

Le Programme de Transformation

**Progrès durables accomplis  
sur la voie de la Certification  
de l'éradication de la  
Poliomyélite Dans  
la Région Africaine  
de l'oms**

**SÉRIE**

Mai 2019



Organisation  
mondiale de la Santé

BUREAU RÉGIONAL DE L' Afrique

**Le Programme de transformation, série 4 –  
Progrès durables accomplis sur la voie de la certification de l'éradication de la poliomyélite dans la Région africaine de l'OMS**

ISBN 978-929031315-1

© Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique 2019

Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/>).

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'œuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué cidessous. Dans l'utilisation qui sera faite de l'œuvre, quelle qu'elle soit, il ne devra pas être suggéré que l'OMS approuve une organisation, des produits ou des services particuliers. L'utilisation de l'emblème de l'OMS est interdite. Si vous adaptez cette œuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle œuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette œuvre, il vous est demandé d'ajouter la clause de non responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente traduction n'a pas été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'OMS ne saurait être tenue pour responsable du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise est l'édition authentique qui fait foi ».

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle.

Citation suggérée. Le Programme de transformation, série 4 – Progrès durables accomplis sur la voie de la certification de l'éradication de la poliomyélite dans la Région africaine de l'OMS. Brazzaville : Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique, 2019. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Catalogage à la source. Disponible à l'adresse <http://apps.who.int/iris>.

Ventes, droits et licences. Pour acheter les publications de l'OMS, voir <http://apps.who.int/bookorders>. Pour soumettre une demande en vue d'un usage

commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir <http://www.who.int/about/licensing>.

Matériel attribué à des tiers. Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente œuvre qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d'obtenir cette permission du titulaire du droit d'auteur. L'utilisateur s'expose seul au risque de plaintes résultant d'une infraction au droit d'auteur dont est titulaire un tiers sur un élément de la présente œuvre.

Clause générale de non responsabilité. Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OMS aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'OMS, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Conception et Imprimé en Congo

# TABLE DES MATIÈRES

<b>AVANT-PROPOS</b>	<b>1</b>
<b>1. CONTEXTE</b>	<b>5</b>
<b>2. CHANGEMENTS RADICAUX APPORTÉS POUR FAIRE FACE À LA SITUATION CONCERNANT LA POLIOMYÉLITE DANS LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS</b>	<b>7</b>
Mise en place du nouveau Programme pour l'éradication de la poliomyélite en vue d'obtenir des résultats	8
Fourniture par l'OMS d'un appui efficace aux États Membres	9
Renforcement de la collaboration entre les partenaires et de la mobilisation des ressources	10
Participation des États Membres à la mise en place de ripostes solides aux flambées de poliovirus	11
<b>3. SENSIBILISATION, GOUVERNANCE ET SUPERVISION</b>	<b>15</b>
Visites de sensibilisation de haut niveau	15
Gouvernance par le Comité régional de l'OMS pour l'Afrique	16
Supervision et direction des activités de lutte contre la poliomyélite via des réunions régionales de programme organisées par le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique	18
<b>4. PROGRÈS DURABLES VERS LA CERTIFICATION DE L'ÉRADICTION DE LA POLIOMYÉLITE DANS LA RÉGION AFRICAINE</b>	<b>19</b>
<b>5. PERSPECTIVES</b>	<b>25</b>





# AVANT-PROPOS

Chers lecteurs et partenaires,

*Le Programme de transformation du Secrétariat de l'Organisation mondiale de la Santé dans la Région africaine 2015-2020*, ci-après désigné le « Programme de transformation », est un programme audacieux et ambitieux qui a été lancé en vue de l'édification d'une organisation sanitaire régionale clairvoyante, proactive, capable de répondre aux attentes, axée sur les résultats, transparente, responsable, dotée des ressources appropriées et outillée pour remplir son mandat. L'objectif du Programme de transformation est de parvenir à une organisation capable de répondre aux besoins et aux attentes de ses parties prenantes, autrement dit de mettre en place « l'OMS que souhaite l'ensemble du personnel et les partenaires » et qui, entre autres réalisations, contribue efficacement au renforcement des systèmes de santé nationaux, à la coordination des activités de prévention et de maîtrise des maladies, y compris à la préparation et à la riposte aux épidémies, et mène des actions supranationales en faveur de la sécurité sanitaire mondiale.

La première année de mise en œuvre du Programme de transformation (2015) a coïncidé avec le processus de planification en vue de la préparation du budget programme 2016-2017 de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). C'est également en 2015 qu'ont été adoptés les 17 objectifs de développement durable (ODD) et leurs 169 cibles, qui serviront de boussole à l'action mondiale de développement au cours des 15 prochaines années, jusqu'en 2030. L'objectif 3 de développement durable, axé exclusivement sur la santé, vise à *permettre à tous de vivre en bonne santé et [à] promouvoir le bien-être de tous à tout âge*. Le Secrétariat de l'OMS dans la Région africaine a commencé à donner une forme concrète à son Programme de transformation en élaborant ce que l'on a appelé le *Programme de transformation de la santé en Afrique 2015-2020 – Une vision pour une couverture sanitaire universelle*, un document qui sert de cadre stratégique pour orienter la contribution de l'OMS à la plateforme du développement durable en Afrique. L'objectif visé dans ce document est de garantir l'accès universel à un ensemble de services de santé essentiels dans tous les États Membres de la Région et, de fil en aiguille, de converger vers la couverture sanitaire universelle (CSU), en éliminant autant que possible les obstacles financiers, géographiques et sociaux à l'accès aux services.

Nous sommes fiers des nombreuses réalisations enregistrées depuis le lancement du Programme de transformation. En collaboration avec nos États Membres, nos partenaires de développement et nos donateurs, nous avons réalisé des progrès et effectué des changements sur trois principaux fronts. Dans le domaine de la sécurité sanitaire, la capacité accrue de la Région et des pays à détecter rapidement les menaces pour la santé publique et à y riposter efficacement a permis d'endiguer rapidement la plupart des flambées épidémiques qui se sont déclarées. Les efforts faits pour édifier des systèmes de santé pleinement opérationnels dans lesquels tous les individus reçoivent en toute équité les services de santé de qualité dont ils ont besoin sans encourir à cet effet des difficultés financières ou autres se traduisent progressivement par un meilleur accès à des interventions sanitaires d'un bon rapport coût-efficacité, ainsi qu'à de meilleurs résultats sanitaires dans les États Membres.

