



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

**2004-2008**



OMS



unicef

Partenaires de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

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

1. Poliomyélite antérieure aiguë - prévention et contrôle 2. Vaccin antipoliomyélitique Sabin - ressources et distribution 3. Programmes de vaccination - organisation et administration  
4. Planification stratégique I.Titre.

**ISBN 92 4 259117 3**  
**(Classification NLM : WC 556)**

**© 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 2476 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; adresse électronique : [bookorders@who.int](mailto:bookorders@who.int)). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées à l'unité Publications, à l'adresse ci-dessus (télécopie : +41 22 791 4806 ; adresse électronique : [permissions@who.int](mailto:permissions@who.int)).

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

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

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

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

**2004–2008**

# Table des matières

Sigles et acronymes	3
<b>1</b> Résumé	4
<b>2</b> Historique	6
<b>3</b> But	8
<b>4</b> Objectifs et étapes	9
4.1 Objectif N° 1 : Interrompre la transmission du poliovirus	9
4.2 Objectif N° 2 : Parvenir à la certification de l'éradication mondiale de la poliomyélite	18
4.3 Objectif N° 3 : Mettre au point des produits pour la phase d'arrêt de la vaccination par le VPO dans le monde	24
4.4 Objectif N° 4 : Intégrer l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite	29
<b>5</b> Enjeux généraux	34
5.1 Volonté et engagement politiques	34
5.2 Financement extérieur	34
5.3 Vaccins antipoliomyélitiques de qualité	35
5.4 Pays et zones en proie à un conflit	35
5.5 Information et mobilisation sociale	35
5.6 Confinement biologique	36
<b>6</b> Le rôle des partenaires	37
6.1 Gouvernements	37
6.2 Partenaires principaux	37
6.3 Donateurs et partenaires techniques	38
6.4 Organisations humanitaires internationales et organisations non gouvernementales	39
6.5 Fabricants de vaccin	40
<b>7</b> 2009 et au-delà - la phase d'arrêt de la vaccination par le VPO dans le monde	41

# S i g l e s e t a c r o n y m e s

<b>ACDI</b>	Agence canadienne de Développement international
<b>CDC</b>	Centers for Disease Control and Prevention des Etats-Unis d'Amérique
<b>DFID</b>	Department for International Development (Royaume-Uni)
<b>JICA</b>	Agence japonaise de Coopération internationale
<b>JLV</b>	Journées locales de vaccination
<b>JLVi</b>	Activités intensifiées à l'occasion des Journées locales de vaccination
<b>JNV</b>	Journées nationales de vaccination
<b>JNVi</b>	Activités intensifiées à l'occasion des journées nationales de vaccination
<b>KfW</b>	Kreditanstalt für Wiederaufbau (Allemagne)
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la Santé
<b>ONG</b>	Organisations non gouvernementales
<b>PDSV</b>	Poliovirus dérivé d'une souche vaccinale
<b>PFA</b>	Paralysie flasque aiguë
<b>UNICEF</b>	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
<b>USAID</b>	United States Agency for International Development
<b>VPI</b>	Vaccin antipoliomyélitique inactivé
<b>VPO</b>	Vaccin antipoliomyélitique oral
<b>VPOm</b>	Vaccin antipoliomyélitique oral monovalent

**À** la fin de 2003, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, l'entreprise la plus importante lancée jusqu'ici dans le domaine de la santé publique internationale, avait permis d'éliminer la maladie dans tous les pays sauf six<sup>1</sup>. Près de cinq millions d'enfants qui seraient paralysés si l'Initiative n'avait pas été lancée peuvent aujourd'hui marcher et la distribution de vitamine A à l'occasion des campagnes de vaccination antipoliomyélitique a également permis d'éviter 1,25 million de décès d'enfants.

Le monde entier profitera largement de l'éradication de la poliomyélite d'un point de vue financier mais aussi sur le plan humanitaire par rapport aux coûts qu'impliquaient le traitement et la réadaptation. Selon les décisions nationales qui seront prises concernant l'utilisation ultérieure des vaccins antipoliomyélitiques, les économies ainsi réalisées pourraient dépasser US \$1 milliard par an.

Le Plan stratégique de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite 2004-2008<sup>2</sup> présente les activités nécessaires pour interrompre la transmission du poliovirus (en 2004-2005), parvenir à une certification mondiale de l'éradication et intégrer l'Initiative (2006-2008) et prépare la phase d'interruption mondiale de la vaccination par le vaccin antipoliomyélitique oral (VPO) (2009 et au-delà). Ce Plan reflète les principales révisions tactiques introduites en 2003 pour interrompre les dernières chaînes de transmission, le calendrier révisé de la certification et la décision d'arrêter la vaccination par le VPO au niveau mondial le plus rapidement possible après la certification.

Sur les quatre objectifs énoncés dans le Plan, l'objectif primordial est l'interruption rapide de la transmission dans les six derniers pays d'endémie. L'élimination de ces réservoirs en 2004-2005 constitue désormais un enjeu urgent de santé publique internationale, car l'arrêt des campagnes de vaccination de masse dans la plupart des pays libérés de la poliomyélite entraîne une vulnérabilité croissante face à l'importation du poliovirus. L'objectif N° 1 du Plan indique les

activités de vaccination supplémentaires, ainsi que les activités de vaccination systématique et de surveillance nécessaires pour parvenir à l'éradication et protéger l'investissement consenti dans les zones exemptes de poliomyélite. On se préoccupe particulièrement de l'intensification des activités de vaccination supplémentaires visant à améliorer la qualité et à protéger chaque enfant. Le Plan met l'accent sur les trois pays regroupant plus de 95 % des cas en 2003 : le Nigéria, l'Inde et le Pakistan. Il est reconnu toutefois que, avec la réduction de la transmission en Inde et au Pakistan à fin 2003, les risques posés pour l'éradication mondiale concernent de plus en plus le Nigéria. Le renvoi des activités d'éradication dans des zones clés de ce pays en 2003 a conduit à un accroissement marqué du nombre d'enfants nigériens paralysés par la poliomyélite et à la réinfection d'au moins cinq pays voisins. Pour saisir l'occasion étroite qui se présente actuellement d'éradiquer la poliomyélite, il faut que les dirigeants des zones d'endémie veillent à ce que chaque enfant soit vacciné lors des activités de vaccination supplémentaires intensifiées qui auront lieu en 2004.

Les objectifs N° 2 et N° 3 du Plan présentent les activités à entreprendre pour certifier que le monde est exempt de poliomyélite et préparer la phase de l'interruption mondiale de la vaccination par le VPO qui suivra. Le processus et les critères de certification ayant été validés dans trois Régions de l'OMS, l'objectif N° 2 vise à améliorer la qualité de la surveillance (surtout dans les 19 pays où la surveillance n'atteint pas encore le niveau requis pour la certification), inverser la tendance à la dégradation de la sensibilité de la surveillance dans les Régions déjà certifiées et mener à bien la deuxième phase du Plan d'action mondial de l'OMS pour le confinement des poliovirus sauvages en laboratoire. L'objectif N° 3 précise les conséquences de la décision prise en 2003 d'interrompre la vaccination par le VPO après la certification mondiale. Même si le VPO trivalent continuera d'être le vaccin préféré pour la vaccination systématique jusqu'en 2008, le Plan indique ce qui reste à faire pour mettre au point les produits spécifiques nécessaires pour faciliter une interruption sans

<sup>1</sup> Les pays qui restaient touchés par la transmission du poliovirus sauvage autochtone en 2003, classés par ordre décroissant selon le nombre de cas, étaient les suivants : Nigéria, Inde, Pakistan, Niger, Afghanistan et Egypte.

<sup>2</sup> Ce plan remplace et met à jour le Plan stratégique de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite 2001-2005. Document de l'OMS WHO/Polio/00.05.

danger de la vaccination par le VPO. Ces produits sont notamment les suivants : une troisième édition du Plan d'action mondial de l'OMS pour le confinement des poliovirus sauvages en laboratoire (précisant les exigences à long terme concernant le poliovirus sauvage, les poliovirus dérivés d'une souche vaccinale et les souches Sabin), les stocks de VPO monovalent (VPOm), le vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI) produit à partir de la souche Sabin (VPI-S) et des vaccins associés appropriés contenant le VPI. Le Plan envisage également la mise au point de dispositifs nécessaires pour que les pays qui souhaitent obtenir ces produits ou en ont besoin y aient accès d'ici à 2008.

Dernier objectif du plan, l'objectif N° 4 concerne les activités nécessaires pour intégrer les ressources humaines, l'infrastructure matérielle et les arrangements institutionnels considérables mis sur pied pour l'éradication de la poliomyélite à des programmes de lutte, de surveillance et d'intervention portant sur d'autres maladies, ainsi qu'à assurer la transition à cette fin. L'objectif précise également le programme de travail nécessaire pour intégrer les activités d'éradication de la poliomyélite à poursuivre indéfiniment (c'est-à-dire la surveillance, le maintien de stocks et le confinement) dans les structures et mécanismes existants au niveau national ou au niveau de l'OMS et de l'UNICEF pour gérer les

risques liés à d'autres agents pathogènes dangereux soumis à des normes de haute sécurité biologique.

Les risques les plus importants à affronter pour les différentes étapes annuelles du Plan sont la poursuite de la transmission du poliovirus sauvage dans un ou plusieurs des six pays d'endémie restants et une fréquence accrue des flambées de poliomyélite dues à des poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale. Pour mener à bien toutes les activités prévues dans le Plan, il faudra maintenir l'appui technique dans le cadre d'un partenariat étroit, trouver les US \$150 millions qui manquent pour interrompre la transmission du poliovirus et identifier des fonds pour le budget de US \$380 millions en vue de la certification mondiale et de l'intégration de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite.

L'Estimation des ressources financières extérieures nécessaires pour 2004-2008 de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite indique les montants nécessaires pour appliquer le Plan stratégique de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite 2004-2008<sup>3</sup> et les répercussions financières des principaux risques pouvant entraver la réalisation des étapes annuelles du Plan. □

<sup>3</sup> WHO/UNICEF Global Polio Eradication Initiative Estimated External Financial Resource Requirements 2004-2008.

# Historique

**E**n 1988, l'Assemblée mondiale de la Santé, qui réunit chaque année les ministres de la santé de tous les Etats Membres de l'Organisation mondiale de la Santé, a décidé de lancer une action mondiale pour éliminer la poliomyélite. Grâce à l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, la plus vaste entreprise lancée à ce jour dans le domaine de la santé publique internationale, la maladie avait disparu fin 2003 de tous les pays sauf six, et moins de 1 000 enfants se sont retrouvés cette même année paralysés du fait de la maladie. Chose plus remarquable encore, près de cinq millions d'enfants qui auraient été paralysés si l'Initiative n'avait pas été lancée pouvaient marcher et 1,25 million de décès d'enfants avaient pu être évités grâce à la distribution de vitamine A dans le cadre des campagnes de vaccination antipoliomyélitique.

La décision prise au niveau international d'éliminer cette maladie aux conséquences catastrophiques se fondait sur des faits probants en provenance de la Région OMS des Amériques qui

démontraient la possibilité technique de cet objectif, ainsi que sur l'appui politique et social manifesté plus particulièrement par la volonté de l'organisation de services Rotary International de mobiliser des ressources financières et de plaider en faveur de l'éradication de la poliomyélite. Au cours des 15 années qui ont suivi l'adoption de cette décision, un vaste réseau de gouvernements, d'institutions internationales, de sociétés privées, de fondations, de donateurs bilatéraux, d'organisations humanitaires, d'organisations non gouvernementales (ONG) et de banques de développement a forgé un « partenariat mondial contre la poliomyélite », dirigé par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), Rotary International, les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des Etats-Unis d'Amérique et le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF).

Entre 1988 et le milieu des années 90, le nombre de pays d'endémie a légèrement reculé à mesure que le partenariat s'implantait, que les engagements politiques s'intensifiaient et que

**Figure 1 : Principales cibles pour interrompre la transmission du poliovirus (2004-2005), parvenir à la certification mondiale et intégrer l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (2006-2008), et pendant la phase d'arrêt de la vaccination par le VPO dans le monde (2009 et au-delà)**



**PHASE D'ARRÊT DE LA VACCINATION PAR LE VPO DANS LE MONDE**

d'autres faits s'accumulaient pour confirmer, particulièrement dans la Région du Pacifique occidental, la faisabilité opérationnelle des stratégies appliquées initialement dans la Région des Amériques. A partir de la mi-décennie 90, il s'est avéré possible d'amplifier rapidement les activités d'éradication de sorte que, à la fin des années 90, plus de 575 millions d'enfants recevaient régulièrement du vaccin antipoliomyélitique oral (VPO) grâce aux efforts d'une vingtaine de millions de bénévoles dans tous les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire. A l'heure actuelle, la faisabilité technique de l'éradication de la poliomyélite a été démontrée puisque la maladie a été éliminée dans 210 pays, territoires et zones, ainsi que dans de vastes secteurs géographiques des six derniers pays d'endémie. A la fin de 2003, les dernières chaînes de transmission du poliovirus sauvage, concentrées essentiellement dans cinq Etats ou provinces du Nigéria (1), de l'Inde (2) et du Pakistan (2), s'expliquaient par le fait que de nombreux enfants avaient échappé aux agents chargés de la vaccination systématique et des activités de vaccination supplémentaires les années précédentes.

Depuis le lancement de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, l'action du Partenariat mondial, y compris les gouvernements, s'est inspirée d'une série de plans stratégiques sur plusieurs années dont le dernier a été publié en 2000<sup>4</sup>. Le Plan stratégique de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite 2004-2008 remplace en l'actualisant le plan paru en 2000. Il met en relief les principales activités requises pour interrompre la transmission du poliovirus (2004-2005), pour parvenir à la certification mondiale et pour intégrer l'Initiative (2006-2008) et prépare la phase ultérieure d'arrêt de la vaccination par le VPO dans le monde (2009 et au-delà) (figure 1). Le Plan reflète les principales révisions tactiques de la stratégie introduites en 2003 pour interrompre la transmission du poliovirus sauvage à travers le monde, de la révision du calendrier de certification de l'éradication au niveau mondial ainsi que du développement sensible de la base de connaissances pour l'élaboration des politiques à appliquer pendant la période qui suivra la certification mondiale de l'éradication de la poliomyélite. Ce Plan stratégique sert de base à la planification annuelle des activités des diverses institutions partenaires et des programmes nationaux. □

<sup>4</sup> Plan stratégique de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite 2001-2005 (WHO/Polio/00.05).

# B u t

**L**E but de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite est d'assurer l'interruption de la transmission du poliovirus dans le monde grâce à des mesures nationales et internationales coordonnées, de tirer parti des

avantages humanitaires et économiques de l'éradication et d'utiliser les enseignements et infrastructures issus de l'exécution pour renforcer les systèmes de santé et maîtriser d'autres maladies importantes. □

## 4.1 Objectif N° 1 :

### Interrompre la transmission du poliovirus

**À** la fin de 2003, la poliomyélite due au poliovirus sauvage n'était plus endémique que dans six pays. Sur les trois pays regroupant 95 % des cas mondiaux, deux (l'Inde et le Pakistan) n'avaient jamais enregistré une transmission aussi faible du poliovirus sauvage, ce qui confirmait que l'éradication de la maladie est réalisable du point de vue biologique et technique. La réduction des cas dans ces deux pays et l'amélioration de la qualité des activités font que les risques pour l'éradication mondiale concernent de plus en plus le Nigéria où l'on a observé une augmentation marquée du nombre de cas en 2003, certains pays voisins ayant également été réinfectés. C'est ainsi que, en 2003, un nombre sans précédent de pays ont enregistré des cas dus à l'importation du poliovirus. Au cours de la seule année 2003, les mesures prises pour faire face à l'importation du poliovirus ont nécessité des opérations de ratissage d'urgence dont le coût a dépassé US \$20 millions. L'éradication rapide des derniers réservoirs de poliomyélite en 2004 est devenue une question d'urgence pour la santé publique internationale. L'arrêt des campagnes de vaccination de masse dans la plupart des pays exempts de poliomyélite entraîne une vulnérabilité croissante face à la maladie et une aggravation des répercussions de l'importation du poliovirus. Pour saisir l'occasion étroite qui se présente actuellement d'éradiquer la poliomyélite, il faut que les dirigeants des zones d'endémie, et plus particulièrement de cinq Etats/provinces clés dans le monde, veillent à ce que chaque enfant soit vacciné lors des activités de vaccination de masse intensifiées en 2004.

