



Initiative mondiale pour
l'éradication de la

poliomyélite

**Plan stratégique
2001-2005**

Initiative mondiale pour
l'éradication de la

poliomyélite

Plan stratégique 2001-2005

Département Vaccins et
produits biologiques



*Organisation mondiale de la Santé
2000*

**Le Département Vaccins et produits biologiques remercie les donateurs
dont l'appui financier a rendu possible l'élaboration du présent document.**

**Ce document a été préparé par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) en collaboration avec Rotary International,
les Centers for Disease Control des Etats-Unis (CDC), le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) et d'autres partenaires.**

**Le présent document a été élaboré par l'équipe du Programme élargi de vaccination
du Département Vaccins et produits biologiques.**

**Numéro de référence pour les commandes : WHO/POLIO/00.05
Imprimé en septembre 2000
(Version anglaise imprimée en septembre 2000)**

**Ce document ainsi que d'autres documents préparés par V&B sont disponibles sur Internet :
www.polioeradication.org**

**Pour commander des exemplaires, s'adresser à :
Organisation mondiale de la Santé
Département Vaccins et produits biologiques
CH-1211 Genève 27 (Suisse)
Télécopie : + 41 22 791 4193 • Adresse électronique : polioepi@who.int**

© Organisation mondiale de la Santé 2000

**Ce document n'est pas une publication officielle de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et tous les droits y afférents
sont réservés par l'Organisation. S'il peut être commenté, résumé, reproduit ou traduit sans aucune restriction,
partiellement ou en totalité, il ne saurait cependant l'être pour la vente ou à des fins commerciales.**

Les opinions exprimées dans des documents par des auteurs cités nommément n'engagent que lesdits auteurs.



Table des matières

Glossaire des termes principaux et abréviations	iv
Résumé d'orientation	vii
1. Généralités	1
1.1 Progrès et situation actuelle de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite	1
1.2 Stratégies d'éradication de la poliomyélite et qualité de leur mise en œuvre	2
2. Le Plan stratégique 2001-2005 : but, objectifs, calendrier et étapes principales	3
3. Éléments du Plan stratégique 2001-2005	4
3.1 Intensifier les JNV et les campagnes de ratissage	4
3.2 Assurer une surveillance au niveau voulu pour la certification	4
3.3 Confiner en laboratoire les stocks de poliovirus sauvage	5
3.4 Élaborer une stratégie consensuelle pour l'arrêt de la vaccination antipoliomyélique	5
3.5 Renforcer les programmes nationaux de vaccination (PEV)	6
4. Application du Plan stratégique : problèmes et solutions	7
4.1 Principaux problèmes	7
4.2 Autres problèmes	8
5. Le rôle des partenaires	10
6. Ressources financières nécessaires pour la période 2001-2005	12
7. Au-delà de 2005 : les activités après la certification	14
Annexe 1 : Mesures prioritaires à prendre par les pays en fonction des progrès accomplis en vue de l'éradication de la poliomyélite	15
Annexe 2 : Séries d'activités de vaccination supplémentaires dans les pays d'endémie et les pays d'endémicité récente ou à haut risque	16
Annexe 3 : Objectifs annuels pour la période 2000-2005	18

Glossaire des termes principaux et abréviations

JLV	Journées locales de vaccination
JNV	Journées nationales de vaccination
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PFA	Paralysie flasque aiguë
VPO	Vaccin antipoliomyélitique oral

Pays prioritaires :

- **Pays réservoirs** (Bangladesh, Éthiopie, Inde, Nigéria, Pakistan, République démocratique du Congo) : ces pays se caractérisent par une forte densité de population, un taux de natalité élevé, une faible couverture par la vaccination systématique dans certaines parties au moins du pays et des conditions d'assainissement qui ne sont pas optimales. Vu l'intensité de la transmission du poliovirus et le nombre élevé des cas, ces pays constituent des «réservoirs mondiaux» de poliovirus, qu'ils exportent dans les pays voisins.
- **Pays en proie à des conflits** (Afghanistan, Angola, République démocratique du Congo, Somalie et Soudan) : la vaccination et les activités de surveillance sont rendues particulièrement difficiles dans ces pays par les conflits en cours, auxquels s'ajoutent la destruction/l'affaiblissement des infrastructures.

Comités de coordination interorganisations (CCI) : comités créés pour examiner les besoins financiers, coordonner l'apport des organismes partenaires et concevoir des stratégies destinées à pallier les déficits financiers. Les CCI surveillent également les progrès réalisés sur la voie de l'éradication de la poliomyélite et facilitent la communication des résultats aux décideurs nationaux.

Stratégies d'éradication de la poliomyélite :

- 1. Importante couverture des nourrissons par la vaccination systématique par le VPO :** l'initiative pour l'éradication de la poliomyélite repose sur la vaccination systématique. Tous les pays visent à vacciner au moins 90 % de tous les nourrissons, auxquels quatre doses de VPO auront été administrées avant leur premier anniversaire par les services de vaccination systématique. Ces doses font partie de la couverture vaccinale de base recommandée par le Programme élargi de vaccination (PEV) pour protéger les enfants contre les principales causes de morbidité et de mortalité pendant l'enfance (poliomyélite, diphtérie, coqueluche, tétanos du nouveau-né, rougeole, tuberculose, hépatite B et fièvre jaune). Une couverture importante par la vaccination systématique réduit l'incidence de la poliomyélite et ouvre la voie à l'éradication.
- 2. Journées nationales de vaccination (JNV) :** les JNV sont l'activité la plus importante pour l'interruption de la circulation du poliovirus sauvage dans les pays d'endémie. Pendant les JNV, deux doses de VPO sont administrées à un mois d'intervalle à tous les enfants de moins de cinq ans d'un pays, quels que soient leurs antécédents vaccinaux. Il faut au moins trois années consécutives de JNV pour interrompre la transmission. La stratégie des JNV est destinée à interrompre la transmission du poliovirus sauvage, et non à organiser des campagnes pour accroître la vaccination systématique. Contrairement aux JNV qui couvrent l'ensemble d'un pays, les journées locales de vaccination (JLV) ont pour cible les enfants qui vivent dans des régions particulières d'un pays où le risque de poliomyélite est particulièrement élevé.
- 3. Surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA) et examens de laboratoire :** la surveillance de la PFA est établie dans tous les pays d'endémie poliomyélitique ou d'endémie récente pour assurer le dépistage de tous les cas de poliomyélite. Le but de la surveillance de la PFA est de déclarer et d'examiner «tout cas de paralysie flasque aiguë, y compris le syndrome de Guillain-Barré, chez les enfants

de moins de 15 ans et tout cas présumé de poliomyélite chez les personnes de tous âges». Un certain nombre d'indicateurs ont été établis pour surveiller la performance des systèmes de surveillance de la PFA. Même en l'absence de circulation du poliovirus sauvage, le plus important est que les systèmes de surveillance soient capables : 1) de détecter au moins un cas de PFA pour 100 000 habitants de moins de 15 ans ; 2) de veiller à ce que deux échantillons de selles adéquats soient recueillis chez plus de 80 % des cas de PFA ; 3) de faire en sorte que tous les échantillons soient examinés dans un laboratoire agréé par l'OMS.

Un réseau international de laboratoires a maintenant été établi sous les auspices de l'OMS ; il comprend des laboratoires nationaux qui assurent l'isolement et l'identification du virus, des laboratoires régionaux de référence qui différencient les virus sauvages et vaccinaux et des laboratoires de référence spécialisés qui soutiennent le réseau et effectuent le séquençage des gènes des virus sauvages pour aider à déterminer les voies de transmission. Tous les laboratoires du réseau doivent se plier avec succès à un processus d'accréditation et surveiller leur performance au moyen d'indicateurs déterminés.

- 4. Campagnes de ratissage :** les données de la surveillance de la PFA sont utilisées pour déterminer les derniers maillons de la chaîne de transmission du poliovirus sauvage dans chaque zone géographique. Dans ces zones, deux doses de VPO sont administrées à tous les enfants de moins de cinq ans, quels que soient leurs antécédents vaccinaux, par des équipes de vaccination qui vont de maison en maison. Ces campagnes de vaccination intensives améliorent la couverture et assurent que les enfants les plus difficiles à atteindre sont vaccinés, faisant ainsi sauter les derniers maillons de la chaîne de transmission du poliovirus sauvage. Les activités de ratissage, outre l'administration de doses de VPO supplémentaires, incluent souvent une recherche active des cas de PFA.

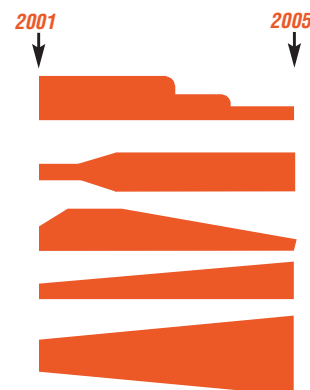


Résumé d'orientation

Des progrès extraordinaires ont été faits sur la voie de l'éradication mondiale de la poliomyélite. Fin 1999, la maladie était considérée comme endémique dans trente pays seulement, contre 50 en 1998. Une décennie avait en revanche été nécessaire, de 1988 à 1998, pour ramener le nombre des pays d'endémie de 125 à 50. Après 2000, cependant, la transmission de la poliomyélite restera encore probable dans 20 pays d'endémie et l'éradication de la poliomyélite exigera un travail considérable. Si des activités de qualité sont entreprises rapidement, la cible fixée pour 2005, à savoir la certification de l'absence de poliomyélite dans le monde, pourrait être atteinte. Les économies annuelles réalisées du fait de l'arrêt de la vaccination et des dépenses de santé évitées s'élèveraient à US \$1,5 milliard.

L'éradication de la poliomyélite nécessite la mise sur pied d'un programme de travail prévoyant l'application stratégique dans les pays d'endémie et un confinement rigoureux en laboratoire des stocks de poliovirus dans les pays industrialisés. La réalisation des bienfaits humanitaires et économiques de l'éradication de la poliomyélite suppose aussi l'établissement d'un consensus international sur la politique de vaccination future. Le Plan stratégique 2001-2005 définit les cinq grandes catégories d'activités qui seront nécessaires pour mener à bien en 2005 l'éradication de la poliomyélite et la certification de l'éradication, comme suit :

- **Organiser des Journées nationales de vaccination (JNV) efficaces et de qualité et des campagnes de ratissage pour interrompre la transmission du poliovirus sauvage.**
- **Élaborer et maintenir des systèmes de surveillance et de laboratoire du niveau voulu pour la certification qui soient capables de déterminer rapidement les zones infectées.**
- **Assurer le confinement en laboratoire des stocks de poliovirus sauvage.**
- **Élaborer une stratégie consensuelle pour arrêter la vaccination antipoliomyélitique après la certification de l'éradication.**
- **Utiliser l'éradication de la poliomyélite pour renforcer et étendre les services de vaccination systématique.**



C'est essentiellement la qualité des activités de vaccination supplémentaires et de la surveillance qui décidera quand la poliomyélite sera éradiquée. Des

activités de qualité insuffisante se traduiront par une couverture incomplète pendant les JNV et par un retard dans la détection des zones infectées. Ces problèmes sont aggravés dans de nombreux pays par la faiblesse de la couverture par la vaccination systématique.

