiques pour obtenir le coût moyen par dose, puis il a été ajusté à la valeur du dollar US en 2010. Ces coûts ont ensuite été projetés pour les autres années. Pour le Swaziland et le Cap-Vert, les deux pays n'ayant pas de PPAC, les coûts ont été imputés sur la base d'une analyse de régression des données du PPAC.

Les coûts opérationnels pour les AVS ont été estimés sur la base d'un coût opérationnel par dose pondéré selon l'importance de la population (une petite population étant celle qui compte moins de 10 millions de personnes et une grande population plus de 10 millions de personnes) calculé (en dollars US de 2010) spécifiquement pour le vaccin antirougeoleux, l'antipoliomyélitique oral (VPO) et l'antiamaril.

Coûts de la chaîne d'approvisionnement

Les coûts pour la chaîne d'approvisionnement ont été estimés suivant les modèles de simulation de HERMES, appliqués sur un échantillon représentatif de pays de référence ou de parties de pays. Il s'agit du Bénin, du Niger, de la province de Gaza au Mozambique et de l'État de Bihar en Inde. Les coûts du transport, du stockage et de la main-d'œuvre ont été calculés pour différents régimes de vaccins. Les résultats ont ensuite été ajustés selon les spécificités de chaque pays, telles que la région ou le nombre d'agents.

Prévisions sur le financement

Les estimations du DOVE-CFF ont reparti le financement entre trois sources : les gouvernements, l'Alliance GAVI et d'autres partenaires au développement (ODP).

Le financement du gouvernement est différencié selon qu'un pays est éligible ou non à l'appui de l'Alliance GAVI. S'agissant des prévisions, les gouvernements éligibles à l'appui de GAVI devraient assumer une partie des coûts des vaccins. Ils vont co-financer les vaccins soutenus par GAVI et couvrir une partie des coûts de la chaîne d'approvisionnement des vaccins et de prestation des services, une part des coûts du VPI et du personnel partagé. Pour les pays non éligibles à l'appui de l'Alliance GAVI, les données sur le financement des vaccins par le gouvernement ont été tirées du formulaire de rapport conjoint OMS/UNICEF. Pour les pays ayant des PPAC, les chiffres du financement de la chaîne d'approvisionnement et de la prestation des services

par le gouvernement sont ceux des années de référence. Pour les pays sans PPAC, les taux de financement par le gouvernement des coûts de la chaîne d'approvisionnement et de la prestation des services pondérés selon l'importance de la population ont été estimés sur la base des données pour les années de référence. Les prévisions sur le financement des gouvernements étaient basées sur l'accroissement attendu des dépenses publiques de santé. Il est supposé que le personnel partagé est entièrement financé par le gouvernement.

L'Alliance GAVI finance trois composantes des activités de vaccination pour les pays éligibles à son appui : les vaccins, la chaîne d'approvisionnement et la prestation des services pour le renforcement des systèmes de santé et les AVS. Les prévisions pour le financement des vaccins et des AVS sont basées sur la version 8 de l'ADF et partent de l'hypothèse que les pays vont satisfaire à l'obligation de co-financement pour les vaccins systématiques et que GAVI va financer toutes les doses de vaccin des AVS pour les vaccins bénéficiant de son appui. L'appui

de GAVI au renforcement des systèmes de santé pour la chaîne d'approvisionnement et la prestation des services systématiques est incorporé dans le modèle dans l'hypothèse que les plafonds de GAVI en matière d'appui au renforcement des systèmes de santé dans chaque pays seront atteints. Le modèle DOVE-CFF suppose aussi que 21 % des dépenses liées au renforcement des systèmes de santé seront consacrées aux coûts de la chaîne d'approvisionnement et 79 % à la prestation des services. L'estimation de l'appui opérationnel de l'Alliance GAVI aux AVS s'est basée sur la version 8 de l'ADF et le chiffre a été obtenu en multipliant la subvention opérationnelle de GAVI par la population cible dans chaque campagne.

