ORIGINAL : ANGLAIS

# Info Polio

L'éradication

*Numéro 17 - décembre 2002*

Bulletin de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, Département Vaccins et produits biologiques, Organisation mondiale de la Santé, en association avec Rotary International, les Centers for Disease Control and Prevention des Etats-Unis d'Amérique et le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

**Etape postérieure à la certification** *page 2*

**Examen par le TCG de trois pays à « transmission élevée »** *page 5*

**Aventis Pasteur donne davantage de VPO** *page 6*

## 2002 : le nombre le plus faible de pays d'endémie jamais observé, mais davantage de cas

Fin 2002, on recensait en tout sept pays d'endémie, contre dix l'année précédente[1]. De plus, dans leur grande majorité (plus de 85 %), les cas ne surviennent que dans seulement neuf des 76 Etats ou provinces que comptent l'Inde, le Nigéria et le Pakistan. Malgré cette limitation géographique, la multiplication par cinq du nombre des cas dans le nord de l'Inde et au Nigéria entraîne une augmentation en 2002 (1 461 cas à ce jour contre 483 au total en 2001). A lui seul, l'Etat de l'Uttar Pradesh, dans le nord de l'Inde, concentre plus de 60 % du total mondial *(voir pages 3 et 5)*. La transmission est de faible intensité dans quatre pays d'endémie (Afghanistan, Egypte, Niger et Somalie), avec moins de 25 cas au total. ◆

[1] Toutes les données du présent numéro sont celles connues au 3 décembre 2002.

### *Les temps forts de l'éradication de la poliomyélite en 2002 :*

- *Certification d'EURO. Après celles de la Région OMS des Amériques (en 1994) et de la Région OMS du Pacifique occidental (en 2000), plus de trois milliards d'être humains dans 134 pays vivent désormais dans des zones certifiées exemptes de poliomyélite.*
- *Aucun cas n'a été détecté en Ethiopie ou au Soudan.*
- *L'accès s'est amélioré dans les pays en situation d'urgence complexe : Afghanistan, Angola et Somalie.*
- *Depuis trois ans, le poliovirus de type II n'a plus été décelé.*

### *Observations du TCG*

### POINTS ESSENTIELS

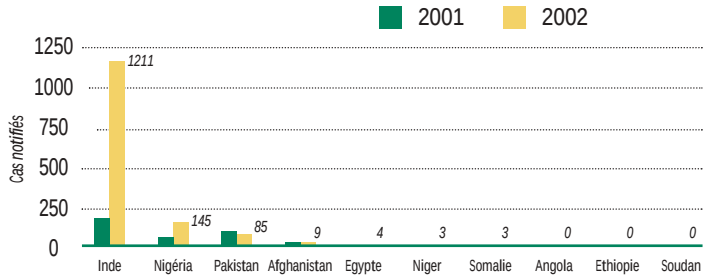
**LE GROUPE CONSULTATIF TECHNIQUE (TCG) MONDIAL POUR L'ERADICATION DE LA POLIOMYELITE**

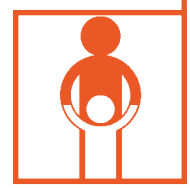
**A l'approche de la date fixée pour l'interruption de la transmission, fin 2002, et compte tenu de l'évolution de la recherche sur la politique vaccinale après la certification, le TCG a organisé une réunion les 13 et 14 novembre 2002, à Genève. Le présent numéro est en grande partie consacré aux observations du TCG.**

## L'Egypte, l'Inde et le Nigéria « préoccupent » le TCG – Sur la sellette, les activités de vaccination supplémentaires du point de vue tant de la qualité que de la quantité

Le TCG mondial prend note des progrès réalisés en 2002 et se déclare impressionné par l'utilisation des données de la surveillance dans la conduite du programme. Cet organisme d'encadrement conclut que, grâce à la poursuite des activités de vaccination supplémentaires de qualité et à l'amélioration de l'accès aux enfants, l'Afghanistan, l'Angola, le Niger et la Somalie devraient parvenir à interrompre la transmission au milieu de l'année 2003, peu avant le Pakistan. **Toutefois, il note avec une vive inquiétude que, pour combler les retards dans la vaccination en Egypte, en Inde et au Nigéria, il faudra fournir d'urgence un énorme travail si l'on veut arrêter la transmission dans les 12 prochains mois.** A cette fin, le TCG recommande de procéder à au moins six campagnes de vaccination antipoliomyélitique supplémentaires ayant la qualité requise dans les zones infectées de chacun des pays, tout en décentralisant les opérations et en faisant davantage appel aux données de la surveillance pour renforcer la qualité de ces activités. Ces mesures doivent être prises au cours du premier semestre 2003 pour interrompre la transmission d'ici à la fin de l'année *(voir page 5)*. ◆

Nombre de cas de polio dans dix pays d'endémie actuelle ou récente au 3 décembre 2001 et au 3 décembre 2002



Aventis Pasteur donne davantage de VPO et devient le partenaire du secteur privé ayant travaillé le plus longtemps avec l'Initiative (voir dernière page).

