



**Comité régional de la
Méditerranée orientale**

EM/RC58/4
Septembre 2011

Cinquante-huitième session

Original : arabe

Point 4 b) de l'ordre du jour

Document technique

Intensification du Programme élargi de vaccination pour atteindre les cibles mondiales et régionales

La vaccination est l'une des interventions de santé publique les plus efficaces et les plus sûres. D'un bon rapport coût-efficacité, elle est également l'un des principaux outils permettant de réaliser l'objectif 4 du Millénaire pour le développement sur la réduction du taux de mortalité des moins de cinq ans. La couverture vaccinale systématique a connu une progression remarquable ces dernières années dans plusieurs pays de la Région. Pourtant, plus de 20 % des décès d'enfants dans la Région sont dus à des maladies contre lesquelles il existe des vaccins efficaces. Le document attire l'attention sur les difficultés auxquelles sont confrontés les programmes de vaccination et sur l'urgente nécessité de développer les programmes nationaux en la matière pour consolider les acquis et atteindre les cibles de lutte contre les maladies, d'éradication et d'élimination de celles-ci.

Un projet de résolution est joint pour examen par le Comité régional

Table des matières

Résumé d'orientation	i
1. Introduction	1
2. Charge des maladies évitables par la vaccination	1
3. Situation régionale de la vaccination	4
3.1 Cibles concernant la vaccination.....	4
3.2 Situation actuelle de la vaccination systématique.....	4
3.3 Élimination de la rougeole.....	8
3.4 Introduction de nouveaux vaccins.....	11
4. Difficultés et obstacles rencontrés par les programmes de vaccination.....	13
5. Recommandations aux États Membres.....	14

Résumé d'orientation

D'après les estimations, 1 239 000 enfants de moins de cinq ans sont décédés en 2008 dans la Région de la Méditerranée orientale ; plus de 20 % de ces décès sont dus à des maladies contre lesquelles il existe des vaccins efficaces.

La vaccination est l'une des interventions de santé publique les plus efficaces et les plus sûres. D'un bon rapport coût-efficacité, elle est également l'un des principaux outils permettant de réaliser l'objectif 4 du Millénaire pour le développement (OMD 4). La couverture vaccinale systématique a connu une progression remarquable ces dernières années dans plusieurs pays de la Région de la Méditerranée orientale. Par ailleurs, le taux de couverture moyen par les trois doses du vaccin antidiphtérique-antitétanique-anticoquelucheux (DTC) a atteint 91 % dans la Région en 2010, selon des données nationales. En outre, la Région a réduit de 93 % le taux de mortalité rougeoleuse entre 2000 et 2008. L'introduction de nouveaux vaccins indispensables a également pris de l'ampleur récemment : le vaccin contre le Hib a été introduit dans dix-huit pays, le vaccin antipneumococcique dans huit pays, et le vaccin antirotavirus dans quatre pays.

Malgré ces progrès, environ 1 500 000 enfants n'ont pas reçu la troisième dose du vaccin DTC en 2010 ; le nombre de ceux qui n'ont pas reçu toutes les vaccinations prévues par le calendrier vaccinal de leur pays est d'ailleurs supérieur. La cible de l'élimination de la rougeole en 2010 n'a pas été atteinte et les gains en termes de réduction de la mortalité imputée à cette maladie pourraient être anéantis si la lutte contre cette affection et les efforts visant son élimination ne sont pas soutenus. L'introduction de nouveaux vaccins constitue un défi majeur pour les pays à revenu intermédiaire, en particulier pour ceux de la tranche inférieure. En effet, 31 % de la cohorte de naissance ne reçoit pas le vaccin contre le Hib. De plus, 88 % des enfants de la Région naissent dans des pays qui ne proposent ni le vaccin antipneumococcique, ni le vaccin antirotavirus dans leur programme national de vaccination.

Les efforts d'intensification des programmes de vaccination dans la Région sont confrontés à plusieurs difficultés. La structure et les compétences de gestion des programmes de vaccination sont inadéquates, et les capacités des programmes doivent être renforcées aux niveaux central et périphérique. En outre, la relative faiblesse des fonds publics alloués aux programmes de vaccination menacent d'anéantir les acquis, d'autant que les besoins financiers augmentent, pour répondre à l'évolution des demandes du Programme élargi de vaccination, telles que l'introduction de nouveaux vaccins et les objectifs d'éradication et d'élimination des maladies. De même, le système actuel d'achat et de réglementation des vaccins est inefficace dans plusieurs pays, et des dispositifs renforcés sont nécessaires pour assurer la qualité et la sécurité des vaccins.

Ce document vise à souligner le rôle de la vaccination dans la réduction de la morbidité et de la mortalité dues aux maladies transmissibles chez les enfants, et donc dans la réalisation de l'objectif 4 du Millénaire pour le développement dans les pays de la Région. Il vise également à faire prendre conscience des opportunités manquées de sauver davantage de vies, en raison du retard d'introduction dans de nombreux pays des nouveaux vaccins indispensables dotés d'une forte efficacité. Le document insiste également sur la nécessité de poursuivre les activités visant l'élimination de la rougeole, pour préserver les gains obtenus en réduction de la mortalité imputable à cette maladie, et atteindre la cible d'élimination. Enfin, le document attire l'attention sur les obstacles et les difficultés auxquels se heurtent les programmes de vaccination dans la Région, et sur les actions nécessaires pour atteindre les cibles fixées et réaliser l'objectif 4 du Millénaire pour le développement. En revanche, il ne traite pas de la question de l'éradication de la poliomyélite, car ce sujet est abordé dans le rapport de situation soumis au Comité régional. Il ne traite pas non plus de la cible de lutte contre l'hépatite B, car une résolution spécifique a été approuvée sur ce sujet par le Comité régional en 2009 (EM/RC56/R.5).

1. Introduction

La vaccination est l'une des interventions de santé publique les plus efficaces et les plus sûres. Elle est aussi d'un bon rapport coût-efficacité. Les vaccins continuent à avoir un impact considérable sur la santé publique, car ils sauvent des millions de vies chaque année. L'éradication de la variole, les progrès considérables réalisés vers l'éradication de la poliomyélite, la réduction importante de la morbidité et de la mortalité rougeoleuse et la réduction drastique de l'infection *Haemophilus influenzae* de type B (Hib) dans les pays ayant introduit les vaccins correspondants en sont des preuves sans équivoque.

La couverture vaccinale systématique a connu une augmentation remarquable ces dernières années dans plusieurs pays de la Région de la Méditerranée orientale ; par conséquent, la lutte contre plusieurs maladies évitables par la vaccination a progressé également. Selon les données nationales, le taux moyen de couverture par les trois doses du vaccin DTC (DTC3) dans la Région a atteint 91 % en 2010, et 400 millions de personnes ont été vaccinées contre la rougeole grâce aux activités de vaccination supplémentaires, entre 1994 et 2010. La Région a réduit de 93 % le taux de mortalité rougeoleuse entre 2000 et 2008. Le tétanos maternel et néonatal a été éliminé de seize pays. Quant à la diphtérie et à la coqueluche, elles ne sont plus des problèmes de santé publique dans de nombreux États.

Malgré ces progrès considérables, environ 1 500 000 enfants n'ont pas reçu la troisième dose du vaccin DTC en 2010 et le nombre d'enfants n'ayant pas reçu toutes les vaccinations prévues par le calendrier vaccinal des pays est encore supérieur. La cible de l'élimination de la rougeole en 2010 n'a pas été atteinte, et les gains en termes de réduction de la mortalité rougeoleuse pourraient être anéantis si les efforts de lutte contre cette affection ne sont pas soutenus. L'introduction de nouveaux vaccins dans les programmes nationaux de vaccination constitue un défi majeur pour les pays à revenu intermédiaire, en raison essentiellement du prix assez élevé de ces vaccins. Actuellement, 31 % de la cohorte de naissance ne reçoit pas le vaccin contre le Hib. De plus, 88 % des enfants de la Région naissent dans des pays qui ne proposent ni le vaccin antipneumococcique, ni le vaccin antirotavirus dans leur programme national de vaccination.

