

COMITÉ RÉGIONAL DE L'AFRIQUE

ORIGINAL : ANGLAIS

Soixante-septième session
Victoria Falls, République du Zimbabwe, 28 août-1^{er} septembre 2017

Point 19.1 de l'ordre du jour provisoire

**RAPPORT DE SITUATION SUR LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN
STRATÉGIQUE RÉGIONAL POUR LA VACCINATION**

Document d'information

SOMMAIRE

| | Paragraphes |
|-------------------------|--------------------|
| CONTEXTE | 1-3 |
| PROGRÈS RÉLISÉS | 4-10 |
| PROCHAINES ÉTAPES | 11-12 |

CONTEXTE

1. En septembre 2014, la soixante-quatrième session du Comité régional de l’Afrique de l’Organisation mondiale de la Santé (OMS), par sa résolution AFR/RC64/R4, a adopté le plan stratégique régional pour la vaccination 2014-2020, élaboré conformément au Plan d’action mondial pour les vaccins (GVAP)¹. Le plan stratégique régional pour la vaccination vise à atteindre une couverture vaccinale universelle dans la Région africaine de l’OMS d’ici à la fin de 2020.

2. Ses objectifs sont les suivants : i) accroître et maintenir une couverture vaccinale élevée ; ii) finaliser l’interruption de la transmission du poliovirus et assurer le confinement du virus ; iii) éliminer la rougeole et entreprendre le plaidoyer en faveur de l’élimination de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale ; et iv) atteindre et maintenir l’élimination/le contrôle des autres maladies évitables par la vaccination.

3. Le Comité régional a demandé au Directeur régional de suivre la situation et de lui rendre compte annuellement des progrès accomplis, des défis restant à relever et des mesures actualisées devant permettre d’atteindre les cibles et les objectifs fixés.

PROGRÈS RÉALISÉS

4. La couverture régionale par trois doses du vaccin contenant des valences diphtérie-tétanos-coqueluche (DTC3)² a stagné à 74 % en 2016, en-dessous de la cible de 90 % visée par le Plan d’action mondial pour les vaccins et le plan stratégique régional pour la vaccination. En 2016, vingt pays³ ont atteint l’objectif de couverture fixé par le plan stratégique régional, soit un taux de couverture du DTC3 d’au moins 90 %. En outre, cinq pays⁴ ont réalisé des progrès importants en améliorant d’au moins quatre points de pourcentage leur taux de couverture par le DTC3.

5. Des progrès remarquables ont été réalisés dans l’introduction de nouveaux vaccins au cours des trois dernières années. En décembre 2015, tous les pays avaient introduit les vaccins anti-hépatite B et anti-*Haemophilus influenzae* de type b. L’introduction d’autres nouveaux vaccins a également été accélérée ; les vaccins antipneumococciques conjugués et les vaccins antirotavirus ont été introduits par 38⁵ et 31⁶ pays, respectivement, alors que le vaccin contre le papillomavirus humain a été introduit à l’échelle nationale dans six pays⁷. En vue de minimiser les risques d’infection par le poliovirus dérivé d’une souche vaccinale, particulièrement le type 2, de renforcer l’immunité de la population et d’accélérer l’éradication de la poliomyélite, tous les pays ont réussi à remplacer le vaccin antipoliomyélitique oral trivalent par le vaccin antipoliomyélitique oral bivalent, et ils ont introduit le vaccin antipoliomyélitique inactivé, se conformant ainsi au délai fixé pour le remplacement à l’échelle mondiale.

¹ Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l’Afrique. Résolution AFR/RC64/R4, intitulée « Plan stratégique régional pour la vaccination 2014-2020 ». Publiée dans le *Rapport final de la soixante-quatrième session du Comité régional de l’OMS pour l’Afrique*, tenue du 3 au 7 novembre 2014 à Cotonou (Bénin). Brazzaville, 2014, pp. 9-11.

² Estimations par l’OMS et l’UNICEF des couvertures vaccinales nationales en 2016 – données publiées en juillet 2017.

³ Algérie, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Comores, Érythrée, Gambie, Ghana, Lesotho, Maurice, Namibie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Seychelles, Swaziland, Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.

⁴ Ghana, Libéria, Madagascar, Mali et Sénégal.

⁵ Tous les pays, à l’exception de l’Algérie, de Cabo Verde, des Comores, du Gabon, de la Guinée, de la Guinée équatoriale, des Seychelles, du Soudan du Sud et du Tchad.

⁶ Tous les pays, à l’exception de l’Algérie, du Bénin, de Cabo Verde, des Comores, de la Côte d’Ivoire, de la Guinée équatoriale, du Gabon, de la Guinée, du Lesotho, du Nigéria, de l’Ouganda, de la République centrafricaine, de la République démocratique du Congo, des Seychelles, du Soudan du Sud et du Tchad.

