



COMITÉ RÉGIONAL DE L'AFRIQUE

ORIGINAL : ANGLAIS

Cinquante-septième session

Brazzaville, République du Congo, 27–31 août 2007

Point 8.1 de l'ordre du jour provisoire

ÉRADICATION DE LA POLIOMYÉLITE : RAPPORT DE SITUATION

Document d'information

SOMMAIRE

	Paragraphes
CONTEXTE	1–3
PROGRÈS REALISÉS	4–10
DÉFIS	11–12
PROCHAINES ÉTAPES	13

Page

FIGURES

1. Répartition des cas de poliovirus sauvage dans la Région africaine de l'OMS en 2006	4
2. Répartition des cas de poliovirus sauvage dans la Région africaine de l'OMS en 2007	4

CONTEXTE

1. L'accélération des activités d'éradication de la poliomyélite constitue l'un des principaux objectifs du Plan stratégique régional pour le Programme élargi de Vaccination 2006–2009 et de la résolution y afférente (AFR/RC56/R1), adoptés par la cinquante-sixième session du Comité régional.
2. La plupart des pays de la Région ont fait preuve d'un engagement politique accru et ont amélioré la qualité de leurs activités d'éradication de la poliomyélite, à la suite de l'adoption, par la cinquante-quatrième session du Comité régional, de la résolution AFR/RC54/R8 sur la lutte contre la recrudescence de la transmission du poliovirus sauvage.
3. Le présent document fournit des informations à jour sur les activités d'éradication de la poliomyélite dans la Région africaine de l'OMS et propose des perspectives pour interrompre la chaîne de transmission du poliovirus sauvage.

PROGRÈS RÉALISÉS

4. Au 31 mars 2007, le Nigéria demeurait le seul pays d'endémie poliomyélitique de la Région. En 2006, jusqu'à 94 % de tous les cas confirmés de poliovirus sauvage de la Région ont été enregistrés au Nigéria, mais ce taux est tombé à 79 % au cours du premier trimestre de 2007¹. La transmission endémique du poliovirus sauvage reste confinée au nord du Nigéria.
5. La qualité des activités d'éradication de la poliomyélite, entreprises dans le réservoir d'endémicité qui subsiste au nord du Nigéria, continue de s'améliorer. Les Journées de Vaccination Plus (JVP), au cours desquelles des antigènes additionnels et d'autres interventions en faveur de la survie de l'enfant sont administrés en même temps que le vaccin antipoliomyélitique oral (VPO), ont enregistré une participation accrue des communautés et ont permis de vacciner un plus grand nombre d'enfants. Le nombre d'enfants vaccinés dans plusieurs États du nord du Nigéria ayant recouru à cette approche innovante a augmenté de 25 %, ce qui s'est traduit par la baisse de la transmission du poliovirus sauvage dans les États de forte endémicité².
6. En 2006, huit pays³ ont été touchés par des importations de poliovirus sauvage, mais ils ont néanmoins réussi à contenir les flambées (Figure 1). Des activités de vaccination supplémentaires (AVS) ont été entreprises dans les pays voisins, avec la participation de contrôleurs indépendants chargés d'en évaluer la qualité. Le VPO a été administré à plus de 25 millions d'enfants de moins de cinq ans, sur les 26 millions ciblés. Au 31 mars 2007, deux pays (Niger et République démocratique du Congo) avaient confirmé l'importation du poliovirus sauvage (Figure 2). Des AVS préemptives ont également été entreprises dans six pays⁴ à risque d'importation du poliovirus sauvage.
7. La plupart des États Membres continuent d'assurer une surveillance de haute qualité de la paralysie flasque aiguë (PFA). À la fin de décembre 2006, dans 89 % des pays de la Région, les indicateurs de performance de la surveillance de la PFA avaient déjà atteint les niveaux requis

¹ OMS, Rapports hebdomadaires du Réseau de laboratoires polio de la Région africaine, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique, mars 2007.

² Ministry of Health, Report of the 11th Expert Review Committee on Immunization in Nigeria, Abuja, December 2006.

³ Angola, Cameroun, Éthiopie, Kenya, Namibie, Niger, République démocratique du Congo et Tchad.

⁴ Afrique du Sud, Bénin, Côte d'Ivoire, Ouganda, République du Congo et Tchad.

pour la certification, c'est-à-dire un taux d'adéquation des selles d'au moins 80 % et un taux de dépistage d'au moins un cas de PFA non liée à la polio pour 100 000 enfants de moins de 15 ans.

8. Conformément aux lignes directrices pertinentes, la Commission mondiale de Certification certifie l'éradication de la poliomyélite uniquement à l'échelle des régions, et non des pays. Entre 2004 et 2006, la Commission régionale de certification pour l'Afrique a examiné les dossiers complets soumis par 18 pays et a estimé que 15 de ces pays⁵ avaient atteint les normes requises pour la certification, à savoir le maintien du statut de pays exempt de polio sur une période d'au moins trois ans, sur la base d'une surveillance de la PFA qui soit de la qualité requise pour la certification. Les autres États Membres doivent soumettre des dossiers satisfaisants pour que l'éradication de la poliomyélite puisse être certifiée au niveau régional.

9. Les taux de couverture par la vaccination systématique continuent d'augmenter dans la Région. Le nombre de pays ayant atteint un taux de couverture des enfants par le VPO d'au moins 80 % est passé de 17 en 2005 à 22 en 2006.

