



COMITÉ RÉGIONAL DE L'AFRIQUE

AFR/RC54/INF.DOC/5

22 juillet 2004

Cinquante-quatrième session

Brazzaville, Congo, 30 août – 3 septembre 2004

ORIGINAL : ANGLAIS

Point 12.1 de l'ordre du jour provisoire

LUTTER CONTRE LA RECRUESCENCE DE LA TRANSMISSION DU POLIOVIRUS SAUVAGE DANS LA RÉGION AFRICAINE

Document d'information

RÉSUMÉ

1. En 1988, lorsque l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté une résolution en vue d'éradiquer la poliomyélite, celle-ci était endémique dans tous les pays de la Région africaine. À la fin de 2002, elle ne l'était plus que dans deux pays. Depuis 2003, la transmission du poliovirus sauvage a fortement augmenté dans ces pays d'endémie, avec des retombées dans neuf pays précédemment indemnes de poliomyélite.
2. Cette recrudescence de la transmission du poliovirus sauvage est imputée à une incapacité de vacciner au moins 90 % de tous les enfants sensibles dans les régions du Niger et du Nigéria où l'endémie est la plus forte. Des différences de qualité persistantes dans les activités de vaccination supplémentaires (AVS) menées dans ces régions ainsi que la suspension de toutes les vaccinations dans l'état de Kano – l'épicentre de cette transmission – ont contribué à l'actuelle augmentation massive de la transmission du poliovirus sauvage qu'on y observe actuellement.
3. Afin d'enrayer la recrudescence de la transmission du poliovirus sauvage dans la Région africaine, des efforts ont été faits pour améliorer la qualité des campagnes de vaccination menées au Nigéria, tout en intensifiant l'action de persuasion en faveur d'une reprise de la vaccination par l'état de Kano. Plusieurs séries de campagnes de vaccination de ratisage de très grande qualité ont été effectuées dans les pays où des importations se sont produites en 2003 et 2004.
4. Trois séries d'AVS d'envergure nationale sont prévues au Niger et au Nigéria en 2004. Elles visent à atteindre au moins 90 % de tous les enfants sensibles, de manière à briser les chaînes de transmission indigène qui subsistent encore. Les pays indemnes de polio exposés au risque d'importations en raison de leur proximité géographique ou de l'existence de liens commerciaux et autres avec le Niger et le Nigéria entreprendront, avant la fin de 2004, deux séries d'AVS afin de stimuler l'immunité des populations. Tous les pays indemnes de poliomyélite doivent étendre la couverture de la vaccination systématique, tout en atteignant et en respectant ensuite la norme de certification des plans de surveillance et de riposte à l'importation de la paralysie flasque aiguë.

SOMMAIRE

	Paragraphes
INTRODUCTION	1–4
ANALYSE DE LA SITUATION	5–12
INTERVENTIONS DÉJÀ EXÉCUTÉES	13–15
INTERVENTIONS ENVISAGÉES	16–21
PROCESSUS D'EXÉCUTION	22–24
OBSERVATION DES PROGRÈS	25–26
CONCLUSION	27

Introduction

1. En 1988, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté la résolution WHA41.28 pour débarrasser le monde de la poliomyélite. À l'époque, la poliomyélite était endémique dans plus de 125 pays, dont les 46 pays de la Région africaine de l'OMS.
2. Dans la Région africaine de l'OMS, l'application des stratégies recommandées pour l'éradication de la polio n'a sérieusement commencé qu'à la suite de la Déclaration relative à l'éradication de la poliomyélite en Afrique adoptée par les Chefs d'Etat africains à Yaoundé en 1996 (AHG/Decl.1.XXXII). Depuis lors, les Chefs d'Etat et les ministres de la santé de toute l'Afrique ont diligenté des activités d'éradication qui, à leur apogée, permettaient d'immuniser annuellement plus de 100 millions d'enfants africains.
3. À l'occasion de quatre de ses sessions, le Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a adopté des résolutions (AFR/RC39/R3, AFR/RC42/R4, AFR/RC44/R7, AFR/RC45/R5) relatives aux activités d'éradication de la poliomyélite. En 2003, la transmission du poliovirus sauvage indigène était interrompue dans 44 des 46 pays de la Région africaine, et la maladie n'y était donc plus considérée comme endémique.
4. Faute d'avoir vacciné tous les enfants sensibles des régions du Nigéria septentrional et du Niger méridional où la poliomyélite est la plus endémique, il s'est produit une recrudescence massive de la transmission du poliovirus sauvage. Cette situation constitue une menace pour l'éradication de la poliomyélite dans la Région africaine.

