

Initiative mondiale
pour l'éradication de la

poliomyélite

Situation en 2003



Eradication de la poliomyélite
Eradication of polio

Situation en
Situation en

2003





Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite

Situation en 2003



Numéro de référence pour les commandes : WHO/Polio/04.02
Imprimé en juillet 2004

Pour commander des exemplaires, s'adresser à :
Organisation mondiale de la Santé
CH-1211 Genève 27 (Suisse)
Télécopie : + 41 22 791 15 71
Adresse électronique : polioepi@who.int

© **Organisation mondiale de la Santé, 2004**

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès de l'équipe Marketing et diffusion, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : + 41 22 791 24 76 ; télécopie : + 41 22 791 48 57 ; 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 pour une diffusion non commerciale – doivent être envoyées à l'unité Publications, à l'adresse ci-dessus (télécopie : + 41 22 791 48 06 ; 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 pour responsable de tout préjudice subi à la suite de leur utilisation.

Conception graphique : L'IV Com Sàrl, Morges, Suisse



Table des matières

Résumé	1
Eradication de la poliomyélite – faits majeurs en 2003	2
Temps forts 2003	2
Difficultés 2003	2
Interrompre la transmission des poliovirus	4
Eradication de la poliomyélite : domaines d'activité	8
Intensification des activités de vaccination supplémentaires	8
Surveillance du niveau requis pour la certification	13
Confinement des stocks de poliovirus sauvage	16
Elaboration d'une politique de vaccination postérieure à la certification	18
Renforcement des services de vaccination systématique	19
Le financement de la lutte antipoliomyélitique	21
Le déficit de financement	21
Nouvelles initiatives de collecte de fonds	22
Bailleurs de fonds	22
Sensibilisation	25
L'avenir : Plan stratégique 2004-2008	28
Abréviations	31



2003



Résumé

L'éradication de la poliomyélite



L'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a enregistré d'importants progrès en 2003. En effet, à la fin de l'année, on ne dénombrait plus que six pays d'endémie pour la première fois de l'histoire : le Nigéria, l'Inde, le Pakistan, le Niger, l'Afghanistan et l'Égypte.

Il convient de mentionner en particulier les résultats obtenus en Somalie, qui ne fait plus partie de la liste des pays d'endémie, ainsi qu'en Inde, en Égypte et au Pakistan, où la transmission est descendue à un niveau record au cours du deuxième semestre de l'année 2003, qui est traditionnellement une saison de forte transmission. A la fin de l'année, l'occasion était donnée pour la première fois à la communauté mondiale d'atteindre la cible de l'éradication en 2004.

En dépit de ces progrès, de graves difficultés de trésorerie en début d'année ont nécessité un changement complet de tactique, avec une diminution des activités et une redéfinition des priorités pour l'année. Une importance accrue a été accordée aux derniers pays d'endémie et aux régions à « haut risque » ; la plupart des pays indemnes de poliomyélite ont cessé d'organiser des campagnes de vaccination préventive, exposant ainsi la population au risque potentiel d'importation du poliovirus.

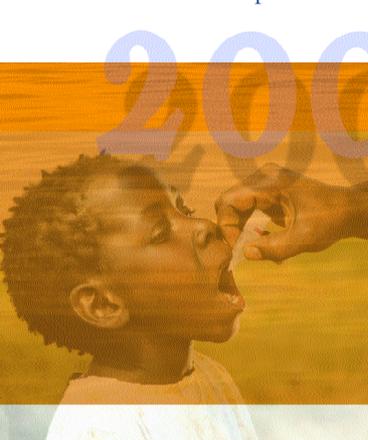
L'existence de ce danger a été mise en lumière en 2003, lors d'une nouvelle flambée de poliomyélite provenant du nord du Nigéria, qui a réinfecté huit pays d'Afrique occidentale et centrale précédemment déclarés indemnes. Cette flambée a fait suite à la suspension des campagnes de vaccination dans les États du nord du Nigéria en août, après les inquiétudes exprimées par des personnalités au sujet de l'innocuité du vaccin antipoliomyélique oral (VPO). Pour la première fois, les pays « d'importation » (neuf) ont été plus nombreux que les pays d'endémie (six).

Vers la fin de l'année, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a lancé son nouveau Plan stratégique pour 2004-2008, qui présente les activités révisées nécessaires pour interrompre la transmission du poliovirus sauvage, la nouvelle date cible pour la certification mondiale, les produits nécessaires pour remplacer le VPO et les activités visant

à intégrer l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. Il convient de noter en particulier que ce nouveau plan stratégique décrit les activités nécessaires pour mettre fin à l'utilisation systématique du VPO le plus tôt possible après l'éradication mondiale, décision politique qui a été prise lors d'une réunion scientifique d'experts à l'OMS en septembre.

Afin de hâter l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage, les pays d'endémie doivent intensifier leurs activités de vaccination antipoliomyélique tout au long de l'année 2004 et la communauté internationale des bailleurs de fonds doit s'efforcer de combler le déficit de US \$130 millions (en janvier 2004) pour le financement des activités de toute l'année 2005.

L'éradication de la poliomyélite dans le monde est très proche, du fait que l'endiguement géographique de la transmission du poliovirus sauvage est maintenant bien avancé. Quelque 90 % de l'ensemble des cas signalés dans le monde en 2003 ont été enregistrés au Nigéria, en Inde et au Pakistan. Toutefois, vers la fin de l'année 2003, la flambée de poliomyélite en Afrique occidentale et centrale continuait de s'étendre à d'autres pays, dans certains desquels la qualité des activités de lutte n'a pas pu être assurée en raison du grave déficit de financement du début de l'année. Il est de plus en plus évident que cette flambée pourrait nécessiter des « mesures d'urgence » beaucoup plus importantes de la part de nombreux pays en 2004. Le moment est venu de lancer l'assaut final contre la poliomyélite afin d'interrompre la transmission d'ici à la fin de l'année 2004. ■



2003

Eradication de la poliomyélite – faits majeurs en 2003

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



Temps forts 2003

- ◆ La Somalie vient de passer toute une année civile sans enregistrer un seul cas de poliomyélite, le dernier remontant à octobre 2002. Le succès enregistré par la Somalie dans l'éradication de la poliomyélite témoigne de l'efficacité des stratégies d'éradication de cette maladie, qui semblent donner d'excellents résultats, y compris dans les contextes les plus défavorables.
- ◆ A la fin de 2003, il n'y avait plus que six pays d'endémie au monde, chiffre record : le Nigéria, l'Inde, le Pakistan, le Nger, l'Afghanistan et l'Egypte. En 1988, l'année du lancement de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, on dénombrait plus de 125 pays d'endémie.
- ◆ En 2003, le nombre de cas de poliomyélite signalés à l'échelle mondiale a été de 784, soit une nette réduction par rapport aux 1 918 cas notifiés en 2002. Quatre-vingt-dix pour cent des 784 cas ont été localisés dans trois pays seulement : le Nigéria, l'Inde et le Pakistan.
- ◆ A la suite d'une flambée de 1 600 cas survenue en 2002, l'Inde est parvenue à ramener le nombre de cas à un niveau record grâce à une intensification de ses activités de vaccination, en augmentant le nombre et en améliorant la qualité des campagnes de vaccination. Elle a en effet lancé la plus vaste campagne jamais organisée, qui a permis de vacciner plus de 165 millions d'enfants en l'espace de six jours en février 2003.
- ◆ Rotary International a récolté auprès de ses membres un montant de US \$119 millions dans le cadre d'une campagne de 12 mois destinée à combler le déficit de financement. Le total des contributions versées par le Rotary pour l'éradication de la poliomyélite a dépassé US \$500 millions et devrait atteindre US \$600 millions d'ici le moment où le monde aura été certifié indemne de poliomyélite.
- ◆ L'Organisation de la Conférence islamique et l'Union africaine ont adopté des résolutions concernant l'éradication de la poliomyélite dans leurs Etats Membres. Le G8 a réaffirmé, lors de son Sommet d'Evian (France), sa volonté résolue d'œuvrer en faveur de l'éradication de la poliomyélite.



Photo : Septhi

Vaccination d'un enfant contre la poliomyélite lors d'une Journée nationale de vaccination en Inde.

Difficultés 2003

- ◆ De graves problèmes de trésorerie au début de l'année 2003 et l'évolution des caractéristiques épidémiologiques ont contraint l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite à opérer un changement tactique sans précédent, et notamment à réduire le nombre des activités et à redéfinir les priorités pour l'année. Une importance accrue a été accordée aux pays d'endémie restants et aux zones à « haut risque », mais de nombreux pays sont de plus en plus vulnérables en raison de la suppression des campagnes de vaccination préventives (seuls 55 pays ont organisé des campagnes de prévention en 2003, contre 93 en 2002).



- ◆ Plusieurs Etats du nord du Nigéria ont suspendu en août 2003 les campagnes de vaccination contre la poliomyélite à la suite des inquiétudes exprimées par des personnalités au sujet de l'innocuité du vaccin antipoliomyélitique. Une nouvelle flambée s'est déclarée quelque temps après, dans l'Etat de Kano, qui s'est étendue ensuite à des régions du Nigéria précédemment déclarées indemnes (y compris à Lagos), ainsi qu'à huit pays d'Afrique occidentale et centrale qui avaient également été déclarés indemnes.
- ◆ Pour la première fois de l'histoire, le nombre de pays ayant enregistré des cas d'importation du virus a été supérieur à celui des pays d'endémie. Les importations continueront de présenter un danger tant que la transmission du poliovirus sauvage n'aura pas été interrompue dans le monde entier. Cinquante-deux cas de poliomyélite dus à des importations dans des pays précédemment déclarés indemnes ont été signalés en 2003.
- ◆ Bien que les dépenses du programme aient augmenté de plus de US \$100 millions de mai 2003 à janvier 2004 en raison de l'intensification des activités de vaccination dans les pays prioritaires, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a reçu un apport supplémentaire de plus de US \$200 millions pendant cette période. Malgré cela, un déficit global de financement de US \$130 millions (en janvier 2004) pour le financement des activités jusqu'à fin 2005 continue de compromettre l'avènement d'un monde sans poliomyélite. ■



Photo : J.-M. Giboux/Rotary International

Vaccination contre la poliomyélite au Nigéria.

2003

Interrompre la transmission des poliovirus

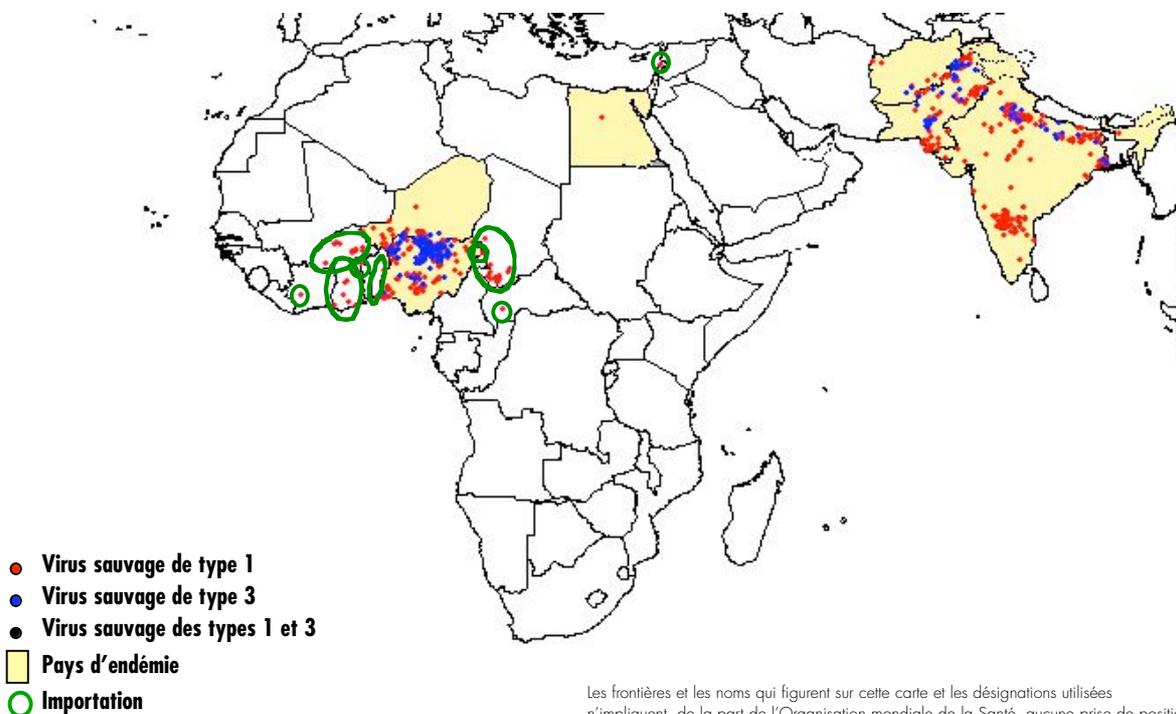
L'éradication de la poliomyélite



A la fin de 2003, fait sans précédent, la transmission du poliovirus sauvage n'était plus observée que dans six pays au monde : Nigéria, Inde, Pakistan, Niger, Afghanistan et Egypte. Environ 90 % des 784 cas de poliomyélite notifiés à l'échelle mondiale en 2003 étaient localisés dans des régions du Nigéria, de l'Inde et du Pakistan. Au Nigéria, une flambée s'est déclarée dans le nord du pays, faisant 355 nouveaux cas, ce qui représente une augmentation considérable par rapport aux 202 cas notifiés en 2002. En Inde, à la suite d'une épidémie qui s'est déclarée en 2002, laissant 1 600 enfants paralysés, les campagnes de vaccination

ont été intensifiées, sur le plan tant quantitatif que qualitatif, ce qui a permis de ramener le nombre de cas à un niveau record (225 cas) en 2003. Le Pakistan s'est classé en troisième position dans l'ordre décroissant avec 103 cas notifiés, soit une légère augmentation par rapport aux 90 cas notifiés l'année précédente. Le Niger a enregistré une augmentation importante du nombre de nouveaux cas par rapport à 2002 (40 contre trois). En Egypte, un seul cas a été signalé, soit un recul très net par rapport aux sept cas signalés en 2002. L'Afghanistan a notifié huit cas, contre dix en 2002.