En outre, les efforts faits pour que le Secrétariat opère une mutation culturelle, programmatique et institutionnelle qui lui permettrait de s'acquitter de son mandat ont permis d'améliorer la qualité de ses prestations, avec à la clé l'émergence d'une nouvelle culture institutionnelle ancrée sur des valeurs comme la lutte ouverte contre le harcèlement et la création d'un milieu de travail respectueux. Des mutations importantes s'opèrent déjà dans notre façon de travailler, de penser et de collaborer avec d'autres ; la responsabilisation, l'efficacité et la transparence ne cessent de croître ; et nous commençons à obtenir des résultats dans les pays.

La liste de publications ci-après s'inscrit dans notre volonté de partager avec vous quelques-unes des grandes avancées que nous avons enregistrées dans des axes spécifiques depuis le lancement du Programme de transformation.

Six documents sont publiés au titre des séries sur le Programme de transformation, à savoir :

- **Le Programme de transformation, série 1** – Renforcement du principe d'action en faveur des pays en vue d'un impact accru sur la santé ;
- **Le Programme de transformation, série 2** – Renforcement des partenariats dans l'optique de la couverture sanitaire universelle : l'expérience de l'Érythrée ;

- **Le Programme de transformation, série 3** – Une capacité accrue à faire face aux flambées épidémiques dans la Région africaine de l'OMS – Leçons tirées des flambées de fièvre jaune en République d'Angola et en République démocratique du Congo ;
- **Le Programme de transformation, série 4** – Progrès durables accomplis sur la voie de la certification de l'éradication de la poliomyélite dans la Région africaine de l'OMS ;
- **Le Programme de transformation, série 5** – Promotion de l'efficacité, de la responsabilisation et de l'optimisation des ressources : les indicateurs de performance essentiels dans le domaine de la gestion ; et
- **Le Programme de transformation, série 6** – Vers un accent marqué sur la qualité et les résultats – les indicateurs de performance essentiels en matière programmatique.

Au moment où nous célébrons les acquis engrangés jusqu'à présent, permettez-moi de saisir cette occasion pour exprimer notre gratitude à l'ensemble de nos parties prenantes – États Membres, partenaires de développement, donateurs, fondations et autres – qui sont passés de la parole aux actes avec nous. Ces acquis doivent être consolidés, soutenus et même renforcés à mesure que nous évoluons vers les derniers mois de 2019, et même au-delà de l'année 2019.

Je vous recommande vivement ces documents. Vous pouvez accéder aux copies électroniques sur le site Web du Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique, à l'adresse [www.afro.who.int](http://www.afro.who.int).

Nous nous attendons à ce que les réalisations et les succès présentés dans ces publications consacrées au Programme de transformation nous incitent à poursuivre nos efforts pour permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous, moyennant l'instauration de la couverture sanitaire universelle, la gestion des situations d'urgence sanitaire et la promotion d'une meilleure santé pour toutes les populations.

**Dre Matshidiso Moeti**

*Directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique  
Brazzaville, République du Congo*

Mai 2019



# 1. CONTEXTE

---

La poliomyélite, une maladie virale paralysante et irréversible, est causée par trois sérotypes du poliovirus sauvage<sup>1</sup>. En 1988, à la Quarante et Unième Assemblée mondiale de la Santé, les participants ont adopté une résolution<sup>2</sup> visant à éradiquer tous les types de poliomyélite à la fin de l'année 2000 au plus tard. Depuis, le nombre de cas a diminué de 99 % à l'échelle mondiale.

La certification de l'éradication de la poliomyélite dans une Région n'est envisagée que lorsque tous les pays de son ressort géographique apportent la preuve qu'il n'y a pas eu de transmission du poliovirus sauvage pendant trois années consécutives au moins, après avoir fait l'objet d'une surveillance conforme à la norme de certification<sup>3</sup>. En 2014, quatre des six Régions de l'OMS avaient obtenu la certification de l'éradication des trois souches du poliovirus. La Région africaine et celle de la Méditerranée orientale<sup>4</sup> sont les deux seules Régions à n'avoir pas été certifiées exemptes de poliomyélite.

Avant 2015, la Région africaine avait notifié des cas d'infection par le poliovirus sauvage chaque année. Jusqu'en 2014, quatre États Membres de la Région africaine<sup>5</sup> avaient signalé 17 cas d'infection par le poliovirus sauvage de type 1. Étant donné que la transmission du poliovirus sauvage se poursuivait dans la Région, il risquait de se propager à d'autres Régions de l'OMS ayant obtenu la certification d'éradication de la poliomyélite. En effet, le 18 juin 2014, les autorités sanitaires de la République du Brésil ont signalé que le poliovirus sauvage de type 1 avait été détecté dans des échantillons d'eaux usées prélevés à l'aéroport international de Viracopos (Sao Paulo). L'analyse génétique du poliovirus a révélé qu'il était importé d'un pays de la Région africaine où la transmission était active en 2014<sup>6</sup>. Cette situation représentait une véritable menace pour l'éradication de la poliomyélite dans la Région africaine et risquait de remettre en cause les progrès réalisés dans d'autres Régions au titre des efforts visant la certification de l'éradication à l'échelle mondiale.

- 1 <http://www.who.int/biologicals/areas/vaccines/poliomyelitis/en/>
- 2 Résolution WHA41.28 de l'Assemblée mondiale de la Santé sur l'objectif mondial de l'éradication de la poliomyélite d'ici la fin de l'année 2000.
- 3 <http://polioeradication.org/polio-today/preparing-for-a-polio-free-world/certification/>
- 4 Rapport du comité de suivi indépendant de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, novembre 2017.
- 5 *WHO weekly polio update* (Mise à jour hebdomadaire de l'OMS sur la poliomyélite), décembre 2014 : six cas au Nigéria, cinq cas au Cameroun, cinq cas en Guinée équatoriale et un cas en Éthiopie.
- 6 Guinée équatoriale

Parmi les principaux défis à relever dans la Région africaine, figurent la persistance de la transmission des poliovirus sauvages ; la qualité sous-optimale des campagnes de lutte contre la poliomyélite visant à interrompre la transmission des poliovirus ; la faiblesse des systèmes de surveillance qui produisent des données de piètre qualité et difficiles à vérifier ; le manque de cadre de responsabilisation ; une mobilisation de ressources insuffisante, surtout au niveau des pays ; une faible immunité de la population qui s'explique par une couverture insuffisante de la vaccination systématique ; le manque d'un cadre de responsabilisation solide ; et la faiblesse des partenariats.