Analyse de la situation

5. *Transmission du poliovirus sauvage dans la Région africaine* : À la fin de juin 2004, l'Afrique avait signalé cinq fois plus de cas de poliomyélite qu'au cours de la même période de 2003.
6. *Transmission endémique* : La transmission endémique du poliovirus sauvage se poursuit au Niger et au Nigéria. Ces pays interviennent pour 353 (92 %) des 383 cas de polio confirmés enregistrés dans la Région africaine entre le 1^{er} janvier et le 7 juillet 2004. Cette multiplication par plus de cinq du nombre de cas dans ces deux pays depuis 2003 est le résultat de l'incapacité de vacciner une proportion importante des enfants sensibles dans les régions où la polio est la plus endémique. La suspension des activités de vaccination dans l'état de Kano – l'épicentre de l'épidémie, dans le nord du Nigéria – et la qualité sous-optimale des campagnes de vaccination dans les autres régions d'endémicité du Niger et du Nigéria septentrional ont entraîné ce regain d'intensité de la transmission du poliovirus sauvage dans les deux pays.
7. *Transmission importée* : Le séquençage génétique a confirmé que le poliovirus sauvage du réservoir du Niger-Nigéria avait réinfecté huit pays africains de l'ouest et du centre (Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Ghana, République centrafricaine, Tchad et Togo) en 2003, et six pays d'Afrique occidentale, centrale et australe (Bénin, Botswana, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, République centrafricaine et Tchad) en 2004.

8. *Surveillance de la paralysie flasque aiguë* : La surveillance de la polio, telle qu'observée par le signalement des cas de paralysie flasque aiguë (PFA) s'est améliorée entre avril 2003 et mars 2004, particulièrement dans les blocs épidémiologiques d'Afrique orientale et australe. À la fin de mai 2004, des disparités dans la surveillance de la PFA étaient manifestes dans 11 pays de la Région : Algérie, Burkina Faso, Burundi, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Guinée, Guinée-Bissau, Lesotho, Namibie et Sierra Leone.

9. *Vaccination systématique* : En 2003, 29 des 46 pays de la Région signalaient une couverture par le DTC3 au moins égale à 70 %. Toutefois, dans 12 pays cette couverture était inférieure à 60 %.

10. *Certification* : La Commission de Certification de la Région africaine (CCRA) a examiné des documents émanant de huit pays (Burundi, Cameroun, Gambie, Guinée, Malawi, Rwanda, Sénégal et Tanzanie) qui satisfaisaient aux critères de certification. Le travail de la CCRA a été singulièrement compliqué par l'importation du poliovirus sauvage dans des pays comme le Botswana qui sont très éloignés de l'épicentre nigéro-nigérian de la transmission.

11. *Intégration des interventions antipolio* : Beaucoup de pays de la Région ont profité des occasions offertes par l'éradication de la polio pour améliorer la couverture de la vaccination systématique, accélérer le rythme de la lutte antirougeoleuse et faire progresser l'élimination du tétanos maternel et néonatal. Les campagnes de vaccination antipoliomyélitique ont fourni des occasions d'interventions axées sur la distribution de la vitamine A, d'antihelminthiques et de matériaux traités à l'insecticide. Environ 75 % des pays de la Région ont eu recours à des moyens de surveillance de la PFA pour soutenir une surveillance intégrée des maladies, et l'expérience acquise par le Réseau régional de laboratoires antipoliomyélitiques a servi à mettre en place des réseaux analogues pour la rougeole et la fièvre jaune.

12. *Financement de l'éradication de la polio* : Il manque environ US \$100 millions à l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite pour financer les activités prévues en 2004–2005, dont US \$50 millions pour l'Afrique. En outre, on estime que la riposte d'urgence décidée par 21 pays d'Afrique occidentale et centrale nécessitera US \$100 millions de plus au cours des deux prochaines années. La mobilisation des ressources s'intensifie tant à l'échelon international que dans les pays d'endémie ou à haut risque.

Interventions exécutées

13. *Activités de vaccination supplémentaires* : De 1996 à 2002, la plupart des pays de la Région ont mené des AVS de grande qualité. En conséquence, la transmission du poliovirus sauvage indigène a été interrompue dans tous les pays sauf le Niger et le Nigéria. En 2003, des AVS n'ont été effectuées que dans des pays d'endémie ou à haut risque. Dans plusieurs des états du Nigéria septentrional où l'endémie est la plus forte, les AVS ont été interrompues pendant le deuxième semestre de 2003 par suite de craintes infondées quant à la sécurité du vaccin antipoliomyélitique oral. Depuis lors, les AVS ont repris dans tous les états sauf celui de Kano.

14. *Activités au Nigéria* : On s'est attaché à reprendre les AVS dans tous les états du pays et à faire en sorte qu'au moins 90 % des enfants sensibles soient vaccinés pendant ces campagnes. Les actions suivantes ont été entreprises :

- a) L'OMS a fourni aux autorités fédérales du Nigéria des avis d'experts sur la recherche des hormones stéroïdes dans les vaccins ainsi que sur l'interprétation des résultats de cette recherche.
- b) Des discussions de persuasion de haut niveau ont eu lieu avec le Président du Nigéria, le gouverneur de l'état de Kano et les autorités sanitaires fédérales. Le Secrétaire général de l'ONU, le Président de l'Union africaine et des ambassadeurs de l'Organisation de la Conférence islamique, entre autres, ont été associés à ces efforts de persuasion.
- c) L'OMS et ses partenaires ont facilité l'adoption de *fatwas* et d'autres édits par de hautes personnalités religieuses et universitaires musulmanes d'Égypte, d'Arabie saoudite et du Qatar qui précisent que la vaccination ne contredit aucun des enseignements de l'Islam.
- d) L'OMS et l'UNICEF ont aidé les médias internationaux et locaux à mieux comprendre le contexte dans lequel les activités de vaccination antipolio ont été suspendues au Nigéria septentrional, ainsi que la nature et la sécurité du vaccin oral.

