

Initiative mondiale  
pour l'éradication de la

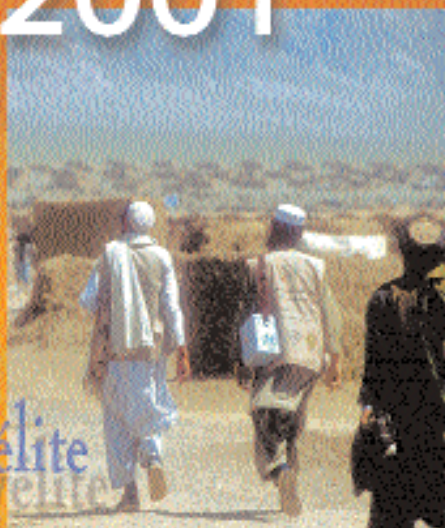
# poliomyélite

Situation en 2001



Globale

Eradication de la poliomyélite  
Eradication de la poliomyélite



Situation en  
Situation en

2001



Organisation mondiale de la Santé





Initiative mondiale pour  
l'éradication de la

# poliomyélite

**Eradication de la  
poliomyélite – faits  
majeurs en 2001**



Département  
Vaccins et produits biologiques



Organisation mondiale de la Santé  
2002

Pour tout commentaire ou toute réaction sur Info Polio, s'adresser à :

Département Vaccins et produits biologiques,  
OMS, Genève.  
Téléphone : + 41 22 791 2657  
Télécopie : + 41 22 791 4193  
Adresse électronique : polioepi@who.int  
Site Web : <http://www.polioeradication.org>

© **Organisation mondiale de la Santé, 2002**

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès de l'équipe Marketing et diffusion, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 2476 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; adresse électronique : bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées à l'unité Publications, à l'adresse ci-dessus (télécopie : +41 22 791 4806 ; adresse électronique : permissions@who.int).

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

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

L'Organisation mondiale de la Santé ne garantit pas l'exhaustivité et l'exactitude des informations contenues dans la présente publication et ne saurait être tenue responsable de tout préjudice subi à la suite de leur utilisation.

Photos couverture, de gauche à droite :  
OMS/J.M. Giboux, OMS/P. Blanc, OMS/J.M. Giboux.

Conception et mise en page : LIV Com Sàrl, Morges, Suisse

# Table des matières

Résumé d'orientation	1
Eradication de la poliomyélite – faits majeurs en 2001	2
Les temps forts	2
Afrique centrale – Succès synchronisé	2
Les difficultés	3
Afghanistan – Protéger les enfants au cœur du conflit	3
Interrompre la transmission des poliovirus	4
Arrêter la transmission	4
Inde – L'anatomie de l'éradication	5
Obstacles à l'interruption de la transmission	5
Eradication de la poliomyélite <i>Plan stratégique 2001 – 2005: Domaines d'activité</i>	7
Activités de vaccination supplémentaires intensifiées	7
Surveillance du niveau requis pour la certification	10
Confinement des stocks de poliovirus sauvage	13
Elaboration d'une politique de vaccination postérieure à la certification	15
Renforcement des systèmes de santé par la vaccination systématique et la surveillance	17
Le déficit de financement – Principale menace pour l'éradication de la poliomyélite	19
Il faut trouver l'argent nécessaire	19
Nouvelles initiatives de mobilisation de fonds et appui des donateurs	20
Partenariat : soutien et plaidoyer	23
Annexe 1 : Eradication de la poliomyélite : objectives et etapes 2002-2003	25
Abréviations	27



# Résumé d'orientation

## L'éradication de la poliomyélite

L'incidence mondiale de la poliomyélite est tombée à 483 cas nouveaux en 2001, ce qui nous place au seuil de l'éradication. La circulation du poliovirus sauvage est limitée à certaines régions de dix pays, car la répartition géographique et la biodiversité du virus ont diminué de façon spectaculaire. La principale menace pour l'éradication de la poliomyélite est maintenant le déficit de financement de US \$275 millions.

En 2001, plusieurs évaluations du programme ont été entreprises afin de mesurer les progrès accomplis et de tirer les enseignements en vue de futures initiatives de lutte contre la maladie ou d'éradication<sup>1</sup>. Il a été suggéré dans ces études que le rapport de situation annuel mesure les activités par rapport aux buts définis pour chaque domaine d'activité dans le Plan stratégique de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite 2001-2005<sup>2</sup>. Par conséquent, le rapport de situation 2001 évalue systématiquement les progrès accomplis et ce qu'il reste encore à faire dans chaque domaine d'activité, en donnant un aperçu complet du programme.

Les domaines d'activité du plan stratégique sont les suivants : interruption de la transmission des poliovirus ; activités de vaccination supplémentaires ; surveillance du niveau requis pour la certification ; confinement des stocks de poliovirus sauvage ; politique vaccinale postérieure à la certification ; renforcement des systèmes de santé à travers la vaccination systématique et la surveillance<sup>3</sup>.

Dans l'ensemble, les objectifs définis pour 2001 dans chacun de ces domaines d'activité ont été atteints. Des Journées nationales de vaccination (JNV) intensifiées ont été poursuivies dans tous les pays d'endémie et les pays à haut risque, la surveillance s'est sensiblement améliorée, des progrès ont été réguliers dans la mise en œuvre des stratégies pour la période postérieure à la certification et l'infrastructure physique et humaine de lutte contre la poliomyélite continue de venir renforcer les services de vaccination systématique et de surveillance de la maladie.

En ce qui concerne l'avenir, la septième réunion du Groupe consultatif technique (TCG) mondiale pour

l'éradication de la poliomyélite a approuvé de nouvelles étapes pour 2002-2003. Celles-ci constituent des objectifs plus agressifs pour le programme, qui reflètent mieux les progrès accomplis, l'expérience acquise dans chaque domaine d'activité et les possibilités qu'offre l'initiative<sup>4</sup>.

Des problèmes demeurent toutefois pour atteindre ces objectifs, en particulier lorsqu'il s'agit de stopper la transmission du poliovirus sauvage et de réduire le risque de poliomyélite paralytique une fois le monde certifié exempt de poliomyélite. En ce qui concerne l'arrêt de la transmission, les problèmes consistent principalement à pouvoir avoir accès à tous les enfants de moins de cinq ans, notamment les enfants isolés du fait de conflits, de leur statut minoritaire ou de leur situation géographique, en particulier dans les zones urbaines densément peuplées. L'engagement politique est décisif dans tous les domaines du programme, aussi bien s'agissant des activités de vaccination supplémentaires dans les pays d'endémie et les pays à haut risque, surtout ceux où les activités de vaccination systématique laissent à désirer, que dans les pays exempts de poliomyélite, pour maintenir l'immunité de la population. L'engagement en faveur de la réalisation et du maintien d'une surveillance du niveau requis pour la certification partout dans le monde est en effet essentiel jusqu'à la date de la certification mondiale de l'éradication de la poliomyélite et au-delà. **La transmission autochtone du poliovirus sauvage a été stoppée dans tous les pays du monde sauf dix. C'est en Inde, au Nigéria et au Pakistan que la transmission demeure la plus forte.**

Pour réduire les risques de poliomyélite paralytique après la certification, l'OMS coordonne le programme de travail afin d'obtenir un confinement approprié des stocks en laboratoire et d'élaborer une politique vaccinale postérieure à la certification.

**Au niveau mondial, le déficit de financement s'élève à US \$275 millions, ce qui demeure le principal obstacle à l'arrêt de la transmission du poliovirus sauvage et à la certification de l'éradication de la poliomyélite partout dans le monde.** ■

<sup>1</sup> Voir par exemple *Review of the Global Polio Eradication Initiative and DFID's involvement*, DFID Health Systems Review Sector, décembre 2001 ainsi que le document du Conseil exécutif de l'OMS Evaluations thématiques en 2001, *Eradication de la poliomyélite, rapport du Directeur général*, EBPD8/3, 13 décembre 2001.

<sup>2</sup> WHO/Polio/00.05

<sup>3</sup> Noter que les intitulés de certains domaines d'activité ont été modifiés afin de mieux refléter les objectifs du programme.

<sup>4</sup> L'éradication mondiale de la poliomyélite. Rapport de la septième réunion du groupe consultatif technique (TCG) mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. Genève, 9-11 avril 2002. A paraître en automne 2002.

# Eradication de la poliomyélite – faits majeurs en 2001

L'eradication de la poliomyélite  
L'eradication de la poliomyélite

## Les temps forts

- ◆ **Le nombre des pays d'endémie est passé de 20 en 2000 à dix en 2001.** Le nombre des cas de poliomyélite a reculé de plus de 85 %, de 2 979 à 483, et la répartition géographique du poliovirus sauvage a sensiblement diminué dans plusieurs pays.
- ◆ **Au Bangladesh et dans la République démocratique du Congo,** deux réservoirs traditionnels de poliovirus, **aucun cas de poliomyélite n'a été dépisté depuis plus d'une année.**
- ◆ La **Région européenne de l'OMS** (51 pays), qui a célébré en novembre 2001 sa troisième année sans poliomyélite, est en bonne voie pour devenir la troisième Région de l'OMS certifiée exempte de poliomyélite.
- ◆ Le poliovirus sauvage type 2 n'a pas été isolé depuis octobre 1999 et le type 3 n'a été isolé qu'en Afghanistan, en Inde, au Niger, au Nigéria, au Pakistan et en Somalie en 2001.
- ◆ **Le déficit de financement pour 2002-2005 a été ramené de US \$400 millions à US \$275 millions,** principalement grâce aux dons de Rotary International, du Canada, des Etats-Unis d'Amérique, du Japon, des Pays-Bas et du Royaume-Uni. L'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a également accueilli de nouveaux partenaires dont l'Autriche, l'Irlande et le Luxembourg.
- ◆ A l'échelle mondiale, **on a vacciné 575 millions d'enfants dans 94 pays,** deux milliards de doses de vaccin antipoliomyélique oral ayant été administrées.
- ◆ Trente-cinq millions d'enfants ont été vaccinés en Afghanistan et au Pakistan au cours de deux cycles de Journées nationales de vaccination (JNV) organisés en septembre et novembre 2001, alors que la situation était des plus difficiles.
- ◆ Des pays d'Afrique centrale en proie à des conflits, dont l'Angola et la République démocratique du Congo, ont synchronisé pour la première fois des JNV – couvrant au total près de 17 millions d'enfants (*voir ci-dessus*).

## Afrique centrale • Succès synchronisé

**E**ncouragés par le succès des JNV synchronisées organisées en 2000 en Afrique occidentale et conscients de la nécessité de vacciner les enfants vivant dans les zones frontalières et éloignées difficiles, plusieurs grands pays d'Afrique centrale en proie depuis longtemps à des conflits ont synchronisé leurs JNV en 2001.

L'Angola, le Congo, le Gabon et République démocratique du Congo ont planifié trois cycles de JNV synchronisées entre juillet et septembre, avec pour objectif de vacciner 16 millions d'enfants. Joseph Kabila, Président de la République démocratique du Congo, a présidé la cérémonie de lancement à Kinshasa, en présence de Carlo Ravizza, ex-président de Rotary International, de Rima Salah, Directeur régional de l'UNICEF pour l'Afrique occidentale et centrale, et de Gro Harlem Brundtland, Directeur général de l'OMS. (*voir photographie*)

« Vous vous apprêtez à vacciner des enfants qui n'ont peut-être jamais vu un agent de santé – et à leur dispenser leur tout premier service de santé. Vous allez traverser des frontières pour vacciner des enfants qui, sinon, auraient été oubliés », a déclaré le Dr Brundtland dans son allocution à des centaines de Congolais rassemblés pour le lancement.

L'Angola, le Congo et la République démocratique du Congo étaient trois des vingt pays d'endémie restants et la stratégie recommandée pour interrompre la transmission était celle des JNV. Les conflits en cours dans toute la région rendaient problématique la mise en œuvre de cette stratégie qui avait fait ses preuves en Afrique occidentale, en Europe orientale et en Asie centrale.

L'attention portant tout spécialement sur les régions transfrontalières surpeuplées et très

passantes, les équipes mises en place à Brazzaville ont vacciné les enfants débarquant du bac de Kinshasa. Elles se sont postées dans les aéroports et les stations de bus et ont acheminé des glacières dans les forêts denses pour aller vacciner tous les enfants de moins de cinq ans. Les équipes de vaccination du Congo et de la République démocratique du Congo se sont partagés les myriades d'îles herbeuses baignées par le fleuve Congo – opération particulièrement difficile en l'absence de cartes détaillées – certaines pouvant être amenées à pénétrer

dans le pays voisin pour s'assurer qu'aucune île n'avait été oubliée, y compris lorsqu'elles ne comptaient que quelques enfants.

Résultat : près de 17 millions d'enfants vaccinés, dont 2,5 millions d'enfants zéro-dose. De ces quatre pays, seul l'Angola, où le poliovirus sauvage a été isolé en 2001, est encore considéré comme un pays d'endémie. Les activités synchronisées seront étendues à la Namibie et à la Zambie voisines en 2002 afin d'éliminer le virus en Angola et de consolider les acquis dans la région.



Photo : OMS/S. Tinjani



## Afghanistan • Protéger les enfants au cœur du conflit

**E**n dépit de l'incertitude et de l'insécurité qui ont suivi septembre 2001, plus de 180 000 volontaires équipés de leur porte-vaccins se sont mis en route pour aller vacciner 35 millions d'enfants en Afghanistan et au Pakistan pendant les JNV organisées fin septembre, puis en novembre.

Les JNV ont été remises en question en Afghanistan après le 11 septembre en raison de l'évacuation du personnel international et de l'incertitude générale qui régnait dans le pays. Les douzaines de personnels nationaux restés sur place ont néanmoins poursuivi leur travail afin de mener à bien les deux cycles, avec le soutien de l'OMS et de l'UNICEF.

Tous les vols civils pour l'Afghanistan ayant été annulés, le transport de quantités suffisantes de vaccin dans le pays a posé de réelles difficultés logistiques. Un convoi organisé par l'UNICEF/OMS a mis sept jours pour acheminer le vaccin, des médicaments,

des moustiquaires contre le paludisme et des nécessaires médicaux d'urgence jusqu'à la province de Badakshan, à travers le Pakistan septentrional. Il a fallu guider à pied les chevaux et leur précieux chargement sur d'étroits sentiers semés d'embûches et traverser un col à 4 558 mètres d'altitude par des températures inférieures à zéro.

