



Soixante et unième session

Yamoussoukro, Côte d'Ivoire, 29 août – 2 septembre 2011

Point 16 de l'ordre du jour provisoire

**RAPPORT DE SITUATION SUR L'ÉRADICATION DE LA POLIOMYÉLITE
DANS LA RÉGION AFRICAINE**

Rapport de situation

SOMMAIRE

	Paragraphes
CONTEXTE	1–4
PROGRÈS RÉALISÉS	5–15
PROCHAINES ÉTAPES.....	16–17

ANNEXE

	Page
Figure 1 : Répartition des cas de PVS dans la Région africaine en 2010	4
Figure 2 : Répartition des cas de PVS dans la Région africaine à la date du 22 juin 2011	4

CONTEXTE

1. Au cours de sa Soixante et Unième session de mai 2008, l'Assemblée mondiale de la Santé avait préconisé l'élaboration d'un nouveau plan en vue de l'éradication de la poliomyélite. La Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé a par la suite adopté le nouveau Plan stratégique 2010-2012 de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP)¹, qui vise à arrêter la transmission du poliovirus dans le monde d'ici fin 2012. Ce plan définit les stratégies d'éradication et des repères clairs, à savoir : i) l'arrêt de toutes les flambées de poliomyélite survenues en 2009, un objectif qui sera validé lorsqu'aucun cas génétiquement lié à une importation de poliovirus sauvage (PVS) de 2009 n'aura été signalé durant au moins six mois, c'est-à-dire en mi-2010 (Repère 1); ii) l'arrêt de tout rétablissement de la transmission du poliovirus en fin 2010, un objectif qui sera validé lorsqu'aucun cas génétiquement lié à un rétablissement du virus n'aura été rapporté durant au moins 12 mois (Repère 2); iii) l'arrêt de toute transmission de poliomyélite dans au moins deux des quatre pays d'endémie d'ici fin 2011, un objectif qui sera validé lorsqu'aucun cas génétiquement lié à un virus autochtone n'aura été notifié durant au moins 12 mois (Repère 3).

2. Lors de sa soixantième session tenue en septembre 2010, le Comité régional a adopté, par sa résolution AFR/RC60/R4, les mesures proposées pour renforcer la vaccination systématique et les activités d'éradication de la poliomyélite dans la Région africaine. Le Comité a également exhorté les États Membres à entreprendre le plaidoyer auprès des agences internationales et multilatérales, des organisations donatrices et des partenaires du PEV, et à intensifier la collaboration avec tous ces acteurs, afin de les rallier à la cause de l'éradication de la poliomyélite et de la vaccination systématique en Afrique.

3. À la demande de l'Assemblée mondiale de la Santé, un Comité de suivi indépendant (CSI) a été créé en novembre 2010 pour suivre et orienter les progrès réalisés dans la mise en œuvre du Plan stratégique de l'IMEP. Au fil du temps, des résolutions importantes ont été adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Comité régional; divers groupes consultatifs techniques (GCT) ont adressé des recommandations aux pays et aux partenaires pour renforcer ou améliorer l'appropriation nationale et le leadership, le plaidoyer et les partenariats, ainsi que la mobilisation des ressources, la vaccination systématique, la qualité des activités de vaccination supplémentaires (AVS) et la surveillance des paralysies flasques aiguës (PFA), surtout au niveau infranational.

4. Le présent rapport relate les progrès réalisés et propose des actions pour interrompre la transmission du PVS, conformément aux indications du Plan stratégique de l'IMEP.

PROGRÈS RÉALISÉS

5. Le Directeur général de l'OMS et le Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique, le Directeur exécutif de l'UNICEF, de hauts responsables du Rotary International et de la Fondation Bill et Melinda Gates ont effectué des visites de plaidoyer de haut niveau dans les pays prioritaires, à savoir l'Angola, le Tchad, la République démocratique du Congo et le Nigeria. Ces visites ont permis de revitaliser l'éradication de la poliomyélite. L'implication des gouverneurs et des chefs religieux et traditionnels a été accrue dans les pays prioritaires, qui ont par ailleurs pu mobiliser localement des ressources additionnelles en faveur de la vaccination.

¹ www.polioeradication.org.

6. Plusieurs cycles d'activités de vaccination supplémentaires synchronisées ont été organisés dans la Région en 2010, touchant plus de 114 millions d'enfants de moins de cinq ans. Des AVS synchronisées ont également eu lieu entre janvier et mai 2011, atteignant 100 millions d'autres enfants. Le nombre des enfants non touchés par les AVS a diminué dans la plupart des pays, comme le démontrent les données du suivi indépendant.

7. La surveillance des paralysies flasques aiguës dans la Région s'est améliorée, 38 pays sur 46 ayant atteint et maintenu les indicateurs de performance répondant aux normes de certification² en 2010. En juin 2011, 35 pays avaient déjà atteint ces indicateurs. Avec l'introduction de la technique avancée de différenciation intratypique dans 14 des 16 laboratoires existants, la performance du Réseau africain des laboratoires de surveillance de la poliomyélite s'est nettement améliorée.