15. *Vaccinations de rattrapage* : Afin d'enrayer la transmission du poliovirus importé dans des pays réinfectés d'Afrique, un total de 63 millions d'enfants ont été vaccinés à l'occasion des campagnes menées en octobre, novembre et décembre 2003. Ces campagnes ont entraîné US\$ 25 millions de frais supplémentaires. Le Botswana et le Ghana ont fourni des ressources nationales pour couvrir une part importante du coût de ces campagnes.

Interventions envisagées

16. On relancera des campagnes de vaccination antipolio de masse à travers le Nigéria septentrional. La proportion d'enfants atteints sera améliorée et portée à plus de 90 % dans chaque campagne menée tant au Niger qu'au Nigéria. C'est absolument nécessaire si l'on veut garantir l'interruption de la transmission endémique persistante du poliovirus sauvage dans ces pays.

17. Au moins deux séries de campagnes nationales de vaccination de grande qualité seront effectuées dans 21 pays d'Afrique occidentale et centrale pour interrompre la transmission du poliovirus sauvage dans la sous-région.

18. Il est nécessaire que l'Angola et la République démocratique du Congo effectuent deux séries de campagnes de vaccination de grande qualité dans les régions à haut risque.

19. Il importe que les pays ne négligent aucune occasion de mener des campagnes de vaccination pour stimuler l'immunité des populations et prévenir ainsi les importations de poliovirus sauvage dans les pays indemnes de poliomyélite.

20. Il est nécessaire que tous les pays se dotent de plans de préparation aux situations d'épidémie pour pouvoir riposter rapidement aux importations. Celles-ci feront courir un risque aussi longtemps que la polio n'aura pas été éradiquée partout, et il convient de les considérer comme une menace urgente pour la santé publique.

21. Enfin, il faut que tous les pays redoublent d'efforts pour intensifier la vaccination systématique et la surveillance de la polio, les deux meilleures armes dont on dispose contre les importations de poliovirus.

Processus d'exécution

22. Pour poursuivre le processus d'exécution, il faut que les pays :

- a) fassent preuve, à tous les niveaux, de la plus grande volonté politique et du rôle directeur le plus déterminé pour faciliter une application de bonne qualité des stratégies appropriées d'éradication de la polio;
- b) s'approprient l'initiative pour l'éradication de la polio et en dirigent l'application dans le pays selon des modalités propices au renforcement des systèmes nationaux de santé;
- c) préconisent et appuient une action visant à garantir des activités d'éradication de la polio de grande qualité dans les réservoirs où la polio est encore endémique dans la Région africaine de l'OMS;
- d) aient recours aux mécanismes du Comité de Coordination interorganisations pour mobiliser des moyens humains, matériels et financiers existant à l'intérieur du pays afin de garantir l'exécution d'activités prioritaires d'éradication de la polio;
- e) en appellent aux partenaires pour obtenir les moyens supplémentaires nécessaires à l'exécution d'activités planifiées d'éradication de la polio jusqu'à ce que l'Afrique soit certifiée indemne de poliomyélite.

23. Le rôle de l'OMS est de :

- a) fournir une assistance technique en réponse aux demandes des Etats Membres afin d'appuyer la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des activités d'éradication de la polio;
- b) continuer à mobiliser le soutien matériel et financier nécessaire à la mise en œuvre des activités d'éradication de la polio qui auront été planifiées.

24. Les institutions partenaires sont invitées à intensifier leur soutien matériel, technique et financier à certaines activités prioritaires visant à interrompre la transmission du poliovirus sauvage.

Observation des progrès

25. Chaque pays doit mettre en place un système d'observation mensuelle de l'état d'avancement de l'éradication de la polio.

26. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique doit rendre compte chaque année au Comité régional de l'état d'avancement de l'éradication de la polio dans la Région.

Conclusion

27. Les progrès considérables et la riche expérience réalisés en Afrique depuis le lancement de la campagne “Bouter la poliomyélite hors d’Afrique!” lors du Sommet de l’Organisation de l’Unité africaine (OUA) à Yaoundé en 1996, démontrent clairement qu’une Afrique sans polio est un objectif réalisable. La riposte d’urgence de l’Afrique à la propagation du poliovirus dans l’ouest et le centre du continent sauvegardera cet acquis et les énormes investissements faits pour y éradiquer cette maladie invalidante. Rempporter ce grand succès de santé publique en Afrique dépend de l’esprit d’initiative et du soutien des gouvernements, des bailleurs de fonds et des organisations internationales afin de donner ensemble le dernier coup de collier pour éradiquer la transmission de la poliomyélite d’ici à la fin de 2004.

