

COMITÉ RÉGIONAL DE L'AFRIQUE

ORIGINAL : ANGLAIS

Soixante-septième session

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

Point 11 de l'ordre du jour provisoire

**CADRE POUR LA MISE EN ŒUVRE DE LA STRATÉGIE MONDIALE POUR
L'ÉLIMINATION DES ÉPIDÉMIES DE FIÈVRE JAUNE (2017-2026) DANS LA
RÉGION AFRICAINE**

Rapport du Secrétariat

RÉSUMÉ D'ORIENTATION

1. En dépit de la disponibilité d'un vaccin conférant une protection à vie, la plupart des pays de la Région africaine de l'Organisation mondiale de la Santé sont exposés à la fièvre jaune, la couverture vaccinale nationale n'étant pas encore optimale.
2. Pour riposter aux flambées fréquentes de fièvre jaune en Afrique de l'Ouest, depuis 2005, l'Initiative Fièvre jaune a apporté son appui aux efforts tendant à réduire la charge de morbidité imputable à cette maladie. Bien que les capacités en matière de surveillance et de riposte se soient progressivement améliorées, plus de 440 millions de personnes restent exposées à la fièvre jaune dans la Région africaine. La récente flambée survenue en Angola et en République démocratique du Congo montre clairement que cette maladie représente toujours un sérieux risque pour la santé à l'échelle de la Région et au-delà.
3. À l'heure actuelle, la vaccination anti-amarile systématique dans la Région africaine n'est pas optimale, les ruptures de stocks du vaccin étant fréquentes et l'application du Règlement sanitaire international (RSI, 2005) inadéquate. En outre, d'autres facteurs de risque tels que le changement climatique et l'urbanisation rapide entraînent des flambées fréquentes de fièvre jaune.
4. Face à cette situation, une Stratégie mondiale pour l'élimination des épidémies de fièvre jaune pour la période 2017-2026 a été élaborée en 2016. Le présent cadre régional de mise en œuvre a été conçu dans le but de fournir un appui au déploiement de la Stratégie mondiale. Trois objectifs stratégiques ont été fixés : i) protéger les populations dans l'ensemble des 35 pays à risque par la vaccination préventive et systématique ; ii) prévenir la propagation internationale de la fièvre jaune par la vaccination des voyageurs et un contrôle strict aux principaux points d'entrée ; iii) détecter, confirmer et endiguer rapidement les flambées.
5. Le cadre précise également les cibles et les jalons. Avec une dose unique de vaccin anti-amaril par personne, l'élimination des épidémies de fièvre jaune apparaît en effet comme un gain rapide pour la santé publique. Le Comité régional est invité à examiner et adopter les actions proposées.

SOMMAIRE

	Paragraphes
INTRODUCTION	1-4
SITUATION ACTUELLE	5-9
ENJEUX ET DÉFIS	10-14
LE CADRE RÉGIONAL	15-20
INTERVENTIONS ET ACTIONS PRIORITAIRES.....	21-32

ANNEXES

	Page
1. Interventions prioritaires visant à éliminer les épidémies de fièvre jaune dans la Région africaine	9
2. Projet de calendrier des campagnes de vaccination préventive de masse en Afrique (nombre de doses en milliers).....	10
3. Perspectives de l'approvisionnement en vaccin anti-amaril au cours de la période allant de 2017 à 2026	11
2. Principaux indicateurs régionaux	12

ACRONYMES ET SIGLES

CDC	Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis d'Amérique
CVPM	Campagne de vaccination de masse préventive
DTC3	Troisième dose du vaccin antidiphthérique-antitétanique-anticoquelucheux
EEQ	Évaluation externe de la qualité
GAVI	Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (encore appelée « Alliance GAVI » ou « Gavi, l'Alliance du vaccin »)
GIC	Groupe international de coordination pour l'approvisionnement en vaccin
IPD	Institut Pasteur de Dakar
MAPI	Manifestations postvaccinales indésirables
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PEV	Programme élargi de vaccination
RSI	Règlement sanitaire international (2005)
SAGE	Groupe stratégique consultatif d'experts (sur la vaccination)
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
VAR1	Vaccin contenant une valence rougeole (première dose)
WUENIC	Estimations OMS/UNICEF de la couverture vaccinale nationale

INTRODUCTION

1. En dépit de la disponibilité d'un vaccin qui confère une immunité à vie, la fièvre jaune reste un problème de santé publique en Afrique¹. Certes, les campagnes de vaccination de masse ont permis de réduire considérablement l'incidence de cette maladie, mais des flambées épidémiques continuent de survenir selon un cycle de transmission selvatique, les singes constituant le réservoir naturel de la maladie. De plus en plus de pays risquent de connaître une résurgence du moustique *Aedes aegypti*, principal vecteur de la fièvre jaune.