Outre les difficultés programmatiques, l'insécurité et l'inaccessibilité localisées qui entravaient la mise en œuvre des activités planifiées constituaient une menace pour l'exécution du programme. Ainsi, certaines populations n'ont pas pu bénéficier des interventions visant l'éradication de la poliomyélite.

Le programme a par conséquent enregistré un retard conséquent en 2016, lorsque quatre cas de poliovirus sauvage de type 1 ont été notifiés entre juillet et août 2016 dans les zones administratives locales (districts) en proie à l'insécurité dans l'État du Borno au Nigéria. La population touchée ployait sous une insurrection violente et les équipes de surveillance et de vaccination ne pouvaient pas accéder à ces districts. Les zones en proie à l'insécurité comprenaient des parties des pays du bassin du lac Tchad, à savoir le Cameroun, le Niger, le Nigéria, la République centrafricaine et le Tchad.

L'insécurité a provoqué des mouvements massifs de population, avec à la clé des personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays et des réfugiés, un phénomène qui, associé aux schémas migratoires nomades, a entraîné la propagation géographique des flambées de poliomyélite à des pays de la Région africaine entre 2004 et 2006, puis en 2009.

## 2. CHANGEMENTS RADICAUX APPORTÉS POUR FAIRE FACE À LA SITUATION CONCERNANT LA POLIOMYÉLITE DANS LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS

---

La D<sup>re</sup> Matshidiso Moeti est entrée en qualité de Directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique le 1<sup>er</sup> février 2015. À l'initiative de la Directrice régionale, le *Programme de transformation du Secrétariat de l'Organisation mondiale de la Santé dans la Région africaine pour la période 2015-2020* a été lancé afin de concrétiser son engagement de transformer le Secrétariat en une organisation régionale de la santé prévoyante, proactive, réactive, axée sur les résultats, transparente, responsable, dotée des ressources appropriées et équipée pour remplir son mandat. Le Programme de transformation portait sur les quatre axes prioritaires suivants : *des valeurs prônant la production de résultats* (grâce à la responsabilisation, à la transparence et au renforcement de la culture d'évaluation des résultats) ; une orientation technique intelligente (consistant en un appui technique et politique efficace fourni à tous les États Membres pour concrétiser les priorités recensées) ; *des opérations stratégiques répondant aux attentes* (avec notamment une dotation en personnel adaptée aux besoins à tous les niveaux de l'Organisation, couplée à un financement et à une affectation des ressources alignés sur les priorités) ; *une communication et des partenariats efficaces* (se traduisant par l'amélioration de la communication stratégique et le renforcement de la collaboration avec les autres parties prenantes).

## Mise en place du Programme pour l'éradication de la poliomyélite en vue d'obtenir des résultats

L'éradication de la poliomyélite constituait l'une des priorités définies par la Directrice régionale, conformément à l'axe prioritaire du Programme de transformation relatif à l'orientation technique intelligente. Au cours des cent premiers jours de son mandat et dans le cadre de la restructuration du Bureau régional, la Directrice régionale a lancé un nouveau *Programme pour l'éradication de la poliomyélite* au sein du Cabinet de la Directrice régionale, afin de lui donner la visibilité nécessaire et de permettre à ce programme de jouer un rôle moteur dans la phase finale de la lutte contre la poliomyélite et la transmission des moyens de lutte contre la poliomyélite. Un responsable chevronné dans le domaine de l'éradication de la poliomyélite a été nommé pour coordonner le programme, sa mission principale étant de permettre à la Région africaine d'obtenir la certification de l'éradication de la poliomyélite dans les plus brefs délais.

En vue de mettre en place rapidement le nouveau programme et d'accélérer sa mise en œuvre, la Directrice régionale a convoqué et présidé une réunion technique interne à Brazzaville en août 2015. Y ont participé le Directeur de la gestion des programmes, les directeurs de groupe organique, les gestionnaires de programme et les coordonnateurs des unités concernées au Bureau régional de l'Afrique, ainsi que des chefs de bureaux de pays de l'OMS et les points focaux pour la lutte contre la poliomyélite et la vaccination dans les pays prioritaires suivants : Angola, Éthiopie, Nigéria, République démocratique du Congo, Soudan du Sud et Tchad.

Sur la base d'une évaluation des progrès accomplis par les pays vers l'éradication et des performances réalisées par le Bureau régional, les équipes d'appui interpays et les bureaux de pays de l'OMS pour parvenir à l'éradication de la poliomyélite, le programme de lutte contre la poliomyélite a été restructuré au Bureau régional et dans les équipes d'appui interpays afin d'offrir un appui technique approprié aux États Membres et d'institutionnaliser un cadre de responsabilisation des membres du personnel financés au titre de la lutte antipoliomyélitique, à tous les niveaux. Une réorientation stratégique a été effectuée, qui a permis de passer de l'organisation de réunions, d'ateliers et de téléconférences à la fourniture d'un appui technique direct pour la mise en œuvre dans les pays. En outre, un niveau de priorité élevé a été accordé à l'élaboration rapide de plans

de travail solides, au renforcement des capacités de suivi et d'évaluation et à l'accélération du déploiement de la technologie du système d'information géographique, qui permet de suivre la mise en œuvre des activités planifiées sur le terrain en « temps réel » et de recueillir des données et des éléments factuels vérifiables, dans l'optique de l'amélioration de la qualité.

## Fourniture d'un appui efficace aux États Membres par le Bureau régional de l'Afrique et les équipes d'appui interpays, sur la base du changement de paradigme

En mai 2015, la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé a adopté une résolution<sup>7</sup> visant à mettre un terme à la transmission du poliovirus sauvage ; à assurer et à maintenir la surveillance au niveau requis pour la certification ; à introduire le vaccin antipoliomyélitique inactivé avant le retrait de la composante de type 2 du vaccin antipoliomyélitique oral trivalent à l'échelle mondiale avant mai 2016 ; et à assurer un transfert adéquat des ressources humaines, de l'infrastructure, des meilleures pratiques et des leçons apprises, afin qu'elles puissent servir pour d'autres interventions de santé publique, dans le cadre de la transmission des acquis de la lutte contre la poliomyélite.