La part de financement couverte par les autres partenaires au développement a été calculée sur la base des données des PPAC pour les pays disposant de ces données et sur la base d'autres pays pour les pays n'ayant pas de PPAC. Le Tableau A3.4 décrit les caractéristiques des pays inclus dans les prévisions des coûts et du financement.

Tableau A3.4 : Caractéristiques des pays figurant dans l'analyse DOVE CFF

Pays	Classification Banque mondiale par niveau de revenu	Éligibilité à la phase II de GAVI	Statut co-financement GAVI
Angola	RITS	Éligible	En voie d'autofinancement
Bénin	RF	Éligible	RF
Burkina Faso	RF	Éligible	RF
Burundi	RF	Éligible	RF
Cameroun	RITI	Éligible	Intermédiaire
Cap-Vert**	RITI	Non éligible	Non éligible
Comores	RF	Éligible	RF
Congo	RITI	Éligible	En voie d'autofinancement
Côte d'Ivoire	RITI	Éligible	Intermédiaire
Érythrée	RF	Éligible	RF
Éthiopie	RF	Éligible	RF

Pays	Classification Banque mondiale par niveau de revenu	Éligibilité à la phase II de GAVI	Statut co-financement GAVI
Gambie	RF	Éligible	RF
Ghana**	RITI	Éligible	Intermédiaire
Guinée	RF	Éligible	RF
Guinée Bissau	RF	Éligible	RF
Kenya	RF	Éligible	RF
Lesotho	RITI	Éligible	Intermédiaire
Libéria	RF	Éligible	RF
Madagascar	RF	Éligible	RF
Malawi	RF	Éligible	RF
Mali	RF	Éligible	RF
Mauritanie	RITI	Éligible	Intermédiaire
Mozambique	RF	Éligible	RF
Niger	RF	Éligible	RF
Nigéria	RITI	Éligible	Intermédiaire
Ouganda	RF	Éligible	RF
République centrafricaine	RF	Éligible	RF
République démocratique du Congo	RF	Éligible	RF
République unie de Tanzanie	RF	Éligible	RF
Rwanda	RF	Éligible	RF
Sao Tomé-et-Principe	RITI	Éligible	Intermédiaire
Sénégal	RITI	Éligible	Intermédiaire
Sierra-Leone	RF	Éligible	RF
Soudan	RF	Éligible	RF
Swaziland	RITI	Non éligible	Non éligible
Tchad	RF	Éligible	RF
Togo	RF	Éligible	RF
Zambie	RITI	Éligible	Intermédiaire
Zimbabwe	RF	Éligible	RF

Le Tableau A3.5 montre les années prévues pour l'introduction de nouveaux vaccins dans les pays de l'Alliance GAVI. L'antipneumococcique est déjà introduit ou devrait l'être au cours des prochaines années. L'antitrotavirus devrait être introduit progressivement

tout au long des sept années. Le vaccin contre le VPH devrait être introduit progressivement même si plusieurs pays ne l'auront pas introduit avant 2019 ou 2020. L'antipoliomyélitique inactivé devrait être introduit dans la plupart des pays en 2014 et 2015.

Tableau A3.5 : Introduction de nouveaux vaccins dans les pays figurant dans l'analyse DOVE CFF

Pays	Statut co-financement GAVI	VPC	Rotavirus	VPH	VPI	Rougeole Rubéole
Angola	En voie d'autofinancement	2013	2014	2018	2015	2018
Bénin	RF	2011	NA	2016	2015	2018
Burkina Faso	RF	2013	2013	2016	2015	2015
Burundi	RF	2011	2013	2016	2015	2016
Cameroun	Intermédiaire	2011	2014	2017	2015	2016
Cap-Vert	Non éligible	2016	NA	2014	2015	2011
Comores	RF	2016	2016	2017	2015	2017
Congo	En voie d'autofinancement	2011	2014	2020	2015	2017
Côte d'Ivoire	Intermédiaire	2014	2016	2017	2015	2018
Érythrée	RF	2015	2014	2020	2014	2016
Éthiopie	RF	2011	2013	2019	2015	2017
Gambie	RF	2010	2013	2016	2015	2016
Ghana	Intermédiaire	2012	2012	2015	2014	2014
Guinée	RF	NA	NA	NA	2015	2020
Guinée Bissau	RF	2014	2015	2019	2015	2020
Kenya	RF	2011	2014	2015	2014	2016
Lesotho	Intermédiaire	2014	2014	2011	2015	2017
Libéria	RF	2014	2016	2017	2015	2018
Madagascar	RF	2013	2014	2015	2014	2017
Malawi	RF	2012	2012	2015	2015	2017
Mali	RF	2011	2013	2017	2015	2018
Mauritanie	Intermédiaire	2013	2016	2018	2015	2018