Cas de poliovirus sauvage en 2003*



* 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 24 mars 2004.

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.

© OMS 2003. Tous droits réservés.



Pour la première fois dans l'histoire, les pays « d'importation » ont été plus nombreux que les pays d'endémie. En janvier, un enfant s'est retrouvé paralysé après avoir contracté la poliomyélite au Liban, pays qui n'avait pas connu de cas depuis 1994. Le séquençage génétique a confirmé que le virus avait été importé de l'Inde. Une nouvelle flambée qui s'est déclarée dans le nord du Nigéria (voir encadré) s'est répandue dans plusieurs pays d'Afrique occidentale et centrale et a réinfecté des zones de ce pays qui avaient été déclarées exemptes de poliomyélite (y compris Lagos) ainsi que huit pays précédemment déclarés indemnes (Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Ghana, République centrafricaine, Tchad et Togo). En outre, au cours du premier trimestre de 2004, un cas de poliomyélite provenant du nord du Nigéria a été notifié au Botswana.

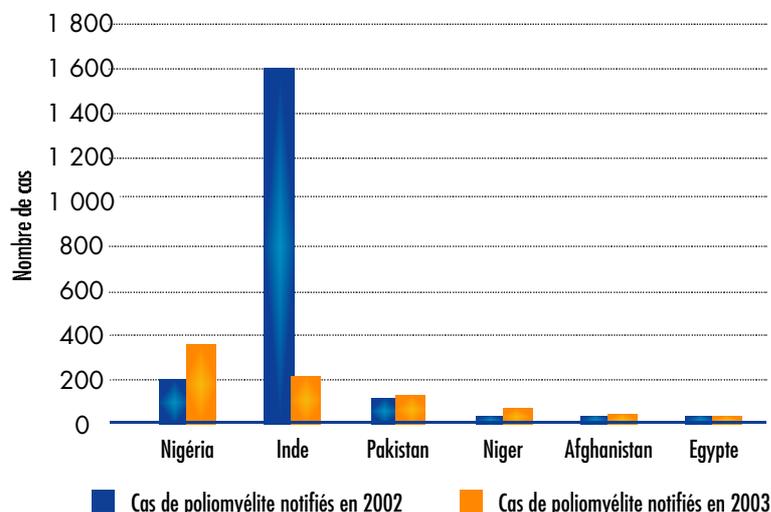
Nigéria - Une nouvelle flambée se répand dans la région

En août 2003, après la publication de chiffres inquiétants concernant l'innocuité du vaccin antipoliomyélique oral (VPO), les activités de vaccination contre la poliomyélite ont été suspendues dans certains États, et en particulier à Kano. Quelque temps après, en raison du déficit immunitaire de la population, une nouvelle flambée s'est déclarée, réinfectant des régions du Nigéria précédemment déclarées indemnes (y compris Lagos) ainsi que huit pays voisins (Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Ghana, République centrafricaine, Tchad et Togo). Des campagnes de vaccination de masse ont été entreprises d'urgence en octobre, novembre et décembre afin de protéger les enfants d'Afrique occidentale et centrale contre la propagation de cette flambée, ce qui a représenté un coût de US \$25 millions. De nouvelles campagnes devront être organisées au cours des années 2004 et 2005. Cette flambée met en lumière la vulnérabilité croissante des populations face à la poliomyélite.

Incidence du poliovirus sauvage par pays en 2003

Pays	Nombre de cas de poliomyélite notifiés en 2003	
<i>Pays d'endémie</i>	Nigéria	355
	Inde	225
	Pakistan	103
	Niger	40
	Afghanistan	8
	Egypte	1
	<i>Pays d'importation*</i>	Bénin
Burkina Faso		11
Cameroun		2
Côte d'Ivoire		1
Ghana		8
Liban		1
République centrafricaine		1
Tchad		25
Togo	1	

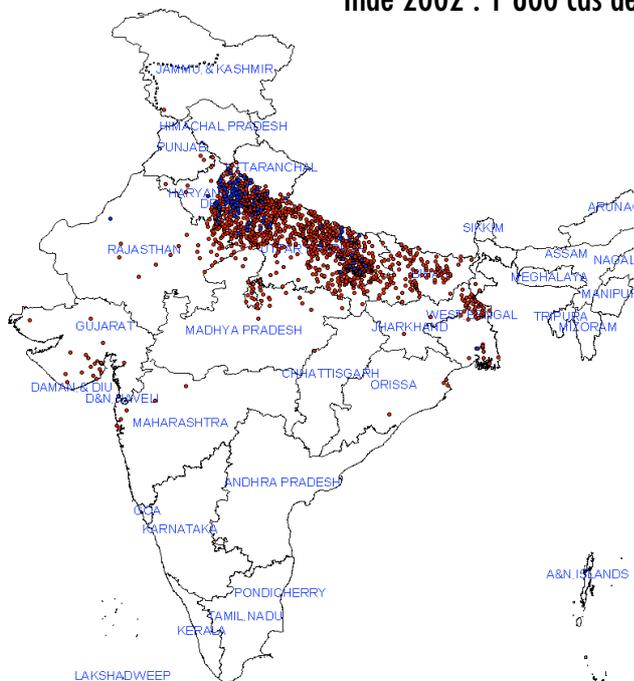
Incidence du poliovirus sauvage, 2002 par rapport à 2003



* Pour la première fois dans l'histoire, le nombre de pays d'importation a été supérieur à celui des pays d'endémie.

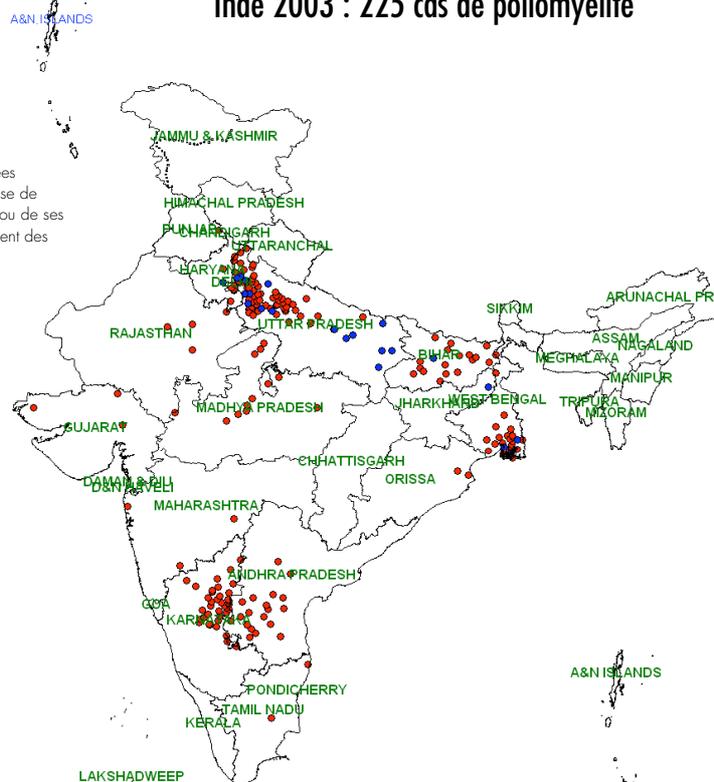
Inde : poliovirus sauvage, 2002 par rapport à 2003

Inde 2002 : 1 600 cas de poliomyélite



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.
© OMS 2003. Tous droits réservés.

Inde 2003 : 225 cas de poliomyélite



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.
© OMS 2003. Tous droits réservés.



L'arrêt des campagnes de vaccination préventives dû à des problèmes de financement accroît le risque d'importation du poliovirus

Le monde entier est de plus en plus exposé au risque d'importation du poliovirus, qui ne sera pas écarté tant que la poliomyélite n'aura pas été éradiquée partout. Les graves difficultés de trésorerie et l'évolution des caractéristiques épidémiologiques, qui ont nécessité un changement tactique avec un recentrage des ressources dans les foyers d'endémie et les zones à haut risque, ont engendré une interruption des campagnes de vaccination préventives dans la plupart des pays exempts de poliomyélite, rendant la population de plus en plus vulnérable au poliovirus. De ce fait, la disparition rapide des derniers réservoirs en 2004 est devenue l'une des priorités de santé publique sur le plan international.

Pour 2004 – concentrer les efforts sur l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage et combler le déficit de financement

Le 15 janvier 2004, une réunion extraordinaire des ministres de la santé des derniers pays d'endémie s'est

tenue à l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) à Genève (Suisse). Les délégués ont présenté des informations sur les activités d'éradication en cours dans leur pays et sur les projets qu'ils ont élaborés en vue d'interrompre rapidement la transmission du poliovirus d'ici à la fin de l'année 2004. Constatant que la transmission n'a jamais été aussi faible dans des pays comme l'Inde, le Pakistan et l'Égypte, les ministres en ont conclu que le monde allait peut-être enfin pouvoir saisir l'occasion en 2004 de stopper la propagation du virus. Ils ont révélé de nouveaux projets audacieux visant à vacciner en plusieurs fois 250 millions d'enfants dans le cadre d'une campagne de vaccination antipoliomyélitique accélérée qui se déroulera tout au long de l'année 2004. Ils se sont engagés publiquement à traduire ces projets dans la réalité en signant la *Déclaration de Genève pour l'éradication de la poliomyélite*.

Un déficit de US \$130 millions (en janvier 2004) pour le financement des activités en 2004 et 2005 continue de compromettre l'avènement d'un monde sans poliomyélite et doit de toute urgence être comblé. ■



Eradication de la poliomyélite – domaines d'activité



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

Intensification des activités de vaccination supplémentaires

Etapes 2003 :

Intensification des JNV et des campagnes de ratissage de ratissage

↳ Des JNV et des campagnes de ratissage seront organisées dans tous les pays où la poliomyélite était endémique en 2002.

Etat d'avancement : objectif atteint dans tous les pays, à l'exception du Nigéria

↳ Tous les pays à haut risque en 1999 organiseront des JNV ou des JLV.

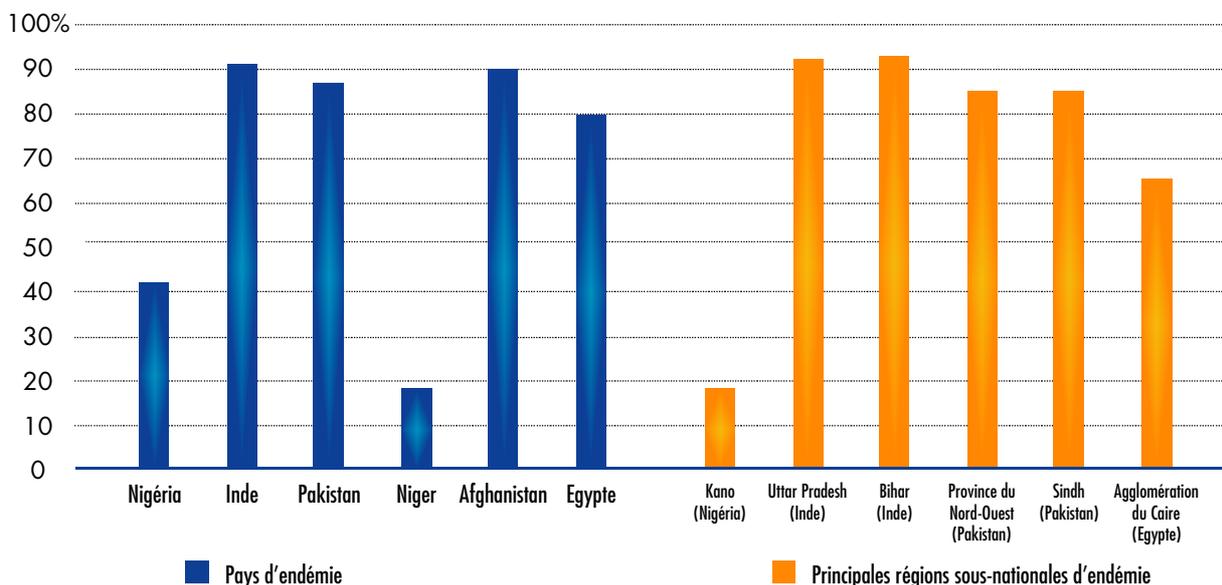
Etat d'avancement : objectif atteint (grâce au changement tactique intervenu en 2003, qui a consisté à recentrer les ressources sur les zones à haut risque en 2002-2003)

Au début de l'année 2003, une conjonction de facteurs, et principalement la concentration géographique accrue de la transmission du poliovirus sauvage et le manque de ressources financières, a conduit à recentrer les priorités. L'accent a été mis sur « l'intensification » des activités dans les zones d'endémie restantes et les zones indemnes considérées comme étant particulièrement exposées au risque d'importation. Dans le même temps, la plupart des campagnes « de prévention » à grande échelle ont été remplacées par une stratégie de riposte d'urgence.

En 2003, des activités de vaccination supplémentaires menées dans les régions d'endémie ont permis de vacciner 415 millions d'enfants, à l'occasion de 157 activités mises en œuvre dans 55 pays, pour lesquelles un total de 2,2 milliards de doses de vaccin antipoliomyélique oral (VPO) ont été utilisées.

