

Initiative mondiale
pour l'éradication de la

poliomyélite

Situation en 2002



Eradication de la poliomyélite
Eradication de la poliomyélite

Situation en
Situation en

2002



Organisation mondiale de la Santé



Initiative mondiale pour
l'éradication de la

poliomyélite

Situation en 2002



Département
Vaccins et produits biologiques



Organisation mondiale de la Santé
2003

Numéro de référence pour les commandes : WHO/POLIO/03.02
Imprimé en mai 2003

Cette publication est disponible sur Internet :
<http://www.vaccines.who.int>

Pour commander des exemplaires, s'adresser à :
Organisation mondiale de la Santé
Département des Vaccins et produits biologiques
CH-1211 Genève 27 (Suisse)
Télécopie : +41 22 791 4227
Adresse électronique : polioepi@who.int

© Organisation mondiale de la Santé 2003

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) (tél. : +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).

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique 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.

Conception graphique : LIV Com Sàrl, Morges, Suisse



Table des matières

Résumé	5
Eradication de la poliomyélite – faits majeurs en 2002	6
Temps forts 2002	6
Difficultés 2002	7
Interrompre la transmission des poliovirus	9
Plan stratégique 2001-2005 : domaines d'activité	12
Intensification des activités de vaccination supplémentaires	12
Surveillance du niveau requis pour la certification	15
Confinement des stocks de poliovirus sauvage	18
Elaboration d'une politique de vaccination postérieure à la certification	20
Renforcement des systèmes de santé par la vaccination systématique et la surveillance	22
Le financement de la lutte antipoliomyélitique et le déficit de financement	24
Sensibilisation	28
Lexique	30

2002

Résumé



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

En 2002, les pays où la poliomyélite était endémique n'étaient plus que sept, niveau le plus bas jamais atteint, à savoir (par ordre décroissant) l'Inde, le Nigéria, l'Égypte, le Pakistan, l'Afghanistan, le Niger et la Somalie. La transmission, dans ces pays, était limitée géographiquement, avec 80 % des cas concentrés dans six États/provinces de l'Inde, du Nigéria et du Pakistan.

Le nombre des cas dans le monde a néanmoins quadruplé en 2001 par suite d'une épidémie survenue dans le nord de l'Inde et de l'augmentation du nombre des cas notifiés dans le nord du Nigéria. C'est ainsi que 1 919* cas ont été virologiquement confirmés en 2002, contre 483 en 2001.

A l'exception de l'Inde, du Nigéria et de l'Égypte, les pays où la maladie était endémique en 2001 ont mis fin à la transmission ou ont enregistré un recul du nombre des cas de poliomyélite autochtone. L'Angola, l'Éthiopie et le Soudan n'ont dépisté aucun cas de poliomyélite en 2002. Le nombre de nouveaux cas a diminué en Afghanistan, au Niger et en Somalie. Si la transmission demeurait intense dans certaines zones du Pakistan en 2002, le nombre de nouveaux cas a baissé de 22 %.

Le Groupe consultatif technique (TCG) mondial pour l'éradication de la poliomyélite a tenu une réunion intermédiaire en novembre 2002 pour faire le point de la situation et définir les stratégies propres à interrompre dans les meilleurs délais la transmission du poliovirus sauvage dans le monde. Les membres du TCG ont estimé que, en maintenant la qualité des activités et en améliorant l'accès à tous les enfants en Afghanistan, au Niger et en Somalie, on pourrait interrompre la transmission dans ces pays au milieu de 2003 et peu après au Pakistan. Les membres du TCG ont néanmoins averti que l'interruption de la transmission en Égypte, en Inde et au Nigéria nécessiterait plusieurs cycles d'activités de vaccination supplémentaires de qualité, doublées d'un solide engagement politique à tous les niveaux.

L'Inde est le pays qui pose le plus de difficultés à l'Initiative mondiale. Avec 1 600 cas notifiés confirmés en 2002, les cas y étaient six fois plus nombreux qu'en 2001, représentant 83 % du total mondial. L'État septentrional de l'Uttar Pradesh, qui compte 65 % de tous les cas dans le monde, est le plus touché. L'épidémie massive qui s'est déclarée dans l'Uttar Pradesh en 2002 résultait en grande partie de la réduction du nombre des activités de vaccination supplémentaires de grande envergure. Pour la première fois depuis le début de l'Initiative, la transmission a repris sur une grande échelle dans des zones indemnes de poliomyélite, l'épidémie s'étant étendue de l'Uttar Pradesh aux États du Gujarat, du Rajasthan et du Bengale-Occidental.

Malgré l'immense soutien international dont a bénéficié l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite en 2002, le déficit de US \$275 millions pour la mise en œuvre des activités prévues d'ici à la fin de 2005 reste la plus grande menace pour l'éradication de la poliomyélite dans le monde. Les risques associés à ce déficit financier ont été mis en évidence à la fin de 2002 lorsqu'une sérieuse pénurie de fonds pour 2003 a obligé à réduire certaines des activités d'éradication prévues.

L'éradication de la poliomyélite dans le monde est très proche, l'endigement géographique de la transmission du poliovirus sauvage étant plus avancé que jamais. Le moment est venu de renouveler l'engagement mondial en faveur de cette initiative de santé publique, la plus importante de tous les temps, et d'éradiquer une fois pour toutes cette maladie paralysante. ■

* Toutes les données figurant dans le rapport de situation 2002 du Siège de l'OMS étaient correctes à la date du 30 avril 2003. La collecte des données définitives était encore en cours lors de l'impression du rapport : déclaration de la paralysie flasque aigue : 36 412 échantillons classés sur 36 854.

Eradication de la poliomyélite – faits majeurs en 2002



Temps forts 2002

- ◆ **Il ne reste que sept pays où la poliomyélite est endémique dans le monde – soit le plus petit nombre jamais enregistré. En 1988, année du lancement de l'Initiative, on comptait 125 pays d'endémie.**
- ◆ **La poliomyélite est plus circonscrite géographiquement que jamais. 99 % des 1 919 cas de poliomyélite notifiés dans le monde en 2002 se trouvaient en Inde, au Nigéria et au Pakistan.**
- ◆ **80 % de tous les cas dans le monde en 2002 ont été localisés dans six seulement des 76 Etats/provinces de l'Inde, du Nigéria et du Pakistan.**
- ◆ **En juin 2002, la Région européenne de l'OMS a été certifiée exempte de poliomyélite**, rejoignant les Régions des Amériques et du Pacifique occidental de l'OMS. Il s'ensuit que plus de trois milliards d'habitants, la moitié de la population mondiale, dans 134 pays et territoires, vivent désormais dans des zones certifiées indemnes.
- ◆ **Dans le cadre de l'action mondiale d'éradication de la poliomyélite, 500 millions d'enfants ont été vaccinés en 2002 au cours de 266 activités menées dans 93 pays de toutes les Régions de l'OMS, au moyen de 2,2 milliards de doses de vaccin antipoliomyélique oral (VPO).**
- ◆ **L'Éthiopie et le Soudan, qui étaient encore récemment des réservoirs de poliovirus, semblent être exempts de poliomyélite**, aucun nouveau cas n'ayant été détecté depuis plus d'une année. Ces pays rejoignent deux autres anciens réservoirs de poliovirus, **le Bangladesh et la République démocratique du Congo**, désormais indemnes. Le succès des activités dans ces pays témoigne de l'efficacité des stratégies d'éradication de la poliomyélite, même dans les situations les plus problématiques.
- ◆ **Au Pakistan, l'une des trois zones à forte transmission de poliovirus restantes, le nombre des cas de poliomyélite a reculé de 22 % après huit activités de vaccination supplémentaires de grande envergure.** Le Pakistan a bénéficié d'un solide engagement des responsables politiques et d'une surveillance indépendante jusqu'au niveau du district.
- ◆ **L'accès dans les pays en proie à des conflits a encore été amélioré.** Le cessez-le-feu déclaré en Angola en avril 2002 a permis de pénétrer dans des zones des provinces orientales restées inaccessibles pendant des années. En Somalie, les équipes internationales ont pu surveiller les activités d'éradication de la poliomyélite à Muqdisho au mois d'octobre, pour la première fois depuis le printemps 2001. L'accès des équipes de surveillance a été amélioré en Afghanistan, ce qui a permis de combler le déficit de surveillance consécutif au 11 septembre 2001.
- ◆ **Le poliovirus de type 2 n'a pas été observé depuis le mois d'octobre 1999**, ce qui laisse supposer que la transmission autochtone de l'un des trois types de poliovirus sauvage a peut-être été interrompue.
- ◆ **Le G8 a inscrit l'éradication de la poliomyélite à son ordre du jour pendant son sommet de juin 2002 et s'est engagé à assurer le financement des activités d'éradication de la poliomyélite en Afrique.** Le Canada et le Royaume-Uni ont immédiatement donné suite et versé respectivement US \$32 millions et US \$25 millions.
- ◆ **Rotary International a lancé une campagne de collecte de fonds parmi ses membres afin de recueillir US \$80 millions avant le mois de juin 2003.** Les membres du Rotary ont répondu massivement, les clubs du monde entier s'employant à réunir des fonds. **L'argent recueilli pendant cette campagne portera les dons du Rotary en faveur de l'éradication de la poliomyélite à plus de US \$500 millions.**

Malgré les situations d'urgence complexes, des acquis certains pour l'éradication de la poliomyélite

L'élimination de la poliomyélite dans les pays en proie à des situations d'urgence complexes est peut-être le meilleur témoignage de la validité des stratégies d'éradication de la poliomyélite. Dans certains des pays les plus problématiques, de l'Afghanistan au Soudan, les personnels ont continué leur travail d'éradication et, en dépit des dangers, sont parvenus à vacciner les enfants, où qu'ils soient. L'Angola, l'Éthiopie, la République démocratique du Congo, le Soudan et Sri Lanka semblent désormais indemnes. Aucun cas n'a été enregistré en Angola après 25 ans de guerre civile et après la plus importante flambée de poliomyélite que l'Afrique ait connue récemment. Dans les autres pays d'endémie où se produisent encore des troubles, Afghanistan et Somalie, une

poignée de cas seulement a été détectée, alors que l'accès aux régions difficiles a été maintenu, en particulier Kandahar (Afghanistan) et Muqdisho (Somalie). « Les partenaires ont vite compris que nous ne pouvions attendre le retour au calme pour mettre fin à la poliomyélite – a déclaré Carol Bellamy, Directeur général de l'UNICEF ; aussi avons-nous utilisé tous les moyens, y compris les Journées de tranquillité, les négociations transfrontières et souvent, tout simplement du courage, pour atteindre les enfants au cœur des conflits. Ces méthodes imaginatives ont donné d'excellents résultats pour l'éradication de la poliomyélite et on s'en inspire désormais pour d'autres types d'aide humanitaire en temps de crise. »



Photo : © OMS/E. Durry

Arrivée sous escorte d'une équipe de personnel de lutte antipoliomyélitique à Muqdisho en octobre 2002

Accessibilité pendant les JNV, Angola 2001



Accessibilité pendant le 1^{er} cycle de JNV, Angola 2002



Difficultés 2002

- ◆ **Géographiquement, l'Égypte, l'Inde et le Nigéria constituent les principaux risques pour l'éradication mondiale de la poliomyélite. Le principal risque mondial est lié au financement.**
- ◆ **Une épidémie dans le nord de l'Inde a menacé l'éradication mondiale de la poliomyélite.** Alors que le nombre des cas de poliomyélite avait été ramené à 268 en 2001, la réduction du nombre des activités de vaccination supplémentaires à grande échelle, associée au déficit de vaccination dans certaines zones, a provoqué une épidémie dans l'Uttar Pradesh, portant à 1 600 le nombre d'enfants paralysés en Inde en 2002. De plus, pour la première fois depuis la création de l'Initiative, la transmission

a repris sur une grande échelle dans des zones précédemment indemnes lorsque l'épidémie s'est étendue de l'Uttar Pradesh aux États du Gujarat, du Rajasthan et du Bengale-Occidental.

- ◆ **Preuves d'une transmission de forte intensité au Nigéria.** L'amélioration de la qualité de la surveillance au Nigéria a permis d'établir que la transmission du poliovirus était intense dans le nord du pays, le nombre des cas ayant presque quadruplé par rapport à 2001 dans ces zones. L'augmentation du nombre des cas peut être imputée à la qualité insuffisante des activités de vaccination supplémentaires dans les États septentrionaux et à la faible couverture par la vaccination systématique. La transmission ininterrompue au Nigéria constitue une menace pour les autres pays d'Afrique qui sont indemnes.



Cultures complexes – défis complexes

Vacciner tous les enfants en Inde et au Nigéria

Pour la première fois depuis 1997, le nombre des cas de poliomyélite ayant sextuplé en Inde et quadruplé au Nigéria, le nombre total des cas dans le monde a augmenté par rapport à l'année précédente. En Inde, le nombre des cas a été porté à 1 600 (contre 268 en 2001) à la suite d'une épidémie qui s'est déclarée dans l'Uttar Pradesh. L'épidémie s'est étendue au Bihar et dans des Etats précédemment indemnes, y compris le Gujarat (24 nouveaux cas), le Rajasthan (40 nouveaux cas) et le Bengale-Occidental (47 nouveaux cas). L'épidémie de poliomyélite résultait directement du déficit immunitaire de la population dans les zones à haut risque où les données de la surveillance ont montré que jusqu'à 15 % des habitations n'avaient pas bénéficié des activités de vaccination supplémentaires, souvent dans les groupes minoritaires tels que les communautés musulmanes. Ce déficit faisait également suite au recul sensible des activités de vaccination supplémentaires en Inde – passées de dix en 1999/2000 à trois seulement en 2002. Dans le nord du Nigéria, en particulier dans les Etats de Kaduna et de Kano, le renforcement de la surveillance a permis

de dépister 202 cas en 2002, contre 56 en 2001, révélant une transmission plus intense qu'on ne le pensait. Selon les données provenant de ces Etats, moins de 50 % des cas de PFA non poliomyélique avaient reçu au moins trois doses de VPO – activités de vaccination supplémentaires d'une qualité insuffisante pour interrompre la transmission. « Le déficit qualitatif ressort nettement des données issues du suivi efficace, de la surveillance de la PFA et des examens de laboratoire – a indiqué Déo Nshimirimana, Conseiller régional au Bureau de l'OMS pour l'Afrique. Nous devons maintenant utiliser ces informations pour cibler les communautés les plus affectées par la poliomyélite et combler rapidement ce déficit immunitaire en organisant plusieurs cycles d'activités de vaccination supplémentaires de qualité. » Onze cycles sont prévus en 2003 dans les zones à haut risque en Inde (deux JNV et quatre JLV) et au Nigéria (deux JNV et trois JLV). D'autres activités de vaccination supplémentaires sont prévues pour 2004, ainsi que des campagnes de ratissage énergiques, afin d'interrompre la transmission du poliovirus sauvage.



