

**COMITÉ RÉGIONAL DE L'AFRIQUE**

**ORIGINAL : ANGLAIS**

Soixante-dixième session  
Session virtuelle, 25 août 2020

Point 10 de l'ordre du jour provisoire

**CERTIFICATION DE L'ÉRADICATION DU POLIOVIRUS SAUVAGE DANS  
LA RÉGION AFRICAINE ET PÉRENNISATION DES ACQUIS  
APRÈS LA CERTIFICATION**

**Rapport du Secrétariat**

**SOMMAIRE**

	<b>Paragraphes</b>
INTRODUCTION .....	1-7
ENJEUX ET DÉFIS .....	8-14
MESURES PROPOSÉES .....	15-23

**ANNEXE**

	<b>Page</b>
1. Indicateurs du fonctionnement de la surveillance de la poliomyélite et de la vaccination, et flambées épidémiques notifiées causées par le poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 (PVDVc2) dans chaque État Membre de la Région africaine, 2018-2019.....	7

## CONTEXTE

1. Lors de la soixante-huitième session du Comité régional OMS de l'Afrique qui s'est tenue en août 2018, les États Membres ont approuvé le Cadre pour la certification de l'éradication de la poliomyélite dans la Région africaine.<sup>1</sup> Le Cadre décrit les mesures à prendre et fixe des étapes intermédiaires à suivre pour parvenir à la certification.
2. Un tableau de bord reprenant ces étapes intermédiaires a été élaboré pour suivre les progrès accomplis par les pays vers la certification régionale. Les résultats de ce tableau de bord ont été présentés à tous les États Membres en mai 2019 lors de la Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé, puis en août 2019 au cours de la soixante-neuvième session du Comité régional de l'Afrique.<sup>2</sup>
3. En décembre 2019, aucun cas de poliovirus sauvage de type 1 (PVS1) ni le moindre isolat environnemental n'avaient été confirmés dans la Région africaine depuis plus de trois ans. La Commission mondiale de certification de l'éradication de la poliomyélite (GCC) avait déclaré l'éradication mondiale<sup>3</sup> des autres sérotypes de poliovirus sauvage, à savoir le type 2 en 2015 et le type 3 en 2019.
4. En décembre 2019, des solutions novatrices de notification en temps réel avaient été intégrées dans les systèmes d'information géographique (SIG) de 44 États Membres sur les 47 États Membres que compte la Région africaine (autrement dit dans 91,4 % des États Membres), avec pour but de veiller à la conformité aux normes de surveillance édictées aux fins de la certification. La plateforme a aussi été utilisée pour la mise en place systématique d'un cadre de responsabilisation à l'usage de tout le personnel financé au titre de la lutte contre la poliomyélite, l'ambition étant d'améliorer les résultats du programme dans son ensemble.
5. En décembre 2019, conformément à la résolution WHA71.16 adoptée par l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2018, tous les États Membres de la Région africaine avaient achevé le confinement des poliovirus et des matériels potentiellement infectieux contenant des poliovirus, conformément au Plan d'action mondial (GAP III) de l'OMS. La Commission mondiale de certification de l'éradication de la poliomyélite avait reconnu le National Institute for Communicable Diseases (NICD), situé en Afrique du Sud, comme le seul établissement de la Région africaine autorisé à détenir des stocks essentiels de poliovirus<sup>4</sup> et à conserver des poliovirus de type 2 pour de futurs travaux de recherche et pour d'éventuels projets de mise au point de vaccins.
6. En juin 2020, la Commission africaine de certification de l'éradication de la poliomyélite (ARCC) avait accepté la documentation nationale appuyant la demande de reconnaissance du statut de pays exempt de poliomyélite fournie par tous les 47 pays de la Région africaine. En août 2020, l'ARCC envisage de déclarer la Région africaine comme la cinquième Région de l'OMS<sup>5</sup> à avoir éradiqué tous les types de poliovirus sauvage.

---

<sup>1</sup> Rapport final de la soixante-huitième session du Comité régional OMS de l'Afrique. Disponible à l'adresse <https://www.afro.who.int/sites/default/files/sessions/final-reports/AFR-RC68-17%20Report%20of%20the%20Regional%20Committee%20-%20Final-Web.pdf>.