*Première partie*

## POLITIQUE DE VACCINATION APRÈS LA CERTIFICATION

### CADRE POUR L'EVALUATION ET LA PRISE EN CHARGE DE LA POLIOMYELITE PARALYTIQUE APRES LA CERTIFICATION

**Lors de sa réunion de novembre, le TCG a approuvé le cadre mis au point pour résumer les risques de poliomyélite paralytique après la certification. Ce cadre est particulièrement important pour étudier la politique de vaccination que doivent appliquer pendant cette étape les pays utilisant le VPO et pour mettre au point des modèles de décisions politiques. Il répartit les risques en deux grandes catégories : a) ceux dus aux poliovirus dérivés de la souche vaccinale ; b) ceux dus à la manipulation de stocks de poliovirus sauvages (*voir tableau en haut à droite*).**

***Le lecteur trouvera ici un résumé des travaux de recherche effectués à ce jour sur la nature et l'ampleur des risques dus aux poliovirus dérivés de la souche vaccinale, tels qu'ils ont été présentés à la réunion de novembre. Le prochain numéro d'Info Polio fera le point sur les risques de poliomyélite paralytique inhérents à la manipulation des stocks de poliovirus sauvages et s'intéressera en particulier aux progrès du confinement.***

Risques de poliomyélite paralytique pendant l'étape postérieure à la certification*

| Catégorie de risque | Risque | Fréquence | Estimation de la charge annuelle mondiale ** |
|---|---|---|---|
| Risque de poliomyélite paralytique due à la poursuite de l'utilisation du VPO | Poliomyélite paralytique postvaccinale | 1 sur 2,4 millions de doses administrées | 250 à 500 cas par an |
| | Poliovirus circulants dérivés de la souche vaccinale | Une flambée par an de 1999 à 2001 (Haïti, Madagascar, Philippines) | Environ dix cas par an (au total 29 en trois ans) |
| | Poliovirus dérivés de la souche vaccinale excrétés par les sujets immunodéprimés | 19 cas depuis 1963 (quatre continuent d'excréter du virus ; aucun cas secondaire) | Moins d'un cas par an |
| Risque de paralysie dû à une mauvaise manipulation du poliovirus sauvage | Fuite d'un site de fabrication du VPI[1] | Un cas connu au début des années 90 | Aucun cas |
| | Fuite d'un laboratoire | Aucun cas à ce jour | |
| | Mise en circulation délibérée | Aucun cas à ce jour | |

** Dans le cadre de la politique actuelle de vaccination*
*** Enquête et collecte des données en cours pour toutes les catégories*
*[1] Vaccin antipoliomyélitique inactivé*

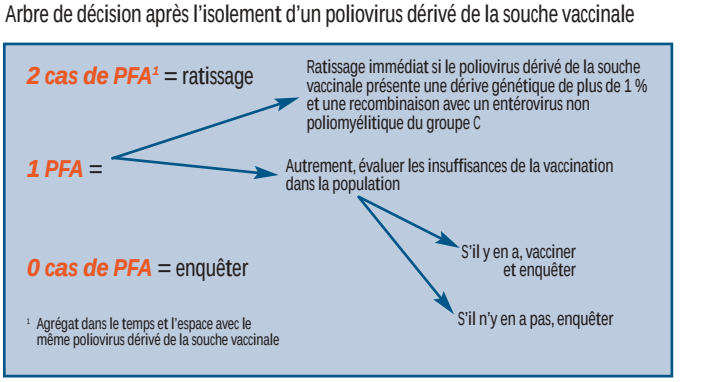
## Risques inhérents à la poursuite de l'utilisation du vaccin anti-poliomyélitique oral (VPO)