Ce document vise à souligner le rôle de la vaccination dans la réduction de la morbidité et de la mortalité attribuées aux maladies transmissibles chez les enfants, et donc dans la réalisation de l'objectif 4 du Millénaire pour le développement dans les pays de la Région. Il entend également faire prendre conscience des opportunités manquées de sauver davantage de vies, en raison du retard d'introduction dans de nombreux pays des nouveaux vaccins indispensables dotés d'une forte efficacité. Le document insiste sur la nécessité de poursuivre les activités visant l'élimination de la rougeole, pour préserver les gains obtenus en réduction de la mortalité due à cette maladie, et atteindre la cible d'élimination. Enfin, le document attire l'attention sur les obstacles et les difficultés auxquelles se heurtent les programmes de vaccination dans la Région, et sur les actions nécessaires pour atteindre les cibles fixées et réaliser l'OMD 4. En revanche, il ne traite pas de la question de l'éradication de la poliomyélite, car ce sujet est abordé dans le rapport de situation soumis au Comité régional. Il ne traite pas non plus de la cible de lutte contre l'hépatite B, car une résolution spécifique a été approuvée sur ce sujet par le Comité régional en 2009 (EM/RC56/R.5).

2. Charge des maladies évitables par la vaccination

D'après les estimations, 1 239 000 enfants de moins de cinq ans sont décédés en 2008 dans la Région de la Méditerranée orientale. Plus de 20 % de ces décès sont attribués à des maladies contre lesquelles il existe des vaccins efficaces. De nombreux décès sont imputables à la

pneumonie et aux maladies diarrhéiques, causées par *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* de type B (Hib) et le rotavirus, malgré l'existence et la disponibilité de vaccins efficaces et sûrs (cf. Figure 1)¹.

La rougeole reste une cause importante de mortalité infantile. Même après la réduction de la mortalité rougeoleuse au plan mondial, 164 000 décès dans le monde, représentant 450 décès par jour ou 18 décès par heure, étaient encore dus à cette maladie en 2008, d'après les estimations. Quant à la Région de la Méditerranée orientale, l'OMS a estimé qu'au cours de l'année susmentionnée, 7000 décès étaient imputables à la rougeole, soit 20 décès par jour. La rougeole est une maladie de la pauvreté. Les enfants malnutris courent tout particulièrement le risque de contracter l'affection et plus de 95 % des décès causés par la rougeole ont lieu dans des pays à revenu faible dont l'infrastructure sanitaire est insuffisante. De nombreux décès causés par le virus de la rougeole sont directement liés à des complications, notamment la pneumonie, la diarrhée et la malnutrition.

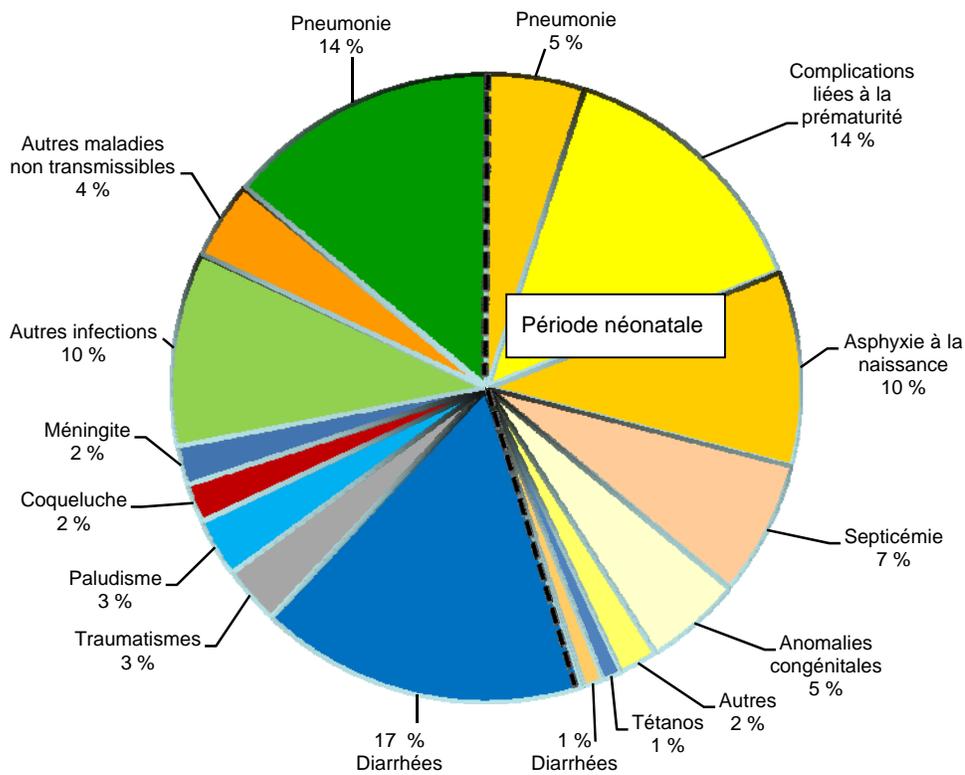


Figure 1. Causes des 1 239 000 décès d'enfants de moins de cinq ans dans la Région en 2008

Les diarrhées et la pneumonie représentent environ 37 % des décès d'enfants de moins de cinq ans dans la Région (cf. Figure 1). Par ailleurs, les infections à pneumocoques, à Hib et à rotavirus sont aussi responsables d'une part substantielle des décès.

S'attaquer à la mortalité des moins de cinq ans avec des vaccins classiques n'est pas suffisant si l'ont veut réaliser l'objectif 4 du Millénaire pour le développement. En 2005, l'OMS et l'UNICEF ont étudié l'impact potentiel que différentes interventions de vaccination auraient pu avoir sur les maladies évitables par la vaccination qui sont liées à la mortalité des enfants de moins de cinq

¹ Black RE et al. Global, regional and national causes of child mortality in 2008: a systematic analysis. *The Lancet*. Publié en ligne le 12 mai 2010 DOI:10.1016/S0140-6736(10)60549-1

ans. Ces interventions auraient été utiles pour progresser vers la réalisation de l'OMD4. Il a été estimé que si la tendance actuelle en termes de couverture vaccinale systématique et de vaccins utilisés se poursuivait, l'impact de la vaccination sur la réduction de la mortalité chez les enfants de moins de cinq ans entre 2000 et 2015 serait mineur. Mais si la couverture de la vaccination systématique atteignait 90 % et si les vaccins antipneumococcique, antirotavirus et contre le Hib étaient utilisés à grande échelle, une baisse de 60 % à 70 % de la mortalité des moins de cinq ans attribuable aux maladies évitables par la vaccination pourrait être obtenue d'ici à 2015. C'est pourquoi l'élargissement de la vaccination systématique et l'introduction de nouveaux vaccins, en particulier les vaccins antipneumococcique, antirotavirus et contre le Hib, ont été désignées par l'OMS et l'UNICEF comme la pierre angulaire de la réalisation de l'OMD4, ainsi que le mentionne le document « La vaccination dans le monde : vision et stratégie 2006-2015 »² approuvé dans la résolution WHA58.15. La charge estimée de ces maladies dans les pays de la Région est récapitulée dans le Tableau 1³.