Avec l'approbation de la Directrice régionale, la structure du programme pour l'éradication de la poliomyélite a été modifiée en 2015 au Bureau régional comme dans les équipes d'appui interpays, dans l'optique d'une mise en œuvre efficace de la résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé. La modification visait à axer davantage le programme sur les résultats, en faisant de la responsabilisation du personnel le pilier du programme, de façon à ce que le Bureau régional et les équipes d'appui interpays puissent fournir un appui technique efficace, que les partenaires puissent être mobilisés comme il se doit, et que le programme bénéficie d'une mobilisation de ressources suffisante en vue de sa mise en œuvre intégrale.

Le « coup de neuf » donné à l'organigramme du programme pour l'éradication de la poliomyélite au Bureau régional en début d'année 2016 s'est traduit par une hausse des effectifs, qui sont passés de sept membres du personnel en 2015 à vingt membres (185 %). S'agissant de la ventilation de cet effectif selon le sexe, soulignons que le nombre de membres du personnel de sexe féminin est

---

7 Assemblée mondiale de la Santé, document A68/21/Add1, 15 mai 2015.

passé de trois à sept (ce qui équivaut à une hausse de 133 % en valeur relative). Au niveau des équipes d'appui interpays, le nombre des membres du personnel est passé de 16 à 26 (en hausse de 63 %). Le nombre de membres du personnel de sexe féminin est quant à lui passé de neuf à 13 (soit une augmentation de 45 %).

## Renforcement de la collaboration entre les partenaires et de la mobilisation des ressources

Après la restructuration technique du programme pour l'éradication de la poliomyélite qui a eu lieu en février 2016, la Directrice régionale a convoqué une réunion des partenaires clés de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP), à savoir le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), la Fondation Bill & Melinda Gates, les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis et le Rotary International. Cette réunion, qui s'est tenue à Brazzaville (Congo), avait pour but d'accroître la collaboration technique et la mobilisation de ressources suffisantes, de renforcer la surveillance et d'accroître rapidement l'immunité de la population dans les zones localisées présentant un risque chronique de persistance de la transmission du poliovirus.

La réunion a abouti à l'élaboration de plans de travail conjoints et à un engagement à fournir des ressources financières pour les zones où les résultats restent insuffisants, particulièrement pour les zones dangereuses et difficiles d'accès. Après avoir échangé sur les bonnes pratiques et les leçons apprises, au lieu de totalement réinventer la roue, les pays de la Région ont adopté des approches stratégiques et des solutions « locales » propres à la Région africaine, qui avaient été testées et avaient fait la preuve de leur efficacité dans des contextes difficiles tels que les zones en proie à l'insécurité, les zones difficiles d'accès et celles dont les résultats sont souvent insuffisants. Ces approches et solutions ont été désignées sous l'appellation d'« Initiative de Brazzaville ».

## Participation des États Membres à la mise en place d'une riposte solide aux flambées de poliovirus dans la Région africaine

*La riposte sous-régionale à la flambée épidémique de poliovirus sauvage de type 1 dans l'État du Borno au Nigéria.* Entre juillet et août 2016, quatre cas d'infection par le poliovirus sauvage de type 1 ont été confirmés dans les zones en proie à l'insécurité dans l'État du Borno au Nigéria. Consciente du fait que le poliovirus sauvage de type 1 risquait de se propager à l'extérieur du Nigéria, la Directrice régionale a rapidement organisé une réunion avec les Ministres de la santé du Cameroun, du Niger, du Nigéria, de la République centrafricaine et du Tchad, en marge de la soixante-sixième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique qui s'est tenue en août 2016. À l'issue de cette réunion, les ministres ont déclaré que la flambée de poliomyélite au Nigéria constituait une urgence de santé publique pour les pays de la sous-région du bassin du lac Tchad et qu'ils étaient déterminés à l'enrayer dans les plus brefs délais.

Par ailleurs, la Directrice régionale, en collaboration avec d'autres partenaires, a nommé un coordonnateur de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite au sein de l'Équipe spéciale chargée de la lutte contre la poliomyélite dans le bassin du lac Tchad, dont les principales responsabilités étaient de coordonner efficacement l'appui technique fourni par plusieurs institutions aux Ministères de la santé ; de mobiliser des ressources financières et humaines auprès des gouvernements et des partenaires afin de mettre en œuvre les activités planifiées ; de travailler en étroite collaboration avec la Force multinationale mixte dont le quartier général se trouve à N'Djamena (Tchad) afin d'améliorer rapidement l'accès aux localités non sécurisées ; de publier un point hebdomadaire et mensuel sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre et les difficultés rencontrées ; et de proposer un groupe consultatif technique indépendant de spécialistes de la lutte contre la poliomyélite, qui serait officiellement nommé par la Directrice régionale.

Depuis août 2016, aucun nouveau cas de poliovirus sauvage de type 1 n'a été notifié dans la sous-région, ce qui indique que la flambée a été interrompue dans les plus brefs délais. De plus, contrairement aux craintes, on n'a détecté aucun élément indiquant que le poliovirus sauvage s'est propagé aux pays voisins.

En vue de garantir une interruption durable de la transmission du poliovirus dans la sous-région, la Directrice régionale a continué à coprésider, avec la Directrice régionale de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et centrale, des téléconférences trimestrielles réunissant les chefs de bureaux de pays de l'OMS et de l'UNICEF. Le président du Conseil de surveillance de la poliomyélite de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite et les responsables techniques mondiaux des partenaires de l'IMEP participaient également à ces téléconférences, qui permettaient de faire le point sur la situation sur le terrain et de discuter des difficultés techniques ou liées à la gestion. Par ailleurs, des réunions ont été organisées par les coprésidents au Bureau régional de l'Afrique à Brazzaville (Congo) en février 2017, puis en juin 2018 dans les locaux qui abritent l'Équipe spéciale chargée de la lutte contre la poliomyélite dans le bassin du lac Tchad à N'Djamena (Tchad).

*La riposte interrégionale à la flambée épidémique de poliovirus circulant de type 2 dérivé d'une souche vaccinale (PVDVc2) au Kenya.* Le poliovirus circulant de type 2 dérivé d'une souche vaccinale a été isolé dans l'échantillon d'eaux usées prélevé à Nairobi (Kenya) en mars 2018 dans le cadre de la surveillance environnementale. Le virus était génétiquement lié au PVDVc2 qui circulait au cours des trois années précédentes en Somalie sans être détecté.