Les populations afghanes commençant à se diriger vers les frontières, les planificateurs des JNV ont alors axé leur attention sur les zones frontalières pour veiller à ce que les enfants en déplacement soient vaccinés. A Islamabad, le personnel international a continué d'apporter son soutien, utilisant ses quelques lignes de communication par satellite et par radio pour aider à planifier les activités. L'équipe du Pakistan a mis en place des postes de vaccination transfrontaliers supplémentaires qu'elle a dotés de quantités de fournitures accrues et d'effectifs plus nombreux pour assurer

la couverture dans les camps de réfugiés en pleine expansion.

Alors que le conflit battait son plein, les agents chargés de la surveillance ont continué pendant ces semaines difficiles de recueillir les échantillons de selles, risquant parfois leur vie pour aller chercher et transporter les échantillons provenant de certaines des zones les plus touchées.

Fait remarquable, les échantillons en provenance de zones reculées d'Afghanistan atteignaient le laboratoire d'Islamabad en parfait état, quelques jours seulement après avoir été recueillis. La qualité de la surveillance a néanmoins baissé dans les zones les plus touchées. Au nombre des activités prioritaires en 2002, on rétablira le niveau de surveillance requis pour la certification et on organisera des campagnes de ratissage dès lors qu'un poliovirus sauvage aura été détecté.

Les progrès ininterrompus sur la voie de l'éradication de la poliomyélite en Afghanistan et au Pakistan en 2001 sont dus aux activités déployées aux mois de septembre et novembre. Le Pakistan a réduit la répartition géographique et le nombre des nouveaux cas de poliovirus sauvage de 42 % (de 199 en 2000 à 116 en 2001). Grâce à une surveillance de très bonne qualité, 11 cas seulement ont été isolés en Afghanistan en 2001, groupés essentiellement dans la province de Kandahar.

L'Afghanistan et le Pakistan, qui sont deux des dix pays d'endémie restants et sont considérés comme constituant ensemble une zone de forte transmission, continueront d'organiser des activités de vaccination supplémentaires synchronisées intensifiées tout au long de 2002, y compris quatre cycles de JNV et plusieurs Journées locales de vaccination (JLV) prévues dans chaque pays.

## Les difficultés

- ◆ Les événements du **11 septembre 2001** ont eu divers effets sur le programme d'éradication de la poliomyélite : détérioration du système de surveillance en Afghanistan, déplacement des personnels et interruption des opérations. Malgré les difficultés, les JNV organisées en septembre et novembre ont néanmoins permis de vacciner près de cinq millions d'enfants afghans et 30 millions d'enfants pakistanais (*voir encadré ci-dessus*).
- ◆ La découverte aux Philippines d'une flambée due à un poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale a rappelé que cette manifestation, bien que rare, est néanmoins réelle et que tous les pays doivent s'en prémunir par la vaccination systématique et une surveillance de la PFA du niveau requis pour la certification.
- ◆ Les **cas importés** en Algérie, Bulgarie, Géorgie et Zambie ont démontré à quel point il était important que les activités de surveillance soient du niveau requis pour la certification pour permettre de détecter les poliovirus sauvages dans les zones exemptes de poliomyélite et que les enfants seraient menacés partout dans le monde tant que tous les enfants ne seraient pas à l'abri de la poliomyélite. Ces importations ont également démontré que la poliomyélite pouvait provenir d'un pays voisin comme elle pouvait franchir des milliers de kilomètres.
- ◆ La découverte de **cas de poliomyélite chez des réfugiés angolais** dans l'ouest de la Zambie a montré que le virus circule dans l'est de l'Angola où les conflits ont empêché d'accéder aux enfants – que ce soit pour la vaccination ou pour la surveillance. La couverture a pu être améliorée en 2002 après l'annonce du cessez-le-feu au mois d'avril.
- ◆ Malgré la réduction de la biodiversité et du champ géographique du virus, le nombre des **cas de poliomyélite en Inde est passé de 265 en 2000 à 268 en 2001**. En conséquence, les mesures sont intensifiées, en particulier dans les deux Etats d'endémie restants.
- ◆ Malgré la réduction du déficit de financement, passé de US \$400 millions à US \$275 millions, ce **déficit constitue à lui seul la principale menace pour l'Initiative**. De plus, si la transmission du poliovirus sauvage devait se poursuivre dans toutes les zones d'endémie en 2003, les dépenses du programme 2002-2005 pourraient augmenter de US \$150 millions au total. ■

# Interrompre la transmission des poliovirus

L'éradication de la poliomyélite  
L'éradication de la poliomyélite

## Arrêter la transmission

### Étape 2001 :

**La transmission du poliovirus sauvage sera interrompue dans tous les pays à l'exception de cinq à dix pays d'Afrique et d'Asie.**

**Etat d'avancement : objectif atteint.**

Aux fins du suivi des progrès accomplis, on considère que la transmission du poliovirus sauvage est interrompue dans un pays après un délai minimum de 12 mois sans qu'ait été établie la preuve de la circulation

du poliovirus sauvage endémique alors que sont déployées des activités de surveillance de qualité.

En 2001, on a ramené le nombre des pays d'endémie à dix – contre 20 en 2000 – et le nombre des nouveaux cas de poliomyélite a sensiblement diminué, passant de 2 979 en 2000 à 483 en 2001. L'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a également permis de réduire la biodiversité et le champ géographique du virus dans chaque pays d'endémie.

Ces pays à forte transmission totalisent 95 % de l'ensemble des cas de poliomyélite enregistrés en 2001 (457 des 483 cas). Avec 268 cas, l'Inde représentait 56 % de ce total, tandis que le Pakistan et le Nigéria comptaient respectivement 119 et 56 cas. Les zones où la transmission est de faible intensité représentent 3 % du total (15 cas sur 483). Dans les 2 % restants figurent un cas d'origine incertaine en Mauritanie et des cas importés en Algérie (1), en Bulgarie (2), en Géorgie (1) et en Zambie (3) (*voir carte ci-après*).

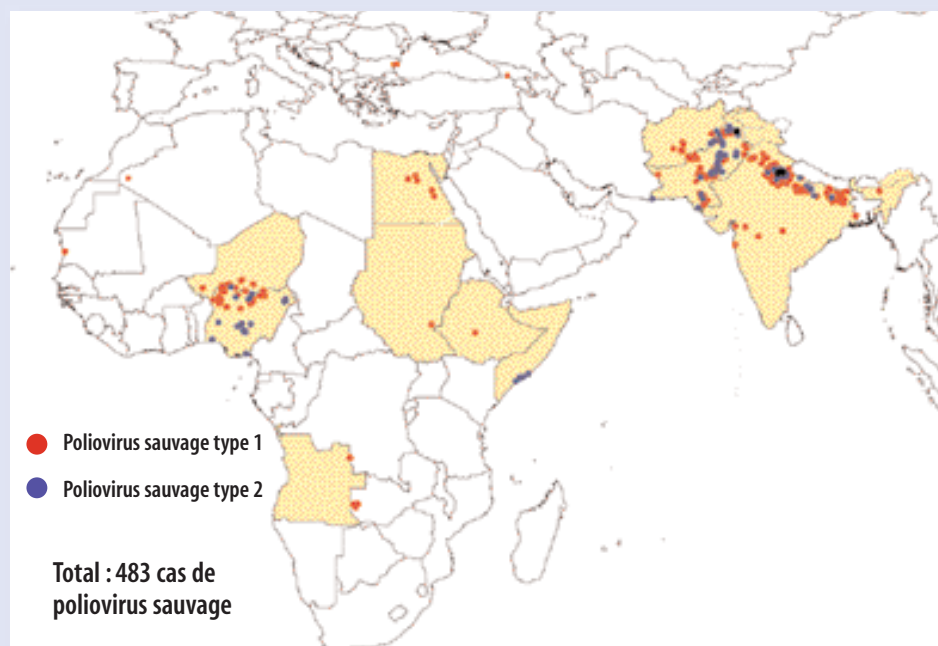
## Cas de poliomyélite confirmés au laboratoire\*, 2001

### Zones à forte intensité de transmission

Inde septentrionale  
Pakistan/Afghanistan  
Nigéria/Niger

### Zones à faible intensité de transmission

Ethiopie/Somalie/Soudan  
Égypte  
Angola



\* Les cas enregistrés en Algérie, en Bulgarie, en Géorgie et en Zambie étaient importés. Le cas observé en Mauritanie était peut-être importé.

L'absence en 2001 du poliovirus sauvage autochtone au Bangladesh et dans la République démocratique du Congo, deux anciens réservoirs mondiaux de poliovirus sauvage, malgré la qualité des activités de surveillance, témoigne de l'importance des progrès accomplis. Cela montre l'efficacité des stratégies d'éradication de la poliomyélite partout où elles sont mises en œuvre, y compris dans les pays à forte densité de population ou en proie à un conflit.

Dans la Région africaine de l'OMS, un certain nombre de pays où la poliomyélite était endémique en 2000, dont le Bénin, le Congo, la Côte d'Ivoire, le Ghana, la République centrafricaine et le Tchad, n'ont enregistré aucun cas en 2001, en dépit d'une surveillance de qualité. Dans les Régions de l'Asie du Sud-Est et de la Méditerranée orientale, le Népal et l'Iraq, où on avait détecté la présence du poliovirus en 2000, étaient exempts de poliomyélite en 2001.

D'autres progrès ont été accomplis comme en témoigne la réduction du champ géographique de la transmission du virus dans chacun des pays d'endémie restants, dont l'Afghanistan, l'Inde, le Nigéria et le Pakistan (*voir encadré ci-après « L'anatomie de l'éradication »*).

La biodiversité des virus restants a également diminué, les souches virales secondaires en circulation dans les pays d'endémie étant moins nombreuses. Sur les trois types existants de poliovirus sauvage, le type 2 n'a pas été isolé depuis octobre 1999 et le type 3 n'a été isolé qu'en

### Interrompre la transmission du poliovirus sauvage

## Étapes 2002 :

- Interruption de la transmission du poliovirus sauvage dans tous les pays ;
- La Région européenne de l'OMS sera certifiée exempte de poliomyélite.

## Étape 2003 :

- Maintien de l'absence de poliomyélite dans le monde.

Interrompre la transmission du poliovirus sauvage

Afghanistan, en Inde, au Niger, au Nigéria et en Somalie en 2001.

### Obstacles à l'interruption de la transmission

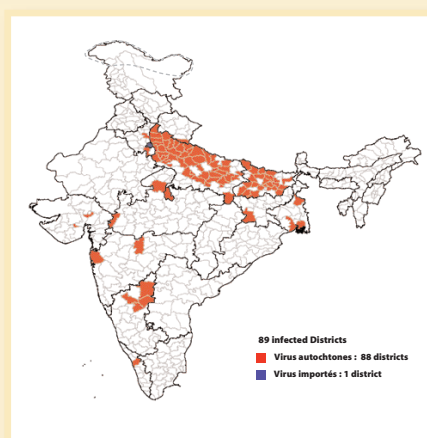
L'étape 2002 du *Plan stratégique 2001-2005* est l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage dans tous les pays.

L'éradication ne peut être menée à bien que si les activités déployées dans tous les pays d'endémie restants et les pays à haut risque sont d'une qualité optimale. Il est indispensable de mettre en œuvre la totalité des stratégies d'éradication de la poliomyélite, y compris l'administration porte à porte du vaccin antipoliomyélique oral (VPO), la mise en œuvre et le maintien d'activités de surveillance du niveau requis pour la certification et des campagnes de ratissage convenablement planifiées en cas d'isolement de virus.

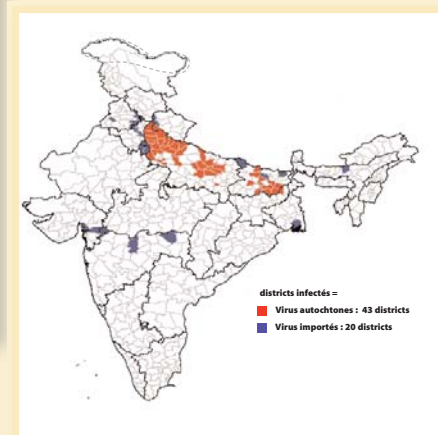
## Inde • L'anatomie de l'éradication

Si le nombre total des cas confirmés de virus sauvage déclarés en Inde en 2001 (268) n'a guère changé par rapport à 2000 (265 cas), une soigneuse analyse épidémiologique et de laboratoire montre que des progrès sensibles continus ont été accomplis. La circulation des poliovirus sauvages types 1 et 3 s'est poursuivie en 2001, l'endémicité se limitant néanmoins aux États septentrionaux de l'Uttar Pradesh et du Bihar. En général, les districts ayant déclaré des cas de poliomyélite étaient moins nombreux en 2001 qu'en 2000 (63 contre 89 sur les 530 districts de l'Inde), les virus isolés en dehors de l'Uttar Pradesh et du Bihar étant importés de ces États (20 des 63 districts infectés étaient extérieurs à l'Uttar Pradesh et au Bihar). Une analyse plus approfondie montre que seulement trois lignées de poliovirus type 1 ont circulé en Inde en 2001, contre huit en 2000. Ces données détaillées aident à focaliser le programme davantage encore sur les districts infectés restants. Les activités de vaccination prévues pour 2002 et 2003 visent à interrompre rapidement la transmission dans les pays, grâce à l'organisation continue de JNV, de JLV et de campagnes de ratissage.

### 2000 : 89 districts infectés ▼



### 2001 : 63 districts infectés ▼



Cartes : Les désignations utilisées sur cette carte et la présentation des données qui y figurent n'impliquent, de la part de l'Organisation mondiale de la Santé, aucune prise de position quant au statut juridique de tel ou tel pays, territoire, ville ou zone, ou de ses autorités, ni quant au tracé de ses frontières. Les lignes en pointillés représentent les frontières sur lesquelles un accord complet peut encore ne pas exister.