Tableau 1. Charge estimée des maladies évitables par les nouveaux vaccins selon l'OMS^a

Pays	Décès par Hib en % des décès des <5 ans	Décès par infection à pneumocoques en % des décès des <5 ans	Décès par infection à rotavirus en % des décès des <5 ans	Proportion des décès par infections à Hib, à pneumocoques et à rotavirus
Afghanistan	4,1	9,0	7,3	20,5
Arabie saoudite	0,2	4,7	1,4	6,3
Bahreïn	0,0	0,0	0,0	0,0
Djibouti	4,5	8,9	4,1	17,5
Égypte	3,7	7,6	1,2	12,5
Émirats arabes unis	0,0	2,3	0,4	2,7
Iran (République islamique d')	2,3	4,7	4,2	11,1
Iraq	3,2	6,4	1,9	11,5
Jamahiriya arabe libyenne	2,9	5,0	1,5	9,4
Jordanie	3,9	6,4	1,9	12,2
Koweït	0,0	2,5	0,2	2,7
Liban	3,8	6,1	0,4	10,2
Maroc	4,3	7,8	4,4	16,5
Oman	3,8	6,9	0,9	11,6
Pakistan	2,9	5,7	8,3	16,9
Qatar	0,0	0,6	0,6	1,3
République arabe syrienne	5,4	8,0	2,0	15,5
Somalie	4,2	8,7	6,4	19,4
Soudan	3,9	8,0	8,2	20,0
Tunisie	5,2	9,2	1,6	16,1
Yémen	3,8	7,2	5,7	16,6
Région	3,5	7,1	6,5	17,1

^a Infection à rotavirus : estimations de 2008 ; infections à Hib et à pneumocoques : estimations de 2000, mises à jour en 2008 ; toutes les estimations ont été réalisées avant l'introduction des vaccins, à l'exception des estimations pour les décès par infection à Hib pour l'Arabie saoudite, Bahreïn, les Émirats arabes unis, le Koweït et le Qatar, qui ont été corrigées en tenant compte de l'introduction du vaccin contre le Hib.

² The component strategies. World Health Organization, Geneva, 2006. Consulté le 27 juin 2011. http://www.who.int/immunization/givs/GIVS_strategies.pdf

³ Infection à Rotavirus : estimations de l'OMS de 2008, non publiées. Infections à Hib et à pneumocoques : http://www.who.int/immunization_monitoring/burden/Pneumo_hib_estimates/en/index1.html

3. Situation régionale de la vaccination

3.1 Cibles concernant la vaccination

Les programmes nationaux de vaccination fournissent des vaccins contre au moins six maladies dans le cadre du Programme élargi de vaccination, dans tous les pays de la Région. Ils comprennent une dose du vaccin par le bacille de Calmette-Guérin (BCG) contenant des antigènes contre la tuberculose chez l'enfant, au moins trois doses du vaccin antidiphtérique-antitétanique-anticoquelucheux, et les vaccins antipoliomyélitique et antirougeoleux. Outre la vaccination des femmes enceintes et des femmes en âge de procréer afin de prévenir le tétanos maternel et néonatal, divers nouveaux vaccins sont également fournis par plusieurs pays.

Les programmes de vaccination dans la Région visent à maîtriser, éliminer ou éradiquer toutes les maladies évitables par la vaccination au moyen de l'utilisation à grande échelle de vaccins et technologies efficaces à la qualité garantie, et de l'adoption de pratiques vaccinales sûres. Les cibles mondiales, régionales et nationales des programmes de vaccination sont les suivantes :

- Atteindre un taux de couverture par la troisième dose du vaccin DTC d'au moins 90 % au niveau national et d'au moins 80 % dans chaque district en 2010 (objectif mondial, résolution WHA58.15) ;
- Réduire le taux de mortalité rougeoleuse d'au moins 90 % en 2010 par rapport au pourcentage de 2000 (objectif mondial, résolution WHA58.15) ;
- Éliminer la rougeole de tous les pays de la Région en 2010 (cible régionale, résolution EM/RC44/R.6) ;
- Éradiquer la poliomyélite d'ici à 2012 (cible mondiale) ;
- Réduire la prévalence de l'antigène de surface de l'hépatite B à moins de 1 % chez les enfants de moins de cinq ans dans tous les pays de la Région d'ici à 2015 (objectif régional, résolution EM/RC56/R.5) ;
- Éliminer le tétanos maternel et néonatal dès que possible (la date ciblée était 2007) ; et
- Obtenir d'ici à 2015 une réduction de deux tiers de la morbidité et de la mortalité dues aux maladies évitables par la vaccination par rapport aux niveaux de 2000 (objectif mondial, résolution WHA58.15). Il s'agit de l'un des objectifs mentionnés dans le document « La vaccination dans le monde : vision et stratégie 2006-2015 », qui examine la contribution des programmes de vaccination à la réalisation de l'OMD4. L'introduction de nouveaux vaccins est un instrument important permettant d'atteindre cette cible et donc, de réaliser l'objectif 4 du Millénaire pour le développement.

3.2 Situation actuelle de la vaccination systématique

La vaccination systématique représente la stratégie de vaccination ayant le meilleur rapport coût-efficacité. Elle constitue l'épine dorsale de toutes les activités de vaccination et la base à partir de laquelle atteindre toutes les cibles vaccinales et rendre les résultats pérennes. Une couverture élevée de la vaccination systématique est la condition indispensable pour éradiquer la poliomyélite et éliminer la rougeole de façon durable, mais aussi pour réussir l'introduction des nouveaux vaccins et les rendre accessibles. Dans plusieurs parties du monde, notamment la Région de la Méditerranée orientale, les pays qui avaient mis en place une forte couverture vaccinale systématique contre la poliomyélite ont été capables d'interrompre la transmission du poliovirus sauvage après sa réintroduction. Au contraire, les pays dans lesquels cette couverture

vaccinale était faible ont été exposés à des flambées de poliomyélite après la réintroduction du virus. Les interventions et les méthodes destinées à assurer la solidité des programmes de vaccination systématique sont les suivantes :

- Consolidation des services de prestation de vaccination systématique. Optimiser l'accès aux services de vaccination durables et élaborer des stratégies innovantes pour augmenter la couverture vaccinale systématique dans les régions difficiles d'accès ;
- Amélioration du système de soutien logistique pour fournir de manière pérenne et fiable des vaccins de qualité garantie à un coût abordable, et répondre aux besoins logistiques liés, grâce à :
 - la consolidation d'un système d'achat de vaccins adéquat ;
 - la préservation de la chaîne du froid et d'un système de gestion des vaccins ;
 - l'établissement d'un système approprié de transport et de distribution des vaccins.
- Renforcement des capacités de gestion du personnel dédié à la vaccination aux niveaux central et périphérique, par la création d'un organigramme adapté et le recrutement des effectifs correspondants pour le Programme élargi de vaccination ;
- Intensification de la surveillance des maladies évitables par la vaccination, notamment la surveillance en laboratoire et l'utilisation des données pour l'adoption de mesures ;
- Renforcement du système de suivi et d'évaluation du Programme élargi de vaccination, production de données de haute qualité pour ce programme et utilisation des données pour l'adoption de mesures ;
- Réalisation de la viabilité financière du programme de vaccination au moyen de l'élaboration et de la mise en œuvre de plans pluriannuels globaux et de la mobilisation de ressources suffisantes ;
- Affermissement du processus de prise de décision national grâce à la création d'un groupe consultatif technique national sur la vaccination fonctionnant de manière satisfaisante ;
- Amélioration de la sensibilisation, de la communication et de la mobilisation sociale par l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies adéquates ;
- Repositionnement de la vaccination en tant que composante clé des soins de santé primaires en insistant davantage sur la réduction de la charge de morbidité, et en utilisant les vaccins comme point de départ vers d'autres interventions de santé.