Photo : OMS

- ♦ **L'étendue de la transmission géographique du poliovirus révélée grâce au prélèvement d'échantillons dans l'environnement en Egypte avait précédemment échappé à la surveillance, de qualité insuffisante.** Dès la mi-2002, les nouveaux responsables ont annoncé une amélioration immédiate de la surveillance et de la qualité des activités de vaccination supplémentaires et la vaccination de 9,8 millions d'enfants en décembre 2002 (contre 8,8 millions en décembre 2001), soit une augmentation de 10 %.
- ♦ **L'importation dans deux zones indemnes et la détection d'un poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale (PVDVc) ont rendu d'autant plus nécessaire la mise en œuvre d'activités de surveillance du niveau requis pour la certification dans tous les pays.** Les importations au Burkina Faso et en Zambie ont été détectées grâce à une surveillance rigoureuse et rapidement contenues au moyen d'activités de ratissage de grande ampleur.

Un épisode de PVDVc a été détecté à Madagascar, où la couverture par la vaccination systématique est faible. Une campagne nationale de vaccination porte à porte par le VPO a mis fin à la circulation de ce virus.

- ♦ **Fin 2002, pour la première fois en cinq ans, un grave déficit financier** a contraint à réduire les activités pour 2003 et à réviser les priorités. En 2003, on mettra davantage l'accent sur les sept zones d'endémie, en déployant des activités de surveillance du niveau requis pour la certification dans tous les pays et en substituant une stratégie de riposte d'urgence aux vastes campagnes préventives.
- ♦ **A la fin de 2002, le déficit mondial de US \$275 millions pour les activités d'éradication prévues jusqu'à la fin de 2005 demeurait la principale menace pour l'éradication de la poliomyélite.** ■

Interrompre la transmission des poliovirus



Arrêter la transmission

Étape 2002 :

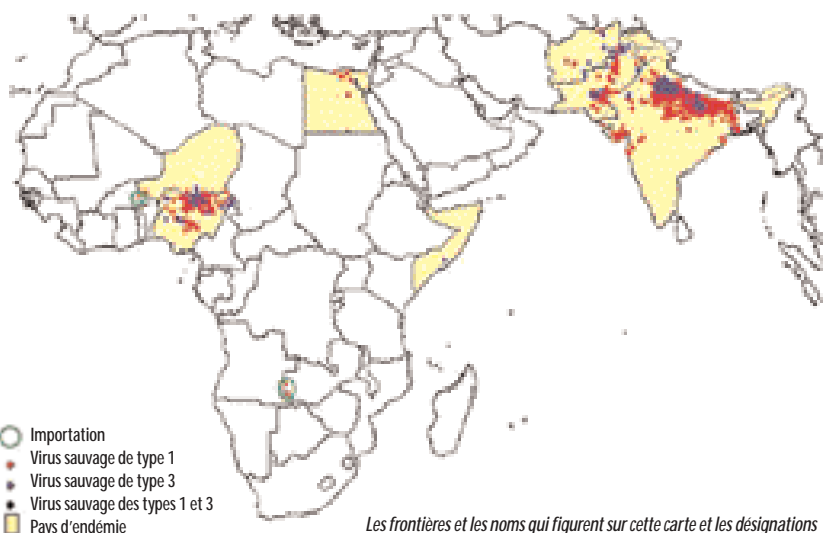
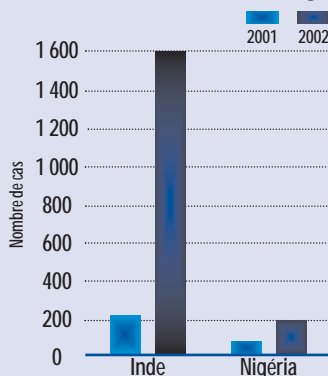
La transmission du poliovirus sauvage sera interrompue dans tous les pays.
État d'avancement : objectif atteint dans tous les pays sauf sept.
 La Région européenne de l'OMS sera certifiée exempte de poliomyélite.
État d'avancement : objectif atteint le 21 juin 2002.

A la fin de 2002, le poliovirus sauvage avait été éliminé dans tous les pays sauf sept, chiffre le plus bas jamais

atteint. Dans leur immense majorité (99 %), les cas étaient localisés dans le nord de l'Inde, dans le nord du Nigéria et dans certaines zones du Pakistan, avec 80 % du total mondial concentrés dans 76 Etats/provinces de ces pays (voir la carte). Sept cas ont été notifiés en Egypte en 2002, contre cinq en 2001. L'Éthiopie et le Soudan, réservoirs récents de poliovirus, n'ont enregistré aucun cas en 2002, ce qui laisse supposer qu'ils sont indemnes. L'Angola, où s'était déclarée la plus importante flambée de poliomyélite de ces dernières années en Afrique avec 1 103 cas en 1999, n'a dépisté aucun cas. La surveillance continue afin de confirmer que l'Angola est indemne. Des importations ont été détectées au Burkina Faso (un cas) et en Zambie (deux cas). Malgré une surveillance du niveau requis pour la certification, très peu de cas ont été détectés en Afghanistan, au Niger et en Somalie (dix, trois et trois cas respectivement).

Cas de poliomyélite confirmés en laboratoire*, 2002

Augmentation du nombre des cas entre 2001 et 2002 : Inde et Nigéria



- Importation
- Virus sauvage de type 1
- Virus sauvage de type 3
- Virus sauvage des types 1 et 3
- Pays d'endémie

*A l'exclusion des virus détectés par la surveillance environnementale et des poliovirus dérivés d'une souche vaccinale.

Données disponibles au Siège de l'OMS au 30 avril 2003.

Les frontières et les noms qui figurent sur cette carte et les désignations utilisées 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 pointillé représentent des frontières approximatives.

© WHO 2003. OMS 2003. Tous droits réservés.

Remarque : 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 malgré une surveillance de qualité.

Bien que les pays d'endémie n'aient jamais été aussi peu nombreux qu'en 2002, le nombre total des cas de poliomyélite dans le monde a quadruplé par rapport à 2001 par suite de l'augmentation sensible du nombre des cas dans deux pays seulement, l'Inde et le Nigéria. Sur les 1 919 cas enregistrés en 2002, 1 600, soit 83 %, étaient situés en Inde, dont 65 % dans le seul Etat de l'Uttar Pradesh. Le Nigéria a enregistré 202 cas dont 39 % groupés dans les Etats de Kaduna et de Kano. Avec 91 cas, le Pakistan était en troisième position, mais la transmission a été interrompue dans plusieurs anciennes zones réservoirs de ce pays (voir l'encadré ci-dessous).

La situation en Egypte s'est révélée particulièrement inquiétante en 2002, les activités élargies de prélèvement d'échantillons dans l'environnement ayant fait apparaître une transmission beaucoup plus étendue que celle qu'avait permis de détecter la surveillance de la paralysie flasque aiguë. Dès la mi-2002, les nouveaux responsables du programme ont annoncé une amélioration immédiate de la surveillance et de la qualité des activités de vaccination supplémentaires.

Malgré l'étendue des bouleversements fin 2001 et le rapatriement massif de réfugiés début 2002, la transmission du poliovirus autochtone a légèrement fléchi en Afghanistan, dix cas seulement ayant été déclarés, soit un de moins qu'en 2001. La difficulté

d'accès a continué d'entraver certaines activités en 2002, en particulier en Somalie. La situation s'est améliorée au cours du deuxième semestre, avec l'arrivée en octobre à Muqdisho d'équipes internationales venues surveiller les activités d'éradication de la poliomyélite pour la première fois depuis le printemps 2001. Trois cas au total ont été déclarés dans ce pays en 2002. Au Niger, trois cas seulement ont été déclarés, contre six en 2001. Les virus détectés sont étroitement apparentés à ceux qui ont été trouvés au Nigéria voisin ; les données de la surveillance révèlent néanmoins l'existence d'une circulation indépendante de faible intensité au Niger. Le Niger a mis en œuvre cinq activités de vaccination supplémentaires de grande ampleur et deux campagnes énergiques de ratissage ; ces activités devront se poursuivre pendant toute l'année 2003 car d'importants mouvements de populations se produisent au Niger et le risque d'importations en provenance du Nigéria voisin reste élevé.

Enfin, des importations ont été détectées dans deux pays : Burkina Faso et Zambie. Ces pays ont réagi rapidement en organisant des campagnes de vaccination de masse qui ont permis d'interrompre rapidement la transmission. Les importations continues dans les pays indemnes soulignent néanmoins la fragilité des progrès accomplis à ce jour et l'importance du maintien de la vaccination antipoliomyélique complète des enfants dans tous les pays et d'une surveillance de la PFA du niveau requis pour la certification jusqu'à la certification mondiale.

Pakistan – des progrès opportuns

Les autorités politiques, fermement décidées à déloger la poliomyélite du Pakistan début 2002, ont organisé huit activités de vaccination supplémentaires de grande envergure, dont quatre JNV et quatre JLV axées sur les zones à haut risque. Dirigé avec fermeté aux niveaux national, des Etats et du district, le programme s'est développé. La surveillance de la qualité des activités de vaccination supplémentaires assurée tout au long de l'année par des tiers a permis de recenser rapidement les populations exposées puis d'affiner immédiatement les stratégies. La surveillance de la PFA a été améliorée, le nombre des cas de PFA non poliomyélique passant de 2,33 pour 100 000 chez les personnes de moins de 15 ans en 2001 à 2,73 en 2002 au niveau national. Il s'en est suivi un recul de 22 % du nombre des nouveaux cas par rapport à 2001. On a surtout observé une nette réduction de la diversité génétique des virus en circulation. En 2001, on a dénombré 14 groupes de virus génétiquement apparentés en circulation, contre neuf seulement en 2002, l'immense majorité des poliovirus de type 1 n'étant apparentés qu'à deux groupes. Le TCG mondial a estimé que le Pakistan pouvait encore éliminer la poliomyélite d'ici à la fin de 2003 en continuant d'organiser plusieurs cycles d'activités de vaccination supplémentaires de qualité et à condition que les responsables politiques à tous les niveaux restent mobilisés.

Pour 2003, difficultés liées à l'interruption de la transmission du poliovirus

Les membres du TCG mondial, lors de la réunion intermédiaire de novembre 2002, ont défini les facteurs favorables et les obstacles à l'interruption de la transmission d'ici à la fin de 2003.

L'interruption de la transmission dans tous les pays nécessite des activités d'éradication de la poliomyélite de la meilleure qualité possible, y compris une couverture supérieure à 90 % pendant les activités de vaccination supplémentaires et le maintien d'une surveillance de la paralysie flasque aiguë du niveau requis pour la certification.

Le TCG mondial a noté en particulier que, en continuant à organiser des campagnes de vaccination antipoliomyélique supplémentaires, l'Afghanistan, le Niger et la Somalie pourraient mettre fin à la transmission d'ici à la mi-2003. Il faudra pour cela maintenir l'accès aux zones difficiles dans les pays



d'endémie en proie à des conflits, en particulier la région de Kandahar en Afghanistan et la zone de Muqdisho en Somalie. Le TCG mondial a également estimé que la transmission pourrait être interrompue au Pakistan en 2003 à condition que des activités de qualité soient maintenues toute l'année et que les autorités à tous les niveaux fassent preuve d'une réelle détermination.

Egypte, Inde et Nigéria

En novembre 2002, le TCG mondial a fait part « de sa grande préoccupation quant à la possibilité de mener à bien l'éradication dans les six à douze mois, en particulier en Inde, au Nigéria et en Egypte ». Le TCG mondial a spécifiquement recommandé au moins six cycles de campagnes de vaccination antipoliomyélitique supplémentaires de qualité dans les zones infectées de chaque pays, si possible en association avec des opérations décentralisées pour améliorer la qualité de ces activités. Il a fait observer que ces activités devaient être déployées pendant le premier semestre de 2003 pour que la transmission soit interrompue d'ici à la fin de l'année. Pour cela, l'engagement des responsables politiques dans ces pays devra être renforcé à tous les niveaux.

Début 2003, chacun de ces pays avait déjà progressé dans la mise en œuvre de ces recommandations. L'Inde a prévu deux JNV et quatre JLV de très grande ampleur dans les zones à haut risque et renforcé la gestion des opérations dans l'Uttar Pradesh. Des améliorations avaient déjà été observées lors des JNV de janvier et février 2003 en Inde, les enfants vaccinés étant plus nombreux que lors des cycles de la fin 2002 (dans l'Uttar Pradesh seulement, 33 millions d'enfants en janvier 2003 et 33,9 millions en février 2003, contre 30,4 millions en novembre 2002). Le Nigéria avait également planifié des cycles supplémentaires, envisageant en particulier de cibler les Etats de Kano et de Kaduna, les plus affectés, début 2003. Au moins deux autres activités de vaccination supplémentaires sont prévues dans ce pays fin 2003.