<sup>2</sup> Rapport final de la soixante-neuvième session du Comité régional OMS de l'Afrique. Disponible à l'adresse <https://www.afro.who.int/sites/default/files/sessions/final-reports/AFR-RC69-12%20Rapport%20du%20Comit%C3%A9%20r%C3%A9gional.pdf>.

<sup>3</sup> 14th Global Certification Commission meeting reports, 21-23 September 2020; and 20<sup>th</sup> Global Certification meeting report, 17 – 18 October 2020. Disponible à l'adresse <http://polioeradication.org/tools-and-library/policy-reports/certification-reports/global-certification-commission/>.

<sup>4</sup> Disponible à l'adresse <http://polioeradication.org/polio-today/preparing-for-a-polio-free-world/containment/>.

<sup>5</sup> [www.polioeradication.org/polio/news/special/edition2020/en.pdf](http://www.polioeradication.org/polio/news/special/edition2020/en.pdf).

7. Le présent rapport fait le point sur les progrès accomplis depuis l'adoption du Cadre et propose aux États Membres des interventions prioritaires à mettre en œuvre pour obtenir la certification et mener les activités postcertification. Les interventions prioritaires proposées comprennent : la préparation des documents à présenter aux fins de la certification ; le renforcement de la surveillance et de la vaccination systématique ; la mise en application des nouveaux plans stratégiques pour l'éradication de la poliomyélite et la postcertification ; l'amélioration de la qualité des ripostes aux flambées épidémiques de poliovirus sauvages et de poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale de type 2 (PVDVc2) ; l'intensification de la mobilisation de ressources ; et la planification de la transmission des moyens de lutte.

## ENJEUX ET DÉFIS

8. **L'insécurité et les difficultés d'accès à certaines localités.** Malgré les progrès réalisés, l'insécurité et les difficultés d'accès<sup>6</sup> à certaines localités continuent d'entraver la mise en œuvre des activités de surveillance et de vaccination prévues. L'insécurité aux zones frontalières a également entravé la mise en œuvre des activités transfrontalières prévues au titre des efforts de synchronisation entre États Membres. En outre, les problèmes de logistique induits par la faiblesse des infrastructures dans certains pays ont entravé l'accessibilité et la prestation des services de vaccination dans les zones peu desservies.

9. **Les lacunes dans la surveillance et les mouvements de population.** En dépit des progrès accomplis sur le plan du renforcement de la surveillance, des insuffisances perdurent dans des zones localisées dans certains pays. Avec l'augmentation de la transmission des poliovirus sauvages dans certaines parties du monde au-delà de la Région africaine, il subsiste un risque d'importation de poliovirus sauvages qui pourrait remettre en cause les acquis et rétablir la transmission de poliovirus sauvages dans la Région africaine. Ces dernières années, les lacunes dans la surveillance et la densité des mouvements de population ont favorisé la propagation géographique des poliovirus sauvages et des poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale.

10. **La hausse du nombre de flambées épidémiques de poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale de type 2.** Le nombre de cas de poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale de type 2 et d'États Membres touchés a augmenté depuis l'année qui a suivi le passage à l'échelle mondiale du vaccin antipoliomyélitique oral trivalent (VPOt) au vaccin antipoliomyélitique oral bivalent (VPOb) dans les programmes de vaccination systématique.<sup>7</sup> En 2017, un État Membre<sup>8</sup> a notifié 22 cas de poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale de type 2. En 2018, soixante-cinq cas ont été recensés dans quatre pays,<sup>9</sup> et 315 cas ont été rapportés dans 13 pays<sup>10,11</sup> en 2019.<sup>12</sup> On a également assisté à une hausse de la diversité génétique<sup>13</sup> et du nombre de districts touchés dans les États Membres pendant la période visée. L'apparition continue de flambées de PVDVc2, la riposte sous-optimale aux flambées épidémiques et leur propagation

---

<sup>6</sup> <https://www.afro.who.int/news/polio-last-lap-experts-applaud-nigerias-achievements-caution-more-work-required>.

<sup>7</sup> Update on Vaccine-Derived Poliovirus Outbreaks — Worldwide, January 2018–June 2019. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2019 Nov 15; 68(45): 1024–1028. Published online 2019 Nov 15. doi : [10.15585/mmwr.mm6845a4](https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6845a4).

<sup>8</sup> La République démocratique du Congo.

<sup>9</sup> Mozambique, Niger, Nigéria et République démocratique du Congo.