S'appuyant sur le succès et les enseignements tirés de la lutte contre la flambée de poliovirus sauvage de type 1 survenue au Nigéria et dans le bassin du lac Tchad, la Directrice régionale pour l'Afrique, en collaboration avec le Directeur régional pour la Méditerranée orientale, a rapidement constitué une équipe spéciale interrégionale (Région africaine et Région de la Méditerranée orientale) chargée d'œuvrer pour l'éradication de la poliomyélite dans la Corne de l'Afrique. En mai 2018, un coordonnateur de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a été nommé pour ces deux Régions de l'OMS, avec pour mandat de diriger les opérations de riposte. Le coordonnateur avait notamment pour responsabilités de coordonner l'appui technique fourni par plusieurs institutions aux pays ; de plaider pour une prise en main et l'appropriation des opérations de riposte par les Ministères de la santé ; de veiller à ce que toutes les parties prenantes participent aux opérations de riposte ; et de faciliter l'utilisation de solutions innovantes éprouvées pour atteindre les enfants vivant dans des zones dangereuses.

Par ailleurs, capitalisant sur la présence des Ministres de la santé à la Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé à Genève en mai 2018, les Directeurs régionaux pour l'Afrique et la Méditerranée orientale ont organisé conjointement une réunion parallèle avec les Ministres de la santé du Kenya et de la Somalie et y ont associé l'Éthiopie, en raison du risque perçu lié aux mouvements de population et afin d'empêcher la propagation de poliovirus à d'autres pays. Les Ministres de la santé des trois pays ont signé une déclaration interrégionale selon laquelle la flambée de poliomyélite au Kenya et en Somalie constituait une urgence de santé publique pour la sous-région de la Corne de l'Afrique. En conséquence, des ressources ont été mobilisées et les pays ont organisé des campagnes de vaccination antipoliomyélitique synchronisées.

Aucun nouveau PVDVc2 n'a été isolé sur les échantillons prélevés dans les sites de traitement des eaux usées recueillies dans l'environnement et aucun cas de paralysie flasque aiguë n'a été rapporté par le Kenya depuis mars 2018 (soit plus d'un an). Cela montre que la flambée a été stoppée en temps voulu. S'inspirant du succès de la déclaration de la Corne de l'Afrique signée par les trois pays, l'Autorité intergouvernementale pour le développement (IGAD)<sup>8</sup> de l'Union africaine, les Ministres de la santé des huit pays membres de l'IGAD, dont ceux de la Corne de l'Afrique, se sont réunis en septembre 2018 au Kenya. Cette réunion s'est achevée par l'adoption d'une déclaration visant à enrayer l'émergence et la propagation de poliovirus dans les pays concernés.

---

<sup>8</sup> Djibouti, Érythrée, Éthiopie, Kenya, Ouganda, Somalie, Soudan et Soudan du Sud.



# 3. SENSIBILISATION, GOUVERNANCE ET SUPERVISION

---

## Sensibilisation de haut niveau

Le Secrétariat de l'OMS dans la Région africaine, grâce à ses efforts de collaboration avec la Commission de l'Union africaine, continue de militer pour que la Région africaine place l'éradication de la poliomyélite en tête de ses priorités. L'un des résultats palpables de ces efforts se trouve être la déclaration adoptée par les chefs d'État et de gouvernement africains lors de la vingt-cinquième session ordinaire de l'Union africaine qui s'est tenue en juin 2015 à Johannesburg (Afrique du Sud), selon laquelle l'éradication de la poliomyélite est l'héritage historique que nous laissons aux générations futures. Suite à cela, la Directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique a effectué plusieurs visites de sensibilisation de haut niveau auprès de nombreux États Membres de la Région africaine, afin de poursuivre ces efforts.

Au cours de ces visites, la Directrice régionale a rencontré des présidents, des Premiers ministres et des Ministres de la santé et plaidé en faveur d'une prise en main de l'éradication de la poliomyélite au plus haut niveau. Elle a également exhorté les gouvernements à augmenter leurs investissements nationaux afin de mettre en œuvre les activités planifiées. Par exemple, lors de la flambée de poliovirus sauvage de type 1 survenue au Nigéria, la Directrice régionale s'est rendue au Nigéria pour des entretiens de haut niveau avec le Président, les dirigeants des Chambres des représentants et du Sénat et le Ministre des finances, en vue du décaissement des ressources financières nécessaires à la mise en œuvre des activités prévues.

## Gouvernance par le Comité régional de l'OMS pour l'Afrique

Le Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, la plus haute instance décisionnelle de l'Organisation dans la Région africaine, est composé des Ministres de la santé des 47 États Membres de la Région ou de leurs représentants. Le Directeur régional en poste assure le secrétariat du Comité régional.

Depuis 2015, des rapports de situation sur l'éradication de la poliomyélite figurent à l'ordre du jour des sessions plénières du Comité régional. Toutefois, la Directrice régionale a toujours saisi l'occasion de cette rencontre ministérielle pour organiser des réunions et des événements parallèles sur la poliomyélite, afin d'approfondir la réflexion sur des questions prioritaires et de régler les problèmes qui perdurent. Par exemple, lors de la soixante-cinquième session du Comité régional tenue à N'Djamena (Tchad) en 2015, les discussions ont porté sur la planification de la transition pour la poliomyélite avec les sept États Membres qui bénéficient de près de 85 % des investissements et infrastructures<sup>9</sup> consacrés à la lutte contre la poliomyélite dans la Région africaine.

En 2016, lors de la soixante-sixième session du Comité régional tenue à Addis Abeba (Éthiopie), les débats ont porté principalement sur les flambées de poliomyélite au Nigéria et dans les pays du bassin du lac Tchad, alors qu'en 2017 à Victoria Falls (Zimbabwe), une réunion parallèle a été organisée avec tous les États Membres afin de souligner l'importance de renforcer la surveillance grâce au système d'information géographique, une technologie qui permet de collecter les éléments factuels requis pour la certification dans les plus brefs délais.

Lors de la soixante-huitième session du Comité régional tenue à Dakar (Sénégal) en 2018, le *cadre pour la certification de l'éradication de la poliomyélite dans la Région africaine* a été présenté et examiné parmi les principaux points inscrits à l'ordre du jour. Le président de la commission régionale de certification de l'éradication de la poliomyélite en Afrique a participé à ces discussions, les États Membres ont approuvé le cadre et les ministres ont demandé qu'un tableau de bord sur la performance des États Membres leur soit envoyé périodiquement, jusqu'à ce que la Région africaine soit certifiée exempte de poliomyélite.