En Egypte, dans un examen conjoint effectué début 2003, un groupe de conseil technique (TAG) national/international a observé que la surveillance directe du programme de lutte antipoliomyélitique par le Ministre de la Santé et de la Population avait permis d'améliorer sensiblement les activités d'éradication au cours du deuxième semestre 2002. La qualité des activités de vaccination supplémentaires fin 2002 a été jugée meilleure (9,8 millions d'enfants vaccinés en décembre 2002 contre 8,8 millions en décembre 2001), des efforts accrus ayant été déployés pour vacciner porte à porte, en particulier dans l'immense banlieue du Caire. Non moins importante, la qualité

Pour interrompre la transmission du poliovirus sauvage dans tous les pays, il est important :

- de vacciner un plus grand nombre d'enfants pendant les campagnes d'éradication de la poliomyélite en Egypte, en Inde, au Nigéria et au Pakistan ;
- de combler le déficit financier de US \$275 millions pour 2003-2005 ;
- d'améliorer l'accès dans les pays en proie à des conflits, en particulier en Afghanistan (zone de Kandahar) et en Somalie (zone de Muqdisho) ;
- de maintenir une surveillance du niveau requis pour la certification dans les pays indemnes et dans les pays d'endémie.

de la surveillance de la PFA a également été améliorée, en particulier pendant le deuxième semestre, donnant un taux de PFA non poliomyélitique de 2,4 pour toute l'année 2002.

En règle générale, l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage dans le monde passe par l'amélioration constante de la qualité et de la gestion des stratégies d'éradication de la poliomyélite dans chacun de ces pays, associée à l'organisation de plusieurs cycles d'activités de vaccination supplémentaires de qualité en 2003. Pour prolonger les acquis potentiels de 2003, un programme analogue de plusieurs cycles d'activités de vaccination supplémentaires de qualité sera également nécessaire en 2004, complété par des campagnes de ratissage de grande envergure dans les zones où existe une transmission résiduelle.

Financement extérieur

A l'échelle mondiale, les US \$275 millions manquants pour mettre en œuvre les activités d'éradication jusqu'à fin 2005 restent la principale menace pour l'éradication de la poliomyélite. Les conséquences de ce problème de financement se sont manifestées avec une acuité particulière début 2003 lorsqu'on s'est trouvé face à un sérieux déficit de trésorerie pour les activités de 2003. Fait sans précédent, il a fallu annuler les activités de vaccination prévues dans un certain nombre de pays à haut risque, abréger les contrats de membres du personnel financés par le programme de lutte antipoliomyélitique et réduire de 30 % les budgets de la surveillance. L'OMS et ses partenaires pour la lutte contre la poliomyélite ont lancé un appel d'urgence aux donateurs, faisant observer que la situation pourrait être redressée à condition qu'une quantité suffisante de fonds nouveaux soit versée d'ici à juillet 2003. Le partenariat en faveur de l'éradication de la poliomyélite demande des fonds sans objet désigné pour combler le déficit de US \$275 millions afin que l'Initiative puisse intervenir rapidement en cas de flambée inattendue et répondre à d'autres besoins financiers urgents. ■

L'éradication de la poliomyélite

Plan stratégique 2001 – 2005

Domaines d'activité

Intensification des activités de vaccination supplémentaires

Étapes 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, au moyen d'une stratégie porte à porte.

État d'avancement : objectif atteint.

Pays indemnes

Tous les pays indemnes à haut risque continueront d'organiser chaque année des activités de vaccination supplémentaires et des plans d'activités de vaccination supplémentaires à long terme seront établis pour tous les pays où la couverture par la vaccination systématique à l'aide du VPO3 est inférieure à 90 %.

État d'avancement : objectif atteint.

- ◀ Cette étape faisait suite à la résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé de 1999 qui visait à accélérer l'éradication de la poliomyélite. Les mesures requises consistent à :
- organiser plus de deux cycles de JNV par an dans les zones d'endémie ;
 - améliorer la qualité des activités de vaccination supplémentaires, notamment par les moyens suivants : stratégie porte à porte, approche multisectorielle, micro-planification détaillée, mobilisation sociale étendue 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 de guider la planification des activités de vaccination supplémentaires et les campagnes de ratissage.

2002			
Pays	Nombre d'activités de vaccination supplémentaires	Stratégie d'administration du VPO	Nombre de cas
Afghanistan	6	Porte à porte	10
Angola	5	Porte à porte	0
Égypte	5	Porte à porte	7
Éthiopie	2	Porte à porte	0
Inde	3	Porte à porte et postes fixes	1 600
Niger	5	Porte à porte	3
Nigéria	5	Porte à porte	202
Pakistan	8	Porte à porte	91
Somalie	4	Porte à porte	3
Soudan	8	Porte à porte	0

En 2002, les campagnes de vaccination antipoliomyélique supplémentaires ont permis de vacciner 500 millions d'enfants dans le monde au cours de 266 activités de vaccination supplémentaires mises en œuvre dans 93 pays. Sur ce nombre, 54 ont été exécutées dans les dix pays considérés comme des pays d'endémie au début de 2002 (voir le tableau ci-après).

Il convient de mentionner tout spécialement le Pakistan qui a organisé quatre JNV et quatre JLV en 2002 pour consolider l'acquis de la réduction du nombre des nouveaux cas de poliomyélite en 2001. L'Afghanistan voisin, qui partage un réservoir de poliovirus avec le Pakistan (zone géographique s'étendant de part et d'autre de la frontière entre les deux pays où se trouve une famille commune de

poliovirus sauvage), a appliqué un programme similaire d'activités d'éradication (quatre JNV et quatre JLV), les deux pays synchronisant un grand nombre de ces activités.

L'Inde a régulièrement réduit la quantité d'activités de vaccination supplémentaires parallèlement au recul du nombre des nouveaux cas, passant de six JNV en 1999 à une JNV et deux JLV seulement en 2002. Le TCG mondial a observé que l'épidémie de poliomyélite qui s'est déclarée dans le nord de l'Inde en 2002 avait fait suite à la réduction de la quantité, jointe à la qualité insuffisante, des activités (jusqu'à 15 % des foyers n'ont pas bénéficié de la vaccination dans les zones les plus exposées de l'Uttar Pradesh).



Photo : OMS/J.-M. Giboux

Des agents de vaccination atteignent un camp de réfugiés lors d'une JNV en Afghanistan

Le Nigéria a mis en œuvre suffisamment d'activités de vaccination supplémentaires en 2002 : trois JNV consécutives et deux JLV. Toutefois, le fait que le nombre des cas a quadruplé au Nigéria en 2002 témoigne de graves déficits persistants de couverture par les activités de vaccination supplémentaires, de nombreux enfants ayant été laissés de côté dans les Etats septentrionaux. Les données de la surveillance des activités de vaccination supplémentaires font ressortir des différences sensibles dans la qualité des activités de vaccination supplémentaires des Etats indemnes et des Etats d'endémie (voir la figure ci-après), en fonction de la couverture des cas de PFA non poliomyélitique par le VPO. Le TCG mondial a recommandé que le Nigéria fasse un meilleur usage des données relatives aux activités de vaccination supplémentaires et à la PFA pour améliorer au maximum la qualité des activités de vaccination supplémentaires en 2003.

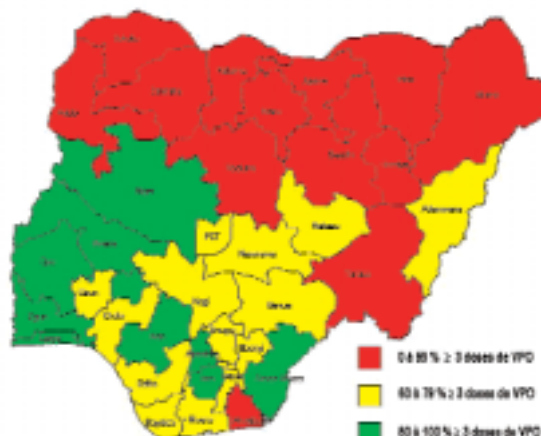
Le Niger, pays à faible densité de population et où la circulation du virus est limitée, a organisé trois JLV et deux JNV consécutives en coordination avec le Nigéria voisin. Le niveau élevé d'immunité de la population devra être maintenu par la vaccination systématique et les activités de vaccination supplémentaires en cours afin d'interrompre la circulation endémique et d'assurer une protection contre les importations du Nigéria en 2003 et 2004.

L'Egypte a organisé deux JLV de grande envergure pendant le premier semestre de 2002 et deux cycles

consécutifs de JNV pendant le deuxième semestre. Le prélèvement d'échantillons dans l'environnement a toutefois semblé indiquer qu'il existait une transmission géographique étendue de la poliomyélite, qui n'avait pas été détectée faute d'une surveillance suffisante. Une amélioration immédiate de la qualité des activités de vaccination supplémentaires, confiées à de nouveaux responsables, a été constatée à la mi-2002.

Couverture par le VPO d'après les données de la surveillance, Nigéria

Pourcentage des cas de PFA non poliomyélitique chez les enfants de moins de 60 mois ayant reçu au moins trois doses de VPO
Janvier à décembre 2002



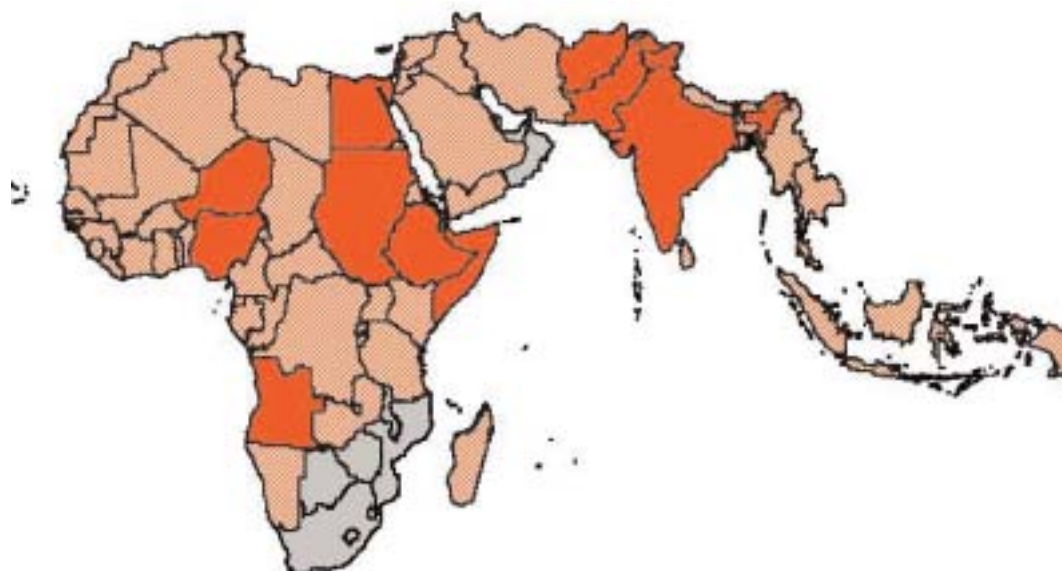
Pour 2003, concentrer les efforts sur l'interruption de la transmission et l'endigement des flambées

La transmission de la poliomyélite étant limitée à quelques parties seulement de sept pays en 2002, et vu l'insuffisance des ressources financières, l'Initiative recentre les activités sur sept zones d'endémie tout en déployant des activités de surveillance du niveau requis

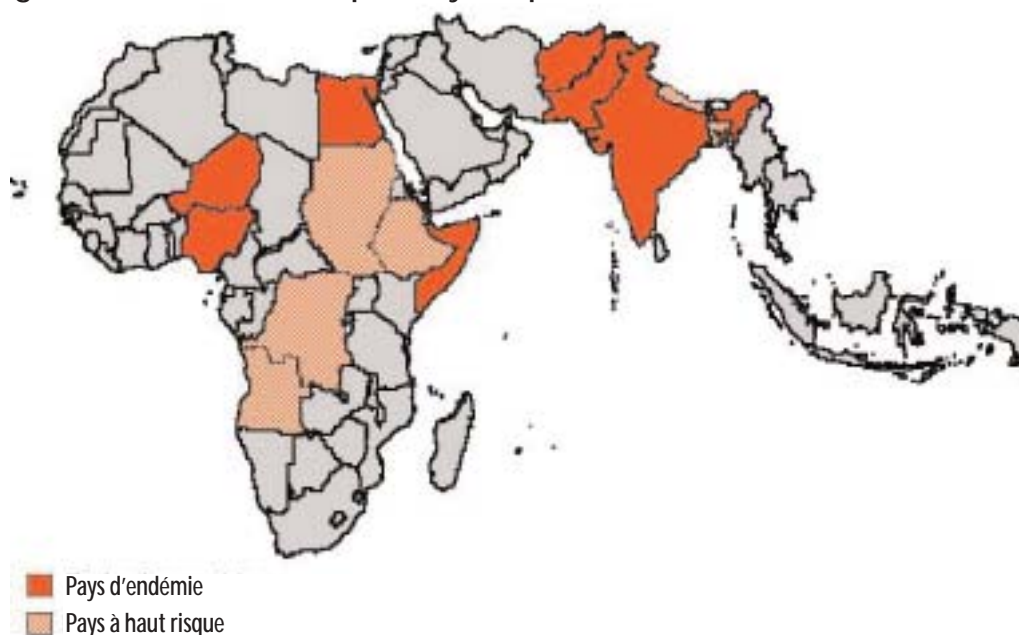
pour la certification dans tous les pays. Simultanément, les campagnes « préventives » à grande échelle seront remplacées par une stratégie d'intervention d'urgence dans tous les pays sauf six.