Les trois principales difficultés à surmonter pour assurer la qualité des activités d'éradication sont les suivantes :

- assurer l'accès à tous les enfants, y compris ceux qui vivent dans des pays et des régions en proie à des conflits ;
- mobiliser des ressources financières suffisantes auprès des secteurs public et privé pour obtenir les US \$450 millions qui manquent encore ;
- maintenir l'engagement politique dans les pays d'endémie comme dans les pays exempts de poliomyélite.

Le succès de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a été attribué aux efforts concertés d'un partenariat dynamique des secteurs public/privé, dirigé par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), Rotary International, les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) et le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), auquel étaient associés des gouvernements nationaux, des organisations non gouvernementales, des entreprises et de nombreux particuliers dans le monde. Les difficultés décrites dans ce plan peuvent être surmontées, mais seulement à condition que les partenaires existants et nouveaux maintiennent leur appui jusqu'à la fin de 2005. □



1. Généralités

Le présent Plan stratégique 2001-2005 actualise le Plan d'action pour l'éradication mondiale de la poliomyélite d'ici à l'an 2000¹. Ce Plan stratégique vise à définir le vaste programme de travail qui sera nécessaire au cours de ces cinq prochaines années pour mener à bien l'éradication de la poliomyélite, certifier l'éradication mondiale de la poliomyélite en 2005 et établir un consensus sur le calendrier et les modalités de l'arrêt de la vaccination antipoliomyélique. Les activités de ce Plan stratégique serviront de cadre aux gouvernements et organisations partenaires pour atteindre ces objectifs. Les références bibliographiques citées dans le présent document fournissent des détails sur chaque domaine de travail. □

1.1 Progrès et situation actuelle de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite

En mai 1988, la Quarante et Unième Assemblée mondiale de la Santé s'est engagée au nom des États Membres et de l'Organisation mondiale de la Santé en faveur de l'éradication mondiale de la poliomyélite, en soulignant qu'il fallait «poursuivre les efforts d'éradication de façon à renforcer le développement du Programme élargi de vaccination dans son ensemble, stimulant la contribution que celui-ci apporte ensuite au développement de l'infrastructure sanitaire et des soins de santé primaires»². Le plan d'action du Sommet mondial pour les enfants de 1990 a réaffirmé cet objectif³. Une large coalition de partenaires, sous l'égide de l'OMS, de Rotary International, des CDC et de l'UNICEF a été mise sur pied pour parvenir à l'éradication. La date cible de l'éradication mondiale a été fixée à la fin de l'an 2000, la certification devant intervenir en 2005. Une fois que la maladie sera éradiquée, aucun enfant ne subira plus jamais d'infirmité à cause de la poliomyélite, aucune famille n'aura à supporter la souffrance d'avoir à s'occuper d'un enfant frappé d'infirmité et des économies estimées à US \$1,5 milliard par an seront réalisées, car il ne faudra plus vacciner la population contre la poliomyélite ni soigner les malades⁴.

Des progrès extraordinaires en vue de l'éradication de la poliomyélite ont été réalisés depuis 1988. La transmission a été interrompue dans la Région des Amériques, dans la Région européenne et dans la Région du Pacifique occidental. Plus de 75 pays sont désormais exempts de poliomyélite. Dans le monde entier, le nombre des cas a diminué de plus

de 95 % depuis le début de l'initiative puisque l'on est passé de 350 000 cas estimés en 1988 à 7092 cas notifiés en 1999⁵.

En mai 2000, le groupe consultatif technique mondial de l'éradication de la poliomyélite a fait le point de la situation concernant l'éradication et réaffirmé que des progrès sans précédent avaient été accomplis⁶. On ne comptait plus que 30 pays d'endémie à la fin de 1999 (figure 1) contre 50 en 1998, alors qu'il avait fallu dix ans pour ramener le nombre de pays d'endémie de 125 en 1988 à 50 en 1998. Toutefois, le groupe a également déclaré que la transmission du poliovirus se poursuivrait probablement dans une vingtaine de pays après l'an 2000 même si, dans la plupart des cas, le niveau de cette transmission serait faible. Le groupe a conclu que la certification mondiale de l'éradication en 2005 est possible si des efforts intensifiés de haute qualité sont rapidement entrepris en vue de l'arrêt de la transmission dans tous les pays dans les 12 à 24 mois suivant la date cible de l'éradication.

Grâce à l'éradication de la poliomyélite, l'infrastructure de la santé publique a été sensiblement renforcée par des investissements substantiels dans les pays en développement dans les domaines de la chaîne du froid, des transports et des communications. Bien souvent, ce renforcement s'est doublé d'améliorations significatives de la gestion des programmes de

¹ Éradication mondiale de la poliomyélite d'ici à l'an 2000 : plan d'action. WHO/EPI/GEN/96.03.

² WHA41.28 Éradication mondiale de la poliomyélite d'ici à l'an 2000.

³ Plan of Action for Implementing the World Declaration on the Survival, Protection and Development of Children in the 1990s, UNICEF, 1990.

⁴ Bart KJ, Foulds J, Patriarca P. The global eradication of poliomyelitis: benefit-cost analysis. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* 1996; 45 : 911-4.

⁵ Données disponibles au 31 août 2000.

⁶ Report of the fifth meeting of the Global Technical Consultative Group for Poliomyelitis Eradication, Geneva, 8-10 May, 2000 (sous presse).

vaccination, de la surveillance et des services de laboratoire. En outre, une supplémentation en vitamine A a été administrée aux enfants dans plus de 60 pays, ce qui a permis de sauver plus de 300 000 vies en 1998 et 1999⁷.

1.2 Stratégies d'éradication de la poliomyélite et qualité de leur mise en œuvre

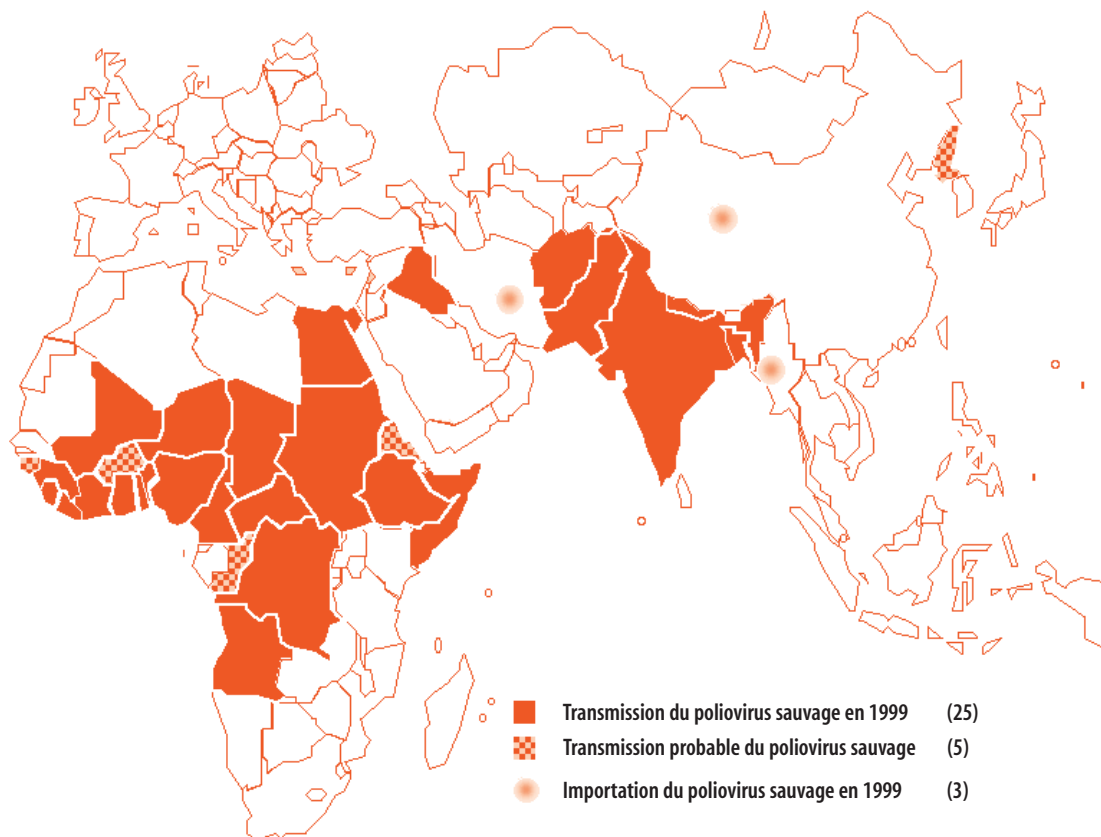
Les quatre stratégies fondamentales suivantes ont fait leurs preuves en matière d'éradication de la poliomyélite : 1) couverture vaccinale systématique élevée du nourrisson par au moins quatre doses de vaccin antipoliomyélitique oral (VPO) avant l'âge de un an ; 2) administration de doses supplémentaires de VPO à tous les enfants âgés de moins de cinq ans à l'occasion de JNV ; 3) surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA) avec examen de laboratoire de tous les cas ; 4) campagnes de ratissage porte à porte permettant d'interrompre les dernières chaînes de transmission du poliovirus.

Le facteur le plus important qui détermine le moment où la transmission du poliovirus sera interrompue est la qualité des activités de vaccination supplémentaires et la surveillance de la PFA au niveau voulu pour la certification. Les activités de qualité insuffisante favorisent au contraire :

- la poursuite de la transmission du poliovirus, certains enfants échappant aux activités de vaccination supplémentaires comme les JNV ;
- la mise en évidence tardive des zones infectées en raison d'une surveillance inadéquate de plusieurs pays et populations ;
- l'accumulation de groupes importants d'enfants sensibles à la maladie en raison d'une couverture vaccinale systématique par le VPO peu élevée dans des pays à faible système de fourniture de vaccins, notamment dans les zones touchées par des conflits. □

⁷ Ching P et al. The childhood mortality impact of integrating vitamin A supplements with immunization campaigns. *American Journal of Public Health* 2000 (sous presse).