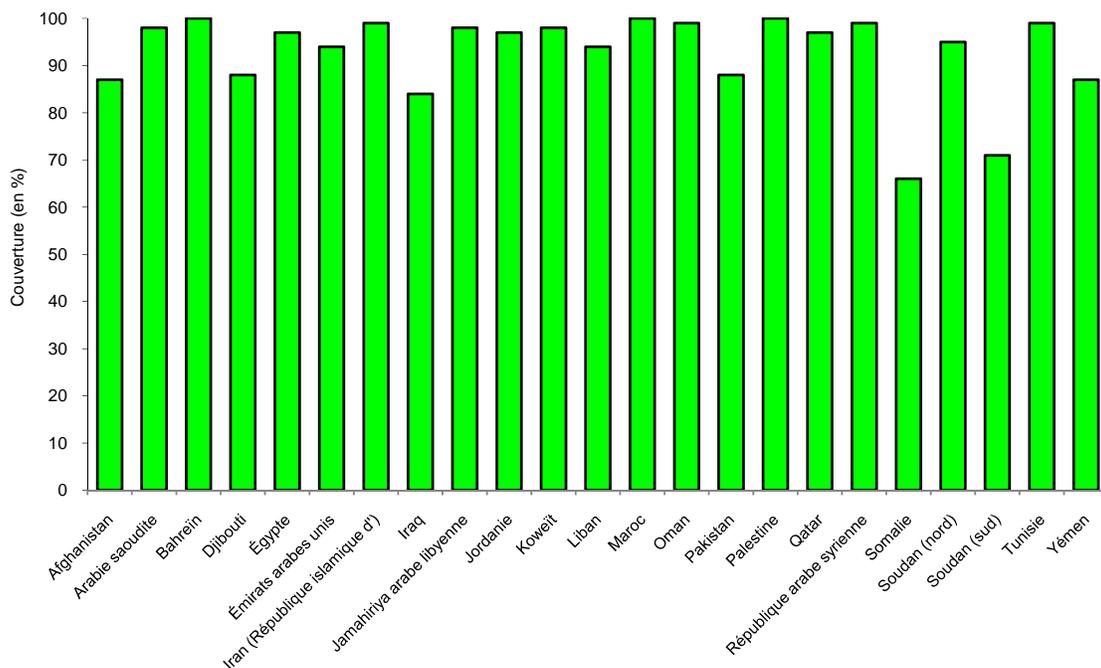
La couverture vaccinale par la troisième dose du DTC chez les enfants de moins d'un an est un indicateur majeur de la réussite des services de vaccination systématique. La cible mondiale et régionale des programmes de vaccination systématique était d'atteindre un taux de couverture par la troisième dose du DTC d'au moins 90 % au niveau national et d'au moins 80 % dans chaque district de tous les pays en 2010 (objectif mondial, résolution WHA58.15).

La stratégie principale visant à atteindre la cible de la couverture vaccinale systématique consiste à utiliser l'approche « Atteindre chaque district ». Elle utilise un ensemble de stratégies de fourniture fixe, mobile et de proximité pour les vaccins, visant à atteindre tous les enfants ciblés, y compris ceux habitant dans les régions les plus reculées. L'approche « Atteindre chaque district » fait appel à des stratégies simples et réalisables dans le cadre d'une structure de gestion décentralisée du Programme élargi de vaccination. Elle a été mise en œuvre avec succès dans plusieurs pays dont un grand nombre de districts pâtissait d'une couverture faible, principalement

l'Afghanistan, Djibouti, l'Iraq, le Pakistan, la Somalie, le Soudan et le Yémen. Cette méthode doit être étendue et mise en œuvre dans tous les pays où la couverture vaccinale est faible quel que soit le nombre de districts concernés.

Une amélioration substantielle des services de vaccination systématique a été notée au cours de ces dernières années. Seize pays ont atteint le taux de couverture de 90 %, alors que l'Afghanistan, Djibouti, l'Iraq, le Pakistan et le Yémen sont en passe d'y parvenir (cf. Figure 2). La couverture régionale moyenne par la troisième dose du DTC a atteint 91 % en 2010. La réussite remarquable observée ces deux dernières années s'explique essentiellement par l'adoption généralisée de l'approche « Atteindre chaque district », par la mise en œuvre d'interventions intégrées axées sur la survie de l'enfant, telles que les journées de la santé de l'enfant en Somalie, et par l'accélération des activités de vaccination en Afghanistan, au Soudan et au Yémen.

En réponse aux opportunités et aux défis impressionnants, le Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale et ses partenaires ont lancé la Semaine de la vaccination dans la Région de la Méditerranée orientale du 24 au 30 avril 2010. Il s'agit d'une initiative d'ampleur régionale, qui célèbre et encourage chaque année la vaccination grâce à des activités de plaidoyer, d'éducation et de communication et qui utilise cette opportunité pour augmenter le taux de couverture vaccinale par des activités supplémentaires dans ce domaine. Pour que les activités de la Semaine de la vaccination soient efficaces, de multiples secteurs, privés, publics et non gouvernementaux doivent collaborer.



Source : formulaires de déclaration communs OMS/UNICEF

Figure 2. Taux déclarés de couverture par la troisième dose du vaccin DTC dans les pays de la Région de la Méditerranée orientale en 2010

Malgré ces activités, environ 1 500 000 enfants n'ont pas reçu la troisième dose du vaccin DTC en 2010 ; approximativement 92 % de ces enfants vivent dans six pays (cf. Figure 3). Même dans les pays déclarant un taux de couverture vaccinale systématique élevé, des problèmes d'inégalité persistent : une proportion élevée de districts n'a pas atteint la cible de 80 % en 2010. En outre, ces chiffres de couverture reposent sur des systèmes nationaux de notification considérés comme peu fiables et qui doivent être renforcés dans plusieurs pays.

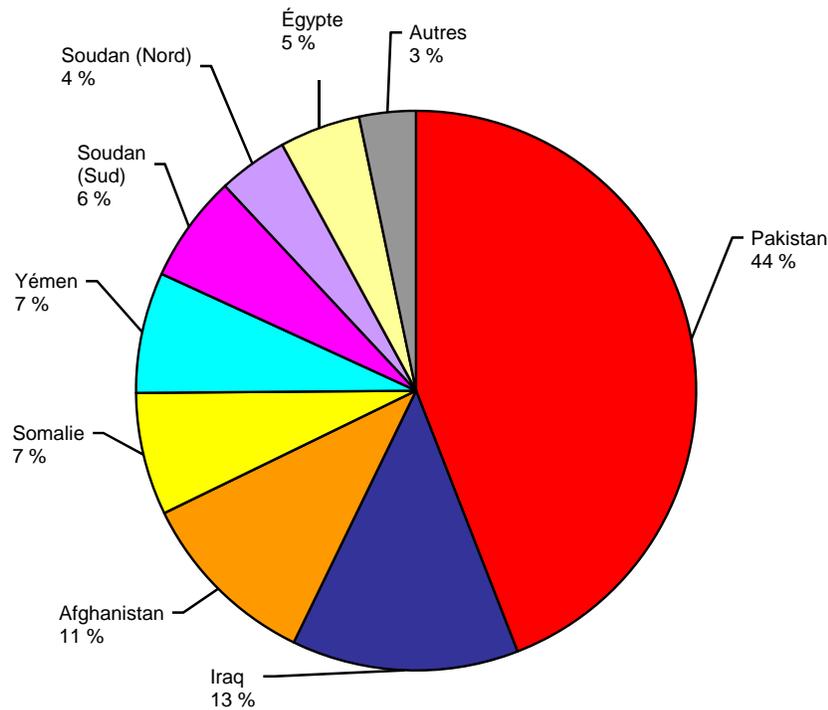


Figure 3. Répartition des enfants non vaccinés (1,5 million) dans la Région en 2010, d'après les données transmises