8. Les activités de certification et d'endiguement sont en cours. La Commission régionale de certification de la poliomyélite pour l'Afrique (CRCA) a jusqu'à présent examiné 28 dossiers complets de pays, pour 25 approbations.

9. Le Comité de suivi indépendant a publié son premier rapport en avril 2011, qui donne un aperçu général de l'état de réalisation des objectifs ciblés. Le CSI a relevé que les pays d'importation^{3,4} sont en bonne voie s'agissant du repère 1. Des recommandations spécifiques ont été formulées pour chaque pays.

10. En 2009, 15 pays⁵ de la Région africaine ont connu des flambées de PVS, qui ont été interrompues en fin juin 2010. De nouvelles flambées sont survenues dans huit pays⁶ en 2010 et ont toutes été enrayerées dans les six mois. En 2010, le Nigeria a enregistré une diminution de 95 % du nombre de cas de PVS par rapport à l'année précédente.

11. Malgré tous ces progrès, certains acquis n'ont pas été pérennisés et de nouvelles flambées sont survenues dans la Région. De janvier à décembre 2010, 657 cas confirmés de PVS ont été rapportés dans 12 pays⁷, contre 691 cas dans 19 pays⁸ en 2009. Entre septembre et décembre 2010, le Congo a connu par une flambée majeure de poliomyélite qui a affecté principalement les adultes (74 % des cas). 441 cas ont été notifiés, soit 67 % du nombre total de cas de la Région en 2010.

12. Entre le 1^{er} janvier et le 22 juin 2011, l'Angola, le Tchad et la République démocratique du Congo ont notifié 144 cas, soit 81 % de tous les cas rapportés dans la Région. Le Nigeria a également notifié 16 cas, contre 3 pour la même période en 2010, ce qui signifie que le nombre de cas a quintuplé dans ce pays. L'on constate par ailleurs une résurgence de la transmission du PVS de type 3 en Côte d'Ivoire, en Guinée, au Mali, au Niger et au Nigeria.

² La surveillance répondant aux normes de certification est définie selon les critères suivants : recueillir au moins 80 % des selles de cas de paralysie flasque aiguë prélevées dans les 14 jours suivant le début de la paralysie; et détecter au moins un cas de PFA pour 100 000 enfants de moins de 15 ans au sein de populations bien déterminées

³ En 2009 : Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Côte d'Ivoire, Guinée, Kenya, Liberia, Mali, Mauritanie, Niger, Ouganda, République centrafricaine, Sierra Leone et Togo

⁴ En 2010 : Congo, Liberia, Mali, Mauritanie, Niger, Ouganda, Sénégal et Sierra Leone

⁵ Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Côte d'Ivoire, Guinée, Kenya, Liberia, Mali, Mauritanie, Niger, Ouganda, République centrafricaine, Sierra Leone et Togo

⁶ Congo, Liberia, Mali, Mauritanie, Niger, Ouganda, Sénégal et Sierra Leone

⁷ Angola, Congo, République démocratique du Congo, Liberia, Mali, Mauritanie, Niger, Nigeria, Ouganda, Sénégal, Sierra Leone et Tchad

⁸ Angola, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Côte d'Ivoire, Guinée, Kenya, Liberia, Mali, Mauritanie, Niger, Nigeria, Ouganda, République démocratique du Congo, Sierra Leone, Tchad et Togo

13. Ayant pris note de cette recrudescence alarmante de la maladie, le Directeur régional a tenu en juin 2011 une concertation de trois jours avec les représentants de l'OMS et les points focaux de la vaccination de l'Angola, du Tchad, de la République démocratique du Congo et du Nigeria pour convenir des actions et des ressources additionnelles qui sont nécessaires pour aider ces quatre pays prioritaires à accélérer l'atteinte des objectifs ciblés. La concertation a reconnu l'impérieuse nécessité d'interrompre la transmission du PVS d'ici fin 2011, en se fondant sur une analyse des risques axée principalement sur les zones à haut risque. Les activités et les ressources additionnelles nécessaires pour accélérer l'application des plans d'urgence dans les quatre pays prioritaires ont été identifiées.

14. Malgré les progrès réalisés, certaines lacunes doivent encore être comblées, à savoir : i) une appropriation du programme et des stratégies de communication inadéquates; ii) une faible immunité de la population; iii) des activités de vaccination supplémentaires sous-optimales; iv) l'inadéquation des systèmes de surveillance; v) l'inefficacité de la collaboration transfrontalière et le long des frontières; et vi) la faiblesse du financement national.

15. Le rapport du CSI a également indiqué que les trois pays où la transmission a été rétablie (Angola, République démocratique du Congo et Tchad) ont manqué le repère 2, alors que le Nigeria, seul pays endémique de la Région, n'est pas en voie d'atteindre le repère 3 malgré les progrès réalisés en 2010.

