



COMITÉ RÉGIONAL DE L'AFRIQUE

Cinquante-sixième session

Addis-Abéba, Éthiopie, 28 août –1 septembre 2006

Point 10.1 de l'ordre du jour provisoire

**ÉRADICATION DE LA POLIOMYÉLITE DANS LA RÉGION AFRICAINE:
RAPPORT DE SITUATION**

Document d'information

RÉSUMÉ D'ORIENTATION

1. Les efforts d'éradication de la poliomyélite consentis dans les pays de la Région africaine ont été sérieusement contrariés en 2003-2005. En effet, au cours de cette période, le poliovirus sauvage s'est propagé à partir du réservoir d'endémicité subsistant et a réinfecté 16 pays africains précédemment exempts de poliomyélite. En 2004, le Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a adopté une résolution appelant à l'intensification des activités d'éradication de la poliomyélite, afin d'interrompre la transmission du poliovirus sauvage.
2. À la fin de 2005, le nombre de pays d'endémie dans la Région africaine était passé de deux (Niger et Nigeria) à un seul (Nigeria), alors que 12 pays où s'étaient produites des importations de poliovirus sauvage en 2003-2005, étaient redevenus exempts de poliomyélite.
3. En dépit des progrès réalisés, plusieurs défis sont encore à relever. Une transmission de forte intensité du poliovirus sauvage est notamment enregistrée dans le nord du Nigeria. Dans ce pays, au cours de la période de janvier à juin 2006, le nombre de cas confirmés de poliomyélite a plus que doublé, par rapport à la période correspondante de 2005. Le Nigeria représente à lui seul 80% de la charge mondiale de morbidité poliomyélitique.
4. Plusieurs pays de la Région, précédemment exempts de polio, continuent à enregistrer des cas de poliomyélite dus à l'importation du poliovirus sauvage. Au nombre de ces pays, il y a lieu de citer l'Éthiopie, la Namibie, le Niger et la République démocratique du Congo. La persistance d'une faible couverture par la vaccination systématique, les insuffisances de la surveillance et la faible qualité des campagnes de riposte aux flambées épidémiques sont les principaux facteurs de résurgence de la maladie.
5. Le présent rapport, qui fait le point de la situation de l'Initiative pour l'éradication de la poliomyélite dans la Région africaine, est présenté au Comité régional pour information.

TABLE DES MATIERES

	Paragraphes
INTRODUCTION	1
PROGRÈS RÉALISÉS.....	2-7
ENJEUX ET DÉFIS.....	8-10
INTERVENTIONS PRÉVUES	11
CONCLUSION.....	12

INTRODUCTION

1. Les efforts d'éradication de la poliomyélite consentis dans la Région africaine ont été sérieusement contrariés en 2003-2005. En effet, au cours de cette période, le poliovirus sauvage s'est propagé à partir du réservoir d'endémicité subsistant (Niger et Nigeria) et a réinfecté 16 pays africains précédemment exempts de poliomyélite (voir Tableau 1). Cette résurgence de la transmission du poliovirus sauvage est imputable à la faible couverture par la vaccination systématique, à la réduction de l'échelle des campagnes de vaccination et à la suspension des campagnes à l'épicentre du réservoir d'endémicité dans la Région. À sa cinquante-quatrième session, le Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a adopté une résolution appelant à l'intensification des activités d'éradication de la poliomyélite, afin d'interrompre la transmission du poliovirus sauvage.

PROGRÈS RÉALISÉS

2. La volonté politique d'éradiquer la poliomyélite reste très forte dans la Région. En janvier 2005, les Chefs d'Etat africains, réunis pour le Sommet de l'Union africaine à Abuja, ont publié une déclaration de soutien à l'éradication de la poliomyélite. L'Union africaine a plaidé pour l'organisation de campagnes de vaccination synchronisées en plusieurs tournés, à travers l'Afrique centrale, orientale et occidentale.

3. Plus de 100 millions d'enfants de 29 pays d'Afrique centrale, orientale et occidentale ont reçu des doses répétées de vaccin antipoliomyélitique à l'occasion de campagnes de vaccination synchronisées en plusieurs tournés s'échelonnant d'octobre 2004 à décembre 2005.

4. Parmi les innovations qui ont permis d'améliorer l'efficacité des campagnes de vaccination antipolio, on peut citer le recours au vaccin antipoliomyélitique oral monovalent qui suscite des taux de séroconversion plus élevés. Les campagnes intégrées associant toute une série d'antigènes et d'autres interventions en faveur de la survie de l'enfant (Journées de Vaccination Plus) ont rendu la vaccination antipolio plus acceptable dans les communautés à haut risque.

5. À la suite de l'amélioration des campagnes de vaccination, le nombre de pays d'endémie dans la Région est passé de deux à un seul, alors que les 12 pays où s'étaient produites des importations de poliovirus sauvage en 2003-2005, sont redevenus exempts de polio.

6. Des progrès ont également été enregistrés dans l'amélioration de la couverture par la vaccination antipoliomyélitique systématique dans la Région africaine. À la fin de 2005, sur les 46 pays de la Région, 37 avaient signalé des taux de couverture systématique par le vaccin antipolio oral trivalent d'au moins 70%. La Région africaine a maintenu dans 36 pays une surveillance de la paralysie flasque aiguë de la qualité requise pour la certification aux niveaux régional et national.