Figure 1 : Les 30 pays d'endémie (transmission effective ou probable du poliovirus sauvage) et les trois pays ayant enregistré des cas importés dus au poliovirus sauvage, à fin 1999





2. Le Plan stratégique 2001-2005 : but, objectifs, calendrier et étapes principales

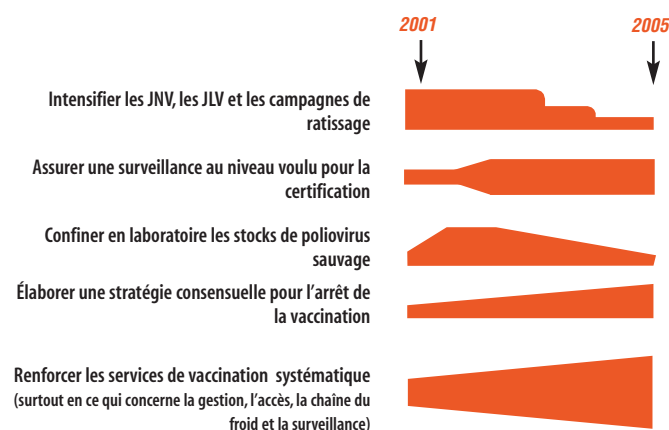
Le **but** du Plan stratégique 2001-2005 est de définir le champ des activités nécessaires pour interrompre la transmission du poliovirus sauvage dans le monde dans les deux ans suivant la date cible de l'éradication de l'an 2000 fixée par l'Assemblée mondiale de la Santé en 1988 et de certifier l'éradication de la poliomyélite d'ici à la fin de 2005.

Les **objectifs** du Plan stratégique sont les suivants :

- interrompre la transmission du poliovirus sauvage au moyen de JNV efficaces et de haute qualité et de campagnes de ratisage et fournir des doses supplémentaires de vaccin antipoliomyélitique oral aux enfants jusqu'à la certification mondiale ;
- mettre sur pied et maintenir des systèmes de surveillance et de laboratoire au niveau voulu pour la certification qui soient capables de déterminer rapidement les zones infectées ;
- assurer le confinement en laboratoire des stocks de poliovirus sauvage ;
- élaborer une stratégie consensuelle pour l'arrêt de la vaccination antipoliomyélitique après la certification de l'éradication ;
- utiliser l'éradication de la poliomyélite pour renforcer et étendre les services de vaccination.

Le **calendrier** général à suivre dans l'application des éléments du plan stratégique apparaît dans le schéma ci-dessous (figure 2).

Figure 2 : Calendrier de mise en œuvre du Plan stratégique 2001-2005



Les principales **étapes** du plan sont les suivantes :

- à la fin de l'an 2000, on comptera au maximum 20 pays d'endémie ;
- à la fin de 2001, on comptera au maximum 10 pays d'endémie et la surveillance au niveau voulu pour la certification sera assurée par tous les pays d'endémicité ou d'endémicité récente ;
- à la fin 2002, la transmission du poliovirus sauvage sera interrompue dans le monde et le processus de confinement aura commencé dans toutes les Régions de l'OMS ;
- à la fin de 2003, on aura définitivement identifié les dépôts où seront conservés les poliovirus sauvages dans le monde ;
- à la fin de 2004, une stratégie consensuelle aura été élaborée pour l'arrêt de la vaccination antipoliomyélitique ;
- à la fin de 2005, l'éradication mondiale de la poliomyélite aura été certifiée et les systèmes de vaccination systématique seront renforcés avec une couverture cible de 80 % dans 80 % des districts dans le monde. □



3. Éléments du Plan stratégique 2001-2005

Le Plan stratégique comprend les cinq éléments principaux développés ci-dessous. Chaque pays établit un ordre de priorité pour l'application de ces éléments sur la base de sa situation selon qu'il s'agit : 1) d'un pays d'endémie ; 2) d'un pays d'endémicité récente ou à haut risque ; 3) d'un pays à risque faible ; 4) d'un pays certifié exempt de poliomyélite (annexe 1).

3.1 Intensifier les JNV et les campagnes de ratissage

Il faut intensifier les JNV de haute qualité et les campagnes de ratissage afin d'interrompre les derniers maillons de la chaîne de transmission dans les pays d'endémie et d'éviter la résurgence de la poliomyélite dans les pays d'endémicité récente soit par l'importation soit par une faible transmission virale autochtone passant inaperçue.

De 2000 à 2002, les activités de vaccination supplémentaires (JNV et campagnes de ratissage) seront intensifiées pour interrompre la transmission du virus dans les 30 derniers pays d'endémie et éviter la résurgence dans les pays d'endémicité récente à haut risque. L'«intensification» englobe :

- l'organisation de plus de deux séries annuelles de JNV ;
- l'amélioration de la qualité de la vaccination supplémentaire pour atteindre chaque enfant⁸, en particulier par :
 - ✓ l'utilisation intensive de la vaccination porte à porte (enfant par enfant), surtout dans les zones à haut risque, à l'occasion des JNV/JLV ;
 - ✓ une approche plurisectorielle qui associe des organisations multiples du secteur public (santé, éducation, transport, communications, selon le cas) et les organisations non gouvernementales afin d'atteindre tous les enfants ;
 - ✓ une micro-planification détaillée ;
 - ✓ une mobilisation sociale étendue ;
 - ✓ une supervision complète de la planification et de la mise en œuvre ;

- une évolution rapide vers la surveillance de la PFA au niveau voulu pour la certification pour fournir l'information nécessaire à la planification des activités de vaccination supplémentaires, par la formation, l'équipement et le déploiement du personnel national et international.

Le Groupe de consultations techniques mondial de mai 2000 a recommandé que tous les pays d'endémie organisent plus de deux séries annuelles de JNV. Les séries de vaccination supplémentaire recommandées par le groupe pour chaque pays d'endémie et d'endémicité récente/à haut risque pendant la période 2000-2005 apparaissent à l'annexe 2. Des JNV et des campagnes de ratissage seront nécessaires dans tous les pays d'endémie et d'endémicité récente pendant les trois à cinq prochaines années. La détermination exacte du nombre et du type de séries d'activités de vaccination supplémentaires interviendra chaque année au niveau des pays sur la base de la situation épidémiologique dans chaque pays et dans les zones limitrophes. Si des JNV de haute qualité permettent d'atteindre tous les enfants cibles, les séries de vaccination supplémentaire nécessaires seront moins nombreuses. On obtiendra un maximum de données d'expérience des pays qui ont régulièrement entrepris des activités de haute qualité avec succès. La vaccination de ratissage sera instituée dans tous les pays d'endémie d'ici 2001 dès qu'on disposera d'informations suffisantes sur la surveillance indiquant une transmission focalisée du poliovirus.

On continuera d'administrer la vitamine A à l'occasion des JNV et JLV.

3.2 Assurer une surveillance au niveau voulu pour la certification

La surveillance de la PFA au niveau voulu pour la certification⁹ revêt une importance essentielle pour : 1) identifier les derniers maillons de la chaîne de

⁸ WHO-recommended standards for surveillance of selected vaccine-preventable diseases. WHO/EPI/GEN/98.01 Rev.1 ; Guide pratique des activités supplémentaires d'éradication de la poliomyélite. Révision 1996. WHO/EPI/GEN/95.01 Rev. 1.

⁹ Report of the second meeting of the Global Commission for the Certification of the Eradication of Poliomyelitis. Geneva, 1 May 1997. WHO/EPI/GEN/98.03.

transmission virale ; 2) cibler les JNV et les campagnes de ratissage ; 3) certifier l'éradication mondiale. L'intensification des JNV et des campagnes de ratissage dépend de la disponibilité d'informations rapides et de haute qualité sur la PFA aux niveaux national et infranational. Il est particulièrement préoccupant de constater que certains pays interrompent leurs activités de vaccination supplémentaires sans que la surveillance de la PFA n'ait atteint le niveau de qualité nécessaire pour justifier cette décision.

De 2001 à 2005, les activités de surveillance seront améliorées pour orienter l'intensification des JNV et les campagnes de ratissage et confirmer l'absence de poliomyélite dans les pays qui en ont été libérés pour que les commissions régionales et mondiales de certification puissent certifier l'éradication. La surveillance active, avec des visites systématiques dans les établissements de santé à la recherche de cas de PFA, sera renforcée dans tous les pays d'endémie. Elle sera menée à bien suivant les modèles utilisés dans les Régions exemptes de poliomyélite et dans les pays d'endémie qui ont obtenu des améliorations spectaculaires en matière de surveillance comme l'Inde.

La surveillance de la PFA constitue la base de la certification de l'éradication. La Commission mondiale de la Certification de l'éradication de la poliomyélite¹⁰ a défini des normes de certification qui comprennent notamment au moins trois ans pendant lesquels on enregistre zéro cas dû au poliovirus sauvage autochtone avec une surveillance au niveau voulu et vérification des rapports des comités de certification nationaux. Toutes les Régions de l'OMS ont mis sur pied des commissions régionales de certification. La Commission internationale de la Certification de l'éradication de la poliomyélite a certifié l'éradication dans la Région des Amériques. La certification devrait intervenir dans la Région du Pacifique occidental en l'an 2000 et dans la Région européenne en 2002. Deux des trois autres commissions régionales de certification ont commencé à recevoir des rapports nationaux.

3.3 Confiner en laboratoire les stocks de poliovirus sauvage

Le dernier cas de transmission de la variole est survenu à cause d'une diffusion accidentelle en laboratoire à Birmingham (Royaume-Uni) en 1978, un an environ après le dernier cas dû à une transmission autochtone en Somalie. En 1998, le plan d'action de l'OMS pour le confinement en laboratoire du poliovirus sauvage¹¹ a été établi à la suite de larges consultations et d'observations du public. Il présente les

activités essentielles pour prévenir la diffusion accidentelle du poliovirus en laboratoire.

De 2001 à 2005, l'application du plan d'action mondial du confinement en laboratoire supposera que tous les pays fassent l'inventaire de l'ensemble des stocks de matériels infectieux ou potentiellement infectieux pour le poliovirus sauvage, détruisent le poliovirus sauvage dans les établissements où son utilisation n'est pas essentielle et maintiennent les stocks de poliovirus sauvage d'utilité scientifique dans des laboratoires sûrs¹². Un an après l'identification du dernier poliovirus sauvage, tous les autres stocks devront être placés dans un ou plusieurs laboratoires de sécurité biologique maximale où seuls des travaux scientifiques indispensables seront poursuivis. La Commission de Certification mondiale a décidé que les phases mondiales de prééradication et de postéradication doivent être menées à bien dans le monde avant qu'on puisse envisager la certification mondiale. L'établissement de l'inventaire de tous les stocks de poliovirus sauvage a commencé dans la Région des Amériques, dans la Région européenne et dans la Région du Pacifique occidental et devrait être étendu à l'ensemble des Régions en 2002-2003.