#### Approche stratégique :

On s'est efforcé d'interrompre la transmission du poliovirus sauvage en associant des activités de vaccination systématique et des activités de vaccination supplémentaires et en assurant une surveillance de haute qualité (voir aussi la section 4.2).

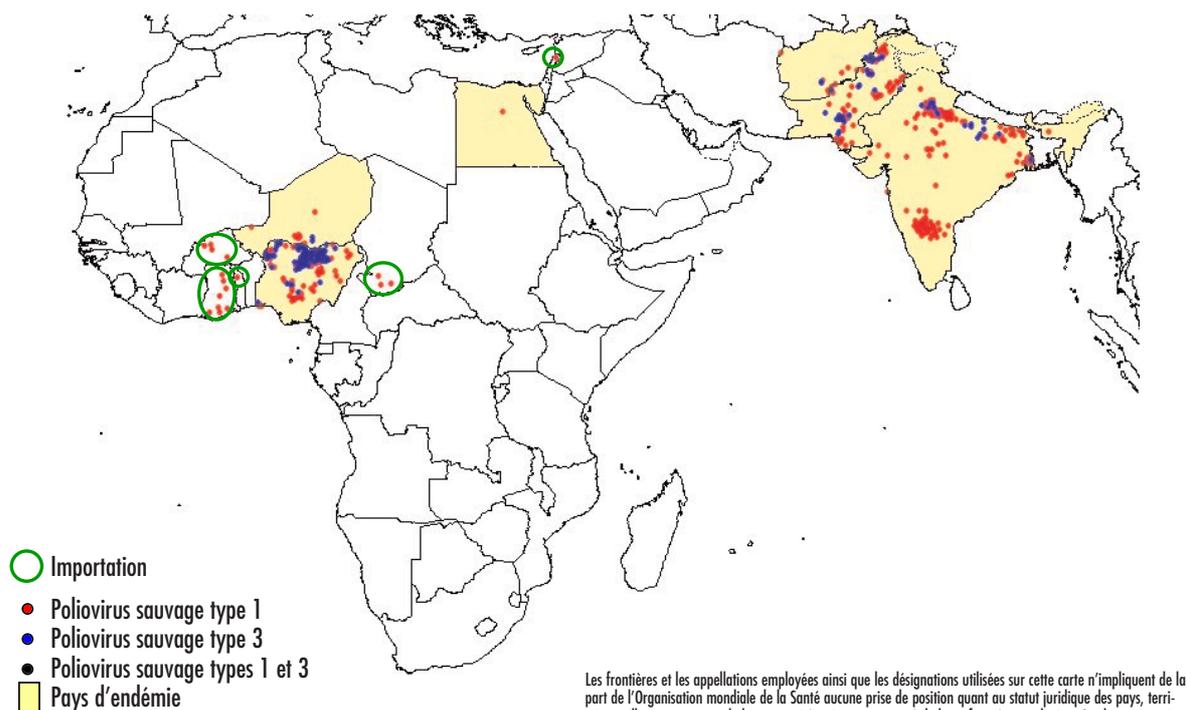
La couverture systématique élevée par trois doses au moins de vaccin antipoliomyélitique oral (VPO3) a été au centre de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. Cependant, la couverture mondiale par le VPO3 n'était que de 67 % en 1988 et elle n'a jamais dépassé 80 % les années suivantes. De plus, malgré une bonne couverture par le VPO3, la poliomyélite s'est maintenue dans de nombreux pays en développement en raison de toute une série de facteurs. Ainsi, l'importance de la séroconversion vis-à-vis du VPO3 est souvent sensiblement plus faible dans les pays en développement et dans les zones à climat tropical comparativement aux zones tempérées en raison de facteurs dus à l'hôte (par exemple infections concomitantes et malnutrition), de facteurs liés au programme (par exemple rupture de la chaîne du froid) et de facteurs environnementaux, un nombre

sensiblement plus important de doses étant requis pour assurer la séroconversion chez un individu donné. En outre, les conditions d'assainissement médiocres, la forte densité de la population et le climat tropical se conjuguent pour faciliter la transmission de tous les entérovirus, et plus particulièrement des poliovirus. Le poliovirus sauvage peut donc continuer à circuler même au sein de populations à forte couverture vaccinale et des campagnes synchronisées de vaccination par le VPO sont dès lors nécessaires pour interrompre la transmission.

Dans les pays d'endémie, des Journées nationales de vaccination (JNV) ont donc été organisées au cours de la saison de faible transmission afin de briser les principales chaînes de transmission par un renforcement rapide de l'immunité générale et intestinale chez tous les enfants de moins de cinq ans. Tous les pays d'endémie avaient organisé des JNV à la fin de 1999. Lorsque cela se justifiait d'un point de vue épidémiologique, les JNV ont fait l'objet d'une coordination entre plusieurs pays<sup>5</sup>. Des campagnes de ratissage porte à porte destinées à vacciner au moins un million d'enfants sont venues s'ajouter aux JNV pour interrompre les dernières chaînes de transmission. En 1999, l'Assemblée mondiale de

<sup>5</sup> Par exemple, l'Opération MECACAR, les JNV synchronisées en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale et la synchronisation des activités entre la Chine et les pays de l'Association sud-asiatique de Coopération régionale.

Figure 2 : Poliovirus sauvage\*, 1<sup>er</sup> janvier 2003 – 9 décembre 2003



\* A l'exclusion des virus mis en évidence grâce à la surveillance de l'environnement et des poliovirus dérivés d'une souche vaccinale.  
Données dont disposait le Siège de l'OMS au 9 décembre 2003.

Les frontières et les appellations employées ainsi que les désignations utilisées sur cette carte n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillés sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.  
© OMS 2003. Tous droits réservés

la Santé a préconisé l'accélération des activités en demandant instamment aux pays d'endémie d'accroître le nombre des JNV organisées chaque année, de prévoir en outre des Journées locales de vaccination (JLV) dans les zones à risque particulièrement élevé et d'introduire une stratégie d'administration du vaccin porte à porte pour les JNV et les JLV<sup>6</sup>. En avril 2003, à la suite d'une nouvelle réduction des zones de transmission du poliovirus et aussi des ressources de plus en plus limitées dont ont disposait, le Groupe consultatif technique (TCG) mondial pour l'éradication de la poliomyélite a préconisé de concentrer les efforts de sensibilisation, les fonds et les ressources humaines sur les dernières zones d'endémie afin d'accroître aussi bien le nombre que la qualité des activités de vaccination supplémentaires. Pour briser rapidement les dernières chaînes de transmission dans les réservoirs, une série de campagnes de vaccination de masse intensifiées, surveillées par les autorités nationales au niveau le plus élevé, seront organisées à partir de 2004 dans les quelques Etats ou provinces où la situation constitue une menace pour l'objectif de l'éradication mondiale.

### Analyse de la situation :

A la fin de 2003, la transmission du poliovirus sauvage avait été interrompue dans tous les pays, sauf six, et trois pays, le Nigéria, l'Inde et le Pakistan, enregistraient 95 % des cas. A l'intérieur de ces pays, la transmission endémique ne touche plus que des zones géographiquement très restreintes. Parmi les zones où le poliovirus sauvage autochtone est encore transmis<sup>7</sup>, les cinq Etats/provinces regroupant 75 % des cas mondiaux posent un problème particulier : il s'agit de Kano au Nigéria, de l'Uttar Pradesh et du Bihar dans le nord de l'Inde, ainsi que du Sindh et de la Province de la frontière du Nord-Ouest au Pakistan (figure 2). Dans deux des trois autres pays d'endémie, l'Afghanistan et le Niger, les données épidémiologiques et virologiques font apparaître une transmission hautement focalisée ainsi que des importations répétées de poliovirus provenant du réservoir mondial avec lequel ces pays ont une frontière commune (à savoir le Pakistan et le Nigéria). En Egypte, la transmission endémique est très localisée.

<sup>6</sup> Cinquante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé. *Eradication de la poliomyélite*. Organisation mondiale de la Santé, Genève, 1999 (résolution WHA52.22).

<sup>7</sup> Zones de transmission endémique du poliovirus sauvage autochtone à fin 2003 : sud de l'Afghanistan ; agglomération du Caire et « reste de l'Egypte » en Egypte ; Bihar, Uttar Pradesh et Bengale-Occidentale en Inde ; Niger ; nord-est, centre-nord, nord-ouest et centre du Nigéria ; Bélouchistan, Province de la frontière du Nord-Ouest, Pendjab et Sindh au Pakistan.

Dans toutes les zones d'endémie, si la transmission n'a pas été interrompue c'est parce qu'un grand nombre de jeunes enfants ont échappé aux agents de vaccination à l'occasion des JNV et/ou des JLV qui visaient à fournir des doses de VPO supplémentaires à *tous* les enfants. Dans la plupart de ces zones, notamment dans les principaux réservoirs à forte densité de population du Nigéria, de l'Inde et du Pakistan, le problème est également aggravé par une couverture très faible par la vaccination systématique par le VPO, souvent inférieure à 25 %.

Si la transmission endémique de la poliomyélite ne touche plus désormais que des zones géographiquement limitées, l'importation du poliovirus sauvage a continué d'entraîner la paralysie d'enfants dans des zones qui avaient été libérées de la maladie. Entre 1999 et le milieu de 2003, ce phénomène a été mis en évidence à 12 reprises et plus de 70 enfants ont été paralysés en Afrique, en Asie, en Europe et dans le Pacifique occidental. Au cours des neuf premiers mois de 2003, le virus provenant du réservoir du nord du Nigéria a réinfecté le Burkina Faso, le Ghana, une partie du Niger, le Tchad et le Togo, ainsi que des Etats nigériens qui avaient été libérés de la

maladie comme Lagos, ce qui a nécessité une riposte vaccinale internationale. Jusqu'ici, toutes ces flambées de poliomyélite ont fini par être maîtrisées grâce à des opérations de ratissage à grande échelle fondées sur le VPO même s'il a fallu parfois jusqu'à six mois pour en venir à bout depuis le dépistage du cas initial. Outre le risque d'importation, 28 cas de poliomyélite en République dominicaine, en Haïti, à Madagascar et aux Philippines en 2000-2002 ont confirmé le risque réel mais rare de flambées de poliomyélite dues à des poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale. Bien qu'on ait pu mettre fin à ces flambées grâce à des opérations de ratissage fondées sur le VPO, la capacité de détecter ces événements et de réagir doit être maintenue bien après l'arrêt de la vaccination systématique par le VPO.

### Résultats escomptés :

**1. Intensification des activités de vaccination de masse dans les zones d'endémie (JLV<sup>i</sup> ou JNV<sup>i</sup>)<sup>8</sup> :** La priorité absolue de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite consiste à interrompre la transmission du poliovirus sauvage dans les derniers pays

**Tableau 1 : JNV et JLV de base prévues pour l'éradication de la poliomyélite de 2004 à 2008\***  
Note : des opérations supplémentaires de ratissage seront nécessaires

Base		JNV/JLV		
Priorité	Pays	2004	2005	2006
<b>A</b> Pays d'endémie	Afghanistan	4/1	2/0	
	Egypte	3/2	2/0	
	Inde	5/1	2/2	2/0
	Niger	4/0	0/2	
	Nigéria	4/2	4/2	2/0
	Pakistan	5/2	2/2	2/0
	<b>B</b> Pays les plus exposés	<b>Pays voisins du Nigéria</b> (exposés au risque d'importation du poliovirus) :		
Bénin		4/0		
Burkina Faso		4/0		
Cameroun		0/4		
Côte d'Ivoire		2/0		
Ghana		4/0		
Tchad		2/2		
Togo		4/0		
<b>Pays qui figuraient récemment encore parmi les pays d'endémie :</b>				
Angola		2/0	0/2	
Ethiopie		0/2		
République démocratique du Congo		0/2		
Somalie		2/2	0/2	
Soudan		0/2		
<b>Pays voisins de l'Inde</b> (exposés au risque d'importation du poliovirus) :				
Bangladesh	2/0			
Népal	2/0			

\* En supposant l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage à la fin de 2004. Pour les plans d'urgence et leurs répercussions financières, se référer à l'estimation des ressources financières extérieures nécessaires pour 2004-2008 de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite.

<sup>8</sup> Activités intensifiées à l'occasion des Journées locales (JLV<sup>i</sup>) ou nationales (JNV<sup>i</sup>) de vaccination.

d'endémie – Nigéria, Inde, Pakistan, Niger, Egypte et Afghanistan. Parmi les dernières zones touchées par la transmission endémique du poliovirus sauvage autochtone<sup>9</sup>, les cinq Etats/provinces réservoirs clés de Kano (Nigéria), de l'Uttar Pradesh et du Bihar (Inde), ainsi que du Sindh et de la Province de la frontière du Nord-Ouest (Pakistan) doivent particulièrement retenir l'attention. Pour interrompre la transmission dans toutes les zones infectées aussi rapidement que possible, il est prévu d'intensifier les activités de vaccination répétées des importantes cohortes de jeunes enfants que l'on y trouve, en raison de l'importance de la population, des taux de natalité élevés et de la très faible couverture par la vaccination systématique. Pour atteindre plus de 90 % des enfants à l'occasion des activités intensifiées, il faudra :

- une surveillance directe par les autorités politiques et sanitaires du pays au niveau le plus élevé auxquelles il faudra rendre des comptes ;
- une « cartographie » des responsables politiques, religieux, traditionnels et communautaires locaux, pour que les efforts de sensibilisation aux niveaux des provinces et des districts et au niveau communautaire suscitent un appui accru de la part des responsables de l'opinion ;
- une microplanification détaillée au niveau local pour que chaque ménage soit identifié et cartographié et reçoive la visite d'une équipe de vaccination ;
- un engagement total de la part des associations féminines locales et d'autres ONG influentes pour qu'il y ait suffisamment de femmes parmi les agents de vaccination ayant accès à tous les foyers et communautés ;
- des stratégies et des activités accrues en matière de communication fondées sur des données épidémiologiques et programmatiques ;
- un financement suffisant et, le cas échéant, des dispositifs de financement novateurs, y compris un financement direct d'établissements publics et non gouvernementaux au niveau périphérique pour que les ressources soient disponibles en temps voulu là où se déroulent les opérations ;

- un appui technique supplémentaire de la part des partenaires pour que des compétences techniques suffisantes aux niveaux national et international soient disponibles en vue de la planification et de la surveillance au niveau des Etats/provinces et des districts.

Des JLVi ou des JNVi seront organisées à un mois d'intervalle dans des séries de trois ou quatre cycles dans tous les Etats ou provinces où l'endémie subsiste jusqu'à 12 mois après le dernier cas autochtone (tableau 1). L'efficacité de ces activités intensifiées dépendra beaucoup de la présence d'une surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA) de bonne qualité avec un traitement très rapide des échantillons et une caractérisation génétique des virus isolés.