10. Au cours d'une réunion consultative des différentes parties prenantes, tenue récemment (février 2007) à Genève, sur convocation du Directeur général de l'OMS, le Gouvernement fédéral du Nigéria a réaffirmé que des mesures sont prises pour pérenniser l'engagement politique et la participation des communautés aux activités prioritaires d'éradication de la poliomyélite dans les zones les plus à risque.

DÉFIS

11. Pour interrompre la chaîne de transmission du poliovirus sauvage dans les réservoirs d'endémicité restants du nord du Nigéria et dans les zones réinfectées du fait de l'importation du poliovirus sauvage, il est nécessaire de mettre en place des stratégies innovantes et efficaces permettant d'atteindre et de vacciner tous les enfants ayant l'âge requis. À cette fin, il est indispensable de relever les défis associés à l'acceptation de la vaccination antipoliomyélitique par les communautés et à la participation effective de celles-ci aux activités de vaccination, et de faire face aux problèmes liés à la prestation de services par les systèmes de santé peu développés.

12. De sérieuses difficultés de financement continuent d'entraver les activités d'éradication de la poliomyélite. Au 31 mars 2007, le déficit global, au titre du financement des activités programmées pour l'exercice 2007-2008, était estimé à US \$123 millions, dont US \$94 millions pour le Nigéria. La mobilisation de fonds additionnels auprès de sources internes et externes constitue un défi majeur, notamment face aux autres priorités sanitaires et socioéconomiques pressantes.

PROCHAINES ÉTAPES

13. Pour relever les défis qui continuent d'entraver la mise en œuvre de l'Initiative en faveur de l'éradication de la poliomyélite dans la Région africaine de l'OMS, il est proposé de mettre en place les interventions suivantes :

- a) Interruption de la transmission endémique du poliovirus au nord du Nigéria : Plusieurs tours de vaccination antipoliomyélitique de haute qualité doivent être menés dans les zones à risque, en prenant soin d'adopter des approches innovantes telles que les JVP, d'améliorer la qualité des activités de vaccination et les taux de couverture vaccinale dans

⁵ Afrique du Sud, Botswana, Burundi, Gambie, Kenya, Lesotho, Malawi, Maurice, Ouganda, Rwanda, Sénégal, Seychelles, Swaziland, Zambie et Zimbabwe.

ces zones, de pérenniser et d'optimiser la participation des communautés dans les zones à haut risque qui continuent d'abriter le poliovirus sauvage;

- b) Riposte rapide et efficace aux flambées de poliomyélite : Les pays confirmant l'importation du poliovirus sauvage doivent faire conduire rapidement des investigations à ce sujet, mener au moins trois campagnes de vaccination de large envergure pour atteindre 95 % des enfants ayant l'âge requis, et améliorer la surveillance de la PFA;
- c) Réalisation et pérennisation de taux de couverture élevés par le vaccin antipoliomyélitique oral, dans le cadre de la vaccination systématique : La mise en œuvre de l'approche « Atteindre chaque District » doit se poursuivre au niveau des pays pour réaliser des taux de couverture élevés par la vaccination systématique dans tous les districts;
- d) Réalisation et pérennisation de taux de couverture élevés par le vaccin antipoliomyélitique et maintien d'une surveillance de la PFA qui soit de la qualité requise pour la certification;
- e) Plaidoyer et mobilisation des ressources.

Figure 1 : Répartition des cas de poliovirus sauvage dans la Région africaine de l'OMS en 2006

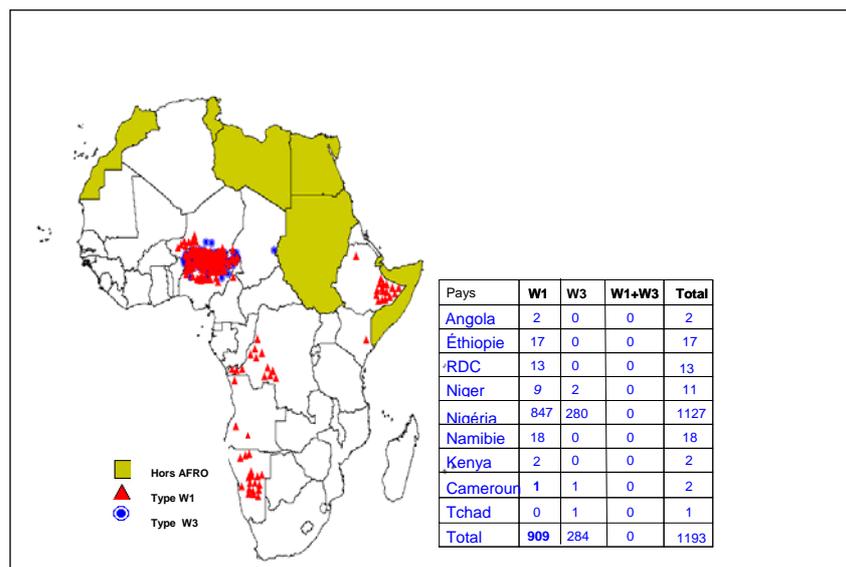


Figure 2 : Répartition des cas de poliovirus sauvage dans la Région africaine de l'OMS en 2007