3.4 Élaborer une stratégie consensuelle pour l'arrêt de la vaccination antipoliomyélitique

En fin de compte, les véritables fruits de l'éradication de la poliomyélite, y compris les économies mondiales estimées à US \$1,5 milliard par an, ne seront récoltés qu'après l'arrêt de la vaccination antipoliomyélitique. En 1998, l'OMS a convoqué une réunion qui a conclu que la vaccination par le VPO devrait être arrêtée et que la vaccination par le poliovirus inactivé pourrait l'être dès que : 1) le poliovirus sauvage aurait été éradiqué ; 2) l'on aura assuré le confinement des stocks de poliovirus en laboratoire ; 3) l'on disposera de suffisamment d'éléments démontrant que les poliovirus d'origine vaccinale ne circuleront que pendant une période limitée¹³.

Le programme de recherche défini par la consultation de l'OMS sur l'arrêt de la vaccination antipoliomyélitique sera appliqué¹⁴ et l'on mettra l'accent sur les études suivantes : 1) possibilité d'une circulation de virus dérivés de vaccins maintenue après

¹⁰ Report of the fifth meeting of the Global Commission for the Certification of the Eradication of Poliomyelitis, Geneva, 9 May 2000 (sous presse).

¹¹ WHO global plan of action for laboratory containment of wild polioviruses, WHO/N&B/99.32.

¹² Guidelines for implementing the pre-eradication phase of the global action plan for laboratory containment of wild polioviruses, Avril 2000. WHO/N&B/00.19.

¹³ Report of the meeting on the scientific basis for stopping polio immunization. WHO/EPI/GEN/98.12.

¹⁴ Hull HH, Aylward RB The scientific basis for stopping polio immunization, *American Journal of Epidemiology* 1999 ; vol. 150, n° 10 : 1022-1025.

l'arrêt de la vaccination ; 2) ampleur, pertinence et risque de l'élimination persistante du virus vaccinal chez les immunodéprimés ; 3) nécessité potentielle de vaccins nouveaux et différents dans le cadre d'une stratégie de transition vers l'ère postvaccination. Les données fournies par ces études seront analysées et utilisées pour dégager une stratégie consensuelle d'arrêt de la vaccination. Quelle que soit la stratégie utilisée pour mettre un terme à la vaccination antipoliomyélitique, il faudra produire et stocker des formulations monovalentes de vaccin antipoliomyélitique oral, voire de vaccin antipoliomyélitique inactivé, pour se prémunir contre le risque de flambées au cours de l'ère postvaccination¹⁵.

3.5 Renforcer les programmes nationaux de vaccination (PEV)

L'infrastructure mise en place et les leçons tirées de l'initiative mondiale de l'éradication de la poliomyélite ont été utilisées pour renforcer le Programme élargi de vaccination (PEV) dans de nombreux pays. Il reste toutefois que des occasions de renforcer les PEV systématiques ont été perdues. Elles ont été exposées en détail lors de la réunion sur l'impact des programmes ciblés sur les systèmes de santé du point de vue de l'Initiative mondiale de l'éradication de la poliomyélite¹⁶.

De 2001 à 2005, on mettra davantage l'accent sur le renforcement des PEV systématiques dans le

cadre de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination afin de préserver l'acquis et d'aller systématiquement de l'avant sur la base des leçons tirées de l'éradication de la poliomyélite jusqu'ici. Une gestion et une supervision efficaces, facteurs clés dans l'éradication de la poliomyélite, sont indispensables à la mise en place et au maintien de programmes de vaccination systématique solides. Les modules de formation à la gestion des services de vaccination existants sont mis à jour pour assurer que les leçons de l'éradication de la poliomyélite sont utilisées au maximum afin de renforcer les programmes de vaccination systématique.

L'éradication de la poliomyélite s'inscrit dans le cadre de l'objectif de l'Alliance mondiale qui est d'atteindre une couverture vaccinale systématique de 80 % dans 80 % des districts d'ici à 2005. Comme les activités visant à atteindre les objectifs de l'Alliance constituent une charge importante pour le personnel chargé de la vaccination à tous les niveaux financés par la lutte antipoliomyélitique, il est indispensable que l'éradication de la poliomyélite et les activités de l'Alliance mondiale agissent de manière complémentaire de manière à assurer le succès des deux activités. La figure ci-dessous résume les recoupements entre les programmes de l'Alliance mondiale et de l'éradication de la poliomyélite (figure 3). □

¹⁵ *New polio vaccines for the post-eradication and post-immunization era, 19-20 January 2000. WHO/V&B/00.20*

¹⁶ *Meeting on the impact of targeted programmes on health systems: a case study of the polio eradication initiative. 16-17 December 1999. WHO/V&B/00.29*

Figure 3 : Activités prioritaires de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination et de l'éradication de la poliomyélite selon la situation des pays

	Pays d'endémie ▼	Pays à haut risque ▼	Pays à faible risque ▼	Pays certifiés exempts ▼	
Objectifs de l'éradication de la poliomyélite					
Surveillance au niveau voulu pour la certification	✓✓✓	✓✓	✓	✓	
Intensification des activités de vaccination supplémentaires*	✓✓✓	✓✓✓	✓	✓	
Objectifs communs de l'éradication de la poliomyélite et de l'Alliance mondiale					
Évaluation du PEV/planification sur plusieurs années	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	
Renforcement et extension du mandat CCI	✓	✓✓	✓✓✓	✓✓✓	
Renforcement des services de vaccination systématique	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	
Objectifs de l'Alliance mondiale					
Introduction de nouveaux vaccins	✓	✓✓	✓✓✓	✓✓✓	

Priorité élevée ✓✓✓

Priorité moyenne ✓✓

Priorité faible ✓

* JNV/JLV/ratissage



4. Application du Plan stratégique : problèmes et solutions

L'application complète des cinq principaux éléments du Plan stratégique 2001-2005 constitue un véritable défi. Les principaux problèmes que pose l'application et les solutions possibles que les partenaires de l'initiative de l'éradication peuvent utiliser sont résumés ci-dessous. En particulier, un travail de sensibilisation s'impose aux niveaux mondial et national pour surmonter les problèmes, veiller à ce que tous les pays disposent de suffisamment de ressources, maintenir l'engagement politique et garantir le soutien de la société.

4.1 Principaux problèmes

Assurer l'accès à tous les enfants, surtout dans les pays en proie à des conflits

Le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies et d'autres autorités aux niveaux mondial et national ont réussi à garantir l'accès, en obtenant des cessez-le-feu et des «journées de tranquillité», pour permettre le déroulement de JNV en Afghanistan, au Pérou, en République démocratique du Congo et ailleurs, ce qui démontre qu'il est possible d'intervenir avec succès dans des zones ravagées par des conflits. Ces efforts doivent être élargis en sachant se prévaloir des possibilités offertes par le Bureau du Secrétaire général de l'ONU, par de nombreuses institutions du système des Nations Unies, par le mouvement de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge international et par d'autres partenaires anciens et nouveaux qui peuvent coopérer dans les pays touchés par des conflits.

Garantir des ressources financières adéquates du secteur public et du secteur privé

Il faut obtenir les ressources financières nécessaires pour acheter les stocks de VPO, planifier et mener à bien les JNV, les JLV et les campagnes de ratissage (par exemple engager et déployer tout le personnel national et international nécessaire et veiller au transport, à la mobilisation sociale, aux communications) et en outre couvrir les frais de la surveillance et des laboratoires. Pour assurer des ressources suffisantes, il faut exercer une activité de plaidoyer

en faveur de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite aux niveaux mondial et national. Jusqu'ici, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite dépendait principalement pour son action de moyens de financement multilatéraux et des fonds de Rotary International et, plus récemment, d'un financement par des fondations. De 2001 à 2005, des efforts accrus seront entrepris pour accroître l'appui du secteur public et du secteur privé en faveur des activités des pays d'endémie en vue de l'éradication. En particulier, l'appui bilatéral en faveur des activités pour l'éradication dans les 10 pays prioritaires (Afghanistan, Angola, Bangladesh, Éthiopie, Inde, Nigéria, Pakistan, République démocratique du Congo, Somalie et Soudan) sera indispensable au succès.

Maintenir l'engagement politique dans tous les pays

Le maintien de l'engagement politique au niveau le plus élevé est un problème particulier lorsqu'il s'agit de lutter contre une maladie en voie de disparition car l'engagement reste indispensable pour des activités de haute qualité aussi bien dans les pays d'endémie que dans les pays exempts de poliomyélite. Certains pays d'endémie prévoient de mettre un terme aux JNV alors même que la surveillance n'a pas atteint le niveau voulu pour la certification. L'expérience montre clairement que de telles mesures menacent les progrès réalisés car une faible transmission du poliovirus peut se maintenir sans qu'on s'en aperçoive pendant plusieurs années dans les zones où la surveillance n'est pas optimale. L'engagement politique, en particulier la surveillance par le chef de l'État des progrès en vue de l'éradication, est très important pour :

- améliorer la qualité des JNV et des autres activités de vaccination supplémentaires pour que la vaccination porte à porte couvre tous les enfants par exemple en ayant recours à un appui plurisectoriel ;
- mettre en œuvre une utilisation précoce et agressive des campagnes de ratissage extensives ;

- améliorer ou maintenir la qualité de la surveillance de la PFA ;
- améliorer ou maintenir la couverture vaccinale systématique.

Dans les pays exempts de poliomyélite, l'engagement politique est nécessaire pour maintenir les activités de vaccination supplémentaires afin d'éviter l'importation du poliovirus sauvage, d'atteindre le niveau voulu de surveillance pour la certification et de garantir le confinement en laboratoire des stocks de poliovirus.

4.2 Autres problèmes

Garantir la coordination interorganisations au niveau des pays

La coordination interorganisations est indispensable pour fournir les ressources adéquates et coordonner les activités d'éradication de la poliomyélite menées par les autorités, les organisations internationales, les ONG, le secteur privé et les volontaires. Au cours de la période 2001-2005, on devrait voir le CCI assumer un rôle accru dans chaque pays. Les CCI doivent jouer un rôle clé en veillant à une surveillance de la qualité des activités et à l'envoi de réactions aux décideurs. Les représentants de l'OMS et de l'UNICEF joueront un rôle actif en matière de surveillance et feront rapport aux ministres de la santé et aux chefs d'État sur les progrès accomplis en vue de l'éradication et sur les problèmes rencontrés.