Pays	Statut co-financement GAVI	VPC	Rotavirus	VPH	VPI	Rougeole Rubéole
Mozambique	RF	2013	2016	2017	2015	2018
Niger	RF	2013	2014	2016	2014	2019
Nigéria	Intermédiaire	2015	2016	2019	2014	2020
Ouganda	RF	2013	2016	2015	2015	2019
République centrafricaine	RF	2011	2014	NA	2015	2017
République démocratique du Congo	RF	2012	2018	2020	2015	2017
République unie de Tanzanie	RF	2013	2013	2016	2015	2015
Rwanda	RF	2010	2012	2014	2015	2014
Sao Tomé-et-Principe	Intermédiaire	2013	NA	2016	2015	2016
Sénégal	Intermédiaire	2013	2016	2016	2015	2014
Sierra-Leone	RF	2011	2014	2015	2015	2019
Soudan	RF	NA	2016	NA	2015	2017
Swaziland	Non éligible	2013	2015	NA	NA	2020
Tchad	RF	NA	2019	NA	2014	2019
Togo	RF	2014	2014	2017	2015	2017
Zambie	Intermédiaire	2013	2013	2015	2015	2016
Zimbabwe	RF	2012	2014	2016	2015	2019

ANNEXE 4 : JALONS ET CADRE DE SUIVI ET D'ÉVALUATION

Objectif stratégique	2014-2015	2016-2017	2018-2020
Objectif 1 : Augmenter la couverture vaccinale au-delà des niveaux actuels	D'ici 2015, la couverture du Pentavalent 3 et du VAR1 aura atteint 90 % au niveau national dans 20 pays au moins	D'ici 2017, la couverture du Pentavalent 3 et du VAR1 aura atteint 90 % au niveau national dans 25 pays au moins	D'ici 2020, la couverture pour tous les vaccins compris dans le calendrier national sera de 90 % pour la Région et dans chaque pays, et de 80 % ou plus dans chaque district ou unité administrative équivalente
	D'ici 2015, 36 pays auront introduit le vaccin antipneumococcique conjugué	D'ici 2017, 40 pays auront introduit le vaccin antipneumococcique conjugué	D'ici 2020, tous les pays auront introduit le vaccin antipneumococcique conjugué
	D'ici 2015, 24 pays auront introduit le vaccin antirotavirus	D'ici 2017, 30 pays auront introduit le vaccin antirotavirus	D'ici 2020, au moins 37 pays auront introduit le vaccin antirotavirus
	D'ici 2015, 10 pays auront introduit le vaccin contre le VPH	D'ici 2017, 25 pays auront introduit le vaccin contre le VPH	D'ici 2020, au moins 35 pays auront introduit le vaccin contre le VPH
	D'ici 2015, 15 pays rapporteront régulièrement les manifestations post-vaccinales indésirables [MAPI]	D'ici 2017, 25 pays rapporteront régulièrement les MAPI et au moins 50 % de ces événements feront l'objet d'enquête et de rapport aux autorités nationales dans les deux semaines suivant leur survenance	D'ici 2020, au moins 37 pays rapporteront régulièrement les MAPI et au moins 80 % de ces événements feront l'objet d'enquête et de rapport aux autorités nationales dans les deux semaines suivant leur survenance
	D'ici 2015, moins de 20 pays feront état d'une ou plusieurs ruptures de stocks de vaccins ou de fournitures durant plus d'une semaine	D'ici 2017, moins de 10 pays feront état d'une ou plusieurs ruptures de stocks de vaccins ou de fournitures durant plus d'une semaine	D'ici 2020, aucun pays ne fera état de rupture de stock de vaccins ou de fournitures durant plus d'une semaine
	D'ici 2015, 20 pays auront un groupe technique consultatif national sur la vaccination [GTCV]	D'ici 2017, 40 pays auront un GTCV	D'ici [2017], tous les pays auront des GTCV
	D'ici 2015, 15 pays auront une autorité nationale de réglementation [ANR]	D'ici 2017, au moins 25 pays auront une ANR opérationnelle	D'ici [2017], au moins 35 pays auront une ANR opérationnelle