<sup>10</sup> Angola, Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Éthiopie, Ghana, Niger, Nigéria, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Tchad, Togo et Zambie.

<sup>11</sup> Poliovirus circulant de type 2 dérivé d'une souche vaccinale dans la Région africaine. Disponible à l'adresse <https://www.who.int/csr/don/31-july-2019-polio-africa-region/fr/>.

<sup>12</sup> Mise à jour hebdomadaire de la situation de la poliomyélite dans le monde, 6 mai 2020

<sup>13</sup> Éradication de la poliomyélite : rapport du Directeur général. Soixante-Treizième session de l'Assemblée mondiale de la Santé, document A73/12, mai 2020. Disponible à l'adresse [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA73/A73\\_12-fr.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA73/A73_12-fr.pdf).

internationale posent le risque de retarder la certification, étant donné que les efforts des programmes nationaux et les ressources sont axés sur la riposte aux flambées épidémiques.

**11. La complexité de la communication sur le statut de pays exempt de poliovirus sauvage lors de l'apparition de flambées épidémiques de poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale de type 2.** La persistance des flambées de poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale de type 2 dans la Région africaine a compliqué la communication sur la certification de l'éradication du poliovirus sauvage. Certaines parties prenantes se sont inquiétées du fait que les communautés, autrement dit les parents et les aidants, ne savent pas faire la différence entre la paralysie flasque aiguë causée par un poliovirus sauvage et la paralysie flasque aiguë causée par un poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale.

**12. La faiblesse des systèmes de vaccination systématique et les résultats sous-optimaux.** La stagnation des résultats de la vaccination systématique<sup>14</sup> à une couverture d'environ 70 %, depuis près d'une décennie, a entraîné une accumulation de cohortes sensibles au poliovirus et à d'autres maladies à prévention vaccinale. La faible immunité de la population concourt largement à l'apparition et à la transmission incontrôlée de flambées de poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale de type 2. De même, compte tenu de la faible immunité de la population, des flambées épidémiques de grande ampleur pourraient apparaître après la certification au cas où des poliovirus sauvages<sup>15</sup> étaient importés dans la Région.

**13. La réduction du financement alloué par l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP) et la réduction graduelle du personnel chargé de la lutte contre la poliomyélite.** À mesure que la Région se rapproche de l'objectif de la certification, l'on s'attend à ce que le financement et les ressources en personnel destinés à la lutte contre la poliomyélite soient réorientés, à l'échelle mondiale, vers les États Membres où sévissent encore de grandes flambées épidémiques causées par le poliovirus sauvage. Dès 2016 et jusqu'en décembre 2019, l'effectif du personnel de l'OMS financé au titre de la lutte contre la poliomyélite a été réduit de 31 % dans la Région africaine.<sup>16</sup> En outre, si les États Membres ont élaboré des plans nationaux de transition pour la poliomyélite, les ressources locales n'ont guère été mobilisées pour l'exécution des plans nationaux. Cette situation fait planer le spectre de la déperdition du personnel expérimenté ayant servi à la lutte contre la poliomyélite, tout comme le risque de perdre les innovations utilisées par le programme, ainsi que les enseignements tirés, sans oublier le soutien à d'autres interventions sanitaires et aux plateformes qui, jusqu'à présent, tiraient parti du programme de lutte contre la poliomyélite.

**14. Les répercussions négatives de la pandémie de COVID-19 sur le programme de lutte contre la poliomyélite.** Le personnel financé au titre de la lutte contre la poliomyélite, à tous les niveaux, a été déployé pour participer à la préparation et à la riposte à la pandémie de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19). Selon une enquête<sup>17</sup> menée par le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique en avril 2020, près de 60 % des membres du personnel financés au titre de la lutte contre la poliomyélite ont déclaré consacrer désormais plus de 50 % de leur temps à des activités de lutte contre la COVID-19, telles que la surveillance, la recherche des contacts, la communication sur les risques et la formation. Conformément aux orientations mondiales portant sur la réduction des

---

<sup>14</sup> Challenges of immunization in the African Region: [Pan Afr Med J. 2017; 27\(Suppl 3\): 12.](#)  
Published online 2017 Jun 21. doi: [10.11604/pamj.supp.2017.27.3.12127.](#)

<sup>15</sup> <https://www.cidrap.umn.edu/news-perspective/2019/12/six-nations-report-more-polio-cases-pakistan-tops->

<sup>16</sup> Transition pour la poliomyélite et activités postérieures à la certification, Rapport du Directeur général de l'OMS, Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé, mai 2018. Disponible à l'adresse [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA71/A71\\_9-fr.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_9-fr.pdf) (mis à jour pour inclure les données du Bureau régional OMS de l'Afrique pour 2019).