POUR les pays utilisant ce vaccin, l'évaluation du risque a porté principalement sur le risque faible mais continuel de poliomyélite paralytique due au VPO. Ce risque comprend plusieurs aspects : la poliomyélite paralytique postvaccinale, les poliovirus circulants dérivés de la souche vaccinale et les poliovirus dérivés de la souche vaccinale excrétés par les sujets immunodéprimés. Les estimations préliminaires présentées au TCG sur la charge mondiale totale de la **poliomyélite paralytique postvaccinale**, établies en nombre de cas par cohortes de naissances et par années, font état de 250 à 500 cas par an. Le risque de **poliovirus circulants dérivés de la souche vaccinale**, bien qu'il semble encore plus faible, dépend de facteurs tels que l'état immunitaire des populations et les lacunes à ce niveau. Le criblage de plus de 5 000 souches Sabin isolées et le renforcement de la surveillance mondiale des virus circulants dérivés de la souche vaccinale au cours des trois dernières années n'a permis de mettre en évidence ce type de virus que trois fois à la fréquence d'une fois par an. Ces trois flambées ont abouti à la survenue de 29 cas au total, mais il ressort de l'expérience en Egypte, en situation de prééradication, que ce type de virus peut devenir endémique dans certaines conditions. Après 40 ans d'utilisation du VPO, le nombre de cas dus aux **poliovirus dérivés de la souche vaccinale excrétés par les sujets immunodéprimés** après la vaccination se monte à 19 pour le monde entier et l'on ne connaît aujourd'hui que quatre patients qui en excrètent. Il n'y a eu aucun cas secondaire. De nouveaux travaux sont en cours pour trouver d'autres moyens d'exprimer les risques inhérents aux virus dérivés de la souche vaccinale ; ils seront présentés à toutes les réunions du TCG mondial. ◆

## Enquête sur les poliovirus dérivés de la souche vaccinale et lignes directrices pour la riposte

COMPTE tenu des données et de l'expérience acquise fin 2002, le TCG a approuvé des lignes directrices provisoires sur les mesures à prendre lors de l'isolement de poliovirus dérivés de la souche vaccinale. Ces lignes directrices mettent l'accent sur les opérations de « ratissage » pour a) tout cas de PFA à partir duquel on isole un poliovirus dérivé de la souche vaccinale présentant une dérive génétique de plus de 1 % et une recombinaison avec un entérovirus non poliomyélitique du groupe C et b) tout agrégat de cas de PFA à partir desquels on isole un virus commun dérivé de la souche vaccinale *(voir ci-dessous)*. Les lignes directrices établissent que, dans tous les autres cas, la première action consiste à mener une enquête épidémiologique, clinique, immunologique et virologique. Si l'on trouve des insuffisances dans la vaccination, qu'elles soient d'ordre géographique ou démographique, celles-ci doivent être corrigées alors même que l'enquête est encore en cours. Ces lignes directrices seront mises à jour au fur et à mesure que de nouvelles données seront connues. Les lignes directrices de l'OMS sur la riposte aux poliovirus sauvages sont aussi en cours d'actualisation pour inclure les enquêtes sur les poliovirus dérivés de la souche vaccinale et les actions à mener. ◆

Arbre de décision après l'isolement d'un poliovirus dérivé de la souche vaccinale



# Notification des cas de PFA et de poliomyélite, à un an d'intervalle

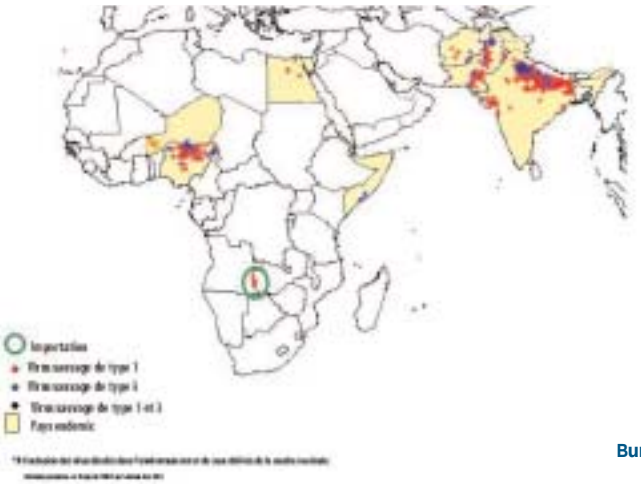
**(données reçues au Siège de l'OMS au 3 décembre 2002)**