**2. Ratissage d'urgence face à l'importation du poliovirus sauvage et/ou de poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale :** La deuxième priorité consistera à veiller à ce que tous les pays et zones exempts de poliomyélite traitent le dépistage d'un cas importé dû au poliovirus sauvage et/ou circulant dérivé d'une souche vaccinale comme une situation d'urgence pour la santé publique appelant des mesures types prévoyant des opérations de ratissage rapides et massives dans les quatre semaines suivant la confirmation d'un cas clinique dû à un tel virus. Pour renforcer la capacité de réaction, des procédures pratiques types seront mises au point dans chaque pays en suivant les prescriptions des commissions de certification mondiale et régionales. Au niveau régional, le partenariat fixera ses cibles pour 2004 en matière d'assistance technique en fonction de la préparation rapide de ces procédures dans les pays qui constituent des blocs épidémiologiques avec les dernières zones réservoirs (par exemple l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique centrale). Au niveau mondial, les exigences internationales concernant la déclaration des poliovirus circulants seront révisées pour que les données soient fournies plus rapidement. Des ressources financières et des réserves adéquates de vaccin sont prévues pour faciliter les mesures de ratissage d'urgence. D'ici à 2007, la gestion de la riposte face à de tels événements sera entièrement intégrée aux dispositifs d'urgence de l'OMS et de l'UNICEF prévues pour lutter contre d'autres agents pathogènes importants, comme ceux de la fièvre jaune et de la méningite.

<sup>9</sup> Voir la note 7.

### 3. Vaccination supplémentaire dans les zones exemptes de poliomyélite les plus exposées :

La troisième priorité de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite consistera à éviter la réimplantation de la transmission du poliovirus sauvage dans les zones libérées de la maladie, surtout à l'intérieur même des pays d'endémie. Ainsi, en plus des JLV<sub>i</sub>, au moins deux cycles de JNV<sub>i</sub> continueront d'être organisés dans chacun des pays d'endémie pendant deux ans à compter du dernier cas enregistré. Deux tournées de JNV ou de JLV seront également organisées dans le nombre restreint de pays exempts de poliomyélite exposés à un risque particulièrement élevé de réimplantation de la transmission endémique du poliovirus sauvage importé en raison de la proximité d'une zone d'endémie, de l'importance de leur population et/ou d'une couverture par le VPO3 inférieure aux normes. Au milieu de 2003, les six grands pays dans lesquels la réimplantation de la transmission du poliovirus sauvage aurait des conséquences particulièrement graves étaient

l'Angola, le Bangladesh, l'Ethiopie, le Népal, la République démocratique du Congo et le Soudan. A la suite de la transmission intense dans le nord du Nigéria en 2003 et de la propagation répétée aux pays voisins, des JNV ou des JLV sont également nécessaires désormais au Bénin, au Burkina Faso, au Cameroun, en Côte d'Ivoire, au Ghana, au Tchad et au Togo. Les JNV ou les JLV dans ces pays continueront d'être organisés tant que le dernier cas n'aura pas été dépisté dans la zone réservoir qui les concerne. Les différents pays et zones où les activités de vaccination supplémentaires sont nécessaires feront l'objet d'un examen et d'une mise à jour périodiques concernant la couverture vaccinale systématique, la sensibilité de la surveillance, le risque d'importation et d'autres facteurs. Le tableau 1 présente le programme proposé pour ces pays.

### 4. Renforcement de la couverture vaccinale antipoliomyélitique systématique : La quatrième priorité consistera à appuyer l'action de l'OMS et de

**Tableau 2 : Pays sur lesquels doit porter en priorité l'amélioration de la couverture par le VPO3 pour atteindre la cible de l'Alliance\* ; estimations OMS/UNICEF pour 2002 (sur la base des données disponibles en octobre 2003)**

Couverture	Pays	Couverture par le VPO3 en %	Couverture	Pays	Couverture par le VPO3 en %
60 à 80 %	Bénin	72	40 à 60 %	Afghanistan	48
	Bolivie	79		Angola	42
	Burundi	69		Burkina Faso	42
	Chine	79		Cambodge	54
	Djibouti	62		Cameroun	48
	Iles Salomon	68		Congo	41
	Inde	70		Côte d'Ivoire	54
	Indonésie	74		Ethiopie	57
	Lesotho	78		Guinée	44
	Madagascar	61		Guinée-Bissau	50
	Malawi	79		Haïti	43
	Micronésie (Etats fédérés de)	79		Libéria	50
	Myanmar	77		Mali	57
	Namibie	78		Mozambique	55
	Népal	72		Nauru	59
	Ouganda	73		Papouasie-Nouvelle-Guinée	46
	Pakistan	63		République centrafricaine	40
	Paraguay	78		République démocratique du Congo	45
	Philippines	70		République démocratique populaire lao	55
	République dominicaine	73		Sierra Leone	50
	Sénégal	60		Somalie	40
	Suriname	73		Soudan	40
	Swaziland	76		Tchad	40
Togo	63	Timor-Leste	56		
Turquie	78	Vanuatu	53		
Venezuela	77	< 40 %	Gabon	31	
Yémen	69		Guinée équatoriale	39	
Zambie	79		Niger	25	
Zimbabwe	74		Nigéria	25	

\* Cible de l'Alliance : en 2010 ou avant, tous les pays auront une couverture vaccinale systématique de 90 % au niveau national, avec au moins 80 % dans chaque district.

l'UNICEF, surtout dans le cadre de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI) afin d'améliorer la couverture vaccinale systématique. Dans les zones exemptes de poliomyélite, le renforcement de la couverture vaccinale systématique sera déterminant pour limiter la propagation des cas importés et/ou l'apparition de poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale. Dans les zones d'endémie, les améliorations de la couverture systématique par le VPO renforceront l'effet des JNVi et des JLVi, ainsi que celui des opérations de ratissage. On insistera sur l'importance de l'administration d'une dose de VPO à la naissance. L'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite continuera de définir à l'intention de l'Alliance les zones les plus exposées au risque d'importation du poliovirus et/ou de poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale aux fins de ses activités internationales et nationales de sensibilisation. Le personnel financé par la lutte contre la poliomyélite continuera de s'attacher à renforcer la vaccination systématique en mettant particulièrement l'accent sur l'utilisation des leçons et de l'expérience de la lutte contre la poliomyélite pour l'effort visant à atteindre tous les districts (RED) des zones les plus exposées au risque d'importation. On vouera une attention particulière à la microplanification, à la logistique, à la mobilisation sociale ainsi qu'à la surveillance et à l'évaluation dans les zones à faible couverture par le VPO3 (tableau 2).

**5. Surveillance et laboratoires de haute qualité (voir aussi l'objectif N° 2) :** Pour interrompre les chaînes de transmission endémique du poliovirus sauvage, les importations et/ou les poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale, les activités de vaccination supplémentaires doivent se fonder sur une surveillance d'excellente qualité des poliovirus circulants au niveau mondial. En 2004-2005, l'Initiative aura pour priorité absolue en matière de surveillance d'atteindre le niveau de surveillance requis pour la certification au niveau national dans les 19 pays qui n'ont pas atteint ce niveau en 2003 dans les trois Régions d'endémie (tableau 3). Il faudra également consentir des efforts considérables pour repérer et combler les lacunes concernant la surveillance de la PFA au niveau infranational dans les pays peuplés qui figurent encore ou figuraient récemment encore parmi les pays d'endémie. On s'attachera aussi à communiquer dans de meilleurs délais les résultats concernant la surveillance et les examens de laboratoire effectués sur les « cas chauds » à ceux qui doivent choisir le moment et déterminer l'étendue des activités de vaccination supplémentaires. Le partenariat contre la poliomyélite appuiera les efforts nationaux visant à améliorer la surveillance de la PFA par les mesures spécifiques prévues dans le cadre de l'objectif N° 2.

## Objectif N° 1 : Interrompre la transmission du poliovirus

### Indicateurs et étapes

Indicateurs	Etapes				
	2004	2005	2006	2007	2008
Nombre de pays d'endémie	≤ 5	1*	0	0	0
Pourcentage des activités de vaccination supplémentaires prévues qui ont été menées à bien dans les zones exemptes de poliomyélite les plus exposées (tableau 1)	100 %	100 %	100 %	ND	ND
Pourcentage des pays atteignant les cibles de l'Alliance pour le DTC3/VPO3**	30 %	40 %	50 %	60 %	70 %
Pourcentage des activités de ratissage d'urgence commencées dans les quatre semaines à compter de la confirmation des cas	80 %	90 %	100 %	100 %	100 %
Pourcentage des pays non certifiés dont la surveillance correspond au niveau requis pour la certification	85 %	90 %	100 %	100 %	100 %

\* A la fin de 2003, un pays est particulièrement exposé à une poursuite de la transmission jusqu'au premier semestre 2005.

\*\* Sur la base des progrès nécessaires pour atteindre la cible de l'Alliance : en 2010 ou avant, tous les pays auront une couverture vaccinale systématique de 90 % au niveau national, avec au moins 80 % dans chaque district.

ND = non disponible

## **Interruption de la transmission du poliovirus sauvage : les principaux enjeux**

Cette section fournit des données supplémentaires sur les principaux enjeux que pose l'interruption de la transmission du poliovirus au niveau mondial ; les répercussions financières potentielles sont présentées dans l'Estimation des ressources financières extérieures nécessaires pour 2004-2008 de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite.

### **Interruption de la transmission du poliovirus sauvage à fin 2004 :**

L'hypothèse la plus importante sur laquelle repose le Plan stratégique est que la transmission du poliovirus sauvage sera interrompue dans le monde à la fin de 2004 ou, au plus tard, au cours du premier semestre de 2005. Au milieu de 2003, il ressortait de données épidémiologiques, programmatiques et virologiques de plus en plus nombreuses que la transmission serait interrompue dans un délai de 12 mois en Egypte, au Niger et en Afghanistan. Toutefois, dans ces deux derniers pays, un risque élevé d'importation transfrontalière subsiste tant que la transmission n'aura pas été interrompue dans les pays réservoirs limitrophes du Nigéria et du Pakistan. Si le risque d'une poursuite de la transmission du virus autochtone au-delà de la fin de 2004 est beaucoup plus élevé au Nigéria, en Inde et au Pakistan, les données provenant de ces trois pays montrent que la transmission pourrait néanmoins être interrompue fin 2004 si la volonté politique, la surveillance et l'obligation de rendre des comptes sont suffisantes. Des parties importantes de ces trois pays sont exemptes de transmission du poliovirus autochtone depuis plus de 12 mois, ce qui montre que les stratégies peuvent être rapidement suivies d'effet lorsqu'elles sont judicieusement appliquées. Toutefois, pour tirer profit de cette surveillance politique étroite, il faudra continuer de mettre au point des mesures locales appropriées permettant de répondre aux problèmes particuliers qui se posent, par exemple l'opposition au VPO dans le nord du Nigéria en 2003, l'accès difficile aux groupes tribaux traditionnels dans certaines parties du Pakistan et la proportion toujours relativement élevée d'enfants recevant moins de quatre doses de VPO dans les groupes mal desservis en Inde. Dans les zones d'endémie limitée peu sûres ou touchées par les conflits, l'application de la stratégie dépendra de la mise en place, temporaire au moins, d'un climat de sécurité permettant d'intervenir.

En Inde, l'augmentation marquée du nombre (six) et de la qualité des JNV/JLV annuelles à la suite de la flambée de 2002 a permis de réduire sensiblement le déficit de vaccination<sup>10</sup> chez les enfants des communautés mal desservies (de 42 % en 2002 à 13 % à peine en 2003) et a été associée, en 2003, aux niveaux de transmission les plus faibles jamais observés en milieu d'année. Grâce aux efforts consentis pour vacciner les très jeunes enfants et les populations mal desservies à fin 2003, surtout dans les Etats septentrionaux du Bihar, de l'Uttar Pradesh et du Bengale-Occidental, la transmission pourrait être interrompue en 2004. Une zone qui suscite des préoccupations particulières est celle de l'ouest de l'Uttar Pradesh, la seule en Inde où la transmission n'a jamais été interrompue et où un nombre substantiel d'enfants échappent encore aux services chargés des activités de vaccination supplémentaires. Les problèmes majeurs qui se posent à cet égard concernent notamment la continuité du programme face aux changements en cours au niveau des autorités sanitaires et politiques supérieures du pays, l'obligation accrue pour les équipes de vaccination de rendre des comptes au niveau du district et l'intensification des efforts pour vacciner tous les enfants dans les groupes mal desservis. À cette action dans les zones d'endémie devront venir s'ajouter des mesures plus rapides, plus importantes et de haute qualité en matière d'opérations de ratissage à la suite de l'importation du poliovirus dans les zones exemptes de poliomyélite, comme dans le Bengale-Occidental en 2002 et en Andhra Pradesh et au Karnataka en 2003.

Au Pakistan, un nombre suffisant de JNV/JLV a été prévu pour interrompre la transmission à la fin de 2004. Toutefois, en raison des carences actuelles concernant la qualité des activités de vaccination supplémentaires, surtout dans des districts du nord du Sindh et dans la Province de la frontière du Nord-Ouest, un nombre substantiel d'enfants non vaccinés pourraient échapper à la vaccination et compromettre l'effet de ces activités. La décision prise au milieu de 2003 par le Président pakistanais de suivre personnellement l'évolution de la situation devrait sensiblement améliorer les choses dans ces zones. En raison des carences au niveau des services de santé officiels dans ces zones géographiques, il faudra, pour améliorer la qualité des activités de vaccination supplémentaires, un engagement accru des responsables politiques locaux afin de mobiliser les transports non sanitaires et les ressources humaines et en communication

<sup>10</sup> Déficit de vaccination : proportion d'enfants (cas de PFA non poliomyélitique) recevant moins de quatre doses de VPO.

nécessaires pour vacciner chaque enfant. Il sera particulièrement important d'appliquer intégralement le principe des équipes de vaccination comprenant au moins une femme (l'agent de santé féminin local) pour avoir accès à toutes les communautés et à tous les ménages et trouver les très jeunes enfants non vaccinés les plus exposés à l'occasion des JLV. Il faudra tout spécialement améliorer la surveillance et l'obligation de rendre des comptes dans les zones tribales administrées par le pouvoir fédéral en s'adressant aux responsables politiques et communautaires locaux.

Au milieu de 2003, l'obstacle le plus important à surmonter pour parvenir à l'éradication mondiale à la fin de 2004 était constitué par le Nigéria, en raison de l'intensité de la transmission dans les Etats du nord du pays et de la propagation à des zones récemment exemptes de poliomyélite au Nigéria même et dans les pays voisins. La transmission a été exacerbée à cause d'une association de deux facteurs, à savoir les carences sérieuses en matière de qualité des activités de vaccination supplémentaires et l'annulation d'activités de vaccination importantes à la fin de 2003. Le pourcentage d'enfants ayant reçu moins de quatre doses de VPO dans certains Etats du nord, en particulier Kano, était encore supérieur à 50 % au milieu de 2003, ce qui était un sujet de préoccupation particulier. Pour réduire rapidement cette proportion, il faudra : 1) renforcer la microplanification, la mobilisation sociale, la logistique et l'encadrement des équipes de vaccination au cours des activités supplémentaires ; 2) répondre aux préoccupations communautaires actuelles concernant l'innocuité du VPO à la suite de rumeurs et d'observations généralisées à cet égard ; 3) veiller à ce que les autorités au niveau des Etats et des districts soient entièrement associées aux activités. Pour faciliter ce travail, les partenaires ont renforcé l'assistance technique aux Etats intéressés en coordination avec les autorités fédérales et fourni des matériels de base pour répondre aux préoccupations en matière d'innocuité.

#### **Fréquence des flambées dues à des poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale :**

La deuxième hypothèse sur laquelle repose ce plan est que les cas dus à des poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale resteront rares et ne nécessiteront que des campagnes de ratissage intermittentes par le VPO pour interrompre la transmission plutôt que des activités de

vaccination supplémentaires élargies et préventives pour limiter leur apparition. Cette hypothèse est fondée sur les données disponibles provenant avant tout de la surveillance mondiale de la PFA et du réseau de laboratoires qui n'ont détecté en moyenne qu'une seule flambée annuelle due à des poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale au cours de la période 1999-2002, ayant provoqué au total 28 cas. Au cours de la période de 1999 à juin 2003, le réseau de laboratoires a examiné plus de 11 000 poliovirus dans le monde apparentés à la souche Sabin généralement isolée par hasard au cours de l'investigation des cas de PFA (29 provenant des trois flambées dues à des poliovirus dérivés circulants d'une souche vaccinale, trois provenant de poliovirus dérivés d'une souche vaccinale associés à une immunodéficiência et 12 provenant d'« autres » poliovirus dérivés d'une souche vaccinale d'origine incertaine).

