



Photographie : Frédéric Courbet / Fondation Bill et Melinda Gates



CONFÉRENCE MINISTÉRIELLE SUR LA VACCINATION EN AFRIQUE

Amélioration de la couverture et de l'équité en matière de vaccination

Généralités

Les pays du monde ont pris des engagements à l'égard du Plan d'action mondial pour les vaccins (GVAP), un cadre qui offre un accès universel à la vaccination à chaque enfant, partout dans le monde. Le GVAP reconnaît que l'accès équitable à la vaccination constitue une composante essentielle du droit à la santé.

Des pays africains ont également pris des engagements similaires à l'égard de la vaccination. La soixante-quatrième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a adopté en novembre 2014 une résolution approuvant le Plan stratégique régional pour la vaccination 2014-2020 (AFR/RC64/R4). Ce plan vise à atteindre une couverture vaccinale universelle dans la Région africaine de l'OMS.

Pour réaliser cet objectif, le plan propose d'augmenter la couverture vaccinale actuelle et de maintenir une couverture élevée dans le futur par divers moyens, y compris en atteignant les populations mal desservies et en réduisant les disparités en matière de vaccination à l'intérieur des pays et entre ceux-ci. Le plan propose des objectifs à atteindre d'ici 2020, s'agissant de la couverture et de la programmation, ainsi que des étapes à suivre pour y parvenir.

De même, la soixante-deuxième session du Comité régional de l'OMS pour la Région de la Méditerranée orientale (EMRO) a adopté en 2015 le Plan d'action pour les vaccins de la Méditerranée orientale (EMVAP) pour la période allant de 2016 à 2020 (EM/RC62/R.1). Ce plan vise à offrir un accès équitable aux vaccins à toutes les communautés et tous les individus, en particulier ceux qui sont marginalisés et vivent dans des zones difficiles à atteindre.

Analyse de la situation

Couverture en ce qui concerne les vaccins DTC3 et antirougeoleux dans la région AFRO

Selon des estimations de la couverture faites par l'OMS et l'UNICEF, le taux de couverture vaccinale dans la Région africaine de l'OMS - calculé selon le pourcentage d'enfants qui reçoivent trois doses du vaccin antidiphthérique-antitétanique-anticoquelucheux (DTC3) - était de 77% en 2014, sachant que :

- dix-huit pays ont un taux de couverture de 90 % ou plus,
- cinq pays ont un taux de couverture de moins de 60%.

De même en 2014, le taux de couverture relatif à la première dose de vaccin antirougeoleux (MCV1) dans la région était de 73 %, sachant que :

- quatorze pays ont un taux de couverture de 90 % ou plus,
- sept pays ont un taux de couverture de moins de 60 %.

En 2014, le nombre estimatif de nourrissons n'ayant pas reçu la troisième dose du vaccin diphtérie-tétanos-coqueluche (DTC) dans la Région africaine de l'OMS était de 7,4 millions, sur une cohorte de naissance de 32,7 millions, soit 23 % environ d'entre eux. Un tiers de ces enfants vivent dans six pays : l'Éthiopie, le Kenya, la République démocratique du Congo, le Soudan du Sud, le Nigéria et la Guinée. Pendant la même année, on estime que 8,8 millions de nourrissons n'ont pas reçu la première dose de vaccin antirougeoleux dans le cadre du calendrier de vaccination systématique

En 2014, le nombre de nourrissons N'AYANT PAS REÇU LA TROISIÈME DOSE DU VACCIN DTC dans la Région africaine de l'OMS a été estimé à 7,4 MILLIONS sur une cohorte de naissance de 32,7 millions, soit environ 23 % d'entre eux.

UN enfant sur **CINQ** ne reçoit pas les vaccins vitaux de base (DTC3).



Couverture en ce qui concerne les vaccins DTC3 et antirougeoleux dans la région EMRO

Dans les sept pays africains couverts par le Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale (EMRO), en 2014, la couverture vaccinale pour le DTC3 était de 90 % ou plus dans cinq pays, et un seul pays avait un taux de couverture inférieur à 60 % pour ce vaccin.