2. En 2005, les fréquentes flambées survenues en Afrique de l'Ouest ont conduit au lancement de l'Initiative Fièvre jaune avec le soutien de l'Alliance GAVI, ce qui a permis de protéger l'essentiel de la population dans cette sous-région². Grâce à cette initiative, 114 millions de personnes ont été vaccinées et, depuis 2010, les épidémies de fièvre jaune en milieu urbain ont été éliminées en Afrique de l'Ouest³.

3. La flambée sans précédent qui a sévi en Angola en 2016, se propageant ensuite à la République démocratique du Congo, a amené l'OMS à élaborer une Stratégie mondiale pour l'« élimination des épidémies de fièvre jaune » à l'horizon 2026⁴. La Stratégie mondiale encourage la vaccination et en appelle à la construction de centres urbains résilients, ainsi qu'à une application accrue du Règlement sanitaire international (RSI, 2005)⁵.

4. Le présent cadre a été élaboré afin de guider les États Membres de la Région africaine dans la mise en œuvre de la Stratégie mondiale. Il décrit les interventions et actions prioritaires que doivent mener l'OMS et les partenaires, mais aussi les États Membres touchés par les épidémies (se référer à cet effet à l'annexe 1).

SITUATION ACTUELLE

5. Dans la Région africaine, 23⁶ des 33⁷ pays exposés au risque de fièvre jaune ont introduit le vaccin antiamaril dans leurs programmes de vaccination systématique. Toutefois, seules la Gambie, la Guinée-Bissau et Sao Tomé-et-Principe ont atteint un taux de couverture vaccinale de 90 % de la population en 2015³. Au niveau national, à la suite des campagnes de vaccination préventive de masse (CVPM), le taux de couverture vaccinale pour la fièvre jaune varie de 20 % à 97 %, pour une moyenne de 80 %. Entre 2007 et 2015, grâce à l'action conjuguée de ces campagnes et de la vaccination systématique, la charge de morbidité due à la fièvre jaune a diminué de plus de la moitié, ce qui a permis d'éviter plus d'un demi-million de cas et de protéger plus de 150 millions de personnes³. Calculée sur la base des campagnes de vaccination préventive de masse, de la vaccination systématique dans le cadre de la riposte aux flambées et des

¹ Organisation mondiale de la Santé. « Réunion du Groupe stratégique consultatif d'experts (SAGE) sur la vaccination, avril 2013 – conclusions et recommandations ». Relevé épidémiologique hebdomadaire, 88(20): 201-2016, 2013.

² Yactayo S *et al.* *Yellow fever in Africa and the Americas*, 2014, Relevé épidémiologique hebdomadaire, 90 (26): 323-332, 2015.

³ Organisation mondiale de la Santé. *The Yellow Fever Initiative: Towards the elimination of yellow fever outbreaks*. Genève, 2015.

⁴ Organisation mondiale de la Santé. *Stratégie mondiale pour l'élimination des épidémies de fièvre jaune 2017-2026*. Genève, décembre 2016.

⁵ Organisation mondiale de la Santé (2015). *Le Règlement sanitaire international (2005)*. Deuxième édition, consultée le 17 avril 2016 et accessible sur le lien <http://www.who.int/ihr/publications/9789241596664/en/>.

⁶ Angola, Bénin, Burkina Faso, Cameroun, 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, Tchad et Togo.

⁷ Tous les pays, sauf l'Algérie, l'Afrique du Sud, le Botswana, Cabo Verde, les Comores, le Lesotho, Madagascar, le Malawi, Maurice, le Mozambique, la Namibie, les Seychelles, le Swaziland et le Zimbabwe.

campagnes de rattrapage, l'immunité de la population varie entre 0 % et 90 % (pour une moyenne de 50 %).

6. Grâce à l'Initiative Fièvre jaune, les capacités des États Membres ont été renforcées en matière de détection précoce et de riposte rapide aux flambées². Seize pays ont mis en place un système de surveillance de la fièvre jaune basée sur l'identification des cas⁸. De plus, avec la formation dispensée par le laboratoire régional de référence de l'OMS établi à l'Institut Pasteur de Dakar (IPD), les capacités des laboratoires nationaux pour l'analyse sérologique et la confirmation des cas ont été renforcées. De plus, grâce au concours financier de l'Alliance GAVI, l'OMS et les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis d'Amérique continuent d'apporter un appui technique aux réseaux de laboratoires.