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



## Supervision et direction des activités de lutte contre la poliomyélite dans le cadre des réunions régionales du programme organisées par le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique

Deux fois par an, la Directrice régionale convoque et préside des réunions régionales du programme au cours desquelles l'éradication de la poliomyélite est toujours inscrite à l'ordre du jour des travaux. Ces réunions rassemblent la Directrice régionale, le Directeur de la gestion des programmes, les directeurs de groupe organique, les chefs des bureaux de pays de l'OMS, les gestionnaires de programmes et responsables d'unité, ainsi que tout autre administrateur invité pour son expertise. Les participants à ces réunions examinent les questions liées à la planification, à la mise en œuvre et au suivi des programmes menés par le Secrétariat de l'OMS dans la Région africaine.

Les participants aux réunions régionales du programme examinent, suivent et évaluent les progrès réalisés par les États Membres ; recensent les obstacles et formulent des recommandations axées sur la mise en œuvre de mesures prioritaires visant l'éradication de la poliomyélite dans les pays. Les réunions régionales du programme permettent à la haute direction de l'OMS dans la Région de suivre les progrès accomplis vers l'application des accords de collaboration et des décisions prises en faveur de l'éradication de la poliomyélite lors des sessions du Comité régional et lors des visites de plaidoyer de haut niveau pour la lutte contre la poliomyélite que la Directrice régionale effectue dans les États Membres concernés.

# 4. PROGRÈS DURABLES VERS LA CERTIFICATION DE L'ÉRADICATION DE LA POLIOMYÉLITE

---

Le Programme pour l'éradication de la poliomyélite, qui est placé sous la supervision et la responsabilité directes de la Directrice régionale depuis sa prise de fonction en 2015, a considérablement progressé sur le front de la certification de l'éradication.

En vue d'atteindre le niveau de surveillance requis par la norme de certification, la Région a intensifié la surveillance des cas suspects d'infection d'êtres humains en utilisant des solutions innovantes et des technologies locales, afin d'éviter de passer à côté d'une transmission du poliovirus persistante. En outre, pour compléter la surveillance des cas suspects, la Région africaine a rapidement accru la surveillance des eaux usées prélevées dans l'environnement. Dans cette logique, le nombre de pays bénéficiant de cette surveillance a été pratiquement multiplié par quatre, car on est passé de six pays seulement en 2014 à 23 pays en 2018.

Le Centre technologique du Bureau régional pour les systèmes d'information géographique sur la poliomyélite, basé à Brazzaville (République du Congo), a été créé grâce à des fonds fournis par la Fondation Bill & Melinda Gates, afin de soutenir les activités de surveillance et de vaccination menées sur le terrain et de savoir en temps réel si les activités prévues et la supervision d'appui sont effectuées. Compte tenu du fait que les informations partagées provenant du terrain sont géocodées, elles permettent de vérifier et de valider les données soumises, ce qui est essentiel pour en améliorer la qualité, notamment aux fins de la certification de l'éradication de la poliomyélite. La Directrice régionale a officiellement ouvert le centre en février 2017.

La technologie du système d'information géographique (encore désignée ci-après la « technologie SIG ») s'adapte et se prête facilement à tous les événements de santé publique. Depuis sa création, cette technologie est utilisée pour soutenir d'autres interventions au-delà de la poliomyélite, telles que la vaccination, la lutte contre les flambées épidémiques de choléra, de méningite et de rougeole, les enquêtes sur la couverture des campagnes de lutte contre la rougeole, la lutte contre les flambées épidémiques de fièvre de Lassa, les enquêtes sur la couverture du programme élargi de vaccination et les enquêtes sur la mortalité dans les zones inaccessibles ou difficiles d'accès.

La technologie SIG est relativement bon marché, viable et nécessite un investissement très minimal. Pour la plupart des participants au réseau couvert par cette technologie, le seul investissement consiste à disposer d'un téléphone cellulaire Android. C'est ainsi qu'en moins de deux ans, la technologie SIG a été adoptée rapidement par des dizaines de milliers d'utilisateurs. Eu égard à sa facilité d'utilisation, cette technologie s'est étendue aux informateurs communautaires vivant dans les zones difficiles d'accès, inaccessibles ou ne disposant pas de services de santé officiels. En mars 2019, plus de 6000 informateurs communautaires vivant dans dix États Membres sélectionnés étaient présents sur la plateforme des systèmes d'information géographique relatifs à la poliomyélite de la Région africaine.

Grâce à l'imagerie par satellite, la technologie SIG permet aussi d'estimer la taille des populations, de manière à bien cibler les populations visées lors des interventions de santé publique. Cette option est particulièrement importante pour planifier la mise en œuvre d'interventions sanitaires dans des zones inaccessibles.

Au cours de la soixante-septième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique qui s'est tenue en août 2017, la Directrice régionale a recommandé aux États Membres d'adopter et de mettre en place la technologie innovante des systèmes d'information géographique, qui permet d'obtenir en « en temps réel » des données sur la surveillance de la poliomyélite, les activités de vaccination, la supervision et la mise en œuvre intégrées sur le terrain d'autres interventions sanitaires telles que la lutte contre les flambées épidémiques, entre autres choses. Le nombre d'États Membres ayant mis en place cette technologie recommandée par Bureau régional est passé de moins de cinq en 2017 à 43 en mars 2019<sup>10</sup>.

10 En mars 2019, la mise en place de la technologie des systèmes d'information géographique sur la poliomyélite était en attente dans quatre pays : l'Algérie, Cabo Verde, les Comores et les Seychelles.

Au cours de leurs visites au Centre du Bureau régional de l'Afrique pour les systèmes d'information géographique sur la poliomyélite en décembre 2018, les Ministres congolais et libérien de la santé, ayant constaté la polyvalence de la technologie SIG, ont demandé à la Directrice régionale d'accélérer la mise en place de l'innovation, afin qu'ils puissent superviser directement la surveillance et la prestation des services de santé au Congo et au Libéria, à partir de leurs bureaux respectifs. L'un des Ministres a déclaré ce qui suit : « Cette innovation est prodigieuse et sera utilisée, au-delà de la poliomyélite, pour surveiller la situation des soins de santé dans les districts, la mortalité maternelle et la disponibilité de certains médicaments essentiels dans les établissements de santé, par exemple ».