7. En outre, 28 pays de la Région ont maintenu leur statut de pays exempts de polio pendant au moins trois ans, et 14 d'entre eux, où la surveillance de la paralysie flasque aiguë était de la qualité requise pour la certification, ont saisi la Commission régionale africaine de certification de documents tendant à établir qu'ils étaient exempts de poliomyélite.

ENJEUX ET DÉFIS

8. Une transmission du poliovirus sauvage de très forte intensité continue d'être enregistrée dans le seul pays d'endémie restant de la Région. Le nombre de cas confirmés de poliomyélite dans le nord du Nigeria a plus que doublé au cours des cinq premiers mois de 2006, par rapport à la période correspondante de 2005. Le Nigeria représente à lui seul 80% de la charge mondiale de morbidité poliomyélitique.

9. Plusieurs pays de la Région africaine demeurent à la merci d'importations de poliovirus sauvages parce que la couverture par la vaccination systématique y est faible et que la qualité de la surveillance y laisse à désirer. En 2006, des transmissions du poliovirus sauvage consécutives à des importations ont été signalées en Éthiopie, en Namibie, au Niger et en République démocratique du Congo (Tableau 1).

10. Les difficultés de financement qu'éprouve l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite continuent d'entraver la mise en œuvre des activités prioritaires d'éradication de la poliomyélite. Il manque respectivement US\$ 85 millions et US\$ 400 millions pour soutenir les activités d'éradication de la poliomyélite en 2006 et en 2007-2008.

INTERVENTIONS PRÉVUES

11. Pour relever les défis auxquels elle est encore confrontée, l'Initiative pour l'éradication de la poliomyélite dans la Région africaine prévoit les interventions suivantes :

- a) *Amélioration de la couverture vaccinale dans les États du nord du Nigeria où subsiste l'endémicité* : La qualité des campagnes de vaccination antipoliomyélitique menées dans le cadre des Journées de Vaccination Plus doit être encore améliorée. Les enseignements tirés à la mi-2006, notamment en ce qui concerne la pérennisation de la participation communautaire et la prestation de services de vaccination, doivent servir à améliorer davantage les prochaines campagnes.
- b) *Mise en œuvre d'activités de grande qualité pour riposter aux flambées dans les pays exempts de polio où se produisent des importations du poliovirus sauvage*: Des activités de riposte aux flambées de poliomyélite, telles qu'entérinées par la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, devraient être entreprises et porter notamment sur des recherches de terrain immédiates, le renforcement des activités de surveillance et l'exécution, à temps et sur une grande échelle, d'activités de vaccination pour faire face à la poussée épidémique en utilisant un vaccin antipoliomyélitique oral monovalent, spécifique au type de la souche incriminée.
- c) *Renforcement des activités de vaccination systématique et de surveillance de la poliomyélite* : La vaccination systématique couvrant la totalité des districts et les activités de surveillance active au niveau provincial sont les stratégies recommandées pour améliorer la couverture par la vaccination systématique et maintenir une surveillance du niveau requis pour la certification, particulièrement dans les districts à haut risque.

- d) *Intensification du plaidoyer et de la mobilisation des ressources* : L'existence, chez les gouvernements, les partenaires, la société civile et les communautés, d'une volonté durable d'éradiquer la poliomyélite, est indispensable à ce stade des efforts d'éradication. Il convient également d'intensifier la mobilisation des moyens techniques, matériels et financiers, afin de garantir la mise en œuvre efficace des activités prioritaires d'éradication de la poliomyélite.

CONCLUSION

12. Les progrès réalisés depuis la dernière résolution du Comité régional, en 2004, permettent d'espérer qu'en dépit des difficultés éprouvées récemment, l'objectif d'éradication de la poliomyélite sera toujours réalisable. L'interruption des chaînes subsistantes de transmission du poliovirus sauvage, qui s'avère capitale, passe par des campagnes de vaccination de grande qualité, avec la pleine participation des communautés des zones à haut risque, ainsi que par la pérennisation de la couverture par la vaccination systématique et le comblement des lacunes de la surveillance. Il est particulièrement important de s'assurer que la mise en œuvre des activités prioritaires bénéficie d'un financement suffisant.

Tableau 1: Cas confirmés de poliovirus sauvage¹ par pays, 2002–2006

Pays ²	2002	2003	2004	2005	2006
Angola				10	
Bénin		2	6		
Botswana			1		
Burkina Faso		11	9		
Cameroun		2	13	1	
Cap-Vert ³	1				
République centrafricaine		1	30		
Tchad		24	24		
Côte d'Ivoire		1	17		
Rép. démocratique du Congo					3
Érythrée				1	
Éthiopie			1	22	6
Ghana		8			
Guinée			7		
Mali			19	13	
Namibie					13
Niger	3	39	25	10	4
Nigeria	202	354	783	823	526
Togo		1			
Total régional	206	443	935	872	552

¹ Données transmises par les pays au 27 juin 2006; dernière modification le 4 juillet 2006.

² Entre 2003 et 2005, 16 pays ont été touchés; parmi ceux-ci, 12 ont pu recouvrer le statut de pays exempts de polio en interrompant la transmission du poliovirus sauvage.

³ Le cas signalé au Cap-Vert a été importé.