- **Qualité**

Des mesures sont prises pour améliorer la qualité des activités dans l'ouest de l'Uttar Pradesh en Inde où il convient de renforcer la surveillance pour assurer la prise en compte de l'expérience acquise dans toutes les activités. Le Nigéria septentrional et les régions limitrophes du Niger étant considérés comme des zones à forte transmission, on intensifie également les mesures destinées à améliorer la qualité des activités de vaccination supplémentaires dans cette région, en particulier en resserrant la coordination des activités entre ces pays. Le Pakistan améliorera davantage les mesures destinées à cibler les zones réservoir communes avec l'Afghanistan ainsi que les zones à haut risque dans le pays.

Se fondant sur les données récentes sur le séquençage génétique, le 7<sup>e</sup> Groupe consultatif technique (TCG) mondial a constaté avec inquiétude qu'on avait sérieusement sous-évalué l'ampleur de la transmission du virus en Egypte jusqu'à une date récente. L'interruption de la transmission en Egypte nécessite une amélioration urgente de la qualité de la surveillance et de la vaccination supplémentaire. L'OMS et ses partenaires apportent un soutien à cet effet au Ministère égyptien de la Santé.

- **Accès**

Vu les progrès de l'éradication en 2001 dans les pays d'endémie restants, les zones en proie à des conflits revêtent une importance croissante pour l'éradication mondiale, parmi lesquelles quatre des dix pays d'endémie restant (Afghanistan, Angola, Somalie et Soudan). Tandis que les gouvernements et les organismes partenaires associés à la lutte antipoliomyélitique continuent de vacciner des d'enfants dans les zones en proie à des conflits, des mesures supplémentaires seront prises en 2002 pour localiser et atteindre les zones critiques. On s'efforcera ainsi de vacciner un plus grand nombre d'enfants, en particulier dans la ville de Muqdisho et dans le Bas Shabelle en Somalie, ainsi que dans l'est de l'Angola où subsistent des poches d'enfants qui n'ont jamais été vaccinés. Le cessez-le-feu en Angola est une période propice pour accéder à ces enfants, mais l'insécurité croissante dans l'une ou l'autre de ces zones entrave sérieusement la vaccination des enfants et l'interruption de la transmission.

Grâce à la situation actuelle en Afghanistan, on pourra continuer de vacciner les enfants et on a pu accéder récemment à ceux qui vivent dans les monts Noubu du Soudan.

Les problèmes d'accès se posent aussi de plus en plus pour les enfants des communautés minoritaires, l'analyse des données donnant à penser qu'un grand



Photo : OMS/S. Torfahn

nombre des communautés encore affectées par la poliomyélite sont des groupes minoritaires. Pour atteindre ces enfants, en particulier en Inde et au Pakistan, il faudra recourir à une mobilisation sociale focalisée faisant appel aux responsables traditionnels et communautaires, renforcer la microplanification et déployer des activités de surveillance.

- **Engagement politique**

Dans les pays d'endémie, il est indispensable que les responsables s'engagent à mener trois ou quatre JNV par an, au moins jusqu'à la fin de 2003. Dans les pays à haut risque exempts de poliomyélite, ils devront également s'engager à organiser des activités de vaccination supplémentaires au moins tous les trois ans à compter de 2003. Des activités de vaccination supplémentaires triennales seront nécessaires dans les pays exempts de poliomyélite où moins de 90 % des enfants ont reçu trois doses de VPO. Pour s'assurer que la transmission est interrompue et pour guider les activités de vaccination supplémentaires, tous les pays, d'endémie ou exempts de poliomyélite, doivent maintenir des activités de surveillance du niveau requis pour la certification.

- **Déficit de financement**

Le déficit de financement pour les activités 2002-2005 a été reconnu comme la principale menace pour l'éradication de la poliomyélite. Bien que ramené de US \$400 millions à US \$275 millions en 2001, le 7<sup>e</sup> Groupe consultatif technique mondial a souligné que ce déficit constituait un réel danger pour l'initiative. Avec US \$60 millions manquant encore pour 2002, il a fallu réviser, différer ou annuler plusieurs activités de vaccination, faute de moyens suffisants. Il est d'autant plus urgent de combler ce déficit de financement que US \$150 millions supplémentaires pourraient être nécessaires si la transmission se poursuivait dans toutes les zones d'endémie en 2003. Pour de plus amples informations concernant le déficit de financement, voir page 21.<sup>5</sup>

<sup>5</sup> Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite : Prévisions de dépenses pour 2002-2005 au 1<sup>er</sup> septembre 2001. WHO/Polio/01.05. Les chiffres révisés pour 2003-2005 seront publiés dès octobre 2002.

# Plan stratégique 2001-2005

## Domaines d'activité

L'éradication de la poliomyélite  
L'éradication de la poliomyélite

### Activités de vaccination supplémentaires intensifiées

#### Étape 2001 :

**Tous les pays d'endémie effectueront au moins quatre cycles de JNV intensifiées ou trois JNV consécutives et des campagnes de ratissage.**

**État d'avancement : objectif atteint.**

Cette étape a été fixée en application de la résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé de 1999 qui visait à accélérer les activités de vaccination supplémentaires<sup>6</sup>. Les mesures mises en œuvre sont les suivantes :

- ◆ organiser plus de deux cycles annuels de JNV ;
- ◆ améliorer la qualité des activités de vaccination supplémentaires<sup>6</sup>, en particulier par les moyens suivants : stratégie de vaccination porte à porte, approche plurisectorielle, microplanification détaillée, mobilisation sociale de grande ampleur et encadrement complet de la planification et de la mise en œuvre ;
- ◆ atteindre rapidement le niveau de surveillance de la PFA requis pour la certification afin d'obtenir les informations qui serviront à planifier les activités de vaccination supplémentaires et à organiser les campagnes de ratissage.

En 2001, on a administré le nombre record de deux milliards de doses de vaccin antipoliomyélitique oral (VPO) à 575 millions d'enfants dans le cadre des activités de vaccination supplémentaires. Plus du tiers des 300 activités de vaccination supplémentaires ont été mises en œuvre dans les 20 pays considérés comme des pays d'endémie à la fin de 2000. Chacun de ces 20 pays

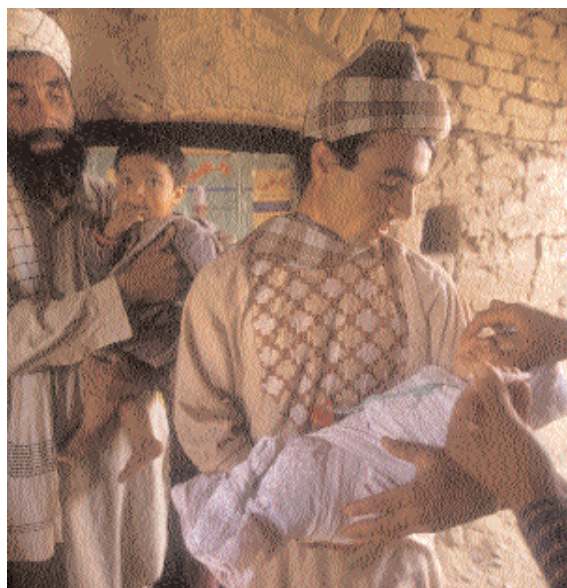


Photo : OMS/J. M. Gilhoar

a effectué soit au moins quatre cycles de JNV intensifiées soit trois JNV consécutives (et des JLV dans les zones à haut risque) et des campagnes de ratissage (voir tableau page 9).

Grâce aux JNV synchronisées organisées dans plusieurs régions, on a pu vacciner un nombre accru d'enfants. En 2001, trois cycles de JNV synchronisées ont notamment été organisés dans quatre pays d'Afrique centrale, dont l'Angola et la République démocratique du Congo où on a vacciné près de 17 millions d'enfants, y compris 2,5 millions d'enfants zéro-dose. Seize pays d'Afrique occidentale ont synchronisé deux cycles fin 2001, ce qui a permis de vacciner 61 millions d'enfants. L'Afghanistan et le Pakistan, considérés comme constituant un même ensemble épidémiologique, ont coordonné leurs activités de vaccination supplémentaires pour quatre JNV et une JLV, ce qui a permis d'améliorer sensiblement la couverture transfrontalière et de vacciner 35 millions d'enfants en septembre, puis à nouveau en novembre 2001.

Les activités dans la Corne de l'Afrique, où la transmission du poliovirus sauvage est faible, ont été intensifiées en 2001. Malgré l'insécurité croissante, la Somalie a organisé quatre cycles de JNV et deux JLV

<sup>6</sup> WHA 52.22.

axées sur les zones à haut risque. Le Soudan a organisé quatre JNV, six JLV et une campagne de ratissage – accédant pour la première fois à des zones précédemment isolées en raison de conflits. Les deux cycles de JNV et les deux JLV organisées en Ethiopie ont aidé à consolider les acquis dans ce pays, un seul poliovirus sauvage ayant été isolé au début de 2001.

L’Egypte a organisé deux JNV, trois JLV et deux campagnes de ratissage, l’objectif étant de vacciner au total huit millions d’enfants de moins de cinq ans. Toutefois, les examens génétiques effectués donnent à penser que la circulation du poliovirus sauvage en Egypte est supérieure à ce que l’on pensait précédemment. Les partenaires de l’Initiative mondiale aident le Ministère égyptien de la Santé à améliorer son potentiel et ses infrastructures pour assurer la vaccination de tous les enfants de moins de cinq ans au cours des activités de vaccination supplémentaires en 2002 et 2003.

L’Inde a continué à mettre en œuvre ses activités intensifiées et a vacciné plus de 150 millions d’enfants pendant les JNV dans le cadre de la plus importante campagne nationale de santé publique menée dans le monde. Le pays a organisé deux cycles de JNV, une JLV et 23 campagnes de ratissage destinées à vacciner les enfants dans les zones à forte charge de morbidité, dont l’Uttar Pradesh, le Bihar et Delhi. Malgré les campagnes porte à porte menées en 2001, il apparaît cependant clairement qu’il reste une poche d’enfants vulnérables de moins de 24 mois non encore vaccinés dans certaines

communautés minoritaires. Au nombre des mesures prises pour remédier à cette situation en 2002, on a amélioré la formation des équipes de vaccination et l’encadrement et recouru à une mobilisation sociale ciblée.

En 2002, tous les pays d’endémie continueront d’organiser des JNV intensifiées et des campagnes de ratissage utilisant une stratégie porte à porte (*voir tableau ci-après*). On s’attachera davantage à vacciner tous les enfants à la fin de la basse saison de transmission du poliovirus sauvage.

Pour consolider les acquis à ce jour sur la voie de l’interruption de la transmission du poliovirus sauvage, tous les pays à haut risque, y compris les pays d’endémie récente ou qui sont limitrophes de pays d’endémie et où la surveillance laisse à désirer continueront d’organiser des JNV et des JLV. Ces pays sont les suivants : Bangladesh, Bénin, Cameroun, Congo, Djibouti, Erythrée, Indonésie, Madagascar, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Népal, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sierra Leone, Tchad et Zambie.

Le succès de cette stratégie passe par la détermination constante des responsables politiques à organiser des activités de vaccination supplémentaires, tâche d’autant plus problématique que la maladie est en voie de disparaître, et il nécessite des moyens financiers suffisants pour l’achat de vaccins, la formation de personnels et de bénévoles et tous les moyens logistiques.

#### Activités de vaccination supplémentaires intensifiées

### Etapes 2002 :

#### **Pays d’endémie**

**Tous les pays où la poliomyélite était endémique en 2000-2001 continueront d’organiser trois ou quatre JNV par an et des campagnes de ratissage utilisant une stratégie porte à porte.**

#### **Pays exempts de poliomyélite**

**Tous les pays à haut risque exempts de poliomyélite continueront d’organiser chaque année des activités de vaccination supplémentaires et tous les pays où la couverture par le VPO3 est inférieure à 90 % adopteront des plans d’activités de vaccination supplémentaires à long terme.**

Activités de vaccination supplémentaires intensifiées

### Etapes 2003 :

#### **Pays d’endémie**

**Tous les pays où la poliomyélite était endémique en 2001-2002 continueront d’organiser trois ou quatre JNV par an et des campagnes de ratissage utilisant une stratégie porte à porte.**

#### **Pays exempts de poliomyélite**

**Tous les pays à haut risque continueront d’organiser chaque année des activités de vaccination supplémentaires et les autres pays exempts de poliomyélite où la couverture par le VPO3 est inférieure à 90 % organiseront des activités de vaccination supplémentaires au moins tous les trois ans.**