| | 2001 (au 4 décembre 2001) | | | | 2002 (au 3 décembre 2002) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Taux de PFA non poliomyélitique | Echantillons de selles utilisables | Cas de poliomyélite confirmés | Cas à poliovirus sauvage | Taux de PFA non poliomyélitique | Echantillons de selles utilisables | Cas de poliomyélite confirmés | Cas à poliovirus sauvage |
| Région africaine | 2,9 | 72 % | 70 | 39 | 2,9 | 83 % | 164* | 151 |
| Région des Amériques | 1,24 | 76 % | 10* | 0 | 0,98 | 93 % | 0 | 0 |
| Région de l'Asie du Sud-Est | 1,53 | 84 % | 178 | 178 | 1,63 | 84 % | 1 211 | 1 211 |
| Région européenne | 1,32 | 90 % | 3** | 2 | 1,17 | 83 % | 0 | 0 |
| Région Méditerranée orientale | 1,81 | 84 % | 157 | 110 | 2,25 | 88 % | 99 | 99 |
| Région du Pacifique occidental | 1,19 | 87 % | 0 | 0 | 1,2 | 88 % | 0 | 0 |
| Total mondial | 1,46 | 82 % | 418 | 329 | 1,79 | 85 % | 1 474 | 1 461 |

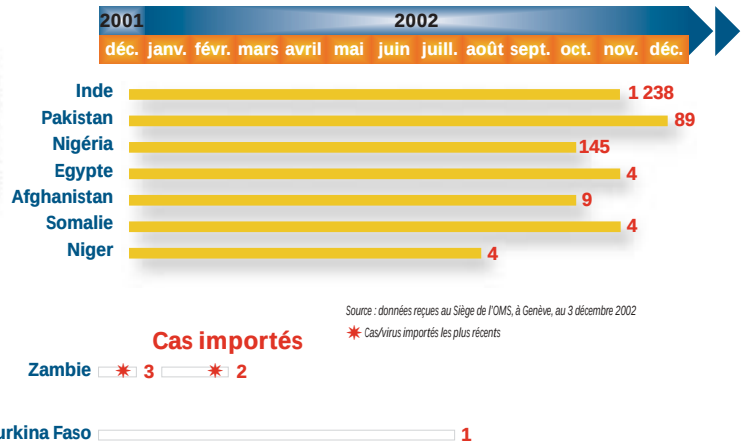
** Poliovirus dérivés de la souche vaccinale. En 2001, dans la Région des Amériques, trois cas en République dominicaine et sept cas en Haïti. En 2002, dans la Région africaine, quatre cas à Madagascar*
*** Importation de poliovirus sauvage dans la Région*

## Carte du poliovirus sauvage

**3 décembre 2001 – 2 décembre 2002**



**Période :** **nombre total de cas dus au poliovirus sauvage par pays au 3 décembre 2002 et date du dernier cas**




*Source : données reçues au Siège de l'OMS, à Genève, au 3 décembre 2002*
*✷ Cas/virus importés les plus récents*

## Calendrier des JNV prévues dans certains pays

| Région | Pays | janvier 2003 Type d'activité Intervention | février 2003 Type d'activité Intervention | mars 2003 Type d'activité Intervention |
|---|---|---|---|---|
| AFRO | Cameroun | 21 janv. / JLV / VPO 2e cycle | | |
| | Gabon | 21 janv. / JNV / VPO 2e cycle | | |
| | Guinée équatoriale | 21 janv. / JNV / VPO 2e cycle | | |
| | Nigéria | 25 janv. / JNV / VPO 1er cycle | | 00 mars / JLV / VPO 2e cycle |
| | Rép. centrafricaine | 21 janv. / JNV / VPO 2e cycle | | |
| | Tchad | 21 janv. / JNV / VPO 2e cycle | | |
| EMRO | Afghanistan | | | 00 mars / JLV / VPO 1er cycle |
| | Egypte | | | 00 mars / JNV / VPO 1er cycle |
| | Iraq | | | 00 mars / JLV / VPO 1er cycle |
| | Pakistan | 28 janv. / JLV / VPO 1er cycle | | 03 mars / JNV / VPO 1er cycle |
| | Somalie | | 00 févr. / JNV / VPO 1er cycle | 00 mars / JNV / VPO 2e cycle |
| | Yémen | 00 janv. / JNV / VPO 1er cycle | | |
| SEARO | Bangladesh | | | 29 mars / JNV / VPO 1er cycle / Vit. A |
| | Inde | 05 janv. / JNV / VPO 1er cycle | 09 févr. / JNV / VPO 2e cycle | |
| | Maldives | 00 janv. / JLV / VPO 2e cycle | | |
| | Myanmar | 12 janv. / JNV / VPO 2e cycle | | |
| | Népal | 04 janv. / JNV / VPO 1er cycle | 08 févr. / JNV / VPO 2e cycle | |
| | Thaïlande | 21 janv. / JLV / VPO 2e cycle / Vit. A | | |

*Ce calendrier rend compte des données à la disposition de l'OMS au moment de l'impression. Certaines dates de JNV sont préliminaires et pourraient être modifiées ; veuillez prendre contact avec le Siège de l'OMS pour obtenir les données à jour.*

## De nombreux membres du Rotary Club des Etats-Unis d'Amérique aident à vacciner des millions d'enfants en Afrique

Photo : © Rotary International/J.M. Giboux

Rotarien nigérian en train de vacciner un enfant dans le nord du pays. C'est dans cette partie du Nigéria que l'on continue d'enregistrer les plus forts taux de transmission du poliovirus sauvage de toute l'Afrique.