7. Eu égard au succès rapide des investissements consentis au profit de la lutte contre la fièvre jaune, en décembre 2013, l'Alliance GAVI a fourni un soutien supplémentaire aux pays africains moyennement exposés aux risques de flambées afin de compléter les campagnes de vaccination préventive de masse et les programmes de vaccination systématique contre cette maladie. Ce nonobstant, plus de 440 millions de personnes restent exposées à la fièvre jaune dans la Région africaine.

8. Une adéquation entre la demande et l'offre de vaccin est nécessaire pour que la lutte contre la fièvre jaune soit efficace. À cet égard, le stock de vaccin anti-amaril d'urgence est passé de deux millions à six millions de doses par an, de même que la production dudit vaccin, laquelle est passée de 30 millions de doses en 2000 à plus de 83 millions en 2012⁹. Mieux encore, plus de 63 millions de personnes ont été protégées grâce à l'utilisation du stock mondial d'urgence de vaccin anti-amaril dans le cadre de campagnes de vaccination d'urgence pour faire face à plus de 65 flambées de fièvre jaune survenues entre 2001 et 2016.

9. En 2016, l'Angola a connu la plus grande flambée de fièvre jaune de l'histoire contemporaine. Cette flambée, dont l'épicentre était Luanda, a été longue et s'est propagée sur une vaste aire géographique. Elle a touché 123 districts dans 16 des 18 provinces du pays ; 884 cas ont été confirmés en laboratoire, dont 121 décès (soit un taux de létalité de 13,7 %) ¹⁰. Cette flambée s'est ensuite étendue à la République démocratique du Congo, et des cas supplémentaires ont été importés au Kenya et en Chine, ce qui montre que la fièvre jaune constitue une menace grave à la sécurité sanitaire qui nécessite de nouvelles actions stratégiques.

ENJEUX ET DÉFIS

10. **L'inadéquation et la rigidité excessive des stratégies de vaccination.** La limitation de la vaccination systématique aux enfants de moins de 11 mois et la réticence des agents de santé à ouvrir un flacon de 10 ou 20 doses pour un seul enfant demeurent des défis majeurs. De plus, la priorité en matière d'approvisionnement en vaccins est toujours accordée à la riposte aux flambées plutôt qu'à la prévention, d'où une couverture vaccinale infantile trop faible pour préserver l'immunité collective. Du fait de priorités concurrentes en matière d'introduction des vaccins et de la volonté politique limitée, aucun autre pays n'a inclus le vaccin anti-amaril dans les vaccinations systématiques depuis 2008. Dans neuf pays¹¹ d'Afrique de l'Est et centrale, la vaccination anti-amarile ne fait pas partie des programmes de vaccination systématique. Qui plus

⁸ Angola, Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Gabon, Ghana, Guinée, Libéria, Mali, Nigéria, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sénégal, Sierra Leone et Togo.

⁹ Organisation mondiale de la Santé. *The Yellow Fever Initiative: Towards the elimination of yellow fever outbreaks*, 2015.

¹⁰ Organisation mondiale de la Santé. *Yellow Fever Outbreak Situation Report*. Angola, décembre 2016.

¹¹ Burundi, Guinée équatoriale, Érythrée, Éthiopie, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Soudan du Sud et Zambie.

est, aucune campagne de vaccination préventive de masse n'ayant été menée, on a enregistré des flambées de fièvre jaune.

11. **L'approvisionnement limité en vaccin amaril et en stocks d'urgence.** Entre 2013 et 2015, quinze pays sur les vingt-trois ayant introduit la vaccination antiamarile dans leurs programmes de vaccination systématique ont signalé des ruptures de stock de vaccin contre la fièvre jaune au niveau national, d'où la stagnation de la couverture vaccinale. Avant l'épidémie survenue en Angola et en République démocratique du Congo, on réservait seulement six millions de doses chaque année au titre du stock d'urgence pour faire face aux flambées. En 2016, le stock d'urgence de vaccin antiamaril a été réapprovisionné deux fois, dépassant les 18 millions de doses, afin de maîtriser les flambées de fièvre jaune qui sévissaient en Angola, en République démocratique du Congo et en Ouganda.

12. **La faiblesse de la coordination et de la surveillance.** Si le Règlement sanitaire international énonce clairement les règles en matière de vaccination antiamarile, celles-ci ne sont pas pleinement mises en œuvre¹². Par le passé, les efforts de lutte contre la fièvre jaune n'ont pas suffisamment tenu compte dudit Règlement ni permis de réunir les partenaires autour d'une vision commune dans le cadre d'un mécanisme de coordination unique et efficace. Des fonctions cruciales comme la surveillance, les capacités des laboratoires et la prise en charge des cas ont souvent souffert du manque d'une approche intégrée. S'il existe des réseaux de laboratoires nationaux qui utilisent des méthodes et outils standardisés pour la détection précoce et la confirmation rapide des cas de fièvre jaune, il n'en demeure pas moins que le déficit de capacité reste un défi.

