



**Organisation
mondiale de la Santé**

BUREAU RÉGIONAL DE L'

Afrique

AFR/RC59/INF.DOC/6

15 juillet 2009

COMITÉ RÉGIONAL DE L'AFRIQUE

ORIGINAL : ANGLAIS

Cinquante-neuvième session

Kigali, Rwanda, 31 août – 4 septembre 2009

ÉRADICATION DE LA POLIOMYÉLITE : RAPPORT DE SITUATION

Document d'information

SOMMAIRE

	Paragraphes
CONTEXTE	1-4
PROGRÈS RÉALISÉS	5-11
PROCHAINES ÉTAPES	12

CONTEXTE

1. L'un des objectifs du Plan stratégique régional pour le Programme élargi de vaccination 2006-2009 consiste à accélérer l'éradication de la poliomyélite, tel qu'indiqué dans la résolution AFR/RC56/R1 adoptée par le Comité régional à sa cinquante-sixième session tenue à Addis Abeba (Éthiopie) en 2006.
2. Depuis l'adoption de la résolution AFR/RC54/R8, les États Membres ont fait preuve d'un engagement politique soutenu en faveur de l'éradication de la poliomyélite. Les gouvernements ont augmenté les financements consacrés aux activités de lutte contre la polio et adopté les innovations et les nouvelles approches lancées par les organismes locaux et internationaux de supervision.
3. Toutefois, il est nécessaire de continuer à intensifier les efforts pour éradiquer la polio et améliorer la vaccination systématique dans la Région, compte tenu de la réapparition de cette maladie dans divers pays de la Région, comme en attestent la résurgence de la transmission des poliovirus sauvages au Nigeria et la propagation de la maladie dans les pays voisins; la persistance de la transmission interne en Angola, en République centrafricaine, en République démocratique du Congo et au Tchad; et l'importation de cas du Soudan au Kenya et en Ouganda.
4. Le présent document fait le point de la situation à la suite du document d'information du Comité régional AFR/RC58/INF.DOC/1 et propose des mesures pour interrompre la transmission, conformément à la résolution WHA61.1 adoptée par l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2008, qui demandait instamment au Nigeria de réduire le risque de propagation internationale de la transmission du poliovirus sauvage en jugulant rapidement la flambée dans le nord du pays. Le document invite également tous les États Membres qui connaissent une recrudescence de la poliomyélite à mobiliser les autorités politiques et la société civile pour que tous les enfants concernés soient vaccinés au cours des campagnes systématiques et des activités de vaccination supplémentaires (AVS).

PROGRÈS RÉALISÉS

5. Le nombre total de cas de poliovirus sauvages enregistrés dans la Région africaine est passé de 366 en 2007 à 920 en 2008 (Figure 1). À la date du 10 juillet 2009, au total 472 cas avaient été notifiés dans 15 pays (Figure 2). Le Nigeria représente 73% (343) de tous les cas notifiés en 2009.

Figure 1 : Répartition des cas de poliovirus sauvage dans la Région africaine, 2007–2008