Identifier, former et déployer des ressources humaines suffisantes

Il est indispensable de disposer d'effectifs suffisants de personnel qualifié, équipé et encadré pour appuyer les programmes de vaccination nationaux au cours de l'éradication et de la certification. Quelque 900 agents de vaccination nationaux et internationaux sont aujourd'hui financés par l'intermédiaire de l'Initiative pour l'éradication de la poliomyélite. En se prévalant de l'expérience des pays qui ont rapidement appliqué des activités de qualité, il faudra affecter un millier d'agents nationaux et internationaux supplémentaires aux pays où la situation est la plus délicate, et ce aux niveaux national et local. Ces agents assureront dans un premier temps des activités de vaccination supplémentaires et une surveillance de la PFA de haute qualité, puis intégreront à leur action la lutte contre d'autres maladies évitables par la vaccination. D'autres collaborateurs de l'OMS et de l'UNICEF seront nécessaires pour appuyer les activités d'éradication de la poliomyélite dans les pays d'endémie restants.

Renforcer la gestion et l'administration

Une gestion et une administration solides sont indispensables pour mener à bien toutes les activités permettant d'assurer l'éradication dans les délais prévus, mais des carences sont souvent constatées dans les pays d'endémie. Une gestion plus forte, aussi bien au niveau des autorités nationales qu'à celui des agents d'exécution, doit privilégier les activités en vue de l'éradication dans les pays d'endémie. La gestion sera renforcée en associant différentes activités, notamment évaluation de la gestion, formation, utilisation accrue de consultants en gestion et recours au secteur privé et aux ONG pour les services où ces secteurs peuvent donner de meilleurs résultats, par exemple pour l'audit financier. Les gestionnaires seront responsables de la formation et de la surveillance de la qualité du travail. Une meilleure capacité administrative sera obtenue en affectant des personnels administratifs supplémentaires aux principaux pays d'endémie.

Assurer un approvisionnement adéquat en vaccins

Un approvisionnement suffisant en VPO répondant aux normes de préqualification de l'OMS (ou aux normes du pays où le vaccin sera utilisé) doit être assuré pour que les activités normales et les activités de vaccination supplémentaires puissent se dérouler. En 1999 et en 2000, on a été en rupture de stocks à la suite de l'application rapide d'activités accélérées et de problèmes de production rencontrés par les fabricants de vaccins. Pour garantir un approvisionnement adéquat en VPO en temps voulu en vue des activités de vaccination supplémentaires développées à l'annexe 2, les mesures ci-après seront prises en 2000 et les années suivantes : 1) l'OMS, l'UNICEF et les fabricants de vaccins rationaliseront encore davantage les échanges d'informations ; 2) les ministères de la santé, l'OMS et l'UNICEF renforceront les prévisions des besoins, la planification et la coordination avec les fabricants et les gouvernements des pays donateurs ; 3) les partenaires amélioreront la formation pour renforcer les compétences gestionnaires ; 4) les partenaires respecteront les directives concernant la chaîne du froid et l'utilisation des étiquettes de contrôle de la qualité des vaccins.

Améliorer la mobilisation sociale

Des efforts de mobilisation sociale nettement renforcés seront indispensables pour améliorer la qualité des JNV, des JLV et des campagnes de ratisage. Les efforts de mobilisation sociale feront appel aux réseaux et responsables communautaires principaux, par exemple les associations religieuses ou féminines, de manière à mettre au point et diffuser des messages appropriés à l'intention de la population cible. Différents moyens seront utilisés pour

transmettre des messages, notamment les médias (radio, presse et télévision), des banderoles, des affiches et des mégaphones. On engagera du personnel supplémentaire à l'occasion de ces activités.

Communiquer les progrès accomplis par l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite

Une communication efficace est un élément essentiel pour toutes les composantes de ce plan stratégique. Les questions de communication comprennent des

réunions pour garantir l'échange des données d'expérience et de l'information (par exemple entre les responsables de programmes PEV et les directeurs de laboratoires), des réunions politiques techniques organisées chaque année pour faire le point des progrès et élaborer de nouvelles politiques dans le cadre de l'initiative mondiale, la couverture par les médias visant à sensibiliser le public et des lettres d'information destinées à l'ensemble du personnel de santé. □



5. Le rôle des partenaires

Le partenariat pour éradiquer la poliomyélite a comme figures de proue :

■ L'Organisation mondiale de la Santé (OMS)

L'OMS, aussi bien le Siège que les bureaux régionaux et les bureaux de pays, veille à l'orientation technique globale, à la planification stratégique de la gestion et à la coordination de l'Initiative pour l'éradication de la poliomyélite. L'OMS doit assurer que tous les éléments du plan stratégique sont techniquement solides et bien appliqués. Elle joue un rôle clé pour la surveillance et l'évaluation de tous les aspects du plan, la coordination de la recherche opérationnelle et de la recherche scientifique de base, l'appui opérationnel aux ministères de la santé et la formation et le déploiement des ressources humaines. En outre, l'OMS joue un rôle de chef de file dans la mise en place de la surveillance de la PFA au niveau voulu pour la certification (y compris le réseau de laboratoires), la mobilisation des ressources, la coordination des donateurs, les activités de plaidoyer (par exemple, pour l'engagement politique) et la communication de l'information.

■ Rotary International

Par son programme PolioPlus, Rotary International a été un partenaire clé de la stimulation, de la mise au point et du maintien de l'Initiative pour l'éradication de la poliomyélite. D'ici à la fin de 2005, Rotary International estime que ses seules contributions financières à l'initiative atteindront US \$500 millions. En outre, il s'emploie à favoriser l'apport de ressources complémentaires du secteur privé et des gouvernements et fournit des milliers de volontaires qui contribuent à la mobilisation sociale, aux JNV et à d'autres activités.

■ Les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis d'Amérique

Les CDC apportent une assistance technique, programmatique et de laboratoire à l'Initiative pour l'éradication de la poliomyélite afin d'élaborer des politiques et des plans d'action technique, appuient l'application et l'évaluation des activités, ainsi que l'élaboration de technologies, de matériels et de la formation pour la surveillance de la maladie,

procèdent à des examens sur les épidémies et à des travaux de recherche épidémiologique/opérationnelle/de laboratoire, assurent le financement des stocks de VPO pour les activités de vaccination supplémentaires, financent le personnel à long terme et participent à l'élaboration et à la surveillance du réseau de laboratoire. Les CDC constituent un partenaire majeur pour le confinement du virus et l'arrêt de la vaccination dans le cadre du plan stratégique.

■ Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF)

L'UNICEF est un partenaire majeur pour l'achat et la distribution de vaccins destinés à la vaccination systématique et supplémentaire, l'intensification des JNV/JLV/campagnes de ratissage et le renforcement des éléments de vaccination systématique dans le cadre du plan stratégique. L'UNICEF fournit une assistance technique aux coordonnateurs nationaux pour la mise au point des plans d'action et la logistique permettant de couvrir les endroits peu accessibles, notamment les pays en proie à des conflits. L'UNICEF participe également au processus mondial d'élaboration de politiques et de plans d'action pour l'éradication, met au point des matériels de formation et d'information, renforce les efforts de mobilisation sociale par son réseau d'agents de communication et fournit un appui à la chaîne du froid. L'UNICEF est également un partenaire actif pour la mobilisation des ressources et les activités de plaidoyer.

Autres partenaires clés :

Les gouvernements des pays d'endémie et des pays d'endémicité récente sont les partenaires privilégiés de l'Initiative qui entreprennent toutes les activités d'éradication de la poliomyélite énoncées dans le plan stratégique. Les gouvernements des pays donateurs jouent un rôle central en fournissant un appui à la fois bilatéral et multilatéral.

D'autres organisations internationales (par exemple les fonds des Nations Unies, les institutions du système et les programmes), des fondations et des associations appuient également l'Initiative pour

l'éradication de la poliomyélite au niveau mondial. Parmi les donateurs financiers au niveau mondial qui appuient l'Initiative, on peut mentionner les suivants :

■ Fondations :

- Fondation Rotary
- Fondation Bill & Melinda Gates
- Fondation des Nations Unies
- Fondation de l'Organisation des pays exportateurs de pétrole (OPEP)

■ Sociétés :

- Aventis Pasteur
- De Beers
- Fédération internationale de l'Industrie du Médicament (FIIM), représentant Pasteur Mérieux Connaught (devenu Aventis Pasteur), Chiron, Smith-Kline Beecham et Wyeth-Lederle

■ Organisations multilatérales :

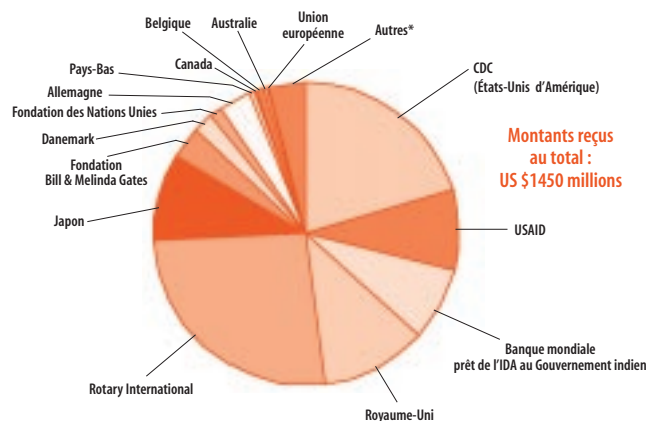
- Union européenne
- Banque mondiale

Les organisations non gouvernementales (ONG),

et les organisations humanitaires comme le mouvement de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge international, Médecins sans Frontières (MSF), Save the Children Fund (Royaume-Uni), Vision mondiale internationale, CARE et l'organisation cadre CORE, sont également des partenaires majeurs qui apportent leur assistance pour la micro-planification, la formation, le transport, la surveillance et l'administration de la vaccination supplémentaire. De nombreuses ONG jouent un rôle déterminant en matière de vaccination des enfants dans des zones peu accessibles, par exemple dans les pays en proie à des conflits.