Si les poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale semblent être des événements rares, les trois épisodes récents à Hispaniola, à Madagascar et aux Philippines sont survenus dans des conditions qui pourraient se présenter plus souvent au cours de la période 2004-2008 et donc provoquer des flambées supplémentaires. C'est ainsi qu'on a observé au cours de tous ces épisodes plusieurs points communs, à savoir l'absence d'un poliovirus sauvage autochtone, une faible couverture systématique par le VPO3 et l'interruption des activités de vaccination supplémentaires. Par suite de la tactique révisée adoptée en 2003 pour interrompre la transmission du poliovirus sauvage, un nombre croissant de pays à faible couverture par le VPO3 cesseront leurs activités de vaccination supplémentaires en 2004-2005. On prévoit que cette diminution de la couverture par les activités supplémentaires sera compensée en partie par un accroissement de la vaccination systématique par le VPO3 grâce aux efforts accrus de l'Alliance visant à améliorer la couverture conformément au cadre stratégique de l'Alliance pour cette période. On mettra également davantage l'accent sur l'administration d'une dose de VPO à la naissance, surtout dans les zones à faible couverture. En outre, on renforcera la surveillance et l'on examinera de plus près les poliovirus dérivés d'une souche vaccinale détectés par le biais de la PFA et des autres activités de surveillance afin de mieux comprendre les facteurs de risque de poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale et la fréquence du phénomène.

En conséquence, si l'incidence d'événements dus à des poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale pourrait augmenter à la suite de la réduction des activités de vaccination supplémentaires au niveau mondial, ces événements devraient rester rares. Néanmoins, le Groupe

consultatif technique (TCG) mondial réexaminera d'ici à 2005 ses recommandations sur l'opportunité de prévoir des activités de vaccination supplémentaires pour éviter l'émergence de poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale. □

## 4.2 Objectif N° 2 : Parvenir à la certification de l'éradication mondiale de la poliomyélite

**L**a démarche de certification de l'éradication mondiale de la poliomyélite a été validée par l'expérience des trois Régions de l'OMS certifiées exemptes de la maladie à la fin de 2003. La démarche est cependant remise en cause par les carences de la surveillance dans les trois dernières Régions d'endémie, par une baisse de la sensibilité de la surveillance dans les trois Régions ayant fait l'objet d'une certification ainsi que par les carences de l'application du Plan d'action mondial pour le confinement en laboratoire des stocks de poliovirus sauvage. Tout en s'attachant à interrompre la transmission du poliovirus sauvage dans le monde, il faudra, pour parvenir à la certification mondiale d'ici à 2008, s'attaquer rapidement aux problèmes de surveillance qui continuent de se poser dans 19 pays des Régions africaine, de l'Asie du Sud-Est et de la Méditerranée orientale<sup>11</sup>. Dans les Régions qui ont déjà fait l'objet d'une certification, les pays doivent maintenir des systèmes de surveillance conformes aux normes de la certification ainsi que des niveaux d'immunité élevés contre le poliovirus. Tous les pays devront avoir établi des plans d'action nationaux afin de réagir rapidement aux importations de poliovirus sauvage et à l'apparition de poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale et avoir mené à bien les activités de confinement de la phase II. Les fabricants qui produisent du vaccin antipoliomyélique inactivé (VPI) à partir de souches de poliovirus sauvage devront avoir renforcé leurs procédures en matière de sécurité biologique.

### Approche stratégique :

En 1997, la Commission mondiale de Certification de l'Eradication de la Poliomyélite a défini les critères permettant de certifier que le but de l'éradication de la poliomyélite était atteint. Pour résumer les choses, la certification de l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage se fait sur une base régionale. Chacune des six commissions régionales de certification ne pouvait envisager la certification que lorsque tous les pays de la Région avaient soumis les documents appropriés attestant de l'absence de transmission du poliovirus sauvage pendant au moins trois années consécutives compte tenu d'un excellent système de surveillance. La Commission mondiale a d'autre part déclaré que, pour les pays d'endémie et ceux qui l'étaient encore récemment, la notification et l'investigation des cas de paralysie flasque aiguë (PFA) seraient la norme agréée aux fins de la certification. La surveillance de la PFA correspondrait aux « normes de la certification » si trois critères étaient réunis. En premier lieu, le système devrait pouvoir déceler au moins un cas de PFA non poliomyélique pour 100 000 individus de moins de 15 ans. En deuxième lieu, il faudrait prélever deux échantillons appropriés pour le diagnostic<sup>12</sup> chez au moins 80 % des sujets présentant une PFA. En troisième lieu, tous les échantillons devraient être examinés dans un laboratoire agréé par l'OMS.

Pour la certification de l'éradication mondiale de la poliomyélite, la Commission mondiale a fixé comme autre critère l'adoption, par toutes les installations détenant du matériel infecté ou potentiellement infecté par le poliovirus sauvage, de mesures appropriées de confinement biologique. Le processus de confinement en laboratoire a été mis au point dans le cadre d'une concertation internationale. Un avant-projet de plan d'action a été largement distribué pour observations en 1998 avant d'être publié sous le titre *Plan d'action mondial pour le confinement des poliovirus sauvages en laboratoire* (WHO/V&B/99.32) en 1999 et de faire l'objet d'une deuxième édition en 2003<sup>13</sup>. Le Plan fait ressortir les activités à mener par étapes pour réduire à un minimum le risque de réintroduction du poliovirus sauvage dans la population à partir des laboratoires de diagnostic et de recherche. Durant la phase I, tous les pays doivent procéder au niveau national à une enquête sur les laboratoires et établir un inventaire des laboratoires dont il est établi qu'ils détiennent des stocks de poliovirus sauvage ou du matériel potentiellement infectieux. Les commissions régionales de certification ont inscrit les activités de la phase I dans les normes de certification au niveau régional. Durant la phase II, les laboratoires figurant dans les inventaires nationaux devront détruire les matériels contenant du poliovirus sauvage ou les conserver dans des conditions appropriées de sécurité biologique. Pour les fabricants de VPI produit à partir de poliovirus sauvage, des lignes directrices

<sup>11</sup> Sur ces 19 pays, sept comptaient une population de moins d'un million d'habitants où il est peu probable que se maintienne une transmission non décelée du poliovirus sauvage.

<sup>12</sup> Echantillons appropriés pour le diagnostic : deux échantillons de selles, prélevés à au moins 24 heures d'intervalle moins de 14 jours après l'apparition de la paralysie et arrivés en bon état au laboratoire.

<sup>13</sup> WHO Global Action Plan for Laboratory Containment of Wild Polioviruses. Second edition. Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2003 (WHO/V&B/03.11) (anglais seulement).

particulières définissant les règles de sécurité biologique à appliquer après l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage ont été élaborées et mises au point définitivement en 2003, en collaboration avec les autorités nationales de réglementation et des spécialistes de la sécurité biologique. La certification mondiale sera conditionnée par l'application de ces règles dans tous les pays où l'on continue à fabriquer du VPI.

### Analyse de la situation :

Comme l'avait demandé la Commission mondiale de Certification, des commissions régionales ont été créées pour superviser l'analyse des activités nationales de surveillance et les documents relatifs au confinement dans chacune des six Régions de l'OMS. Des commissions nationales de certification ont été créées dans tous les pays pour rassembler et vérifier les renseignements nécessaires<sup>14</sup>. A la mi-2003, trois des six Régions de l'OMS avaient été certifiées exemptes de poliomyélite. Cela regroupait les 46 pays de la Région des Amériques en 1994, les 34 pays de la

Région du Pacifique occidental en 2000 et 51 pays de la Région européenne en 2002. Bien que les trois dernières Régions où sévissait l'endémie aient réussi à mettre en place une surveillance « conforme aux normes de certification » au niveau régional, 19 des 82 pays de ces Régions n'avaient pas encore atteint cette norme au niveau national en 2003 (dix dans la Région africaine, deux dans la Région de l'Asie du Sud-Est et sept dans la Région de la Méditerranée orientale) (tableau 3). Dans plusieurs autres pays, la qualité de la surveillance n'était pas uniforme et ne correspondait pas aux critères de certification concernant les données au niveau infranational. On trouvera récapitulée à la figure 3 la situation en ce qui concerne les indicateurs nationaux de la surveillance de la PFA dans les Régions d'endémie et les Régions ayant fait l'objet d'une certification. La figure 4 présente le réseau mondial des 145 laboratoires de virologie qui sont l'épine dorsale de la surveillance mondiale de la PFA<sup>15</sup>, réseau constitué par une structure hiérarchique de laboratoires nationaux (123), de laboratoires régionaux (15) et de laboratoires mondiaux

**Tableau 3 : Pays où un ou plusieurs des indicateurs de performance pour la surveillance de la PFA ne correspondaient pas aux normes de certification en 2003 (données disponibles au 4 novembre 2003)**

Région	Pays	Cas de PFA signalés (2003*)	Taux de PFA non poliomyélique	Cas de PFA avec échantillons appropriés (%)
Afrique	Algérie	28	0,40	89
	Bostswana	14	2,70	71
	Cameroun	81	1,30	77
	Cap-Vert*	3	2,00	67
	Guinée équatoriale*	11	7,30	73
	Libéria	10	0,60	90
	Madagascar	65	1,30	71
	Mozambique	93	1,60	71
	Sao Tomé-et-Principe*	1	1,70	0
	Sierra Leone	28	1,70	79
Asie du Sud-Est	Bhoutan	3	1,24	67
	Maldives*	1	0,73	100
Méditerranée orientale	Bahreïn*	1	0,59	0
	Chypre*	1	0,70	100
	Cisjordanie et Bande de Gaza	5	0,47	60
	Djibouti*	1	0,48	0
	Koweït	2	0,43	100
	Liban	18	2,37	72
	Somalie	85	3,09	78

Les Comores, Maurice, la Réunion, Sainte-Hélène, les Seychelles et Timor-Leste n'ont pas signalé de cas de PFA en 2003 du fait que leur population est très peu nombreuse. Chiffres disponibles au Siège de l'OMS au 4 novembre 2003.

**Le rouge correspond aux cibles qui n'ont pas été atteintes.**

**Le vert correspond aux cibles atteintes en 2002.**

\*Population totale inférieure à un million, où il est peu probable que se maintienne une transmission autochtone non décelée du poliovirus sauvage.

Source des données sur la population : Division de la Population de l'Organisation des Nations Unies, Département des Affaires économiques et sociales, World Population Prospects, 2002 revision.

<sup>14</sup> Pour les très rares zones géographiques qui n'ont pas d'autorité sanitaire nationale reconnue (par exemple la Somalie), la Commission mondiale a demandé que l'OMS et l'UNICEF se chargent de coordonner la collecte, la vérification et la soumission des documents requis pour la certification.

<sup>15</sup> Les laboratoires du réseau se répartissent comme suit dans le monde : 16 en Afrique, huit aux Amériques, 17 en Asie du Sud-Est, 48 en Europe, 12 en Méditerranée orientale et 43 dans le Pacifique occidental.

spécialisés (7). La qualité du travail des laboratoires est garantie par des contrôles annuels, par un programme officiel d'accréditation et par une évaluation continue à l'aide d'indicateurs types. En 2002, 99 % des laboratoires du réseau étaient agréés par l'OMS ; 100 % des échantillons étaient contrôlés dans un laboratoire agréé par l'OMS qui recevait des échantillons en provenance de pays dont les laboratoires n'étaient pas agréés.

A la mi-1999, l'Assemblée mondiale de la Santé a instamment prié tous les Etats Membres « d'entreprendre [...] le processus menant à un confinement [en laboratoire] des poliovirus sauvages<sup>16</sup> ». A la mi-2003, 148 pays et territoires (68 %) avaient commencé ou fini d'établir la liste de leurs laboratoires biomédicaux dans le cadre des activités de confinement de la phase I. Parmi eux figuraient plusieurs grands pays industrialisés comme l'Allemagne, l'Australie, le Canada et les Etats-Unis d'Amérique. A travers le monde, plus de 100 000 laboratoires avaient été désignés pour l'analyse des activités de surveillance et 80 pays (37 %) avaient établi l'inventaire des laboratoires qui stockaient du poliovirus sauvage. Pour les installations de production de VPI utilisant sur place le poliovirus sauvage, le consensus s'est fait sur la nécessité d'assurer un confinement correspondant aux normes de sécurité biologique de niveau 3/polio dans tous les laboratoires existants, les activités de mise en œuvre et de vérification devant être achevées en 2007-2008.

## Résultats escomptés :

### 1. Surveillance « conforme aux normes de la certification » :

a) *Régions d'endémie poliomyélitique* : La priorité N° 1 sera d'arriver à maintenir au niveau national une surveillance conforme aux normes de la certification dans les 19 pays des Régions d'endémie qui n'ont pas atteint ce niveau en 2002. De nombreux travaux seront d'autre part nécessaires pour repérer et combler les lacunes de la surveillance de la PFA au niveau infranational dans les grands pays d'endémie ou ceux qui l'étaient encore récemment (tableau 3). Le partenariat pour l'éradication de la poliomyélite appuiera les efforts déployés au niveau national pour améliorer la surveillance de la PFA par une assistance technique ciblée aux niveaux national et infranational et, en tant que de besoin, par un financement extérieur pour le matériel et les coûts de fonctionnement. On s'emploiera à accélérer l'analyse des données de la surveillance et des données virologiques ainsi que la rétro-

information aux niveaux national et régional, notamment pour atteindre les normes de performance concernant les opérations de ratissage d'urgence dans toutes les Régions. Des bilans conjoints nationaux/internationaux de la surveillance de la PFA continueront d'être faits pour déterminer les améliorations à apporter.

