

COMITÉ RÉGIONAL DE L'AFRIQUE

ORIGINAL : ANGLAIS

Soixante-quatrième session

Cotonou, République du Bénin, 1^{er}-5 septembre 2014

Point 18.3 de l'ordre du jour provisoire

POLIOMYÉLITE DANS LA RÉGION AFRICAINE : RAPPORT DE SITUATION

Document d'information

SOMMAIRE

	Paragraphes
CONTEXTE	1-4
PROGRÈS RÉALISÉS	5-14
PROCHAINES ÉTAPES	15-16

CONTEXTE

1. En mai 2012, la Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé a déclaré que l'achèvement de l'éradication du poliovirus constituait une urgence programmatique pour la santé publique mondiale et a prié le Directeur général d'élaborer et finaliser rapidement une stratégie globale pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale jusqu'à la fin de l'année 2018.
2. En septembre 2013, le Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a examiné, à sa soixante-troisième session, le Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale 2013-2018, dont les objectifs sont : a) la détection du poliovirus et l'interruption de sa transmission; b) le renforcement de la vaccination et le retrait du vaccin antipoliomyélitique oral (VPO); c) le confinement du poliovirus et la certification; d) la planification de la transmission des acquis.
3. Le 5 mai 2014, le Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé a déclaré que la propagation internationale du poliovirus sauvage (PVS) constituait une urgence de santé publique de portée internationale.
4. Le présent rapport fait le point sur les progrès réalisés vers l'atteinte des cibles et au regard des grandes étapes du Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale 2013-2018 et propose des mesures à prendre pour interrompre la transmission du poliovirus sauvage et réaliser d'autres grandes des étapes du Plan.

PROGRÈS RÉALISÉS

5. Au 14 juillet 2014, le nombre de cas confirmés de poliomyélite dus à l'infection par le poliovirus sauvage au Nigéria, dernier réservoir d'endémie de la Région africaine de l'OMS, a diminué d'environ 60 % (53 cas confirmés en 2013, contre 122 cas confirmés en 2012). Entre janvier et juin 2014, la Région africaine a enregistré un total de 13 cas confirmés de poliomyélite¹, soit une régression de 61 % par rapport aux 33 cas confirmés durant la même période en 2013². Les progrès les plus importants ont été notés au Nigéria, dernier pays d'endémie de la Région africaine, et dans les pays récemment infectés par la poliomyélite, notamment ceux dans lesquels la transmission avait été rétablie en 2009-2012, à savoir l'Angola, la République démocratique du Congo et le Tchad. Ces progrès ont été accomplis grâce à une nette amélioration de la qualité des activités d'éradication de la poliomyélite, à une surveillance plus étroite et à la mise en œuvre plus intensive des plans d'urgence d'éradication par les autorités nationales et leurs partenaires. L'application plus stricte du cadre national de responsabilisation à tous les niveaux a donné lieu à des améliorations sensibles de la couverture vaccinale dans la plupart des zones à risque élevé des pays cibles. Néanmoins, les progrès ont été plus lents dans les zones de conflit et d'insécurité.
6. En 2013, trois pays de la Région africaine auparavant exempts de poliomyélite (Cameroun, Éthiopie et Kenya) ont connu des flambées épidémiques liées à une importation de poliovirus sauvage de type 1. Les flambées au Cameroun et en Éthiopie se sont poursuivies jusqu'en 2014, tandis qu'un autre pays (la Guinée équatoriale) était confronté à une nouvelle épidémie. Les facteurs de risque de ces flambées dans la Région sont l'immunité insuffisante de la population à cause de la faible couverture par la vaccination systématique, les défaillances des activités de vaccination supplémentaires (AVS) menées récemment, une surveillance sous-optimale et les mouvements importants de populations qui se déplacent par-delà des frontières internationales longues et poreuses.

¹ Cameroun : trois cas; Éthiopie : un cas; Guinée équatoriale : cinq cas; Nigéria : quatre cas.

² Kenya : sept cas; Nigéria : 26 cas.

7. Tous les cas confirmés de poliomyélite causés par un virus sauvage dans la Région africaine en 2013-2014 étaient dus au sérotype 1. Le dernier cas confirmé dû au sérotype 3 fut notifié en novembre 2012.

8. Près de 40 % des districts ayant connu une transmission du poliovirus sauvage en 2013-2014 étaient marqués par l'insécurité et les conflits. En mars 2014, les Directeurs régionaux de l'OMS pour l'Afrique et pour la Méditerranée orientale ont organisé une réunion des pays touchés par la poliomyélite pour un échange d'expériences sur la manière d'atteindre et de vacciner les enfants vivant dans des zones de conflit et d'insécurité. Les débats et les résolutions de la réunion servent dorénavant à améliorer la prestation des interventions d'éradication de la poliomyélite et de vaccination systématique dans tous les districts touchés par un conflit.

9. Le 5 mai 2014, afin d'éviter que la poliomyélite ne se propage à partir des pays infectés, le Directeur général de l'Organisation mondiale de la santé a déclaré que la propagation internationale du poliovirus sauvage (PVS) constituait une urgence pour la santé publique de portée internationale. À la fin du mois de juin 2014, deux pays de la Région (le Cameroun et la Guinée équatoriale) étaient confirmés, sur la base des données de séquençage génétique disponibles, comme des exportateurs de poliomyélite. Les deux pays appliquent actuellement des mesures d'urgence pour mettre fin à toute transmission du poliovirus et endiguer sa propagation au-delà de leurs frontières.