Statut vaccinal des enfants en 2003

Proportion d'enfants âgés de moins de cinq ans ayant reçu au moins quatre doses de VPO*



* Sur la base d'une analyse des cas de PFA non poliomyélique pour 2003.

Note : Les données pour l'Egypte (et l'agglomération du Caire) s'appliquent à des enfants âgés de six mois à cinq ans, qui ont reçu au moins cinq doses.

Activités de vaccination supplémentaires en 2003

<i>Pays</i>	<i>Nombre d'activités de vaccination supplémentaires en 2003</i>	<i>Nombre de cas de poliomyélite en 2003</i>
<i>Pays d'endémie</i>		
Nigéria	0 JNV 5 JLV	355
Inde	2 JNV 4 JLV	225
Pakistan	4 JNV 4 JLV	103
Niger	2 JNV 3 JLV	40
Égypte	4 JNV 2 JLV	1
Afghanistan	4 JNV 4 JLV	8
<i>Pays d'importation</i>		
Bénin	2 JNV 0 JLV	3
Burkina Faso	2 JNV 0 JLV	11
Cameroun	0 JNV 2 JLV	2
Côte d'Ivoire	2 JNV 0 JLV	1
Ghana	2 JNV 0 JLV	8
Liban	4 JNV 0 JLV	1
République centrafricaine	2 JNV 0 JLV	1
Tchad	1 JNV 2 JLV	25
Togo	2 JNV 0 JLV	1

<i>Pays</i>	<i>Nombre d'activités de vaccination supplémentaires en 2003</i>	<i>Nombre de cas de poliomyélite en 2003</i>
<i>Pays d'endémicité récente</i>		
Angola	2 JNV 1 JLV	0
Bangladesh	2 JNV 0 JLV	0
Éthiopie	0 JNV 4 JLV	0
Népal	2 JNV 0 JLV	0
République démocratique du Congo	0 JNV 2 JLV	0
Somalie	2 JNV 5 JLV	0
Soudan	0 JNV 5 JLV	0



Photo : Nasir Mirza

Vaccination antipoliomyélite au Pakistan

Inde – Une stratégie exemplaire en riposte à l'épidémie de 2002

En Inde, le nombre de cas de poliomyélite a fortement diminué en 2003 puisque 225 cas seulement ont été signalés pour l'année.

En 2002, l'Inde a été frappée par une épidémie de poliomyélite qui a laissé 1 600 enfants paralysés. Elle a réagi de façon exemplaire, en accélérant ses activités de vaccination et en intensifiant ses campagnes de vaccination à grande échelle sur les plans quantitatif et qualitatif – passant de trois campagnes en 2002 à six en 2003.

Les activités de mobilisation sociale et de communication ont été renforcées afin de tenter d'atteindre tous les enfants âgés de moins de cinq ans, indépendamment de leur origine socio-économique. L'accent a été mis en particulier sur les groupes d'enfants encore insuffisamment ou non vaccinés dans l'Etat de l'Uttar Pradesh. En étroite collaboration avec le Gouvernement indien, l'UNICEF a dépêché 4 000 personnes pour aider les agents de santé nationaux à étendre la vaccination aux enfants musulmans, étant donné que 59 % des nouveaux cas de poliomyélite avait été enregistrés parmi ce groupe d'enfants en 2002. Grâce à cet effort de mobilisation sociale, la proportion des enfants musulmans ayant reçu au moins trois doses de vaccin antipoliomyélique oral (VPO) en Inde est passée de 61 % en 2002 à 85 % en 2003.

Cette intensification des activités de vaccination supplémentaires en 2003 a permis à l'Inde d'atteindre

des niveaux records en ce qui concerne le nombre de cas et les taux de transmission pendant la haute saison de la fin de l'année. En 2004, l'Inde a de grandes chances de parvenir à stopper la transmission du poliovirus sauvage.

Journées nationales de vaccination en Inde – une semaine pas comme les autres !

Savez-vous ce que représente une campagne de vaccination de six jours en Inde ? Voici un aperçu des moyens mis en œuvre :

- ↳ 640 000 postes de vaccination
- ↳ 2,3 millions de vaccinateurs
- ↳ 1,1 million d'équipes de vaccination
- ↳ 137 000 surveillants, avec 137 000 véhicules (voitures, motos, mobylettes, bicyclettes, bateaux, selon le cas)
- ↳ 200 millions de doses de vaccin antipoliomyélique transportées dans tout le pays dans deux millions de sacs isothermes
- ↳ 6,3 millions d'accumulateurs de froid pour garder au frais les vaccins transportés dans les deux millions de sacs
- ↳ 191 millions de foyers visités
- ↳ 169 millions d'enfants vaccinés en l'espace de six jours !

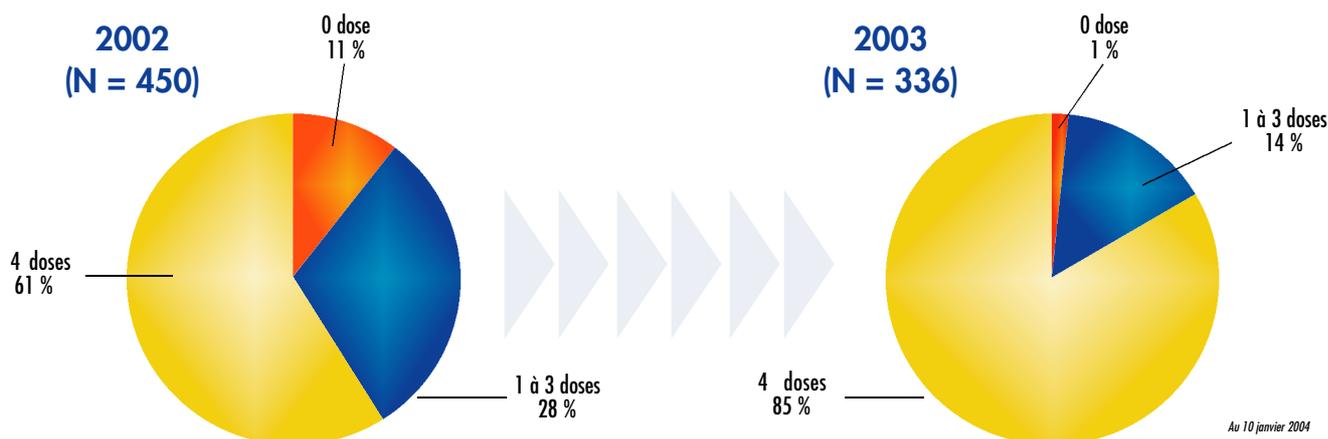
Et tout ceci pour une seule Journée nationale de vaccination ! En 2004, cinq Journées nationales et une Journée locale de vaccination seront organisées en Inde à l'intention de 100 millions d'enfants.



Photo : © Septhi

Cas de PFA non poliomyélique (enfants musulmans âgés de six mois à cinq ans), selon le statut vaccinal VPO (Uttar Pradesh)

Cas de PFA non poliomyélique (enfants musulmans âgés de six mois à cinq ans), selon le statut vaccinal VPO (Uttar Pradesh)





Nigéria – La suspension des campagnes dans le nord du pays est à l'origine d'une flambée

Au Nigéria, le nombre de cas de poliomyélite a connu une forte augmentation puisque 355 cas ont été notifiés en 2003 (chiffre record à l'échelle mondiale), contre 202 l'année précédente.

Cette forte augmentation s'explique principalement par la suspension des activités de vaccination supplémentaires dans les grands Etats du nord du pays, et en particulier celui de Kano. Ces mesures ont été prises à la suite des craintes exprimées par certains responsables communautaires au sujet de l'innocuité du vaccin antipoliomyélique oral (VPO).

Les autorités sanitaires ont essayé de compenser cette diminution des activités de vaccination nationales en organisant cinq Journées locales de vaccination (JLV) dans les régions visées. Malgré cela, la forte transmission du poliovirus dans le nord du pays et la couverture insuffisante des JLV ont favorisé la réinfection de certaines régions qui avaient été déclarées indemnes (y compris celle de Lagos) et de huit pays d'Afrique occidentale et centrale, qui étaient considérés comme indemnes.

Pakistan et Afghanistan – De sérieux progrès au cours du deuxième semestre

Au Pakistan, malgré l'augmentation du nombre de cas de poliomyélite qui est passé de 90 en 2002 à 103 en 2003, le niveau de transmission du poliovirus pendant la « haute saison » était plus bas que jamais fin 2003.

Les progrès intervenus à la fin de l'année sont dus au nombre élevé d'activités de vaccination supplémentaires organisées (quatre JNV et quatre JLV). Il convient en outre de relever que la qualité des activités de vaccination supplémentaires a continué de s'améliorer tout au long de l'année, 87 % des patients atteints de paralysie flasque aiguë (PFA) non poliomyélique ayant reçu au moins trois doses de VPO avant la fin 2003.

L'Afghanistan – qui possède un réservoir de poliovirus commun avec le Pakistan – a enregistré huit cas de poliomyélite en 2003 contre dix en 2002. Il n'a pas modifié son calendrier pour les activités de vaccination supplémentaires et s'est aligné sur le Pakistan pour l'organisation des campagnes de vaccination. Il a relevé la qualité des activités de vaccination supplémentaires en administrant au moins trois doses de VPO à 87 % des enfants atteints de PFA non poliomyélique.

La polémique autour de l'innocuité du VPO au Nigéria soulève la question de la validité des essais

En août 2003, à la suite des préoccupations exprimées par certains élus locaux au sujet de l'innocuité du vaccin antipoliomyélique oral (VPO), les campagnes de vaccination contre la poliomyélite ont été suspendues dans plusieurs Etats du Nord, et en particulier celui de Kano. Il a été notamment allégué que des œstrogènes avaient été introduits dans le VPO en vue de décimer la population du Nigéria.

Les autorités nigérianes, tant au niveau des Etats qu'au niveau fédéral, s'efforcent sans relâche de faire taire cette polémique en soumettant le VPO à des essais répétés afin de démontrer son innocuité. Toutes les analyses effectuées à l'aide des essais « valides » ont démontré l'absence d'œstrogènes. Certaines analyses pratiquées avec des essais non valides ont donné des résultats « faussement positifs » indiquant les valeurs d'œstrogènes proches de la limite des quantités minimales détectables. Malheureusement, ces résultats « faussement positifs » ont été mal interprétés par les médias, ce qui a ajouté à la confusion.

Soucieux d'enquêter sur ces préoccupations, le Gouvernement fédéral du Nigéria a constitué un « Comité mixte sur l'innocuité du VPO », composé de représentants des autorités fédérales et des autorités des Etats, ainsi que de deux délégués de l'Etat de Kano, sous la présidence du Shehu de Dikwa, Kyari Ibn Umar El-Kanemi. Bien que les œstrogènes ne soient pas utilisés pour la fabrication du VPO et ne soient pas présents dans le produit fini, le Comité a recommandé que l'on procède à des « essais de référence » dans au moins deux laboratoires indépendants, afin de démontrer son innocuité.

Le 15 mars 2004, le Comité a présenté son rapport à S. E. Eytayo Lambo, Ministre nigérian de la Santé, qui les a transmis deux jours plus tard à S. E. le Président Olusegun Obasanjo. Dans son rapport, le Comité a réaffirmé à l'unanimité l'innocuité du VPO.

Afin de mettre rapidement fin à cette controverse, il faudra que toutes les parties intéressées du Nigéria, et en particulier de l'Etat de Kano, s'emploient à restaurer la confiance de la population dans l'innocuité du VPO.



Photo : H. Everts/OMS

Journée nationale de vaccination au Niger.

Egypte – Des progrès décisifs tout au long de l'année

L'Égypte a enregistré un recul important du nombre de cas de poliomyélite en 2003 par rapport à 2002, puisqu'un seul cas a été notifié pour l'ensemble de l'année, en juin (contre sept cas l'année précédente). En outre, le nombre de poliovirus sauvages détectés dans les échantillons prélevés dans l'environnement a continué de reculer considérablement (passant de 55 % en 2001 à 4 % à peine en 2003 – l'échantillon positif le plus récent prélevé dans l'environnement a été notifié le 6 janvier 2004).

Le pays a intensifié ses activités de vaccination en 2003 en organisant une JNV supplémentaire par rapport à l'année précédente, soit un total de quatre JNV et de deux JLV. La qualité des activités de vaccination supplémentaires a continué de s'améliorer tout au long de l'année sous l'impulsion du nouveau Ministre de la Santé. Fin 2003, 89 % des cas de PFA non poliomyélitique avaient reçu au moins cinq doses de VPO, contre 74 % en 2002.

Grâce à cette évolution très positive, l'Égypte est sur le point d'éradiquer la poliomyélite en 2004.

Niger – La qualité des campagnes doit être améliorée

Le Niger a enregistré une nette augmentation de l'incidence de la poliomyélite en 2003, avec 40 nouveaux cas notifiés (contre trois en 2002).

Trois JNV et deux JLV ont été organisées en 2003, mais la qualité de ces activités doit être améliorée de toute urgence si l'on veut interrompre la transmission du poliovirus sauvage. Les données relatives à la surveillance laissent entendre que 82 % des enfants ne sont toujours pas protégés par la vaccination (ayant reçu moins de quatre doses).

En raison de la qualité insuffisante de la campagne contre la poliomyélite en 2003 et de la flambée de nouveaux cas survenus dans le réservoir limitrophe commun avec le Nigéria, la transmission du poliovirus sauvage est toujours très importante dans toutes les régions du Niger.

Afrique occidentale et centrale – Intensification et synchronisation des activités de vaccination supplémentaires en réponse à la flambée au Nigéria

Dans toute l'Afrique occidentale et centrale, un total de 51 cas de poliomyélite ont été notifiés en 2003 dans huit pays précédemment indemnes : Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Ghana, République centrafricaine, Tchad et Togo. Tous ces cas ont été attribués à l'importation d'un poliovirus génétiquement associé à celui que l'on trouve au Nigéria.