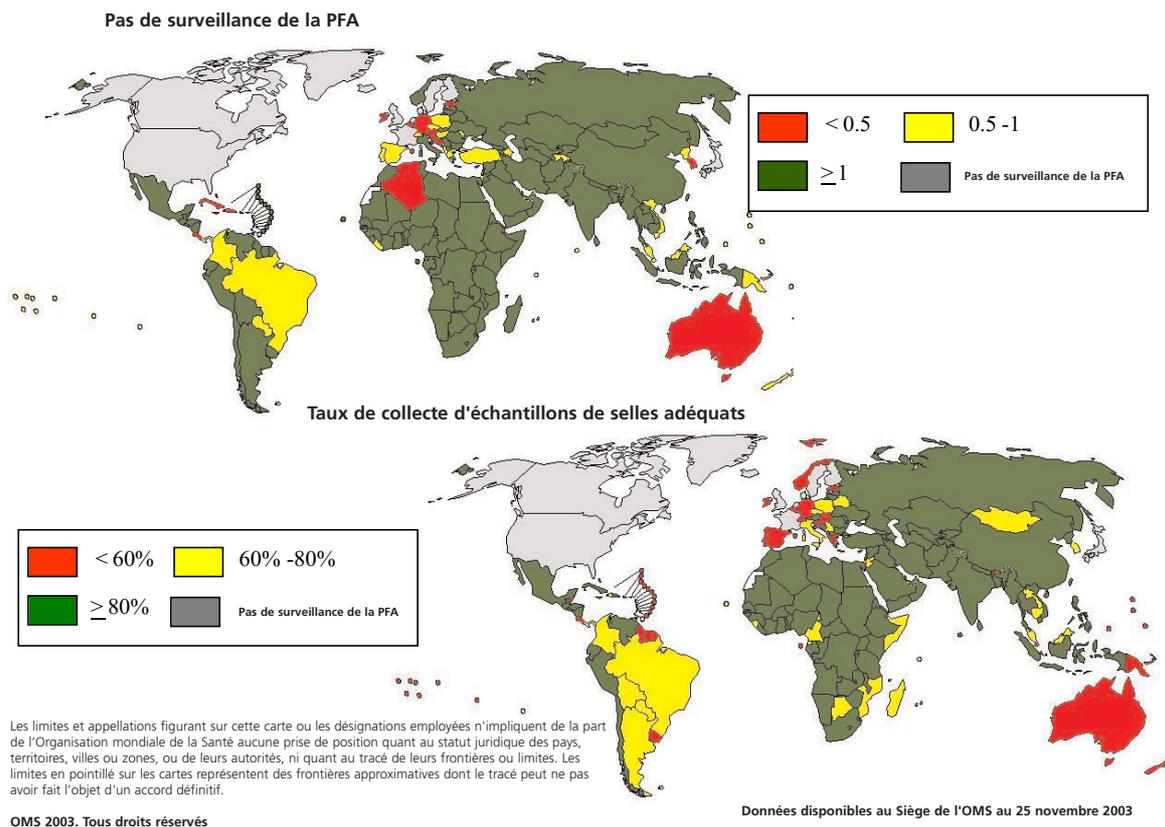
### b) *Régions certifiées exemptes de poliomyélite* :

Avec l'aide des commissions régionales et nationales de certification, les pays des Régions certifiées devront rester indemnes de la maladie en continuant d'assurer une surveillance conforme aux normes de la certification, en atteignant les niveaux d'immunité le plus élevés possible contre le poliovirus sauvage et en élaborant des plans d'action pour réagir rapidement aux importations de poliovirus sauvage. La priorité ira à l'identification des pays ou zones à haut risque où la sensibilité de la surveillance de la PFA a beaucoup baissé et/ou pour lesquels il faudra peut-être des données sur la surveillance renforcée de la PFA ou sur la surveillance supplémentaire aux fins de la certification mondiale. A partir de 2005-2006, les ressources du partenariat seront de plus en plus concentrées sur ces problèmes. En même temps, on redoublera d'efforts pour intégrer la notification des cas de PFA dans les mécanismes appropriés de surveillance nationale, là où cette intégration n'est pas déjà chose faite, ou bien pour développer l'aptitude des services de surveillance des cas de PFA à déceler et analyser d'autres maladies importantes pour la santé publique (voir section 4.4).

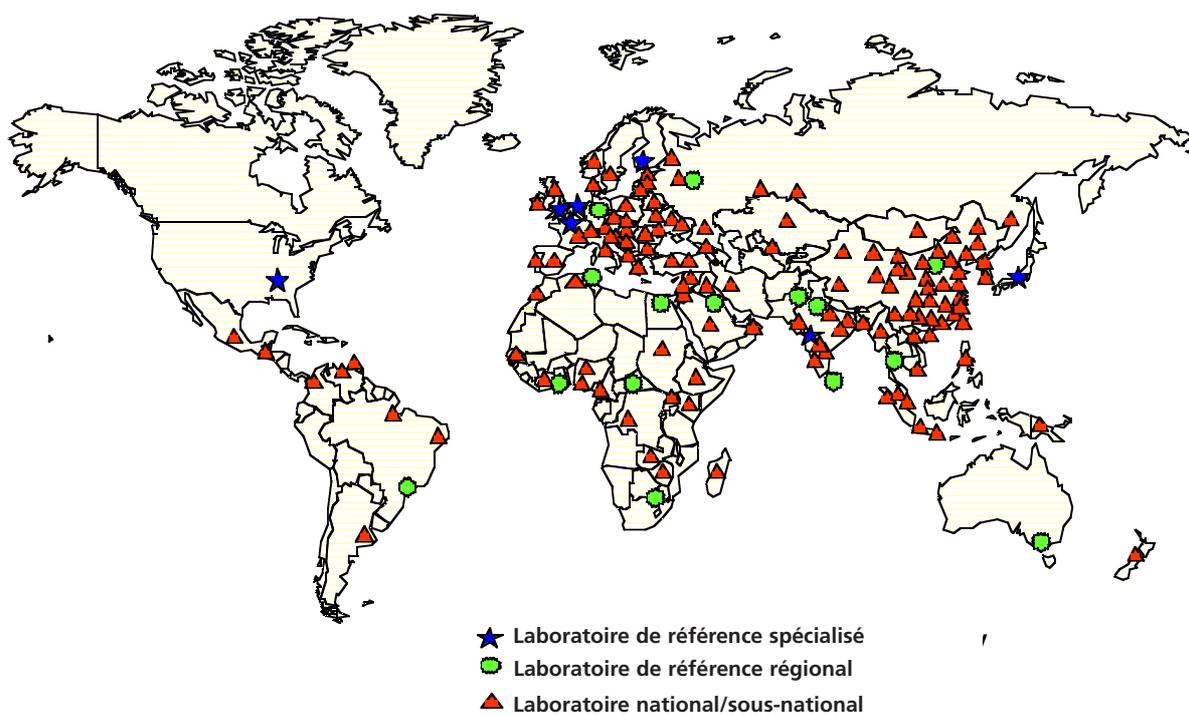
2. *Accès mondial à un laboratoire agréé par l'OMS* : La priorité dans ce domaine d'activité sera de réduire le délai nécessaire pour obtenir des zones d'endémie les résultats de la différenciation intratypique ; la capacité de différenciation intratypique sera déterminée dans tous les pays abritant d'importants réservoirs de poliovirus. Pour toutes les autres zones, la priorité consistera à maintenir, tout au long de la certification mondiale et de l'arrêt de la vaccination par le VPO, la capacité internationale d'examiner tous les échantillons prélevés sur des cas de PFA dans des laboratoires agréés par l'OMS. C'est pourquoi on insistera sur le maintien plutôt que sur le développement du réseau de laboratoires existants et un appui ciblé sera accordé aux quelques laboratoires du réseau qui doivent encore être agréés. Il faudra mener une action spéciale de plaidoyer, notamment à partir de 2006, pour veiller à ce que les établissements nationaux de santé publique qui abritent les laboratoires du

<sup>16</sup> Cinquante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé, *Eradication de la poliomyélite*, Organisation mondiale de la Santé, Genève, 1999 (résolution WHA52.22).

**Figure 3 : Indicateurs de performance pour la PFA 1<sup>er</sup> janvier 2003 - 25 novembre 2003**



**Figure 4 : Réseau mondial de laboratoires pour l'éradication de la poliomyélite, 2002**



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

réseau mondial mais sont chargés de fonctions beaucoup plus larges continuent d'affecter les ressources humaines, les installations et le matériel suffisant à l'éradication de la poliomyélite. Pendant cette même période, on prévoit que l'activité du réseau de laboratoires va en fait *augmenter*, puisqu'il faudra répondre aux demandes de données virologiques supplémentaires en prévision de la certification mondiale. Ces impératifs en matière de données (par exemple surveillance environnementale ciblée) seront déterminés avec la Commission mondiale de certification pendant la période 2004-2005.

**3. Confinement des poliovirus sauvages et des PDSV :** La priorité dans ce domaine sera de faire connaître plus largement et de mener au niveau national les activités exposées dans la deuxième édition du *Plan d'action mondial pour le confinement en laboratoire des poliovirus sauvages* (2003). On s'attachera particulièrement à achever le recensement et l'inventaire des laboratoires dans tous les pays exempts de poliomyélite et à préparer la mise en œuvre des activités de confinement en laboratoire de phase II avant la certification mondiale. A partir de la fin 2005, date à laquelle la transmission du poliovirus sauvage devrait s'être interrompue depuis au moins une année, des activités de confinement de phase II seront entreprises dans tous les pays, plus particulièrement les grands pays industrialisés, lesquels possèdent les stocks les plus importants de poliovirus sauvage.

Le confinement de niveau 3/polio sera achevé dans les établissements qui produisent du VPI à partir du poliovirus sauvage, après quoi les activités de validation et d'homologation nécessaires seront entreprises par les autorités nationales de réglementation. Durant cette période, la Commission mondiale de certification, en concertation avec les organismes appropriés de sécurité biologique et d'autres organes spécialisés, définira les procédures nécessaires aux niveaux

national, régional et mondial pour examiner et vérifier les documents relatifs au confinement soumis par chaque pays dans le cadre du processus de certification. On veillera particulièrement à vérifier la qualité des enquêtes sur les laboratoires nationaux en vue de repérer les matériels potentiellement infectés par le poliovirus, par exemple des échantillons recueillis en des endroits et à des périodes où le poliovirus sauvage était endémique. On trouvera dans la section 4.3 un aperçu de la démarche d'élaboration des normes de confinement à long terme pour les souches de poliovirus sauvages et atténuées.

**4. Achèvement des processus de certification :** La priorité dans ce domaine consistera à appuyer l'action des commissions régionales de certification dans les trois dernières Régions d'endémie, qui achèveront la formation des commissions nationales puis rassembleront et examineront en vue d'une décision les documents nationaux après une série de consultations approfondies. On s'attachera tout particulièrement à appuyer l'action de la Commission régionale de certification pour l'Afrique, qui est chargée d'un grand nombre de pays. Au niveau mondial, d'ici à la fin de 2005, la Commission mondiale de certification s'efforcera de régler plusieurs questions relatives à ses opérations, à savoir en particulier : a) les données supplémentaires qui seront nécessaires pour la certification mondiale dans les trois Régions qui avaient été certifiées exemptes de poliomyélite à la fin de 2002 ; b) l'ampleur et le rôle de la surveillance dans l'environnement en tant que stratégie supplémentaire avant la certification mondiale ; c) les mécanismes ou procédures d'examen et de vérification des documents sur le confinement des stocks en laboratoire et la production de VPI. L'OMS et ses partenaires continueront d'appuyer l'action des commissions en convoquant ou facilitant réunions, consultations d'experts, visites de terrain nécessaires et autres activités de ces instances. □

**Objectif N° 2 :**  
**Parvenir à la certification de l'éradication mondiale de la poliomyélite**  
**Indicateurs et étapes**

<i>Indicateurs</i>	<b>Etapes</b>				
	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>
Pourcentage de pays non certifiés où la surveillance est conforme aux normes de la certification	85 %	90 %	100 %	100 %	100 %
Pourcentage d'échantillons prélevés sur des cas de PFA qui ont été examinés dans un laboratoire agréé par l'OMS	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Pourcentage de pays ayant achevé chaque phase du confinement biologique en laboratoire	50 % (phase I)	75 % (phase I)	100 % (phase I)	100 % (phase II)	100 % (phase II +)
Pourcentage de fabricants produisant du VPI à partir du poliovirus sauvage dans des conditions correspondant au niveau 3/polio de sécurité biologique	ND*	ND*	ND*	60 %	100 %
Pourcentage de pays soumettant les documents « finaux » de certification	60 % (certification régionale)	70 % (certification régionale)	85 % (certification régionale)	100 % (certification régionale)	100 % (certification mondiale)

ND\* = Non disponible

### 4.3 Objectif N° 3 :

## Mettre au point des produits pour la phase d'arrêt de la vaccination par le VPO dans le monde

**D**ÉPUIS 2000, les flambées de poliomyélite provoquées par des poliovirus dérivés d'une souche vaccinale (PDSV) ont montré de façon concluante que la poursuite de l'utilisation du VPO pour la vaccination systématique risquait de remettre en cause l'élimination de tous les cas de maladie paralytique dus à des poliovirus circulants. Pour minimiser les risques à long terme associés au VPO, il faudra cesser d'utiliser systématiquement ce vaccin dès que possible après la certification mondiale, pendant que la sensibilité de la surveillance et l'immunité dans la population seront élevées. Même si le VPO trivalent reste le vaccin de choix pour la vaccination systématique dans le cadre de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite jusqu'en 2009, l'arrêt de l'administration du VPO exige la mise au point d'une gamme d'autres produits pendant la période 2004-2008. Il faudra, d'ici à 2006, publier une troisième édition du Plan d'action mondial pour le confinement en laboratoire des poliovirus sauvages, qui précisera les règles de sécurité biologique à respecter pour les poliovirus sauvages, pour les PDSV et pour les souches Sabin lors de la phase d'arrêt de la vaccination par le VPO dans le monde (c'est-à-dire 2009 et au-delà). Le VPO monovalent (VPOm) devra être homologué et stocké pour compléter ou même remplacer le stock permanent de VPO trivalent. On encouragera la production de VPI à partir de souches Sabin (VPI-S), de même que la fabrication et l'homologation de vaccins associés contenant du VPI, pour les pays à revenu intermédiaire ou à faible revenu qui décideraient d'introduire un tel vaccin. A cause des risques à long terme de réintroduction du poliovirus sauvage, de la nécessité de disposer d'un stock de VPO et de la probabilité que soit fabriqué à l'avenir du VPI-S, il faudra une capacité de production de VPO pour une durée indéterminée. Pendant cette période, les pays devront tous dresser des plans pour l'arrêt de la vaccination par le VPO et décider s'ils introduiront ou non le VPI ; les pays qui décideront d'introduire ce dernier vaccin devront prendre les dispositions nécessaires pour se le procurer. Compte tenu des enjeux que représentent la mise au point et l'introduction de nouveaux produits, ces activités seront menées en étroite coordination avec l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination.

#### Approche stratégique :

L'objectif général fixé pour la phase d'arrêt de la vaccination par le VPO dans le monde est d'atténuer le plus possible les risques de poliomyélite paralytique pour les générations actuelles et futures au coût le plus bas possible. L'arrêt de la vaccination systématique contre la variole après l'éradication de l'agent pathogène responsable de cette maladie en 1977 a laissé espérer que l'on pourrait également arrêter la vaccination contre la poliomyélite, une fois réalisés l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage et le confinement des stocks en laboratoire et des installations de production de vaccins. L'expérience faite avec la variole a livré des enseignements très utiles quant aux questions que peut soulever l'élaboration d'une telle politique. Toutefois, la question est nettement plus complexe pour la poliomyélite et ce pour plusieurs raisons, notamment les différences au niveau des caractéristiques des vaccins utilisés et des aspects géopolitiques de la période où chaque campagne d'éradication a été menée.

C'est pourquoi l'essentiel de ce domaine d'activité a consisté à commencer par définir et quantifier les risques de poliomyélite paralytique

après la certification mondiale, en raison de la poursuite de l'utilisation du VPO ou de la poursuite de la manipulation de poliovirus sauvages ou de matériels potentiellement infectieux. Un programme de recherche et de travail a été établi pour définir ces risques et étudier les stratégies qui permettraient de les atténuer. On s'est particulièrement employé à déterminer les coûts financiers, les répercussions économiques, la faisabilité technique et réglementaire ainsi que les possibilités d'applications opérationnelles de chaque option stratégique. Compte tenu des répercussions de cette activité pour les acteurs de l'éradication de la poliomyélite ainsi que pour la communauté sanitaire internationale, des consultations ont été mises en route pour mieux comprendre toutes ces influences. Un programme de travail a été établi en matière de communication pour veiller à ce que soient largement diffusées les données scientifiques et programmatiques pertinentes sur les risques après la certification et leur gestion à mesure que l'on disposera d'informations nouvelles.

En avril 2003, le Groupe consultatif technique (TCG) mondial a déclaré que, pour pouvoir cesser de vacciner par le VPO, il faudrait

formuler de nouvelles politiques dans quatre domaines interdépendants : 1) la vaccination systématique ; 2) la détection et la notification des poliovirus circulants, qui sont des questions d'urgence pour la santé publique ; 3) les stocks de vaccin antipoliomyélitique et les mécanismes de riposte aux flambées ; 4) le confinement biologique à long terme de toutes les souches de poliovirus.