13. **Le risque environnemental.** La déforestation, le changement climatique, les incursions dans la forêt et la jungle pour des activités d'extraction minière, de construction et d'agriculture continuent de favoriser beaucoup de contacts entre les humains, le réservoir faunique et les vecteurs. Tous ces facteurs contribuent à la prolifération des moustiques infectés et amènent les humains à s'y exposer, ce qui maintient la chaîne de transmission et sert de moteur au changement qui s'observe dans l'épidémiologie de la fièvre jaune. Bien que les flambées de fièvre jaune aient été bien documentées dans plusieurs pays ces dix dernières années, l'ampleur exacte du risque de résurgence demeure incertaine, ce risque n'ayant pas été suffisamment évalué. D'où la nécessité de disposer d'un cadre pour la mise en œuvre de la Stratégie mondiale pour l'élimination des épidémies de fièvre jaune.

14. **Le risque lié spécifiquement aux flambées en milieu urbain.** L'urbanisation rapide et anarchique, la forte croissance démographique, le faible niveau d'immunité collective conjuguée aux mouvements fréquents de populations en provenance et à destination des zones touchées créent des conditions qui augmentent le risque de transmissibilité. La riposte aux flambées dans les grands centres urbains représente un défi et coûte cher. En effet, ces flambées s'amplifient rapidement et sont susceptibles de se propager à l'international, ce qui a fort impact économique, social, politique et de santé publique négatif.

¹² Organisation mondiale de la Santé. *Application du Règlement sanitaire international (2005) dans la Région africaine de l'OMS*. Luanda, 2012 (document AFR/RC62/12 établi pour le compte de la soixante-deuxième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique).

LE CADRE RÉGIONAL

Vision, but, objectifs, cibles et jalons

Vision

15. Une Région exempte d'épidémies de fièvre jaune.

But

16. Éliminer les épidémies de fièvre jaune dans la Région africaine à l'horizon 2026.

Objectifs

17. Les objectifs sont les suivants :

- a) protéger les populations dans l'ensemble des 35 pays à risque grâce à la vaccination préventive et systématique ;
- b) prévenir la propagation internationale de la fièvre jaune par la vaccination des voyageurs, un contrôle strict et la vaccination sur place de personnes non immunisées aux principaux points d'entrée ;
- c) détecter, confirmer et endiguer rapidement les flambées.

Cibles

18. D'ici à la fin de 2026,

- a) tous les pays à haut risque auront mené à terme les campagnes de vaccination préventive de masse au niveau national ;
- b) au moins 440 millions de personnes auront été vaccinées à l'échelle de la Région africaine.

Jalons

19. Les principaux jalons s'articulent comme suit :

D'ici à la fin de 2019,

- a) tous les pays à risque auront entamé la mise en œuvre du présent cadre ;
- b) trois laboratoires régionaux de référence seront dotés de capacités de confirmation pleinement opérationnelles ;
- c) tous les pays à haut risque auront introduit la vaccination anti-marié dans leurs programmes de vaccination systématique (voir les annexes 1 et 2 concernant respectivement la catégorisation des risques et les indicateurs) ;
- d) les campagnes de prévention de masse auront été menées à leur terme en Angola, au Congo (République du) et au Ghana et auront été entamées en République démocratique du Congo, au Nigéria et en Ouganda.

D'ici à la fin de 2022,

- a) six laboratoires sous-régionaux de référence seront pleinement opérationnels tant pour la

sérologie que pour le diagnostic moléculaire de la fièvre jaune ;

- b) six des 13 pays à haut risque auront achevé les campagnes de vaccination préventive de masse et trois autres (Guinée-Bissau, Éthiopie et Soudan du Sud) auront entamé les campagnes de prévention de masse (**voir l'annexe 2 portant calendrier**) ;
- c) tous les pays à haut risque auront acquis la capacité diagnostique permettant de confirmer les cas de fièvre jaune.