Parmi les principaux points faibles des programmes de vaccination dans plusieurs pays, on peut citer les systèmes d'évaluation et de suivi et la qualité des données de la couverture vaccinale. Ces faiblesses résultent principalement du manque de fiabilité des chiffres concernant la population ciblée, car ces derniers sont basés sur des données issues de recensements anciens, des registres d'état civil inadaptés ou des estimations inexactes. Des systèmes de notification faibles et une tendance à surestimer les chiffres de couverture au niveau périphérique constituent des problèmes supplémentaires. Cette tendance à la surestimation est motivée par l'usage de systèmes d'incitation fondés sur la performance mais dépourvus de supervision et de suivi adéquats. Par conséquent, les chiffres réels de la couverture vaccinale pourraient être sensiblement inférieurs dans certains pays et la survenue de flambées de rougeole, de diphtérie et de coqueluche dans les pays ayant déclaré une couverture vaccinale élevée en est une indication. De plus, la surveillance des maladies évitables par la vaccination ne reçoit pas l'attention qu'elle mérite, à l'exception de celle concernant la paralysie flasque aiguë et de celle de la rougeole, en progrès. Elle est faible dans la plupart des pays, et lorsque des données existent, elles ne sont pas exploitées efficacement comme indicateur de l'exécution du programme de vaccination. Il est particulièrement nécessaire de la renforcer, afin de contrôler l'exécution du programme et les progrès accomplis vers la réalisation des cibles.

3.3 Élimination de la rougeole

En 2005, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté l'objectif du document « La vaccination dans le monde : vision et stratégie 2006-2015 » visant à réduire de 90 % la mortalité rougeoleuse dans le monde en 2010, par rapport au niveau de 2000 (WHA58.15). Huit ans plus tôt, en 1997, le Comité régional de la Méditerranée orientale avait adopté durant sa quarante-quatrième session une résolution pour éliminer la rougeole de tous les pays de la Région en 2010 (EM/RC44/R.6)⁴. L'objectif 4 du Millénaire pour le développement vise à diminuer de deux tiers le taux de mortalité des moins de cinq ans entre 1990 et 2015. Étant donné l'impact potentiel de la vaccination contre la rougeole sur la réduction de la mortalité infantile, la couverture vaccinale antirougeoleuse chez les enfants de moins d'un an a été sélectionnée comme indicateur de progrès vers la réalisation de l'OMD4.

Stratégies régionales pour atteindre les cibles de lutte contre la rougeole et d'élimination de cette maladie

1. Obtention d'une immunité élevée dans la population au moyen de la mise en œuvre à l'échelle nationale de campagnes vaccinales antirougeoleuses de rattrapage ciblant des cohortes étendues et réalisation d'une couverture homogène élevée ;
2. Maintien d'une forte immunité dans la population par la réalisation d'une couverture vaccinale élevée (couverture de 95 % dans tous les districts) dans toutes les cohortes nées après la campagne antirougeoleuse de rattrapage sur tout le territoire, par deux doses du vaccin à valence rougeole administrées de la façon suivante :
 - a) vaccination systématique pour la première dose du vaccin à valence rougeole ;
 - b) administration de la deuxième dose du vaccin antirougeoleux par
 - i) vaccination systématique et/ou
 - ii) activités vaccinales de suivi supplémentaires, à mener de manière opportune jusqu'à ce que la couverture systématique par la deuxième dose atteigne la valeur élevée requise (95 % dans tous les districts) ;
3. Surveillance solide en laboratoire fondée sur les cas de rougeole ;
4. Prise en charge optimale des cas de rougeole.

La Région a fait des progrès considérables vers la cible de la réduction de la mortalité rougeoleuse et de l'élimination de la maladie. Tous les pays ont mis en œuvre une campagne de rattrapage à l'échelle nationale. Dans la Région, environ 400 millions de personnes ont été vaccinées grâce aux activités vaccinales supplémentaires (campagnes de rattrapage et/ou de suivi) entre 1994 et 2010 ; le taux de couverture moyen par la première dose du vaccin antirougeoleux a atteint 88 % en 2010, d'après les formulaires de déclaration communs OMS/UNICEF remplis par les pays. Tous les pays sont passés à une surveillance fondée sur les cas de rougeole confirmés en laboratoire ; vingt pays mettent en œuvre une surveillance à l'échelle nationale et le Pakistan, la Somalie et le sud du Soudan ont recours à une surveillance sentinelle. En conséquence, la mortalité rougeoleuse a été réduite de 93 % entre 2000 et 2008 (cf. Figure 4) et le nombre notifié de cas de rougeole confirmés est passé de 88 000 environ en 1998 à 10 517 en 2010. Huit pays sont en voie d'élimination de la rougeole.

⁴ Élimination de la rougeole : absence de transmission endémique de la rougeole dans une zone géographique définie (une région, par exemple) où existe un système de surveillance performant, pendant une période d'au moins 12 mois ou plus

Pourtant, la Région n'a pas atteint la cible de l'élimination de la rougeole en 2010 (cf. Figure 5), principalement à cause des pays n'ayant pas atteint la couverture vaccinale élevée, durable et uniforme (95 %) par les deux doses du vaccin à valence rougeole dans tous les districts (cf. Figure 6). Des flambées de rougeole se produisent encore dans certains pays, tels que l'Afghanistan, l'Iraq, le Maroc, le Pakistan, la Somalie, le Soudan et le Yémen, et les acquis en termes de baisse de la mortalité rougeoleuse pourraient être anéantis si des mesures ne sont pas prises rapidement. Dans ces circonstances, les administrateurs du Programme élargi de vaccination ont accepté lors de leur réunion annuelle de juillet 2010 de reporter la cible de l'élimination de la rougeole à 2015.