### Analyse de la situation :

En 1998, une consultation d'experts convoquée par l'OMS pour analyser la base scientifique à partir de laquelle il serait décidé d'arrêter la vaccination antipoliomyélitique a conclu que, étant donné le risque rare mais prévisible de poliomyélite paralytique associée à la vaccination, il faudrait cesser un jour d'utiliser le VPO pour la vaccination systématique une fois que la transmission du poliovirus sauvage serait interrompue, que les stocks de poliovirus sauvage seraient confinés dans de bonnes conditions et qu'on aurait l'assurance que la circulation du PDSV ne se maintiendrait pas. Après confirmation en 2000 que les PDSV pouvaient en fait se maintenir, circuler et provoquer des flambées de poliomyélite, les participants à des consultations organisées par la suite ont dégagé trois options pour arrêter la vaccination systématique par le VPO : arrêt coordonné de l'utilisation du VPO dans le monde (peut-être après des campagnes de vaccination dans les zones à faible couverture), remplacement progressif du VPO par le VPI pour la vaccination systématique (au moins pendant une période intérimaire) et mise au point et introduction d'un nouveau vaccin antipoliomyélitique pour la vaccination systématique. La même année, des experts qui avaient envisagé de nouveaux vaccins pour la phase d'arrêt de la vaccination par le VPO dans le monde ont fait ressortir les principaux enjeux en matière de fabrication et les obstacles réglementaires auxquels se heurterait l'introduction d'un nouveau vaccin. Depuis, le programme de recherche sur la poliomyélite s'est concentré sur la faisabilité et l'efficacité des deux premières options.

En 2001, le TCG mondial a créé une commission spéciale de recherche sur la poliomyélite chargée de superviser les recherches en cours pour l'élaboration de la politique postérieure à la certification. Fin 2002, ces travaux avaient si bien progressé que le TCG mondial a pu approuver un cadre des risques de poliomyélite paralytique après l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage dans le monde. Les risques sont classés en deux catégories : ceux qui seront dus à la poursuite de l'utilisation du VPO et ceux qui seront dus à une mauvaise manipulation du poliovirus sauvage. On a défini les risques spécifiques dans les deux catégories, en évaluant concrètement la fréquence et la charge potentielle de morbidité associées à chacun d'eux (tableau 4). A partir de 2001, un dossier d'information sur les risques potentiels et la politique postérieure à la certification d'une façon plus générale a été largement diffusé aux autorités nationales de la santé, aux partenaires de la lutte contre la poliomyélite, à d'autres parties prenantes et aux organismes intéressés. Ces documents ont été actualisés en 2003, compte tenu des renseignements supplémentaires disponibles sur les risques après la certification et de l'affinement des démarches liées à l'élaboration de la politique. En 2003, l'OMS a d'autre part publié un document d'information sur l'introduction du VPI dans les pays qui utilisent le VPO afin d'aider les pays de plus en plus nombreux, notamment dans les régions indemnes de poliomyélite, qui envisagent de passer ou sont en train de passer au VPI pour la vaccination systématique, essentiellement parce que des évaluations nationales ont montré que le risque de poliomyélite paralytique associé à la vaccination était de moins en moins acceptable.

**Tableau 4: Risques de poliomyélite paralytique après la certification mondiale\***

Catégorie de risque	Risque	Fréquence	Estimation de la charge annuelle dans le monde**
Risque de paralysie due à la poursuite de l'utilisation du vaccin antipoliomyélitique oral	Poliomyélite paralytique associée à la vaccination	Une sur 2,4 millions de doses de VPO administrées	250 à 500 cas par an
	Poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale	Un épisode par an entre 1999 et 2002 (Haïti, Madagascar, Philippines)	Environ dix cas par an (au total 29 en trois ans)
	Poliovirus associés à une immunodéficience dérivés d'une souche vaccinale	19 cas depuis 1963 (deux continuent d'excréter du virus) ; aucun cas secondaire	Moins d'un cas par an
Risque de paralysie due à une mauvaise manipulation du poliovirus sauvage	Fuite d'un laboratoire	Aucun cas à ce jour	
	Fuite d'une installation de fabrication de VPI	Un cas connu au début des années 90	Aucun cas
	Mise en circulation délibérée	Aucun cas à ce jour	

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

Parmi les principaux faits nouveaux dans le domaine des consultations publiques, il convient de mentionner une réunion organisée en 2002 au cours de laquelle de nombreux décideurs venus de divers horizons ont réaffirmé l'espoir exprimé au niveau international, et en particulier par les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, que la vaccination systématique contre la poliomyélite cesserait un jour. Tout aussi importante a été la consultation internationale organisée en septembre 2003 sur les poliovirus dérivés d'une souche vaccinale, qui a conclu que les PDSV représentaient un risque réel pour l'élimination de la poliomyélite paralytique dans le monde à cause des poliovirus circulants. Les participants à cette réunion ont d'autre part conclu que ce risque persisterait aussi longtemps que l'on continuerait à utiliser le VPO, notamment là où la couverture de la vaccination systématique est faible.

En 2003, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite fonctionnait avec un stock constant de 50 millions de doses de VPO trivalent pour réagir aux flambées dues au poliovirus sauvage et à la présence de poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale, avec la perspective d'un passage à 75 millions de doses pour la période 2006-2008 (comme on le verra plus loin, avant l'arrêt de la vaccination systématique par le VPO, il faudra un stock nettement plus important de VPOm). Fin 2003, grâce aux recherches scientifiques, aux travaux programmatiques et aux consultations mentionnés plus haut, l'Initiative progressait vers l'arrêt de la vaccination systématique par le VPO dès que possible après la certification mondiale. Pour y parvenir, il faudrait développer les activités en vue d'homologuer le VPOm pour le stock de vaccins, étant donné que le VPOm permettrait une riposte spécifique aux poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale ou aux échecs du confinement et limiterait donc le nombre de sérotypes réintroduits dans la population humaine. Etant donné les répercussions de l'arrêt de l'utilisation du VPO, on a d'autre part établi un programme élargi de travail pour intégrer les activités relatives au stock de vaccins et aux possibilités de riposte dans l'action de l'OMS et de l'UNICEF et pour évaluer de façon plus approfondie la possibilité de fabriquer à large échelle du VPI à partir de souches atténuées de poliovirus (c'est-à-dire de souches Sabin). Enfin, les recherches coordonnées par l'OMS ayant montré qu'il serait possible de mettre au point des composés antiviraux plus actifs, l'Initiative a continué d'étudier le rôle que ces

produits pourraient jouer pour donner plus de souplesse aux scénarios de riposte aux flambées.

## Résultats escomptés :

**1. Stratégie d'arrêt de la vaccination systématique par le VPO :** Les priorités dans ce domaine de travail seront : a) d'affiner les estimations actuelles de la fréquence et du risque associé à chaque type de PDSV qui pourrait apparaître du fait de l'arrêt de l'utilisation du VPO, y compris dans les zones géographiques ou groupes de population les plus exposés (en particulier pour le poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale) ; b) de définir des stratégies types et des méthodes opérationnelles pour réagir à la présence de poliovirus circulants après l'arrêt de la vaccination par le VPO ; c) de mettre au point des stratégies locales pour réduire les risques spécifiques liés au PDSV (à savoir poliovirus associés à une immunodéficience dérivés d'une souche vaccinale<sup>17</sup> ou PDSV dans les orphelinats) ; d) d'évaluer les taux de séro-conversion ainsi que la faisabilité opérationnelle, les coûts et la capacité de production du VPI, seul et en association, pour les régions à faible revenu et à revenu intermédiaire ; e) de conserver les moyens de faire redémarrer la vaccination par le VPO à large échelle si nécessaire ; f) de définir la stratégie la plus rentable pour l'arrêt coordonné de l'utilisation du VPO. Etant donné que, pour minimiser le risque d'apparition et de propagation du PDSV au moment de l'arrêt de la vaccination par le VPO, la surveillance devra être très sensible et l'immunité dans la population élevée, il faudra s'attaquer à ces priorités en 2006 de façon telle que la mise en œuvre puisse commencer<sup>18</sup>. Cet échéancier est nécessaire pour que les pays qui souhaitent passer au VPI pendant une période intérimaire ou à long terme puissent se procurer le vaccin et les financements nécessaires. Pour faciliter les décisions quant aux politiques de vaccination postérieures au VPO, des consultations approfondies seront organisées à partir de 2004, en particulier avec les pays qui utilisent le VPO, sur les risques associés à l'arrêt de l'utilisation de ce vaccin. D'autres matériels seront mis au point pour aider les pays à décider s'ils doivent introduire ou non le VPI et, dans l'affirmative, comment (par exemple lignes directrices, directives générales). Des protocoles types seront appliqués pour étudier certaines de ces expériences. D'autres travaux seront faits pour garantir une capacité de production de VPI suffisante. Etant donné les risques liés à la

<sup>17</sup> Il s'agit ici d'individus atteints d'un syndrome d'immunodéficience primaire qui sont excréteurs à long terme du poliovirus dérivé d'une souche vaccinale (c'est-à-dire entre six et 12 mois).

<sup>18</sup> L'expérience faite dans les Régions exemptes de poliomyélite montre que la sensibilité de la surveillance et la couverture vaccinale commencent à diminuer peu après la certification (le deuxième phénomène étant dû essentiellement à l'interruption des activités de vaccination supplémentaires par le VPO).

production de VPI à partir de poliovirus sauvages, on encouragera la mise au point de VPI fabriqué à partir de souches atténuées (c'est-à-dire souches Sabin) de poliovirus.

**2. Détection et notification des poliovirus circulants :** Avec l'élimination de la transmission du poliovirus sauvage dans le monde, la détection de tout poliovirus circulant devra être considérée comme une question d'urgence pour la santé publique internationale, car il faudra réagir rapidement. C'est pourquoi la notification et l'investigation systématiques des cas de PFA devront être complétées par des mesures destinées à faciliter la détection rapide et la notification immédiate de ces incidents aux autorités nationales et internationales de la santé. La notification des cas de PFA devra d'autre part être harmonisée avec d'autres activités de l'OMS destinées à repérer les incidents graves pour la santé publique internationale. Le renforcement de la surveillance sera particulièrement important pour déceler la présence éventuelle de poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale lorsqu'on cessera d'utiliser le VPO et tout de suite après. Un an au plus tard après l'apparition du dernier cas dû au poliovirus sauvage, la notification de tout poliovirus circulant sera intégrée dans les mécanismes mis en place pour faire face aux incidents graves pour la santé publique internationale, comme le Règlement sanitaire international de l'OMS ou le Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie. Dans le cadre du programme de recherche en cours sur la poliomyélite, on continuera d'étudier de nouveaux produits diagnostiques, outils et stratégies pour la surveillance postérieure à la certification mondiale, y compris le rôle éventuel d'un échantillonnage ciblé dans l'environnement.

**3. Les stocks de vaccin antipoliomyélique et leur gestion :** En 2003, le stock constant de VPO trivalent permettant de réagir au niveau international aux importations de poliovirus sauvage et/ou à la présence de poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale était de 50 millions de doses. Ce stock passera à 75 millions de doses à mesure que les campagnes de vaccination supplémentaires prendront fin au cours de la période 2006-2008. Le nombre de doses et la gamme des vaccins de ce stock vont se développer en prévision de l'arrêt de l'utilisation du VPO pour la vaccination systématique. On calculera le nombre de doses nécessaires pour alimenter le stock dans le temps en tenant compte des politiques nationales de vaccination et des

données sur la couverture et en modélisant la propagation éventuelle du poliovirus sauvage réintroduit après l'arrêt de la vaccination par le VPO. Comme on l'a vu plus haut, il faudra du VPOm pour assurer une riposte spécifique aux poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale ou aux échecs du confinement. Il faudra peut-être des stocks de VPI pour le ou les pays ayant choisi de renoncer à la vaccination systématique contre la poliomyélite mais qui sont considérés comme à risque à cause de la présence de poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale ou d'un échec du confinement dans un autre pays. Il faudra maintenir les stocks et la capacité de production de VPO au cas où il faudrait reprendre à l'échelle mondiale la vaccination systématique contre la maladie. Les priorités dans ce domaine d'activité sont l'homologation du VPOm, la détermination du nombre de doses à stocker pour chaque vaccin au moment de l'arrêt de la vaccination par le VPO (en indiquant comment ce nombre évoluera dans le temps par rapport à l'immunité de la population), la définition des règles de confinement à long terme pour la production de VPI et de VPO et la mise au point de méthodes opérationnelles viables pour gérer le maintien et l'utilisation des stocks. L'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite poursuivra d'autre part ses travaux en vue d'aider à mettre au point des antiviraux candidats et des stratégies de santé publique quant à leur utilisation pour donner plus de souplesse aux scénarios de riposte aux flambées épidémiques.

**4. Confinement à long terme des stocks de poliovirus :** Après la certification mondiale, les questions de confinement gagneront en complexité, car les normes de sécurité biologique concernant la manipulation de toutes les souches de poliovirus deviendront de plus en plus rigoureuses. Les poliovirus sauvages et les poliovirus dérivés d'une souche vaccinale, en particulier, devront être manipulés de la même manière que d'autres agents pathogènes dangereux faisant l'objet de mesures de confinement strictes. Pendant la période 2004-2005, une troisième édition du Plan d'action mondial pour le confinement des poliovirus sauvages en laboratoire sera mis au point ; il s'agira du confinement lors de la phase d'arrêt de la vaccination par le VPO dans le monde. L'élaboration de ce plan sera l'occasion de réunir un consensus international sur le calendrier et les mécanismes à appliquer pour que les normes de confinement des stocks de poliovirus sauvage et

de PDSV en laboratoire soient adaptées aux risques. Le Plan servira par ailleurs à définir les normes supplémentaires à adopter dans la perspective de l'arrêt de l'utilisation du VPO pour protéger le personnel des établissements de production du VPI contre une infection subclinique. Contrairement à la deuxième édition du Plan d'action, la troisième servira également à réunir un consensus sur les niveaux appropriés de sécurité biologique pour la manipulation des souches Sabin et les souches dérivées de la souche Sabin lors de la phase d'arrêt de la vaccination par le VPO dans le monde. Des normes seront mises au point pour les laboratoires et les établissements

de production de vaccins, y compris ceux qui fabriquent du VPI à partir de souches atténuées bien caractérisées. A partir de 2006, on mettra au point des outils et on développera les capacités pour veiller à ce que tous les laboratoires et les établissements de production de vaccins qui détiennent des poliovirus respectent dans le long terme les règles de confinement. La surveillance de longue haleine de l'application des mesures de confinement sera harmonisée avec les filières déjà en place pour d'autres agents pathogènes auxquels s'appliquent des niveaux très stricts de sécurité biologique. □

### Objectif N° 3 :

## Mettre au point des produits pour la phase d'arrêt de la vaccination par le VPO dans le monde

### Indicateurs et étapes

Indicateurs	Etapes				
	2004	2005	2006	2007	2008
Arrêt de l'utilisation du VPO pour la vaccination systématique	Lignes directrices et consultations sur les options de « l'après-VPO »	Introduire des stratégies locales pour réduire le risque de PDSV	Renforcer la stratégie d'arrêt de la vaccination par le VPO ainsi que les décisions nationales concernant le VPI	Introduire des protocoles pour la riposte aux poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale pour l'après-VPO	Préparer l'introduction de politiques de vaccination à long terme
Détection et notification immédiate des poliovirus circulants	Définir des stratégies pour déceler rapidement les virus circulants	Evaluer la possibilité d'une intégration dans le RSI/le Réseau mondial d'alerte*	Intégrer la surveillance de la poliomyélite dans le RSI et le Réseau mondial d'alerte	Entamer l'échantillonnage dans l'environnement (le cas échéant)	Mettre au point des outils supplémentaires de surveillance (le cas échéant)
Stocks de vaccin antipoliomyélique et riposte d'urgence	Harmoniser la gestion avec celle d'autres stocks (fièvre jaune, méningite, variole)	Déterminer la taille des stocks de VPOM, de VPI et de VPO trivalent pour l'après-VPO	Homologuer au moins deux fournisseurs de VPOM	Etablir des contrats pour la constitution du stock de VPOM	Début de la constitution du stock de VPOM
Confinement à long terme des stocks de poliovirus	Recherche et consultations sur les impératifs de la phase d'arrêt de la vaccination par le VPO dans le monde	Publier la troisième édition du Plan d'action mondial	Harmonisation complète avec les procédures de sécurité pour des agents pathogènes du même type	Homologuer au moins un produit VPI fabriqué à partir de souches Sabin	Début de l'application et de la vérification du Plan d'action mondial III

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

## 4.4 Objectif N° 4 : Intégrer l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite

**L'** Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a aidé à assurer d'autres services de santé, en particulier depuis le milieu des années 90, moyennant des activités telles que la distribution de suppléments de vitamine A, la surveillance intégrée des maladies, l'amélioration des services de vaccination systématique et, plus récemment, la mise en œuvre dans les pays des activités de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (par exemple introduction de nouveaux vaccins ou renforcement des services de vaccination). Pendant la période 2004-2008, le Partenariat pour l'éradication de la poliomyélite va accélérer l'intégration de l'Initiative afin d'en développer le plus possible les avantages au sens le plus large et d'institutionnaliser les fonctions à long terme du programme de lutte contre la poliomyélite. En premier lieu, les travaux en cours pour transférer ou intégrer les moyens humains, infrastructures matérielles et arrangements institutionnels non négligeables financés par la lutte contre la poliomyélite dans d'autres activités d'endiguement des maladies, de surveillance et de riposte seront intensifiés de manière à préserver les avantages de l'investissement international réalisé dans l'éradication de la poliomyélite. Par là même, on minimisera les risques que pourrait comporter l'achèvement de l'Initiative pour d'autres programmes qui dépendent de ses infrastructures. En deuxième lieu, le travail à long terme en matière d'éradication de la poliomyélite, particulièrement dans les domaines du confinement, de la surveillance, des stocks et de la riposte, sera pleinement intégré dans les mécanismes et structures durables mis en place au niveau national, à l'OMS et à l'UNICEF pour d'autres agents pathogènes dangereux (NOTE : les étapes pertinentes de l'intégration de ces fonctions à long terme sont indiquées au titre de l'objectif N° 3).