Devant la propagation de la menace représentée par la flambée au Nigéria, des JNV synchronisées ont été organisées d'urgence vers la fin de l'année 2003, qui ont représenté à l'échelon international un coût de US \$25 millions.

Ces campagnes ont été conduites par des centaines de milliers de volontaires et d'agents de santé et ont permis de vacciner 25 millions d'enfants âgés de moins de cinq ans dans toute la région. L'accent a été mis sur le renforcement de l'appui technique et sur la mobilisation sociale, en incitant les chefs traditionnels et les responsables religieux de chaque pays à faire taire les rumeurs provenant du Nigéria au sujet de l'innocuité du VPO.

Les enfants de ces pays demeureront exposés au risque de paralysie poliomyélitique permanente tant que l'on n'aura pas stoppé la flambée qui se répand à partir du Nigéria. Les campagnes de vaccination d'urgence devront être poursuivies en 2004 et 2005.



Surveillance du niveau requis pour la certification

Etapes 2003 :

- ↪ La Commission mondiale de certification aura défini des données supplémentaires qui seront nécessaires pour la certification mondiale en ce qui concerne toutes les Régions déjà certifiées exemptes de poliomyélite.
Etat d'avancement : objectif atteint (en cours de réalisation)
- ↪ Une surveillance supplémentaire sera mise en place conformément aux recommandations de la Commission mondiale de certification.
Etat d'avancement : en cours
- ↪ Des mécanismes de certification seront mis en place pour tous les pays/zones n'ayant pas accès à une commission nationale.
Etat d'avancement : objectif atteint
- ↪ Tous les pays de la Région africaine seront dotés d'un comité de certification national.
Etat d'avancement : objectif atteint

La surveillance de la poliomyélite et du poliovirus repose principalement sur la notification et l'étude en laboratoire des cas de paralysie flasque aiguë (PFA), assorties dans certains cas 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, à savoir sa capacité à détecter la poursuite de la transmission du poliovirus sauvage :

- 1) la proportion de cas de PFA notifiés qui ne sont pas dus au poliovirus sauvage (« taux de PFA non poliomyélitique ») dans une mesure d'au moins un cas de PFA non poliomyélitique pour 100 000 personnes de moins de 15 ans ;
- 2) le taux de collecte d'échantillons de selles adéquats, qui doit être égal ou supérieur à 80 % des cas de PFA notifiés ;
- 3) l'analyse des échantillons de selles de tous les cas de PFA (100 %) dans des laboratoires agréés par l'OMS.

Les notifications de cas de PFA et la collecte d'échantillons de selles adéquats se sont maintenues au niveau de qualité requis pour la certification de

l'absence de poliomyélite dans toutes les Régions OMS en 2003 du point de vue de l'exhaustivité et de la régularité. Le nombre total de cas de PFA notifiés à l'échelle mondiale a légèrement reculé par rapport à 2002 (en raison principalement de l'importante flambée de poliomyélite en Inde en 2002) ; cependant, le taux de PFA non poliomyélitique s'est stabilisé à des niveaux nettement supérieurs à 1/100 000 à l'échelle mondiale (1,9) et dans toutes les Régions OMS (entre 1,22 dans la Région européenne et 2,60 dans la Région africaine). La proportion des cas de PFA avec des échantillons de selles adéquats a légèrement augmenté, passant de 84 % en 2002 à 86 % en 2003, ce qui s'explique principalement par l'amélioration des taux de collecte d'échantillons dans deux Régions OMS d'endémie : la Région africaine (81 % à 88 %) et la Région de la Méditerranée orientale (88 % à 90 %). Tous les échantillons (100 %) ont été analysés dans des laboratoires agréés par l'OMS.

Tous les pays dans lesquels la poliomyélite était endémique au milieu de l'année 2003 ont atteint ou maintenu le niveau de surveillance requis pour la certification, y compris la Somalie. Les études internationales de surveillance de la PFA ont continué à fournir des orientations spécifiques aux pays sur la manière d'améliorer encore la qualité de la surveillance de la PFA. Conformément aux recommandations de l'organe mondial de surveillance technique, le Groupe consultatif technique pour l'éradication mondiale de la poliomyélite (TCG mondial), des études ont été faites en Afghanistan, au Cameroun, au Kenya, à Madagascar, au Mali et au Mozambique. Afin de tenter de repérer et de combler les insuffisances de la surveillance au niveau sous-national, plusieurs pays de forte endémicité ont poursuivi (Pakistan) ou entrepris (Inde) des analyses officielles internes de la PFA au niveau provincial ou à celui de l'Etat.

Les progrès accomplis en matière de surveillance de la PFA sont aussi suivis par les pays situés dans des Régions d'endémie, dans lesquels la surveillance n'a pas encore atteint le niveau requis pour la certification, dont le nombre est passé de 19 en 2002 à 18 en 2003. Onze d'entre eux se trouvent dans la Région africaine, dont neuf pays dans lesquels le taux de collecte d'échantillons était à peine inférieur à 80 %, cinq petits pays ou zones dans la Région de la Méditerranée orientale (Bahreïn, Cisjordanie et Bande de Gaza, Djibouti et Liban) et deux petits pays de la Région de l'Asie du Sud-Est (Bhoutan, Maldives).

La situation commence à s'améliorer en Afrique australe et orientale où la surveillance était encore très insuffisante jusqu'à fin 2002. Quatre des sept pays d'endémicité récente de ces deux régions, qui étaient en retard dans le domaine de la surveillance de la PFA en 2002, ont maintenant atteint le niveau requis pour la certification (Afrique du Sud, Namibie, Zambie

et Zimbabwe) et seuls le Botswana, Madagascar et le Mozambique ont encore des taux de collecte d'échantillons tout juste inférieurs à 80 %.

Des progrès ont aussi été réalisés en direction des cibles fixées en 2003 pour la certification. Des comités de certification nationaux ont été créés dans tous les pays des régions d'endémie, à l'exception de la Somalie où une surveillance des activités de certification est sur le point d'être mise en place par les membres du Secrétariat OMS/UNICEF et du Groupe de conseil technique (TAG) national pour l'éradication de la poliomyélite en Somalie.

La Commission mondiale de certification s'est réunie en octobre 2003 et a, pour la première fois, élaboré des formats spécifiques pour les rapports des Régions sur leur statut de certification. Elle a décidé qu'il était préférable d'attendre que la transmission du poliovirus sauvage soit interrompue à l'échelle mondiale avant de décider quand et où entreprendre des activités de surveillance complémentaires spécifiques. Les Commissions de certification de six Régions (excepté celles des Amériques et de l'Asie du Sud-Est) se sont réunies. Deux d'entre elles avaient déjà été certifiées indemnes du poliovirus sauvage (la Région européenne et la Région du Pacifique occidental). Les commissions régionales ont examiné les progrès accomplis en ce qui concerne l'interruption de la transmission (dans les Régions d'endémie) et le maintien de l'absence de poliomyélite (dans les Régions certifiées).

Réseau de laboratoires

L'activité de surveillance de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite repose sur un réseau mondial de 145 laboratoires qui recherchent la présence de poliovirus dans les échantillons de selles. La précision et la fiabilité des résultats sont assurées par un programme d'assurance de la qualité qui comprend des contrôles d'aptitude annuels et des évaluations locales faisant partie d'un programme d'agrément officiel. Le réseau possède aussi une infrastructure de communication efficace et travaille en partenariat avec des épidémiologistes et des vaccinateurs pour centrer les activités sur l'interruption de la transmission de la poliomyélite.

En 2003, les laboratoires du réseau ont examiné 70 000 échantillons de selles provenant de 34 300 cas de PFA et isolé des poliovirus sauvages chez quelque 784 cas. La caractérisation génétique des virus a révélé que des poliovirus endémiques avaient été transmis dans six pays (Nigéria, Inde, Pakistan, Niger, Egypte et Afghanistan), tandis que dans neuf autres pays les cas de poliomyélite étaient dus à des virus importés. Dans un seul cas de PFA, au Liban, il a été établi que le virus provenait de l'Inde, tandis que dans tous les autres cas d'importation (au Bénin, au Burkina Faso, au Cameroun, en Côte d'Ivoire, au Ghana, en République centrafricaine, au Tchad et au Togo), il s'agissait d'un réservoir de poliovirus de type 1 commun au Niger et au nord du Nigéria.

Pays dans lesquels un ou plusieurs des indicateurs de performance définis en 2003 pour la certification du niveau de surveillance de la PFA n'ont pas été atteints (sur la base des données disponibles en mai 2004)

Région	Pays	Cas de PFA notifiés (en 2003)	Taux de PFA non poliomyélique	Cas de PFA avec échantillons de selles adéquats (en %)	
AFR	Algérie	61	0,6	67	
	Botswana	16	2,3	75	
	Cameroun	142	1,7	77	
	Cap-Vert*	4	2	75	
	Ethiopie	402	1,3	79	
	Ghana	187	2	75	
	Libéria	12	0,5	92	
	Madagascar	145	1,7	77	
	Mozambique	134	1,6	77	
	Niger	175	2,4	79	
	Tchad	93	1,8	73	
	EMR	Bahreïn*	2	97	50
		Cisjordanie et Bande de Gaza	5	0,47	60
Djibouti*		2	40	0	
Liban		20	2,17	75	
Somalie		85	3,09	78	
SEAR	Bhoutan	6	1,37	33	
	Maldives*	1	0,62	100	

Les Comores, Maurice, la Réunion, Sainte-Hélène, Sao Tomé-et-Principe, les Seychelles et le Timor-Leste n'ont pas notifié de cas de PFA en 2003 en raison du très petit nombre de cas.

Les chiffres en rouge indiquent que les cibles n'ont pas été atteintes.

Les chiffres en vert indiquent que les cibles ont été atteintes au cours de l'année 2002.

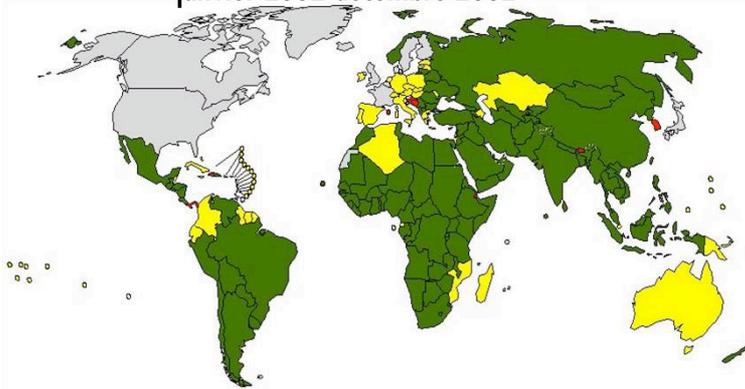
* Population totale inférieure à un million, avec une très faible probabilité de continuation d'une transmission autochtone non détectée de poliovirus sauvages.

Données reçues au Siège au 4 mai 2004.

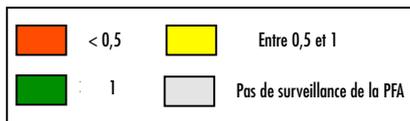
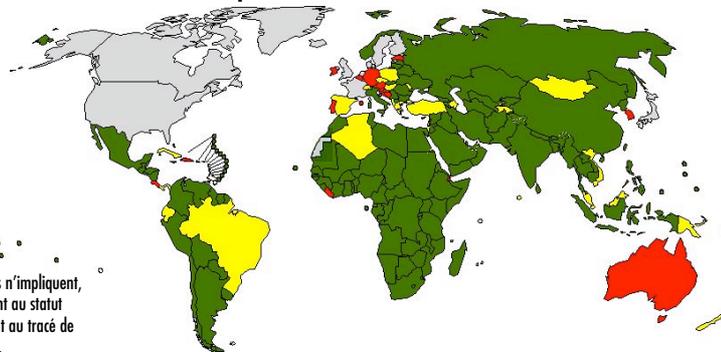
Source de statistiques démographiques : Division de la Population de l'Organisation des Nations Unies, Département des Affaires économiques et sociales, World Population Prospects, révision 2002.

Taux de paralysie flasque aiguë (PFA) non poliomyélitique

janvier 2002-décembre 2002



janvier 2003-décembre 2003

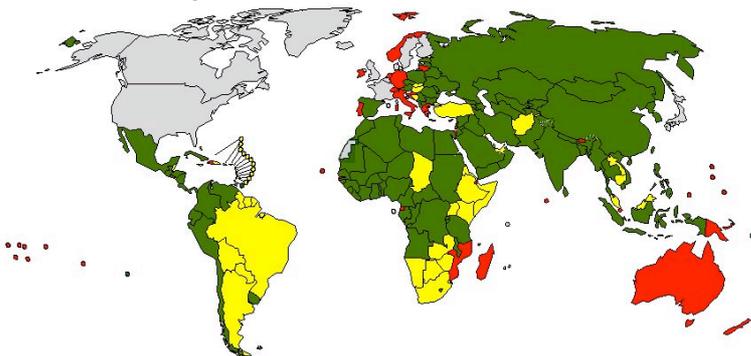


Les frontières et les noms qui figurent sur cette carte et les désignations utilisées n'impliquent, de la part de l'Organisation mondiale de la Santé, aucune prise de position quant au statut juridique de tel ou tel pays, territoire, ville ou zone, ou de ses autorités, ni quant au tracé de ses frontières. Les lignes en pointillé représentent des frontières approximatives.
© OMS 2004. Tous droits réservés.