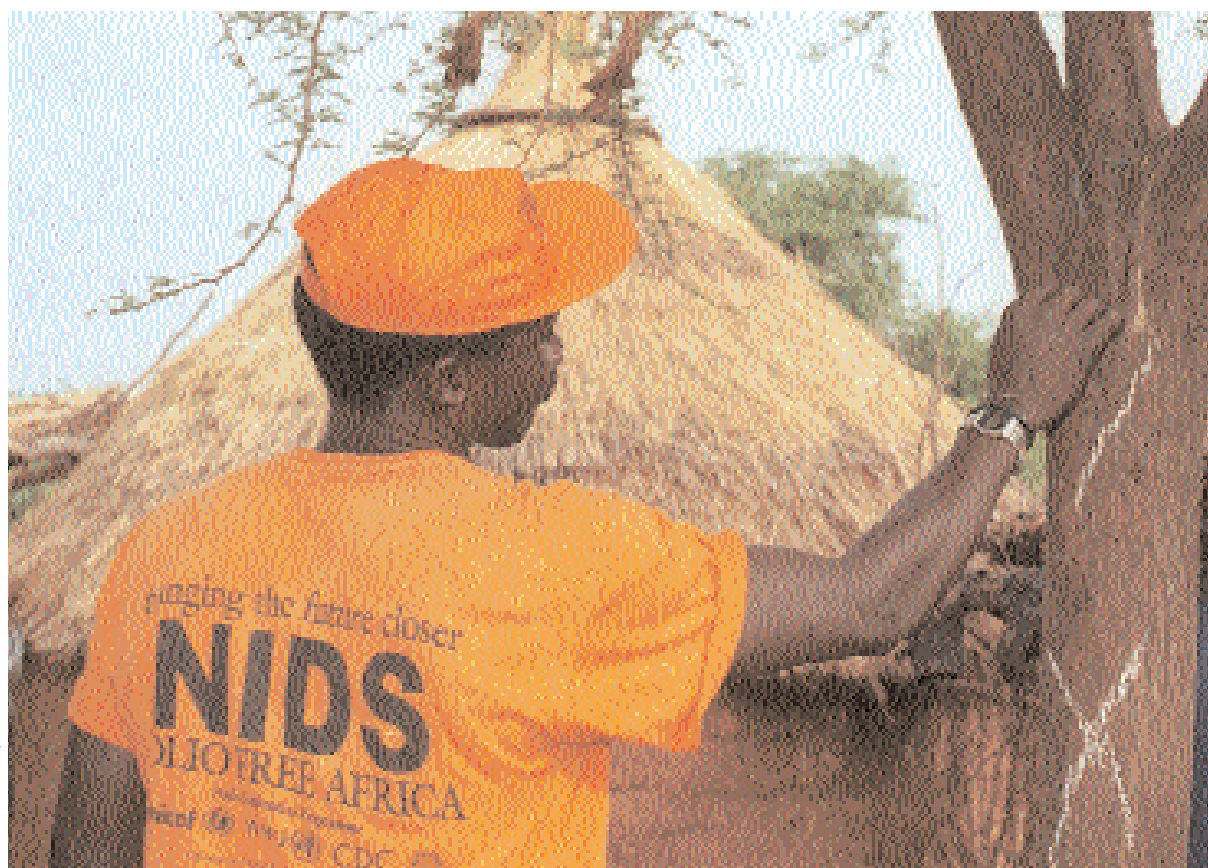


Photo : OMS/P. Blanc

**JNV, JLV et campagnes de ratissage (CR) dans les pays d'endémie et les pays à haut risque – 2001-2002**

Etat d'avancement	Pays	2001 JNV, JLV + CR	2002 JNV, JLV + CR*
<b>Pays d'endémie 2001</b>	Afghanistan	5+1+1	4+1+1
	Angola	3+2	3+2+1
	Egypte	2+3+2	2+2
	Ethiopie	2+2	2+4
	Inde	2+1+27	2+1+23
	Niger	3	2+2
	Nigéria	4+1	3+2
	Pakistan	5+1	4+3+1
	Somalie	4+2	2+4
	Sudan	4+6+1	4+3
<b>Pays d'endémie récente ou à haut risque 2001 – 2002</b>	Bangladesh	2+1	2+2
	Bénin	2+2	2
	Cameroon	1	2+1
	Congo	3	3
	Djibouti	2	1 SNIDS
	Erythrée	2+2	2
	Indonésie	2 SNIDS	2
	Madagascar	None	2
	Mauritania	4+2	4+2
	Mozambique	None	2
	Namibie	2	2
	Népal	1+2	1+2+2
	République centrafricaine	3	2+2
	République démocratique du Congo	3	3
	Sierra Leone	2+2	2+4
	Tchad	4	2+3
	Zambie	2 SNIDS	2 SNIDS + 2MU

\* Tous les pays organiseront en outre des campagnes de ratissage dès lors qu'un cas de poliovirus sauvage sera confirmé au laboratoire.

## Surveillance du niveau requis pour la certification

**Etapas 2001 :**

**Tous les pays de la Région africaine organiseront des activités de surveillance du niveau requis pour la certification.**  
Etat d'avancement : **objectif en partie atteint.**

**Tous les pays des Régions de l'Asie du Sud-Est et de la Méditerranée orientale auront établi des comités nationaux de certification.**  
Etat d'avancement : **objectif en partie atteint.**

Les étapes qui permettront de mesurer les progrès accomplis concernant la mise en œuvre et le maintien d'activités de surveillance du niveau requis pour la certification recouvrent deux grands domaines d'activité : la qualité de la surveillance et l'avancement du processus de certification.

### Qualité de la surveillance

Toutes les Régions OMS, et la plupart des pays de ces Régions, ont sensiblement amélioré la surveillance et progressé sur la voie de la mise en œuvre et du maintien d'activités de surveillance du niveau requis pour la certification (*voir figure page 11*).

A l'exception de la Région africaine, toutes les Régions ont atteint, au plan régional, le niveau de surveillance requis pour la certification. La Région africaine a néanmoins continué à faire des progrès impressionnants : le taux de PFA non poliomyélique est passé de 1,5 cas pour 100 000 jeunes < 15 ans en 2000 à 2,9 cas en 2001 ; le pourcentage d'échantillons de selles adéquats recueillis auprès de cas de PFA est passé de 50 % en 2000 à 72 % en 2001. La Région africaine, qui continue de travailler dans ce sens, devrait atteindre le but de 80 % d'échantillons de selles adéquats en 2002.

Les dix pays d'endémie restants à la fin de 2001 ont déclaré un taux de PFA non poliomyélique > 1 (contre huit de ces pays en 2000). Quatre de ces pays avaient atteint un taux d'échantillons de selles adéquats > 80 % en 2001 contre deux en 2000. Des progrès supplémentaires sont donc nécessaires, en particulier pour ce qui est du taux d'échantillons de selles adéquats.

#### • Réseau de laboratoires

Tous les pays ont désormais accès à un laboratoire accrédité du réseau OMS de laboratoires antipoliomyéliques pour l'examen des échantillons de selles recueillies auprès de cas de PFA. En décembre 2001, le réseau était opérationnel dans les six Régions de l'OMS ; il comptait 147 laboratoires, dont sept laboratoires spécialisés mondiaux, 16 laboratoires de référence régionaux, 84 laboratoires nationaux et 40 laboratoires infranationaux. Sur ce nombre, 135 laboratoires (92 %) étaient pleinement accrédités, six étaient provisoirement accrédités (ne remplissant pas les conditions requises dans l'un des domaines examinés et un délai leur étant accordé pour améliorer leurs résultats avant une réévaluation) et six étaient en attente de l'examen d'accréditation ou n'avaient pas atteint le niveau requis pour l'accréditation.

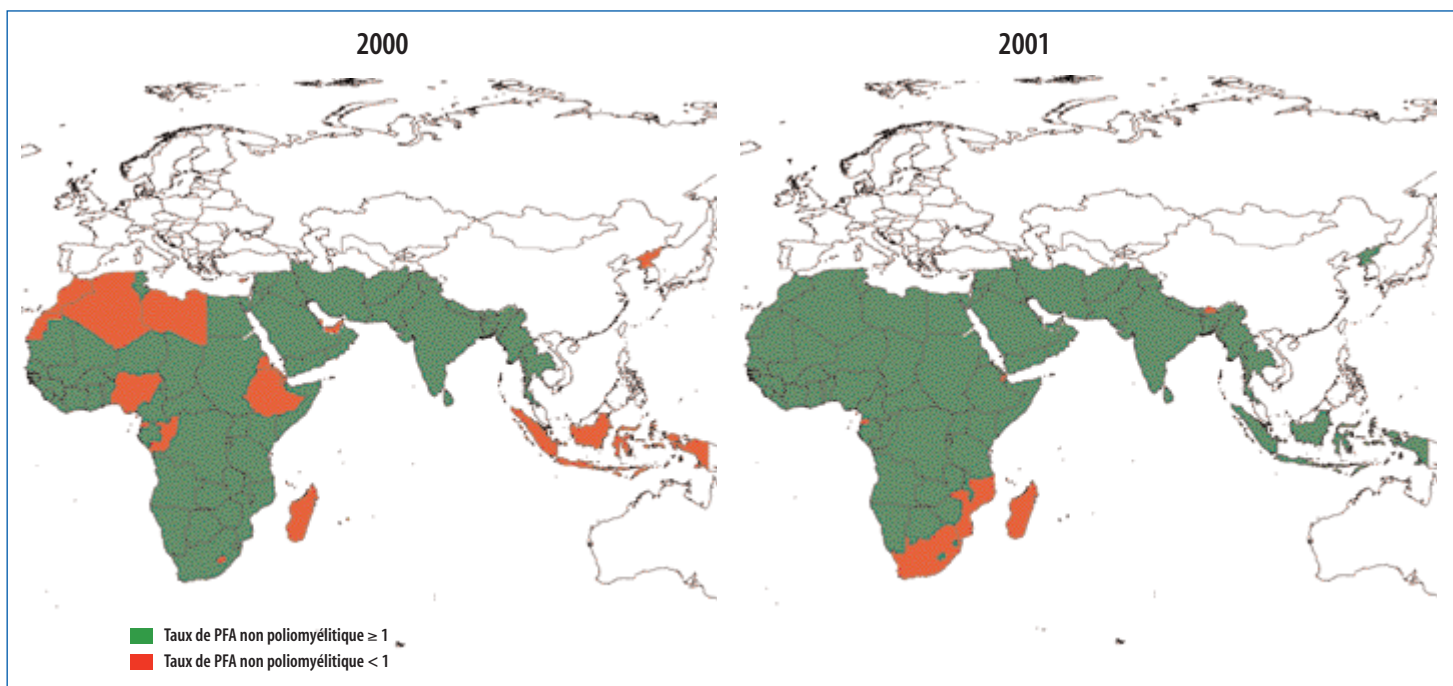
### Processus de certification

Après plus de trois ans sans transmission autochtone de poliovirus sauvage, la Région européenne sera probablement certifiée exempte de poliomyélite en juin 2002. L'Europe sera la troisième Région de l'OMS à accéder à la certification, après les Amériques en 1994 et le Pacifique occidental en 2000.

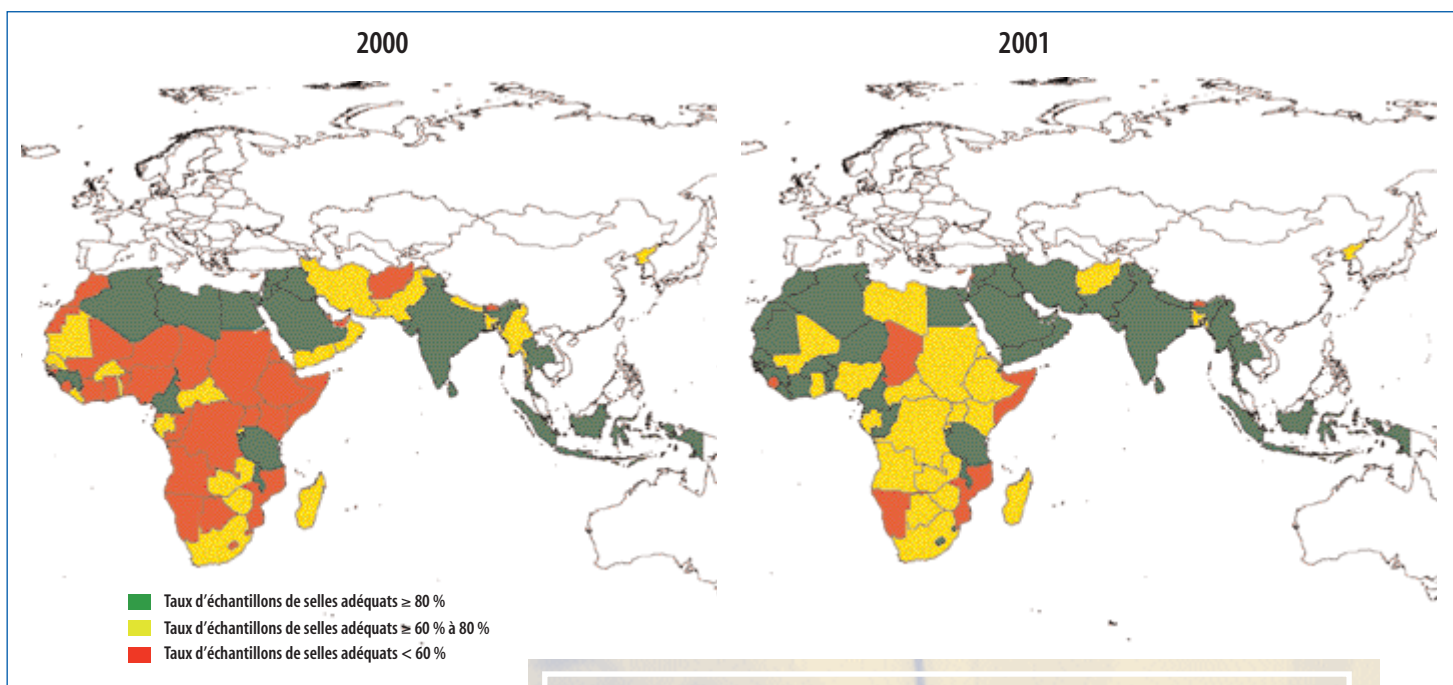
Des comités de certification nationaux ont été établis dans tous les pays de la Région de l'Asie du Sud-Est et dans la plupart des pays des Régions africaine et de la Méditerranée orientale. Dans la Région de la Méditerranée orientale, les comités de certification nationaux seront convoqués pour l'Afghanistan, la Somalie et le Soudan en 2002.

Une Commission de certification régionale a été créée dans la Région africaine en 2000. Plusieurs réunions organisées depuis ont porté sur le plan d'action régional, la structure requise pour la certification et les processus et méthodes connexes. Trente-neuf des 46 présidents des comités de certification nationaux ont reçu les informations nécessaires à l'accomplissement de leur tâche.