Des innovations « locales » ont également été utilisées pour atteindre les enfants qui vivent dans des zones difficiles. Le Programme de lutte contre la poliomyélite prévoyait la persistance des réservoirs de transmission du poliovirus et la difficulté à éradiquer la maladie si, à cause de problèmes d'ordre infrastructurel ou liés au terrain, l'on ne parvient pas à atteindre les enfants ou les populations qui vivent dans les zones mal desservies (en particulier dans les localités en proie à l'insécurité, inaccessibles ou difficiles d'accès). L'une des solutions « locales » serait par conséquent d'adopter la microplanification pour vacciner les enfants le plus rapidement possible, une méthode de vaccination dite « *en éclair* ». Cela signifie que, lorsqu'il y a une ouverture, les équipes de vaccination se rendent dans les zones inaccessibles, y administrent les vaccins et en ressortent rapidement.

Une autre approche adoptée est la méthode « *barrière* », dans laquelle les équipes de vaccination administrent le vaccin antipoliomyélitique de façon répétée, autour des villages accessibles qui entourent les zones en proie à l'insécurité. En ce qui concerne les populations nomades et itinérantes, le Programme de lutte contre la poliomyélite, avec l'aide d'autres départements d'aide humanitaire et de l'élevage, a défini les points de transit des mouvements de population et administré des vaccins aux populations nomades. La *stratégie pour la vaccination le long des voies de transit* vise à interrompre la transmission de poliovirus le long des voies migratoires qu'empruntent les populations nomades.

Dans les situations extrêmes où les activités de surveillance et de vaccination ne peuvent être menées à cause d'une insurrection ou parce que les agents de vaccination risquent de perdre leur vie, comme ce fut le cas dans l'État du Borno au Nigéria (pour la flambée de poliovirus sauvage

de type 1) et dans la province de l'Ituri en République démocratique du Congo (pour la flambée de poliovirus circulant de type 2 dérivé d'une souche vaccinale), les équipes de vaccination ont établi des plans et travaillé en collaboration avec le personnel militaire du gouvernement pour effectuer la surveillance et vacciner les enfants. Les flambées de poliomyélite ont été interrompues dans ces cas.

Les stratégies innovantes mentionnées ci-dessus, tout comme l'impact positif qu'elles ont eu et qui a été constaté, ont été décrits en détail dans des revues scientifiques à comité de lecture<sup>11</sup> comme des pratiques optimales. Au demeurant, les enseignements tirés du Programme pour l'éradication de la poliomyélite pourront être utilisés dans le cadre des autres interventions de santé publique menées dans la Région africaine.

En mars 2019, aucun cas d'infection par le poliovirus sauvage de type 1 n'avait été confirmé dans la Région africaine plus de 30 mois après l'apparition du dernier cas, le 21 août 2016, dans les zones en proie à l'insécurité dans l'État du Borno au Nigéria. Un cas de poliovirus sauvage de type 1 a été isolé chez un contact en bonne santé du cas indicateur le 27 septembre 2016. En septembre 2015, c'est-à-dire il y a plus de trois ans<sup>12</sup>, la Commission mondiale de certification de l'éradication de la poliomyélite a proclamé l'éradication à l'échelle mondiale du poliovirus sauvage de type 2. Le dernier cas d'infection par le poliovirus sauvage de type 3 a été signalé en novembre 2012 au Nigéria, il y a plus de six ans<sup>13</sup>. Cela montre que depuis 2015, des progrès remarquables ont été accomplis concernant les trois sérotypes de poliovirus en vue de la certification de l'éradication dans la Région africaine. De plus, aucun poliovirus sauvage de type 1 n'a été exporté de la Région africaine vers une autre Région de l'OMS depuis 2015.

Depuis qu'il a été certifié que le poliovirus sauvage de type 2 a été éradiqué à l'échelle mondiale en 2015, la composante de type 2 du vaccin antipoliomyélitique oral a été retirée avec succès dans tous les États Membres de la Région africaine dans le cadre du « remplacement mondial » du vaccin antipoliomyélitique oral trivalent par le vaccin antipoliomyélitique oral bivalent. Avant le « remplacement », le plan mondial consistait à introduire le vaccin antipoliomyélitique inactivé dans les services de vaccination systématique, mais cette introduction a été affectée par une pénurie mondiale du vaccin. La disponibilité du vaccin antipoliomyélitique inactivé à l'échelle mondiale ayant récemment augmenté, en mars 2019, tous les États Membres de la Région africaine l'avaient introduit dans leurs programmes de vaccination systématique.

11 The Journal of Infectious Diseases, Best Polio Eradication Initiative Practices in Nigeria with Support from the WHO, volume 213, supplement 3, May 2016; Polio Eradication Initiative Best Practices in the WHO African Region, volume 34, issue 43, October 2016.

12 Rapport de la réunion de la Commission mondiale de la certification, Bali, Indonésie, octobre 2015.

13 Rapport de la réunion de la Commission mondiale de la certification, Amman, Jordanie, octobre 2018.

En 2015, la Commission mondiale de certification de l'éradication de la poliomyélite a recommandé que le confinement en laboratoire du poliovirus sauvage de type 2 et du vaccin antipoliomyélitique Sabin de type 2 soit terminé à l'échelle mondiale en avril 2016 au plus tard. Le confinement constitue un élément essentiel de l'éradication qui permet d'éviter les fuites de poliovirus des laboratoires vers l'environnement ou les populations, ce qui pourrait provoquer des épidémies de grande ampleur et inverser les progrès accomplis vers l'éradication. En mars 2016, tous les États Membres de la Région africaine avaient procédé au confinement en laboratoire, conformément à la phase 1a du plan d'action mondial (GAP III). La Région africaine a été l'une des premières Régions de l'OMS à finaliser le confinement en laboratoire, ainsi que la documentation nationale requise.

En mai 2018, la Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé a adopté une résolution (WHA71.16) visant le confinement des poliovirus et des matières potentiellement infectées par les poliovirus en avril 2019 au plus tard ; un rapport sur les progrès réalisés devant être soumis par le Directeur général de l'OMS à la Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2019. En mars 2019, quarante États Membres de la Région africaine avaient procédé au confinement des matières potentiellement infectées et un plan d'appui technique avait été mis en place, afin que le confinement puisse être achevé dans tous les États Membres en avril 2019 au plus tard, et donc avant la Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé.