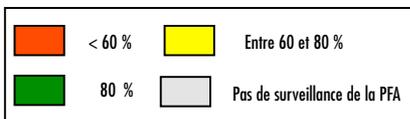
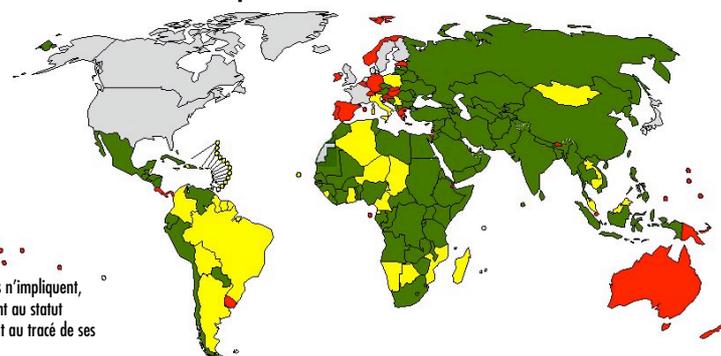
Données disponibles au Siège de l'OMS au 20 janvier 2004

Taux de collecte d'échantillons de selles adéquats

janvier 2002-décembre 2002



janvier 2003-décembre 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.
© OMS 2004. Tous droits réservés.

Données disponibles au Siège de l'OMS au 20 janvier 2004

Confinement des stocks de poliovirus sauvage

Étapes 2003 :

- ↪ AMR et EUR atteindront le niveau de confinement requis pour la certification.
État d'avancement : en cours
EUR : 48 pays sur 51 ont achevé la phase « enquêtes et inventaires »
AMR : 40 pays sur 47 ont entamé la phase « enquêtes et inventaires » et neuf pays l'ont achevée.
- ↪ Les inventaires nationaux et le confinement de matériaux infectieux ou potentiellement infectieux contenant des poliovirus sauvages seront effectués dans tous les pays de AFR, EMR et SEAR, dans des conditions de sécurité biologique du niveau 2 (BSL-2/polio).
État d'avancement : réalisation différée du fait que la transmission endémique du poliovirus sauvage continue encore
- ↪ Les préparatifs commenceront en vue de la mise en place de conservatoires mondiaux de poliovirus sauvages.
État d'avancement : en cours

Les progrès se sont poursuivis sur la voie du confinement des poliovirus sauvages en laboratoire. Dans les Régions OMS certifiées indemnes de poliomyélite (AMR, EMR, SEAR), tous les pays ont désigné un groupe spécial national responsable de surveiller les activités de la première phase : « enquêtes et inventaires ». Quatre-vingt quinze pour cent d'entre eux (128 sur 135) ont commencé à entreprendre une enquête nationale sur les laboratoires et 70 % d'entre eux (91 sur 135) ont achevé cette enquête et dressé la liste des établissements qui détiennent des matériels contenant des poliovirus sauvages.

Il est tout à fait remarquable que les activités de la première phase aient déjà été achevées dans plusieurs pays industrialisés d'Europe occidentale et d'Amérique du Nord, pays qui s'adonnent de longue date à la recherche biomédicale et entretiennent des contacts avec les laboratoires du monde entier. L'Allemagne, la

Belgique, le Danemark, l'Irlande, l'Italie, le Portugal et la Suède ont tous déclaré avoir achevé leurs enquêtes nationales en 2003. La France, le Royaume-Uni et la Suisse en sont au stade final et pensent pouvoir achever leurs enquêtes en 2004. En ce qui concerne AMR, les États-Unis d'Amérique ont déclaré avoir achevé une enquête nationale sur plus de 100 000 laboratoires et ils ont découvert dans 178 établissements des matériels contenant des poliovirus sauvages.

Dans les Régions OMS non encore certifiées exemptes de poliomyélite (AFR, EMR, SEAR), les pays non endémiques ont aussi entamé des activités de confinement. En ce qui concerne EMR et SEAR, 12 pays indemnes de poliomyélite sur 28 (43 %) ont déclaré avoir achevé leurs enquêtes nationales et dressé la liste des établissements nationaux, de même qu'un pays de AFR (le Botswana).

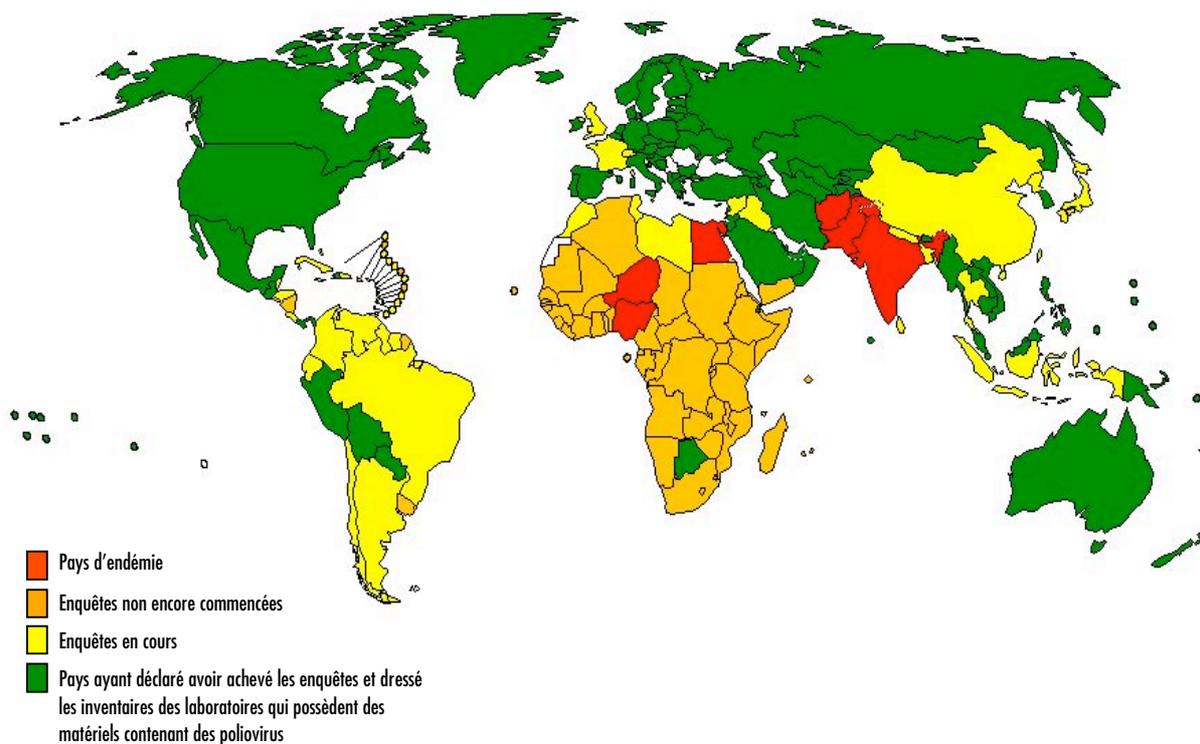
Comme une bonne centaine de pays au monde ont maintenant achevé les activités d'enquêtes et inventaires, le processus d'évaluation de la qualité des activités a été entrepris en 2003 et les résultats de EMR, EUR et WPR sont attendus en 2004. Les rapports définitifs de l'évaluation de la qualité des activités de la première phase serviront de base aux activités de confinement qui seront entreprises après l'interruption de la transmission du poliovirus.

La publication du Plan stratégique de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite 2004-2008 et les efforts déployés pour faire cesser l'utilisation systématique du VPO dans les plus brefs délais ouvrent de nouvelles perspectives aux activités futures de confinement et modifient les étapes précédemment convenues pour 2003. Les activités correspondant à la phase II « confinement et certification mondiale » commenceront officiellement l'année suivant le dernier épisode de transmission du poliovirus sauvage signalé dans le monde. Le calendrier révisé pour l'interruption de la transmission, tel qu'il figure dans le nouveau Plan stratégique, a déplacé l'étape de la mise en œuvre des activités de confinement de la phase II. L'accent est toujours mis sur l'achèvement de la première phase dans toutes les Régions de l'OMS et sur la préparation des plans de confinement pour la cessation de l'utilisation systématique du VPO. Il est prévu de publier une troisième édition du Plan d'action mondial de l'OMS pour le confinement des poliovirus sauvages en laboratoire, décrivant la stratégie à mettre en place pour réduire au minimum le risque de réintroduction des poliovirus d'un laboratoire dans la population une fois que la circulation du poliovirus sauvage aura été interrompue et que le VPO ne sera plus utilisé. Le confinement de tous les poliovirus vivants sera envisagé dans le Plan d'action, qui devrait être mis au point pour 2005.

Etat des activités de confinement en laboratoire dans le cadre de la phase I « enquêtes et inventaires » (première étape)

<i>Etats Membres de chaque Région qui ont :</i>	<i>Nommé un coordonnateur national</i>	<i>Commencé à dresser la liste des établissements de biologie médicale devant être couverts par l'enquête</i>	<i>Entamé l'enquête sur les laboratoires</i>	<i>Soumis un inventaire national complet des laboratoires</i>
AFR (48 pays)	27	1	1	1
AMR (47 pays)	47	40	40	9
EMR (22 pays)	17	15	15	9
EUR (52 pays)	52	52	52	49
SEAR (11 pays)	9	9	9	3
WPR (37 pays et territoires)	36	36	36	34

Confinement en laboratoire, 2003 – Etat des activités de la phase « enquêtes et inventaires »



Elaboration d'une politique de vaccination postérieure à la certification

Etapes 2003 :

Production de données

- ↳ Toutes les données provenant de la recherche scientifique qui sont nécessaires à l'élaboration de la politique sont actuellement recueillies.

Etat d'avancement : objectif atteint

Elaboration de la politique

- ↳ Au moins une réunion doit être organisée avec les hauts responsables de chaque bloc géopolitique pour connaître leurs points de vue sur le cadre relatif aux risques et les options politiques applicables à la vaccination postérieure à la certification.

Etat d'avancement : objectif atteint (réunions des administrateurs du PEV)

En septembre 2003, une réunion d'experts scientifiques a été organisée à l'OMS sur les politiques vaccinales après l'éradication mondiale du poliovirus sauvage. A l'issue de cette réunion et sur la base de données scientifiques et programmatiques de plus en plus nombreuses, les trois décisions phares ci-après ont été adoptées :

1. Abandon du vaccin antipoliomyélique oral (VPO) :

Depuis 2000, les épidémies de poliomyélite dues à des poliovirus dérivés d'une souche vaccinale ont démontré de façon incontestable que la poursuite de l'utilisation du VPO pour la vaccination de routine pouvait compromettre l'objectif global de l'éradication de toutes les maladies paralytiques dues à des poliovirus circulants.

Afin de réduire au minimum les risques à long terme associés au VPO, il a été décidé de mettre fin à l'utilisation systématique de ce vaccin le plus tôt possible alors que la surveillance serait encore efficace et la population immunisée.

2. Las d'introduction universelle du vaccin antipoliomyélique inactivé (VPI) :

Du fait que l'on comprend de mieux en mieux les risques de réintroduction de la poliomyélite après l'abandon du VPO et compte tenu des plans adoptés par bon nombre de pays qui utilisent le VPO, l'OMS ne recommandera pas l'introduction universelle du VPI. C'est une décision que chaque pays doit prendre individuellement en adoptant un plan pour l'abandon du VPO et en choisissant ou non l'option de l'introduction du VPI. Les pays qui décident d'introduire le VPI doivent prendre les dispositions nécessaires pour se le procurer. L'OMS et ses partenaires continueront de soutenir les pays dans ce processus de décision et leur fourniront une assistance technique pendant la période de l'abandon du VPO et, au besoin, pendant la phase d'introduction du VPI.

3. Stratégies d'abandon du VPO dans des conditions de sécurité :

Un document d'orientation sur la procédure à suivre pour garantir l'abandon du VPO dans des conditions de sécurité a déjà été élaboré et publié dans le Plan stratégique de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite 2004-2008. Il décrit les activités spécifiques qui devront être mises en œuvre, et notamment :

- l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage à l'échelle mondiale ;
- le confinement de tous les stocks de poliovirus détenus par des laboratoires et des fabricants de vaccins, y compris les souches Sabin ;
- l'homologation du VPO monovalent et la fabrication du VPI à partir de souches Sabin ;
- le maintien d'une surveillance et d'une capacité de laboratoire pour détecter les poliovirus dérivés d'une souche vaccinale qui pourraient circuler après l'abandon du VPO ;
- la création d'un stock mondial de VPO et la gestion des mécanismes d'utilisation de ce stock au cas où ce vaccin s'avère nécessaire après l'abandon de l'utilisation systématique du VPO.

En 2004, la plupart des activités de recherche en rapport avec l'abandon du VPO auront été menées à leur terme, y compris une analyse des options et stratégies possibles pour la constitution de stocks de vaccins. Des lignes directrices seront mises au point pour aider les gouvernements à prendre les décisions opportunes en la matière, passant en revue :

- a) les raisons justifiant l'abandon du VPO ;
- b) les risques de poliomyélite après l'abandon du VPO ;
- c) les exigences en matière de surveillance ;
- d) la constitution de stocks de VPO et les mesures à prendre en pareil cas ;
- e) les incidences de l'introduction du VPI.

Une troisième édition du Plan d'action mondial de l'OMS pour le confinement des poliovirus sauvages en laboratoire (GAP III) sera publiée.



Renforcement des services de vaccination systématique

L'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a été lancée avec le double objectif d'interrompre la transmission du poliovirus sauvage dans le monde et de contribuer au renforcement des systèmes de santé, et en particulier des services de vaccination systématique. Les étapes fixées pour les années 2001 à 2004 ont été revues par le Groupe consultatif technique pour l'éradication mondiale de la poliomyélite (TCG mondial) qui a mis l'accent sur trois aspects :

- 1) le renforcement de la vaccination systématique ;
- 2) le développement de la surveillance ;
- 3) l'amélioration de la gestion du partenariat.