Changement tactique – campagnes révisées dans les trois Régions d'endémie restantes (Régions africaine, de l'Asie du Sud-Est et de la Méditerranée orientale de l'OMS)

Campagnes de vaccination antipoliomyélitique 2002



Campagnes de vaccination antipoliomyélitique 2003



Remarque : en 2002, des campagnes de vaccination antipoliomyélitique ont été menées dans 93 pays. En 2003, l'accent portera sur 51 campagnes de vaccination antipoliomyélitique dans 13 pays.

Surveillance du niveau requis pour la certification

Étapes 2002 :

Surveillance de la PFA

Des activités de surveillance du niveau requis pour la certification seront mises en œuvre et maintenues dans toutes les régions et dans au moins 90 % des pays.
État d'avancement : objectif atteint.

Certification

Des comités de certification nationaux seront établis dans tous les pays, y compris les pays d'endémie et les pays d'endémie récente.
État d'avancement : objectif atteint.

Indicateurs de la PFA

1. Taux de dépistage des cas de PFA.
2. Taux de collecte des échantillons de selles.
3. Analyse des échantillons dans un laboratoire accrédité par l'OMS.

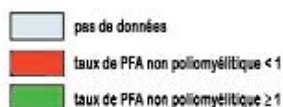
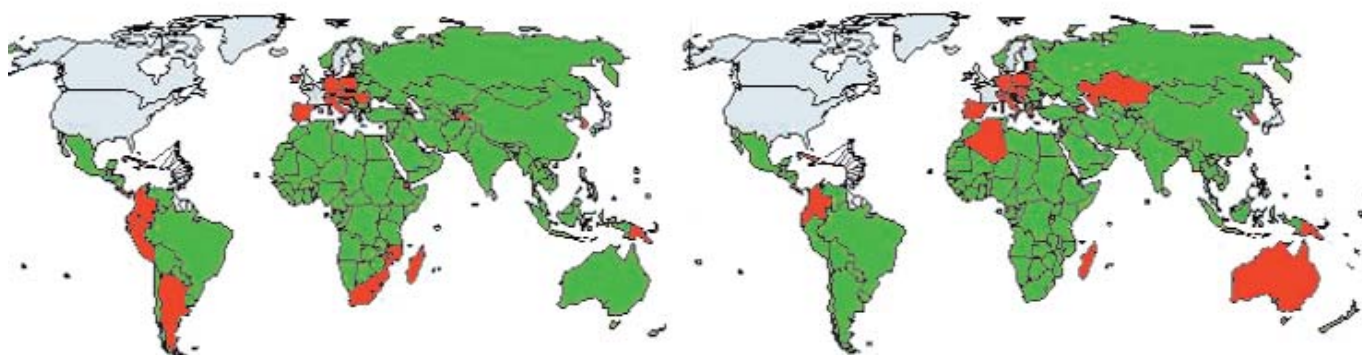
La surveillance de la poliomyélite et du poliovirus repose principalement sur la déclaration de la PFA, assortie dans certaines circonstances de systèmes complémentaires tels que la surveillance de l'environnement et/ou des entérovirus. Trois indicateurs principaux sont utilisés pour évaluer la qualité de la surveillance de la PFA dans un pays : 1) taux de PFA non poliomyélitique (cible : > 1 pour 100 000 personnes de moins de 15 ans) ; 2) taux de collecte d'échantillons de selles adéquats (cible : > 80 %) ; 3) analyse des échantillons dans des laboratoires accrédités par l'OMS (cible : 100 %).

Après les succès enregistrés en 2001, les activités de surveillance de la PFA sont restées complètes, de qualité et ponctuelles et les indicateurs de performance ont même été renforcés. D'une manière générale, la sensibilité de la surveillance de la PFA dans le monde a augmenté de 8 % en 2002, avec le dépistage de près de

Paralysie flasque aiguë non poliomyélitique

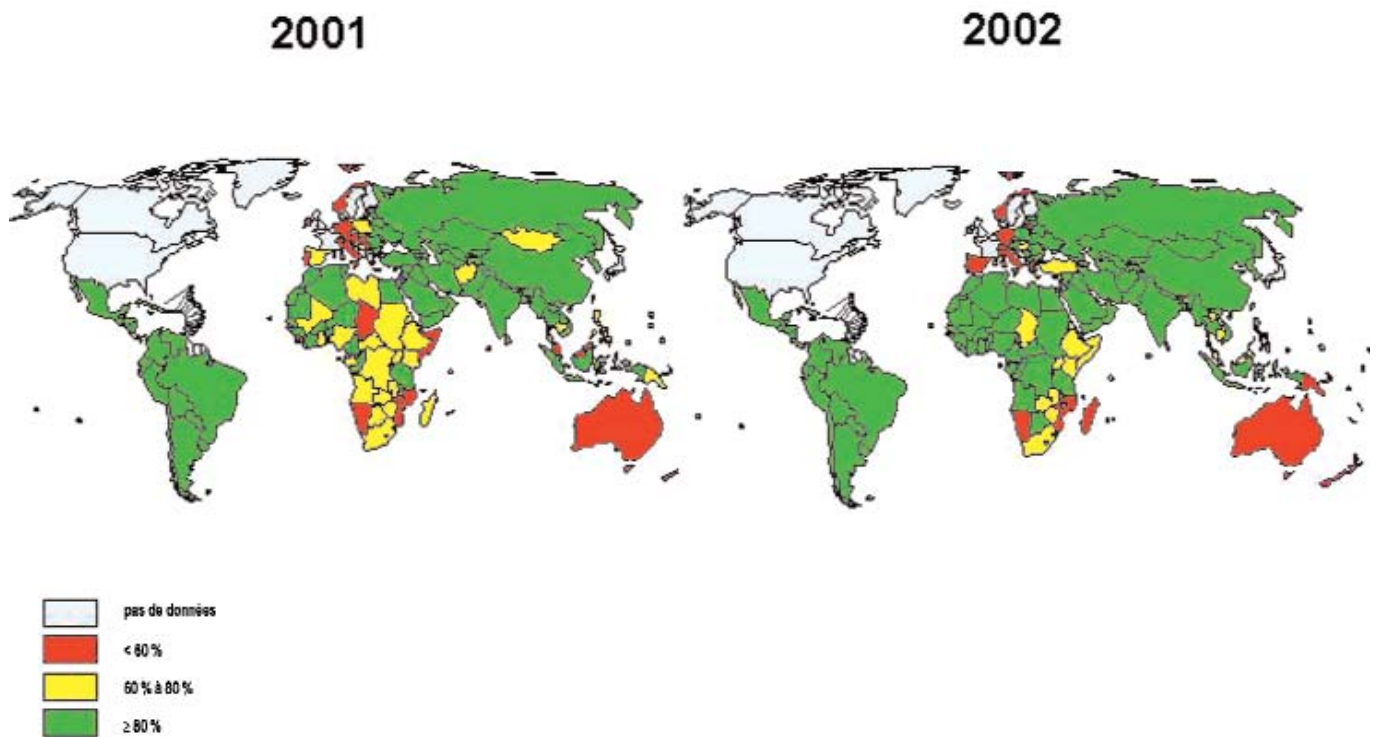
2001

2002



Données disponibles au Siège de l'OMS à la date du 2 avril 2003

Taux de collecte d'échantillons de selles adéquats



Données disponibles au Siège de l'OMS à la date du 2 avril 2003

3 000 cas de PFA de plus qu'en 2001. L'augmentation du nombre des cas dépistés a été particulièrement importante dans la Région de l'Asie du Sud-Est (+ 18 %) et dans la Région de la Méditerranée orientale (+ 16 %) de l'OMS.

A l'échelle mondiale, le taux de PFA non poliomyélique est passé de 1,6 en 2001 à 1,9 en 2002 ; le taux de collecte d'échantillons de selles adéquats est passé de 82 % en 2001 à 86 % en 2002 et 100 % des échantillons ont été analysés dans des laboratoires accrédités pas l'OMS. Toutes les Régions de l'OMS ont désormais des indicateurs de performance pour la PFA du niveau requis pour la certification. La Région africaine de l'OMS, en particulier, a atteint le niveau de performance requis pour la certification pour la première fois en 2002, avec un taux de PFA non poliomyélique de 2,9 et un taux de collecte d'échantillons de selles adéquats de 83 %.

Compte tenu des bons résultats pour la surveillance de la PFA obtenus au niveau régional, les actions ont été axées davantage sur l'amélioration de la surveillance aux niveaux national et local. Les sept pays où la poliomyélite est endémique ont tous atteint ou

maintenu le niveau de surveillance requis pour la certification en 2002, à l'exception de la Somalie dont le taux de collecte d'échantillons n'a guère dépassé 67 %, l'accès étant limité dans certaines zones en proie à des troubles civils. L'amélioration de la surveillance au Nigéria a permis de dépister un nombre sensiblement accru de cas de poliomyélite confirmés (202 en 2002 contre 56 en 2001).

Afin d'améliorer encore la qualité de la surveillance de la PFA et de dispenser des avis autorisés aux autorités nationales et locales, on a évalué les activités de surveillance en 2002, notamment en Angola, au Congo, en Egypte, en Erythrée, en Ethiopie, au Pakistan, dans la République démocratique du Congo, en République islamique d'Iran, au Soudan et au Tchad. Ces évaluations ont porté en particulier sur les pays d'endémie, et récemment sur les pays d'endémie où la surveillance était insuffisante, confirmant les progrès signalés et concluant qu'il était peu probable que le poliovirus sauvage continue de circuler sans être détecté dans les pays d'endémie récente.

Malgré ces améliorations, la surveillance reste très insuffisante dans certaines zones indemnes. C'est ainsi

que, dans plusieurs pays d'endémicité récente d'Afrique australe et orientale, la surveillance n'est pas encore du niveau requis pour la certification. La surveillance reste en outre insuffisante dans certaines zones frontalières, notamment dans les zones où la situation est rendue difficile par la persistance des troubles civils. Par exemple, malgré un taux national de surveillance de la PFA de 3,0 en Angola et de 5,0 en République démocratique du Congo, il existe dans ces deux pays d'importantes « zones aveugles » sur lesquelles peu de données de surveillance sont disponibles.

Pour 2003

Avant que toutes les Régions de l'OMS soient en voie d'être certifiées exemptes de poliomyélite en 2005, la qualité de la surveillance des cas de PFA devra atteindre le niveau requis pour la certification, notamment dans 24 pays et territoires des Régions africaine (16 pays), de l'Asie du Sud-Est (deux pays) et de la Méditerranée orientale (six pays) de l'OMS. Des comités de certification nationaux ont été créés dans presque tous les pays d'endémie et d'endémie récente.

Dans les trois Régions d'endémie restantes (Régions africaine, de l'Asie du Sud-Est et de la Méditerranée orientale), tous les pays, à l'exception de la Somalie, ont créé des comités de certification nationaux. Tous les comités nationaux ont collaboré étroitement et efficacement avec leurs commissions régionales de certification respectives, exigeant une documentation de plus en plus complète pour établir l'absence de poliomyélite à l'échelle nationale. Tant qu'un pays n'est pas « certifié » exempt de poliomyélite (ne peuvent être « certifiées » que des Régions de l'OMS dans leur intégralité), tous les comités nationaux soumettent des rapports de situation annuels à l'examen de leur commission régionale, l'objectif étant de soumettre en

définitive toute la documentation nationale établissant l'absence de poliomyélite à l'échelle nationale requise par la commission régionale. Fin 2001, la Région de la Méditerranée orientale a commencé à examiner officiellement la documentation nationale fournie par les pays Membres indemnes depuis trois ans ou plus et ayant maintenu pendant cette période une surveillance du niveau requis pour la certification. A ce jour, la Commission de certification de la Région de la Méditerranée orientale a « accepté » la documentation nationale de 13 Etats Membres sur 23. Les comités nationaux de certification de tous les pays devront néanmoins fournir des rapports actualisés annuels jusqu'à la certification de l'ensemble de la Région. Les comités nationaux des Régions certifiées continueront de fonctionner et de fournir des rapports actualisés au moins jusqu'à la certification mondiale.

Réseau de laboratoires – heures supplémentaires consacrées à la poliomyélite

Il est indispensable que les résultats fournis par le réseau de laboratoires antipoliomyélitiques soient ponctuels et précis car ils permettent d'orienter l'attention de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite sur les dernières poches de poliomyélite, facilitant le déploiement d'interventions ciblées, économiquement efficaces.

L'activité de surveillance de l'Initiative repose sur les 145 laboratoires du réseau mondial qui recherchent la présence de poliovirus dans les échantillons de selles provenant des cas de PFA. Le suivi des examens de laboratoire est effectué au moyen de tests d'aptitude annuels et d'évaluations locales faisant partie d'un programme d'accréditation officiel coordonné par l'OMS. Les pays avaient accès à 100 % à un laboratoire accrédité par l'OMS.

En 2002, les laboratoires du réseau ont examiné 70 000 échantillons de selles, soit 12 % de plus qu'en 2001. Les laboratoires du réseau ont isolé des poliovirus sauvages chez quelque 2 000 cas de PFA en 2002, soit une augmentation de 155 % par rapport à 2001, et ils ont répondu à la demande accrue de caractérisation génétique des virus pour établir d'éventuels liens de transmission. Malgré cette augmentation, les résultats étaient disponibles pour l'immense majorité (90 %) des échantillons dans les 28 jours fixés par le programme.



Photo : © OMS

Confinement des stocks de poliovirus sauvage

Étapes 2002 :

Processus

Un groupe spécial/coordonnateur national et des plans d'action nationaux pour le confinement en laboratoire sont établis dans tous les pays où la poliomyélite n'est pas endémique.
État d'avancement : objectif essentiellement atteint – 80 % des pays où la poliomyélite n'est pas endémique dans les Régions des Amériques, de l'Asie du Sud-Est, européenne et de la Méditerranée orientale de l'OMS ont établi un groupe spécial/coordonnateur national et des plans d'action nationaux.

