

**COMITÉ RÉGIONAL DE L'AFRIQUE**

**ORIGINAL : ANGLAIS**

Soixante-troisième session  
Brazzaville, République du Congo, 2–6 septembre 2013

Point 14 de l'ordre du jour

**VACCINATION DANS LA RÉGION AFRICAINE : RAPPORT SUR LES PROGRÈS  
RÉALISÉS DANS LE PLAN STRATÉGIQUE RÉGIONAL AFRICAIN DE VACCINATION  
2009–2013, LE PLAN D'ACTION MONDIAL POUR LES VACCINS ET PHASE FINALE  
DE LA LUTTE CONTRE LA POLIOMYÉLITE**

**SOMMAIRE**

	<b>Paragrophes</b>
I. CONTEXTE .....	1–4
II. RAPPORT DE SITUATION SUR LE PLAN STRATÉGIQUE RÉGIONAL AFRICAIN DE VACCINATION 2009-2013 .....	5–13
III. PLAN D'ACTION MONDIAL POUR LES VACCINS.....	14–18
IV. PHASE FINALE DE LA LUTTE CONTRE LA POLIOMYÉLITE.....	19–30
V. CONCLUSION.....	31–32



## I. CONTEXTE

Le *Plan stratégique régional africain de vaccination 2009-2013*<sup>1</sup> visait : à maximiser l'accès aux services de vaccination et l'utilisation de ces services; à accélérer les efforts pour parvenir à l'éradication de la poliomyélite; à éliminer les épidémies de méningite à méningocoque A et le tétanos maternel et néonatal; à lutter contre la rougeole et la fièvre jaune; à renforcer la surveillance sentinelle des maladies ciblées par les nouveaux vaccins; à renforcer les systèmes de vaccination; et à promouvoir la prestation de services intégrés et la recherche.

2. En mai 2012, la Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé a approuvé le Plan d'action mondial pour les vaccins, par sa résolution WHA65.17. Le plan présente le cadre stratégique pour exploiter pleinement les potentialités de la vaccination au cours de la Décennie de la vaccination 2011-2020. Dans cette résolution, l'Assemblée mondiale de la Santé a invité instamment les États Membres à faire rapport chaque année aux comités régionaux sur les leçons apprises, les progrès accomplis, les défis restant à relever et les mesures actualisées pour atteindre les cibles nationales de vaccination.

3. Dans sa résolution WHA66.18, la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé a approuvé le «Plan stratégique 2013-2018 pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale». Ce plan vise les quatre objectifs principaux ci-après : a) détection du poliovirus et interruption de toute transmission; b) renforcement des programmes de vaccination systématique et retrait du vaccin antipoliomyélitique oral (VPO); c) confinement et certification de l'éradication du poliovirus; et d) planification de la reconversion des moyens de lutte.

4. Le présent rapport résume les progrès réalisés dans la mise en œuvre du Plan stratégique régional africain de vaccination 2009-2013, du Plan d'action mondial pour les vaccins et aborde les perspectives mondiales du Plan stratégique 2013-2018 pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale.

## II. RAPPORT DE SITUATION SUR LE PLAN STRATÉGIQUE RÉGIONAL AFRICAIN DE VACCINATION 2009-2013

5. La couverture par trois doses du vaccin contenant des valences diphtérie-tétanos-coqueluche (DTC3)<sup>2</sup> et par la première dose du vaccin contenant une valence rougeole (MCV1) s'est maintenue autour de 70 % dans la Région. Seuls huit pays (17 %) avaient une couverture d'au moins 80 % contre le DTC3 dans tous les districts. Dix-huit<sup>3</sup> et quinze<sup>4</sup> pays respectivement ont atteint un taux de couverture de 90 % par le DTC3 et le MCV1 en 2012, contre 13 et 11 respectivement en 2008. Plus de 196 millions d'enfants ont été vaccinés contre la rougeole lors des activités de vaccination supplémentaires (AVS) menées dans 43 pays<sup>5</sup>.