De même, la couverture par la première dose du vaccin antirougeoleux (MCV1) pour les sept pays africains de la Région EMRO était de 90 % ou plus dans quatre pays, et un seul pays avait un taux de couverture de moins de 60 % pour le MCV1.

Cinq des sept pays africains de la Région EMRO ont rapporté avoir atteint, dans 90 % des districts, un taux de couverture de 80 % ou plus pour le DTC3. En ce qui concerne la Somalie et Djibouti, seuls 17% et 50% respectivement des districts avaient atteint un taux de couverture de 80 % ou plus pour le DTC3.

Vaccins anti-hépatite B, contre *Haemophilus influenzae* type B, antipneumococcique et antirotavirus

Des vaccins nouveaux et sous-utilisés sont également en train d'être introduits dans les programmes de vaccination nationaux. A partir de décembre 2014, tous les pays de la Région AFRO ont introduit le vaccin anti-hépatite B et contre *Haemophilus influenzae* type B.

Le vaccin pneumococcique conjugué (VPC) a été introduit par 351 pays de la Région AFRO et le vaccin antirotavirus, par 272 pays de la Région AFRO. Le pourcentage d'enfants qui n'ont pas accès au vaccin pneumococcique est de 11 % et le pourcentage d'enfants n'ayant pas accès au vaccin antirotavirus, de 48 %. Le pourcentage élevé d'individus n'ayant pas accès au vaccin antirotavirus inclut des pays à forte population comme le Nigéria et la République démocratique du Congo, qui n'ont pas encore introduit le vaccin.

Des études récentes sur le vaccin antirotavirus montrent que si le vaccin était utilisé dans tous les pays pouvant se prévaloir du soutien de l'Alliance Gavi, cela pourrait permettre d'éviter un nombre estimatif de 180 000 décès et six millions de visites dans les cliniques ou les hôpitaux par an, ce qui engendrerait une économie de 68 millions de dollars des États-Unis sur les frais de traitement, par année.

73 % couverture pour le MCV1 dans la Région africaine

14 pays ayant atteint une couverture d'au moins 90 % pour le MCV1 dans la Région africaine

7 pays dont le niveau de couverture vaccinale pour la rougeole est inférieur à 60 % dans la Région africaine



Les enfants dont les parents n'ont pas poursuivi d'études ou sont moins fortunés sont moins susceptibles de recevoir les vaccins dont ils ont besoin que les enfants issus de familles plus instruites et ayant des revenus plus élevés.



Les résultats ne montrent cependant pas de différence de couverture significative entre les garçons et les filles.

¹VPC : Afrique du Sud, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée-Bissau, Kenya, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Sierra Leone, Swaziland, Tanzanie, Togo, Zambie et Zimbabwe.

²Vaccins antirotavirus : Afrique du Sud, Angola, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Congo, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Ghana, Kenya, Madagascar, Malawi, Mali, Maurice, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Niger, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone, Swaziland, Tanzanie, Togo, Zambie et Zimbabwe.



- 1 Maroc
- 2 Tunisie
- 3 Libye
- 4 Égypte
- 5 Soudan
- 6 Djibouti
- 7 Somalie

Les vaccins anti-hépatite B et contre *Haemophilus influenzae* type B ont été introduits dans tous les sept pays africains de la Région EMRO.

Le vaccin pneumococcique conjugué et le vaccin antitrotavirus doivent encore être introduits dans trois des sept États africains Membres de la Région EMRO, à savoir l'Égypte, la Somalie et la Tunisie.