Les autres organismes partenaires jouent un rôle essentiel aux niveaux régional et national. Il convient particulièrement de noter l'initiative canadienne pour les micronutriments dont l'appui comprend notamment l'administration de gélules de vitamine A à l'occasion des JNV et la mise au point de matériels de formation. Les fonds, organismes et programmes du système des Nations Unies, comme le Programme alimentaire mondial, le Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés, le Bureau des Nations Unies pour la Coordination des Affaires humanitaires et l'Opération Survie au Soudan, ont joué un rôle important dans l'application des activités de vaccination supplémentaires. Parmi les activités spécifiques de ces partenaires, on peut mentionner :

Figure 4 : Contributions reçues, 1985-2000



* Parmi les autres organisations ou personnes qui ont apporté une contribution, on peut mentionner l'Agence pour la Coopération à la santé internationale (Japon), l'American Association for World Health (États-Unis d'Amérique), Aventis Pasteur, Custom Monoclonals International (États-Unis d'Amérique), De Beers, la Finlande, l'Institut Mérieux, Martina Hingis, l'Italie, le Comité japonais des vaccins pour les enfants du monde, la Malaisie, le Millenium Fund, la Norvège, le Portugal, la République de Corée, Smith-Kline Biologicals, la Suisse, les Émirats arabes unis, les recettes occasionnelles de l'OMS et le budget ordinaire de l'OMS et de l'UNICEF.

- la participation aux CCI aux niveaux régional, national et mondial ;
- la fourniture de ressources financières et humaines ;
- l'appui technique ;
- l'application de la stratégie au niveau national par exemple, par le biais de volontaires de la mobilisation sociale et des JNV, des transports et des communications.

Membres de la société civile et ambassadeurs spéciaux :

de nombreuses personnalités du monde des arts, des sciences, du spectacle et des sports apportent leurs talents personnels pour accroître le prestige de l'Initiative. Parmi les principales personnalités intéressées, on peut mentionner les représentants spéciaux de l'UNICEF Mia Farrow et Claudia Schiffer, l'Ambassadeur itinérant de l'OMS Martina Hingis, le joueur de basketball renommé Dikembe Mutombo, le photographe bien connu Lord Snowdon et la Fédération internationale de Football Association (FIFA).

Les ressources financières fournies ont permis d'appuyer tous les aspects de l'Initiative, notamment la planification des activités nationales d'éradication de la poliomyélite, la mobilisation sociale et la formation, le renforcement des capacités de laboratoire, ainsi que les réunions d'examen et les évaluations. □



6. Ressources financières nécessaires pour la période 2001-2005

G Les estimations mondiales des ressources extérieures nécessaires pour l'éradication de la poliomyélite jusqu'à fin 2005 sont fondées sur le coût de : 1) l'application des stratégies d'éradication au niveau des pays ; 2) la gestion de l'Initiative par les agents d'exécution du système des Nations Unies (l'OMS et l'UNICEF) au niveau régional et au Siège. Ces besoins en ressources extérieures ne couvrent pas les coûts pris en charge par les autorités nationales qui mènent les activités d'éradication.

En septembre 2000, on estimait qu'il fallait US \$1 milliard de ressources extérieures pour mener à bien les activités d'éradication de la poliomyélite de 2001 à 2005. Compte tenu des engagements fermes et des contributions prévues à cette date, on estimait le

montant qu'il restait à trouver à US \$450 millions (figure 5).

La plus grande partie de ce montant, c'est-à-dire US \$275 millions, est nécessaire pour 2001 et 2002 (figure 6).

Si la transmission n'est pas interrompue dans les 12 à 24 prochains mois selon le calendrier de l'annexe 3, le coût du programme se trouvera majoré d'un montant estimé à US \$200 millions.

L'économie mondiale annuelle après l'éradication de la poliomyélite sera d'environ US \$1,5 milliard¹⁷. □

¹⁷ Bart KJ, Foulds J, Patriarca P. The global eradication of poliomyelitis: benefit-cost analysis. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 1996 ; 45 : 911-4.

Figure 5 : Contributions prévues, 2001-2005

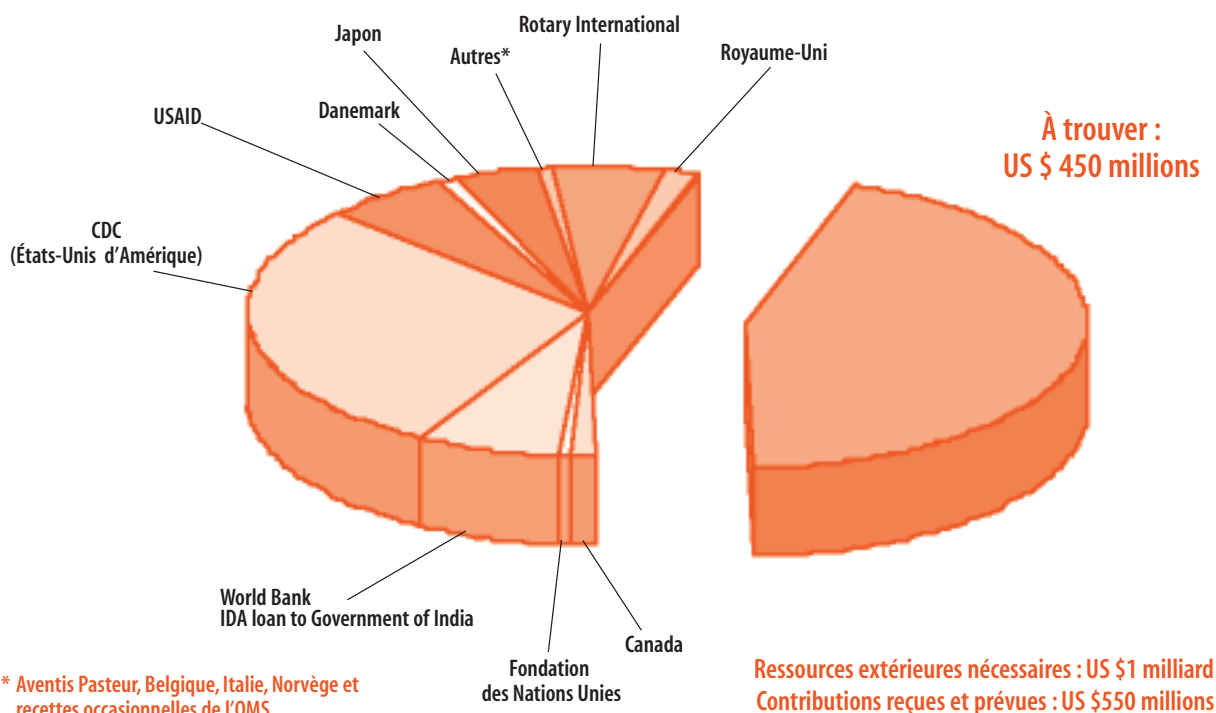
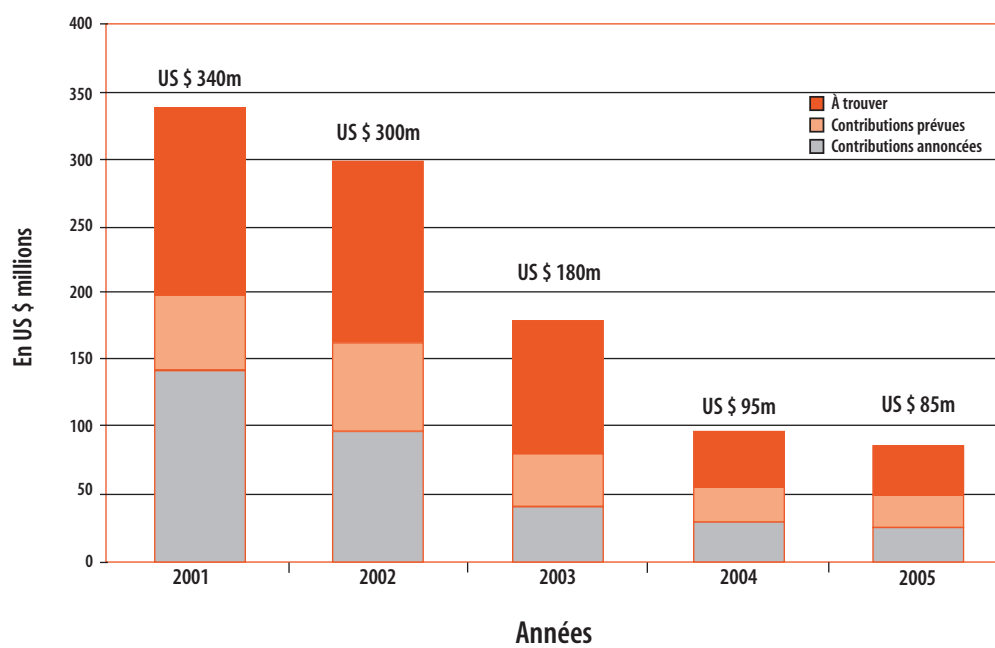


Figure 6 : Ressources financières nécessaires par année



7. Au-delà de 2005 : les activités après la certification

Les avantages de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite ne seront ressentis qu'après l'application de la stratégie consensuelle sur l'arrêt de la vaccination antipoliomyélitique qui suivra la certification de l'éradication mondiale en 2005. Avant de pouvoir arrêter la vaccination, il faudra mener à bien la dernière phase des activités du plan mondial d'action pour le confinement du poliovirus, c'est-à-dire transférer tous les matériels infectieux et potentiellement infectieux dans des établissements où ils seront conservés dans

des conditions de sécurité biologique maximale. À partir de l'arrêt des vaccinations, une surveillance de haute qualité devra être maintenue pour identifier toute flambée potentielle à la suite de la diffusion accidentelle du poliovirus. Des stocks de vaccin antipoliomyélitique seront nécessaires pour répondre à ces éventuelles flambées.

La portée et le coût de ces activités seront définis lors de la mise en œuvre de la composante appropriée du Plan stratégique 2001-2005. □

Annexe 1 : Mesures prioritaires à prendre par les pays en fonction des progrès accomplis en vue de l'éradication de la poliomyélite

Pays d'endémie (30 pays à la fin de 1999)

Définition : pays dans lesquels il existe des preuves virologiques et/ou épidémiologiques de la circulation endémique du poliovirus au cours des 12 derniers mois.

Priorités :

- intensifier les JNV et conduire des campagnes de ratissage chaque année jusqu'à l'interruption de la transmission du poliovirus ;
- améliorer la surveillance pour cibler, comme il convient, les JNV et les campagnes de ratissage ;
- renforcer les activités de vaccination systématique.

Pays d'endémicité récente/pays à haut risque (25 pays à la fin de 1999)

Définition : pays dans lesquels aucun cas de poliomyélite n'a été mis en évidence depuis plus de un an, mais exposés à un risque élevé de transmission du virus autochtone dont la présence subsiste à un faible niveau ou à une transmission durable de virus importés du fait 1) de la proximité géographique d'un pays d'endémie, 2) d'une couverture vaccinale systématique faible et/ou 3) d'une surveillance inadéquate.