<sup>17</sup> Contribution of polio resources to the COVID-19 preparedness and response survey. Disponible à l'adresse <https://rebrand.ly/polio2covid>.

contacts sociaux et l'hygiène, les campagnes de prévention de la contamination par le VPOB prévues dans 13 États Membres<sup>18</sup> ont été annulées en début d'année 2020. En outre, les campagnes de riposte aux flambées de poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale de type 2 prévues pour la période allant de mars à juin 2020, qui devaient cibler 14 millions d'enfants, ont aussi été reportées dans 11 États Membres.<sup>19</sup> Du fait des restrictions imposées sur les déplacements, la réunion de la Commission africaine de certification de l'éradication de la poliomyélite qui devait examiner la documentation appuyant la demande de reconnaissance du statut de pays exempt de poliomyélite des États Membres restants, prévue en mars 2020, a été ajournée. Ce report a bouleversé le calendrier de la certification dans la Région africaine, qui devrait devenir la cinquième Région de l'OMS à avoir éradiqué les poliovirus sauvages en 2020.

## MESURES PROPOSÉES

**15. L'établissement de la documentation appuyant la demande de certification et le renforcement de la surveillance.** Les États Membres soumettront une documentation nationale solide pour étayer leur demande de reconnaissance du statut de pays exempt de poliomyélite, avec pour finalité de convaincre la Commission africaine de certification de l'éradication de la poliomyélite que la transmission de poliovirus sauvages autochtones a bien été interrompue dans la Région africaine. Compte tenu de la transmission en cours dans certains pays en dehors de la Région africaine, les États Membres veilleront également à maintenir une surveillance de qualité après l'obtention de la certification, afin de détecter en temps voulu toute importation de poliovirus sauvage.

**16. La mise en œuvre de la Stratégie finale d'éradication de la poliomyélite 2019-2023 de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite.** Cette stratégie<sup>20</sup> définit les contours d'une feuille de route pour parvenir définitivement à un monde exempt de tous les types de poliovirus. Elle repose sur les trois piliers que sont l'éradication, l'intégration, le confinement et la certification, ainsi que sur les principaux facteurs de succès, tels que les questions liées au genre et la recherche. Les États Membres mettront en œuvre la stratégie en s'appuyant sur les enseignements et les outils éprouvés du plan stratégique 2013-2018 pour l'éradication de la poliomyélite et l'assaut final établi par l'IMEP, et en optimisant leur utilisation.

**17. La mise en œuvre de la Stratégie postcertification de la poliomyélite.** Approuvée par les États Membres lors de la cent quarante-deuxième session du Conseil exécutif en janvier 2018, puis par la Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé, la stratégie<sup>21</sup> précise les normes techniques des fonctions essentielles au maintien d'un monde sans poliomyélite, postcertification. La stratégie a trois objectifs : 1) contenir les poliovirus ; 2) protéger les populations contre les poliovirus ; 3) détecter tout événement lié à la poliomyélite et y répondre. En vue de garantir la mise en œuvre de la Stratégie, tout comme la fourniture d'une assistance technique efficace et différenciée et le suivi de la performance postcertification, un tableau de bord mettant en exergue les performances par État Membre sera conçu. On trouvera en annexe les principaux indicateurs de performance dans les domaines de la surveillance et de la vaccination antipoliomyélitique qui figureront dans le tableau de bord, au même titre que la liste des localités où se déclarent les flambées épidémiques.

---

<sup>18</sup> Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Congo, Éthiopie, Guinée équatoriale, Madagascar, Mali, Niger, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Soudan du Sud et Tchad.

<sup>19</sup> Angola, Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Ghana, Niger, Nigéria, République démocratique du Congo, Tchad et Togo.

<sup>20</sup> <http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2019/06/french-polio-endgame-strategy.pdf>.

<sup>21</sup> <http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2018/04/polio-post-certification-strategy-20180424-fr.pdf>.