6. En juin 2013, tous les pays de la Région, à l'exception notable de la Guinée équatoriale, avaient introduit les vaccins contre l'hépatite B et l'*Haemophilus influenzae* de type b, tandis que

---

<sup>1</sup> Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique. *Plan stratégique régional africain de vaccination (2009-2013)*. Groupe organique Vaccination et mise au point de vaccins, Brazzaville, 2009.

<sup>2</sup> Selon les estimations de la couverture nationale de la vaccination OMS-UNICEF.

<sup>3</sup> Algérie, Angola, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cap-Vert, Côte d'Ivoire, Érythrée, Gambie, Ghana, Malawi, Maurice, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Seychelles, Swaziland et Tanzanie.

<sup>4</sup> Algérie, Angola, Botswana, Burundi, Cap-Vert, Érythrée, Gambie, Kenya, Malawi, Maurice, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Seychelles, Tanzanie et Zimbabwe.

<sup>5</sup> Tous les pays de la Région africaine, sauf l'Algérie, Maurice et les Seychelles, ont mené des AVS depuis l'adoption en 2001 des objectifs régionaux de réduction de la mortalité due à la rougeole.

les vaccins antipneumococciques conjugués avaient été introduits dans 23 pays (50 % des pays)<sup>6</sup> de la Région. Le nouveau vaccin conjugué contre la méningite à méningocoque A a été administré à plus de 103 millions de personnes dans 10 pays<sup>7</sup>. Grâce à ces efforts, aucun cas confirmé de méningite dû au méningocoque A n'a été notifié au sein de la population vaccinée<sup>8</sup>.

7. Vingt-trois<sup>9</sup> des 31 pays à risque de fièvre jaune ont introduit le vaccin anti-amarile dans leurs programmes de vaccination, et quatre (17 %) pays<sup>10</sup> ont atteint une couverture de 90 % en 2012. En juin 2013, l'élimination du tétanos maternel et néonatal avait été validée dans 30 pays<sup>11</sup> (soit 65 % des États Membres de la Région africaine).

8. Les cas de poliovirus sauvage notifiés dans la Région africaine ont régressé de 81 %, passant de 691 cas notifiés en 2009 à 128 cas notifiés en 2012. En juin 2013, le Nigéria était le seul pays d'endémie de poliomyélite dans la Région. Aucun cas n'a été notifié dans les trois pays<sup>12</sup> de la Région où la transmission a été rétablie, pendant une période comprise entre 12 et 23 mois, alors que le Kenya a été touché par une épidémie de poliovirus sauvage de type 1, qui, depuis mai 2013, a également touché la Somalie, à la Corne de l'Afrique.

9. En décembre 2012, 44 pays<sup>13</sup> avaient prévu des allocations budgétaires spécifiques pour la vaccination dans leurs budgets nationaux de la santé, contre 43 en 2009. Le pourcentage du financement public de la vaccination systématique a augmenté, passant de 47 % en 2009 à 52 % en 2012.

10. En dépit de ces progrès, de nombreux défis restent à relever, notamment la faiblesse des systèmes de vaccination, l'insuffisance de ressources financières et l'accès limité aux services de santé dans les districts éloignés.

### Mesures proposées

11. Les États Membres devraient mobiliser les communautés locales, les parties prenantes nationales et internationales des secteurs public et privé, les associations professionnelles et les organisations non gouvernementales pour faire en sorte que les services de vaccination soient en adéquation avec la demande communautaire.

12. Les États Membres devraient élaborer et mettre en œuvre des approches adaptées aux pays pour toucher les communautés encore non atteintes par la vaccination et leur fournir d'autres interventions très efficaces de survie de l'enfant.

13. L'OMS et les partenaires devraient soutenir les États Membres pour leur permettre de renforcer les capacités institutionnelles, humaines et administratives des programmes nationaux de vaccination.