Objectif stratégique	2014–2015	2016–2017	2018–2020
Objectif 2 : finaliser l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage et assurer le confinement du virus	D'ici la fin de 2014, la transmission du poliovirus sauvage aura été interrompue et toute nouvelle flambée de poliovirus circulant dérivé de la souche vaccinale (PVDVc) sera interrompue dans les 120 jours suivant cette résurgence	D'ici 2015, tous les pays auront mis en œuvre des mesures en vue du confinement des poliovirus sauvages et des PVDVc	D'ici 2018, l'éradication de la polio et le confinement de tous les poliovirus auront été certifiés
	D'ici 2015, tous les pays utilisant le VPO auront introduit au moins une dose de VPI	D'ici 2015, tous les pays utilisant le VPO auront introduit au moins une dose de VPI Le VPO de type 2 aura été retiré d'ici la fin de 2016 Un accroissement annuel d'au moins 10 % de la couverture par le DPC3 sera réalisé dans 80 % des districts à haut risque de tous les six pays concernés entre 2014 et 2018	D'ici 2020, tous les pays auront remplacé le VPO par le VPI
	D'ici 2015, un plan régional de transmission des acquis en matière de polio aura été élaboré	D'ici 2017, tous les pays mettront en œuvre un plan de transmission des acquis en matière de polio bénéficiant de fonds suffisants	D'ici 2020, tous les pays auront réussi à tirer parti de leur plan de transmission des acquis en matière de polio pour soutenir la vaccination de façon globale et durable
Objectif 3 : Éliminer la rougeole et réaliser des progrès en faveur de l'élimination de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale	D'ici 2015, la couverture par le vaccin à valence rougeole aura atteint au moins 90 % au niveau national dans au moins 20 pays, et les AVS auront permis de réaliser une couverture d'au moins 90 % dans tous les districts	D'ici 2017, la couverture par le vaccin à valence rougeole aura atteint au moins 95 % au niveau national dans au moins 25 pays et la couverture par les AVS sera de 95 % au moins dans tous les districts	D'ici 2020, tous les pays auront réduit l'incidence de la rougeole à un cas pour un million de personnes et la couverture par le vaccin à valence rougeole sera maintenue à 95 % au moins
	D'ici 2015, au moins 10 pays auront introduit le vaccin contenant une valence rubéole dans le PEV systématique	D'ici 2017, au moins 15 pays auront introduit le vaccin contenant une valence rubéole dans le PEV systématique	D'ici 2020, au moins 25 pays auront introduit le vaccin contenant une valence rubéole dans le PEV systématique
	D'ici 2015, au moins 22 pays auront introduit le VAR2 dans le PEV systématique	D'ici 2017, au moins 28 pays auront introduit le VAR2 dans le PEV systématique	D'ici 2020, au moins 36 pays auront introduit le VAR2 dans le PEV systématique