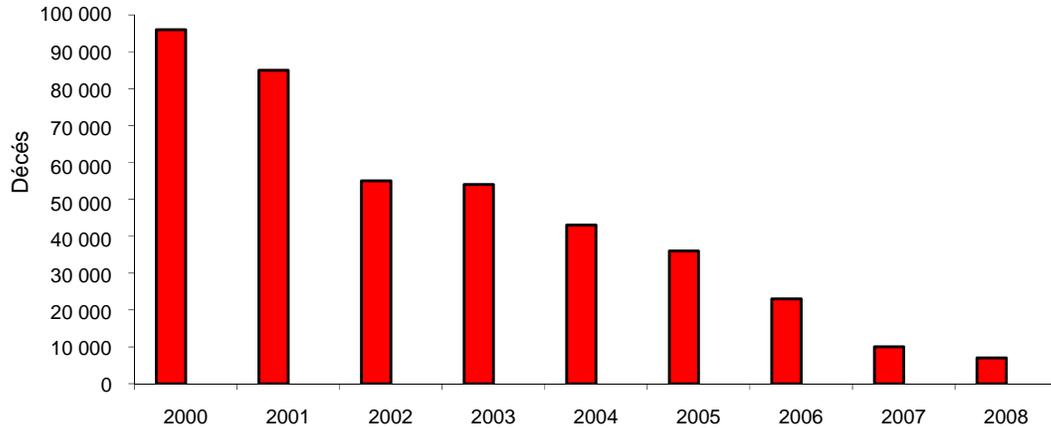
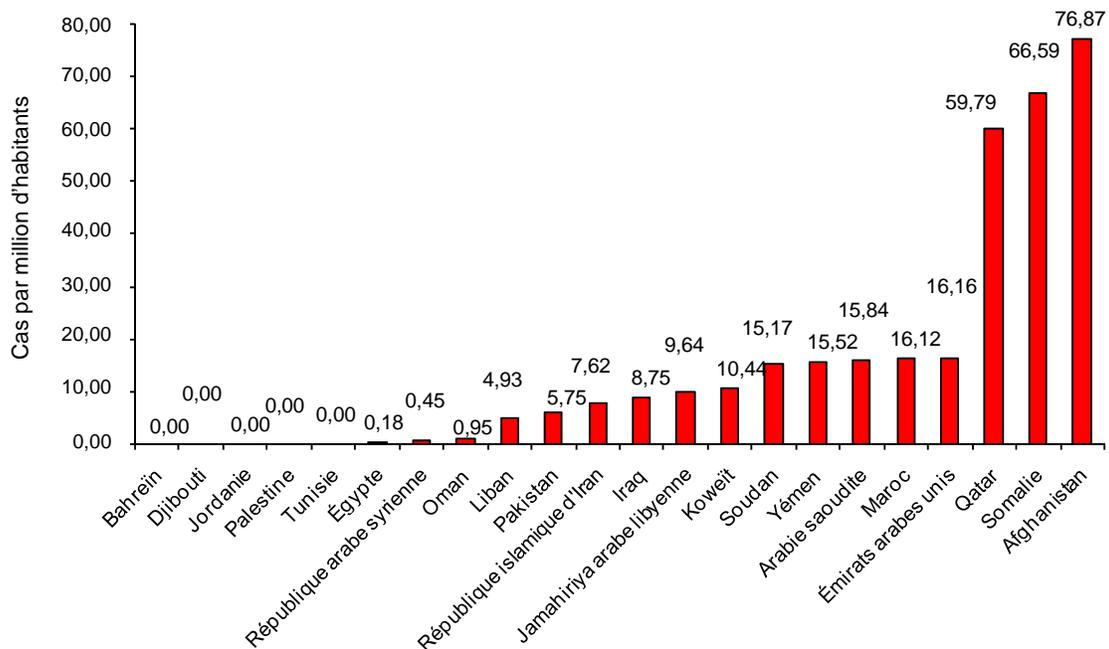
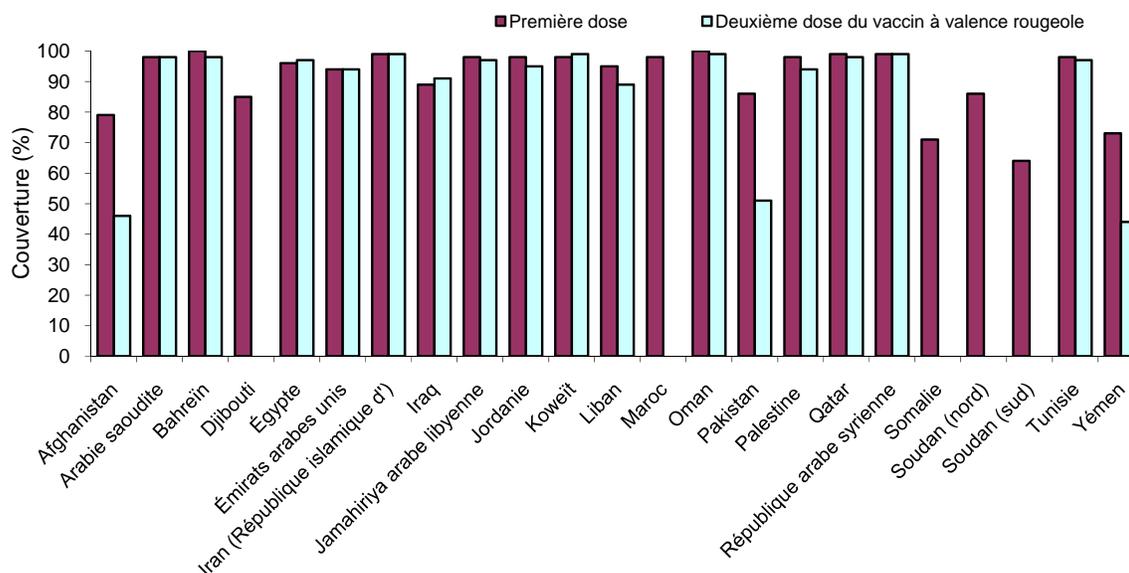


Figure 4. Réduction de la mortalité rougeoleuse dans la Région, 2000–2008



Source : formulaires de déclaration communs OMS/UNICEF

Figure 5. Incidence minimale de la rougeole par million d'habitants en 2010



Source : formulaires de déclaration communs OMS/UNICEF

Figure 6. Couverture nationale par le vaccin à valence rougeole, notifications de 2010

L'élimination de la rougeole nécessite d'atteindre un niveau très élevé et continu d'immunité de la population grâce à une couverture vaccinale systématique élevée et une mise en œuvre opportune des campagnes de suivi au gré des besoins, en plus de l'amélioration de la surveillance de la rougeole. L'adhésion nationale, l'allocation des ressources gouvernementales requises et le soutien permanent des partenaires internationaux sont des éléments essentiels. Les tableaux 2 et 3 répertorient respectivement les activités programmées de vaccination supplémentaires et les fonds nécessaires jusqu'en 2015.

Tableau 2. Calendrier des activités de vaccination antirougeoleuse supplémentaires entre 2011 et 2015

Pays	Date de la campagne	Groupe d'âge (en mois)	Nombre total d'enfants à cibler
Afghanistan	2011	9–59	340 000
	2013	9–59	3 000 777
Djibouti	2011	9–59	70 713
Iraq	2012	9–59	4 443 281
	2015	9–59	4 443 281
Liban	2012	9–59	275 000
Maroc	2012	9–59	2 600 000
Somalie	2011–2015	9–59	De 3,2 à 3,6 millions
Soudan (nord)	2011	9–59	3 380 600
	2014	9–59	4 000 000
Soudan (sud)	2011	6–59	2 376 030
	2013	6–59	2 400 030
	2014	6–59	2 400 030
Pakistan	2011	9–59	28 000 000
	2015	9–59	30 000 000
Yémen	2013	9–59	4 015 154

Tableau 3. Budget estimé en USD des activités de vaccination supplémentaire pour la lutte contre la rougeole et son élimination, Région de la Méditerranée orientale, 2012–2015

Activité	2011 ^a	2012	2013	2014	2015	Total
Coût des vaccins	8 594 489	2 442 205	2 924 671	2 277 007	8 749 955	24 988 326
Coût opérationnel des activités de vaccination supplémentaires	28 025 507	7 963 711	9 536 971	7 425 023	28 532 461	81 483 672
Total (USD)	36 619 996	10 405 915	12 461 642	9 702 029	37 282 415	106 471 998