---

<sup>6</sup> Afrique du Sud, Angola, Bénin, Botswana, Burundi, Cameroun, Congo, Éthiopie, Gambie, Ghana, Kenya, Madagascar, Malawi, Mali, Mozambique, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sierra Leone, Tanzanie et Zimbabwe.

<sup>7</sup> Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Ghana, Mali, Niger, Nigéria, Sénégal, Soudan et Tchad.

<sup>8</sup> Données générées par le système de surveillance renforcée de la méningite.

<sup>9</sup> 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.

<sup>10</sup> Côte d'Ivoire, Gambie, Ghana et Sao Tomé-et-Principe.

<sup>11</sup> Afrique du Sud, Algérie, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Cap-Vert, Comores, Congo, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée-Bissau, Lesotho, Libéria, Malawi, Maurice, Mozambique, Namibie, Ouganda, Rwanda, Sénégal, Seychelles, Swaziland, Tanzanie, Togo, Zambie et Zimbabwe.

<sup>12</sup> Angola (23 mois), Tchad (12 mois), République démocratique du Congo (18 mois).

<sup>13</sup> Base des données des indicateurs de financement de la vaccination :

[http://apps.who.int/immunization\\_monitoring/en/globalsummary/indicatorselect.cfm](http://apps.who.int/immunization_monitoring/en/globalsummary/indicatorselect.cfm).

### III. PLAN D'ACTION MONDIAL POUR LES VACCINS

14. Le Plan d'action mondial pour les vaccins (GVAP) est le fruit d'un effort mondial qui a rassemblé les parties prenantes de la chaîne de mise au point des vaccins pour qu'elles définissent collectivement les objectifs ciblés par la communauté de la vaccination au cours de la prochaine décennie. Les États Membres se sont engagés à appliquer la vision et les stratégies du GVAP afin de mettre au point des vaccins et de développer les composantes de la vaccination de leurs stratégies et plans nationaux de santé. Les États Membres ont également pris l'engagement d'allouer des ressources humaines et financières suffisantes pour atteindre leurs objectifs dans le domaine de la vaccination.

15. Afin de réaliser la vision du GVAP, les États Membres devront accroître le financement, le soutien et la participation active des parties prenantes, dans chaque secteur, pour contribuer à définir et à réaliser l'effort global qui vise à améliorer et à sauver des vies grâce à la vaccination.

16. Lors des réunions des gestionnaires de programmes élargis de vaccination (PEV), des orientations ont été données aux États Membres sur les buts et objectifs, ainsi que sur les mécanismes de suivi et d'évaluation du GVAP. La communauté africaine de la vaccination au sens large a également été informée sur le GVAP lors de la quatrième Conférence régionale annuelle sur la vaccination.

#### Mesures proposées

17. Les États Membres devraient donner la priorité à la vaccination, dans le cadre d'un système de santé solide, afin de promouvoir un accès équitable à la vaccination en tant que droit universel. Les pays devraient élaborer/actualiser les composantes de la vaccination de leurs stratégies et plans nationaux de santé, conformément au Plan d'action mondial pour les vaccins (GVAP), et allouer des ressources humaines et financières suffisantes pour atteindre les objectifs fixés.

18. Les États Membres devraient faire rapport chaque année aux comités régionaux sur les leçons apprises, les progrès accomplis, les défis restant à relever et les mesures actualisées pour atteindre les cibles nationales de vaccination.

### IV. PHASE FINALE DE LA LUTTE CONTRE LA POLIOMYÉLITE

19. En mai 2013, la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé a approuvé le *Plan stratégique 2013-2018 pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale*, établi en application de la résolution WHA65.5 qui priait le Directeur général d'élaborer une stratégie globale pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale. Le nouveau plan présente un calendrier concret en vue de l'achèvement de la mission de l'Initiative pour l'éradication mondiale de la poliomyélite (IMEP), moyennant l'élimination de tous les cas de poliomyélite paralytique, dus aussi bien à un poliovirus sauvage qu'à un poliovirus dérivé d'une souche vaccinale.