Objectif stratégique	2014-2015	2016-2017	2018-2020
Objectif 4 : Atteindre et maintenir l'élimination/ le contrôle des autres maladies évitables par la vaccination	D'ici 2015, 36 pays auront atteint et validé l'élimination du tétanos maternel et néonatal	D'ici 2017, 42 pays auront atteint et validé l'élimination du tétanos maternel et néonatal	D'ici 2020, tous les pays auront atteint et validé l'élimination du tétanos maternel et néonatal
	D'ici 2015, 23 pays à risque auront introduit le vaccin contre la fièvre jaune et quatre pays auront atteint un taux de couverture vaccinale de plus de 90 %	D'ici 2017, 31 pays à risque auront introduit le vaccin contre la fièvre jaune et 10 pays auront atteint un taux de couverture vaccinale de plus de 90 %	D'ici 2020, tous les 31 pays présentant un risque de fièvre jaune auront atteint un taux de couverture vaccinale de 90 % au moins dans leur calendrier systématique
	D'ici 2015, tous les pays de la ceinture de la méningite auront introduit le MenAfriVac™ grâce à des campagnes	D'ici 2017, tous les pays de la ceinture de la méningite auront introduit le MenAfriVac™ grâce à des campagnes et cinq d'entre eux l'auront introduit dans la vaccination systématique	D'ici 2020, tous les pays de la ceinture de la méningite auront introduit le MenAfriVac™ grâce à des campagnes et 15 d'entre eux l'auront introduit dans la vaccination systématique
	D'ici 2015 la séroprévalence de l'antigène de surface du virus de l'hépatite B (HBsAg) chez les enfants de moins de cinq ans ne sera pas supérieure à 2 % dans au moins 10 pays	D'ici 2017 la séroprévalence du HBsAg chez les enfants de moins de cinq ans ne sera pas supérieure à 2 % dans au moins 20 pays	D'ici 2020 la séroprévalence du HBsAg chez les enfants de moins de cinq ans ne sera pas supérieure à 2 % dans aucun pays de la Région

Orientations stratégiques	2014–2015	2016–2017	2018–2020
<p>Orientation stratégique 1 :</p> <p>Tous les pays s’engagent à faire de la vaccination une priorité.</p>	<p>D’ici 2015, tous les pays auront commencé à prendre des mesures pour renforcer et façonner l’opinion publique sur la valeur de la vaccination, en utilisant des approches basées sur des données factuelles</p>	<p>D’ici 2017, les enquêtes menées auprès des populations montreront que 70 % des personnes interrogées ont une idée positive de la valeur de la vaccination</p>	<p>D’ici 2020, les enquêtes menées auprès des populations montreront qu’elles pensent que la vaccination est un droit</p>
	<p>D’ici 2015, des ministres, de même que des autorités religieuses et culturelles importantes, auront exprimé leur engagement en faveur de l’accès universel à la vaccination</p>	<p>D’ici 2017, 25 pays auront achevé la révision de leurs politiques, lois et réglementation pour qu’elles soient favorables à la vaccination</p>	<p>D’ici 2020, tous les pays auront achevé la révision de leurs politiques, lois et réglementation pour qu’elles soient favorables à la vaccination, et auront intégré leurs plans pour la vaccination dans leurs plans nationaux de santé, en indiquant clairement les ressources déployées et en incluant un cadre de reddition des comptes</p>
	<p>D’ici 2015, des mécanismes de coordination (CCI) auront été mis en place dans au moins 35 pays. Ils tiendront des réunions périodiques dont les procès-verbaux seront dressés et au cours desquelles la mise en œuvre des recommandations sera vérifiée</p>	<p>D’ici 2017, au moins 35 pays auront créé un forum national de consultation des parties prenantes en matière de vaccination qui verra la participation des principales organisations professionnelles et de la société civile, des institutions universitaires, des autorités de réglementation, des leaders d’opinion, etc.</p>	<p>D’ici 2020, dans tous les pays, les organisations professionnelles et de la société civile seront engagées avec force et constance dans le dialogue national sur la vaccination, la formulation des politiques, la création de la demande, la mobilisation des ressources, la mise en œuvre des plans de vaccination et le suivi des engagements</p>
	<p>D’ici 2015, tous les pays auront révisé et mis à jour leurs plans pluriannuels en mettant à profit les enseignements tirés de l’élaboration des plans antérieurs et les lignes directrices produites par l’OMS et l’UNICEF</p>	<p>D’ici 2017, tous les pays auront fait une évaluation à mi-parcours de leurs réalisations, de leurs points faibles, de l’évolution des besoins et des capacités, et auront ajusté leurs plans pluriannuels en conséquence</p>	<p>D’ici 2020, tous les pays auront fait au moins une évaluation formelle des performances, de l’efficacité financière, des résultats et des impacts de leurs programmes de vaccination</p>