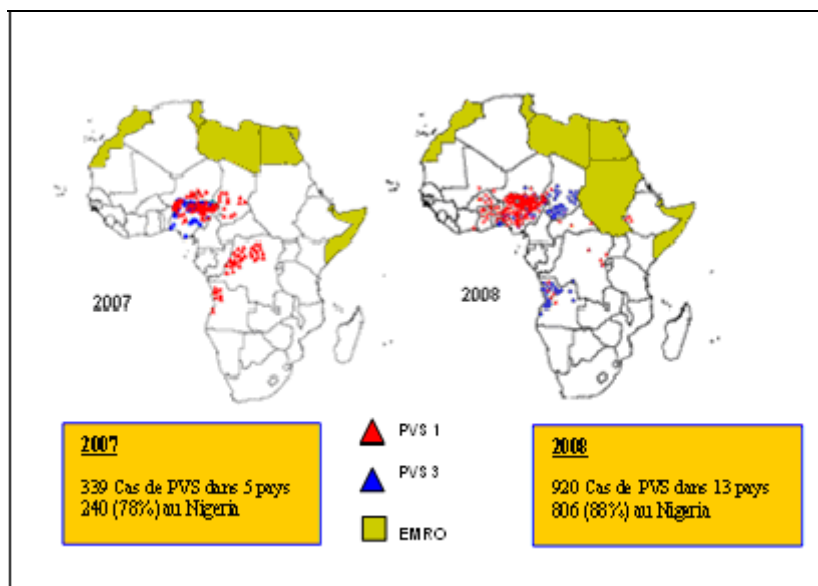
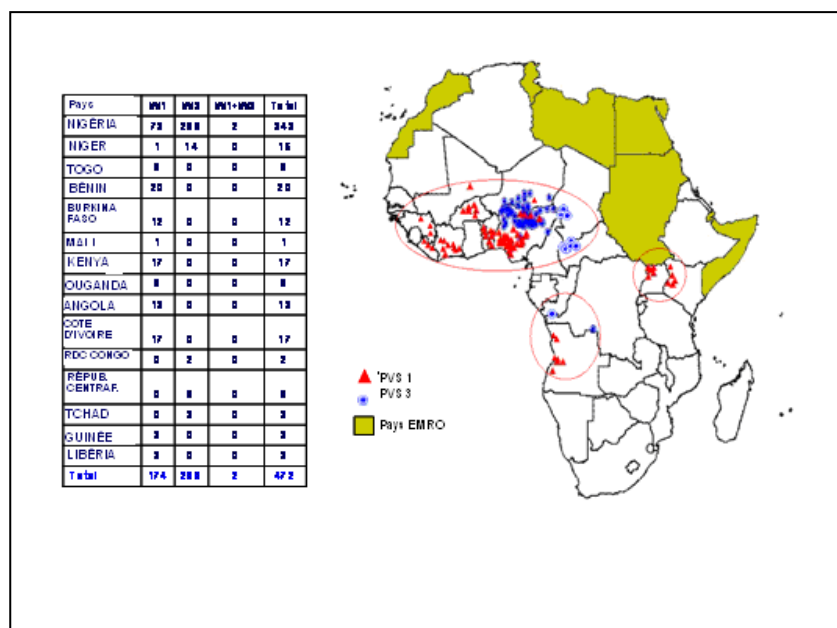


Figure 2: Répartition des cas de poliovirus sauvage dans la Région africaine, au 10 juillet 2009