POUR contribuer à atteindre l'objectif du Rotary de débarrasser le monde de la polio d'ici à 2005, plus de 150 membres du Club sont partis des Etats-Unis d'Amérique pour participer aux Journées nationales de vaccination (JNV) en Ethiopie, au Ghana et au Nigéria en octobre et novembre 2002. Les Rotariens américains ont fait équipe avec leurs homologues locaux pour aider à la délivrance du vaccin, au recrutement des bénévoles et à leur transport, à la mobilisation des communautés et à l'éducation. Membre du Rotary Club à Seattle, Ezra Teshome a accompagné 85 Rotariens dans son pays d'origine, l'Ethiopie. « Quelle émotion de voir l'espoir des familles lors de ces JNV – déclare Ezra Teshome. Certains ont marché pendant des kilomètres et des kilomètres pour pouvoir faire vacciner leur enfant. » Brad Howard, de l'Oakland California Sunrise Rotary Club, a accompagné 34 Rotariens au Ghana. « Avec des actions comme celle-ci, on peut apporter un changement positif dans la vie de chaque personne qui vient à vous », dit-il. *Premier donateur du secteur privé, le Rotary a donné US $182 millions à l'éradication de la poliomyélite sur le continent africain et a engagé plus de US $500 millions dans le monde entier.* ◆

## A l'occasion de Halloween, collecte de l'UNICEF contre la polio

LE Fonds des Etats-Unis pour l'UNICEF fait don des fonds recueillis lors de sa 52e campagne annuelle « Trick-or-Treat for UNICEF » à l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. Tous les 31 octobre aux Etats-Unis d'Amérique, les enfants se déguisent pour célébrer Halloween et font du porte-à-porte en disant « Trick-or-Treat » (« Un bonbon ou un sort »), collectant ainsi des friandises et de l'argent pour l'UNICEF. Le Fonds des Etats-Unis pense avoir recueilli plus de US $4 millions lors de la campagne 2002, dont US $850 000 de la Fondation des Nations Unies. Il s'agit là d'une des plus grandes actions du Fonds qui a impliqué un nombre record de partenaires du secteur privé et la distribution de 20 millions de boîtes de dons, soit plus du quadruple par rapport à 2001.

Les bureaux régionaux du Fonds travaillent à l'information des enfants et des adultes sur la polio et ses effets dans les derniers pays d'endémie. Les maires de 144 villes américaines ont officiellement déclaré le 31 octobre comme la journée de la campagne « Trick-or-Treat for UNICEF ». Celle-ci a donné la possibilité aux enfants des écoles, des associations et des clubs de collecter des fonds destinés à l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, sachant que chaque dollar recueilli contribuera à vacciner des enfants. ◆

## Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI) : session spéciale sur la polio

AVEC du matériel, des dispositions d'ordre institutionnel, comme par exemple un réseau de laboratoires et plus de 2 500 personnes qualifiées, le programme d'éradication de la poliomyélite a renforcé les systèmes de délivrance des vaccins et leurs capacités dans de nombreux pays. Les participants à la réunion des partenaires de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI), en novembre 2002 à Dakar (Sénégal), se sont réunis pour une session spéciale destinée à étudier le rôle potentiel de l'infrastructure pour la polio à l'avenir. Les administrateurs du Programme élargi de vaccination (PEV) de plusieurs pays, dont le Bangladesh et le Nigéria, ont constaté l'importance de maintenir ces structures pour renforcer davantage les services de vaccination. Le groupe a recommandé de laisser les pays décider dans une grande mesure comment utiliser au mieux les infrastructures de la polio pour atteindre les objectifs de GAVI, à savoir une couverture de 80 % de la vaccination systématique dans 80 % des circonscriptions administratives de chaque pays. ◆

Photo : OMS/P. Blanc

## Le photographe Salgado lance un appel en faveur de la lutte contre la polio dans la Corne de l'Afrique

LORS de la réunion des partenaires à Nairobi en septembre, Sebastião Salgado, photographe qui a travaillé sans relâche avec les partenaires de la lutte contre la poliomyélite pour documenter l'éradication dans le monde entier, a lancé un appel pour venir en aide aux actions menées dans la Corne de l'Afrique. Il a été l'orateur principal devant les organismes partenaires, les donateurs et les représentants des pays, réunis à cette occasion pour surmonter les difficultés rencontrées en Ethiopie, en Somalie et au Soudan.