### Approche stratégique :

L'éradication de la poliomyélite s'est appuyée avant tout sur trois grandes activités : les campagnes de vaccination supplémentaires, la surveillance active accompagnée de l'investigation des cas en laboratoire et le renforcement de la coordination à l'intérieur du Partenariat. Tout au long de la mise en œuvre de l'Initiative, on s'est particulièrement efforcé d'utiliser ces activités ainsi que les ressources de l'Initiative pour améliorer la prestation d'autres services de santé, lorsque cela était pertinent et possible.

Dans le domaine des activités de vaccination supplémentaires (par exemple les JNV), on a mis l'accent sur les aspects suivants : a) ajouter d'autres interventions qui se justifiaient sur le plan épidémiologique, étaient possibles sur le plan opérationnel et pouvaient se poursuivre grâce aux activités de vaccination systématique ; b) améliorer les services de vaccination systématique en modernisant l'infrastructure matérielle (c'est-à-dire la chaîne du froid), en remettant à niveau la formation des agents de santé, en mettant en place des moyens d'analyse des données et en réinstituant des systèmes d'encadrement ; c) développer la sensibilisation et la demande communautaires concernant d'autres services de santé, notamment la vaccination systématique, par un effort massif de mobilisation sociale. La gamme des interventions qui

pouvaient venir s'ajouter aux campagnes antipoliomyelitiques étaient toutefois souvent limitées par le manque de formation des nombreux assistants communautaires recrutés, peu familiarisés avec la prestation des services de santé. C'est pourquoi on a concentré les activités sur la distribution de suppléments de vitamine A, qui ne demandait ni formation approfondie ni injection et qui était déjà reliée à la vaccination systématique. Dans le domaine de la surveillance, deux approches générales ont été adoptées pour mettre en place les capacités nécessaires à l'éradication de la poliomyélite tout en renforçant la surveillance d'une façon générale. Là où les maladies étaient bien détectées et signalées, la notification des cas de PFA a été si possible intégrée dans ce système. Là où ce n'était pas le cas, on a mis en place une surveillance des cas de PFA, ce qui devait esquisser le cadre d'un système national intégré de surveillance des maladies. Dans le domaine de la coordination et de la gestion du Partenariat et de l'appui, les mécanismes qui ont été mis au point, par exemple comités de coordination interinstitutions, groupes de conseil technique (TAG) et groupe consultatif sur la communication pour la vaccination et l'éradication de la poliomyélite, ont inscrit dans leur mandat le renforcement de la vaccination systématique.

Pour mener à bien les activités d'éradication, le Partenariat contre la poliomyélite a beaucoup investi dans les ressources humaines, les infrastructures matérielles et les arrangements institutionnels. Il sera déterminant d'intégrer cet investissement dans les systèmes nationaux de vaccination et de surveillance pour que l'expérience, les enseignements et les moyens de l'éradication de la poliomyélite gardent leur utilité, notamment pour le suivi de la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrée aux enfants et les objectifs de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination – accroître la couverture de la vaccination systématique<sup>19</sup> et réduire la mortalité rougeoleuse dans le monde<sup>20</sup>. On a d'autre part poursuivi d'autres filières pour appliquer l'expérience acquise dans la lutte contre la poliomyélite à l'amplification d'autres interventions importantes, notamment celles qui contribueront aux objectifs du Millénaire pour le développement.

Comme on l'a vu pour l'objectif N° 3, vers la fin des années 90, l'Initiative a commencé à œuvrer afin que les activités antipoliomyélitiques à long terme puissent un jour être intégrées dans les mécanismes existants pour d'autres agents pathogènes dangereux. Ainsi, depuis 1997-1998, le groupe consultatif de l'OMS sur la sécurité biologique, qui donne des avis sur les mesures générales de sécurité biologique au niveau international et possède des compétences particulières dans des domaines comme la variole, a aidé à mettre au point les Plans d'action mondiaux pour le confinement des poliovirus sauvages en laboratoire. En 2002, l'Initiative a commencé à examiner l'intégration de la poliomyélite dans le Règlement sanitaire international et, depuis 2003, le Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie participe officiellement à la recherche des flambées de poliomyélite et aux actions de riposte.

Le maintien à long terme des capacités de laboratoire pour le diagnostic de la poliomyélite sera particulièrement important, mais ce sera aussi une tâche difficile étant donné la rareté croissante des cas et l'intérêt moindre au regard des priorités sanitaires nationales. C'est pourquoi on étudie actuellement les possibilités de soutenir cette capacité nationale en intégrant mieux les fonctions de base dans celle qui concerne d'autres

agents pathogènes, tout en maintenant un nombre suffisant de centres internationaux spécialisés.

### Analyse de la situation :

A la mi-2003, l'Initiative avait beaucoup contribué à développer l'aptitude à travailler en vue d'autres priorités de la santé dans de nombreux pays. Dans toutes les Régions de l'OMS, des organismes de surveillance technique de l'éradication de la poliomyélite, connus sous le nom de groupes consultatifs techniques et groupes de conseil technique (TCG et TAG)<sup>21</sup>, ont été utilisés pour des activités de vaccination d'une façon plus générale. Les comités de coordination interinstitutions mis sur pied au niveau national dans le cadre de la lutte contre la poliomyélite sont devenus le pilier de l'acheminement de l'aide de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination et ils constituent le modèle du mécanisme de coordination dans les pays adopté par le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme. En 2001 déjà, 91 % des effectifs de personnel international financés par les activités antipoliomyélitiques et 100 % du personnel national consacraient en moyenne 44 % et 22 % de leur temps, respectivement, à d'autres activités de vaccination et de santé dans les pays où ils travaillaient<sup>22</sup>. Pendant les cinq années de la période 1996-2000, le Partenariat pour l'éradication de la poliomyélite a consacré à peu près 20 % de son budget (soit US \$200 millions) à l'achat de matériel pour la vaccination systématique et la surveillance. Ne serait-ce qu'en Afrique, jusqu'à 30 % du matériel normal de la chaîne du froid a été remplacé grâce à des fonds de la lutte contre la poliomyélite.

Depuis 1998, l'inclusion de la distribution de suppléments de vitamine A dans les JNV a permis d'éviter environ 1,25 million de décès d'enfants et a renforcé les liens entre les contacts vaccinaux et la distribution de micronutriments. Les JNV ont d'autre part facilité l'application des méthodes suivies pour les campagnes à d'autres interventions telles que la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide pour la prévention du paludisme. La capacité de surveillance mise en place pour la poliomyélite a été largement utilisée pour détecter des cas de maladies comme la rougeole, le tétanos néonatal, la méningite, le choléra ou la fièvre jaune et pour

<sup>19</sup> D'ici à 2010, un taux de couverture de la vaccination systématique des enfants de moins de un an de 90 % au niveau national, avec au moins 80 % dans chaque district ou division équivalente.

<sup>20</sup> Réduction de moitié des décès par rougeole d'ici à la fin 2005 par rapport aux niveaux de 1995.

<sup>21</sup> Ces organismes qui se réunissent tous les ans ou tous les six mois rassemblent des conseillers spécialisés, des chercheurs, des agents de terrain, des directeurs de programmes nationaux et des institutions partenaires pour aider à mettre au point les stratégies, orienter les politiques et fixer les priorités opérationnelles.

<sup>22</sup> Enquête de l'OMS 2001 sur le personnel de la lutte contre la poliomyélite.

y réagir. Dans la Région africaine de l'OMS, le réseau PFA a servi de cadre pour la « surveillance intégrée des maladies ». En 1998, 86 % des pays de cette Région y avaient inclus la rougeole et le tétanos néonatal et 60 % avaient inclus le choléra et la méningite. Aux Amériques, la surveillance de la poliomyélite et de la rougeole est étroitement intégrée depuis 1994. En 2001, l'OMS et l'UNICEF ont commencé à former systématiquement les personnels financés par la lutte contre la poliomyélite dans les pays clés pour qu'ils aident à appliquer la stratégie visant à atteindre tous les districts afin d'améliorer la couverture de la vaccination systématique.

Parce qu'elle aide de plus en plus d'autres programmes de santé internationaux, qui dépendent notamment des ressources humaines destinées à la lutte contre la poliomyélite, l'Initiative a entamé en 1999-2000 une série de discussions sur le rôle que ces ressources pourraient jouer à long terme dans l'activité de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination et d'autres initiatives de surveillance et d'endigement des maladies transmissibles. Consciente du fait que l'utilité potentielle du réseau de ressources humaines financé par la lutte contre la poliomyélite va au-delà de la vaccination, l'Initiative a également commencé en 2003 à envisager la possibilité de partager activités et coûts avec d'autres programmes de santé importants comme le Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie ou l'initiative de l'OMS et de l'ONUSIDA « 3 millions d'ici 2005 ». Depuis la fin de 2003, le programme s'emploie avec le Département de l'OMS Action en faveur des pays à désigner une série de pays pilotes où l'on évaluera la possibilité d'élargir l'activité du réseau conformément aux priorités définies par les pays pour l'assistance technique de l'OMS concernant les maladies transmissibles, en insistant particulièrement sur la lutte contre les maladies que la vaccination permet d'éviter.

Bien qu'on ait mis l'accent sur le partage des coûts avec d'autres programmes, de nombreuses actions sans rapport avec la poliomyélite étaient encore plus dépendantes des activités, des financements et/ou des infrastructures d'éradication de la poliomyélite à la fin de 2003. Pour atténuer le plus possible les risques d'une telle dépendance, ces activités, et en particulier celles qui sont étroitement imbriquées avec les campagnes antipoliomyelitiques (par exemple Alliance mondiale pour les vaccins et la

vaccination, distribution de suppléments de vitamine A), doivent être intégrées aux programmes normaux dans les pays, à l'OMS et à l'UNICEF.

## Résultats escomptés :

**1. Transfert des éléments des « campagnes » antipoliomyelitiques aux programmes de vaccination systématique :** Ce domaine d'activité vise à assurer une pleine intégration fonctionnelle des infrastructures de la vaccination systématique et de l'éradication de la poliomyélite au niveau national (c'est-à-dire ressources humaines, matériel, arrangements institutionnels, distribution de vitamine A). Grâce à cette intégration, les approches et processus stratégiques mis en place pour l'éradication de la poliomyélite pourront amener la microplanification de district, la mobilisation sociale et la capacité de production de « données pour la décision » concernant la vaccination systématique aux niveaux atteints pour les campagnes de lutte contre la poliomyélite. On continuera à élaborer des plans dans les pays en vue de cette intégration, en s'attachant particulièrement aux 15 grands pays et/ou pays en proie à un conflit où ont été déployées près de 85 % des ressources humaines consacrées à la lutte contre la poliomyélite. Ces travaux seront menés en étroite coordination avec le cadre stratégique 2004-2005 de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination, puisque les pays prioritaires qui y sont recensés sont plus ou moins les mêmes que ceux où l'infrastructure de lutte contre la poliomyélite est la plus développée. A mesure que progressera la planification dans les pays, des outils seront mis au point pour faciliter la formation supplémentaire qu'imposera ce programme de travail plus large. Au niveau mondial, on développera en les actualisant les outils de communication sur la poliomyélite (c'est-à-dire sites Web, bulletins d'information, communiqués de presse et rapports d'activité) pour encourager et faciliter l'engagement actif des principales parties prenantes dans ce transfert en vue d'atteindre les buts plus généraux de la vaccination.

**2. Développement ou intégration de la surveillance de la PFA dans la surveillance d'autres maladies revêtant de l'importance pour la santé publique :** Ces travaux se poursuivront pays par pays selon deux voies d'approche. La surveillance de la PFA sera intégrée au système de surveillance systématique

des maladies dans les pays où existent structures et moyens, la priorité N° 1 étant les pays où les systèmes sont les plus développés et qui ont été certifiés exempts de poliomyélite. Dans les pays où ces moyens n'existent pas, le système de surveillance de la PFA sera développé de manière à faciliter détection, investigation et riposte pour les maladies évitables par la vaccination et d'autres maladies revêtant de l'importance pour la santé publique (particulièrement les maladies ayant un potentiel épidémique). D'ici à la fin de 2004, les pays ayant besoin d'un solide appui à long terme pour maintenir leur capacité de surveillance auront été recensés. La planification se poursuivra en vue d'institutionnaliser cet appui extérieur et d'en faire une capacité de surveillance intégrée qui se maintiendra après la certification mondiale. D'ici à la fin de 2005, tous ces pays disposeront des matériels de formation et autres outils nécessaires pour développer le système de surveillance de la PFA afin d'y inclure la notification et l'investigation d'autres maladies. On examinera les possibilités de développer les compétences du personnel financé par la lutte contre la poliomyélite et faciliter sa réintégration, le cas échéant, dans les programmes nationaux.