20. En raison de l'objectif visant à enrayer toutes les maladies liées à la poliomyélite, le plan a d'importantes implications à court terme tant pour les pays touchés par la poliomyélite que pour les pays exempts de poliomyélite, en particulier les 125 pays qui utilisent uniquement le vaccin antipoliomyélitique oral (VPO) dans le cadre de la vaccination systématique.

21. La présente section aborde les perspectives mondiales en ce qui concerne l'éradication de la poliomyélite et le plan stratégique pour la phase finale 2013-2018 dans le court terme, en particulier pour accélérer les préparatifs du retrait de la composante de type 2 du vaccin antipoliomyélitique oral (VPO2) à l'échelle mondiale, y compris l'introduction du vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI) dans les programmes de vaccination systématique partout dans le monde; et pour éclairer la planification de la reconversion des moyens de lutte de l'IMEP.

22. S'il est vrai que le poliovirus sauvage de type 2 a été éradiqué dans le monde en 1999, la composante du virus de type 2 du vaccin antipoliomyélitique oral (VPO2) est à l'origine de la majorité des flambées de poliomyélite dues à des poliovirus circulants de type 2 dérivés de la souche vaccinale (cVDPV2) et des cas de poliomyélite paralytique associée à la vaccination (PPAV). L'importance du retrait du VPO2 à l'échelle mondiale, dès que possible, a été renforcée par la détection en 2012 de flambées de poliomyélite dues à un cVDPV2 au Tchad, en République démocratique du Congo, au Kenya, au Nigéria, au Pakistan et en Somalie. En plus d'éliminer la principale cause des flambées de poliomyélite dues au poliovirus circulant dérivé de la souche vaccinale (cVDPV), le retrait du VPO2 éliminera immédiatement au moins 40 % de la charge de morbidité mondiale, soit environ 250-500 cas de poliomyélite paralytique associée à la vaccination par an.

23. Le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination (SAGE) recommande que tous les pays introduisent au moins une dose de VPI dans la vaccination systématique, en prévision du remplacement du VPO trivalent par le VPO bivalent (de types 1 et 3). Le *Plan stratégique 2013-2018 pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale* cible l'introduction du VPI à l'échelle mondiale d'ici la fin de 2015 afin de faciliter le retrait mondial du VPO2 dès que possible par la suite. L'introduction d'au moins une dose de VPI, au contact du DTC3, renforcera l'immunité de la population contre les poliovirus de type 2 et maintiendra une population prémunie contre la poliomyélite suite à la cessation du VPO2. Cela réduira parallèlement le risque d'émergence du cVDPV2 au moment du retrait du VPO2 tout en améliorant la riposte aux campagnes visant l'administration du VPO monovalent de type 2 (mOPV2) en cas de flambée de poliomyélite due au type 2 après le retrait du VPO2. L'introduction du VPI pourrait également accélérer l'éradication du poliovirus sauvage, dans la mesure où elle renforce l'immunité humorale et intestinale au virus sauvage des types 1 et 3 chez des enfants antérieurement vaccinés au VPO.