### Taux de paralysie flasque aiguë non poliomyélitique\* dans les Régions africaine, de l'Asie du Sud-Est et de la Méditerranée orientale de l'OMS



### Taux de collecte d'échantillons de selles adéquats dans les Régions africaine, de l'Asie du Sud-Est et de la Méditerranée orientale de l'OMS



**\*Définition de la surveillance du niveau requis pour la certification :**

*Taux de paralysie flasque aiguë non poliomyélitique  $> 1$  cas de PFA dépisté pour 100 000 jeunes de moins de 15 ans ; collecte d'échantillons de selles adéquats pour  $> 80\%$  des cas de PFA ; 100 % des échantillons analysés dans un laboratoire du réseau antipoliomyélitique accrédité par l'OMS.*

**Surveillance du niveau requis pour la certification**

**Etapes 2002 :**

**Surveillance de la PFA**  
**Toutes les régions et > 90 % des pays atteindront et maintiendront le niveau de surveillance requis pour la certification.**

**Certification**  
**Des comités de certification nationaux seront établis dans tous les pays, y compris tous les pays d'endémie et les pays d'endémie récente.**

**Etapes 2003 :**

**Surveillance de la PFA**  
**Tous les pays des Régions africaine, de l'Asie du Sud-Est et de la Méditerranée orientale de l'OMS atteindront le niveau de surveillance requis pour la certification.**

**Certification**  
**Les comités de certification nationaux de tous les pays qui sont exempts de poliomyélite depuis plus de trois ans envoient un rapport préliminaire aux comités de certification régionaux.**

Surveillance du niveau requis pour la certification

Les pays d'endémie ont besoin d'activités de surveillance de la PFA de qualité pour reconnaître les problèmes et les zones à haut risque et pour guider les activités de vaccination supplémentaires. Dans les pays exempts de poliomyélite, l'absence de système de surveillance de qualité accroît sensiblement le risque d'importation d'un poliovirus et, par conséquent, de circulation du poliovirus. La certification régionale et mondiale nécessite au moins trois années de surveillance du niveau requis pour la certification. En 2002, toutes les Régions et 90 % au moins des pays s'emploieront donc à atteindre et maintenir ce niveau de surveillance, l'accent portant sur l'amélioration, le cas échéant, des taux de collecte d'échantillons de selles adéquats.

Dans la Région africaine de l'OMS, l'accent mis sur les pays d'endémie ou d'endémie récente concerne l'est de l'Angola, l'Ethiopie et le Tchad. Les pays d'Afrique australe, exempts de poliomyélite depuis des années, doivent également améliorer leurs activités de surveillance et le Bureau régional OMS de l'Afrique apportera un soutien supplémentaire en particulier à Madagascar et au Mozambique. L'infrastructure des systèmes de surveillance de nombreux pays d'Afrique reste généralement fragile, nécessitant un soutien technique et administratif constant et la fourniture en temps voulu de ressources suffisantes.

Au Bureau de la Méditerranée orientale, le conflit en cours en Somalie a entravé les activités de surveillance, en particulier pour ce qui est des taux de collecte d'échantillons de selles à Muqdisho et dans le Bas Shabelle. L'OMS et ses partenaires s'emploient à rétablir le niveau du système de surveillance en Afghanistan après la période d'instabilité de la fin 2001.

Enfin, les poches d'instabilité et la détérioration des infrastructures en Indonésie ont suscité une baisse des niveaux de la vaccination systématique et de la qualité de la surveillance. Le Bureau régional OMS de l'Asie du Sud-Est s'est attelé à ce problème en collaboration avec le Gouvernement indonésien et il a apporté son soutien pour l'engagement et la formation d'agents supplémentaires chargés des activités de surveillance.

Fin 2002, tous les pays se seront dotés d'un comité de certification national – étape essentielle du processus de certification puisque ces comités ont pour tâche de vérifier l'absence de poliomyélite dans le pays et de communiquer la documentation requise pour la certification régionale de l'absence de poliomyélite par l'OMS.

## Confinement des stocks de poliovirus sauvage

### Etapes 2001 :

**Les Régions africaine et de l'Asie du Sud-Est de l'OMS élaboreront des lignes directrices régionales relatives au confinement.**  
 Etat d'avancement : **objectif atteint.**

---

**Les Régions des Amériques, européenne et du Pacifique occidental et 14 pays de la Région de la Méditerranée orientale auront dressé des inventaires nationaux et assuré le confinement approprié de tous les matériels infectieux ou potentiellement infectieux contenant le poliovirus sauvage.**  
 Etat d'avancement : **objectif en partie atteint.**

Une fois la transmission du poliovirus sauvage interrompue à l'échelle de la planète, les laboratoires de diagnostic et de recherche et les laboratoires qui produisent le vaccin antipoliomyélitique seront les seuls réservoirs restants de poliovirus sauvage. Le confinement en laboratoire a pour objet de réduire au minimum le risque de réintroduction accidentelle au sein de la population du poliovirus sauvage détenu dans ces laboratoires en veillant à ce que les poliovirus sauvages et les matériels potentiellement infectieux soient manipulés en toute sécurité et de façon appropriée. La mise en œuvre du Plan d'action mondial de l'OMS pour le confinement des poliovirus sauvages en laboratoire a débuté en 1999 et les pays qui prennent les mesures voulues sont de plus en plus nombreux<sup>7</sup>.

Deux éléments permettent de mesurer les progrès réalisés sur la voie du but du confinement en laboratoire : la mise en place de stratégies (processus) et la mise en œuvre de ces stratégies (résultats) par tous les pays. Les six Régions de l'OMS, y compris la Région africaine et la Région

de l'Asie du Sud-Est, ont commencé à instaurer des stratégies de confinement en formulant des lignes directrices régionales et en planifiant la mise en œuvre des activités de confinement.

En mai 2002, de nombreux pays avaient dressé l'inventaire des laboratoires détenant des stocks de poliovirus, en particulier dans la Région du Pacifique occidental (32 pays sur 36) où les activités de confinement avaient débuté plus tôt que dans les autres parties du monde. Dix pays de la Région des Amériques, dont le Canada et les Etats-Unis d'Amérique, mettent déjà en œuvre les activités, bien qu'ils aient entamé le processus récemment. Les pays européens ont progressé régulièrement sur la voie du confinement et 20 pays sur 51 ont dressé un inventaire complet. Enfin, les activités de confinement ont débuté dans des régions d'endémie plus récente comme les Régions de l'Asie du Sud-Est et de la Méditerranée orientale, deux petits pays de la Région de la Méditerranée orientale étant même sur le point d'achever leur inventaire (*voir tableau ci-après*).

Il est indispensable, pour dresser un inventaire national de qualité, de mesurer les stades intermédiaires de l'établissement des inventaires nationaux. L'étape 2001 de l'établissement des inventaires a été subdivisée en stades intermédiaires pour 2002-2003 afin de garantir la qualité du produit final.

Pour mener à bien les étapes 2002, l'OMS demandera à tous les pays exempts de poliomyélite de nommer un coordonnateur national ou un groupe spécial pour le confinement et de dresser un plan d'action national avant la fin de 2002, l'accent portant en particulier sur les pays de la Région des Amériques et sur les pays exempts de poliomyélite appropriés des Régions de l'Asie du Sud-Est et de la Méditerranée orientale.

### Progrès des activités de confinement en laboratoire de la phase préalable à l'éradication

Etats Membres de chaque Région <sup>1</sup> ayant > > > > > >	nommé un coordonnateur national et entamé la planification	commencé à dresser la liste des laboratoires biomédicaux à inclure dans l'enquête	commencé l'enquête sur les laboratoires	soumis un inventaire national complet des laboratoires
Amériques (47 pays)	10	2	2	0
Méditerranée orientale (24 pays)	18	12	12	2
Europe (51 pays)	51	51	51	20
Asie du Sud-Est (10 pays)	7	4	4	0
Pacifique occidental (36 pays)	36	36	36	32
<b>Echelle mondiale (216 pays)</b>	<b>122 pays 56 %</b>	<b>105 pays 49 %</b>	<b>105 pays 49 %</b>	<b>54 pays 25 %</b>

<sup>1</sup> La Région africaine de l'OMS a entamé des activités de confinement pilotes dans les zones régulièrement exemptes de poliomyélite d'Afrique australe et orientale.

<sup>7</sup> WHO/N&B/99.32. Un plan révisé sera disponible à partir de septembre 2002.

L'attention portera ensuite sur la mise en œuvre et l'établissement d'inventaires nationaux complets dans tous les pays et on s'assurera avec les laboratoires du caractère approprié et efficace des conditions de confinement. On mettra une dernière main aux directives relatives à la fabrication dans de bonnes conditions de sécurité du vaccin antipoliomyélique inactivé (VPI) à partir de poliovirus sauvages et on commencera à mettre en place avec les fabricants les conditions requises en vue de la certification mondiale. L'OMS coordonnera la mise au point d'outils potentiels pour aider les autorités nationales à valider le processus du confinement dans leur pays et à effectuer des études supplémentaires sur la présence possible du poliovirus sauvage dans des matériels reconnus comme « potentiellement infectieux ». Les progrès accomplis dans ces deux domaines seront présentés au Groupe consultatif technique milieu 2003.

Les versions révisées du *Plan d'action mondial* (à paraître en septembre 2002), des *Directives régionales pour la mise en œuvre des activités de confinement* (disponibles dans les bureaux



Photo : OMS

régionaux de l'OMS) et des *Directives pour le confinement dans les laboratoires de production du VPI* (à paraître en décembre 2002) témoigneront de l'élaboration continue de stratégies appropriées pour atteindre l'objectif du confinement en laboratoire.

Confinement des stocks de poliovirus sauvage	
<h3>Etapes 2002 :</h3> <p><b>Processus</b></p> <p>Tous les pays exempts de poliomyélite se dotent d'un groupe spécial/coordonnateur national et de plans d'action nationaux pour le confinement en laboratoire.</p> <p><b>Résultats</b></p> <p>Tous les pays exempts de poliomyélite des Régions des Amériques, de l'Asie du Sud-Est, européenne et de la Méditerranée orientale et les pays de la Région du Pacifique occidental ayant dressé un inventaire complet entreprennent une enquête nationale sur les laboratoires.</p>	<h3>Etapes 2003 :</h3> <p><b>Processus</b></p> <p>Les Régions des Amériques, européenne et du Pacifique occidental adoptent des plans d'action régionaux pour la phase postérieure à la certification mondiale.</p> <p><b>Résultats</b></p> <p>Tous les pays entreprennent des enquêtes nationales sur les laboratoires et les Régions des Amériques et européenne et les pays exempts de poliomyélite des Régions de l'Asie du Sud-Est et de la Méditerranée orientale ont dressé des inventaires complets.</p>

Confinement des stocks de poliovirus sauvage

## Elaboration d'une politique de vaccination Postérieure à la certification

**Étape 2001 :**

**Toutes les études visant à déterminer la stratégie d'arrêt de la vaccination en seront au moins au stade de la collecte des données.**

**Etat d'avancement :**

**objectif en partie atteint.**

La découverte à deux reprises de poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale (PVDVc) au cours des deux dernières années, sur l'île d'Hispaniola (Haïti et Saint-Domingue) en 2000-2001 et aux Philippines en 2001)<sup>8</sup> a souligné l'importance de la coordination des politiques de vaccination antipoliomyélitique après la certification.

L'OMS est en train de coordonner un programme de travail en deux volets (production de données et élaboration d'une politique) qui permettra de choisir sur la base des faits la ou les options optimales en matière de vaccination dans la période qui suivra la certification, à partir d'un cadre conçu pour évaluer i) le risque d'apparition de la poliomyélite paralytique après la certification et ii) les options pour la gestion de ces risques.

### Production de données

Dans ce premier domaine d'activité, on a déjà réussi à obtenir des données programmatiques et scientifiques supplémentaires dans plusieurs secteurs pertinents, notamment des études sur la fréquence et le risque d'apparition du PVDVc, les sujets immunodéficients qui excrètent le virus à long terme (PVDVi), l'efficacité du VPI et l'approvisionnement en VPI dans le contexte des pays en développement, ainsi que l'effet de l'administration répétée du VPO sur l'apparition du PVDVc.

En résumé, bien que plus de 3 400 isolements de type Sabin aient été analysés, il n'a pas été repéré de nouveaux cas faisant intervenir le PVDVc. Le suivi des

13 sujets qui se sont avérés excréter le virus à long terme au cours des 40 années d'utilisation du VPO a montré que seuls deux d'entre eux continuaient notoirement à excréter le virus. D'après des données recueillies au Royaume-Uni et aux Etats-Unis d'Amérique, on observe une excrétion persistante chez tout au plus 0,01 à 1 % des sujets atteints de maladies liées à une carence en immunoglobulines. Une étude sur le VPI entreprise à Cuba pour analyser l'immunogénicité et l'immunité mucosale dans ce contexte devrait s'achever en 2002. Une étude sur la circulation des virus dérivés du VPO avant, pendant et après le passage au VPI en Nouvelle-Zélande a été conçue pour mesurer l'effet du VPI sur la circulation du PVDV. Des scénarios provisoires concernant la demande de VPI ont été établis et l'UNICEF est en train de préparer une demande d'information commerciale pour déterminer l'offre potentielle et les prix pour le secteur public. De façon à mieux saisir l'impact que pourraient avoir les campagnes de vaccination à l'aide du VPO sur la dynamique du PVDV, on a analysé systématiquement les données sur les isolements de type Sabin à la suite d'activités de vaccination supplémentaires. La mise sur pied d'un stock de vaccin en est encore au stade préliminaire et l'accélération des activités dans ce domaine est prioritaire pour 2002-2003.

### Elaboration d'une politique

Le deuxième domaine d'activité, la création d'un consensus international sur la politique après certification, est intégré dans les étapes 2002 et 2003. Il s'agit notamment d'évaluer les incidences économiques, politiques, opérationnelles et financières de chaque option. Une réunion organisée en avril 2002 à Annecy (France) sous les auspices de l'Institut pour la santé mondiale et qui portait principalement sur l'élaboration d'une politique de vaccination postérieure à la certification a permis de recueillir des informations importantes sur la méthode et les critères nécessaires pour élaborer une politique nationale postérieure à la certification. Des propositions se sont dégagées quant aux moyens d'entamer le débat et de déboucher sur un consensus politique. Dans le droit fil de cette activité, un cadre sera mis en place en 2002 pour l'élaboration de politiques nationales et au moins une réunion aura lieu dans chaque groupe géopolitique de manière à recueillir les points de vue sur la politique postérieure à la certification en 2003. Un plan détaillé de communication a déjà été établi pour tenir les parties intéressées au courant des problèmes qui se poseront après la certification et il sera examiné à la mi-2003.

<sup>8</sup> Au moment de l'impression du présent rapport, un épisode susceptible de faire intervenir le PVDVc était en cours d'investigation à Madagascar.

Elaboration d'une politique de vaccination postérieure à la certification

**Etapes 2002 :**

**Production de données**  
Toutes les données programmatiques requises pour l'élaboration d'une politique ont été identifiées ou recueillies.

**Elaboration d'une politique**  
Un cadre a été élaboré pour l'évaluation et la gestion des risques d'apparition de la poliomyélite paralytique après la certification.