10. Suite aux délibérations des ministres africains de la Santé à la soixante-troisième session du Comité régional de l'Afrique, des progrès notables ont été réalisés en vue d'introduire le vaccin antipoliomyélique inactivé dans les programmes de vaccination systématique de la Région. Tous les États Membres ont reçu une orientation technique lors de la réunion annuelle des administrateurs régionaux du programme élargi de vaccination (PEV) qui s'est tenue en février-mars 2014. À ce jour, 20 pays de la Région ont mis au point leur plan d'introduction du vaccin antipoliomyélique inactivé.

11. Six des 10 pays³ du monde classés prioritaires dans le Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale 2013-2018, qui vise le renforcement de la vaccination systématique, se trouvent dans la Région africaine. Les autorités nationales, avec le soutien de partenaires bilatéraux et multilatéraux, mettent en œuvre des plans d'amélioration de la vaccination systématique dans tous ces pays.

12. La Commission régionale africaine de certification (ARCC) de l'éradication de la poliomyélite en Afrique a été élargie et réactivée en 2013. En avril 2014, dix pays ont soumis à l'ARCC la documentation attestant qu'ils sont exempts de poliomyélite. Cinq autres pays devraient lui soumettre cette documentation en octobre 2014. Au total, 10 pays de la Région ont finalisé la phase 1 des activités de confinement, conformément à une recommandation récente de la Commission mondiale de certification (GCC).

13. À la soixante-troisième session du Comité régional, les ministres africains de la Santé sont parvenus à un consensus selon lequel il faudrait procéder au transfert des enseignements, des acquis et des ressources du programme au bénéfice d'autres programmes nationaux et régionaux de santé publique en cours, lorsque les objectifs de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP) auront été atteints. On documente actuellement dans 12 pays de la Région la manière dont les leçons tirées de l'éradication de la poliomyélite ont été utilisées pour renforcer d'autres programmes et priorités de la santé, notamment la surveillance intégrée de la maladie, la vaccination systématique et d'autres programmes concernant la santé de l'enfant.

³ Angola, Éthiopie, Nigéria, République démocratique du Congo, Soudan du Sud et Tchad.

14. Les principales entraves à l'atteinte de l'objectif d'interruption de la transmission du poliovirus sauvage dans les derniers pays d'endémie de la Région africaine sont l'insécurité et le manque d'accès aux populations vivant dans des zones d'insécurité. Les principaux risques auxquels s'exposent les pays menacés par l'importation du poliovirus sauvage comprennent l'insuffisance de la couverture vaccinale et les lacunes de la surveillance de la paralysie flasque aigüe (PFA).

PROCHAINES ÉTAPES

15. En vue d'interrompre la transmission du poliovirus sauvage et d'atteindre les grandes étapes indiquées dans le Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale 2013-2018, les États Membres pourraient prendre les mesures ci-après avec le concours de partenaires locaux et internationaux :

- a) continuer à assurer la pleine appropriation nationale du programme d'éradication de la poliomyélite, dans tous les pays infectés, avec l'adhésion complète des secteurs publics concernés, en plus d'assurer la pleine responsabilisation des personnes locales en charge et des parties prenantes;
- b) tous les pays qui connaissent une transmission de la poliomyélite devraient la traiter comme une urgence de santé publique et élaborer sans tarder des plans nationaux de riposte d'urgence à la flambée conformes aux meilleures pratiques régionales et mondiales en matière d'intervention en cas d'épidémies;
- c) mettre en œuvre des stratégies appropriées pour faire en sorte que tous les enfants, et plus particulièrement ceux qui vivent dans des zones à haut risque, difficiles d'accès, peu sûres et affectées par des conflits, soient atteints et vaccinés;
- d) améliorer la qualité de la surveillance des PFA et réaliser les deux principaux indicateurs de performance de la surveillance au premier niveau administratif dans tous les pays. Des efforts particuliers doivent être consentis pour assurer une surveillance de la plus haute qualité de la PFA dans les régions à risque élevé, en ciblant les communautés et les populations spéciales, y compris les populations migrantes, ainsi que celles en proie aux conflits et à l'insécurité;
- e) renforcer la couverture par la vaccination systématique pour réaliser et maintenir une couverture d'au moins 80 % par le VPO3, en mettant un accent particulier sur les districts à haut risque;
- f) mettre en œuvre des activités d'intervention en cas d'épidémies conformes aux lignes directrices établies dans la résolution WHA59.1 de l'Assemblée mondiale de la Santé et dans la résolution AFR/RC61/R4 du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique;
- g) assurer le niveau le plus élevé possible d'immunité de la population, principalement dans les districts infectés et récemment infectés et dans d'autres districts à haut risque, grâce à la mise en œuvre d'activités de vaccination supplémentaires (AVS) de grande qualité;
- h) mobiliser les ressources techniques, financières et matérielles qui sont nécessaires pour introduire au moins une dose de vaccin antipoliomyélitique inactivé dans les programmes de vaccination systématique, terminer la phase 1 du confinement et mettre en œuvre le plan régional de transmission des acquis d'ici la fin de 2015.

16. Le Comité régional est invité à prendre note du présent rapport de situation et à fournir des orientations sur les mesures proposées.