Principes fondamentaux

20. Le cadre de mise en œuvre repose sur les principes fondamentaux suivants :

- a) **L'appropriation et la prise en main par les pays.** Les gouvernements devront prendre en main, coordonner et s'assurer que toutes les interventions des partenaires sont en adéquation avec les lignes directrices nationales pertinentes.
- b) **La participation des communautés.** L'engagement des communautés, de la société civile et du secteur privé est essentiel à la réussite du cadre de mise en œuvre.
- c) **L'égalité entre les sexes et les droits de l'homme.** La mise en œuvre du cadre devra tenir compte des aspects liés à la problématique hommes-femmes et aux droits de l'homme.
- d) **L'équité.** Toutes les actions menées devraient permettre de garantir l'accès de tous aux services, y compris les populations vulnérables, les populations migrantes, les zones mal desservies et les États sortant de conflits civils.
- e) **Les partenariats.** Un large éventail d'acteurs issus du secteur de la santé et d'autres domaines, y compris les établissements de recherche et universitaires, seront impliqués dans toutes les actions.
- f) **La collaboration intersectorielle.** Il est essentiel d'assurer une collaboration intersectorielle aux niveaux local et régional entre les secteurs de la santé humaine, de la santé animale, de l'environnement et des espèces sauvages, en s'appuyant sur l'approche « Une seule santé ».
- g) **Une approche prospective et fondée sur des données probantes.** Toutes les actions devraient tenir compte des nouvelles tendances, des risques et des innovations en matière de santé.
- h) **La coopération interpays, régionale, sous-régionale et transfrontalière.** La coopération garantira la coordination des interventions au sein des États Membres et entre eux.
- i) **L'échange rapide d'informations.** Conformément aux dispositions du Règlement sanitaire international (2005), les États Membres, l'OMS et les partenaires veilleront à la transparence et à un échange rapide d'informations sur les évaluations du risque de fièvre jaune, et à la notification en temps utile des flambées.

INTERVENTIONS ET ACTIONS PRIORITAIRES

21. **Évaluer les risques et organiser des campagnes de rattrapage.** Les États Membres devraient procéder régulièrement à des évaluations des risques en se basant sur la méthodologie recommandée par l'OMS¹³, ainsi que revoir la classification de la fièvre jaune conformément aux exigences du Règlement sanitaire international (2005). Des campagnes de rattrapage ciblées sont recommandées pour atteindre les cohortes sous-vaccinées dans les zones où de nombreuses

¹³ Organisation mondiale de la Santé. *Évaluation du risque de circulation du virus amaril dans les pays endémiques. Document de travail issu d'une consultation informelle d'experts. Protocole pour l'évaluation du risque sur le terrain.* Genève, 2014.

personnes sont susceptibles de contracter la fièvre jaune du fait de la faible couverture de la vaccination systématique. Ces campagnes pourraient, par exemple, cibler les écarts de vaccination spécifiques à l'âge ou les zones géographiques présentant un faible taux d'immunité de la population.

22. Appliquer le Règlement sanitaire international (2005). L'application stricte du Règlement sanitaire international (2005) pour les voyageurs en provenance et à destination de pays exposés au risque de fièvre jaune est primordiale pour prévenir, détecter et faire face aux risques d'épidémie. Les autorités de contrôle dans les ports et aux frontières doivent s'employer activement à identifier les lacunes, s'assurer que le statut vaccinal de tous les voyageurs entrant et sortant des zones d'endémie est connu, et prendre immédiatement les mesures qui s'imposent. Tous les pays doivent impliquer les organismes de transport et les autorités de contrôle aux frontières pour renforcer la vérification du statut vaccinal, et leur donner la possibilité de vacciner les personnes qui ne le sont pas.

23. Vacciner toutes les personnes vivant dans les zones ou les pays exposés à un risque élevé de fièvre jaune. Dans 13 États Membres identifiés comme étant exposés à un risque très élevé, aucune campagne de vaccination de masse pour la prévention de la fièvre jaune n'a été organisée depuis le lancement de l'Initiative Fièvre jaune. Des campagnes de vaccination préventive de masse ciblant tous les groupes d'âge devront être menées dans ces États Membres pour hausser rapidement le taux d'immunité collective de la population. Les États Membres qui n'ont pas encore organisé des campagnes de vaccination préventive de masse pour la fièvre jaune au niveau national, à l'instar du Ghana et du Nigéria, tombent également dans cette catégorie.

24. Améliorer la vaccination systématique et vacciner tous les enfants. Le meilleur moyen de maintenir une immunité collective élevée dans les pays à haut risque consiste à s'assurer que toutes les nouvelles cohortes sont vaccinées dès la petite enfance. Le maintien d'une couverture élevée sur des cohortes successives permettra de s'assurer progressivement que l'immunité de la population ne diminue pas après les campagnes de vaccination de masse. Les 13 États Membres à haut risque devraient introduire le vaccin anti-amaril dans le calendrier national de vaccination systématique afin d'atteindre et de maintenir la couverture de la population à plus de 80 %. Pour ce faire, les stocks de vaccins contre la fièvre jaune (se référer à l'annexe 3) et les fournitures connexes devraient être fiables, et l'engagement politique et financier devrait être renforcé afin que les enfants, les populations déplacées et les réfugiés soient vaccinés. Des activités d'engagement communautaire devraient aussi être menées à tous les niveaux. Il importe d'optimiser les synergies avec des programmes tels que celui de prévention de la rougeole. Il faudrait enfin renforcer les connaissances des professionnels de la santé sur l'importance de la vaccination des enfants contre la fièvre jaune et les sensibiliser davantage. Le suivi étroit des interventions s'avère nécessaire pour garantir une bonne couverture (cf. annexe 4).