Elaboration d'une politique de vaccination postérieure à la certification

**Etapes 2003 :**

**Production de données**  
Toutes les données issues de la recherche scientifique nécessaires à l'élaboration d'une politique ont été recueillies.

**Elaboration d'une politique**  
Au moins une réunion est organisée avec de hauts responsables de chaque groupe géopolitique afin de recueillir les points de vue sur le cadre d'évaluation des risques et sur les options en matière de politique de vaccination postérieure à la certification.

## Comblent les lacunes au niveau de la recherche et de l'élaboration d'une politique

L'OMS prendra la tête de la coordination des travaux destinés à combler les dernières lacunes en matière de recherche et d'information programmatique, conformément aux recommandations de la septième réunion du Groupe consultatif technique mondial. Il s'agira notamment de créer un groupe de travail pour accélérer les travaux sur les conditions requises pour la création d'un stock de vaccin, d'intensifier les études dans les pays à revenu intermédiaire pour évaluer l'incidence des syndromes d'immunodéficience sévère et les risques qu'ils peuvent représenter et, enfin, d'évaluer le délai, les coûts et les autres facteurs du redémarrage dans la remise en marche de la production de VPO une fois que l'on aura cessé d'administrer ce vaccin. De plus, d'autres travaux seront entrepris pour évaluer d'éventuels marqueurs de laboratoire pouvant faire la corrélation avec la transmission du PVDV. D'autres part, des études supplémentaires seront faites sur l'efficacité du VPI dans les pays en développement, y compris un projet de démonstration sur plusieurs années de l'utilisation systématique du VPI dans un contexte insulaire tropical.

A partir des progrès réalisés dans le cadre des travaux programmatiques et scientifiques axés sur l'élaboration d'une politique de vaccination postérieure à la certification, l'OMS définira au cours des 12 mois suivants des modèles de décision montrant comment les différents résultats possibles de la recherche conditionneront l'élaboration de la politique postérieure à la certification. Ces modèles de décision seront mis à l'essai avec plusieurs experts spécialistes de l'élaboration des politiques dans différentes zones géopolitiques représentatives. Les travaux entrepris par différentes institutions sur les incidences économiques et financières des scénarios possibles de vaccination postérieure à la certification seront regroupés à la mi-2003 pour donner un aperçu d'ensemble des ressources qui pourraient être nécessaires.

## Renforcement des systèmes de santé par la vaccination systématique et la surveillance

### Etapas 2001 :

**Les enseignements de la campagne d'éradication de la poliomyélite seront appliqués au renforcement des programmes de vaccination systématique, notamment par l'utilisation de listes de contrôle pour améliorer au maximum l'impact des activités d'éradication sur les systèmes de vaccination systématique.**

Etat d'avancement : **objectif atteint.**

**Les modules de formation à la gestion de la vaccination commenceront à être actualisés afin de tenir compte des enseignements de la campagne d'éradication.**

Etat d'avancement : **objectif atteint.**

La Quarante et Unième Assemblée mondiale de la Santé a décidé d'éliminer la poliomyélite de façon à améliorer la prestation d'autres services de santé, déclarant en substance qu'il faudrait « 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 »<sup>9</sup>.

Dans ce but, l'Organisation mondiale de la Santé et les partenaires de l'éradication de la poliomyélite s'emploient à développer au maximum les retombées plus larges des investissements et de l'infrastructure en matière d'éradication de la poliomyélite dans trois domaines essentiels :

- ◆ les services de vaccination systématique ;
- ◆ la surveillance de la maladie ;
- ◆ l'application des enseignements du partenariat.

A partir des résultats de plus de 15 études et des recommandations formulées lors d'une réunion organisée en 1999 sur *l'Impact des programmes ciblés sur les systèmes de santé*<sup>10</sup>, l'OMS a entrepris en 2000 d'établir une carte détaillée de l'infrastructure d'éradication de la poliomyélite afin d'en dégager les principales composantes. Cette carte a permis de dégager cinq éléments majeurs qui pourraient tous aider à mieux dispenser d'autres services de santé. Il s'agit des

<sup>9</sup> Assemblée mondiale de la Santé. Eradication mondiale de la poliomyélite d'ici l'an 2000. Genève : Assemblée mondiale de la Santé, 1988. Résolution WHA41.28.

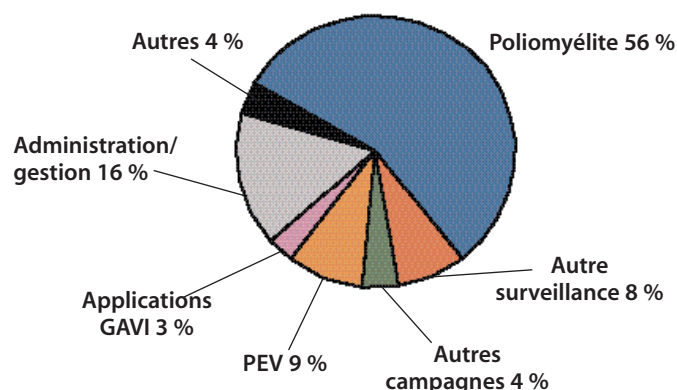
<sup>10</sup> Réunion sur l'impact des programmes ciblés sur les systèmes de santé : étude de cas dans le cadre de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, OMS, Genève, 16-17 décembre 1999, WHO/V&B/00.20.

dispositions institutionnelles, de l'infrastructure matérielle, des ressources humaines, des stratégies et des processus. En 2001, l'OMS a commencé à mettre au point un programme de travail pour développer au maximum l'utilisation de l'infrastructure d'éradication de la poliomyélite et définir les étapes suivantes dans chacun des trois grands domaines mentionnés plus haut.

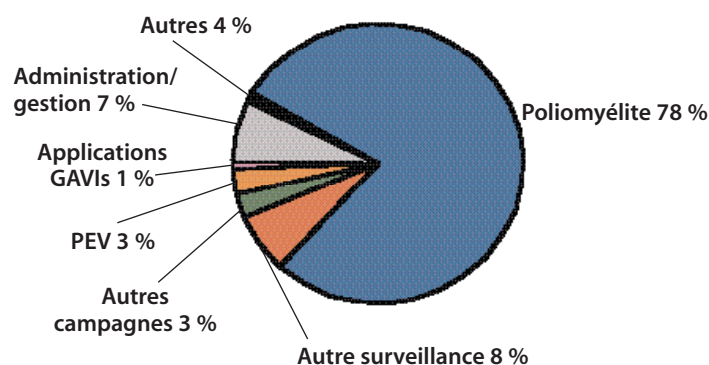
Les ressources humaines mises en place pour l'éradication de la poliomyélite sont un élément particulièrement précieux dont les pays et les partenaires prévoient de tirer parti bien au-delà de la certification de l'éradication. Pour ce faire et conformément aux recommandations formulées en 2001 par le Groupe consultatif technique mondial à sa sixième réunion pour que soit documenté l'impact de l'infrastructure d'éradication de la poliomyélite sur d'autres services de santé, une vaste enquête a été faite sur l'activité du personnel financé par les activités de l'OMS pour l'éradication de la poliomyélite. Les premières analyses ont montré que la grande majorité des agents – 91 % du personnel international et 100 % du personnel national dont les postes sont financés par les activités d'éradication de la poliomyélite – accomplissent régulièrement des tâches normales du PEV et de surveillance ; 65 % avaient participé à des campagnes d'élimination de la rougeole ou du tétanos en 2001 et 68 % avaient pris part à la surveillance d'autres maladies.

### Activités du personnel engagé pour l'éradication de la poliomyélite

#### Personnel international



#### Personnel national



## Mise à profit de l'infrastructure d'éradication de la poliomyélite

A mesure que la transmission du poliovirus sauvage s'interrompra dans les pays, ceux-ci pourront de mieux en mieux tirer parti des enseignements de l'éradication de la poliomyélite, ce qui les aidera à renforcer leurs systèmes de santé. L'analyse du programme faite en 2001 a montré que, au fur et à mesure de cette transition, plusieurs points devront être pris en considération.

Les activités d'éradication de la poliomyélite ont généralement permis d'atteindre des groupes vulnérables dans des zones reculées et mal desservies, ce qui a été l'occasion de réaffirmer la fiabilité du personnel de santé, de recueillir d'importantes données démographiques et d'établir des cartes et des microplans pour dispenser d'autres services sanitaires et humanitaires. Il faut maintenant entreprendre d'autres travaux pour faire en sorte que cette infrastructure et ces compétences facilitent la prestation de services supplémentaires. Tel est le principe du document *Sustainable outreach services (SOS) – A strategy for reaching the unreached with immunization and other services*<sup>11</sup>, instrument qui permet d'atteindre des groupes de population non desservis. Des projets pilotes ont débuté dans quatre pays (Mali, Mozambique, Ouganda et Tchad). Des mécanismes seront mis au point pour appliquer systématiquement les enseignements tirés à la microplanification et aux moyens d'atteindre les groupes non desservis.

<sup>11</sup> Sustainable outreach services (SOS) – A strategy for reaching the unreached with immunization and other services, WHO/V&B/00.37.

Le risque que l'organisation de services de vaccination porte à porte suscite l'espoir d'une vaccination systématique selon la même stratégie est une autre question à examiner. Grâce à une prise de conscience rapide du problème aux niveaux national, régional et mondial, on est en train d'élaborer des stratégies axées particulièrement sur la mobilisation communautaire et l'action d'information, d'éducation et de communication.

A l'avenir, il faudra notamment :

- ◆ établir et appliquer un plan à long terme pour transférer les ressources humaines financées par les activités d'éradication de la poliomyélite, y compris les compétences et la formation requises par l'élargissement des responsabilités pour prendre en charge systématiquement la vaccination et la surveillance ;
- ◆ établir et appliquer un plan à long terme pour le remplacement et la remise en état de l'infrastructure matérielle financée par les activités d'éradication de la poliomyélite ;
- ◆ mettre en place des mécanismes permettant d'appliquer systématiquement les enseignements tirés à la microplanification et aux moyens d'atteindre les groupes non desservis.

D'une façon générale, l'enjeu essentiel sera de veiller à ce que les ressources financières nécessaires soient disponibles lorsque le financement de l'éradication de la poliomyélite n'aura plus de raison d'être. Il est donc impératif d'appliquer à tous les niveaux une stratégie permanente de plaidoyer et de mobilisation des ressources pour pérenniser cet engagement financier. ■

Renforcement des systèmes de santé par la vaccination systématique et la surveillance

Etapes 2002 :	Etapes 2003 :
<b>Vaccination systématique</b> Cinq des pays possédant une bonne infrastructure d'éradication de la poliomyélite se seront dotés de plans progressifs explicites en rapport avec les buts du PEV.	<b>Vaccination systématique</b> Les dix pays possédant une bonne infrastructure d'éradication de la poliomyélite se seront dotés de plans progressifs explicites en rapport avec les buts du PEV.
<b>Surveillance</b> Tous les pays pratiquant la surveillance de la PFA auront établi un calendrier d'extension pour notifier au minimum les cas de tétanos et de rougeole, avec des moyens de laboratoire pour diagnostiquer la rougeole.	<b>Surveillance</b> Tous les pays pratiquant la surveillance de la PFA auront inclus au moins le tétanos et la rougeole dans le système et mis en place des moyens de laboratoire pour diagnostiquer la rougeole.
<b>Partenariat</b> Les enseignements tirés du fonctionnement des comités de coordination interinstitutions (CCI) auront été étudiés et les meilleures pratiques définies.	<b>Partenariat</b> Les meilleures pratiques des CCI auront été diffusées et appliquées au moins dans les 74 pays recevant une aide de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI).

Renforcement des systèmes de santé par la vaccination systématique et la surveillance

# Le déficit de financement – Principale menace pour l'éradication de la poliomyélite

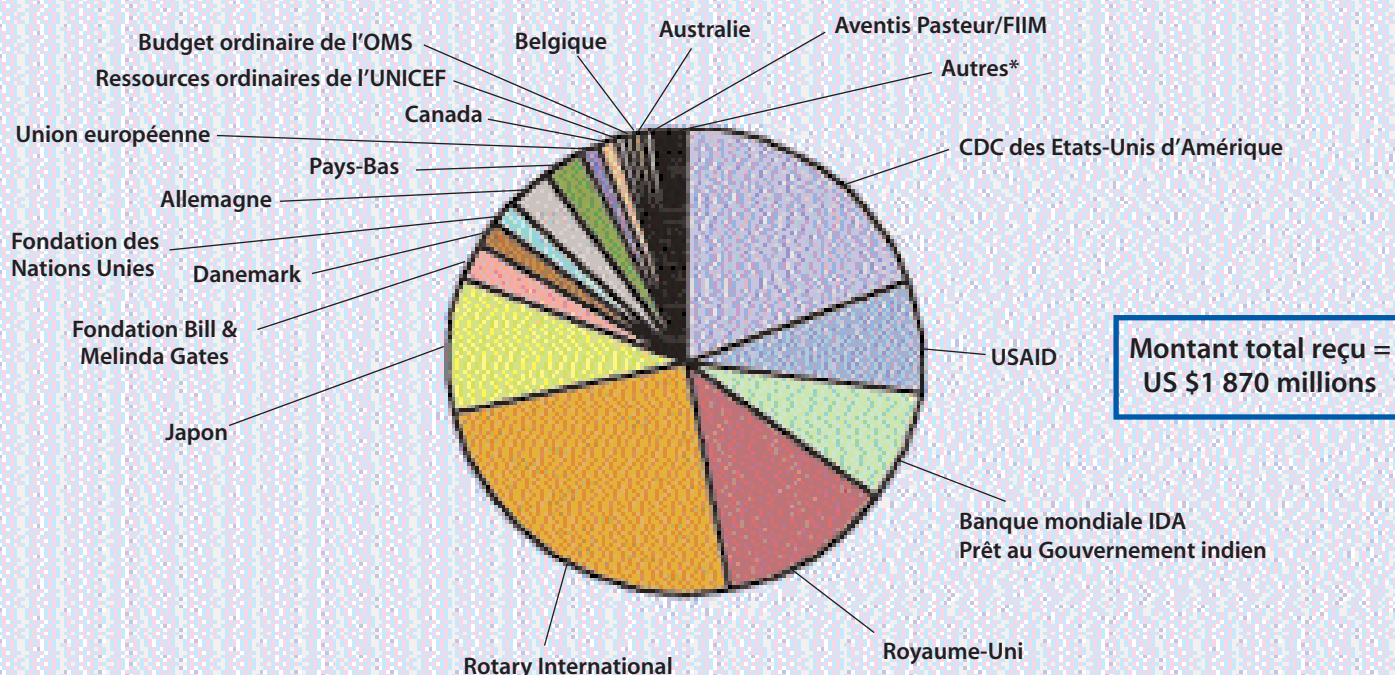
## Il faut trouver l'argent nécessaire

C'est en grande partie grâce à l'appui incessant du partenariat international pour l'éradication de la poliomyélite que d'énormes progrès ont été réalisés en 2001 en vue du but fixé. L'an dernier, le déficit de financement a pu passer de US \$400 millions à US \$275 millions, en dépit des coûts supplémentaires entraînés par la hausse des prix du VPO et l'augmentation des quantités nécessaires, de l'intensification des activités supplémentaires moyennant une stratégie porte à porte et de l'augmentation des coûts de la surveillance. Malgré ces progrès extraordinaires, le Groupe consultatif technique mondial pour l'éradication de la poliomyélite a souligné à sa septième réunion que l'insuffisance du financement constituait la principale menace pour l'éradication de la poliomyélite et que la priorité N° 1 du partenariat devait être d'y remédier<sup>12</sup>

En avril 2002, le montant total des ressources extérieures requises pour 2002-2005 s'élevait à US \$1 milliard. Sur ce total, le versement de US \$725 millions était prévu ou annoncé, ce qui laissait un trou de US \$275 millions. Des dons importants faits par le Canada, les Etats-Unis d'Amérique, le Japon, les Pays-Bas et le Royaume-Uni sont venus combler en partie ce déficit en 2001. Encouragée par les progrès accomplis, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite s'est ouverte à de nouveaux partenaires, dont l'Autriche, l'Irlande et le Luxembourg (see voir diagramme page 20).