Au cours de l'année 2003, les activités ont encore été axées sur le renforcement des services de vaccination dans les pays non endémiques ou d'endémicité récente. De gros progrès ont été accomplis dans l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie visant à atteindre tous les districts, qui préconise quatre types de mesure visant à améliorer les services de vaccination au niveau du district, à savoir :

- a) le rétablissement des services périphériques ;
- b) l'encadrement ;
- c) la création de liens entre la population et la fourniture de services ;
- d) le suivi et l'utilisation de données pour la planification et la gestion de ressources.

Cette stratégie, qui repose sur les données d'expérience dans la lutte contre la poliomyélite et préconise essentiellement l'utilisation des ressources humaines et matérielles de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, constitue un fondement solide pour le renforcement de la vaccination systématique. Le programme a collaboré avec l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI) ainsi qu'avec d'autres partenaires qui ont financé le renforcement des systèmes de vaccination au Bangladesh, en Ethiopie, au Pakistan, dans la République démocratique du Congo et au Soudan. Dans ces pays, le personnel recruté sur les fonds de la poliomyélite a collaboré à la planification, à la mise en œuvre et à la surveillance des activités visant à renforcer les systèmes de vaccination. La coordination entre toutes ces activités est assurée par le mécanisme des comités de coordination interinstitutionnels (CCI) qui avaient été créés à l'origine pour l'éradication de la poliomyélite, mais qui coordonnent maintenant toutes les activités de vaccination. Les principales caractéristiques de cette stratégie sont notamment l'adoption de plans pluriannuels du Programme élargi

de vaccination par les CCI (Angola et Ethiopie), l'extension du mandat et du champ d'activités du personnel recruté sur les fonds de la poliomyélite ou le recrutement de personnel national pour superviser et coordonner les activités du Programme élargi de vaccination (PEV) au niveau sous-national (Bangladesh et Ethiopie), la fourniture d'un encadrement lors des visites de surveillance de la PFA, l'utilisation du réseau de surveillance de la poliomyélite pour canaliser les données de surveillance, y compris celles qui se rapportent à la couverture au niveau du district, le suivi de la notification des données de surveillance des maladies prioritaires (Soudan) et le suivi de l'utilisation des fonds destinés au renforcement des systèmes de vaccination au niveau des provinces ou des districts.

En outre, les pays qui ont déployé des activités de vaccination supplémentaires pour lutter contre la rougeole (Ethiopie) ont aussi utilisé des fonctionnaires recrutés sur les fonds de la poliomyélite et affectés à la surveillance de la PFA pour planifier, mettre en œuvre et évaluer les activités. Dans bien des cas, la planification était liée à celle des activités de vaccination supplémentaires contre la poliomyélite, ce qui a permis de renforcer le lien entre l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite et d'autres activités de lutte contre des maladies.

Fin 2003, l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI), en collaboration avec l'OMS et l'UNICEF, a lancé un projet d'intensification des efforts dans les pays à forte population, en vertu duquel sept pays (Bangladesh, Ethiopie, Inde, Indonésie, Nigéria, Pakistan et République démocratique du Congo) déploient des efforts accrus pour renforcer les services de vaccination systématique. Plus de 35 millions d'enfants non vaccinés vivent dans ces pays et, en 2004, des fonds supplémentaires seront affectés au soutien du personnel et au renforcement de la vaccination pour garantir la mise en œuvre de la stratégie visant à atteindre tous les districts.

Le travail accompli en 2003 témoigne des progrès réalisés dans le renforcement des programmes de vaccination systématique grâce à l'utilisation de l'infrastructure de surveillance de la poliomyélite et à la collaboration avec d'autres organismes partenaires. En 2004, le personnel recruté par le programme d'éradication de la poliomyélite, et en particulier au niveau des provinces et des districts, continuera de jouer un rôle important dans la planification, la supervision et le suivi des activités entreprises pour renforcer les systèmes de vaccination. Dans les pays non endémiques ou d'endémicité récente, leur rôle a pu être accru sans compromettre le déroulement de la fonction essentielle qui consiste à maintenir le niveau de surveillance de la PFA nécessaire pour la certification.

Le nouveau Plan stratégique de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite 2004-2008 répond à la nécessité d'intégrer l'infrastructure mondiale d'éradication de la poliomyélite. Dans le cadre de la nouvelle approche stratégique, l'accent sera mis sur l'intensification des efforts actuellement déployés pour reconvertir ou intégrer l'important potentiel de ressources humaines, les infrastructures matérielles et les dispositions institutionnelles consacrées à la lutte contre la poliomyélite dans les activités de lutte, de surveillance et de riposte se rapportant à d'autres maladies et conserver les principaux avantages des investissements internationaux dans l'éradication de la poliomyélite. En outre, les activités d'éradication de la poliomyélite à long terme, en particulier dans les domaines du confinement, de la surveillance, de la constitution de stocks de VPO et de la riposte, seront pleinement intégrées aux mécanismes et aux structures nationales durables, ou à ceux de l'OMS et de l'UNICEF qui ont été créés pour lutter contre d'autres agents pathogènes importants. ■

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

<i>Pays</i>	<i>Effectifs</i>
Indemnes	
Angola	56
Bangladesh	98
Ethiopie	62
République démocratique du Congo	166
Somalie	159
Soudan	311
D'endémie	
Afghanistan	115
Inde	801
Nigéria	192
Pakistan	151

Expansion et intégration du système de surveillance de la PFA

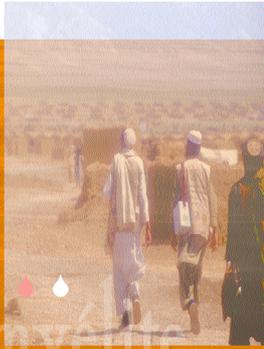
<i>Région</i>	<i>Nombre de pays disposant d'un système PFA</i>	<i>Nombre de pays ayant une politique confirmée d'intégration de la rougeole, du tétanos néonatal et/ou d'autres maladies</i>
AFR	46	28
AMR	44	44
EMR	22	22
EUR	39	2
SEAR	10	10
WPR	36	25



2003

Le financement de la lutte antipoliomyélitique

L'éradication de la poliomyélite



Le déficit de financement

La réponse de la communauté internationale

La communauté mondiale a réagi favorablement en apprenant la grave crise financière traversée par l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite au début de l'année 2003 en débloquant un total de plus de US \$200 millions entre mai 2003 et janvier 2004.

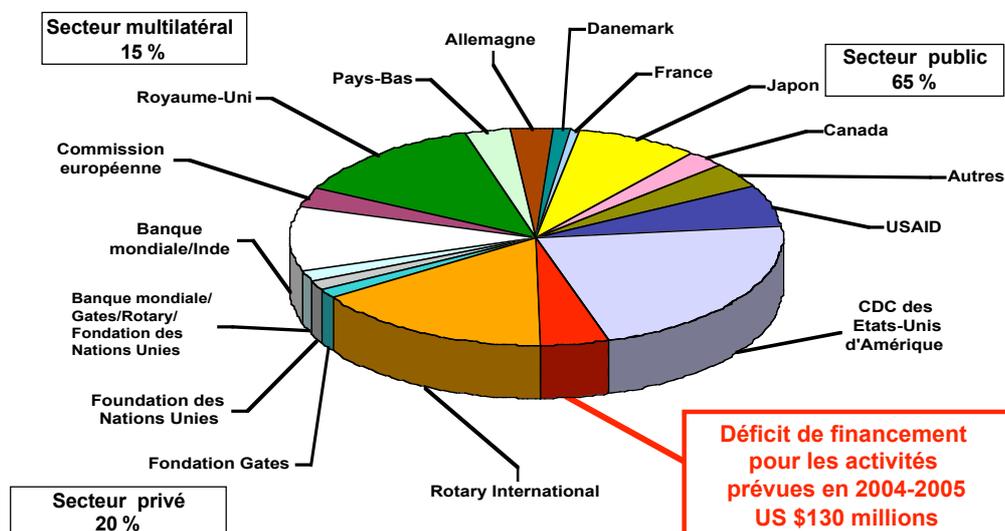
Malgré cet appui extrêmement encourageant, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite doit toujours faire face à un déficit budgétaire de l'ordre de US \$130 millions pour 2004 et 2005 (données disponibles en janvier 2004) alors que les dépenses représentées par les activités projetées pour interrompre la transmission à l'échelle mondiale s'élèvent à US \$765 millions. Ce déficit résulte d'une

augmentation de plus de US \$100 millions des dépenses du programme pour 2004-2005, nécessitée par les importations de poliovirus en Afrique occidentale et centrale et à l'intensification des activités de vaccination dans les pays prioritaires. Par conséquent, il importe maintenant de trouver un financement flexible sur plusieurs années pour couvrir le déficit de financement de US \$130 millions et pouvoir répondre aux besoins émergents du programme en temps opportun.

Fin 2003, avec l'assistance des principaux donateurs et grâce à de nouvelles campagnes d'appel de fonds, les dons annoncés ou confirmés se montant à un total de US \$635 millions devraient permettre de financer les activités en 2004-2005. Les principales contributions pour 2003 ont été reçues de la Banque mondiale, du Canada, de la Commission européenne, des Etats-Unis d'Amérique, de la Fédération de Russie, de la France, du Japon, de la Norvège, de Rotary International et du Royaume-Uni.

Déficit de financement Budget de US \$3 milliards, 1988-2005*

*données disponibles en janvier 2004



* Autres » inclut les gouvernements des pays suivants : Arabie saoudite, Australie, Belgique, Emirats arabes unis, Fédération de Russie, Finlande, Irlande, Italie, Luxembourg, Malaisie, Nouvelle-Zélande, Norvège, Oman, République de Corée, Suisse, ainsi que les organisations ci-après : Aventis, Banque interaméricaine de Développement, le budget ordinaire de l'OMS, les comités nationaux de l'UNICEF, De Beers, Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, Fondation de l'OEPE, Fonds du Millénaire, Programme Pétrole contre Nourriture, les ressources régulières de l'UNICEF, SmithKline Biologicals, la Société du Croissant-Rouge d'Arabie saoudite, la Société du Croissant-Rouge des Emirats arabes unis et Wyeth.

Toutes les informations relatives au financement sont communiquées en détail dans l'Estimation des ressources financières extérieures nécessaires pour 2004-2008 de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite.

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 avec succès une grande opération de collecte de fonds pour la poliomyélite auprès de ses membres. Le but de cette campagne était de recueillir US \$80 millions auprès de 1,2 million de Rotariens dans 163 pays pour aider à combler ce déficit de financement. Les Rotariens ont à nouveau répondu à cet appel avec une grande générosité et le montant des dons recueillis s'est élevé à US \$119 millions. Les résultats ont été annoncés lors de la Convention de Rotary International tenue à Brisbane (Australie) en juin. Depuis 1985, le Rotary a déjà versé plus de US \$500 millions pour financer des activités d'éradication mondiale de la poliomyélite. Lorsque le monde aura été certifié indemne de poliomyélite, les contributions du Rotary auront atteint US \$600 millions. Le Rotary a fait un geste encore plus important en mobilisant une impressionnante armée de bénévoles. Des centaines de milliers d'entre eux au niveau local fournissent une assistance dans les dispensaires ou sensibilisent l'opinion afin d'accroître la participation de la communauté aux activités de vaccination ou d'éradication de la poliomyélite.

Plan d'action du G8 pour l'Afrique

Lors du Sommet du G8 qui s'est tenu en juin 2003 à Evian (France), les dirigeants du G8 ont réaffirmé l'engagement qu'ils avaient pris au Sommet de Kananaskis (Canada) en 2002 de fournir des ressources suffisantes pour éradiquer la poliomyélite d'ici à 2005. En application de cet engagement, la France a annoncé un premier versement de US \$35,5 millions pour 2004-2006 et la Fédération de Russie s'est engagée à verser US \$4 millions pour 2003-2005.

Organisation de la Conférence islamique

Au Dixième Sommet de l'Organisation de la Conférence islamique, en octobre 2003, les États Membres ont adopté une résolution capitale dans laquelle la communauté internationale, les États Membres de l'Organisation et des institutions islamiques de bienfaisance sont invités à fournir une assistance financière en vue d'éradiquer la poliomyélite. Avec le ferme appui du Secrétariat de l'Organisation,

les partenaires de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite s'emploient actuellement à prendre contact avec tous les États Membres, et en particulier les pays du Conseil de Coopération du Golfe.

Le partenariat Banque mondiale/Fondation Gates/Rotary-Fondation des Nations Unies

La Banque mondiale s'est associée à la Fondation Bill et Melinda Gates, à Rotary International et à la Fondation des Nations Unies pour créer un mécanisme de financement novateur qui a permis de récolter US \$49 millions pour aider à combler les déficits de financement pour l'achat de VPO pour 2003-2005 au Nigéria et au Pakistan. Au titre de cette collaboration, la Fondation Gates et Rotary International/Fondation des Nations Unies rachètent les prêts accordés par la Banque mondiale aux gouvernements pour l'achat de VPO, ce qui a pour effet de convertir en subventions les prêts aux pays. Les vaccins sont achetés par l'intermédiaire de l'UNICEF.

Bailleurs de fonds

Allemagne

L'Allemagne a continué de tenir ses engagements à l'égard des programmes en Inde, en versant US \$8,8 millions pour l'achat de VPO.

Australie

En 2003, l'Australie a versé des contributions à hauteur de US \$1,5 million en faveur de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite pour des activités à l'échelle mondiale.

Aventis Pasteur

Aventis Pasteur, qui est le partenaire institutionnel le plus ancien de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, a offert au total 110 millions de doses de VPO. Il s'est en outre engagé à faire un don complémentaire de US \$1,41 million sous forme de doses de VPO.