⁷ Afrique du Sud, Botswana, Lesotho, Ouganda, Rwanda et Seychelles.

6. Des systèmes de surveillance sentinelle ont été mis en place dans les 47 États Membres, conformément à la stratégie de Surveillance intégrée de la Maladies et Riposte, ainsi qu'au Règlement sanitaire international (2005) afin de générer des données factuelles sur la charge de morbidité due aux maladies à prévention vaccinale ciblées par les nouveaux vaccins. Ces plateformes sont utilisées pour surveiller l'impact des nouveaux vaccins tels que les vaccins antipneumococciques conjugués et les vaccins antirotavirus sur la baisse de l'incidence des maladies ciblées.

7. Après pratiquement deux ans sans enregistrer le moindre cas d'infection par le poliovirus sauvage, de nouveaux cas (quatre, selon les données disponibles à la fin du mois de juillet 2017) ont été notifiés dans des zones en proie à l'insécurité au nord du Nigéria⁸, le dernier ayant été signalé le 21 août 2016. Le pays est de nouveau placé sur la liste des pays d'endémie depuis septembre 2016.

8. Seuls 11 pays africains⁹ financent plus de 50 % de leurs programmes nationaux de vaccination. À mesure que l'Afrique se rapproche de l'éradication de la poliomyélite, on s'attend à une baisse des financements essentiels octroyés par l'intermédiaire du programme d'éradication de la poliomyélite. En outre, les pays en passe d'obtenir le statut de pays à revenu intermédiaire ne bénéficieront plus de l'appui de l'Alliance GAVI pour la vaccination dans les années à venir.

9. En février 2016, les Bureaux régionaux de l'OMS pour l'Afrique et la Méditerranée orientale, en collaboration avec l'Union africaine et le Gouvernement de l'Éthiopie, ont organisé la toute première Conférence ministérielle sur la vaccination en Afrique à Addis Abeba (Éthiopie), afin de fournir un appui aux États Membres africains dans la mise en œuvre du Plan d'action mondial pour les vaccins et du plan stratégique régional pour la vaccination. Cette conférence ministérielle, qui regroupait des responsables politiques africains et des acteurs de la vaccination, visait à débattre de ce qui doit être fait pour atteindre les cibles de ces deux plans, et permettre à tous les enfants – quel que soit leur lieu de naissance – de jouir de tous les avantages de la vaccination.

10. La conférence ministérielle a abouti à la signature de la Déclaration d'Addis Abeba sur la vaccination¹⁰ par des ministres de toute l'Afrique, qui se sont ainsi engagés à réaliser dix objectifs spécifiques afin de parvenir à l'accès universel à la vaccination en Afrique. La Déclaration d'Addis Abeba a par la suite été approuvée par les chefs d'État lors du Sommet de l'Union africaine qui s'est tenu en janvier 2017.

PROCHAINES ÉTAPES

11. En vue de relever les défis qui perdurent et d'atteindre les cibles régionales de vaccination d'ici à 2020, les actions suivantes sont proposées aux États Membres et à l'Organisation mondiale de la Santé.

Les États Membres devraient :

- a) veiller à ce que suffisamment de ressources nationales soient allouées à la vaccination chaque année et créer des mécanismes de suivi et de gestion efficace des fonds à tous les niveaux ;

⁸ Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique. *Polio weekly update* (Relevé épidémiologique hebdomadaire sur la poliomyélite), en date du 21 juillet 2017.

⁹ Afrique du Sud, Algérie, Botswana, Côte d'Ivoire, Guinée équatoriale, Maurice, République unie de Tanzanie, Sao Tomé-et-Principe, Seychelles, Swaziland et Zambie.

¹⁰ Déclaration d'Addis Abeba sur la vaccination à l'occasion de la première Conférence ministérielle sur la vaccination en Afrique, qui s'est tenue les 24 et 25 mars 2016 à Addis Abeba (Éthiopie).

- b) promulguer des lois qui garantissent un accès équitable à la vaccination et créer des groupes techniques consultatifs nationaux pour la vaccination ou des entités équivalentes ;
- c) identifier et mettre en œuvre les interventions prioritaires, y compris le développement des ressources humaines et l'amélioration de la qualité et de l'utilisation des données ;
- d) créer de nouvelles plateformes pour atteindre les personnes dans leur deuxième année de vie, l'enfance, l'adolescence, la grossesse et, plus tard, à l'âge adulte ;
- e) accélérer la mise en œuvre de la feuille de route de la Déclaration d'Addis Abeba sur la vaccination et veiller à ce que les programmes de vaccination soient pleinement intégrés dans les systèmes de santé nationaux.

L'OMS devrait :

Continuer à suivre la situation, et faire rapport annuellement au Comité régional sur les progrès accomplis dans l'atteinte des cibles de la vaccination.

12. Le Comité régional est invité à prendre note du présent rapport et à approuver les prochaines étapes proposées.