En novembre 2018, la Commission africaine de certification de l'éradication de la poliomyélite (ARCC) avait accepté les documents nationaux requis pour la certification de l'éradication de la poliomyélite dans un pays, soumis par 40 États Membres sur 47<sup>14</sup>. En janvier 2019, un plan avait été finalisé pour que l'ARCC accepte les documents présentés par les sept pays restants<sup>15</sup> d'ici fin 2019.

En vue d'accélérer la mise en œuvre des efforts d'éradication, le Bureau régional de l'Afrique a présenté le *cadre pour la certification de l'éradication de la poliomyélite dans la Région africaine* à la soixante-huitième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, tenue en août 2018. Le cadre, qui décrit les activités prioritaires à mener pour obtenir la certification en temps voulu, a été approuvé par les États Membres. Avec la dynamique actuelle, à savoir des progrès constants, un cadre clairement défini, un leadership et un engagement solides, la Région africaine est sur la bonne voie pour obtenir la certification de l'éradication de la poliomyélite au plus tard à la fin de l'année 2019 ou en début d'année 2020.

14 Sept pays attendent l'obtention du statut de pays exempt de poliomyélite, à savoir le Cameroun, la Guinée-Bissau, la Guinée équatoriale, le Nigéria, la République centrafricaine et le Soudan du Sud.

15 La Guinée-Bissau en avril 2019 ; l'Afrique du Sud, la Guinée équatoriale, la République centrafricaine et le Soudan du Sud en septembre 2019, le Cameroun et le Nigéria en décembre 2019.

Se conformant à la décision du Conseil exécutif de l'OMS<sup>16</sup>, depuis 2017, la Région africaine a systématiquement réduit les effectifs financés au titre de la lutte contre la poliomyélite dans les États Membres, en tenant compte des plafonds budgétaires prévus par les pays en matière de ressources humaines. En ce qui concerne la planification de la transition pour la poliomyélite, six<sup>17</sup> des sept États Membres prioritaires de la Région ont finalisé leurs plans de transition pour la poliomyélite chiffrés. Ceux-ci ont été approuvés par leurs comités nationaux de coordination interinstitutions. Au niveau mondial, sur les 17 États Membres prioritaires pour la planification de la transition, seuls sept disposent d'un plan de transition chiffré et approuvé. À l'échelle mondiale, sur les sept États Membres qui avaient finalisé leurs plans de transition en décembre 2018, six sont des États Membres la Région africaine (ce qui représente 86 % des plans qui étaient finalisés, à l'échelle mondiale, en mars 2019). Le Groupe de la politique mondiale de l'OMS a félicité le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique et l'a cité en exemple à suivre par les autres Régions en ce qui concerne la planification de la transition pour la poliomyélite.

Afin de s'assurer que la technologie innovante des systèmes d'information géographique pourra être utilisée dans le cadre d'autres interventions de santé publique et au-delà de la certification de l'éradication de la poliomyélite, l'emploi de cette technologie a été institutionnalisé dans les bureaux des Ministères de la santé de 43 États Membres, afin de permettre à la haute administration de ces départements ministériels d'utiliser les données générées en temps réel pour surveiller la performance de leurs programmes et prendre des mesures en temps voulu.

16 Rapport 2013 du Conseil exécutif de l'OMS sur les effectifs du programme de lutte contre la poliomyélite.

17 Angola, Cameroun, Éthiopie, République démocratique du Congo, Tchad et Soudan du Sud.

## 5. PERSPECTIVES

---

Si l'objectif de la certification de l'éradication de la poliomyélite est en passe d'être atteint, le travail n'est pas pour autant achevé. L'un des derniers défis à relever pour obtenir la certification consiste à maintenir la détermination des gouvernements et des partenaires, lesquels pourraient commencer à sombrer dans l'apathie après plusieurs années de non-détection de cas de poliomyélite. Ce n'est certainement pas le moment de relâcher la vigilance. Au contraire, il faut accélérer la mise en œuvre des activités prévues, telles qu'elles ont été définies dans le cadre pour la certification de l'éradication de la poliomyélite dans la Région africaine, lequel a été approuvé par les Ministres de la santé de tous les États Membres en 2018.

Il est essentiel que les partenaires de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, les gouvernements, les partenaires de développement et les donateurs soutiennent le financement des activités de certification et postcertification réalisées par le Programme de lutte contre la poliomyélite, afin de préserver les acquis de ce programme. Les pays africains ont élaboré des plans nationaux de transition pour la poliomyélite qui permettent de transférer les connaissances, les technologies et les innovations, ainsi que les enseignements tirés et les acquis du Programme de lutte contre la poliomyélite à d'autres interventions de santé publique, afin que cela puisse leur servir. Cependant, aucun financement n'a été mobilisé pour la mise en œuvre de ces plans de transition. Alors que les fonds du Programme pour l'éradication de la poliomyélite commencent à diminuer, il est primordial que des fonds soient débloqués au niveau national pour que les acquis soient transférés de manière adéquate et préservés pour le compte d'autres programmes de santé publique prioritaires. Il s'agira alors véritablement d'un remarquable transfert des acquis de la lutte contre la poliomyélite.

En conclusion, la Région africaine s'est rapprochée de la certification de l'éradication de la poliomyélite. Aucun nouveau cas d'infection par le poliovirus sauvage n'a été notifié depuis 30 mois, et la période requise pour l'obtention de la certification est de 36 mois. Les documents requis pour l'obtention du statut de pays exempt de poliomyélite soumis par 40 pays de la Région africaine

de l'OMS ont été acceptés par la commission de certification compétente, et un appui est fourni aux sept pays restants afin que toute la Région soit certifiée exempte de poliomyélite en fin d'année 2019. Ces progrès ont été rendus possibles par le rôle moteur joué par les gouvernements nationaux, par la collaboration efficace entre les partenaires et par l'adoption d'approches novatrices englobant une surveillance accrue et des campagnes utilisant des systèmes d'information géographique. Nous devons tous nous retrousser les manches, alors que nous nous rapprochons de la ligne d'arrivée pour la certification de l'éradication de la poliomyélite dans la Région africaine.





**Organisation  
mondiale de la Santé**

BUREAU RÉGIONAL DE L'

**Afrique**



Organisation  
mondiale de la Santé

BUREAU RÉGIONAL DE L'**Afrique**

P. O. Box 06, Djoue | Brazzaville | Congo  
Tel | 00 47 241 39437  
Website | [www.afro.who.int](http://www.afro.who.int)