25. Protéger les travailleurs à haut risque. Les personnes qui travaillent dans une vaste série d'industries extractives telles que le pétrole, les mines, la construction et la foresterie courent un risque élevé de développer et de transmettre la fièvre jaune à l'échelle locale et internationale. Ces travailleurs sont particulièrement exposés à la transmission selvatique lorsqu'ils travaillent ou résident dans des forêts ou des zones récemment déboisées. Les États Membres sont invités à créer des comités directeurs politiques et techniques composés de sociétés, d'industries et d'intervenants intéressés issus des secteurs concernés afin d'élaborer des stratégies visant à protéger les travailleurs locaux et internationaux à risque. Le secteur privé devrait s'engager activement pour veiller à la protection de son personnel et des familles.

26. Bâtir des centres urbains résilients et élaborer des plans de préparation. Une meilleure préparation est nécessaire pour réduire le risque d'épidémie dans les centres urbains. Les États

Membres sont invités à concevoir des plans pour une vaccination rapide et en temps utile lors des flambées urbaines au titre des plans de préparation généraux, à procéder à une évaluation continue des risques, et à élaborer des plans pour les centres de transport.

27. Soutenir les programmes de surveillance et de lutte antivectorielle dans les villes. Les indices d'*Aedes aegypti* devraient être mesurés régulièrement dans les villes à risque ou potentiellement exposées à la fièvre jaune. Le suivi des indices devrait être intégré au plan d'urgence pour les zones urbaines et les activités menées dans ce sens devraient être fonction du degré de risque estimé. Ces mesures devraient faire partie d'un plan de surveillance des arbovirus et de préparation plus vaste dans les pays exposés au virus de la dengue, de Zika et du chikungunya. La lutte antivectorielle intégrée nécessite des efforts soutenus visant à maintenir une faible densité de moustiques, en particulier l'*Aedes* qui s'est bien adapté aux environnements humains. Les communautés devraient être engagées dans la gestion de l'environnement pour réduire les sites de reproduction.

28. Renforcer la surveillance et le diagnostic pour une détection précoce. La stratégie intégrée de surveillance des maladies et de riposte sera la base de la surveillance de la fièvre jaune dans tous les États Membres. La surveillance communautaire devrait être encouragée pour favoriser l'alerte précoce. Les activités d'adaptation et de renforcement de la surveillance basée sur l'identification des cas devraient porter essentiellement sur : i) la révision des lignes directrices nationales de surveillance sur la base des orientations fournies par l'OMS et les partenaires ; ii) la formation des agents de santé pour améliorer le diagnostic et la collecte de l'information sur la vaccination contre la fièvre jaune ; et iii) l'établissement d'une base de données nationale sur les cas confirmés par étude épidémiologique et en laboratoire. Tous les États Membres devraient améliorer les capacités des laboratoires nationaux en les dotant de réactifs en quantité suffisante et établir un réseau d'acheminement des échantillons. Il sera essentiel d'établir des accords avec les entreprises de transport et de signer des protocoles de coopération entre les États Membres pour le transport et l'expédition en toute sécurité des échantillons. Le renforcement de l'assurance externe de la qualité et du contrôle de la qualité du diagnostic moléculaire et sérologique devrait être pleinement fonctionnel et surveillé au niveau des laboratoires. Les États Membres devraient travailler en collaboration avec l'OMS et les partenaires pour développer, tester et valider de nouvelles méthodes de confirmation des diagnostics.

29. Développer des réseaux régionaux et sous-régionaux. Au niveau régional, l'OMS et ses partenaires devraient établir un réseau régional de surveillance regroupant tous les pays à haut risque afin de faciliter la normalisation des définitions de cas et des procédures de diagnostic. De plus, le nombre de laboratoires régionaux et sous-régionaux de référence devrait être accru de toute urgence. L'OMS et ses partenaires devraient apporter leur soutien à ces laboratoires régionaux pour s'assurer que leurs capacités moléculaires et sérologiques sont conformes aux normes internationales.

30. Conserver des stocks d'urgence de vaccin anti-marié. Les stocks d'urgence garantissent un accès rapide et équitable aux vaccins en cas d'urgence. L'OMS et ses partenaires devraient collaborer avec le Groupe international de coordination pour l'approvisionnement en vaccin anti-marié pour mettre en place un nouveau modèle de stockage afin de maintenir en permanence chaque année un stock d'urgence renouvelable de 6 millions de doses. Après la riposte à une épidémie, le stock devrait être réapprovisionné une fois que les vaccins mis en circulation seront disponibles.