PROCHAINES ÉTAPES

16. Pour relever ces derniers défis, les actions ci-après ont été proposées aux États Membres, avec le concours des partenaires locaux et internationaux :

- i) Il faut poursuivre la mise en œuvre efficace et à temps des recommandations des groupes consultatifs techniques et du CSI, y compris par un nouveau recours aux gouverneurs et autres dirigeants ou administrateurs au niveau infranational, ou encore aux chefs traditionnels et religieux, et suivre les progrès réalisés en vue de l'éradication de la poliomyélite;
- ii) L'Angola, le Nigeria, la République démocratique du Congo et le Tchad doivent mettre en œuvre entièrement et à temps leurs plans d'urgence élaborés récemment pour pouvoir arrêter la transmission du PVS d'ici fin 2011;
- iii) Il faut améliorer la surveillance des PFA au niveau infranational pour se conformer aux normes de certification et les maintenir. Toutes les flambées de PVS doivent faire l'objet d'une investigation dans les 72 heures et d'une riposte appropriée dans les quatre semaines suivant la confirmation du cas;
- iv) Il faut améliorer la qualité des AVS en appliquant un suivi indépendant de toutes les AVS et en utilisant les données ainsi obtenues pour orienter la revaccination immédiate le cas échéant;
- v) Il faut mobiliser et affecter davantage de ressources, à travers les budgets nationaux, pour renforcer la vaccination systématique et atteindre au moins 80 % de couverture du VPO3 au niveau infranational. Il faut également renforcer la collaboration transfrontalière et le long des frontières avec les pays voisins.

17. Le Comité régional est invité à prendre note des progrès réalisés et à approuver les actions proposées.

Annexe

Figure 1 : Répartition des cas de PVS dans la Région africaine en 2010

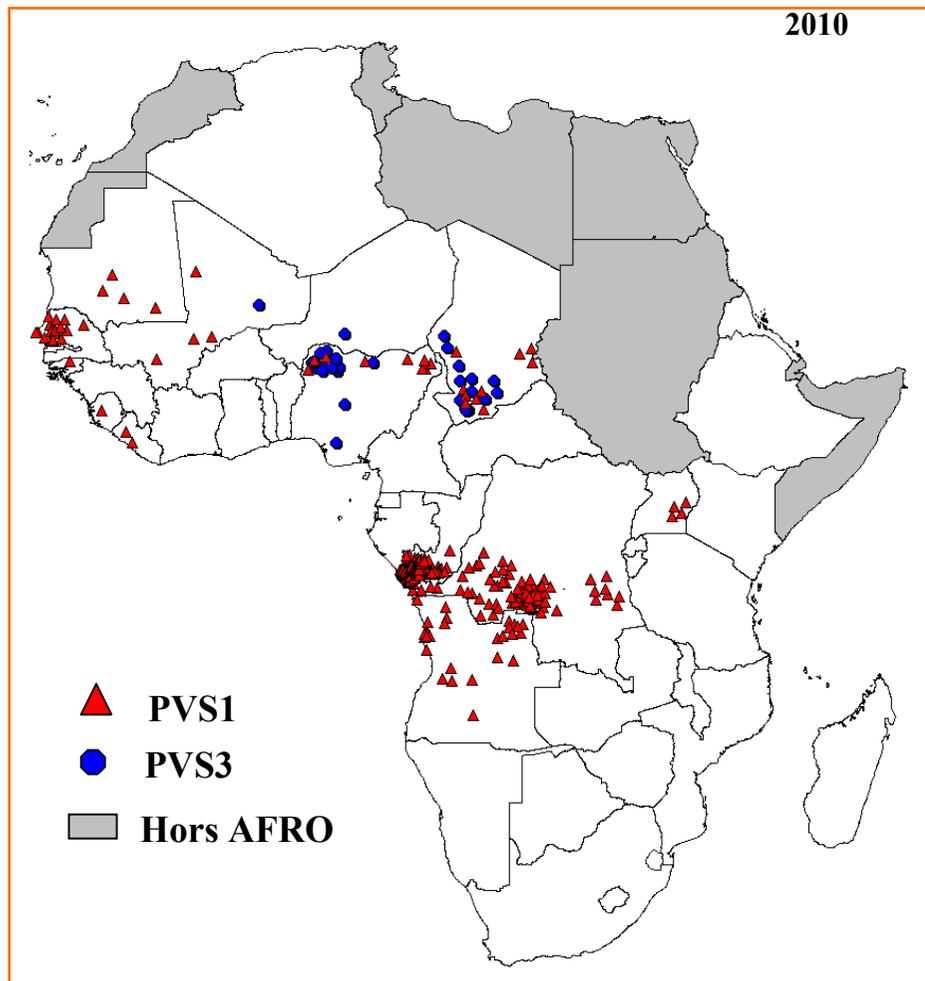


Figure 2 : Répartition des cas de PVS dans la Région africaine à la date du 22 juin 2011