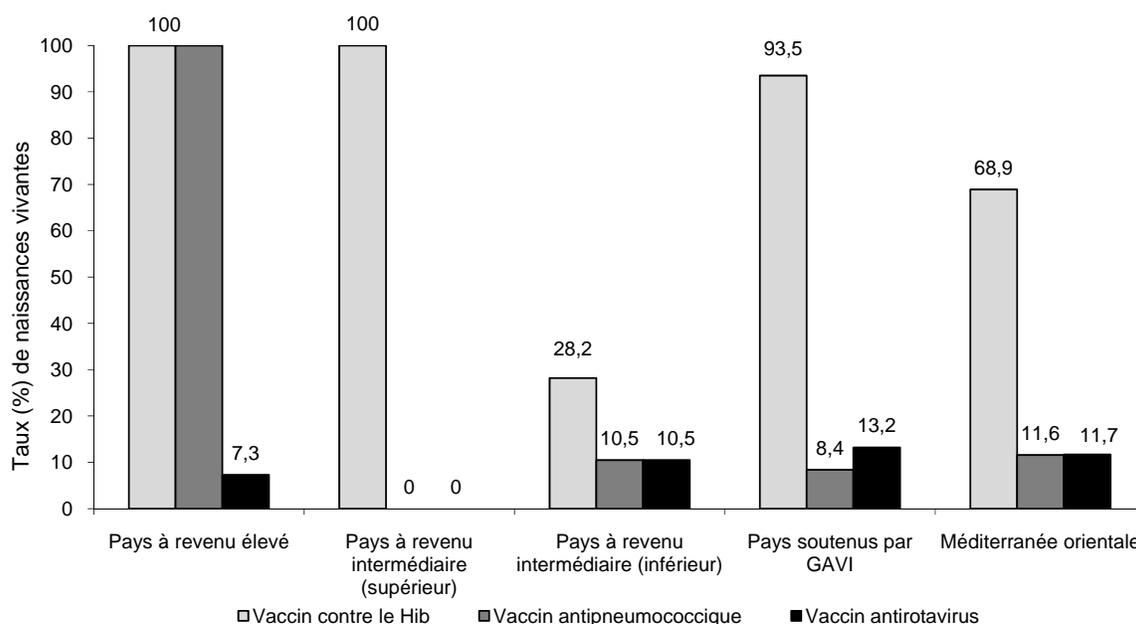
^a À ce jour, les activités de vaccination supplémentaires planifiées pour 2011 ont été partiellement mises en œuvre.

3.4 Introduction de nouveaux vaccins

Situation actuelle

En l'absence de vaccination, les infections à pneumocoques, à Hib et à rotavirus sont responsables de 20 % des décès d'enfants de moins de cinq ans dans la Région (cf. Tableau 1). Grâce à l'appui de l'Alliance GAVI aux pays à revenu faible, l'introduction de nouveaux vaccins s'est accélérée ces dernières années dans la Région. À ce jour, le vaccin contre le Hib a été introduit dans dix-huit pays. Le vaccin antipneumococcique conjugué a été introduit dans huit pays (six pays du Conseil de coopération du Golfe, ainsi que le Maroc et le Yémen) ; quant au vaccin antirotavirus, il a été introduit dans quatre pays (Bahreïn, Maroc, Qatar et Soudan). Le pourcentage d'enfants nés dans des pays où les vaccins anti Hib, antipneumococcique conjugué et antirotavirus sont administrés en 2011 est détaillé dans la Figure 7.

Malgré la récente augmentation du nombre de pays ayant introduit ces nouveaux vaccins indispensables, leur adoption dans la Région demeure généralement lente, en particulier dans les pays à revenu intermédiaire inférieur. Vingt ans après la mise à disposition du vaccin contre le Hib, 31 % des enfants dans la Région naissent dans des pays qui ne proposent pas cette vaccination. De plus, 88 % des enfants naissent dans des pays qui ne proposent ni le vaccin antipneumococcique, ni le vaccin antirotavirus dans leur programme national de vaccination.



Source : formulaires de déclaration communs OMS/UNICEF

Figure 7. Taux de naissances vivantes dans les pays proposant les nouveaux vaccins en 2011

La lenteur de l'adoption des nouveaux vaccins s'explique principalement par leur prix élevé, associé à une allocation insuffisante des ressources nécessaires, à une capacité de prise de décision inadaptée et à un manque de sensibilisation à la charge de morbidité qui pourrait convaincre les décideurs de la nécessité d'introduire ces vaccins. Les enfants vivant dans des pays à revenu élevé ont accès à ces vaccins, comme les enfants des pays à revenu faible, grâce au soutien de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI). Toutefois, les enfants vivant dans des pays à revenu intermédiaire, en particulier ceux appartenant à la tranche inférieure de cette catégorie, ont une probabilité moindre de recevoir ces vaccins prochainement.

Efforts régionaux pour intensifier l'introduction des nouveaux vaccins

1) Renforcement des capacités de prise de décision

- Réseaux de surveillance régionaux pour soutenir l'introduction de nouveaux vaccins. Le Bureau régional a appuyé des pays dans la création de réseaux de surveillance en laboratoire pour la gastro-entérite à rotavirus et les maladies bactériennes invasives, à savoir les infections à Hib, à pneumocoques et à méningocoques. Ces réseaux visent à rassembler des informations sur la fréquence des maladies et la répartition des sérotypes, sérogroupes et génotypes afin d'appuyer les prises de décision fondées sur des bases factuelles pour l'introduction des nouveaux vaccins. Ils sont également essentiels pour étudier l'effet des nouveaux vaccins sur la fréquence des maladies après leur introduction. En effet, les résultats de telles études pourraient avoir des conséquences directes sur le maintien de l'allocation des fonds qui leur sont destinés. À ce jour, les données générées par ces réseaux ont servi de base de décision pour l'introduction des vaccins antirotavirus et antipneumococcique conjugué dans plusieurs pays. Toutefois, l'adhésion des pays au programme de surveillance et le renforcement de ce programme sont absolument nécessaires pour assurer sa pérennité.
- Groupe consultatif technique national sur la vaccination. Les groupes consultatifs techniques nationaux sur la vaccination fournissent des conseils aux responsables politiques et aux administrateurs de programmes pour les aider à prendre des décisions fondées sur des bases factuelles en ce qui concerne les politiques et les programmes. Des progrès importants ont été réalisés au cours des deux dernières années dans la création et le renforcement de ces groupes. Actuellement, vingt pays et la région nord-est de la Somalie ont créé des groupes consultatifs techniques nationaux sur la vaccination, qui fonctionnent de manières variées. Seuls deux pays possèdent des groupes consultatifs remplissant les sept critères de fonctionnement, tandis que cinq pays sont en passe de satisfaire tous les critères requis. Ces groupes consultatifs ont joué un rôle déterminant dans le processus de prise de décision, et en particulier dans l'introduction des nouveaux vaccins. Ce rôle était évident dans la prise de décision sur l'introduction du vaccin antirotavirus au Soudan, du vaccin antipneumococcique au Pakistan, des vaccins anti Hib et antirotavirus en Iraq et des vaccins antipneumococcique et antirotavirus en Afghanistan. Toutefois, des efforts plus importants sont requis pour assurer le bon fonctionnement de ces groupes dans tous les pays.

2) Création d'un système d'achat groupé de vaccins dans la Région. Les dispositifs d'achat groupé de vaccins ont joué un grand rôle dans la fourniture de vaccins de haute qualité à des prix compétitifs aux pays qui font partie du système. Les deux exemples les plus éloquentes de ce succès sont le Fonds renouvelable pour l'acquisition de vaccins, seringues et fournitures associées de l'Organisation panaméricaine de la Santé, qui a contribué à la réussite des programmes d'introduction de nouveaux vaccins et d'élimination des maladies dans les Amériques au cours des trente dernières années, et le programme d'achats groupés du Conseil

de coopération du Golfe, qui a augmenté le pouvoir d'achat de ses pays membres en émettant des soumissions en association pour un large éventail de produits médicaux, notamment des vaccins, depuis 1976.

Au vu des obstacles que les pays à revenu intermédiaire ont rencontrés dans l'introduction des nouveaux vaccins indispensables, les ministres de la Santé de la Région ont demandé au Bureau régional, pendant les réunions spéciales de l'Assemblée mondiale de la Santé en 2008 et 2009, de mener une enquête de faisabilité sur la création d'un dispositif régional d'achat groupé de vaccins. La stratégie de mise en œuvre proposée dans le cadre de l'Initiative d'achat groupé de vaccins impliquera l'adoption progressive d'un système d'achat régional. Le mécanisme opérationnel final de l'initiative sera une unité centrale d'achat au Bureau régional comprenant un système de soutien financier. Cette unité d'achat appuiera les pays pour l'acquisition de vaccins de qualité et de matériel d'injection à des prix compétitifs tout en garantissant la viabilité financière. La réalisation de cet objectif pourrait impliquer la mise en œuvre des phases ci-dessous, qui traduisent le renforcement des capacités opérationnelles et financières du système et de celles des pays à utiliser ce système.