Résultats

Des enquêtes nationales sur les laboratoires sont effectuées par tous les pays indemnes des Régions des Amériques, de l'Asie du Sud-Est, européenne et de la Méditerranée orientale de l'OMS, avec des inventaires complets dans la Région du Pacifique occidental.
État d'avancement : objectif partiellement atteint – 70 % des pays indemnes des Régions des Amériques, de l'Asie du Sud-Est, européenne et de la Méditerranée orientale de l'OMS ont commencé leurs enquêtes. Dans la Région du Pacifique occidental, 34 des 38 pays ont achevé leurs inventaires.

D'immenses progrès ont été faits sur la voie des étapes fixées pour 2002 concernant le confinement des poliovirus sauvages en laboratoire. 80 % des pays où la poliomyélite n'est pas endémique (173/212) ont établi un groupe spécial/coordonnateur national et un plan d'action national. 98 % (125/128) des pays où la poliomyélite n'est pas endémique dans les Régions des Amériques, de l'Asie du Sud-Est, européenne et de la Méditerranée orientale de l'OMS ont entrepris une enquête nationale sur les stocks de poliovirus sauvage ou de substances potentiellement infectieuses que pourraient détenir les laboratoires. Les progrès les plus sensibles ont été faits dans les trois Régions de l'OMS déjà certifiées indemnes – Régions des Amériques, européenne et du Pacifique occidental – les pays indemnes des trois Régions où la poliomyélite est encore endémique ayant aussi progressé en 2002.

Les pays de la Région européenne de l'OMS ont fait de grands efforts pour satisfaire aux normes concernant le confinement fixées pour la certification régionale en juillet 2002. La plupart (50) des 51 pays de la Région avaient établi un groupe spécial national, adopté un plan d'action national, dressé la liste des laboratoires et entrepris une enquête nationale. Quarante et un (80 %) des 51 pays ont soumis des inventaires nationaux à la Commission de certification de la Région de l'Europe. Les dix pays restants sont des pays d'Europe occidentale hautement industrialisés pour lesquels il est très difficile logistiquement de prendre contact avec leurs nombreux établissements de biologie médicale.

Dans la Région du Pacifique occidental, la Chine et le Japon n'ont pas non plus soumis d'inventaire national à la Commission régionale de certification, ces deux pays se heurtant également à de sérieuses difficultés logistiques. Au total, 34 pays/territoires de la Région du Pacifique occidental ont soumis des inventaires complets.

Progrès des activités de confinement en laboratoire concernant la phase « enquête et inventaire »

États Membres de chaque Région qui ont >>>>>>	nommé un coordonnateur national	commencé à dresser la liste des établissements de biologie médicale devant être couverts par l'enquête	entamé l'enquête sur les laboratoires	soumis un inventaire national complet des laboratoires
Région africaine (48 pays)	6	0	0	0
Région des Amériques (47 pays)	47	41	19	0
Région de l'Asie du Sud-Est (11 pays)	10	7	6	0
Région européenne (51 pays)	51	50	50	41
Région de la Méditerranée orientale (24 pays)	23	17	16	5
Région du Pacifique occidental (38 pays)	36	34	34	33
Echelle mondiale (219 pays)	173	149	125	79

Dans la Région des Amériques, 19 (40 %) des 47 pays ont une enquête en cours sur les laboratoires. Il convient de mentionner tout spécialement l'enquête nationale entreprise aux États-Unis d'Amérique, qui couvre plus de 30 000 dispensaires, 450 établissements universitaires, 637 établissements de médecine biologique, 56 départements de santé locaux ou relevant des États et 12 départements relevant des autorités fédérales. Les réponses de tous ces établissements, attendues pour la mi-2003, représenteront probablement plus de 100 000 laboratoires.

Des activités de confinement en laboratoire sont également en cours dans des pays indemnes de Régions de l'OMS encore non certifiées (Régions africaine, de l'Asie du Sud-Est et de la Méditerranée orientale). Tous les pays des Régions de l'Asie du Sud-Est et de la Méditerranée orientale de l'OMS où la poliomyélite n'est pas endémique ont désigné un groupe spécial/coordonnateur national et un grand nombre d'entre eux ont commencé une enquête. La Région africaine de l'OMS a aussi entrepris des activités de confinement en 2002, en utilisant le Cameroun et l'Ouganda comme pays pilotes pour guider le processus dans la Région en 2003.

Pour 2003

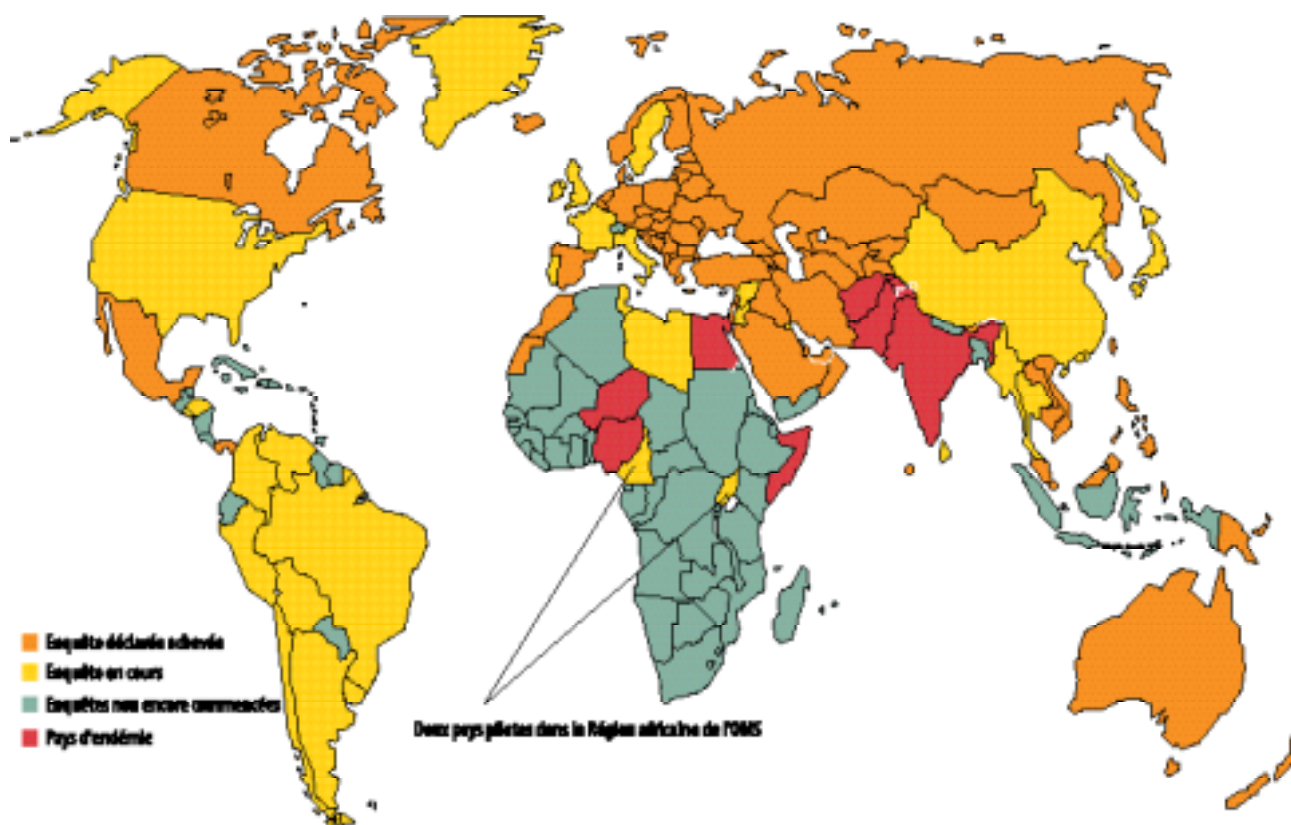
Afin que les progrès continuent en 2003 et au-delà, la deuxième édition du *Plan d'action mondial pour le confinement en laboratoire des poliovirus sauvages*, qui tient compte des enseignements retirés de la mise en œuvre du confinement à ce jour, a été publiée. Elle donne des précisions concernant les activités des deux phases devant conduire au confinement en laboratoire : la phase enquête sur les laboratoires et inventaire et la phase certification mondiale. Les règles de sécurité biologique pendant ces deux phases sont énoncées en termes de risques associés au poliovirus

sauvage. Les recommandations relatives au confinement des poliovirus dérivés d'une souche vaccinale (PVDV) sont développées dans ce nouveau document. Le Plan étudie enfin les incidences des politiques vaccinales postérieures à la certification sur les règles de sécurité biologique applicables aux poliovirus.

La question des mesures destinées à accroître les pratiques de confinement sur les sites de fabrication du VPI est également à l'étude. Au cours de l'année 2002, les fabricants ont travaillé en relation étroite avec des spécialistes de la sécurité biologique et l'OMS pour renforcer les pratiques de confinement sur les sites de fabrication. En février 2003, le Comité OMS d'experts de la standardisation biologique s'est réuni pour mettre une dernière main aux lignes directrices relatives au renforcement du processus de confinement à l'intention de tous les fabricants du VPI.

En 2003, on s'attachera a) à mener à bien les enquêtes nationales et les inventaires dans les pays où la poliomyélite n'est pas endémique et b) à poursuivre les préparatifs en vue de la certification mondiale en collaboration avec la Commission mondiale de certification pour mieux définir les modalités d'évaluation de la mise en œuvre du confinement avant la certification de l'absence de poliomyélite dans le monde.

Confinement en laboratoire, 2002 – progrès des activités de la phase « enquête et inventaire »



Elaboration d'une politique de vaccination postérieure à la certification

Etapes 2002 :

Production de données
Toutes les données programmatiques nécessaires à l'élaboration de la politique ont été définies ou recueillies.
Etat d'avancement : objectif atteint.

Elaboration de la politique
Un cadre est mis en place pour l'évaluation et la gestion des risques de poliomyélite paralytique après la certification.
Etat d'avancement : objectif atteint.

Le TCG mondial et d'autres instances ont précédemment évoqué la nécessité de mettre en place un cadre relativement simple pour résumer les risques de poliomyélite paralytique après la certification et expliquer l'évolution ultérieure possible de ces risques. Ce cadre sera particulièrement important pour les discussions avec les pays qui utilisent le VPO et pour la mise au point de modèles décisionnels. Il existe désormais un cadre qui distingue deux catégories de risques, à savoir a) ceux qui sont dus au poliovirus dérivé d'une souche vaccinale (PVDV) et b) ceux qui résultent de la manipulation de stocks de poliovirus sauvage.

Risques de poliomyélite paralytique après la certification*			
Catégorie de risques	Risque	Fréquence	Charge mondiale annuelle estimée**
Risques de poliomyélite paralytique dus à l'utilisation continue du VPO	PPAV (poliomyélite paralytique associée au vaccin)	1 sur 2,4 millions de doses de VPO administrées	250 à 500 cas par an
	PVDVc (poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale)	Une flambée par an de 2000 à 2002 (Haïti, Madagascar, Philippines)	Environ dix cas par an (29 cas au total en trois ans)
	PVDVi (poliovirus dérivés de la souche vaccinale excrétés par des sujets immunodéprimés)	19 cas depuis 1963 ; dont deux qui continuent d'excréter le poliovirus ; aucun cas secondaire	< 1 cas par an
Risques de paralysie dus à une erreur de manipulation du poliovirus sauvage	Dissémination accidentelle par un laboratoire	Aucune à ce jour	
	Dissémination accidentelle par un site de fabrication du VPI	Un cas connu au début des années 90	Aucun cas
	Dissémination intentionnelle	Aucune à ce jour	

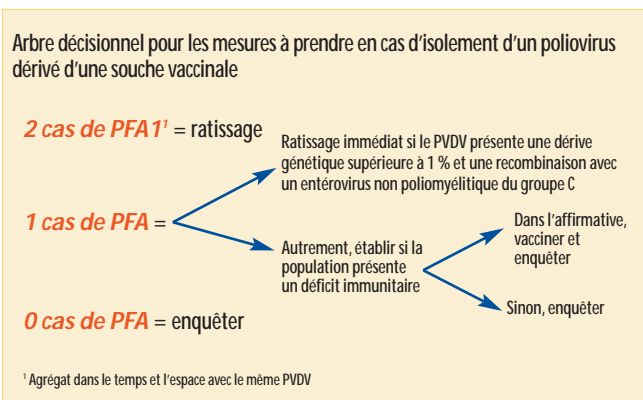
* Dans le cadre des politiques de vaccination antipoliomyélitique en vigueur
** Enquête et collecte de données en cours pour toutes les catégories

Ce cadre fait également le point des connaissances actuelles sur l'étendue de ces risques, l'évolution prévue de ces risques et les effets attendus de chacune des stratégies de gestion des risques proposées. Il repose sur l'hypothèse que le VPO continuera d'être utilisé dans un avenir proche.

Production de données

La collecte des données épidémiologiques et de laboratoire qui serviront à élaborer la politique postérieure à la certification s'est déroulée de façon satisfaisante en 2002. Les données produites visaient principalement à quantifier les risques réduits mais toujours existants de poliomyélite paralytique associés à l'utilisation continue du VPO, y compris la poliomyélite paralytique associée au vaccin (PPAV), les poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale (PVDVc) et l'excrétion de poliovirus dérivés d'une souche vaccinale par des sujets immunodéprimés (PVDVi).

La méthode de dépistage des isollements de type Sabin appliquée dans les laboratoires antipoliomyélitiques du réseau OMS a permis de découvrir en 2002 une nouvelle flambée de PVDVc due à un virus de type 2 à Madagascar. Les flambées de PVDVc, dont trois seulement ont été attestées depuis 2000 (Hispaniola 2000-2001, Philippines 2001 et Madagascar), restent très rares et davantage de données résultant du dépistage seront nécessaires pour comprendre l'importance de ces virus pour les politiques postérieures à la certification. De nouvelles méthodes de laboratoire pour le dépistage des PVDVc ont été mises à l'étude.