Priorités :

- maintenir les JNV (ou les JLV si la couverture systématique faible ne concerne que quelques zones déterminées) ;
- mettre en place une surveillance au niveau voulu pour la certification ;
- dresser l'inventaire de stocks au laboratoire aux fins du confinement ;
- renforcer les services de vaccination systématique.

Pays à faible risque (101 pays à la fin de 1999)

Définition : pays où aucun cas de poliomyélite n'a été mis en évidence depuis plus de un an et à faible risque de transmission du virus autochtone ou de transmission durable de virus importés du fait 1) d'une forte couverture vaccinale systématique, 2) de l'éloignement des pays d'endémie et/ou 3) du maintien d'une surveillance de haute qualité.

Priorités :

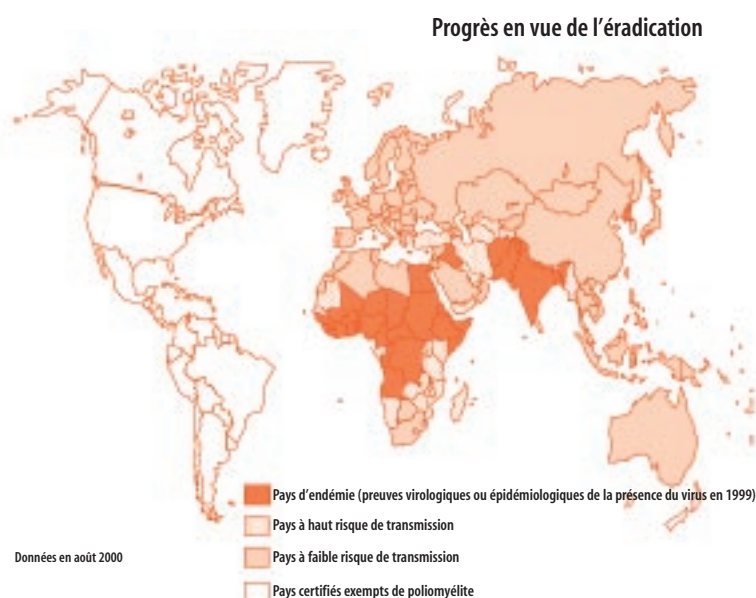
- assurer/maintenir une surveillance au niveau voulu pour la certification ;
- dresser l'inventaire des stocks au laboratoire aux fins du confinement ;
- renforcer les services de vaccination systématique ;
- mener des activités de vaccination supplémentaires dans les zones à faible couverture.

Pays certifiés exempts de poliomyélite (36 pays à la fin de 1999)

Définition : pays certifiés exempts de poliomyélite par une commission de certification régionale (seule la Région des Amériques était certifiée exempte au 15 août 2000).

Priorités :

- assurer le confinement des stocks de laboratoire ;
- maintenir la surveillance au niveau voulu pour la certification ;
- renforcer les services de vaccination systématique ;
- envisager des activités de vaccination supplémentaires dans les zones à faible couverture.



Annexe 2 : Séries d'activités de vaccination supplémentaires dans les pays d'endémie et les pays d'endémicité récente ou à haut risque

Sur la base des recommandations du groupe consultatif technique mondial¹ les deux tableaux ci-dessous résument les activités de vaccination supplémentaires prévues pour la période 2000-2005. Les nombres représentent les séries de JNV nécessaires à moins d'une autre spécification. En outre, des campagnes de ratissage visant au moins 20 % des enfants âgés de moins de cinq ans sont prévues chaque année de 2001 à 2004 dans les pays d'endémie. Tous les pays d'endémie doivent prévoir des JNV à part entière, avec la possibilité de ne prévoir que des JLV, en fonction de l'épidémiologie locale et de la qualité de la surveillance.

Section 1 : Pays d'endémicité* : nombre de séries de JNV

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Afrique						
<i>Afrique occidentale</i>						
Bénin	2+2	2+2	2+2	2	2	2
Burkina Faso	2	2+2	2+2	2	2	2
Côte d'Ivoire	2+2	2+2	2+2	2	2	2
Ghana	2+2	2+2	2+2	2	2	2
Guinée	2	2+2	2+2	2	2	2
Guinée-Bissau	2	2+2	2+2	2	2	2
Libéria	2	2+2	2+2	2	2	2
Mali	2	2+2	2+2	2	2	2
Niger	2+2	2+2	2+2	2	2	2
Nigéria	3	2+3	2+3	2+3	2	2
Sierra Leone	2+2	2+2	2+2	2	2	2
Togo	2	2+2	2+2	2	2	2
<i>Afrique centrale</i>						
Cameroun	2	2+2	2+2	2	2	2
Congo	3	3	3	3	2	2
République centrafricaine	2	2+2	2+2	2	2	2
République démocratique du Congo	3	3	3	3	2	2
Tchad	2+3	2+3	2+3	2	2	2
<i>Afrique orientale</i>						
Érythrée	2	2+2	2	2	2	2
Éthiopie	2+2	2+2	2	2	2	2
<i>Afrique australe</i>						
Angola	3+2	3+2	3+2	3	2	2
Méditerranée orientale						
Afghanistan	2+2	2+3	2+2	2	2	2
Égypte	2+2	2+2	2	2	2	2
Iraq	2+2	2+2	2	2	2	2
Pakistan	2+2	2+3	2+2	2	2	2
Somalie	2+3	2+3	2+2	2	2	2
Soudan	2+2	2+2	2+2	2	2	2
Asie du Sud-Est						
Bangladesh	2+2	2+2	2+2	2	2	2
Inde						
26 États	3	2	2	2	-	-
Inde						
4 États	3+2	2+2	2+2	2	2	2
Népal	3	2+2	2	2	2	2
République dém. pop. de Corée	2	2+2	2	2	0	0

* à fin 1999

¹ Report of the fifth meeting of the Global Technical Consultative Group for Poliomyelitis Eradication, Geneva, 8-10 May, 2000 (sous presse).

Section 2 : Pays d'endémicité récente et pays à haut risque* : nombre de séries de JNV (à moins que des JLV ne soient spécifiées)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Afrique						
Burundi	2	2	JLV	JLV	-	-
Gabon	2	2	2	2	2	2
Gambie	2	2	JLV	-	-	-
Guinée équatoriale	2	2	2	JLV	-	-
Kenya	2	2	JLV	JLV	-	-
Madagascar	-	2	JLV	-	-	-
Malawi	-	2	JLV	-	-	-
Mauritanie	2	2	JLV	-	-	-
Mozambique	-	2	2	2	-	-
Namibie	2	2	2	-	-	-
Ouganda	JLV	2	JLV	JLV	-	-
République-Unie de Tanzanie	JLV	2	JLV	JLV	-	-
Rwanda	-	2	JLV	JLV	-	-
Sénégal	2	2	JLV	-	-	-
Zambie	-	2	JLV	JLV	-	-
Zimbabwe	-	2	JLV	-	-	-
Méditerranée orientale						
Djibouti	2	2	2	-	-	-
Iran (Rép. islamique d')	JLV	JLV	JLV	JLV	-	-
Yémen	2	2	JLV	-	-	-
Europe						
Ouzbékistan	2	2	2	-	-	-
Tadjikistan	2	2	2	-	-	-
Turkménistan	2	2	2	-	-	-
Turquie	2	JLV	JLV	JLV	-	-
Asie du Sud-Est						
Myanmar	2 + JLV	2	2	JLV	JLV	JLV
Sri Lanka	2	2	JLV	JLV	-	-

* à fin 1999

Section 3 : Pays à faible risque et pays exempts de poliomyélite*

De nombreux pays à faible risque ou pays exempts de poliomyélite doivent continuer à faire preuve de vigilance contre l'importation de cas de poliomyélite au moyen d'activités de vaccination supplémentaires, que ce soit des JNV proprement dites ou des JLV. Par exemple, la quasi-totalité des pays certifiés exempts des Amériques prévoient le maintien de JNV à part entière jusqu'en 2005, date cible de la certification mondiale. De même, le groupe consultatif technique mondial a déclaré que les JNV doivent être poursuivies dans tous les pays d'endémicité poliomyélitique récente. L'arrêt des JNV ne doit être envisagé que dans les pays où la couverture par le VPO est supérieure à 80 %, où il n'y a pas eu de poliovirus sauvage au cours des trois dernières années et où la surveillance a atteint le niveau voulu pour la certification depuis au moins une année. Les prévisions mondiales pour les vaccins tiennent compte de ces recommandations.

* à fin 1999

Annexe 3 :

Objectifs annuels pour la période 2000-2005

Tableau 1 : À réaliser à la fin de l'an 2000

▼ Objectifs	▼ Réalisations 2000
Interrompre la transmission du poliovirus sauvage	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Arrêt dans le monde entier de la transmission du poliovirus sauvage type 2. ◆ Arrêt de la transmission du poliovirus sauvage (tous les types) dans : <ol style="list-style-type: none"> 1. tous les pays des Amériques, de l'Europe et du Pacifique occidental ; 2. tous les pays d'Afrique sauf 13, situés surtout en Afrique centrale et en Afrique de l'Ouest ; 3. tous les pays de la Méditerranée orientale sauf quatre, en Afrique du Nord et en Asie du Sud ; 4. tous les pays de l'Asie du Sud-Est sauf trois.
Intensification des JNV et des campagnes de ratissage	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Tous les pays d'endémie dans lesquels subsistent des réservoirs ou en proie à des conflits auront organisé trois séries consécutives au moins ou quatre séries complètes de JNV intensifiées. ◆ Deux séries au moins de JNV annuelles seront synchronisées entre tous les pays ayant une frontière commune avec des réservoirs de poliovirus. ◆ Des JNV synchronisées seront organisées par 17 pays au moins d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale et des plans seront établis pour des séries synchronisées en 2001 et 2002. ◆ Des plans pour le renforcement de la qualité des JNV seront élaborés par l'ensemble des pays d'endémie restants. ◆ Des CCI dans tous les pays d'endémie surveilleront la qualité des JNV et établiront des rapports les concernant.
Surveillance au niveau voulu pour la certification	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Le Pacifique occidental sera certifié exempt de poliomyélite. ◆ Tous les pays de l'Asie du Sud-Est et de la Méditerranée orientale auront mis en place une surveillance de la PFA au niveau voulu pour la certification. ◆ Tous les pays d'endémie et les pays d'endémicité récente auront accès à un laboratoire agréé par l'OMS dans le cadre du réseau mondial de laboratoires de la poliomyélite.
Confinement des stocks de poliovirus sauvage	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Le plan d'action mondial pour le confinement sera publié. ◆ Des principes génériques mondiaux sur l'application du confinement seront publiés et des principes régionaux mis au point pour le Pacifique occidental, l'Europe, la Méditerranée orientale et les Amériques. ◆ Un inventaire national de tous les pays du Pacifique occidental sera dressé. ◆ On aura commencé l'établissement de plans d'action, de groupes spéciaux et d'inventaires nationaux dans tous les pays d'Europe et dans 14 pays exempts de poliomyélite de la Méditerranée orientale. ◆ Les exigences seront fixées pour les fabricants de vaccin au cours des phases post-éradication et post-VPO. ◆ Des dépôts régionaux provisoires de poliovirus sauvage seront établis.
Stratégie consensuelle pour l'arrêt de la vaccination	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Un plan de recherche aura été établi et lancé pour déterminer la stratégie concernant l'arrêt de la vaccination.
Renforcement des services de vaccination systématique	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Une liste des mesures à prendre par les responsables pour renforcer le PEV, tout en améliorant la qualité des activités d'éradication de la poliomyélite, sera éprouvée sur le terrain. ◆ Des lignes directrices pour des services périphériques durables seront publiées et commenceront à être appliquées dans quatre pays pilotes. ◆ L'éradication de la poliomyélite sera englobée dans le processus d'application de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination.