Orientations stratégiques	2014-2015	2016-2017	2018-2020
Orientation stratégique 2 : Les individus et les communautés comprennent la valeur des vaccins et demandent la vaccination parce qu'elle relève de leurs droits et que c'est leur responsabilité	D'ici 2015, des projets de recherche auront été menés dans au moins cinq pays pour identifier les obstacles à la demande de la vaccination et les facteurs qui la promeuvent, et pour identifier des défenseurs de la vaccination issus des communautés	D'ici 2017, une stratégie destinée à susciter la demande de la vaccination par les communautés aura été élaborée, mise en œuvre et éprouvée dans 10 pays	D'ici 2020, tous les pays auront incorporé dans leurs plans d'action nationaux sur la vaccination des stratégies visant à accroître la demande individuelle et communautaire de la vaccination, en prévoyant la mise à jour régulière de ces stratégies
	D'ici 2015, les stratégies régionales de communication destinées à encourager la demande de la vaccination auront bénéficié des apports et de l'appui des partenaires, des professionnels de la santé et de la société civile	D'ici 2017, les tendances de la demande de la vaccination auront été évaluées dans au moins 10 pays où des projets thématiques auront été mis en œuvre	D'ici 2020, tous les plans nationaux pour la vaccination auront évalué les tendances, les obstacles et les progrès accomplis dans la stimulation de la demande communautaire de la vaccination
Orientation stratégique 3 : Les bienfaits de la vaccination sont équitablement dispensés à tous	D'ici 2015, 15 pays auront élaboré et mis en œuvre une approche de micro planification pour atteindre chaque communauté et chaque individu en droit de recevoir la vaccination selon le calendrier national, en suivant une approche basée sur l'ensemble de la vie pour prévoir de façon exacte les besoins et les actions de proximité en matière de vaccination	D'ici 2017, 35 pays auront élaboré et mis en œuvre une approche de micro planification pour atteindre chaque communauté et chaque individu en droit de recevoir la vaccination	D'ici 2020, tous les pays auront élaboré et mis en œuvre une approche de micro planification pour atteindre chaque communauté et chaque individu en droit de recevoir la vaccination
	D'ici 2015, les stratégies de vaccination dans 15 pays auront incorporé des approches spécifiques pour atteindre de nouveaux groupes de populations en droit d'être vaccinés tels que les enfants plus âgés, les adolescents, les jeunes adultes et les personnes âgées	D'ici 2017, les stratégies de vaccination dans 35 pays auront incorporé des approches spécifiques pour atteindre de nouveaux groupes de populations en droit d'être vaccinés tels que les enfants plus âgés, les adolescents, les jeunes adultes et les personnes âgées	D'ici 2020, les stratégies de vaccination dans tous les pays auront incorporé des approches spécifiques pour atteindre de nouveaux groupes de populations en droit d'être vaccinés tels que les enfants plus âgés, les adolescents, les jeunes adultes et les personnes âgées

