

RIPOSTE À UNE FLAMBÉE ÉPIDÉMIQUE DE POLIOMYÉLITE CÔTE D'IVOIRE ET PAYS VOISINS (au 12 avril 2011)

Historique et situation actuelle:

Le 5 avril 2011, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a reçu la notification préalable d'un cas de poliomyélite due au PVS3 en Côte d'Ivoire (l'attaque de paralysie étant survenue le 27 janvier 2011, dans la province de Bas Sassandra au sud-ouest du pays). Par la suite, l'Organisation a reçu la notification préalable de deux autres cas de PVS3 originaires de la même province. Le séquençage génétique des virus isolés montre qu'ils sont liés au PVS3 découvert pour la dernière fois au Nigéria septentrional, au milieu de l'année 2008. C'est le premier PVS3 trouvé en Côte d'Ivoire depuis 1999. En 2008-2009, la Côte d'Ivoire avait été touchée par la flambée épidémique de PVS1 qui avait frappé l'Afrique de l'Ouest.

L'OMS a également reçu la notification préalable d'un nouveau PVS3 détecté au Mali (l'attaque de paralysie étant survenue le 8 février 2011, dans la province de Mopti, à proximité de la frontière avec le Burkina Faso et avec le Niger). Le séquençage génétique de ce dernier PVS3 révèle qu'il est étroitement lié à son homologue mis en évidence en 2010 au Nigéria, au Niger et au Mali.

Des recherches de grande ampleur sont en cours afin de cerner plus précisément les déficits de la région en matière de surveillance infranationale sous-optimale, notamment auprès des populations mobiles, migrantes et mal desservies. L'historique de la propagation internationale de la poliomyélite montre que le virus se déplace périodiquement du Nigéria vers le Niger et le Burkina Faso, puis progresse vers d'autres régions d'Afrique de l'Ouest (dont la Côte d'Ivoire et le Mali).

Conséquences:

Les conséquences de l'identification du PVS3 en Côte d'Ivoire sont triples:

1. c'est la première fois depuis 2000 que le PVS3 a été recensé dans cette partie de l'Afrique de l'Ouest (la transmission du PVS3 s'était limitée au Nigéria septentrional et à certaines parties du Niger et, depuis 2008, il a gagné aussi certaines parties du Mali, ainsi que le Bénin où un cas a été détecté);
2. au plan mondial, le PVS3 est à son niveau le plus faible de transmission dans les annales, puisque cinq cas seulement ont été déclarés dans le monde en 2011 – les efforts déployés pour interrompre rapidement toutes les chaînes de transmission restantes étant une priorité essentielle de l'action mondiale d'éradication de la poliomyélite; et
3. la détection des cas liés au PVS3 qui a circulé en 2008 souligne le risque présenté par une surveillance infranationale sous-optimale au regard de l'action mondiale d'éradication de la poliomyélite.

Prochaines étapes:

- La priorité absolue est de juguler de toute urgence la flambée épidémique de PVS3 survenue en Côte d'Ivoire et au Mali, tout en maintenant un taux élevé d'immunité au PVS1 dans toute la population d'Afrique de l'Ouest.
- Au Mali, des journées nationales de vaccination (JNV) seront lancées le 29 avril, suite à celles qui ont eu lieu le 25 mars, en synchronisation avec 15 pays d'Afrique de l'Ouest (à l'exception de la Côte d'Ivoire, voir le tableau ci-dessous). Dans 13 de ces pays, dont le Mali, le nouveau VPO bivalent (contenant des sérotypes 1 et 3) a été administré pour stimuler l'immunité à la fois au PVS1 et au PVS3. Le Burkina Faso, le Mali et le Niger ont, récemment, tous conduit des activités de vaccination

supplémentaire (AVS) par le VPO bivalent (depuis novembre 2010). La plupart des régions auront recours au VPO trivalent lors des AVS du 29 avril.

- Une nouvelle riposte à la flambée épidémique est actuellement en cours de planification dans six pays. Elle entraînera probablement d'autres activités de vaccination supplémentaire plurinationales, synchronisées. On évoque actuellement la possibilité d'avancer la tenue des AVS (prévues au quatrième trimestre) pour qu'elles aient lieu plus tôt dans l'année.
- La Côte d'Ivoire, qui ne participe pas aux activités de vaccination supplémentaire de mars-avril en raison de la situation sécuritaire actuelle, projette de mettre en place dans les meilleurs délais les capacités techniques, vaccinales et opérationnelles nécessaires au lancement d'une intervention d'urgence. Une évaluation rapide a lieu en ce moment dans le sud-ouest du pays, ainsi qu'au Libéria, afin notamment de régler la question de l'accès aux populations déplacées. Le Siège de l'Organisation et le Bureau régional OMS de l'Afrique coordonnent leur action avec les services d'intervention humanitaire (qui appuient les activités menées en Côte d'Ivoire et qui sont en contact avec d'autres organisations des Nations Unies). La coordination est constante avec les autres organisations des Nations Unies et ONG à l'œuvre en Côte d'Ivoire et dans les pays voisins (en particulier au Libéria, pays qui devra peut-être accueillir massivement des populations déplacées) afin de veiller à ce que le VPO soit ajouté à toutes les activités de vaccination prévues, quelles qu'elles soient. Une campagne de vaccination de grande ampleur sera organisée dès que possible dans le district et la province concernés.
- Aussitôt que la situation sécuritaire le permettra, trois JNV complètes seront mises en œuvre coup sur coup, au cours desquelles seront administrés le VPO bivalent et le VPO monovalent de type 3 en association. La transmission actuelle fera l'objet d'un suivi et des opérations de quadrillage seront effectuées en fonction des impératifs épidémiologiques.
- Une série de mesures urgentes qui seront mises en œuvre pour renforcer la surveillance infranationale sont à l'étude. L'accent sera mis en particulier sur une meilleure cartographie des populations mobiles, migrantes et mal desservies. On commencera par réaliser des études épidémiologiques afin de cerner plus précisément les déficits de surveillance infranationale. On insistera sur toute la ceinture d'importation du PVS d'Afrique subsaharienne, et plus particulièrement sur le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, le Mali, le Niger et le Nigéria. Des spécialistes techniques se rendront sur le terrain afin d'élucider l'origine des lacunes mises en évidence et de trouver la façon d'y remédier. Une assistance technique à plus long terme sera élargie aux régions où les résultats sont très préoccupants, et priorité sera donnée à celles où la capacité du système de santé se révèle assez faible.

CÔTE D'IVOIRE: ESTIMATIONS DES BESOINS DE RESSOURCES FINANCIÈRES EXTÉRIEURES, 2011

À l'exclusion des dépenses d'appui au programme (tous les chiffres sont indiqués en US \$)

	2011	Campagne de vaccination d'urgence	Total 2011
VPO pour les AVS (UNICEF)	3 462 962,00	1 110 146,00	4 573 108,00
Opérations pour les AVS (WHO)	3 094 309,00	983 561,00	4 077 870,00
Communication et mobilisation sociale (UNICEF)	497 770,00	–	497 770,00
Surveillance (annuelle / WHO)	290 000,00	–	290 000,00
Assistance technique (annuelle/ WHO)	1 040 000,00	–	1 040 000,00
Assistance technique (annuelle/ UNICEF)	70 000,00	–	70 000,00
TOTAL GÉNÉRAL	8 455 041,00	2 093 707,00	10 548 748,00