A côté de l'accès dans les zones de conflit et du maintien de l'engagement politique au niveau local, le principal enjeu consiste à assurer l'obtention des US $50 millions requis pour les actions à mener contre la polio entre 2003 et 2005 dans la région.

Les ambassadeurs de Belgique, des Etats-Unis d'Amérique et d'Ethiopie et les représentants de divers pays, d'organisations internationales, d'organisations non gouvernementales (ONG), des US Centers for Disease Control and Prevention (CDC) et de Rotary International ont participé à cet événement fructueux. ◆

# L'action dans les pays

## Pakistan – Le modèle du travail de qualité

DEPUIS 2000, le programme pakistanais d'éradication de la poliomyélite s'est constamment amélioré. Si l'action se poursuit avec autant d'énergie, ce pays pourrait être le premier à parvenir à interrompre la transmission parmi ceux où elle reste encore élevée. Contrairement à l'Inde et au Nigéria, où le nombre des cas a quintuplé en 2002, on observe une baisse de 10 % au Pakistan et une diminution importante de la transmission dans les réservoirs habituels. Le TCG souligne la vigueur du programme pakistanais dans son ensemble et **explique avant tout son succès par la poursuite de campagnes de vaccination supplémentaires de grande qualité**, notamment au vu des lignées virales et de la baisse du nombre des cas. Le programme s'appuie également sur une analyse soigneuse des données de la surveillance pour prendre les décisions et sur le suivi attentif par le bais de données de contrôles indépendantes avant et après les activités de vaccination supplémentaires. L'engagement des autorités est ferme aux niveaux national et provincial et, de plus en plus, à celui des districts également. Pour arrêter la transmission, le TCG **approuve les plans du Pakistan pour des activités de vaccination supplémentaires, à savoir quatre campagnes de JNV et quatre de JLV en 2003**, s'accompagnant d'une stratégie visant à se concentrer sur les réservoirs et les zones à haut risque. ◆

## Nigéria – le politique doit impérativement s'impliquer dans l'action

ALORS que l'augmentation du nombre des cas notifiés en 2002 (145 à ce jour contre 56 au total en 2001) s'explique en partie par l'amélioration de la surveillance, la transmission reste intense dans plusieurs Etats du nord du Nigéria. Malgré cet accroissement, la distribution géographique reste limitée, sept Etats, tous situés dans le nord du pays, notifiant 90 % des cas avec deux d'entre eux, Kano et Kaduna, qui recensent la moitié du total national. La virologie a démontré que de nombreuses souches isolées les années précédentes ne circulent plus ; seul un nombre restreint reste en circulation en 2002.

Le TCG a pris note des informations montrant que, jusqu'à très récemment, la plupart des enfants de moins de cinq ans n'avaient pas reçu suffisamment de doses de VPO (moins de trois) dans plusieurs des Etats où l'endémie subsiste. **Bien que les données sur les activités de vaccination supplémentaires en septembre indiquent une certaine amélioration, il faut procéder dans les Etats de Kano et Kaduna en particulier à des campagnes de vaccination supplémentaires de qualité, les couvertures actuelles, situées entre 75 et 80 %, restant toujours insuffisantes pour interrompre la transmission des poliovirus sauvages.** Le TCG souscrit au plan national prévoyant trois campagnes de JLV au cours du premier semestre 2003 dans les Etats où le risque est le plus élevé. Il souligne également que la fermeté de l'engagement des autorités nationales doit se retrouver au niveau des Etats et au niveau local. ◆

*Examen du TCG*

### PROGRÈS ET INQUIÉTUDES

**Lors de sa réunion en novembre 2002, le TCG a passé en revue les activités d'éradication menées dans les pays d'endémie restants. Il a reconnu les progrès accomplis dans tous les pays et fait en particulier l'éloge du Pakistan. Il a exprimé néanmoins de « vives inquiétudes » quant à la possibilité d'interrompre la transmission dans les 12 prochains mois en Egypte, en Inde, et au Nigéria.**

Comparaison par le TCG des activités menées dans trois pays « forte transmission » en 2002.