Phase 1 : établissement d'un partenariat avec la Division des approvisionnements de l'UNICEF qui agira en tant que spécialiste de la passation des marchés pour les pays membres

Cette phase pourrait durer deux à trois ans pendant lesquels le Bureau régional œuvrera en partenariat avec les pays et la Division des approvisionnements de l'UNICEF qui agira en tant que spécialiste de la passation des marchés pour les pays participants (à cette étape, il s'agit principalement des pays à revenu intermédiaire intéressés). Le Bureau régional sera responsable de la coordination et de l'harmonisation des processus d'achat et des produits achetés pour les pays concernés. Il guidera également les pays dans les aspects législatifs et réglementaires de leur dispositif d'achat. En outre, le Bureau régional et l'UNICEF fourniront un soutien technique aux pays afin d'améliorer leurs procédures de prévision et de les mettre en adéquation avec les opérations et le calendrier de l'UNICEF. Cette dernière organisation sera responsable de toutes les autres activités d'achat qui seront réalisées conformément aux conditions du mémorandum d'accord passé avec les pays intéressés.

Phase 2 : achats par une unité centrale d'achat située au Bureau régional et dotée d'un mécanisme financier

À cette étape du système, une unité centrale d'achat, qui pourrait être établie au sein du Bureau régional, sera responsable de toutes les activités d'achats nécessaires et des flux financiers du système d'achat groupé conformément aux clauses et conditions types du mémorandum d'accord qui sera signé par les pays intéressés et le Bureau régional.

4. Difficultés et obstacles rencontrés par les programmes de vaccination

- Situations d'urgence et d'insécurité dans un nombre croissant de pays
- Des priorités concurrentes face à des systèmes de santé faibles et à l'incapacité à répondre aux exigences croissantes des programmes de vaccination, qui visent à atteindre la cible de lutte contre les maladies évitables par la vaccination, leur élimination et leur éradication, et à introduire de nouveaux vaccins
- Inadaptation de la structure et des capacités en matière de technique et de gestion des programmes de vaccination dans certains pays, en termes de nombre et de qualifications du personnel du Programme élargi de vaccination aux niveaux central et périphérique
- Une capacité de prise de décision insuffisante

- Des demandes financières croissantes des programmes de vaccination associées à des allocations financières publiques insuffisantes, menaçant les progrès accomplis par les programmes de vaccination
- La perception des décideurs selon laquelle un haut niveau de couverture vaccinale systématique étant atteint, le Programme élargi de vaccination est « une affaire classée » ; absence de prise en compte des besoins croissants des programmes de vaccination, qui doivent pérenniser leur réussite et s'attaquer aux priorités concurrentes, parmi lesquelles on peut citer l'introduction de nouveaux vaccins, la satisfaction des exigences visant l'éradication et l'élimination des maladies, et l'élargissement de la vaccination à des groupes plus âgés.
- Faiblesse des systèmes de surveillance des maladies évitables par la vaccination, notamment par les nouveaux vaccins, et des systèmes de suivi et d'évaluation du Programme élargi de vaccination
- Une mobilisation sociale insuffisante et l'échec de la création d'une demande suffisante en vaccins par la population dans les pays où la couverture vaccinale est faible

5. Recommandations aux États Membres

1. Renforcer les capacités du programme national de vaccination pour pouvoir prendre en compte les besoins du programme, qui s'étend, et d'atteindre les cibles fixées, au moyen de :
 - l'établissement d'une structure programmatique optimale et du recrutement d'un nombre suffisant de personnel qualifié pour une période adéquate ;
 - le renforcement du Groupe consultatif technique national sur la vaccination ;
 - la mise en œuvre d'une stratégie de vaccination systématique adéquate, reposant sur une microplanification par district efficace ;
 - l'optimisation du système d'achat de vaccins et de gestion logistique ; la consolidation de la surveillance des maladies évitables par la vaccination, notamment la surveillance en laboratoire, et l'utilisation des données pour la prise de mesures concrètes ; et
 - l'affermissement du système de suivi et d'évaluation du Programme élargi de vaccination, la production de données de haute qualité sur ce programme et leur utilisation pour la prise de mesures concrètes.
2. Allouer des ressources financières publiques suffisantes pour s'attaquer aux demandes croissantes des programmes de vaccination et pérenniser les gains, comprenant notamment :
 - le financement requis pour satisfaire, d'une part les exigences relatives à l'introduction des nouveaux vaccins et à l'élimination de la rougeole, en particulier les campagnes de suivi, et l'exploration de méthodes innovantes pour augmenter la contribution nationale à toutes les activités du Programme élargi de vaccination, comme celles impliquant l'introduction des nouveaux vaccins ; et d'autre part les exigences permettant d'atteindre les cibles des activités de lutte contre les maladies, d'éradication et d'élimination de celles-ci ;
 - une allocation suffisante pour remplir les conditions de cofinancement nécessaires pour obtenir le soutien de l'Alliance GAVI, ainsi qu'une planification adaptée assurant la viabilité des programmes de vaccination, en particulier pour les nouveaux vaccins, après la suppression progressive du soutien de l'Alliance GAVI ;

- l'élaboration d'un plan pluriannuel global comportant une composante de calcul des coûts pour obtenir des indications sur la situation financière et les insuffisances de financement, pour mobiliser les ressources nécessaires.
3. Réaliser l'élimination de la rougeole, conformément à la cible régionale révisée de 2015, ce qui implique :
 - la validation de l'élimination de la rougeole par les pays ne notifiant aucun cas ;
 - un suivi adapté de l'augmentation de la population sensible et la mise en œuvre en temps opportun de campagnes de suivi pour les pays n'ayant pas atteint une couverture vaccinale systématique élevée (95 %) par les deux doses du vaccin antirougeoleux dans tous les districts ;
 - le renforcement de la surveillance en laboratoire fondée sur les cas, dans le but de remplir les critères requis pour valider l'élimination de la rougeole.
 4. Donner une priorité élevée à l'introduction des vaccins anti-Hib, antipneumococcique et antirotavirus dans tous les pays ; déterminer les ressources nécessaires pour l'introduction de ces vaccins ; établir et consolider la surveillance des maladies évitables par les nouveaux vaccins, et l'intégrer dans le système national de surveillance, afin de générer des données fiables qui contribueront à guider la prise de décision sur ce sujet.
 5. Renforcer la sensibilisation, la communication et la mobilisation sociale au moyen :
 - du maintien de l'appui à la Semaine annuelle de la vaccination en Méditerranée orientale et de l'utilisation de cette opportunité pour s'attaquer aux problèmes spécifiques et aux lacunes du programme de vaccination et mobiliser davantage de ressources pour combler les manques ;
 - de l'établissement d'une stratégie de communication et de mobilisation sociale forte pour créer une demande en vaccins, en mettant l'accent sur la construction de relations fortes avec la population à tous les niveaux pour obtenir sa participation active dans la planification et la mise en œuvre des activités de vaccination au niveau communautaire ;
 - de l'établissement de relations solides avec tous les partenaires concernés, notamment les universités et les organisations non gouvernementales ; et de l'obtention de leur soutien actif pour mobiliser les ressources et la société et pour mettre en œuvre les activités de vaccination sur le terrain.
 6. Participer au projet de système régional d'achat groupé de vaccins.