**18. L'introduction et le déploiement d'un nouveau vaccin antipoliomyélitique oral de type 2 (VPOn2) pour répondre aux flambées de poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale de type 2.** L'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a financé la mise au point d'un nouveau vaccin antipoliomyélitique oral de type 2 (VPOn2),<sup>22</sup> plus stable, et les États Membres ont pris la décision<sup>23</sup> d'accélérer l'inscription du VPOn2 sur la liste des vaccins à utiliser pour les situations d'urgence, sur la base des éléments scientifiques probants attestant de l'innocuité et de l'efficacité de ce vaccin. Comme pour les autres vaccins inscrits sur la liste des vaccins à utiliser lors des situations d'urgence, les données ont été revues en substance par l'équipe de l'OMS chargée de la réglementation et de la préqualification et par le Groupe stratégique consultatif d'experts (SAGE) de l'OMS, qui ont recommandé l'utilisation du VPOn2 lors des situations d'urgence.<sup>24</sup> Le processus d'introduction du VPOn2 dans les pays impliquera une collaboration étroite entre l'OMS et les ministères de la santé, les groupes techniques consultatifs nationaux sur la vaccination, les autorités nationales de réglementation et le Forum africain pour la réglementation des vaccins (AVAREF).

**19. Le renforcement de la vaccination systématique.** Les États Membres devraient améliorer rapidement la vaccination systématique afin d'accroître l'immunité de la population et de pérenniser les acquis obtenus dans le cadre du programme d'éradication de la poliomyélite. En outre, de solides programmes nationaux de vaccination systématique permettront d'atténuer l'apparition de tous les types de poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale et de mettre fin aux flambées épidémiques en cours.

**20. L'utilisation accrue des innovations technologiques.** À mesure que les ressources financées par l'IMEP au titre de la lutte contre la poliomyélite diminueront, jusqu'à la fin complète du financement, les innovations technologiques joueront un rôle important, car elles fourniront des données factuelles en temps réel sur les activités mises en œuvre après l'obtention de la certification et l'institutionnalisation du cadre de responsabilisation. Les plateformes de systèmes d'information géographique, par exemple, peuvent être utilisées pour la microplanification et pour l'évaluation de la surveillance, ainsi que pour les activités de vaccination supplémentaires et la riposte aux épidémies, sans que le besoin se fasse sentir de déployer massivement des ressources humaines et logistiques dans une zone ciblée.

**21. Le financement de l'éradication de la poliomyélite et des activités postérieures à la certification.** Les États Membres devraient mobiliser, au niveau local, des ressources appropriées pour les besoins de la certification et pour les activités postcertification. Les pays qui bénéficiaient jusque-là de l'appui financier de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite devraient dorénavant mobiliser des ressources nationales, y compris par l'établissement de contacts avec les partenaires de développement résidents, pour permettre à la transition de se dérouler dans de bonnes conditions.

**22. L'institutionnalisation de la pérennisation des acquis du programme d'éradication de la poliomyélite dans la Région africaine.** Le programme d'éradication de la poliomyélite laisse derrière lui des acquis, tels que l'utilisation intensive des données pour éclairer la conduite du programme et un suivi rigoureux effectué grâce à un cadre de responsabilisation et d'évaluation. En outre, le programme a continué à mener des recherches et à proposer des innovations pour surmonter les difficultés rencontrées. Le partenariat et la collaboration solides, dont l'IMEP est un exemple, ont été essentiels pour mobiliser des ressources et fournir un appui technique au-delà de la lutte contre la poliomyélite, au profit d'autres interventions de santé publique. Les États Membres

---

<sup>22</sup> <http://polioeradication.org/nopv2/>.

<sup>23</sup> Décision sur l'éradication de la poliomyélite, cent quarante-sixième session du Conseil exécutif de l'OMS, 146/21. Add.1, janvier 2020. Disponible à l'adresse [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB146/B146\\_21Add1-fr.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB146/B146_21Add1-fr.pdf).

<sup>24</sup> [www.polioeradication.org/polio/news/special/edition2020/en.pdf](http://www.polioeradication.org/polio/news/special/edition2020/en.pdf).

devraient utiliser les enseignements tirés de l'éradication de la poliomyélite pour mener les interventions sanitaires d'aujourd'hui et de demain, en particulier celles qui visent l'élimination ou l'éradication de maladies.