6. D'importants progrès ont été réalisés au Nigeria en ce qui concerne l'appropriation et la supervision du programme au niveau local par les autorités politiques et traditionnelles, notamment dans les États à haut risque. Un engagement formel a été signé en février 2008 entre les Gouverneurs des États et le Ministère fédéral de la Santé pour que la priorité soit accordée à l'Initiative pour l'éradication de la poliomyélite/Programme élargi de vaccination (IEP/PEV) ; cet engagement fait actuellement l'objet d'un suivi mensuel.
7. La recrudescence des poliovirus sauvages de type 1 dans les États septentrionaux du Nigeria a été jugulée en grande partie par l'utilisation préférentielle du VPOm de type 1 et grâce aux efforts déployés pour améliorer la qualité des campagnes de vaccination dans les États à haut risque touchés par l'endémie. Au 10 juillet 2009, 73 cas avaient été notifiés, contre 251 au cours des six premiers mois de 2008.
8. Les États Membres de la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest ont continué à synchroniser et à coordonner leurs activités de vaccination, en application de la Déclaration de Lungi sur l'éradication de la poliomyélite dans la sous-région de l'Afrique de l'Ouest, signée en Sierra Leone en 2001. Cette déclaration a été confirmée par la résolution d'Abuja de juillet 2004 par laquelle les Ministres de la Santé du Bénin, du Burkina Faso, du Niger, du Nigeria et du Tchad avaient convenu de synchroniser leurs activités de vaccination en vue d'éradiquer la polio. En application de cet accord, 11 pays d'Afrique de l'Ouest ont mené des activités de vaccination synchronisées en 2008 et 2009¹.
9. En 2008, l'Angola, le Niger, la République démocratique du Congo et le Tchad avaient été les seuls pays à notifier des cas de poliovirus consécutifs à des importations intervenues en 2007 ; mais le nombre de pays réinfectés est passé à 15 en 2009 (Figure 2), à la suite de la recrudescence des poliovirus sauvages de type 1 au Nigeria et de diverses importations dans d'autres pays africains. Face à cette situation, 18 pays² de la Région africaine de l'OMS ont organisé plusieurs activités de vaccination supplémentaires synchronisées en 2009 ; ces activités ont permis d'administrer le vaccin polio oral à plus de 100 millions d'enfants.
10. Une surveillance de qualité de la paralysie flasque aiguë (PFA) a été assurée dans la Région, où 43 pays sur 46 ont atteint en 2008 des indicateurs de performance³ de la surveillance de la PFA conformes aux normes requises pour la certification. La qualité de la surveillance et l'aptitude à réagir promptement aux flambées de poliovirus sauvages ont été favorisées par l'adoption d'un nouvel algorithme pour les laboratoires de la polio en 2006. Les laboratoires de la polio donnent actuellement les résultats d'analyse de plus de 95% des échantillons de selles dans un délai de 21 jours, au lieu de 60 jours comme antérieurement.
11. Les lignes directrices relatives à la certification de l'éradication de la polio disposent que celle-ci est prononcée pour la Région et non pour les pays. À ce jour, la Commission de certification de la Région africaine a examiné 28 dossiers complets présentés par les pays et a approuvé 25 d'entre eux⁴. Mais sept⁵ de ces 25 pays ont notifié des cas importés au cours de ces 12 derniers mois.

¹ Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Ghana, Guinée, Libéria, Mali, Niger, Nigeria, Sierra Leone et Togo.

² Angola, Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Ghana, Guinée, Kenya, Libéria, Mali, Niger, Nigeria, Ouganda, République démocratique du Congo, Sierra Leone, Togo et Zimbabwe.

³ Les normes de surveillance requises pour la certification sont les suivantes : prélèvement d'au moins 80 % des échantillons de selles des cas de paralysie flasque aiguë (PFA) dans les 14 jours suivant l'apparition de la maladie, et dépistage d'au moins un cas de PFA pour 100 000 enfants de moins de 15 ans dans un groupe de population donné.

⁴ Afrique du sud, Botswana, Burundi, Congo, Érythrée, Gambie, Ghana, Guinée, Kenya, Lesotho, Libéria,

PROCHAINES ÉTAPES

12. Les défis qui restent à relever pour que l'initiative d'éradication de la polio soit menée à bien sont les suivants :

- a) poursuivre les activités pour maintenir la couverture vaccinale dans les États les plus exposés du Nigeria, grâce à l'engagement total des dirigeants politiques, traditionnels et religieux qui ont contribué à la forte réduction de la transmission du poliovirus sauvage de type 1 dans ces États;
- b) continuer à soutenir les pays qui reçoivent des cas de poliovirus sauvages importés pour leur permettre de réagir à temps et de façon appropriée, conformément aux recommandations du Comité consultatif sur l'éradication de la polio qui préconise au moins deux grandes séries d'activités de vaccination supplémentaires après le dernier cas importé, de manière à atteindre 95% des enfants concernés;
- c) poursuivre les activités de vaccination supplémentaires synchronisées en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale;
- d) utiliser les ressources disponibles pour renforcer la vaccination systématique et accroître l'immunité de la population dans toute la Région, en organisant au moins deux séries d'activités de vaccination supplémentaires par an au cours des trois prochaines années;
- e) renforcer les activités de surveillance au niveau local pour atteindre et maintenir les normes requises pour la certification;
- f) continuer à mobiliser des ressources locales pour atteindre et maintenir un taux de couverture de 80% au moins par le VPO3 au niveau du district.