Orientations stratégiques	2014–2015	2016–2017	2018–2020
<p>Orientation stratégique 4 :</p> <p>Des systèmes de vaccination solides font partie intégrante de systèmes de santé performants</p>	<p>D’ici 2015, 10 pays auront élaboré des plans de réduction du fardeau de la maladie par des approches globales telles que la prise en charge intégrée des maladies infantiles et le Plan d’action mondial pour la prévention et la lutte contre la pneumonie, la diarrhée, le paludisme, la tuberculose, etc. dans lesquelles la vaccination jouera ou devrait vite jouer un rôle central</p>	<p>D’ici 2017, 20 pays auront élaboré des plans de réduction du fardeau de la maladie par des approches globales dans lesquelles la vaccination jouera ou devrait vite jouer un rôle central</p>	<p>D’ici 2020, tous les pays auront élaboré des plans de réduction du fardeau de la maladie par des approches globales dans lesquelles la vaccination jouera ou devrait vite jouer un rôle central</p>
	<p>D’ici 2015, 10 pays auront développé et adopté la micro planification pour des services intégrés soutenant les soins de santé primaires, y compris la possibilité d’élargissement des prestations et le déploiement de ressources humaines, financières et logistiques suffisantes</p>	<p>D’ici 2017 et forts des enseignements tirés de l’expérience acquise, 20 pays auront développé et adopté la micro planification pour des services intégrés soutenant les soins de santé primaires, y compris la possibilité d’élargissement des prestations et le déploiement de ressources humaines, financières et logistiques suffisantes</p>	<p>D’ici 2020 et forts des enseignements tirés de l’expérience acquise, tous les pays auront développé et adopté la micro planification pour des services intégrés soutenant les soins de santé primaires, y compris la possibilité d’élargissement des prestations et le déploiement de ressources humaines, financières et logistiques suffisantes</p>
	<p>D’ici 2015, tous les pays auront élaboré des plans stratégiques pour la surveillance intégrée des MEV dans le cadre de la SIMR qui complètent leurs plans stratégiques pluriannuels pour la vaccination et couvrent la période 2015–2020</p>	<p>D’ici 2017, tous les pays auront fait des évaluations à mi-parcours de leurs systèmes de surveillance, y compris de la facilité d’accès aux services des laboratoires et des performances de ces services, et pris des mesures correctives quand c’est nécessaire</p>	<p>D’ici 2020, les capacités des systèmes de surveillance et le champ d’action des services des laboratoires se seront élargis pour répondre aux besoins croissants des programmes de vaccination, notamment les besoins résultant de l’introduction de nouveaux vaccins ou de nouvelles technologies, ou du lancement de nouvelles initiatives</p>

Orientations stratégiques	2014–2015	2016–2017	2018–2020
<p>Orientation stratégique 4 :</p> <p>Des systèmes de vaccination solides font partie intégrante de systèmes de santé performants</p>	D'ici 2015, 20 pays auront établi des systèmes efficaces de surveillance basée sur l'identification des cas pour les maladies évitables par la vaccination, dont au moins la polio, la rougeole et le tétanos maternel et néonatal, et susceptibles d'être évalué à l'aide d'indicateurs standard de suivi des performances	D'ici 2017, 30 pays auront établi des systèmes efficaces de surveillance basée sur l'identification des cas pour les maladies évitables par la vaccination	D'ici 2018, tous les pays auront établi des systèmes efficaces de surveillance basée sur l'identification des cas pour les maladies évitables par la vaccination, dont au moins la polio, la rougeole et le tétanos maternel et néonatal, ainsi que d'autres maladies, comme la rubéole, dont la pré-élimination ou l'élimination sont visées
<p>Orientation stratégique 5 :</p> <p>Les programmes de vaccination bénéficient de manière durable de financements à long terme et d'approvisionnements de qualité</p>	D'ici 2015, tous les pays auront incorporé dans leurs plans nationaux pour la vaccination un plan des coûts et des financements couvrant aussi bien les ressources nationales qu'extérieures	D'ici 2017, tous les pays auront révisé leurs dépenses, leurs prévisions en matière de besoins financiers et leurs perspectives de financement, et auront ajusté leurs plans en conséquence	D'ici 2020, tous les pays auront révisé leurs dépenses, leurs prévisions en matière de besoins financiers et leurs perspectives de financement, et auront ajusté leurs plans en conséquence pour une période de planification ultérieure
	D'ici 2015, 25 pays auront fait une évaluation de la gestion des approvisionnements, notamment en ce qui concerne l'achat des vaccins et d'autres fournitures ; les capacités et les performances de la chaîne du froid ; les besoins en matériel de transport, ainsi que la disponibilité, le déploiement et l'entretien de ce matériel ; et les moyens de communication	D'ici 2017, 35 pays auront fait une évaluation de la gestion des approvisionnements, notamment en ce qui concerne l'achat des vaccins et d'autres fournitures ; les capacités et les performances de la chaîne du froid ; les besoins en matériel de transport, ainsi que la disponibilité, le déploiement et l'entretien de ce matériel ; et les moyens de communication	D'ici 2020, tous les pays tiendront un inventaire exact de leur matériel pour la chaîne du froid, le transport et la communication et auront pris les mesures appropriées pour s'assurer que ce matériel est disponible et en bon état de fonctionnement pour répondre aux besoins dans la prochaine période de planification