23. Le Comité régional est invité à examiner le rapport et à adopter les mesures proposées.



ANNEXE 1. Indicateurs du fonctionnement de la surveillance de la poliomyélite et de la vaccination, et flambées épidémiques notifiées causées par le poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 (PVDVc2) dans chaque État Membre de la Région africaine, 2018-2019

	Principaux indicateurs de surveillance de la poliomyélite		Indicateurs de couverture de la vaccin anti poliomyélitique – estimations de l’OMS et de l’UNICEF (WUEIC)		Flambées de poliovirus circulant dérivé d’une souche vaccinale de type 2 (PVDVc2)	
	Pays (selon l’ordre alphabétique anglais)	Détection : taux de paralysie flasque aiguë (PFA) non poliomyélitique, 2019	Qualité : taux d’adéquation des échantillons de selles, 2019	Taux de couverture (%) du vaccin anti poliomyélitique oral (VPO3), 2018	Taux de couverture (%) du vaccin anti poliomyélitique inactivé (VPI), 2018	Nombre de cas confirmés en laboratoire en 2019
1	Algérie	4,4	97 %	91	94	0
2	Angola	2,2	84 %	56	40	130
3	Bénin	5,1	92 %	75	60	8
4	Botswana	3,1	67 %	96	95	0
5	Burkina Faso	3,8	83 %	91	45	1
6	Burundi	1,6	93 %	90	50	0
7	Cameroun	5,5	83 %	78	78	0
8	Cabo Verde	2,0	100 %	98	96	0
9	République centrafricaine	5,0	70 %	47	47	21
10	Tchad	9,1	88 %	44	41	10
11	Comores	2,5	100 %	94	84	0
12	Congo	7,2	85 %	75	68	0
13	Côte d’Ivoire	3,6	83 %	82	67	0
14	République démocratique du Congo	6,8	86 %	79	79	88
15	Guinée équatoriale	12,5	92 %	27	25	0
16	Érythrée	6,5	92 %	95	29	0
17	Éthiopie	2,8	91 %	67	52	13
18	Gabon	7,4	93 %	64	70	0
19	Gambie	4,1	86 %	93	61	0
20	Ghana	4,4	87 %	98	55	18
21	Guinée	4,0	93 %	45	45	0
22	Guinée-Bissau	4,9	89 %	89	3	0
23	Kenya	2,5	88 %	81	88	0
24	Lesotho	2,1	100 %	90	39	0
25	Liberia	3,3	94 %	84	73	0
26	Madagascar	5,4	94 %	76	70	0
27	Malawi	2,1	88 %	91	N/D	0
28	Mali	3,1	84 %	73	66	0
29	Mauritanie	3,1	96 %	81	68	0
30	Maurice	4,0	100 %	98	98	0
31	Mozambique	3,8	71 %	80	64	0



32	Namibie	2,3	73 %	84	82	0
33	Niger	7,8	85 %	79	79	1
34	Nigéria	7,3	92 %	57	57	18
35	Rwanda	2,5	88 %	97	81	0
36	Sao Tomé-et-Principe	3,0	33 %	95	97	0
37	Sénégal	2,7	83 %	81	72	0
38	Seychelles	Pas de données	Pas de données	99	99	0
39	Sierra Leone	3,8	82 %	90	60	0
40	Afrique du Sud	3,4	80 %	74	81	0
41	Soudan du Sud	12,5	90 %	50	34	0
42	Eswatini	4,5	100 %	90	90	0
43	République-Unie de Tanzanie	3,6	92 %	91	56	0
44	Togo	4,7	71 %	66	20	8
45	Ouganda	2,7	88 %	88	84	0
46	Zambie	2,7	82 %	90	36	2
47	Zimbabwe	2,8	87 %	89	N/D	0

### Légende et définitions

**Le taux de PFA non poliomyélitique annuel** est la proportion annuelle des cas de paralysie aiguë apparus chez les enfants (ayant subi un test de dépistage négatif pour le poliovirus), pour 100 000 enfants de moins de 15 ans (cible :  $\geq 1/100\ 000$ ).

Le taux d'**adéquation des échantillons de selles** est une proportion de deux échantillons recueillis à 24-48 heures d'intervalle dans les 14 jours suivant l'apparition de la paralysie et parvenant en bon état au laboratoire désigné (cible :  $\geq 80\ %$ ).

**N/D pour la couverture du VPI** est utilisé pour les pays qui n'avaient pas encore introduit le VPI dans leur calendrier de vaccination systématique en 2018.