Sur les 19 sujets excréant le PVDVi à long terme recensés en 40 ans d'utilisation du VPO dans le monde, on n'en connaît que deux qui continuent d'excréter le virus. Selon les données provenant du Royaume-Uni et des Etats-Unis d'Amérique, l'excrétion persiste chez tout au plus 0,01 à 1 % des sujets atteints d'une maladie due à une carence sévère en immunoglobulines (ces carences touchent une personne environ sur 100 000 dans la population générale).

L'élément terrain de l'étude sur le VPI effectuée à Cuba pour analyser l'immunogénicité et l'immunité des muqueuses dans un pays tropical en développement a été mené à bien. Une étude sur la circulation des virus dérivés du VPO avant, pendant et après le passage au VPI en février 2002 en Nouvelle-Zélande visait à recueillir des informations au sujet des effets du VPI sur la circulation du virus Sabin. Selon les premières indications fournies par cette étude, qui devait s'achever en avril 2003, l'analyse des résultats complets étant prévue pour l'été 2003, il semble que les virus dérivés d'une souche vaccinale disparaissent quelques mois après le passage du VPO au VPI. Pour savoir si l'immunité conférée par le VPI interrompt la circulation des virus dérivés d'une souche vaccinale en milieu tropical, les responsables de l'Initiative se sont entretenus avec les autorités du Cap-Vert et de l'Indonésie sur la possibilité de mener des études de terrain similaires. Pour ce qui est de la constitution d'un stock de vaccin, un examen de la réglementation relative au VPO monovalent a été entrepris et une première estimation de la dimension du stock nécessaire a été faite.

Elaboration d'une politique

L'activité dans ce domaine visait à recueillir un consensus international sur la politique à mettre en œuvre après la certification, et notamment l'évaluation des incidences économiques, politiques, opérationnelles et financières de chaque orientation potentielle. Un forum mondial sur la santé a été organisé en avril 2002 à Annecy (France) à l'initiative de l'Institut pour la santé mondiale afin d'obtenir l'avis des décideurs, en particulier ceux des pays en développement, au sujet de l'élaboration d'une politique de vaccination postérieure à la certification. Des informations importantes sur les données requises pour élaborer une politique nationale applicable après la certification ont ainsi été obtenues. Le forum a également débouché sur des propositions concernant les mécanismes à mettre en place pour examiner la politique et recueillir un consensus, qui seront finalement adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé.

Un module détaillé de communication et d'information du public destiné à tenir les pays et les parties intéressées informés de ces questions et des activités en cours déployées pour recueillir un consensus sur la politique de vaccination postérieure à la certification a été élaboré et largement diffusé.

Plans pour 2003 et au-delà

1. Etendre les activités relatives à la politique postérieure à la certification à l'élaboration de politiques futures concernant :
 - la surveillance et la déclaration du poliovirus ;
 - les stocks et les mécanismes d'intervention d'urgence ;
 - le confinement à long terme de toutes les souches de poliovirus ;
 - la vaccination systématique des enfants.
2. S'inspirer des conclusions du forum sur l'élaboration de la politique qui s'est tenu à Annecy en 2002 pour renforcer les bases scientifiques devant servir à l'élaboration de la politique.
3. Rassembler toutes les données produites en une publication scientifique, y compris les informations sur le cadre relatif aux risques, le confinement, les orientations possibles et l'économie (date cible de la publication : janvier 2004, Bulletin de l'OMS).
4. Réviser le module d'information et le diffuser plus largement (date cible de la diffusion : premier trimestre 2004).



Les décisions internationales concernant les politiques de lutte antipoliomyélique futures seront prises dans le cadre de l'Assemblée mondiale de la Santé

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

Étapes 2002 :

Vaccination systématique

Cinq des pays dotés d'une importante infrastructure d'éradication de la poliomyélite auront établi des plans échelonnés officiels reliant cette infrastructure aux objectifs réguliers du PEV.

État d'avancement : objectif essentiellement atteint – Des missions conjointes PEV/éradication de la poliomyélite ont été effectuées au Bangladesh, en Ethiopie, au Pakistan, en République démocratique du Congo et au Soudan, l'objectif étant de recueillir des informations sur le travail accompli depuis 12 mois au moyen des plans existants approuvés par les CCI. L'accent sera mis sur l'expansion de la surveillance, la microplanification, le suivi et l'évaluation.

Surveillance

Tous les pays qui pratiquent la surveillance de la PFA auront établi un calendrier pour l'inclusion de la notification au moins des cas de tétanos et de rougeole et la capacité des laboratoires à diagnostiquer la rougeole.

État d'avancement : objectif essentiellement atteint.

Partenariat

Les enseignements retirés des CCI sont étudiés et les meilleures pratiques définies.

État d'avancement : objectif essentiellement atteint – L'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI) s'emploie à renforcer le processus des CCI.

L'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite avait pour double objectif initial d'interrompre la transmission du poliovirus sauvage dans le monde et de continuer le travail d'éradication afin de contribuer au renforcement des systèmes de santé, en particulier des services de vaccination systématique. Depuis 1988, l'Initiative a énormément investi dans les systèmes de vaccination systématique et de surveillance par ses dis-

positifs institutionnels, ses infrastructures physiques et ses ressources humaines. Ainsi, les moyens tels que la chaîne du froid, les communications et les transports pour la vaccination systématique ont été remplacés pour une large part ou renouvelés dans nombre de pays à faible revenu, en particulier en Afrique subsaharienne, et des dizaines de milliers d'agents de vaccination et de surveillance dans le monde ont suivi des cours de formation et de perfectionnement. Le renforcement des capacités de surveillance pour l'éradication de la poliomyélite aide à détecter et endiguer les épidémies de nombreuses maladies importantes telles que le choléra, la rougeole, la méningite et la fièvre jaune. Malgré ces investissements, des questions ont été posées au sujet des effets à plus long terme que pourraient avoir les brèves interruptions de la vaccination systématique et d'autres services dues aux activités antipoliomyélitiques, compte tenu en particulier des progrès limités de la vaccination systématique dans le monde depuis le début des années 90.

En conséquence, les étapes fixées dans le Plan stratégique 2001-2005 pour suivre les progrès accomplis dans ce domaine d'activité ont été examinées et considérablement révisées pendant la réunion du TCG mondial en avril 2002. Ces révisions visaient principalement à fixer des étapes plus ambitieuses et quantifiables. Sur la base de l'expérience acquise depuis 1999, ce domaine d'activité a été divisé en trois domaines secondaires incluant des étapes pour :

- a) renforcer la vaccination systématique ;
- b) étendre la surveillance ;
- c) gérer le partenariat.

Malgré la diversité des activités de renforcement de la vaccination systématique, les étapes révisées devaient assurer que l'infrastructure mise en place pour l'éradication de la poliomyélite soit entièrement mise au service du renforcement de la vaccination systématique. Etant donné la concentration de 77 % des ressources humaines de l'Initiative dans seulement dix pays (tableau 1), un plan à long terme a été recommandé pour étendre systématiquement les activités de cette infrastructure dans chacun de ces pays. La méthodologie a été définie en 2002 et, début 2003, des missions de planification avaient été effectuées dans quatre pays : Afghanistan, Ethiopie, Pakistan et Soudan. Des précisions sur les liens nombreux entre l'infrastructure pour l'éradication et les services de vaccination systématique ont été recueillies et des plans ont été établis pour que les enseignements retirés et l'infrastructure de l'Initiative servent davantage à renforcer les services de vaccination systématique. Comme prévu, les plans ne sont pas identiques mais tiennent compte de la situation locale, qu'il s'agisse des principaux obstacles et occasions pour le renforcement des services de vaccination systématique ou des ressources existantes de



l'infrastructure d'éradication. Tous les plans ont un même calendrier détaillé et les activités sont destinées à améliorer la qualité, l'exhaustivité et l'utilisation des données sur la couverture au niveau du district, privilégiant la microplanification de la vaccination systématique et intégrant la surveillance des principales activités liées à la vaccination systématique (chaîne du froid, tableaux muraux, approvisionnement, innocuité) dans les visites de surveillance active de la PFA effectuées dans les établissements.

Dans le domaine de la surveillance, il a été recommandé que l'Initiative surveille de près et encourage l'utilisation du potentiel de surveillance de la PFA pour signaler et étudier d'autres maladies importantes, en particulier la rougeole et le tétanos néonatal. En 2002, les réunions sur la gestion de l'éradication de la poliomyélite aux niveaux mondial, régional et des pays ont été l'occasion de promouvoir cette activité et, fin 2002, la surveillance intégrée de la maladie était courante dans toutes les Régions (tableau 2). L'OMS a également commencé à renforcer les capacités nécessaires pour assurer un suivi systématique et faire rapport sur le nombre des pays appliquant effectivement cette politique.

Pour ce qui est de la gestion du partenariat, les mécanismes des CCI mis en place pour l'éradication de la poliomyélite sont désormais utilisés systématiquement et renforcés par les activités de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination. En approuvant et en adoptant les mécanismes des CCI, l'Alliance a beaucoup contribué au maintien de ces instances dans les pays où il en existait déjà et à l'intégration dans leur mandat et leurs activités du renforcement des systèmes de vaccination systématique,

Région	Nombre de pays disposant d'un système PFA	Nombre de pays ayant une politique confirmée d'intégration de la rougeole, du tétanos néonatal et/ou d'autres maladies
africaine (48 pays)	46	28
des Amériques (47 pays)	44	44
de l'Asie du Sud-Est (11 pays)	10	10
européenne (51 pays)	39	2
de la Méditerranée orientale (24 pays)	23	23
du Pacifique occidental (38 pays)	37	4
Total (219 pays)	199	111

de la sécurité vaccinale et de l'adoption de nouveaux vaccins. L'Alliance a également encouragé les pays à créer des CCI là où il n'en existait pas ou à réactiver ceux qui avaient cessé de fonctionner.

Le travail accompli en 2002 témoigne des importants progrès de l'utilisation systématique de l'infrastructure d'éradication de la poliomyélite. La réalisation seulement partielle des objectifs dans ce domaine s'explique par les difficultés de démarrage inhérentes à la mise en œuvre de ces nouveaux éléments dans ce domaine d'activité. Ainsi, des efforts considérables seront encore nécessaires ne serait-ce que pour réunir toutes les données de base qui permettront de suivre l'indicateur d'intégration de la surveillance. Bien que l'immense majorité des pays déclarent avoir opté pour l'intégration de la surveillance de la PFA, de la rougeole et du tétanos néonatal, il est très difficile de savoir avec précision si c'est effectivement le cas. Dans le domaine de la vaccination systématique, il a fallu quelques mois pour parvenir à un accord sur les pays où des missions seraient organisées en priorité en 2002, planifier les missions et les effectuer à un moment opportun pour les autorités et les organismes partenaires.

Tableau 1 : Ressources humaines financées dans le cadre de la lutte antipoliomyélique, par pays

Pays	Effectifs	Expansion PEV/ poliomyélite – Etat d'avancement de la mise en œuvre
Indemnes		
Angola	56	Prévu 3 ^e trimestre 2003
Bangladesh	98	Prévu 2 ^e / 3 ^e trimestre 2003
Ethiopie	62	Mise en œuvre du plan à achever d'ici à mai 2003
République démocratique du Congo	166	Prévu 3 ^e trimestre 2003
Soudan	311	Mise en œuvre du plan à achever d'ici à mai 2003
Endémiques		
Afghanistan	115	Atelier effectué
Pakistan	151	Atelier effectué
Somalie	159	Sans objet
Nigéria	192	Sans objet
Inde	801	Sans objet
Total, dix premiers pays	2111	
Total mondial	2751	
Dix pays, % du total	77%	

Pour 2003

Compte tenu de l'expérience acquise dans ce domaine d'activité depuis la mi-2002, de nouveaux progrès sont attendus en 2003-2004, notamment dans les pays indemnes. Le plus grand risque demeure le déficit de financement des activités d'éradication de la poliomyélite. Le grave déficit financier enregistré fin 2002 menaçait sérieusement cette activité, spécialement par son effet négatif sur les ressources humaines mises en place. Cette crise financière a obligé à interrompre durablement les contrats de nombreux membres du personnel dans les pays début 2003 pendant que des mesures étaient prises en vue d'améliorer la situation financière de l'Initiative. De plus, une fois les effectifs renouvelés, il a fallu abrégé les contrats, ce qui a compromis davantage le moral des personnels ainsi que la planification et les activités à moyen et long terme. Les bienfaits de l'Initiative ne pourront être étendus que si une solution est apportée à ce problème de financement. ■

2002

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



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

Comblant le déficit financier

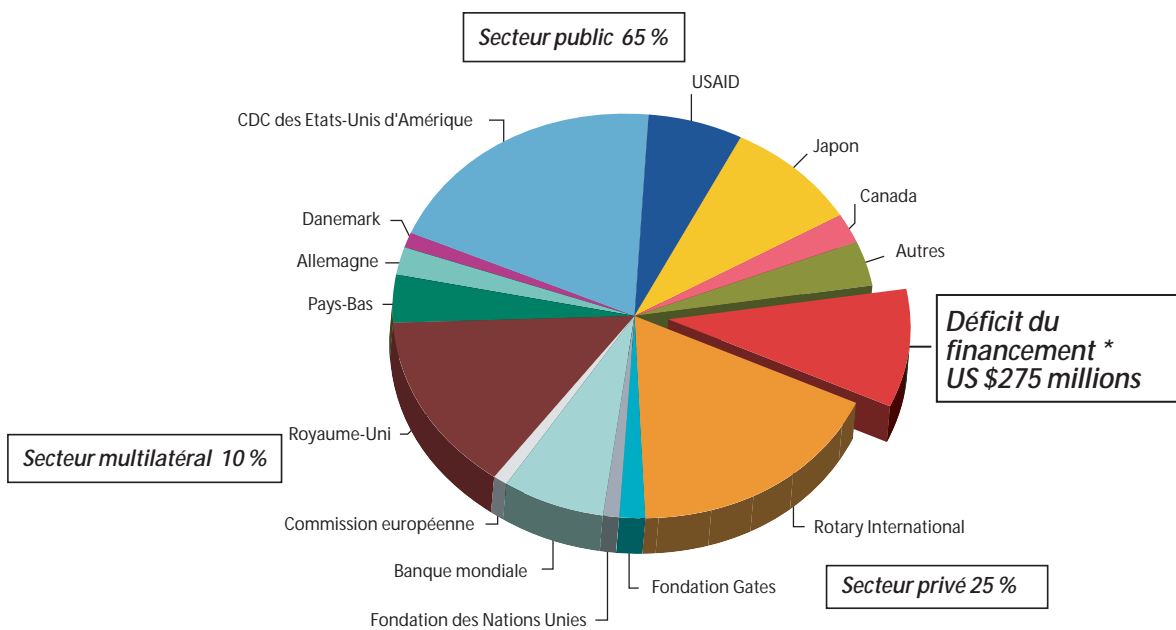
L'accroissement du soutien financier en faveur de l'éradication mondiale de la poliomyélite depuis 1999 a permis de ramener rapidement le nombre des pays où la poliomyélite est endémique à son plus bas niveau en 2002. Malgré l'adhésion et le soutien très encourageants dont bénéficiait l'Initiative à l'échelle internationale fin 2002, l'appui financier a diminué. Fin 2002, plusieurs des partenaires principaux ont informé l'OMS qu'ils ne seraient pas en mesure de fournir les ressources attendues pour la fin de l'année, ce qui a entraîné un grave déficit de financement pour 2003 obligeant à réviser l'approche stratégique et à réduire sensiblement les activités et les effectifs.