Banque mondiale/Gouvernement indien

La Banque mondiale et le Gouvernement indien ont signé un accord portant sur un crédit de US \$83 millions pour financer des activités d'éradication de la poliomyélite en Inde.

Canada

En 2003, le Canada a fait un nouveau versement de US \$32,88 millions pour honorer l'engagement du G8 de fournir les ressources nécessaires pour éradiquer la poliomyélite en Afrique d'ici à 2005. Il demeure l'un des principaux donateurs de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, à laquelle il a déjà versé plus de US \$65 millions.



Centers for Disease Control and Prevention des Etats-Unis d'Amérique (CDC)

Outre leur rôle de partenaire technique principal de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, les CDC ont versé US \$87,20 millions pour financer 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 de produits de remplacement du VPO.

Comités nationaux de l'UNICEF

En 2003, le Comité national de l'UNICEF au Canada a versé un montant de US \$50 000 pour soutenir les activités en Haïti.

Commission européenne

La Commission européenne a versé une somme de US \$39 millions pour soutenir les activités d'éradication de la poliomyélite au Nigéria et en Inde. Ces fonds ont permis de couvrir les dépenses de fonctionnement des JNV et l'achat de vaccins.

Danemark

Le Danemark a versé US \$1,75 million à l'Inde pour soutenir ses efforts d'éradication de la poliomyélite, en complément des US \$30 millions qu'il a déjà versés sur six ans.

Department of International Development (DFID) du Royaume-Uni

Le DFID a continué de soutenir généreusement l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite en versant US \$53,5 millions en 2003. Ces fonds ont permis de financer des activités à l'échelle mondiale et une aide bilatérale à l'Inde, au Népal et à Myanmar. Le Royaume-Uni a continué à jouer un rôle essentiel en encourageant d'autres donateurs, y compris les gouvernements des pays du G8, à tenir leurs engagements et à fournir un soutien à l'Initiative.

Emirats arabes unis

Par l'intermédiaire de la Société du Croissant-Rouge, les Emirats arabes unis ont versé US \$200 000 pour des activités d'éradication de la poliomyélite en Iraq.

Fédération de Russie

Conformément à l'engagement du G8 de financer l'éradication de la poliomyélite, la Fédération de Russie s'est engagée à verser US \$ quatre millions sur trois ans et elle a versé la première tranche de US \$ un million en 2003.

Finlande

La Finlande a versé US \$80 000 pour le laboratoire finlandais de référence pour la poliomyélite.

Fondation Bill et Melinda Gates

La Fondation a collaboré avec Rotary International dans le cadre d'un partenariat spécial entre le secteur public et le secteur privé, aux côtés de la Banque mondiale et de la Fondation des Nations Unies, pour approvisionner le Nigéria et le Pakistan en VPO. Elle avait déjà fait un don de US \$50 millions à l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite.

Fondation des Nations Unies

La Fondation des Nations Unies a continué de contribuer généreusement au renforcement de la capacité de mobilisation de fonds de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. Elle a également collaboré à la campagne organisée par Rotary International auprès du secteur privé et s'est associée au partenariat Banque mondiale/Gates/Rotary-Fondation des Nations Unies constitué en vue d'investir dans la lutte contre la poliomyélite.

Fonds des Etats-Unis pour l'UNICEF – Campagne de Halloween

La campagne de Halloween pour l'UNICEF, organisée par le Fonds des Etats-Unis pour l'UNICEF, a rapporté une somme de US \$ trois millions.

France

Pour honorer l'engagement du G8 de fournir des ressources financières pour l'éradication de la poliomyélite, la France s'est engagée à verser un montant de US \$35,5 millions à l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite pour financer des activités d'éradication en Afrique pour la période 2004-2006.

Irlande

L'Irlande a versé des fonds sans objet désigné d'un montant de US \$900 000 pour l'éradication de la poliomyélite.

Italie

En complément de la contribution de US \$ un million qu'elle a déjà versée à l'Inde pour soutenir ses activités d'éradication de la poliomyélite, l'Italie a déboursé un montant de US \$300 000 pour financer des activités à l'échelle mondiale et pour soutenir des activités au Soudan et en Somalie.

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 2003, ce qui porte sa contribution totale à plus de US \$230 millions. 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

La Norvège a continué de soutenir les activités d'éradication à l'échelle mondiale par une contribution à objet non désigné d'un montant de US \$ sept millions en 2003.

Nouvelle-Zélande

La Nouvelle-Zélande a versé US \$ un million à l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite par l'intermédiaire du Rotary, de l'OMS et de l'UNICEF pour soutenir des activités à l'échelle mondiale.

Pays-Bas

En complément des US \$110 millions qu'ils ont versés en 2000-2001 pour financer des activités à l'échelle mondiale, les Pays-Bas ont soutenu le système de surveillance de la PFA au Bangladesh.

Rotary International

Rotary International, le principal bailleur de fonds privé de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, a continué de s'acquitter de son exceptionnel engagement en versant US \$25 millions en 2003 à des pays de toutes les Régions d'endémie restantes et en organisant une campagne de collecte de fonds qui a permis de récolter US \$119 millions. Le montant total des contributions de Rotary

International à l'Initiative depuis 1985 a ainsi dépassé les US \$500 millions et devrait atteindre US \$600 millions lorsque le monde aura été certifié indemne de poliomyélite. Le Rotary a également établi une collaboration financière avec la Banque mondiale, la Fondation Bill et Melinda Gates et la Fondation des Nations Unies pour aider à combler le déficit de financement pour l'achat de VPO en 2003-2005 au Nigéria et au Pakistan.

USAID

L'USAID a continué de soutenir les activités d'éradication mondiale de la poliomyélite en versant US \$27,5 millions en 2003. L'USAID est le principal bailleur de fonds du réseau mondial de laboratoires de lutte antipoliomyélitique et finance les activités du 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 et sensibilisé l'opinion afin d'accroître la participation de la communauté.

Wyeth

Le laboratoire pharmaceutique Wyeth est entré dans la deuxième année de sa deuxième promesse de contribution de US \$ un million pour soutenir le Réseau régional africain de laboratoires de lutte antipoliomyélitique. ■

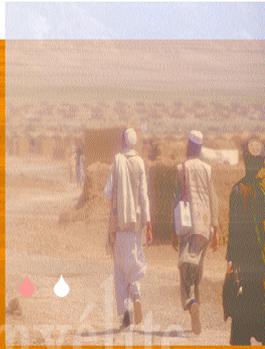


2003



Sensibilisation

L'éradication de la poliomyélite



► ► Engagement financier du G8

Lors du Sommet d'Evian (France), les dirigeants du G8 ont réaffirmé les déclarations qu'ils avaient faites au Sommet de Kananaskis (Canada), en 2002, en faveur d'un monde libéré de la poliomyélite et se sont engagés à fournir des ressources suffisantes pour débarrasser l'Afrique de la poliomyélite. A ce jour, seuls le Canada, les Etats-Unis d'Amérique, la Fédération de Russie, la France et le Japon ont honoré les engagements qu'ils ont pris en tant que membres du G8.

► ► L'Union africaine adopte une résolution en vue d'éradiquer la poliomyélite

Lors du Sommet de l'Union africaine tenu à Maputo (Mozambique) en juillet, les Etats Membres ont adopté à l'unanimité une résolution dans laquelle ils s'engagent à faire le nécessaire pour éradiquer la poliomyélite et s'efforcer de protéger définitivement tous les enfants africains contre cette maladie invalidante.

► ► L'Organisation de la Conférence islamique s'engage à faire le nécessaire pour stopper la poliomyélite

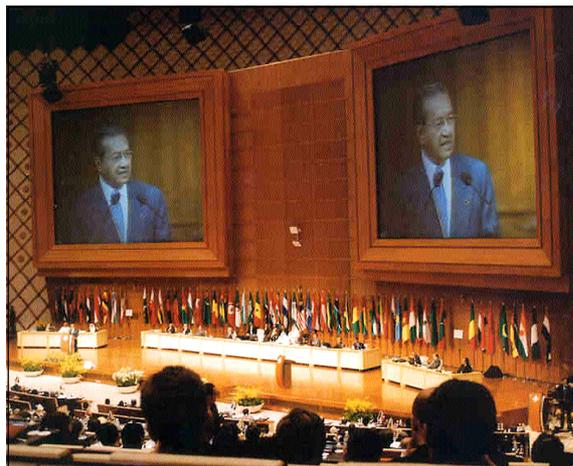


Photo : © Dr Wang, Division du protocole au Ministère des Affaires étrangères de Malaisie

Les chefs d'Etat de 57 pays ont adopté la nouvelle résolution, qui a été présentée par le Gouvernement malais et d'autres membres de l'Organisation de la Conférence islamique le dernier jour de la dixième session de la Conférence islamique au sommet à Putrajaya (Malaisie).

Les Etats Membres de l'Organisation de la Conférence islamique, au nombre desquels figurent cinq des six pays d'endémie restants, ont reconnu l'importance d'interrompre la transmission du poliovirus sauvage lors de la dixième session de la Conférence islamique, au sommet tenu en Malaisie en octobre, et adopté à l'unanimité une résolution visant à éradiquer la poliomyélite de ses Etats Membres. Cinquante-deux des 57 Etats Membres de l'Organisation sont déjà indemnes.

► ► Le prince de Galles soutient l'Inde dans son combat contre la poliomyélite



Photo : © Kiron Pasricha

Le Dr Jay Wenger, (OMS), explique au prince de Galles l'intérêt de l'utilisation du VPO lors d'une campagne nationale de vaccination organisée à Kutail Gamri (Inde).

Le 31 octobre, S. A. S. le prince de Galles s'est rendu dans un village du nord de l'Inde pour assister à des séances de vaccination antipoliomyélique dans le cadre de la campagne nationale d'éradication de la poliomyélite, qui s'est donnée pour cible la fin 2004. La visite du prince à Kutail Gamri, dans l'Etat de Haryana, a eu pour effet d'attirer l'attention sur l'importance de ces campagnes de vaccination.

▶▶ **Le nouveau Directeur général de l'OMS intensifie les activités d'éradication de la poliomyélite à l'échelle mondiale**



Photo : © OMS/P. Virat

Le Dr LEE Jong-Wook, nouveau Directeur général de l'OMS, associé de longue date à la lutte contre la poliomyélite.

A peine entré en fonctions, le nouveau Directeur général de l'OMS, le Dr LEE Jong-wook, a annoncé son intention d'accélérer sans tarder l'action mondiale d'éradication de la poliomyélite, qu'il considère comme une priorité des plus urgentes. « Je veux que cette maladie disparaisse une bonne fois pour toutes » a-t-il déclaré, en annonçant qu'il allait immédiatement renforcer la capacité de l'OMS de venir en aide aux pays d'endémie restants dans les efforts qu'ils déploient pour vacciner tous les enfants contre la poliomyélite. Le Bureau du Dr LEE supervise directement les activités d'éradication de la poliomyélite ; le Dr David Heymann, qui a dirigé l'équipe ayant mis fin à la flambée de SRAS, a été nommé Représentant du Directeur général pour l'éradication de la poliomyélite.

▶▶ **Des milliers de membres du Rotary donnent de leur temps pour protéger les enfants contre la poliomyélite**

Les Rotariens du monde entier ont continué à donner de leur temps et de leurs ressources personnelles en faveur d'un monde sans poliomyélite. Des milliers de membres du Rotary Club, dont certains venaient des Etats-Unis d'Amérique, du Canada, d'Europe et d'Australie, ont rejoint leurs homologues en Inde et en Afrique de l'Ouest pour les aider à vacciner plus de 200 millions d'enfants contre la poliomyélite.

Dave Groner, membre du Rotary du Michigan (Etats-Unis d'Amérique), a dirigé une équipe de quelque 200 bénévoles venus des Etats-Unis d'Amérique et du Canada, qui s'est déployée dans diverses villes de l'Etat d'Uttar Pradesh (Inde). Il a déclaré qu'il avait été très ému devant les mères des enfants vaccinés : « Elles semblent vous dire merci avec les yeux. Cette expérience extraordinaire m'a appris le sens de ma



Photo : © J.-M. Gibaux, Rotary International

M. Dave Groner, rotarien, vaccine des enfants dans l'Uttar Pradesh (Inde).

propre existence. » Jonathan Majiyagbe, Président de Rotary International et résident de Kano (Nigéria) a déclaré : « Le dévouement dont font preuve les membres du Rotary est non seulement exemplaire, c'est aussi une composante fondamentale de notre combat contre la poliomyélite. »

▶▶ **Le Président du Pakistan assume lui-même la supervision du dernier assaut contre la poliomyélite au Pakistan**

Le général Pervez Musharraf, Président du Pakistan, a annoncé qu'il s'occuperait lui-même de surveiller l'assaut final en vue d'éradiquer la poliomyélite au



Photo : © OMS/EMRO

Le Dr Hussein A. Gezairy, Directeur du Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, en visite chez le général Pervez Musharraf, Président du Pakistan, à Rawalpindi, le 12 septembre 2003.

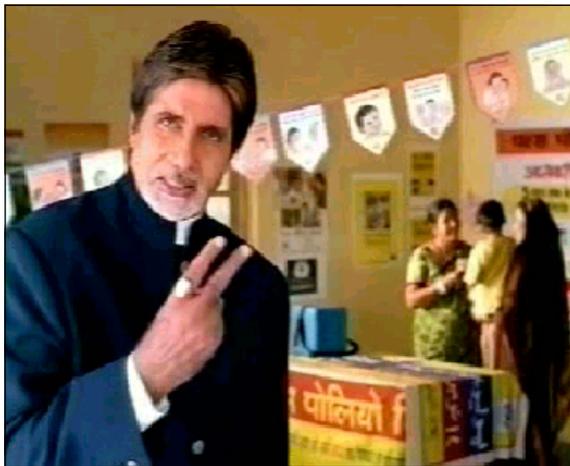
Pakistan, lors d'une réunion avec le Dr Hussein A. Gezairy, Directeur du Bureau régional de l'OMS pour



la Méditerranée orientale. Le président Musharraf a demandé aux gouverneurs, aux principaux ministres, aux nazims de district et à tous les fonctionnaires du pays de faire en sorte que la poliomyélite soit éradiquée du Pakistan et que tous les enfants soient protégés contre cette maladie une fois pour toutes.