Orientations stratégiques	2014–2015	2016–2017	2018–2020
Orientation stratégique 6 : Les innovations en matière de communication, de recherche et développement aux niveaux national et régional maximisent les bienfaits de la vaccination	D'ici 2015, au moins 15 pays auront incorporé dans leurs PPAC un programme de recherche sur la mise en œuvre en matière de vaccination qui sera élaboré en concertation avec les professionnels scientifiques et techniques nationaux, les praticiens de la santé, les organisations partenaires et les membres de la société civile	D'ici 2017, au moins 35 pays auront incorporé dans leurs PPAC un programme de recherche sur la mise en œuvre en matière de vaccination qui sera élaboré en concertation avec les professionnels scientifiques et techniques nationaux, les praticiens de la santé, les organisations partenaires et les membres de la société civile	D'ici 2020, tous les pays où une recherche sur la mise en œuvre collaborative a été menée auront publié les résultats de leurs projets de recherche et appliqué ces résultats pour améliorer la couverture, la complétude et la qualité de la vaccination
	D'ici 2015, au moins 10 pays auront fait une évaluation et mené une recherche sur la mise en œuvre portant sur les méthodes visant à améliorer la qualité des données administratives et épidémiologiques et leur utilisation en temps utile et sur l'usage intensif des méthodes et technologies de communication, de suivi et d'évaluation	D'ici 2017, les résultats dans 10 pays des évaluations faites et de la recherche sur la mise en œuvre portant sur les méthodes visant à améliorer la qualité des données administratives et épidémiologiques et leur utilisation en temps utile et sur l'usage intensif des méthodes et technologies de communication, de suivi et d'évaluation, auront conduit à l'élaboration d'un plan pour améliorer la qualité des données dans les pays en question et dans la Région	D'ici 2020, tous les pays bénéficieront de méthodes et d'outils innovants pour assurer la meilleure qualité et utilisation possibles des données administratives et épidémiologiques, ainsi que l'utilisation appropriée des nouvelles technologies

The **World Health Organization (WHO) African Region** is one of the six regions of WHO. The Organization's presence in the region consists of the WHO Regional Committee for Africa, a Secretariat for the African region, three Inter-country Support Teams and WHO Country and Liaison Offices located in 47 Member States. The mission of WHO in the African Region is the attainment of the highest level of health by all people in the region.



Member States

Algeria [FR]	Eritrea	Niger [FR]
Angola [PT]	Gabon [FR]	Nigeria
Benin [FR]	Gambia	Rwanda
Botswana	Ghana	Sao Tome & Principe
Burkina Faso [FR]	Guinea [FR]	Senegal [FR]
Burundi [FR]	Guinea-Bissau [PT]	Seychelles
Cameroon [FR]	Kenya	Sierra Leone
Cabo Verde [PT]	Lesotho	South Africa
Central African Republic [FR]	Liberia	South Sudan
Chad [FR]	Madagascar [FR]	Swaziland
Comoros [FR]	Malawi	Togo [FR]
Congo [FR]	Mali [FR]	Uganda
Cote d'Ivoire [FR]	Mauritania [FR]	United Republic of Tanzania
Democratic Republic of Congo [FR]	Mauritius	Zambia
Equatorial Guinea [FR]	Mozambique [PT] [EN]	Zimbabwe
Ethiopia	Namibia	



BUREAU RÉGIONAL DE L'

**Organisation
mondiale de la Santé**

Afrique

World Health Organization
Regional Office for Africa
Cite du Djoue, P.O.Box 06, Brazzaville, Congo
Telephone: + [47 241] 39 100 / + [242] 770 02 02
Facsimile: + [47 241] 39503
Email: regafro@afro.who.int
Web site: <http://www.afro.who.int/>