24. Afin d'améliorer l'accessibilité et la disponibilité du vaccin antipoliomyélitique inachevé, l'OMS et ses partenaires de l'IMEP s'efforcent de réduire le prix de ce vaccin dans le cadre de l'assaut final contre la poliomyélite. L'UNICEF achète actuellement le VPI à US \$3,25/la dose. L'OMS prévoit que le prix à court terme pour les 73 pays éligibles à GAVI et pour ceux qui remplissent ses conditions avoisinera US \$1 la dose, et sera compris entre US \$1,30 et US \$1,50 la dose pour les pays à revenu faible et intermédiaire. À l'avenir, on pourra peut-être parvenir à de nouvelles réductions de prix du VPI pour qu'il soit inférieur à US \$1 la dose – par exemple, il faudra fractionner les doses moyennant soit l'administration intradermique d'un cinquième d'une dose complète de vaccin antipoliomyélitique inactivé, soit l'administration intramusculaire d'un produit contenant un adjuvant. L'IMEP étudie ces options et bien d'autres avec de nombreux fabricants, le prix cible se situant entre US \$0,50 et US \$0,75 la dose et le délai de développement entre 36 et 48 mois. Un certain nombre de fabricants envisagent de mettre au point des produits hexavalents contenant le vaccin antipoliomyélitique inachevé, qui pourraient être disponibles et dont le prix pourrait être fixé pour utilisation par le secteur public dans les pays en développement à partir de 2020. L'OMS et ses partenaires de l'IMEP continuent à encourager le transfert aux pays en développement d'une nouvelle technique de production de VPI utilisant des poliovirus de souche Sabin. Il est prévu que ces vaccins antipoliomyélitiques inactivés de souche Sabin seront disponibles au cours de la période couverte par le nouveau plan stratégique. Les produits

hexavalents actuels contenant le VPI utilisent une composante acellulaire contre la coqueluche. Comme il s'agit d'un type de formulation contre la coqueluche plus coûteux, le prix se situe à US \$20-40 la dose. La mise au point d'un vaccin hexavalent contenant le VPI, en utilisant la coqueluche à germes entiers, qui serait d'un prix abordable pour les marchés des pays à revenu faible et intermédiaire, n'est pas attendue avant 2020.

25 Une stratégie de financement du VPI multiforme est en cours d'élaboration pour fournir une assistance aux pays dans la planification en vue de l'introduction d'une dose du vaccin antipoliomyélique inachevé dans leurs programmes de vaccination systématique d'ici la fin de 2015. Cette stratégie comprend une combinaison d'achats avec l'assistance de GAVI, des prix subventionnés pour l'introduction dans certains pays à revenu faible et intermédiaire qui ne sont pas éligibles à GAVI et l'auto-approvisionnement d'autres pays en produits à moindre coût. Afin d'établir une stratégie globale et complète de financement et d'approvisionnement permettant d'accélérer l'introduction du vaccin antipoliomyélique inachevé en utilisant des produits actuels du VPI à dose complète, l'OMS et ses partenaires de l'IMEP auront besoin de programmes et de calendriers d'introduction du VPI adaptés à chaque pays d'ici la fin de 2014. Pour plus d'informations sur l'introduction du VPI, il faut se référer à «Planification de l'Introduction du vaccin antipoliomyélique inachevé – Questions fréquemment posées».

26. L'un des principaux objectifs de la planification de la reconversion des moyens de lutte de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP) est de faire en sorte que les connaissances, les capacités, les processus et les acquis générés par cette initiative continuent de profiter aux autres programmes de santé publique au sens large après l'achèvement de l'éradication. Les avantages potentiels consistent notamment à tirer parti de la capacité développée par l'IMEP au cours des 25 dernières années pour avoir accès à la plupart des populations qui ne sont toujours pas atteintes, sans oublier les populations marginalisées et les plus vulnérables dans le monde. Cela a donné aux travailleurs de santé et aux bénévoles la possibilité d'administrer le VPO aux enfants et de fournir une gamme d'autres services de santé de base. En outre, cet accès très élargi a permis de développer une capacité mondiale de surveillance et de riposte en cas d'urgences sanitaires et humanitaires dans certains des milieux les plus exigeants au monde. Par conséquent, un objectif clé du processus de planification de la reconversion des moyens de lutte est d'établir, d'ici la fin de 2015, un consensus sur la manière dont les capacités de l'IMEP peuvent être utilisées au profit d'autres priorités de santé après l'achèvement prévu de l'initiative pour l'éradication de la poliomyélite en 2018-2019.