31. Favoriser une riposte rapide aux flambées. Une riposte efficace aux flambées de fièvre jaune nécessite une détection rapide des cas, une vaccination réactive, une bonne prise en charge

des cas, la lutte antivectorielle et la mobilisation communautaire. L'enquête rapide qui met l'accent sur l'évaluation du risque de propagation (centres de transport, mouvements des populations, points d'entrée et densité vectorielle) devrait être simplifiée. Des efforts devraient être déployés pour fournir des informations essentielles et rallier les communautés par la mobilisation sociale et la communication des risques. Les États Membres sont invités à mener des campagnes de vaccination préventives en cas d'épidémies de fièvre jaune dans les zones qui ne sont pas affectées, mais qui présentent un risque et une vulnérabilité accrus à cause d'une surveillance insuffisante ou du faible taux d'immunité de la population.

Mesures proposées

32. Le Comité régional est invité à examiner et à adopter les interventions et actions prioritaires proposées dans le présent cadre.

ANNEXE 1 Interventions prioritaires visant à éliminer les épidémies de fièvre jaune dans la Région africaine

Pays	Vaccination anti-amarile		Améliorer la surveillance, ainsi que les capacités de laboratoire et de riposte	Renforcer le dépistage et la vaccination aux points d'entrée
	Systématique	Campagne de masse		
Algérie	N	N	O	O
Angola	O	O	O	O
Bénin	O	N	O	O
Botswana	N	N	O	O
Burkina Faso	O	N	O	O
Burundi	N	N	O	O
Cameroun	O	N	O	O
Cabo Verde	N	N	O	O
République centrafricaine	O	N	O	O
Tchad	O	O	O	O
Comores	N	N	O	O
Congo	O	O	O	O
Côte d'Ivoire	O	N	O	O
République démocratique du Congo	O	O	O	O
Guinée équatoriale	O	O	O	O
Érythrée	O	N	O	O
Éthiopie	O	O	O	O
Gabon	O	O	O	O
Gambie	O	N	O	O
Ghana	O	O	O	O
Guinée	O	N	O	O
Guinée-Bissau	O	O	O	O
Kenya	O	N	O	O
Lesotho	N	N	O	O
Libéria	O	N	O	O
Madagascar	N	N	O	O
Malawi	N	N	O	O
Mali	O	N	O	O
Mauritanie	N	N	O	O
Maurice	N	N	O	O
Mozambique	N	N	O	O
Namibie	N	N	O	O
Niger	O	O	O	O
Nigéria	O	O	O	O
Rwanda	N	N	O	O
Sao Tomé-et-Principe	N	N	O	O
Sénégal	O	N	O	O
Seychelles	N	N	O	O
Sierra Leone	O	N	O	O
Afrique du Sud	N	N	O	O
Soudan du Sud	O	O	O	O
Swaziland	N	N	O	O
République-Unie de Tanzanie	N	N	O	O
Togo	O	N	O	O
Ouganda	O	O	O	O
Zambie	N	N	O	O
Zimbabwe	N	N	O	O
	Oui = 27	Oui = 13	Tous les 47 pays	Tous les 47 pays

O = oui ; N = non.

Tous les pays doivent continuer à réaliser des évaluations régulières des risques et à mener des campagnes de rattrapage, lorsque cela s'avère nécessaire.

ANNEXE 2 **Projet de calendrier des campagnes de vaccination préventive de masse en Afrique (nombre de doses en milliers)¹⁴**