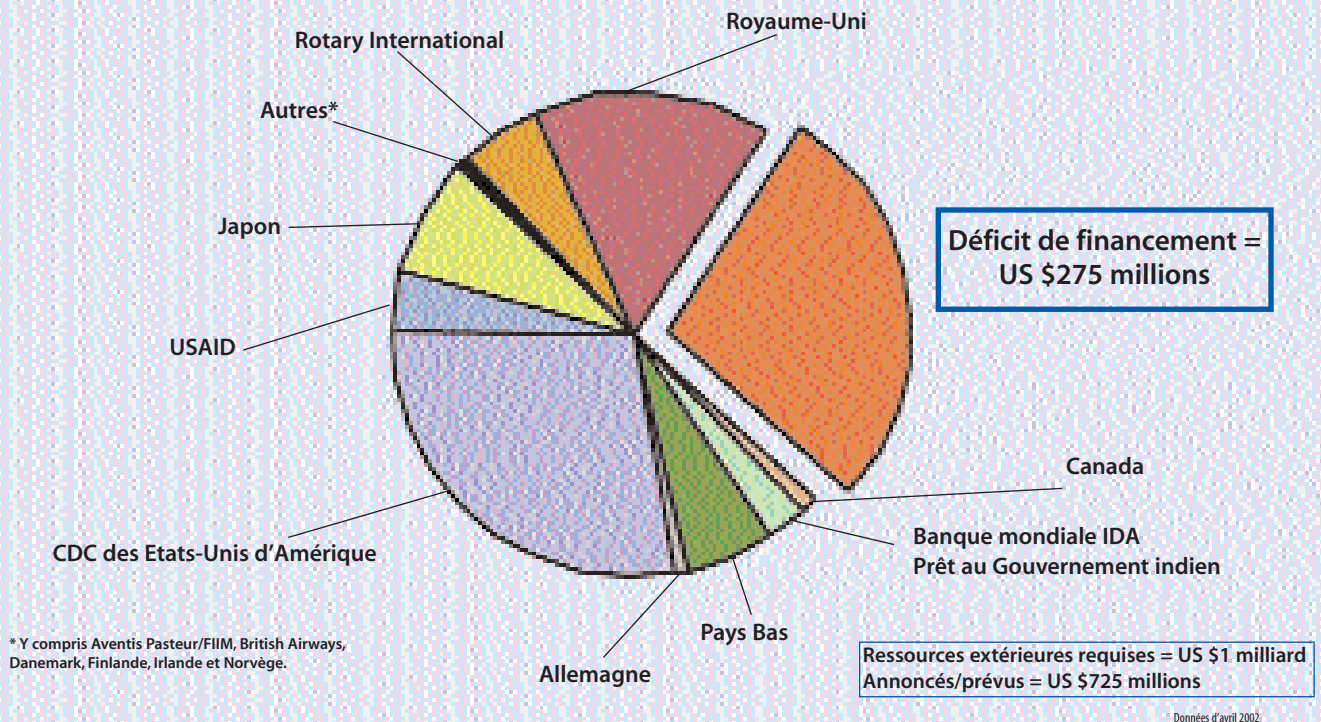
<sup>12</sup> Rapport de la septième réunion du groupe consultatif technique (TCG) mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. Genève, 9-11 avril 2002.

### Contributions des donateurs à l'éradication de la poliomyélite, 1985-2001



\* La rubrique Autres comprend les contributions des gouvernements de l'Autriche, des Emirats arabes unis, de la Finlande, de l'Irlande, de l'Italie, du Luxembourg, de la Malaisie, de la Norvège, d'Oman, de la République de Corée et de la Suisse, de l'Union européenne, de Custom Monoclonals International (Etats-Unis d'Amérique), de De Beers, de Martina Hingis, du Millenium Fund, de SmithKline Biologicals (Belgique), de Wyeth et des Comités nationaux pour l'UNICEF.

## Contributions annoncées et prévues par les grands donateurs, 2002-2005



Grâce à des efforts intensifs, de nouveaux fonds continuent d'être mobilisés en faveur de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. L'OMS, l'UNICEF et d'autres partenaires continuent à appuyer des actions de collecte de fonds aux niveaux mondial, régional et national. Rotary International et la Fondation des Nations Unies collaborent actuellement à une campagne de mobilisation de fonds auprès du secteur privé. Rotary International appuie d'autre part en 2002 une nouvelle campagne destinée à recueillir US \$80 millions auprès des Rotariens du monde entier.

## Nouvelles initiatives de mobilisation de fonds et appui des donateurs

### Nouvelles initiatives :

**Contribution de l'Union européenne :** En mai, la Commission européenne a versé US \$17,4 millions en faveur des activités d'éradication de la poliomyélite au Nigéria. Le partenariat travaille actuellement dans les pays où l'éradication de la maladie est prioritaire ainsi que dans les pays de la Communauté économique des États d'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) pour apporter un appui plus substantiel.

**Campagne de Halloween :** Le Fonds américain pour l'UNICEF a signé un accord avec Rotary International et la Fondation des Nations Unies afin d'affecter les recettes de la campagne de Halloween en 2001 et 2002 aux activités d'éradication de la poliomyélite. Rotary International s'est employé, par l'intermédiaire de son vaste réseau de clubs, à promouvoir la campagne et la Fondation des Nations Unies s'est engagée à verser 25 cents pour chaque dollar recueilli. Cette initiative devrait permettre de collecter US \$8 millions sur deux ans.

### Maintien de l'appui antérieur :

**Campagne de Rotary International et de la Fondation des Nations Unies auprès du secteur privé :** Lancée à l'occasion du Sommet mondial des partenaires de l'éradication de la poliomyélite, cette campagne internationale de mobilisation de fonds auprès du secteur privé visait les grandes entreprises, les fondations et les philanthropes. Plus de US \$5 millions ont été recueillis en 2001.

## Appui des donateurs :

**Allemagne :** L'Allemagne a continué à honorer l'engagement pris vis-à-vis de l'Inde en fournissant US \$9 millions supplémentaires pour l'achat de VPO.

**Australie :** L'Australie s'est engagée à verser à hauteur de US \$5 millions le même montant que celui des dons recueillis auprès du secteur privé grâce à la campagne de Rotary International et de la Fondation des Nations Unies.

**Autriche :** L'Autriche a versé sa première contribution à l'Initiative pour l'éradication de la poliomyélite en 2001.

**Aventis Pasteur :** Aventis Pasteur a fait don pour trois ans de 50 millions de doses de VPO à cinq pays d'Afrique touchés par un conflit.

**Belgique :** Le Gouvernement belge a contribué à l'Initiative en versant trois fois le montant collecté par la Fondation du Rotary belge.

**Canada :** En mars 2001, le Canada a signé un nouvel accord de trois ans pour appuyer l'éradication de la poliomyélite au Nigéria et a d'autre part accordé à l'Initiative un financement mondial sans objet désigné pour un montant total de US \$16 millions.

**CDC :** Les CDC des Etats-Unis d'Amérique, partenaire technique essentiel de l'Initiative, ont fourni US \$82 millions pour l'achat de VPO et le financement des dépenses de fonctionnement, ce qui est venu s'ajouter à l'appui programmatique du siège des CDC à Atlanta.

**Comités nationaux de l'UNICEF :** Trois Comités nationaux de l'UNICEF ont fourni un appui à l'Initiative en 2001. Le Comité britannique, par l'intermédiaire du programme de don de monnaie étrangère restante de British Airways, a versé US \$700 000 à la Zambie. Le Comité canadien a fourni US \$65 000 au titre du financement mondial et le Comité allemand a prêté un appui pour le financement des dépenses de fonctionnement en Angola.

**Danemark :** Le Danemark a continué à aider l'Inde en concrétisant sa promesse de versement sur six ans de US \$30 millions pour l'éradication de la poliomyélite dans ce pays prioritaire.

**De Beers :** Le personnel de la société basé à Londres a entrepris diverses activités de collecte de fonds et de sensibilisation et a pu recueillir US \$35 000. Cette con-

tribution fait suite à un versement de US \$2,7 millions fait par De Beers à l'Angola pour deux années (1999-2000) à l'appui des JNV.

**Department for International Development (DFID) du Royaume-Uni :** Le DFID a signé deux accords sur plusieurs années pour un montant total de US \$135 millions au titre de l'aide à l'éradication de la poliomyélite en Inde. Il a également entamé des discussions sur une contribution de plusieurs années au financement mondial sans objet désigné de l'Initiative. Il a continué à fournir une aide bilatérale au Bangladesh et au Népal.

**Finlande :** La Finlande a continué à fournir un appui au réseau de laboratoires et a pour cela versé US \$90 000 en faveur d'activités menées au Kansanterveyslaitos/Folkhälsoinstitutet (KTL), le laboratoire de référence pour la poliomyélite.

**Fondation Bill & Melinda Gates :** Outre ses contributions antérieures (US \$25 millions), la Fondation Gates a annoncé qu'elle était prête à appuyer un partenariat exceptionnel entre le secteur public et le secteur privé avec la Banque mondiale et Rotary International pour fournir du VPO à un maximum de huit pays prioritaires.

**Fondation des Nations Unies :** La Fondation a apporté un appui déterminant pour renforcer la capacité de mobilisation de ressources en faveur de l'Initiative au niveau mondial et au Nigéria.

**Italie :** Outre les US \$2 millions versés pour des activités d'éradication de la poliomyélite en Inde, l'Italie a continué d'appuyer le laboratoire de référence pour la poliomyélite à Rome.

**Irlande :** L'Irlande, nouveau partenaire de l'Initiative, a fourni US \$2,2 millions au titre du financement mondial pour les trois prochaines années ainsi qu'un appui bilatéral à l'Ethiopie.

**Japon :** Le Japon reste un important donateur du programme puisqu'il a versé US \$39 millions pour l'achat de VPO, la chaîne du froid et la logistique dans de nombreux pays, dont l'Inde, le Nigéria et le Pakistan.

**Luxembourg :** Le Gouvernement luxembourgeois a utilisé sa première contribution à l'Initiative pour faire le point du déficit de financement en 2001 pour six de ses pays prioritaires – Burkina Faso, Cap-Vert, Mali, Namibie, Niger et Sénégal – et a débloqué en temps voulu US \$3,2 millions pour combler ce déficit.

**Norvège :** La Norvège a versé US \$2,2 millions au titre du financement mondial sans objet désigné. Elle a également apporté un appui bilatéral à l'Éthiopie, à l'Indonésie et au Népal.

**Pays-Bas :** Avec la contribution néerlandaise de US \$60,6 millions versée en décembre, qui doit venir financer des activités de surveillance et de riposte, portant ainsi à plus de US \$110 millions le montant total de la contribution de ce pays depuis mai 2000, l'Initiative pour l'éradication de la poliomyélite a reçu un sérieux coup de pouce à la fin de l'année.

**Rotary International :** Rotary International, principal bailleur de fonds privé de l'Initiative pour l'éradication

de la poliomyélite, a maintenu son engagement exceptionnel en versant US \$38 millions en faveur de pays de toutes les régions d'endémie en 2001, ce qui sur le plan mondial porte sa contribution à l'Initiative à US \$462 millions.

**USAID :** L'USAID a fourni US \$25 millions pour aider à mener des travaux dans plusieurs domaines d'activité ayant trait à la poliomyélite, notamment communication, mobilisation sociale, surveillance, dépenses de fonctionnement et réseau mondial de laboratoires, dans de nombreux pays prioritaires pour l'éradication de la maladie. ■

Photos : OMS/J.M. Giloux



Ci-dessous :

Un financement accordé par le Japon à l'Éthiopie a permis d'acheter ces congélateurs, indispensables au maintien de la chaîne du froid et donc de la qualité des vaccins.

Photos : WHO/P. Blanc



Photo: Rotary International

# Partenariat : soutien et plaidoyer

L'éradication de la poliomyélite  
L'éradication de la poliomyélite

Photo : OMS



▶ ▶ **M. Kofi Annan, Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies**, a contribué à braver les feux de l'actualité sur l'éradication de la poliomyélite lorsqu'il a administré du vaccin antipoliomyélique oral dans un camp de réfugiés au Pakistan ainsi qu'à Delhi (Inde) au mois de mars. Il a d'autre part lancé un appel au calme au début des JNV

synchronisées en Afrique centrale, notamment en Angola et en République démocratique du Congo, invitant instamment tous les dirigeants de ces pays et toutes les parties en guerre à respecter ces journées pour en faire des Journées de tranquillité.