Les principaux défis que rencontrent les États Membres, s'agissant de parvenir à une fourniture équitable des services de vaccination et de maintenir des taux de couverture élevés, sont les suivants :

- priorités multiples en matière de développement,
- difficulté à faire converger les ressources affectées à la vaccination vers des zones géographiques ou groupes cibles à faible couverture spécifiques,
- disparités en ce qui concerne la prise en main de la vaccination par les pays et l'engagement des politiques envers celle-ci,
- faible sensibilisation et participation des communautés aux programmes de vaccination,
- ressources humaines et financières insuffisantes,
- moyens logistiques insuffisants, y compris faiblesses dans la gestion des vaccins et la fourniture de services aux populations difficiles à atteindre,
- non-documentation et non-renforcement des pratiques gagnantes,
- coût élevé des nouveaux vaccins pour les pays ne pouvant pas se prévaloir du soutien de l'Alliance Gavi,
- difficultés à améliorer la qualité et l'utilisation programmatique des données relatives à la surveillance de la vaccination.

Voie à suivre

Afin d'améliorer la couverture et l'équité en matière de vaccination, les parties prenantes, à savoir les États Membres, la société civile, l'ONU, l'OMS et l'UNICEF, ainsi que l'Alliance Gavi et les universitaires, devraient se concentrer sur les domaines essentiels ci-après :

Les États Membres devraient prendre les mesures suivantes pour atteindre les cibles en matière de couverture fixées dans les plans d'action régionaux pour les vaccins et augmenter leur soutien en faveur de ces initiatives :

- identifier les populations mal desservies ou exclues dans toutes les régions afin d'améliorer la fourniture des services, la couverture et l'équité par des approches taillées sur mesure,
- actualiser et mettre en oeuvre des plans pluriannuels complets, ainsi que des plans opérationnels annuels intégrés axés sur une série d'interventions prioritaires à fort impact, pouvant être entièrement financés et adéquatement surveillés..

Les États Membres devraient également allouer des ressources humaines et financières suffisantes à la réalisation des objectifs suivants :

- introduire de nouveaux vaccins,

- mobiliser les communautés, les impliquer et leur donner les moyens de demander et d'utiliser efficacement les services de vaccination,
- renforcer et appuyer la collaboration et les partenariats multisectoriels en ce qui concerne la mise en oeuvre des stratégies, ainsi que la surveillance et l'évaluation des programmes de vaccination.

Les organisations de la société civile devraient poursuivre leurs efforts de sensibilisation sur le plan national, régional et mondial. Ces efforts devraient également inclure des partenariats nationaux et internationaux, l'objectif étant :

- d'améliorer les services de santé généraux,
- de promouvoir les vaccins et les services de vaccination,
- d'accroître la demande de la communauté afin de s'assurer que chaque enfant a accès aux vaccins.

L'ONU et d'autres agences mondiales comme **l'OMS** et **l'UNICEF** devraient :

- plaider en faveur de la fourniture d'un soutien technique permettant d'encourager la prise en main de la vaccination par les pays et être des chefs de file dans le domaine,
- renforcer les capacités nationales, les infrastructures régionales et la fourniture de programmes de vaccination,
- former, équiper et impliquer les groupes et les communautés vulnérables,
- soutenir les initiatives locales afin de suivre les progrès et demander des comptes aux gouvernements et aux parties prenantes,
- contribuer à l'amélioration des systèmes de surveillance et d'évaluation.

L'Alliance Gavi devrait :

- faciliter l'harmonisation du soutien financier parmi les partenaires, en tenant compte des priorités nationales des pays pouvant se prévaloir du soutien de l'Alliance Gavi,
- poursuivre ses efforts visant à façonner le marché afin de faire baisser le prix des vaccins.

Les universitaires devraient :

- promouvoir l'innovation dans le domaine de la recherche sur les vaccins,
- poursuivre un programme de recherche multidisciplinaire,
- mettre au point des vaccins et des technologies qui permettant d'optimiser et de maximiser la fourniture des vaccins.



CONFÉRENCE MINISTÉRIELLE SUR LA VACCINATION EN AFRIQUE

www.ImmunizationinAfrica2016.org

 @africavaxconf | #MCIA16