27. Comme base pour la planification de la reconversion des moyens de lutte de l'IMEP, à partir de la mi-2013, un vaste processus de consultation est mis en œuvre avec les États Membres de l'OMS, les partenaires de l'exécution, les donateurs et les autres parties prenantes de l'IMEP et d'autres initiatives internationales en faveur de la santé. Ces consultations permettront d'élaborer, d'ici la fin de 2015, un plan exhaustif de reconversion des moyens de lutte, et, le cas échéant, des plans nationaux et/ou régionaux de reconversion de ces moyens de lutte. À la demande du Conseil exécutif de l'OMS, une étude indépendante de l'ensemble des ressources humaines titulaires d'un engagement avec l'OMS au titre de l'IMEP est également en cours pour aider à la planification de la gestion de ces ressources dans le contexte de l'achèvement du programme en 2018-2019. Cette étude permettra également d'éclairer l'élaboration de plans de reconversion des moyens de lutte.

28. Avec l'achèvement prévu de l'IMEP en 2018 et la fin des activités du programme, trois scénarios sont envisageables en ce qui concerne la reconversion des moyens de lutte du programme. Ces scénarios ont également des implications sur le plan de la gestion et de l'utilisation des ressources considérables qui ont été créées et déployées en vue de l'éradication de la poliomyélite. Par conséquent, en 2013-2014, il faudra recueillir les perspectives des États

Membres de l'OMS quant au scénario qui devrait être utilisé aux fins de la planification de la reconversion des moyens de lutte de l'IMEP. Les scénarios possibles sont les suivants :

*Scénario 1* : les connaissances générées et les leçons apprises dans le cadre de l'initiative pour l'éradication de la poliomyélite devraient être bien documentées et diffusées en vue de leur utilisation pour faire face à d'autres priorités de santé, mais les autres acquis et ressources du programme devraient être gelés au moment de sa clôture, ou peu après.

*Scénario 2* : après la fin des activités de l'IMEP, il faut assurer une transition des leçons, des acquis et des ressources du programme à d'autres programmes nationaux, régionaux et ou mondiaux de santé publique pertinents (par exemple, la capacité mondiale de surveillance et d'intervention en cas de maladie; le renforcement de la vaccination systématique; l'introduction de nouveaux vaccins).

*Scénario 3* : après la fin des activités de l'IMEP, une nouvelle initiative ou un nouveau programme fondé sur le principe de l'équité doit être créé; il utiliserait les acquis, les leçons apprises et les ressources de l'IMEP principalement pour élargir l'accès aux populations, qui, de manière persistante, ont été sous-desservies ou n'ont pas été touchées par des interventions prioritaires de santé.

29. Lorsqu'un consensus sera trouvé sur le scénario approprié pour assurer la planification de la reconversion des moyens de lutte, ce processus consultatif sera utilisé pour affiner ce scénario et le traduire en plan(s) spécifique(s) de reconversion des moyens de lutte de l'IMEP. Il s'agira notamment de consultations avec les pays et les Régions pour comprendre les priorités de santé et voir dans quelle mesure les leçons, les acquis et les ressources de l'IMEP pourraient profiter potentiellement à ces priorités.

### **Mesure proposée**

30. Le Comité régional est invité à examiner l'utilisation du vaccin antipoliomyélique inactivé dans le contexte de la Région africaine et les scénarios proposés au titre de la planification de la reconversion des moyens de lutte.

## **V. CONCLUSION**

31. Conformément au Plan d'action mondial pour les vaccins (GVAP), l'OMS et ses partenaires devraient élaborer un nouveau plan d'action régional pour les vaccins, fondé sur les valeurs essentielles de l'appropriation nationale et de la demande communautaire.

32. Les États Membres sont invités à donner la priorité à la vaccination et à élaborer leurs plans nationaux de vaccination conformément aux buts et objectifs stratégiques du plan d'action mondial et régional.