▶ ▶ Plusieurs **chefs d'Etat** ont pris la tête des efforts déployés par leur pays pour éradiquer la maladie. La principale réunion a eu lieu à Lungi (Sierra Leone), où les **Présidents Olusegun Obasanjo** (ci-dessous à gauche) (Nigéria), **Alpha Oumar Konare** (ci-dessous au deuxième plan) (Mali) et **Ahmad Tejan Kabbah** (Sierra Leone) ont lancé des JNV synchronisées dans le

Photo : OMS



cadre desquelles plus de 60 millions d'enfants ont été vaccinés en octobre dans les 16 pays membres de la Communauté économique des Etats d'Afrique de l'Ouest (CEDEAO). Le **Président Joseph Kabila** (République démocratique du Congo) a pris la tête des JNV synchronisées en Afrique centrale, lancées officiellement à Kinshasa en juillet. En Inde, le **Prime**

**Ministre Atal Bihari Vajpayee** et le **Président K R Narayanan** ont aidé à poursuivre l'action nationale d'éradication de la poliomyélite et ont administré du VPO à des enfants pour lancer les JNV en 2001. **M. Jens Stoltenberg (ex-premier ministre norvégien)** a administré du vaccin antipoliomyélique oral à des enfants dans une maternité de New Delhi au mois d'avril.

▶ ▶ L'éradication de la poliomyélite était à l'ordre du jour lorsque le **Dr Gro Harlem Brundtland, Directeur général de l'OMS**, a assisté au congrès annuel de Rotary International au Texas (Etats-Unis d'Amérique), où elle a félicité les Rotariens pour leurs louables efforts. Elle s'est également rendue en 2001 dans deux pays où l'éradication de la poliomyélite est prioritaire, le Pakistan et la République démocratique du Congo. Au Pakistan, le Dr Brundtland a rencontré le Ministre de la Santé et le Directeur général de la Santé, auprès desquels elle a souligné qu'il fallait mener des activités vaccinales de qualité pour pouvoir interrompre la transmission.

Photo : OMS/S. Toftim



▶ ▶ **Mme Carol Bellamy, Directeur général de l'UNICEF**, s'est rendue en Angola et en République démocratique du Congo en août pour participer à l'action synchronisée en Afrique centrale. Selon ses propres termes, « en Angola, en RDC, en Somalie et dans d'autres pays en guerre, non seulement il faut du vaccin, non seulement il faut une campagne de vaccination, mais il faut aussi arriver à ce que les parties au conflit cessent les combats, tout au moins pendant la campagne ». Mme Bellamy s'est par ailleurs adressée à 25 000 Rotariens lors du congrès annuel de Rotary International, organisation à laquelle elle a rendu hommage pour ses efforts sans relâche en faveur de l'éradication de la poliomyélite.

Photo : © UNICEF/HQ/00-063/ Raelhika Chalsanti



▶ ▶ **M. Richard D. King, Président de Rotary International** s'est rendu dans deux pays où l'éradication de la poliomyélite est prioritaire – l'Inde et le Nigéria. Dans ce dernier pays, il s'est joint en janvier à M. Atiku Akubakar, Vice-Président du Nigéria, pour



Photo : Rotary International/J.M. Griboux

lancer la première série de JNV de l'année. En Inde, M. King a réuni plus de 1 000 Rotariens, hauts fonctionnaires et dirigeants sanitaires mondiaux en février à l'occasion du Sommet présidentiel PolioPlus de Rotary afin de cibler les efforts sur l'éradication de la poliomyélite en Asie du Sud.

▶ ▶ Lors de son premier voyage officiel en tant que représentante spéciale de l'UNICEF pour l'éradication de la poliomyélite, la célèbre actrice **Mia Farrow** et son fils Seamus, âgé de 13 ans, se sont rendus en janvier au Nigéria pour aider à lancer une campagne nationale d'éradication de la poliomyélite censée atteindre plus de 40 millions d'enfants de moins de cinq ans. Défenseur sans relâche des droits des enfants, Mme Farrow connaît personnellement les effets dévastateurs de la maladie. « J'ai été infectée par le virus quand j'étais enfant et mon fils Thaddeus, adopté en Inde et qui a aujourd'hui 13 ans, est paralysé des suites de la poliomyélite », a déclaré Mme Farrow. « L'éradication de la poliomyélite a toujours été mon souhait le plus ardent. »



Photo : © UNICEF

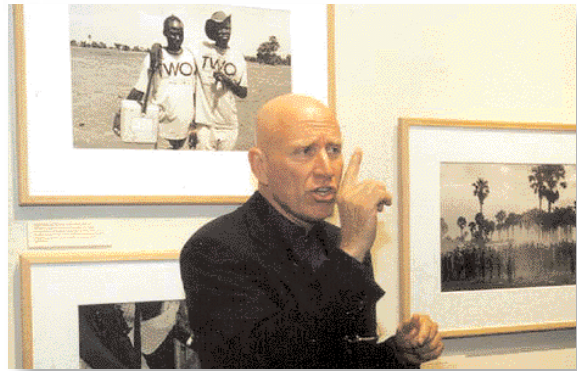


Photo : © UNICEF/Garrett Gee

▶ ▶ **M. Sebastião Salgado** photographe de renommée mondiale, a braqué son objectif en 2001 sur les activités d'éradication de la poliomyélite en Inde, au Pakistan, en République démocratique du Congo, en Somalie et au Soudan. Les photographies qu'il a faites sur ce sujet ont paru dans plusieurs revues, notamment Stern, Vanity Fair, Paris Match et La Vanguardia. « Nous allons lancer un grand mouvement pour faire savoir que la poliomyélite existe encore dans le monde et qu'à nous tous nous pouvons en venir à bout », a déclaré M. Salgado lors de son séjour en Somalie. Une exposition mondiale de ses travaux sur l'éradication de la poliomyélite est organisée en 2002 et un site web a été créé ([www.endofpolio.org](http://www.endofpolio.org)). Un ouvrage devrait être publié au printemps 2003.

▶ ▶ « **D'autres célébrités et sportifs connus** ont donné de leur temps. La star de la NBA, **M. Dikembe Mutombo**, vêtu d'un T-shirt de la campagne suffisamment grand pour son impressionnante carrure, a aidé à lancer la série de septembre des JNV synchronisées en Afrique centrale à Kinshasa. Le célèbre musicien congolais **Werason** a passé une journée à vacciner des enfants à Kinshasa, où il a encouragé les parents à faire vacciner leurs enfants. La société de production basée à Londres **Partizan Midi-Minuit** détentrice d'un oscar, a produit bénévolement trois annonces de service public en faveur de l'Initiative. Faisant appel aux célèbres coureurs kényens **Kip Keino** et **Noah Ngeny** avec l'aide de la firme d'articles de sport Puma, ces annonces sont **passées sur plus de 300 stations de radio ou chaînes de télévision du monde, y compris CNN International.**

▶ ▶ Les **médias ont continué** à jouer un rôle de premier plan dans la mobilisation sociale et l'action de plaidoyer. Le **projet d'éradication de la poliomyélite de Voice of America** a produit des reportages, des annonces de service public, des concours d'auditeurs et d'autres programmations pour inciter les gens du monde entier à participer aux JNV. Le **Service mondial de la BBC** n'a pas été en reste, informant les communautés des JNV et leur rappelant l'importance de la vaccination, notamment dans les pays touchés par un conflit comme la Somalie, où la radio est souvent le seul moyen d'informer la population. ■

## Annexe 1

# Eradication de la Poliomyélite : objectifs et étapes 2002-2003

L'eradication de la poliomyélite  
L'eradication de la poliomyélite

Objectif	Etapes 2002	Etapes 2003
<b>II</b> Interruption de la transmission du poliovirus	<p>La transmission du poliovirus sauvage a été interrompue dans tous les pays.</p> <p>La Région européenne est certifiée exempte de poliomyélite</p>	<p>Maintien d'une situation où le monde entier est exempt de poliomyélite.</p>
Activités de vaccination supplémentaires	<p><b>Pays d'endémie</b> Trois ou quatre JNV par an et des campagnes de ratissage seront poursuivies dans tous les pays où la maladie était endémique en 2000-2001, moyennant une stratégie de vaccination porte à porte.</p> <p><b>Pays exempts de poliomyélite</b> Activités de vaccination supplémentaires annuelles poursuivies dans tous les pays exempts de poliomyélite mais à haut risque et plans de vaccination supplémentaires à long terme établis pour tous les pays présentant une couverture par le VPO3 &lt; 90 %.</p>	<p><b>Pays d'endémie</b> Trois ou quatre JNV par an et des campagnes de ratissages seront poursuivies dans tous les pays où la maladie était endémique en 2001-2002, moyennant une stratégie de vaccination porte à porte</p> <p><b>Pays exempts de poliomyélite</b> Poursuite des activités de vaccination supplémentaires annuelles dans tous les pays à haut risque et au moins tous les trois ans dans les autres pays exempts de poliomyélite où la couverture par le VPO3 est &lt; 90 %.</p>
Surveillance du niveau requis pour la certification	<p><b>Surveillance de la PFA</b> Une surveillance du niveau requis pour la certification aura été établie et maintenue dans toutes les Régions et dans plus de 90 % des pays.</p> <p><b>Certification</b> Des comités nationaux de certification seront créés dans tous les pays, y compris dans toutes les zones d'endémie ou d'endémie récente.</p>	<p><b>Surveillance de la PFA</b> Une surveillance du niveau requis pour la certification aura été établie et maintenue dans tous les pays de la Région africaine et des Régions de l'Asie du Sud-Est et de la Méditerranée orientale.</p> <p><b>Certification</b> Les comités régionaux de certification auront reçu le premier rapport des comités nationaux de certification de tous les pays exempts de poliomyélite depuis plus trois ans.</p>
Confinement des stocks de poliovirus sauvage	<p><b>Méthode</b> Un groupe spécial/coordonnateur national et des plans d'action nationaux de confinement en laboratoire seront créés dans tous les pays autres que les pays d'endémie.</p> <p><b>Résultats</b> Enquête nationale de laboratoire entreprise dans tous les pays autres que les pays d'endémie dans la Région des Amériques, la Région de l'Asie du Sud-Est, la Région européenne et la Région de la Méditerranée orientale et inventaires complets dans la Région du Pacifique occidental.</p>	<p><b>Méthode</b> Des plans d'action régionaux seront établis pour la phase postérieure à l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage dans la Région des Amériques, la Région européenne et la Région du Pacifique occidental.</p> <p><b>Résultats</b> Enquête nationale entreprise dans tous les pays où les inventaires sont complets dans la Région des Amériques et la Région européenne ainsi que dans tous les pays autres que les pays d'endémie dans les Régions de l'Asie du Sud-Est et de la Méditerranée orientale.</p>

2002

2003

## Objectif

## Étapes 2002

## Étapes 2003

**Elaboration d'une politique de vaccination postérieure à la certification**

**Production de données**  
Toutes les données programmatiques requises pour l'élaboration d'une politique ont été identifiées ou recueillies.

**Elaboration d'une politique**  
Un cadre a été élaboré pour l'évaluation et la gestion des risques d'apparition de la poliomyélite paralytique après la certification.

**Production de données**  
Toutes les données issues de la recherche scientifique requises pour l'élaboration d'une politique sont en train d'être recueillies.

**Elaboration d'une politique**  
Au moins une réunion est organisée avec de hauts responsables de chaque groupe géopolitique afin de recueillir les points de vue sur le cadre d'évaluation des risques et les options en matière de politique de vaccination postérieure à la certification.

**Renforcement des systèmes de santé par la vaccination systématique et la surveillance**

**Vaccination systématique**  
Cinq des pays possédant une bonne infrastructure d'éradication de la poliomyélite se seront dotés de plans progressifs explicites en rapport avec les buts du PEV.

**Surveillance**  
Tous les pays pratiquant la surveillance de la PFA auront établi un calendrier d'extension pour notifier au minimum les cas de tétanos et de rougeole, avec des moyens de laboratoire pour diagnostiquer la rougeole.

**Partenariat**  
Les enseignements tirés du fonctionnement des comités de coordination interinstitutions (CCI) auront été étudiés et les meilleures pratiques définies.

**Vaccination systématique**  
Dix pays possédant une bonne infrastructure d'éradication de la poliomyélite se seront dotés de plans progressifs explicites en rapport avec les buts du PEV.

**Surveillance**  
Tous les pays pratiquant la surveillance de la PFA auront inclus au moins le tétanos et la rougeole dans le système et auront mis en place des moyens de laboratoire pour diagnostiquer la rougeole.

**Partenariat**  
Les meilleures pratiques des CCI auront été diffusées et appliquées au moins dans les 74 pays recevant une aide de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI).

2002 2003

Photo : OMS/J.M. Gibouze



étapes

# Abréviations

<b>CDC</b>	Centers for Disease Control and Prevention des Etats-Unis d'Amérique
<b>JLV</b>	Journées locales de vaccination
<b>JNV</b>	Journées nationales de vaccination
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la Santé
<b>ONG</b>	organisation non gouvernementale
<b>PEV</b>	Programme élargi de vaccination
<b>PFA</b>	paralysie flasque aiguë
<b>PVDV</b>	poliovirus dérivé d'une souche vaccinale
<b>PVDVc</b>	poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale
<b>UNICEF</b>	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
<b>VPI</b>	vaccin antipoliomyélitique inactivé
<b>VPO</b>	vaccin antipoliomyélitique oral

Les principaux partenaires de l'Initiative pour l'éradication mondiale de la poliomyélite



# Eradication de la poliomyélite

Situation en

2001

Organisation mondiale de la Santé  
Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite  
Département Vaccins et produits biologiques  
20, Avenue Appia, CH-1211 Genève 27, Suisse  
Téléphone : (+ 41 22) 791 21 11  
Télécopie : (+ 41 22) 791 41 93  
Adresse électronique : [polioepi@who.int](mailto:polioepi@who.int)  
Site web : [www.polioeradication.org](http://www.polioeradication.org)