| *Activités essentielles* | *Pakistan* | *Nigéria* | *Inde* |
|---|---|---|---|
| Nombre d'activités de vaccination supplémentaires à grande échelle en 2002 | 4 JNV, 4 JLV | 2 JNV, 4 JLV | 2 JNV, 1 JLV |
| Direction des opérations | Equipes mixtes nationales et internationales au niveau du pays, des Etats et à l'échelon inférieur | Equipes mixtes nationales et internationales au niveau du pays et des Etats | Equipes mixtes nationales et internationales au niveau du pays |
| Contrôle de la qualité des activités de vaccination supplémentaires | Contrôle par une tierce partie indépendante à partir du début de 2002 | Contrôle indépendant à partir de fin 2002 | Contrôle indépendant à partir de fin 2002 |

## Inde – la qualité et la quantité des activités de vaccination supplémentaires doivent s'améliorer

DU point de vue historique, les progrès de l'Inde dans l'éradication de la poliomyélite sont sans précédent : alors que le virus était en circulation dans pratiquement chaque district du pays il y a quelques années, la transmission ne se poursuit plus que dans deux Etats. Les plus gros progrès ont eu lieu en 1999 et 2000, lorsque l'Inde a entrepris dix campagnes nationales ou locales de vaccination en 24 mois. En revanche, il n'y a eu que trois campagnes de vaccination supplémentaires en 2001, ce qui a abouti à une multiplication par cinq du nombre des cas en 2002 (1 211 au 4 décembre 2002 contre 268 en 2001). On retrouve principalement ces cas en Uttar Pradesh (75 %), le plus grand réservoir de poliomyélite en Inde et au monde. A la fin de l'année, la région de plus forte transmission, dans l'ouest de l'Uttar Pradesh, a contaminé de nouveau de nombreux districts, y compris au Gujarat et au Bengale occidental, qui avaient été débarrassés de l'endémie en 2001. Selon les données à notre disposition, cette flambée majeure provient des insuffisances de la vaccination ; ce sont d'ailleurs les minorités de l'ouest de l'Uttar Pradesh qui en souffrent le plus. **Le TCG mondial considère que c'est l'Inde, et en particulier l'Etat de l'Uttar Pradesh, qui met le plus en péril l'éradication mondiale de la poliomyélite.**

Pour progresser, **le TCG recommande de procéder à un nombre accru de campagnes de vaccination supplémentaires de meilleure qualité**, notamment quatre campagnes dans les régions de forte transmission au cours du premier semestre 2003. Aucun enfant de moins de cinq ans ne doit échapper à la vaccination, notamment dans les minorités. Le TCG recommande également d'employer un personnel qualifié suffisamment nombreux pour gérer l'éradication de la polio aux niveaux du pays et des Etats et à l'échelon administratif immédiatement en dessous. Il préconise la formation de groupes opérationnels à cet échelon et à celui des Etats afin d'administrer les activités d'éradication dans un certain nombre de districts, avec l'aide des organismes partenaires. ◆

# Mobilisation des ressources

## La poliomyélite au cœur du dialogue Afrique-Europe

DANS le communiqué final de la deuxième réunion ministérielle Afrique-Europe, organisée à Ouagadougou (Burkina Faso) en novembre, les ministres africains des affaires étrangères ont pris note des progrès importants réalisés dans l'éradication de la poliomyélite en Afrique et ont appelé les Etats Membres de l'Union européenne à mobiliser les fonds nécessaires pour terminer le travail.

Le fait d'inclure l'éradication de la polio dans ce communiqué permettra d'aborder ce point au Sommet entre l'Union européenne et l'Union africaine en avril et donnera au groupe de sensibilisation à la polio la possibilité de suivre auprès des gouvernements européens les financements complémentaires nécessaires pour l'éradication en Afrique. ◆

**Dons récents* :**

| | |
|---|---|
| **Arabie saoudite :** | US $100 000 pour les activités de lutte contre la polio dans les pays du ressort d'EMRO |
| **Aventis Pasteur :** | US $3 millions en doses de VPO à utiliser en Afrique de 2002 à 2005 |
| **Canada :** | US $32 millions pour l'éradication de la poliomyélite en Afrique de 2003 à 2005 |
| **Japon :** | US $9,6 millions pour le VPO au Pakistan |
| **Pays-Bas :** | US $8,2 millions pour le VPO et la surveillance au Bangladesh en 2003-2004 |
| **Rotary International :** | US $14,5 millions pour les activités de lutte contre la polio en 2002-2003 dans des pays et régions essentiels (Inde, Nigéria et Pakistan, par exemple) |
| **Royaume-Uni :** | US $27,4 millions pour le financement mondial, l'accent portant sur l'Afrique et les activités au Népal |

*L'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite exprime sa reconnaissance à tous les donateurs.*
**Dons annoncés depuis Info Polio N° 16, septembre 2002.*

Photo : © Aventis Pasteur/C. Jones

Au cours d'une cérémonie au Secrétariat des Nations Unies à New York, en novembre 2002, David J. Williams, président-directeur général d'Aventis Pasteur, a répondu à l'appel pour terminer l'éradication de la poliomyélite, aux côtés du Dr Gro Harlem Brundtland, Directeur général de l'OMS, et de Mme Carol Bellamy, Directeur général de l'UNICEF.