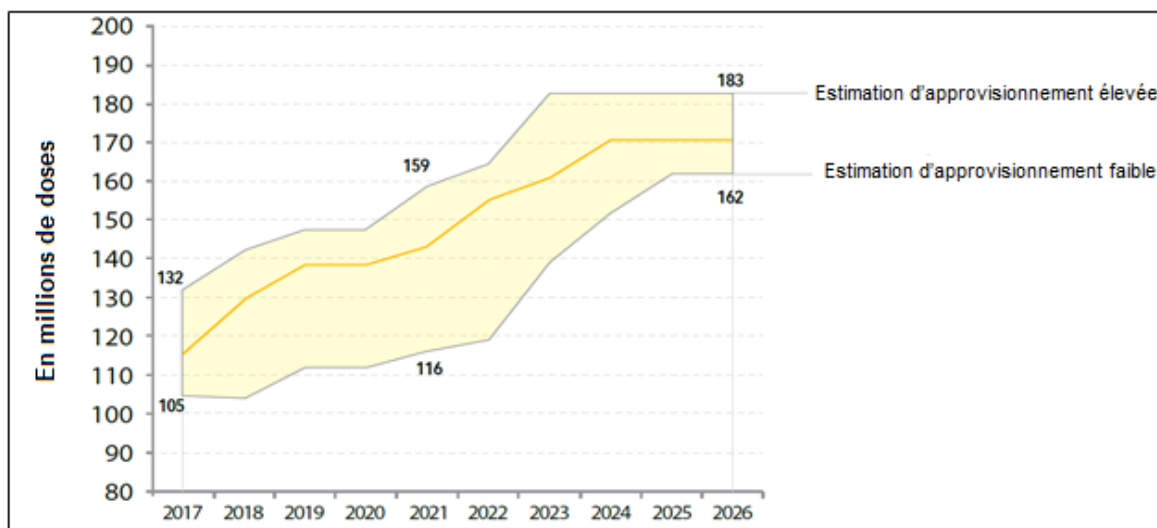
Pays	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	TOTAL
1. Angola	2843	1467	0	0	0	0	0	0	4310
2. Ghana	3057	6246	6380	0	0	0	0	0	15 683
3. Nigéria	14 324	20 987	21 520	22 062	22 613	23 174	23 744	12 162	160 585
4. République démocratique du Congo	0	20 426	21 039	21 664	21 186	0	0	0	84 314
5. Congo		2489	0	0	0	0	0	0	2489
6. Ouganda	0	4891	20 190	20 829		0	0	0	45 910
7. Guinée-Bissau	0	0	2354	0	0		0	0	2354
8. Éthiopie	0	0	0	19 164	19 585	20 007	6810		65 566
9. Soudan du Sud	0	0	0	0	8310	8507			16 817
10. Guinée	0	0	0	0	0	1147	0	0	1147
11. Tchad	0	0	0	0	0	0	9881	10 173	20 054
12. Niger	0	0	0	0	0	0	15 810	16 441	32 252
13. Gabon	0	0	0	0	0	0	0	677	677
TOTAL	20 224	56 506	71 483	83 719	71 724	52 835	56 245	39 453	452 189

¹⁴ Organisation mondiale de la Santé. *Global Strategy to eliminate Yellow Fever Epidemics, 2017-2026*. Genève, décembre 2016.

ANNEXE 3 Perspectives de l'approvisionnement en vaccin antiamaril au cours de la période allant de 2017 à 2026

L'approvisionnement mondial en vaccin antiamaril, qui est compris entre 105 millions de doses et 132 millions de doses en 2017, devrait augmenter pour s'établir entre 116 et 159 millions de doses en 2021, puis dans une fourchette comprise entre 162 et 183 millions de doses en 2026. La capacité accrue attendue au cours de la période allant de 2017 à 2020 devrait être atteinte si l'on privilégie et si l'on optimise la production du vaccin antiamaril et si des contrats sont passés avec des fabricants concernant notamment le remplissage et la lyophilisation. Ce n'est qu'après 2021 que l'on s'attend à une nouvelle capacité de production, lorsque les installations des deux fabricants auront commencé la production.

Approvisionnement mondial estimatif en vaccin antiamaril (estimations fortes et faibles ajustées sur les risques), 2017-2026



ANNEXE 4 Principaux indicateurs régionaux

Les indicateurs ci-après seront mesurés régulièrement pour rendre compte de la mise en œuvre et de l'impact de la stratégie pour l'élimination des épidémies de fièvre jaune.

Campagnes de vaccination préventive de masse

- a) Le nombre de pays ayant organisé des campagnes de vaccination préventive de masse ;
- b) Le nombre de personnes vaccinées ;
- c) La couverture au niveau des districts ;
- d) Le taux de perte ;
- e) Le taux de manifestations postvaccinales indésirables (MAPI) et d'effets indésirables graves.

Vaccination systématique

- a) Le nombre de personnes vaccinées ;
- b) La proportion de districts ayant un niveau de couverture < 80 % ;
- c) La différence de couverture entre le vaccin contre la fièvre jaune, le vaccin contre la rougeole et le DTC3 (selon les estimations OMS/UNICEF de la couverture vaccinale nationale) ;
- d) Le nombre de cas de rupture de stocks de vaccins.

Capacité des laboratoires

Le nombre de laboratoires de référence régionaux et nationaux dotés d'une capacité de diagnostic de la fièvre jaune appropriée.

Application du Règlement sanitaire international (2005)

- a) La vérification du statut vaccinal à l'entrée dans le pays.
- b) La vérification du statut vaccinal à la sortie du pays.

Impact

Le nombre de flambées survenant en milieu urbain.