Fin 2002, le montant des ressources extérieures dont l'Initiative avait besoin pour la période 2003-2005 s'élevait à US \$725 millions. Avec l'aide des principaux donateurs et de nouvelles initiatives de collecte de

fonds, US \$450 millions sont attendus ou annoncés, ce qui laisse un déficit de US \$275 millions pour cette période. Des dons importants pour 2002 ont été faits par le Canada, les États-Unis d'Amérique, le Japon, les Pays-Bas, Rotary International et le Royaume-Uni. La Norvège et la Commission européenne ont également accru leur soutien à l'Initiative. De nouvelles initiatives aideront à réduire le déficit, ainsi la campagne de collecte de fonds organisée par Rotary International en faveur de l'éradication de la poliomyélite, l'engagement pris par les dirigeants du G8 de verser les fonds nécessaires pour éradiquer la poliomyélite en Afrique d'ici à 2005 et un partenariat public-privé spécial Banque mondiale/Fondation Bill et Melinda Gates/Rotary International/Fondation des Nations Unies destiné à financer l'achat de VPO.

Le manque de fonds, associé à l'épidémiologie changeante du poliovirus, a nécessité une révision de l'approche stratégique début 2003 due à

Situation financière fin 2002



Autres inclut les gouvernements d'Australie, de Belgique, de Finlande, d'Irlande, d'Italie, du Luxembourg, de la Norvège, d'Oman et des Emirats arabes unis, de la Fédération internationale de Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, le Programme Pétrole contre Nourriture et le Comité national de l'UNICEF; ainsi que Pasteur Aventis, British Airways, De Beers et Wyeth.

* données en décembre 2002



l'augmentation du nombre des activités de vaccination supplémentaires dans les sept pays d'endémie destinée à interrompre la transmission plus rapidement. Le niveau de transmission restant élevé en Inde, au Nigéria et au Pakistan, il faudra vraisemblablement maintenir ce niveau révisé d'activités de vaccination supplémentaires en 2004 et 2005.

Nouvelles initiatives de collecte de fonds :

Campagne de collecte de fonds de Rotary International en faveur de l'éradication de la poliomyélite : Rotary International a déployé sa deuxième grande opération de collecte de fonds pour la poliomyélite auprès de ses membres lors de sa Convention internationale à Barcelone (Espagne) en juin 2002. L'objectif est de recueillir US \$80 millions pour aider à combler le déficit financier. Sur le thème « Tenons notre promesse : éradiquons la poliomyélite », la campagne associe 1,2 million de Rotariens dans 166 pays, avec l'objectif d'atteindre son but d'ici au mois de juin 2003 et d'annoncer les résultats pendant la Convention de Rotary International à Brisbane (Australie). Depuis 1985, Rotary International s'est engagé à verser plus de US \$500 millions en faveur de l'éradication de la poliomyélite.

Plan d'action du G8 pour l'Afrique : Lors du Sommet du G8 qui s'est tenu les 26 et 27 juin 2002 à Kananaskis (Canada), les dirigeants du G8 ont inscrit l'éradication de la poliomyélite sur leur programme et se sont engagés à « fournir, sur une base juste et équitable, des ressources suffisantes pour éliminer la poliomyélite d'ici à 2005... » En application de l'engagement énoncé dans le plan d'action du G8 pour l'Afrique, le Canada, qui accueillait le sommet, a immédiatement annoncé le versement de US \$32 millions supplémentaires et le Royaume-Uni a promis de verser US \$25 millions pour financer les activités d'éradication de la poliomyélite en Afrique.

Le Partenariat Banque mondiale/Fondation Gates/Rotary-Fondation des Nations Unies : La Banque mondiale s'est associée à la Fondation Bill et Melinda Gates, Rotary International et la Fondation des Nations Unies en un partenariat novateur capable de fournir US \$125 millions pour aider à combler le déficit pour l'achat de VPO dans au plus sept des principaux pays où la poliomyélite est endémique. Au titre de cette collaboration, la Fondation Gates et Rotary International-Fondation des Nations Unies rachèteront les prêts accordés par la Banque mondiale aux gouvernements pour l'achat de VPO, transformant en fait les prêts aux pays en subventions. Les vaccins seront achetés par l'intermédiaire de l'UNICEF. Les

accords avec les Gouvernements nigérian et pakistanais sont en voie d'être scellés et les discussions avec le Gouvernement indien ont commencé.

Bailleurs de fonds :

Allemagne : L'Allemagne a continué à honorer son engagement vis-à-vis du programme indien en versant US \$9 millions pour l'achat de VPO destiné aux activités de vaccination supplémentaires à grande échelle.

Australie : Outre le versement à hauteur de US \$5 millions du même montant que les contributions provenant de la campagne de Rotary International et de la Fondation des Nations Unies auprès du secteur privé et de la campagne de collecte de fonds par le Rotary auprès de ses membres, le Gouvernement australien a continué d'apporter son soutien aux activités d'éradication de la poliomyélite dans la Région du Pacifique occidental de l'OMS.

Aventis Pasteur : Aventis Pasteur, avec un nouveau don de 30 millions de doses de VPO, est devenu le partenaire institutionnel le plus ancien de l'Initiative. Ce don, d'une valeur de US \$3 millions, est le troisième accordé par l'entreprise à l'Initiative et il porte le nombre total de doses données à 110 millions.

Banque mondiale/Financement d'activités en Inde : Engagée sur trois ans, la Banque mondiale a versé US\$ 27,4 millions à l'Initiative en Inde pour la deuxième année par le biais de mécanismes de crédit de l'aide internationale au développement pour l'achat de VPO et les dépenses de fonctionnement.

Campagne de Halloween pour l'UNICEF : Pour la deuxième année consécutive, les fonds recueillis pendant la campagne de Halloween pour l'UNICEF organisée par le Fonds des Etats-Unis pour l'UNICEF iront à l'Initiative. Vingt millions de tirelires de plus qu'en 2001 – le total des contributions avait alors atteint US \$3,4 millions – ont été distribuées.

Canada : En juin 2002, le Canada a été le premier pays du G8 à honorer l'engagement du G8 à fournir les ressources nécessaires pour éradiquer la poliomyélite en Afrique d'ici à 2005, en annonçant un versement de US \$32 millions. Il a en outre maintenu son soutien au programme du Nigéria ainsi que son aide financière à l'échelle mondiale.

Centers for Disease Control and Prevention des Etats-Unis d'Amérique (CDC) : Outre leur rôle de partenaire technique principal de l'Initiative, les CDC ont versé US \$102,4 millions pour l'achat de VPO,

les dépenses de fonctionnement et le soutien au programme par le biais de leur Siège à Atlanta. Les CDC ont financé les quelque 125 techniciens qui ont aidé l'OMS et l'UNICEF à mettre en œuvre les activités d'éradication de la poliomyélite, fourni un soutien de laboratoire aux 145 membres du réseau de laboratoires antipoliomyélitiques et fourni une aide scientifique pour l'élaboration d'une politique postérieure à la certification.

Comités nationaux de l'UNICEF : Outre la campagne de Halloween pour l'UNICEF organisée par le Fonds des Etats-Unis pour l'UNICEF, quatre comités nationaux de l'UNICEF ont apporté leur soutien à l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite en 2002, avec des contributions du Royaume-Uni/British Airways (US \$708 570 utilisés pour les activités d'éradication de la poliomyélite en Zambie), de l'Allemagne (US \$287 000), de la Belgique (US \$100 000) et de l'Espagne (US \$100 000).

Commission européenne : La Communauté européenne a versé US \$18,4 millions au Nigéria pour ses activités d'éradication de la poliomyélite. Ces fonds ont servi à couvrir les dépenses de fonctionnement des JNV et l'achat de vaccins.

Danemark : Le Danemark s'est acquitté de sa promesse de verser US \$30 millions sur six ans à l'Inde pour l'éradication de la poliomyélite.

Department for International Development (DFID) du Royaume-Uni : Le DFID a entamé sa deuxième année de versement des US \$135 millions annoncés sur plusieurs années pour soutenir les activités d'éradication de la poliomyélite en Inde. Il a également versé US \$18 millions pour les activités à l'échelle mondiale, maintenu son aide bilatérale au Bangladesh et au Népal et promis de verser US \$25 millions supplémentaires pour l'éradication de la poliomyélite en Afrique à la suite de l'engagement de dépenses des dirigeants du G8 en 2002.

Finlande : La Finlande a continué à soutenir le réseau de laboratoires en versant US \$90 000 pour les activités menées dans le Laboratoire finlandais de référence pour la poliomyélite.

Fondation Bill et Melinda Gates : La Fondation est à l'origine de la participation de Rotary International à un partenariat spécial secteur public-secteur privé aux côtés de la Banque mondiale, de la Fondation Gates et de la Fondation des Nations Unies qui vise à fournir le VPO à sept des pays prioritaires au maximum. La contribution de la Fondation Gates à ce partenariat

exceptionnel s'élève à US \$25 millions. La Fondation Gates a déjà précédemment versé US \$50 millions à l'Initiative.

Fondation des Nations Unies : La Fondation des Nations Unies a versé US \$1 million sur deux ans pour aider à renforcer la capacité de mobilisation de fonds de l'Initiative. Elle a également collaboré à la campagne organisée par Rotary International auprès du secteur privé, s'est jointe au Partenariat Banque mondiale/Gates/Rotary-Fondation des Nations Unies et a soutenu la campagne de Halloween pour l'UNICEF en versant des fonds à hauteur de US \$850 000.

Irlande : Au titre de son engagement à soutenir l'éradication de la poliomyélite pendant trois ans, l'Irlande a versé des fonds sans objet désigné d'un montant de US \$900 000 la deuxième année, par l'intermédiaire de l'OMS.

Italie : L'Italie a versé US \$1 million à l'Inde pour les activités d'éradication de la poliomyélite. Elle a en outre continué d'apporter son soutien au Laboratoire de référence pour la poliomyélite à Rome.

Japon : Le Japon, l'un des principaux donateurs à long terme du programme, a versé plus de US \$30 millions pour l'achat de VPO, la chaîne du froid et la logistique dans plusieurs pays en 2002. Il a également apporté son soutien au programme de recherche sur l'éradication de la poliomyélite et aux activités de confinement et de certification.

Norvège : Avec un versement de US \$7 millions en crédits sans objet désigné, la Norvège a plus que triplé son soutien à l'Initiative en 2002.

Pays-Bas : La contribution de US \$60 millions des Pays-Bas, fin 2001, a aidé à financer le système de surveillance de la PFA et le potentiel d'intervention d'urgence de l'Initiative en 2002. Les versements effectués depuis mai 2000 par les Pays-Bas ont aidé à accroître de 52 % la sensibilité de la surveillance en Afrique et de 25 % la sensibilité de la surveillance mondiale.

Rotary International : Rotary International, principal bailleur de fonds privé de l'Initiative, a continué de s'acquitter de son exceptionnel engagement en versant US \$25 millions en 2002 à des pays de toutes les régions d'endémie restantes. Le montant total des versements de Rotary International à l'Initiative depuis 1985 a ainsi été porté à plus de US \$500 millions. En 2002, le Rotary a également lancé sa deuxième grande



campagne de collecte de fonds auprès de ses membres, l'objectif étant de recueillir US \$80 millions. Le Rotary a également établi une collaboration financière novatrice avec la Banque mondiale, la Fondation Bill et Melinda Gates et la Fondation des Nations Unies pour aider à combler le déficit pour l'achat de VPO en 2003-2005 dans sept des principaux pays de l'Initiative au maximum.

USAID : L'USAID a maintenu son soutien aux activités d'éradication mondiale de la poliomyélite en versant US \$27,5 millions en 2002. L'USAID est le principal bailleur de fonds du réseau mondial de laboratoires de lutte antipoliomyélique et finance le personnel chargé de la surveillance en Afrique et en Asie méridionale.

L'USAID a également apporté son soutien pour la livraison de vaccins dans les principaux pays, sensibilisé l'opinion afin d'accroître la participation de la communauté et financé des recherches en cours.