## Aventis Pasteur donne 30 millions de doses vaccinales

AU moment où les pays d'Afrique de l'Ouest se lancent dans une collaboration pour vacciner 60 millions d'enfants contre la poliomyélite, le plus grand producteur de vaccins du monde, Aventis Pasteur, donne 30 millions de doses de VPO à l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. Ce don, le troisième de cette société, est estimé à US $3 millions et fait d'Aventis Pasteur le partenaire ayant travaillé le plus longtemps avec l'Initiative.

Ce don a déjà fait bouger les choses : près de trois des 30 millions de doses sont allés à la campagne de vaccination de novembre au Libéria.

Lors d'une cérémonie récente, à laquelle assistaient le Dr Gro Harlem Brundtland, Directeur général de l'OMS, et Mme Carol Bellamy, Directeur général de l'UNICEF, M. David J. Williams, président-directeur général d'Aventis Pasteur, a signé l'engagement de sa société à la cause de l'éradication de la polio.

« L'Initiative a déjà énormément progressé et nous admirons le travail remarquable accompli par l'OMS, Rotary International, les CDC, l'UNICEF et les millions de bénévoles dans le monde entier – a-t-il déclaré. Ce don n'est qu'un exemple parmi d'autres témoignant de l'attachement d'Aventis Pasteur à cette cause. Nous sommes très fiers de notre engagement dans l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. » ◆

## Documents disponibles :

Le rapport de la réunion intermédiaire de novembre 2002 du Groupe consultatif technique mondial pour l'éradication de la poliomyélite est disponible par voie électronique en anglais.

Le rapport *Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite : situation en 2001* (WHO/POLIO/02.08) est désormais disponible en français.

*Pour vous inscrire et recevoir Info Polio ou les documents ci-dessus par la poste ou par courrier électronique, veuillez écrire à polioepi@who.int ou appeler +41 22 791 2657.*

*De nombreux documents sur la polio peuvent être consultés sur :*
*www.polioeradication.org*

***Prière de remplir ce coupon réponse et de l'envoyer à Info Polio, EPI, Département Vaccins et produits biologiques, Centre de documentation, Organisation mondiale de la Santé, CH-1211 Genève 27, si vous souhaitez continuer de recevoir cette publication, ou d'adresser un courrier électronique : polioepi@who.int***

*Je souhaite recevoir cette publication régulièrement.*

**Nom :** .....
**Institution :** .....
**Adresse :** .....
.....
.....

*Veuillez également envoyer cette publication à :*

**Nom :** .....
**Institution :** .....
**Adresse :** .....
.....
.....

## Evénements à venir en 2003

| Date | Manifestation | Lieu |
|---|---|---|
| 20 au 28 janvier | Conseil exécutif de l'OMS | Genève (Suisse) |
| 4 au 6 février | Réunion du Comité PolioPlus du Rotary | Evanston (Etats-Unis d'Amérique) |
| 25 au 27 mars | Comité de certification régionale d'AFRO | Yaoundé (Cameroun) |
| 24 et 25 avril | TCG mondial | Genève (Suisse) |


OMS

**Info Polio**

**Ce document n'est pas une publication officielle de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). S'il peut être commenté, résumé, reproduit ou traduit, partiellement ou en totalité, il ne saurait cependant l'être pour la vente ou à des fins commerciales. Les appellations employées dans ce bulletin et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du Secrétariat de l'OMS aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les pointillés sur les cartes représentent des frontières approximatives n'ayant pas nécessairement déjà fait l'objet d'une acceptation pleine et entière. Info Polio est publiée trimestriellement par EPI, Siège de l'OMS, Genève, Suisse, et est financée en partie par USAID. Les données publiées reflètent l'information disponible au moment de l'impression.**



**Pour tout commentaire ou toute réaction sur Info Polio, s'adresser à :**
**EPI, Département Vaccins et produits biologiques, OMS, Genève.**
**Téléphone : +41 22 791 2657**
**Télécopie : +41 22 791 4193**
**Adresse électronique : polioepi@who.int**
**Site web : http://www.polioeradication.org**



Conception, mise en page : L'IV Com Sàrl, Morges, Suisse