Tableau 2 : À réaliser à la fin de 2001

▼ Objectifs	▼ Réalisations 2001
Interrompre la transmission du poliovirus sauvage	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Arrêt de la transmission du poliovirus sauvage dans tous les pays sauf cinq à dix pays d'Asie et d'Afrique.
Intensification des JNV et des campagnes de ratissage	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Tous les pays d'endémie organiseront au moins quatre séries de JNV intensifiées ou trois JNV consécutives (avec des JLV dans les zones à haut risque) ainsi que des campagnes de ratissage (sauf l'Inde qui organisera deux séries de JNV et deux JLV).
Surveillance au niveau voulu pour la certification	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Tous les pays de la Région africaine auront mis en place une surveillance au niveau voulu pour la certification. ◆ Les commissions régionales de certification de l'Asie du Sud-Est et de la Méditerranée orientale auront mis en place des comités nationaux de certification dans tous les pays.
Confinement des stocks de poliovirus sauvage	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Des inventaires nationaux seront dressés et l'ensemble des matériels infectieux et potentiellement infectieux pour le poliovirus sauvage seront confinés conformément aux normes de sécurité biologique de niveau 2/polioomyélite dans les Amériques, en Europe, dans le Pacifique occidental et dans 14 pays de la Méditerranée orientale. ◆ Des lignes directrices régionales d'application seront établies pour l'Afrique et l'Asie du Sud-Est. ◆ On aura commencé l'établissement de plans d'action, de groupes spéciaux et d'inventaires nationaux dans les autres pays de la Méditerranée orientale où la transmission a été stoppée. ◆ Les dépôts provisoires de poliovirus sauvage seront examinés et validés dans les Amériques, en Europe et dans le Pacifique occidental.
Stratégie consensuelle pour l'arrêt de la vaccination	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Toutes les études de recherche visant à déterminer la stratégie pour l'arrêt de la vaccination auront au moins atteint la phase de la collecte des données.
Renforcement des services de vaccination systématique	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Les leçons tirées de l'éradication de la poliomyélite seront appliquées au renforcement des programmes de vaccination systématique, notamment l'utilisation de la liste des mesures à prendre pour optimiser l'impact de l'éradication de la poliomyélite sur les systèmes de vaccination. ◆ Des modules de formation à la gestion de la vaccination commenceront à être mis à jour pour incorporer les leçons tirées de l'éradication de la poliomyélite.

Tableau 3 : À réaliser à la fin de 2002

▼ Objectifs	▼ Réalisations 2002
Interrompre la transmission du poliovirus sauvage	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Arrêt de la transmission du poliovirus sauvage dans tous les pays.
Intensification des JNV et des campagnes de ratissage	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Des JNV intensifiées seront poursuivies en Angola, au Nigéria et en République démocratique du Congo. ◆ Des JNV, des JLV et des campagnes de ratissage seront poursuivies dans tous les pays d'endémie ou à haut risque en 2000 ou 2001.
Surveillance au niveau voulu pour la certification	<ul style="list-style-type: none"> ◆ La Région européenne sera certifiée exempte de poliomyélite. ◆ La surveillance au niveau voulu pour la certification sera maintenue. ◆ Des comités nationaux de certification seront établis dans tous les pays de la Région africaine. ◆ Le rôle de la surveillance de l'environnement sera défini.
Confinement des stocks de poliovirus sauvage	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Les exigences mondiales de confinement pour la certification seront appliquées dans les Amériques et dans la Région européenne (passage au niveau 3 de sécurité biologique/polioomyélite). ◆ Les conditions mondiales de confinement aux fins de la certification seront respectées dans le Pacifique occidental (fin du passage au niveau 3 de sécurité biologique/polioomyélite). ◆ Les dépôts provisoires de poliovirus sauvage seront examinés et validés en Afrique et en Asie du Sud-Est.
Stratégie consensuelle pour l'arrêt de la vaccination	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Une réunion sera organisée entre les diverses organisations concernées pour évaluer la situation et les résultats des études de recherche.
Renforcement des services de vaccination systématique	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Les CCI suivront les services de vaccination systématique dans tous les pays d'endémicité récente. ◆ La mise à jour des lignes directrices pour la gestion de la vaccination sera menée à bien.

Tableau 4 : À réaliser à la fin de 2003

▼ Objectifs	▼ Réalisations 2003
Intensification des JNV et des campagnes de ratissage	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Des JNV et des campagnes de ratissage seront organisées dans tous les pays où l'endémie subsistait en 2002. ◆ Tous les pays à haut risque en 1999 organiseront des JNV ou des JLV.
Surveillance au niveau voulu pour la certification	<ul style="list-style-type: none"> ◆ La Commission de Certification mondiale aura défini les données supplémentaires nécessaires pour la certification mondiale à partir de toutes les Régions déjà certifiées. ◆ Une surveillance complémentaire sera entreprise selon les recommandations de la Commission de Certification mondiale. ◆ Des moyens de certification seront établis pour les pays/zones qui n'ont pas accès à une commission nationale. ◆ Tous les pays de la Région africaine auront un comité national de certification.
Confinement des stocks de poliovirus sauvage	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Les Amériques et l'Europe auront satisfait aux exigences mondiales de confinement en vue de la certification. ◆ Des inventaires nationaux seront dressés et le confinement de matériels infectieux et potentiellement infectieux pour le poliovirus sauvage sera mené à bien en vertu des normes de sécurité biologique de niveau 2/polioyélite dans tous les pays d'Afrique, de Méditerranée orientale et d'Asie du Sud-Est. ◆ Début des préparatifs pour la mise en place d'un ou de plusieurs dépôts mondiaux finals de poliovirus sauvage.
Stratégie consensuelle pour l'arrêt de la vaccination	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Toutes les recherches visant à déterminer la stratégie d'arrêt de la vaccination auront été menées à bien. ◆ Un rapport préliminaire sur la stratégie consensuelle sera présenté à l'Assemblée mondiale de la Santé.
Renforcement des services de vaccination systématique	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Les CCI se fonderont sur le succès de l'initiative de l'éradication de la poliomyélite pour faire valoir l'importance de la vaccination et de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination auprès des dirigeants nationaux.

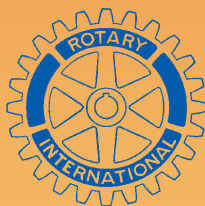
Tableau 5 : À réaliser à la fin de 2004

▼ Objectifs	▼ Réalisations 2004
Intensification des JNV et des campagnes de ratissage	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Des JNV et des campagnes de ratissage seront organisées dans tous les pays où l'endémie subsistait en 2002. ◆ Des JNV ou des JLV seront poursuivies dans tous les pays où l'endémie subsistait en l'an 2000.
Surveillance au niveau voulu pour la certification	<ul style="list-style-type: none"> ◆ La surveillance voulue au niveau de la certification sera maintenue dans tous les pays.
Confinement des stocks de poliovirus sauvage	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Début de l'application des exigences de confinement pour la certification mondiale en Afrique, en Méditerranée orientale et en Asie du Sud-Est (passage au niveau 3 de sécurité biologique/polioyélite). ◆ Le ou les dépôts mondiaux finals de poliovirus sauvage seront examinés et validés. ◆ Début de la recherche d'un consensus pour les procédures de confinement de l'ère post-VPO.
Stratégie consensuelle pour l'arrêt de la vaccination	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Fin de l'analyse des données de recherche et établissement d'un projet de lignes directrices pour l'arrêt de la vaccination antipoliomyélique. ◆ Établissement d'un consensus mondial pour l'arrêt de la vaccination.
Renforcement des services de vaccination systématique	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Les activités de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination et de l'éradication de la poliomyélite seront entièrement intégrées.

Tableau 6 : À réaliser à la fin de 2005

▼ Objectifs	▼ Réalisations 2005
Intensification des JNV et des campagnes de ratissage	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Des JNV et/ou des JLV seront organisées dans tous les pays à haut risque restants au moins jusqu'à la certification mondiale.
Surveillance au niveau voulu pour la certification	<ul style="list-style-type: none"> ◆ L'ensemble des Régions seront certifiées exemptes de poliomyélite et la certification mondiale sera réalisée. ◆ La surveillance supplémentaire aura été menée à bien selon les recommandations de la Commission de Certification mondiale.
Confinement des stocks de poliovirus sauvage	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Les exigences de confinement aux fins de la certification seront respectées dans le monde entier. ◆ Le ou les dépôts mondiaux finals de poliovirus sauvage seront opérationnels. ◆ Le projet de plan d'action mondial concernant les procédures de confinement de l'ère post-VPO sera élaboré.
Stratégie consensuelle pour l'arrêt de la vaccination	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Des recommandations spécifiques pour l'arrêt de la vaccination antipoliomyélitique seront soumises à l'approbation de l'Assemblée mondiale de la Santé.
Renforcement des services de vaccination systématique	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Le personnel national financé par les activités antipoliomyélitiques sera regroupé dans les programmes de vaccination systématique et continuera à œuvrer en faveur de l'objectif de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (couverture systématique PEV de 80 % dans 80 % des districts dans le monde). ◆ Tous les pays administrant la vitamine A à l'occasion des JNV auront intégré la vitamine A aux programmes de vaccination systématique, lorsque cela se justifie.

A la tête l'initiative pour l'éradication mondiale de la poliomyélite, on trouve :



Organisation mondiale de la Santé
Département Vaccins et produits biologiques
CH-1211 Genève 27 (Suisse)
Téléphone : (41 22) 791 2111
Télécopie : (41 22) 791 4041
Adresse électronique : polioepi@who.int
Web site: <http://www.polioeradication.org>