▶ ▶ **La célèbre vedette du cinéma indien Amitabh Bachchan milite contre la poliomyélite en tant qu'ambassadeur itinérant de l'UNICEF**

Amitabh Bachchan, grande vedette du cinéma indien, a appelé l'attention sur les activités d'éradication de la poliomyélite en tant qu'ambassadeur itinérant de l'UNICEF. M. Bachchan est extrêmement populaire dans son pays et son soutien à l'éradication de la



Spots de télévision représentant la vedette du cinéma indien Amitabh Bachchan en train de sensibiliser le public aux activités de lutte contre la poliomyélite en Inde.

poliomyélite a joué un rôle déterminant dans les progrès rapides réalisés tout au long de l'année. « L'Inde est plus proche que jamais de la cible de l'éradication de la poliomyélite » a déclaré M. Bachchan. « Finissons-en et débarrassons notre pays de cette terrible maladie pour toujours. »

▶ ▶ **Un photographe de renommée mondiale continue de militer pour la lutte contre la poliomyélite**

M. Sebastião Salgado, photographe mondialement célèbre, a continué de militer en faveur d'un monde sans poliomyélite tout au long de l'année 2003. Les photographies de M. Salgado ont été publiées dans plusieurs journaux et magazines et ont fait l'objet de plusieurs expositions. M. Salgado a aussi publié un ouvrage intitulé *The End of Polio: A Global Effort to End a Disease*, une chronique émouvante et instructive de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite.

▶ ▶ **Mme Carol Bellamy, Directeur général de l'UNICEF**

En 2003, Mme Carol Bellamy, Directeur général de l'UNICEF, a continué de faire de l'éradication de la poliomyélite une priorité pour l'UNICEF. Cette maladie a été le thème principal de ses visites dans les pays d'endémie comme le Nigéria et le Pakistan, où elle a participé à des JNV et s'est entretenue avec les représentants des gouvernements, des responsables religieux et des chefs traditionnels pour examiner les résultats de la campagne de vaccination. Dans son discours d'orientation aux chefs d'Etat lors du Sommet de l'ACEDAO au Ghana, elle a souligné l'urgence de mettre fin à la propagation de la poliomyélite sur le continent africain. Elle a aussi demandé instamment à d'autres responsables mondiaux de s'impliquer davantage dans les activités d'éradication de la poliomyélite, et notamment à M. Kofi Annan, Secrétaire général de l'ONU, à son Conseiller spécial pour l'Afrique, le Professeur Ibrahim Gambari, et à M. Boutros Boutros-Ghali, ancien Secrétaire général de l'ONU.

▶ ▶ **Début prometteur pour l'année 2004 : les ministres de la santé lancent l'assaut final contre la poliomyélite en vue d'éradiquer cette maladie d'ici à la fin de l'année**

Lors d'une réunion de haut niveau organisée à l'OMS à Genève le 15 janvier 2004, les ministres de la santé



Photo : © OMS/P. Vivat

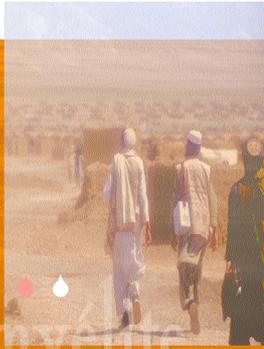
Le Professeur Eytayo Lambo, Ministre nigérian de la Santé, signe la Déclaration de Genève pour l'éradication de la poliomyélite.

des derniers pays d'endémie se sont engagés à éradiquer la poliomyélite d'ici à la fin 2004 et ont dévoilé un audacieux programme visant à vacciner en plusieurs fois 250 millions d'enfants contre la poliomyélite dans le cadre d'une série de campagnes de vaccination de masse intensifiées. Les ministres se sont engagés publiquement à faire le nécessaire pour que la poliomyélite soit éradiquée en 2004, en signant la *Déclaration de Genève pour l'éradication de la poliomyélite*. ■

2003

L'avenir : Plan stratégique 2004-2008

L'éradication de la poliomyélite



L'un des principaux projets de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite en 2003 a été l'élaboration d'un nouveau Plan stratégique pour 2004-2008, dont l'adoption se justifie par le revirement tactique adopté en 2003 visant à concentrer les ressources disponibles sur les zones d'endémie et à haut risque, la modification de l'échéance fixée pour la certification mondiale et la base de connaissances accrue à partir de laquelle il est possible d'élaborer une politique de vaccination antipoliomyélitique pour la période suivant l'éradication mondiale.

Le nouveau Plan stratégique met l'accent sur les quatre objectifs ci-après :

1. l'interruption de la transmission du poliovirus ;
2. l'avènement de la certification de l'éradication mondiale de la poliomyélite ;
3. l'élaboration de produits de remplacement du VPO ;
4. l'intégration de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite.

Le Plan stratégique de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite 2004-2008 remplace et réactualise le Plan stratégique 2001-2005 et, partant, remplace aussi le calendrier précédent qui avait été fixé à l'origine pour 2001 à 2005 (voir ci-après le calendrier du nouveau Plan stratégique, pour chacun des quatre objectifs du Plan). Les principaux éléments susceptibles de faire obstacle au respect du calendrier fixé sont la transmission continue du poliovirus sauvage dans l'un des six derniers pays d'endémie et la fréquence accrue des flambées de poliomyélite due à des poliovirus dérivés d'une souche vaccinale.

Pour pouvoir mettre en œuvre l'ensemble des activités prévues dans le Plan stratégique, l'Initiative doit pouvoir continuer de compter sur l'appui technique d'un partenariat solide pour l'éradication de la poliomyélite et sur la générosité de la communauté internationale des bailleurs de fonds. ■



Plan stratégique de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite 2004-2008*

Estimation des ressources financières extérieures nécessaires pour 2004-2008**

* Disponible sous forme électronique à l'adresse www.polioeradication.org ; des exemplaires imprimés peuvent être obtenus sur demande en s'adressant à polioepi@who.int.

** L'estimation des ressources financières extérieures nécessaires pour 2004-2008 de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite décrit les ressources nécessaires pour mettre en œuvre l'ensemble des activités. Ce document peut aussi être consulté sous forme électronique à l'adresse : www.polioeradication.org ; il est possible d'en obtenir un exemplaire imprimé en s'adressant à polioepi@who.int.



Plan stratégique de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite 2004-2008

Objectifs et étapes

Objectif 1:

Interrompre la transmission du poliovirus

Indicateurs et étapes

Indicateurs	Étapes				
	2004	2005	2006	2007	2008
Nombre de pays d'endémie	5	1*	0	0	0
Pourcentage des activités de vaccination supplémentaires prévues mises en œuvre dans les zones indemnes de poliomyélite à haut risque	100 %	100 %	100 %	ND	ND
Pourcentage des pays ayant atteint les cibles de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI) pour le DTC3/VPO3**	30 %	40 %	50 %	60 %	70 %
Pourcentage des campagnes de ratisage d'urgence entreprises dans les quatre semaines suivant la confirmation d'un cas	80 %	90 %	100 %	100 %	100 %
Pourcentage des pays non certifiés disposant d'une surveillance du niveau de la certification	85 %	90 %	100 %	100 %	100 %

* Fin 2003, l'un de ces pays est particulièrement exposé au risque de ne voir cesser la transmission que durant le premier semestre de 2005.

** Sur la base du taux de progrès qui serait nécessaire pour atteindre la cible fixée par l'Alliance : en 2010 au plus tard, tous les pays auront atteint un taux de couverture par la vaccination systématique de 90 % à l'échelle nationale et d'au moins 80 % dans chaque district.

Objectif 2:

Réaliser la certification de l'éradication mondiale de la poliomyélite

Indicateurs et étapes

Indicateurs	Étapes				
	2004	2005	2006	2007	2008
Pourcentage des pays non certifiés qui exercent une surveillance du niveau requis pour la certification	85 %	90 %	100 %	100 %	100 %
Pourcentage des échantillons de PFA traités dans un laboratoire agréé par l'OMS	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Pourcentage des pays dont les laboratoires ont achevé les différentes étapes du bioconfinement	50 % (phase I)	75 % (phase I)	100 % (phase I)	100 % (phase II)	100 % (phase II+)
Pourcentage des fabricants qui produisent des VPI de type sauvage dans des conditions de sécurité biologique renforcées de niveau 3 (BSL-3/polio)	ND	ND	ND	60 %	100 %
Pourcentage des pays ayant soumis une documentation finale de certification	60 % (certification régionale)	70 % (certification régionale)	85 % (certification régionale)	100 % (certification régionale)	100 % (certification mondiale)

Objectif 3 :**Elaboration de produits susceptibles de remplacer le VPO à l'échelle mondiale****Indicateurs et étapes**

Indicateurs	Etapes				
	2004	2005	2006	2007	2008
Abandon du VPO pour la vaccination systématique	Lignes directrices et consultations sur les options « post-VPO »	Introduction de stratégies locales pour réduire le risque de poliovirus dérivés d'une souche vaccinale	Consolidation de la stratégie d'abandon du VPO et des décisions nationales concernant le VPI	Introduction des protocoles concernant les mesures à prendre en cas de poliovirus dérivés d'une souche vaccinale après l'abandon du VPO	Achèvement de l'introduction de politiques de vaccination à long terme
Détection et notification immédiate des poliovirus circulants	Définition des stratégies afin de détecter rapidement les virus circulants	Evaluation de la faisabilité de l'incorporation au RSI/GOARN*	Incorporation de la surveillance de la poliomyélite au RSI/GOARN*	Début de l'échantillonnage de l'environnement (le cas échéant)	Achèvement de la mise au point d'instruments supplémentaires de surveillance (le cas échéant)
Constitution de stocks de vaccins antipoliomyélitiques et mesures d'urgence	Harmonisation de la gestion des stocks de tous les vaccins (fièvre jaune, méningite, variole)	Définition des dimensions des stocks de VPO, de VPI et de VPO trivalents pour la période post-VPO	Homologation de deux fournisseurs de VPOm au minimum	Etablissement des contrats pour les stocks de VPOm	Début de la constitution des stocks de VPOm
Confinement à long terme des stocks de poliovirus	Recherche et consultation sur les besoins pour la phase d'abandon du VPO à l'échelle mondiale	Publication de la troisième édition du Plan d'action mondial (GAP III)	Harmonisation avec les procédures de sécurité pour des agents pathogènes similaires	Homologation d'au moins un produit VPI dérivé de souches Sabin	Début de la mise en œuvre et de la vérification du Plan d'action mondial (GAP III)

* RSI = Règlement sanitaire international ; GOARN = Réseau mondial OMS d'alerte et d'action en cas d'épidémie.

Objectif 4 :**Intégration de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite****Indicateurs et étapes**

Indicateurs	Etapes				
	2004	2005	2006	2007	2008
Pourcentage des pays, considérés comme prioritaires par l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI) et par l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, qui mettent en œuvre des plans intégrés	25 %	50 %	75 %	100 %	100 %
Pourcentage des pays ayant une procédure de notification intégrée ou élargie de la PFA, selon le cas (en particulier pour la rougeole et le tétanos néonatal)	50 %	75 %	100 %	100 %	100 %
Pourcentage des pays ayant un CCI et, éventuellement, un groupe de conseil technique (TAG) soutenu par l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI)	25 %	50 %	75 %	100 %	100 %
Proportion des « ressources humaines » financées par le programme de lutte antipoliomyélitique qui travaillent officiellement pour des programmes de lutte contre plusieurs maladies	25 %	50 %	75 %	90 %	100 %
Pourcentage des pays dans lesquels la lutte contre la poliomyélite est entièrement intégrée à la lutte contre la rougeole	50 %	75 %	100 %	100 %	100 %



Abréviations

AFR	Région africaine de l'OMS
AMR	Région OMS des Amériques
BSL	Biosafety Level (niveau de sécurité biologique)
CCI	Comité de coordination interinstitutionnel
CDC	Centers for Disease Control and Prevention des Etats-Unis d'Amérique
DFID	Department for International Development du Royaume-Uni
DTC	Diphtérie-tétanos-coqueluche
EMR	Région OMS de la Méditerranée orientale
EUR	Région européenne de l'OMS
FNU	Fondation des Nations Unies
GAP II	Troisième édition du Plan d'action mondial de l'OMS pour le confinement des poliovirus sauvages en laboratoire
GAVI	Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination
GOARN	Réseau mondial OMS d'alerte et d'action en cas d'épidémie
JLV	Journée locale de vaccination
JNV	Journée nationale de vaccination
ND	Non disponible
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PEV	Programme élargi de vaccination
PEA	Paralysie flasque aiguë
RSI	Règlement sanitaire international
SEAR	Région OMS de l'Asie du Sud-Est
TAG	Groupe de conseil technique
TCG	Groupe consultatif technique pour l'éradication mondiale de la poliomyélite
VPI	Vaccin antipoliomyélitique inactivé
VPO	Vaccin antipoliomyélitique oral
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
WPR	Région OMS du Pacifique occidental

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



OMS



unicef 

Situation en
2003

L'Éradication de la poliomyélite
2003

Organisation mondiale de la Santé
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