Wyeth : Le laboratoire pharmaceutique Wyeth a versé sa deuxième contribution de US \$1 million pour soutenir le réseau régional africain de laboratoires de lutte antipoliomyélique. Wyeth a continué à verser des contributions importantes à l'appui d'éléments stratégiquement essentiels de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. ■

Sensibilisation



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



Photo : OMS/P. Blanc

Ali Moallin (à gauche), le dernier cas connu de variole, participe aux efforts de sensibilisation à l'importance de la vaccination antipoliomyélitique.

▶ ▶ **Ali Moallin, le dernier cas connu de variole, participe lui aussi à la lutte contre la poliomyélite.** On connaît bien depuis 20 ans dans les milieux de la santé publique internationale le visage marqué par la variole d'Ali Moallin. La photo de Moallin âgé de 21 ans figure souvent dans les manuels et il est présenté comme le dernier cas connu de variole naturelle. Un quart de siècle plus tard, les cicatrices sont moins prononcées, mais Moallin n'a pas oublié comment il a acquis sa place dans l'histoire de la santé publique et une célébrité dont il se serait bien passé.

Alors qu'il travaillait comme soignant à la fin des années 70, on vaccinait la population contre la variole au dispensaire de sa ville de Merca, en Somalie. « Moi, je voulais éviter une piqûre, alors j'ai fait semblant d'avoir déjà été vacciné. J'ai remonté ma chemise, appliqué un tampon d'ouate sur mon bras et je suis passé devant l'équipe de vaccination comme si j'avais déjà reçu ma piqûre. » Peu après, deux enfants atteints de variole ont été hospitalisés dans un centre de santé auquel il était affecté. « J'ai emmené les enfants pour les placer en quarantaine. La fillette est décédée. Puis je suis moi-même tombé malade et je me suis retrouvé à mon tour en quarantaine. En faisant semblant d'avoir été vacciné, je trichais et je ne pensais pas que j'allais moi-même en subir les conséquences. »

Aujourd'hui, Moallin fait appel à son expérience personnelle pour aider ses compatriotes à lutter contre la poliomyélite. « Etant tombé malade pour avoir voulu éviter le vaccin contre la variole, j'ai maintenant décidé de collaborer à la vaccination contre la poliomyélite avec l'OMS et l'UNICEF » précise-t-il. Parcourant les environs de Merca, il explique aux gens pourquoi chaque enfant de moins de cinq ans doit être vacciné pendant les JNV. Malgré la complexité des opérations dans un pays particulièrement touché par les conflits, il est persuadé que la Somalie parviendra à éliminer rapidement le fléau : « Nous avons été les derniers à nous débarrasser de la variole ; je ne veux pas que nous soyons les derniers à vaincre la poliomyélite. »

▶ ▶ **M. et Mme Annan en République démocratique du Congo et en Angola.** A l'occasion d'un voyage en République démocratique du Congo et en Angola, au début septembre 2002, M. Kofi Annan, Secrétaire général de l'ONU, et son épouse Nane se sont rendus dans un hôpital de Kinshasa et dans un camp de réfugiés près de Luanda pour participer à la vaccination des enfants pendant la troisième tournée de JNV synchronisées dans la région. Le Secrétaire général et son épouse ont toujours apporté leur soutien au programme d'éradication de la poliomyélite et à plusieurs reprises ont même vacciné des enfants lorsque leur déplacement a coïncidé avec une campagne de vaccination.



Photo : Photo Nations Unies N° esl64

M. Kofi Annan, Secrétaire général de l'ONU, verse une dose de VPO dans la bouche d'un enfant à l'hôpital général de Kinshasa au début septembre 2002.



► ► **Réunion dans la Corne de l'Afrique** – Les partenaires de l'éradication de la poliomyélite ont tenu à Nairobi la première réunion de sensibilisation à grande échelle destinée à l'Éthiopie, à la Somalie et au Soudan. Sous l'égide de l'OMS et de l'UNICEF, plus d'une centaine de partenaires – représentants des pays donateurs, ambassadeurs, spécialistes des ministères de la santé intéressés, représentants de Rotary International et d'organisations non gouvernementales – ont réaffirmé leur intention de libérer la Corne de l'Afrique de la poliomyélite. Ils ont écouté le discours liminaire du célèbre photographe Sebastião Salgado qui a inauguré une exposition de photographies illustrant les activités d'éradication de la poliomyélite en Afrique et en Asie du Sud-Est.

► ► **M. Hamid Karzai**, Président de l'Afghanistan, a apporté son soutien aux efforts d'éradication en Afghanistan. Le Président Karzai a lancé la tournée de JNV de septembre, renforçant ainsi la sensibilisation nationale et mondiale à la lutte contre la poliomyélite.

► ► **L'ONU appuie une mission extraordinaire à Muqdisho**. La Somalie étant la dernière source connue de poliovirus sauvage dans la Corne de l'Afrique, il fallait que des agents internationaux puissent suivre les progrès des campagnes de vaccination supplémentaires et des activités de surveillance à Muqdisho en 2002.



Photo : © OMS/E. Dury

La mission antipoliomyélite à Muqdisho en octobre 2002 a bénéficié d'une escorte armée.

Aucune équipe internationale ne s'était rendue dans cette ville, considérée comme l'une des plus dangereuses de la planète, depuis l'enlèvement d'agents de lutte contre la poliomyélite au printemps 2001. Toutefois, grâce aux actions intenses de planification et de préparation du chef de la sécurité de l'ONU en Somalie et d'UNSECOORD à New York, il a été possible d'envoyer à Muqdisho au milieu du mois d'octobre une équipe d'agents internationaux protégée



Photo : © Rotary International/J.-M. Giboux

Les membres du Rotary Club rendent visite à l'Emir de Kano, à l'occasion d'une JNV au Nigéria en novembre 2002.

par une escorte et sa mission a été couronnée de succès. L'équipe a pu aider le personnel somalien pendant la campagne et apporter ses conseils afin que davantage d'enfants soient vaccinés lors des prochaines tournées.

► ► **Des centaines de membres du Rotary Club ont participé aux JNV en 2002**, notamment en Éthiopie, au Ghana et au Nigéria. En octobre, un membre du Rotary Club de Seattle, Ezra Teshome, s'est rendu avec 85 autres membres dans son pays d'origine, l'Éthiopie. « J'ai été ému de constater l'espoir dont faisaient preuve les familles lors des JNV. Certaines avaient parcouru des dizaines de kilomètres à pied pour faire vacciner leurs enfants. » Les rotariens ont également rencontré l'Emir de Kano au Nigéria. L'Emir a encouragé les communautés traditionnelles de l'Etat de Kano à participer aux campagnes de vaccination antipoliomyélique.

► ► **Sebastião Salgado**, le photographe mondialement connu, a continué de militer en faveur de la lutte contre la poliomyélite en 2002. Ses photos sont parues dans différents magazines et revues, notamment le Smithsonian magazine, Vanity Fair, le Telegraph Magazine et « D » Repubblica en Italie. Salgado a également beaucoup voyagé pour son exposition « The End of Polio » que l'on a pu voir successivement à New York, Berlin, Nairobi et Washington. Il a en outre autorisé l'utilisation de photos illustrant la distribution de vitamine A à l'occasion des JNV. ■



Photo : OMS/P. Blanc

Lexique

La terminologie de base utilisée dans le contexte de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite est définie ci-après. Pour de plus amples informations, consulter : www.polioeradication.org.

Activité de vaccination supplémentaire

Toute activité qui est organisée en plus des activités de vaccination systématique d'un pays. Les JNV et les JLV sont des exemples d'activités de vaccination supplémentaires.

Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI)

L'Alliance est un partenariat de gouvernements, d'organisations internationales, de philanthropes, d'instituts de recherche et du secteur privé qui s'emploient à promouvoir et protéger la santé publique par l'emploi généralisé de vaccins modernes.

Commission mondiale de certification

Dans le contexte de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, le terme « certification » désigne la confirmation officielle indépendante de l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage. La Commission mondiale de certification, créée en 1995, fixe les modalités et les critères applicables à la certification et décide en définitive s'il convient de certifier que la poliomyélite a été éradiquée à l'échelle de la planète. La Commission mondiale de certification se compose de 13 experts indépendants.

Groupe de conseil technique (TAG)

Les groupes de conseil technique sont des organes nationaux/internationaux mixtes établis spécialement par les ministères de la santé pour traiter des questions liées à l'éradication de la poliomyélite dans les pays.

Importations

Dans le contexte de l'éradication de la poliomyélite, on entend par importations les poliovirus sauvages qui ont été « importés » dans une région précédemment indemne par un mouvement de population.

JLV – Journée locale de vaccination

Logistiquement comparables aux JNV, les JLV sont concentrées sur certaines zones d'un pays. En tant que telles, les campagnes de vaccination antipoliomyélitique de masse sont locales et, contrairement aux JNV, ne s'étendent pas à l'ensemble du pays.

JNV – Journée nationale de vaccination

Organisées par les pouvoirs publics locaux, des organisations internationales et des ONG, les JNV sont des campagnes de vaccination de masse contre la poliomyélite. Des milliers de bénévoles et d'agents de santé se déploient systématiquement dans le pays pour trouver tous les enfants de moins de cinq ans et leur administrer le VPO sans exception. Les JNV s'étendent en général sur un à huit jours. Les JNV complètent les activités de vaccination systématique d'un pays et constituent une importante stratégie pour interrompre la transmission du poliovirus sauvage, spécialement dans les pays tropicaux en développement. Outre le VPO, on administre également de la vitamine A pendant les JNV. En 2002, 42 pays ont administré de la vitamine A pendant les activités de vaccination antipoliomyélitique.

OMS – Organisation mondiale de la Santé

ONG – Organisation non gouvernementale

PEV – Programme élargi de vaccination



PFA – paralysie flasque aiguë

La PFA est un symptôme et non une maladie particulière. On examine tous les cas de PFA afin de déterminer la maladie particulière, qui peut être la poliomyélite. La surveillance des cas de PFA est un moyen essentiel de dépistage de la poliomyélite dans une population. Le système de surveillance d'un pays doit être suffisamment sensible pour détecter au moins un cas de PFA non poliomyélique pour 100 000 enfants de moins de 15 ans.

PPAV – Poliomyélite paralytique associée au vaccin

Bien que le VPO soit sûr et efficace, dans des cas extrêmement rares (approximativement 1 sur 2,5 millions de doses de vaccin administrées) le virus vivant atténué présent dans le VPO peut être cause de paralysie, soit chez l'enfant vacciné soit chez un contact proche. Certains déficits immunitaires congénitaux sont associés à un risque accru de PPAV. Ce risque extrêmement faible est bien connu et actuellement accepté par la plupart des programmes de santé publique dans le monde.

PVDVc – Poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale

Dans de très rares cas, le virus vivant atténué présent dans le VPO peut retrouver et acquérir des propriétés comparables à celles du poliovirus sauvage – neurovirulence et circulation durable dans une population. Trois flambées de PVDVc entre 2000 et 2002 se sont soldées par 29 cas, mais l'expérience de la période prééradication en Egypte donne à penser que le PVDVc peut devenir endémique dans certaines conditions.

PVDVi – Poliovirus dérivé d'une souche vaccinale excrété par des sujets immunodéprimés

Très rarement, des sujets présentant un déficit immunitaire congénital rare qui ont été vaccinés par le VPO peuvent continuer à excréter le poliovirus dans les selles pendant six mois ou plus. Si la vaccination antipoliomyélique était interrompue, ils pourraient donc réintroduire le poliovirus dérivé d'une souche vaccinale dans une population. Des recherches sont en cours sur cette question et sur ses incidences sur la politique à mettre en œuvre après la certification.

TCG – Groupe consultatif technique pour l'éradication mondiale de la poliomyélite

Le TCG mondial est l'organe technique consultatif et de surveillance de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. Composé d'experts indépendants, le TCG se réunit chaque année à l'invitation de l'OMS pour examiner les progrès accomplis et donner des avis à l'Initiative sur la politique et la stratégie à mettre en œuvre.

VPI – Vaccin antipoliomyélique inactivé

Le VPI est l'un des deux vaccins antipoliomyéliques, l'autre étant le VPO, vaccin antipoliomyélique oral. Contrairement au VPO, le VPI est fabriqué à partir d'un poliovirus tué. Il doit être injecté par des soignants qualifiés. Il suscite la formation d'anticorps protecteurs dans la circulation (immunité humorale) – empêchant que le système nerveux central soit atteint. Il ne confère cependant qu'une faible immunité au niveau de l'intestin. Il confère donc une protection individuelle contre la poliomyélite paralytique, mais, contrairement au VPO, son effet sur la propagation du poliovirus sauvage est limitée.

VPO – Vaccin antipoliomyélique oral

Le VPO est administré par voie orale. Il peut être administré par des bénévoles et, contrairement à la plupart des autres vaccins, ne nécessite pas de matériel d'injection stérile. Le VPO suscite la formation d'anticorps dans la circulation (immunité humorale) vis-à-vis des trois types de poliovirus. Les anticorps induits par l'administration du VPO limitent également la multiplication des virus « sauvages » (naturels) dans l'intestin, prévenant l'apparition d'une infection. La réponse immunitaire intestinale au VPO est l'une des principales raisons pour lesquelles les campagnes de masse utilisant le VPO peuvent interrompre rapidement la transmission du poliovirus sauvage d'une personne à une autre. L'excrétion sur une durée limitée du virus vaccinal dans les selles des enfants qui viennent d'être vaccinés signifie en outre que, dans les régions où l'hygiène et l'assainissement sont médiocres – et où l'incidence de la poliomyélite est probablement la plus élevée – la vaccination par le VPO peut entraîner l'immunisation « passive » ou secondaire des contacts proches.

UNICEF – Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

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



CDC



Eradication de la poliomyélite

Situation en
Situation en

2002

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
Site web : www-polioeradication.org