**3. Intégration des ressources humaines financées par la lutte contre la poliomyélite :** Entre 2004 et 2006, date butoir pour l'arrêt des activités de vaccination supplémentaires contre la poliomyélite dans tous les pays, le programme achèvera le transfert à d'autres organes de financement des postes consacrés à l'action antipoliomyélique qui assurent avant tout une assistance technique aux activités de vaccination et/ou à la mobilisation sociale. Une priorité toute particulière sera accordée à la collaboration avec les organes de financement qui appuient le renforcement de la vaccination systématique, l'accélération de la lutte contre la maladie (par exemple la réduction de la mortalité rougeoleuse) et/ou l'introduction de nouveaux vaccins. Là où cette assistance technique n'est pas nécessaire, des postes seront supprimés et l'on cherchera à dégager des possibilités avec d'autres programmes et organisations. D'ici à 2006, le programme aura également amélioré les capacités des ressources humaines, notamment pour la surveillance de terrain et le diagnostic en laboratoire, qui seront nécessaires tout au long du processus de certification mondiale et pour l'arrêt de la vaccination par le VPO. De plus, à partir de 2004, le programme commencera à évaluer la proportion du temps des effectifs de personnel financés par les activités antipoliomyéliquites aux

niveau national et infranational qui pourrait être libérée pour des tâches de surveillance et d'endiguement d'autres maladies transmissibles évitables par la vaccination. Là où cela s'avérera possible, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite collaborera avec d'autres programmes afin d'assurer une formation supplémentaire, de mettre en place des structures d'encadrement et de partager les coûts. La priorité à cet égard sera donnée aux 15 pays qui reçoivent 85 % de l'assistance technique financée au titre de la lutte contre la poliomyélite et l'on commencera par ceux qui étaient exempts de poliomyélite à la fin de 2002. La phase finale de cette intégration des ressources humaines financées au titre de la lutte contre la poliomyélite se déroulera entre 2008 et 2010, période pendant laquelle toutes les fonctions à long terme de la lutte contre la poliomyélite seront pleinement intégrées dans des structures viables chargées de plusieurs maladies ou agents pathogènes.

**4. Intégration des principaux arrangements institutionnels relatifs à l'éradication de la poliomyélite :** La priorité dans ce domaine d'activité consistera à maintenir l'activité des comités de coordination interinstitutions mis en place pour la poliomyélite et, le cas échéant, celle des groupes de conseil technique (TAG) pour les activités de vaccination systématique. Même si, fin 2003, les fonctions de ces groupes avaient été développées dans presque tous les pays et Régions, les ressources financières et humaines nécessaires pour convoquer les réunions et les aider étaient encore bien souvent fournies exclusivement par l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. A la fin de 2006, lorsque les activités de vaccination supplémentaires prendront fin dans la plupart des pays, ces arrangements institutionnels devront, pour se maintenir, recevoir eux aussi l'appui du personnel et des organismes de financement de la vaccination systématique, éventuellement par l'intermédiaire de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination.

**5. Appui au développement d'autres interventions de santé :** Il s'agira surtout ici de repérer et d'aider les secteurs où l'application de l'expérience et des enseignements tirés de l'éradication de la poliomyélite pourrait faciliter les objectifs du Millénaire pour le développement, en particulier la cible 5 – réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, les taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans. On veillera tout particulièrement à ce que l'expérience faite dans

les domaines des ressources humaines, du financement ainsi que de l'administration et de la gestion soit mise à profit pour les activités internationales visant à réduire durablement la mortalité et la morbidité rougeoleuses ainsi qu'à

développer la couverture d'interventions de santé telles que la distribution de vitamine A, la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide ou le traitement par les antirétroviraux. □

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

<i>Indicateurs</i>	<b>Etapes</b>				
	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>
Pourcentage des pays prioritaires pour l'Alliance/la poliomyélite qui mettent en œuvre des plans intégrés	25 %	50 %	75 %	100 %	100 %
Pourcentage des pays ayant intégré ou développé la notification des cas de PFA, en fonction des besoins (en particulier pour la rougeole et le tétanos néonatal)	50 %	75 %	100 %	100 %	100 %
Pourcentage des pays dotés d'un comité de coordination interinstitutions soutenu par l'Alliance et, le cas échéant, d'un groupe de conseil technique (TAG)	25 %	50 %	75 %	100 %	100 %
Proportion des « ressources humaines » financées au titre de la lutte contre la poliomyélite qui contribuent officiellement à des programmes dirigés contre plusieurs maladies*	25 %	50 %	75 %	90 %	100 %
Pourcentage des pays où les opérations de lutte contre la poliomyélite sont pleinement intégrées dans les activités de lutte antirougeoleuse	50 %	75 %	100 %	100 %	100 %

\* Point de comparaison : postes financés dans le monde en 2003 au titre de la lutte contre la poliomyélite.

**O**UTRE les deux enjeux spécifiques déjà mentionnés auxquels se heurte l'interruption de la transmission du poliovirus, il se pose six grands enjeux qui ont tous à voir avec les quatre objectifs exposés ici. On trouvera dans les paragraphes qui suivent un aperçu de chacun de ces enjeux et des activités prévues par le Partenariat pour l'éradication de la poliomyélite afin d'en atténuer les éventuels effets négatifs.

## 5.1 Volonté et engagement politiques

Avant toute chose, il faut un appui et un engagement politiques soutenus au plus haut niveau pour garantir le succès de l'éradication mondiale de la poliomyélite. Dans les derniers pays d'endémie, cet engagement doit se manifester aux niveaux national et infranational pour que les stratégies soient bien mises en œuvre (voir section 4.1). L'adhésion des pays exempts de poliomyélite est nécessaire pour améliorer la couverture de la vaccination systématique, maintenir une surveillance de qualité, assurer le confinement des stocks de poliovirus et rassembler tous les documents nécessaires à la certification. Dans les pays qui accordent une aide extérieure au développement, l'appui sans faille des dirigeants politiques sera déterminant et assurera un financement extérieur suffisant pour vaincre une maladie en voie de disparition.

Afin de soutenir cet engagement politique, le Partenariat pour l'éradication de la poliomyélite va continuer à élaborer et mettre en œuvre des plans pour l'action de plaidoyer pays par pays. On profitera de différentes tribunes politiques aux niveaux régional et mondial pour rappeler l'existence de l'Initiative en cette période critique.

## 5.2 Financement extérieur

Le deuxième grand enjeu consistera à trouver pour 2004-2005 les US \$150 millions nécessaires pour interrompre la transmission du poliovirus et les US \$380 millions requis pour parvenir à la certification mondiale et intégrer l'Initiative.

L'importance capitale de disposer des fonds suffisants pour garantir le succès ultime de l'Initiative est apparue avec une acuité particulière au début de 2003 lorsque, pour la première fois depuis 1999, il a fallu annuler ou reporter des activités d'éradication à cause du manque de fonds. Ce déficit financier a vite compromis la qualité de la surveillance de la poliomyélite, notamment en Afrique, tout en ralentissant les ripostes d'urgence aux flambées épidémiques et en en réduisant la qualité et il a empêché d'agir dans des zones qui constituent d'importants réservoirs. L'impossibilité de combler à l'avenir ces déficits financiers aurait de graves effets sur toutes les grandes étapes esquissées ici.

Pour trouver une solution, le Groupe consultatif interinstitutions pour la poliomyélite<sup>23</sup> va poursuivre ses efforts de mobilisation des ressources. On s'emploiera tout particulièrement à obtenir l'engagement définitif des pays membres du G8 (particulièrement l'Allemagne, la France et l'Italie), à combler le déficit financier pour les activités d'éradication en Afrique et à trouver de nouveaux partenaires qui s'intéresseraient notamment à l'intégration de l'infrastructure de la poliomyélite, question évoquée auparavant. Il s'agira également d'aider les Etats Membres de l'Organisation de la Conférence islamique (OCI) à appliquer la résolution adoptée lors du sommet de 2003 en vue de financer les activités de lutte contre la poliomyélite. La visibilité accrue des activités d'éradication de cette maladie au sein des institutions du système des Nations Unies et la prise de conscience du fait que l'éradication de la poliomyélite est un bien public qui intéresse la santé dans le monde entier sont deux éléments qui aideront à développer le Partenariat pour l'éradication de la poliomyélite et à encourager d'autres pays membres de l'Organisation de Coopération et de Développement économiques et de son Comité d'Aide au Développement (OCDE/CAD) à participer à cette initiative historique. Le Partenariat veillera tout particulièrement à obtenir des engagements financiers pour plusieurs années jusqu'en 2008.

<sup>23</sup> Il s'agit d'un groupe interinstitutions réunissant des spécialistes des relations extérieures, de la mobilisation des ressources et de la communication de l'OMS, de l'UNICEF, de la Fondation des Nations Unies et de Rotary International, qui coordonne les activités internationales de plaidoyer et de mobilisation des ressources dans le cadre du Partenariat pour l'éradication de la poliomyélite.

### 5.3

## Vaccins antipoliomyélitiques de qualité

Pour atteindre tous les grands objectifs énoncés dans ce plan, il faudra garantir un approvisionnement fiable en vaccins antipoliomyélitiques de qualité. Pour briser les dernières chaînes de transmission du poliovirus, il faudra environ 2,5 milliards de doses de VPO préqualifié par l'OMS pour les activités de vaccination supplémentaires pendant la période 2004-2005. Il faudra de plus du VPO pour les activités de vaccination supplémentaires dans les pays à haut risque ainsi que pour les activités de vaccination systématique ; étant donné que la communauté mondiale développe son action pour améliorer la vaccination systématique par des initiatives comme l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination, les besoins en VPO pour la vaccination systématique pourraient augmenter pendant cette même période. Au fur et à mesure de l'élaboration des plans d'établissement d'un stock de vaccins, il faudra prendre des mesures pour maintenir la capacité de production du VPO destiné au stock pendant toute la phase d'arrêt de la vaccination par le VPO dans le monde et continuer à disposer des réactifs, procédés essentiels pour la production et le contrôle de qualité. Outre le VPO, on prévoit qu'il y aura une demande accrue de VPI sous diverses formulations, quelles que soient les décisions à long terme concernant la vaccination antipoliomyélitique. Étant donné la nécessité d'appliquer des mesures de confinement appropriées dans les grands établissements de production de VPI dans le monde, il faudra qu'une étroite collaboration s'instaure entre les fabricants, les autorités de surveillance des pays et les services internationaux chargés de la sûreté et la sécurité biologiques.

Pour garantir un approvisionnement suffisant en vaccins antipoliomyélitiques de qualité, l'UNICEF et l'OMS, en concertation avec les gouvernements, continueront à affiner leurs prévisions à long terme concernant la demande de VPO et de VPI. L'OMS définira les critères et le processus de préqualification pour les vaccins contenant du VPI. Les résultats seront communiqués régulièrement aux fabricants de VPO et de VPI lors de réunions annuelles et de consultations spéciales organisées en fonction des besoins. Les programmes de travail concernant la recherche et les grandes orientations en matière de

vaccins et de vaccination antipoliomyélitiques continueront à marquer ce domaine d'activité.

### 5.4

## Pays et zones en proie à un conflit

Même si les stratégies d'éradication de la poliomyélite ont pu être mises en œuvre dans tous les pays touchés par un conflit, il continuera à se poser dans ces zones des problèmes spéciaux qui affecteront tous les aspects du programme d'éradication. Mis à part la nécessité d'interrompre la transmission du poliovirus en Afghanistan, il faudra déployer des efforts certains pour améliorer et maintenir l'immunité de la population dans un plus grand nombre de pays touchés. Des arrangements spéciaux devront être trouvés pour certains de ces pays et zones lorsqu'il s'agira de vérifier et de soumettre les documents nécessaires à la certification. D'autre part, ces zones, qui ont peut-être des intérêts particuliers, devront être représentées lors des débats sur les politiques futures en matière de vaccination antipoliomyélitique.

Compte tenu des besoins spéciaux des zones en proie à un conflit, le Partenariat pour l'éradication de la poliomyélite continuera de leur consacrer une grande partie de son assistance technique, particulièrement en déployant des ressources humaines à long terme. Les travaux en cours avec des réseaux d'ONG seront poursuivis et développés. L'étroite collaboration qui s'est instaurée avec l'appareil de sécurité de l'Organisation des Nations Unies dans bon nombre de ces zones va elle aussi se poursuivre ; on affectera notamment quelques agents de sécurité financés au titre de l'éradication de la poliomyélite, de même que l'on continuera d'investir dans l'application des normes minimales de sécurité<sup>24</sup>.

### 5.5

## Information et mobilisation sociale

Tout au long du déroulement de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, l'information et l'engagement du secteur public ont été déterminants pour diverses activités, depuis l'application des stratégies dans les zones d'endémie jusqu'à la mobilisation des ressources dans les pays donateurs. Dans ces derniers, il faut faire mieux connaître l'Initiative pour faciliter les décisions concernant l'affectation des ressources

<sup>24</sup> Il s'agit ici des « normes minimales de sécurité opérationnelle » que doivent appliquer les institutions du système des Nations Unies travaillant dans des zones qui sont peu sûres ou pourraient le devenir.

d'ici à la certification mondiale. Dans tous les pays, l'élaboration de politiques à long terme pour la poliomyélite, notamment en ce qui concerne la vaccination systématique, créera de nouvelles demandes dans ce domaine d'activité.

Il faut intensifier les efforts de mobilisation sociale dans les dernières zones d'endémie pour associer pleinement les populations touchées par la poliomyélite et dissiper les rumeurs qui ont parfois sapé la confiance dans le programme. La sélection et la formation des agents de vaccination, l'inclusion des femmes et des groupes déshérités à tous les niveaux, la nécessité d'une bonne communication interpersonnelle lors des prestations et la mise au point de messages et de matériels appropriés d'information, d'éducation et de communication sont autant d'éléments cruciaux pour la vaccination de tous les enfants.

L'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite continuera à privilégier l'information, la mobilisation sociale et la communication pendant la période 2004-2008. Les moyens techniques mis en place dans ce domaine aux niveaux mondial, régional, national et infranational devront être développés et renforcés de manière à mieux appuyer les efforts des autorités. Les mécanismes interinstitutions de coordination des activités de communication et de mobilisation sociale (à savoir le Groupe consultatif sur la communication pour la vaccination et l'éradication de la poliomyélite, le Groupe consultatif sur la communication pour la vaccination (Afrique), ainsi que les commissions nationales de mobilisation sociale) vont être maintenus, tandis que de nouveaux matériels seront mis au point et diffusés à l'appui de cette activité.

## 5.6

### Confinement biologique

Dans l'échéancier 2004-2008 pour l'éradication de la poliomyélite, il sera particulièrement important d'achever à temps les activités de confinement décrites dans la deuxième édition du plan d'action mondial pour le confinement des poliovirus sauvages en laboratoire. En vertu de ce Plan, tous les pays devront, d'ici à la fin de 2004, recenser leurs laboratoires, établir l'inventaire de toutes les installations détenant du poliovirus sauvage ou des matériels potentiellement infectieux et appliquer les mesures de sécurité biologique du niveau 2/polio. Une année après qu'aura été décelé le poliovirus sauvage pour la dernière fois (c'est-à-dire à compter de la fin de 2005), tous les pays devront commencer à détruire les matériels qu'ils détiennent ou à passer au niveau de confinement biologique 3/polio. Même si les progrès réalisés jusqu'ici dans l'application du Plan d'action (2<sup>e</sup> édition) montrent que ce calendrier est réalisable, il faudra, pour atteindre les objectifs, accélérer le confinement dans plusieurs grands pays industrialisés et entamer les activités dans de nombreux pays qui étaient encore récemment des pays d'endémie. Introduire, valider et vérifier en temps voulu les mesures de confinement de niveau 3/polio dans les établissements existants de production et de contrôle de la qualité du VPI qui utilisent du poliovirus sauvage représentent un défi tout particulier pour les fabricants et les autorités nationales de surveillance. Les résultats escomptés en ce qui concerne le confinement, qui ont été exposés au titre des objectifs 2 et 3 de ce Plan stratégique, font ressortir les activités à entreprendre face à ces enjeux. □



# Le rôle des partenaires

## 6.1

### Gouvernements

Les gouvernements des pays où la poliomyélite est endémique ou l'était récemment ainsi que les pays exempts de la maladie sont les maîtres en même temps que les bénéficiaires de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, au titre de laquelle ils mènent toute la gamme des activités d'éradication décrites ici. Des ressources sont engagées par les pays pour la mise en œuvre des activités d'éradication tant en espèces qu'en nature (par exemple temps consacré par les bénévoles, les agents de santé et d'autres au bon déroulement des JNV). De plus, les autorités affectent d'importantes ressources au niveau national de même qu'au niveau des Etats ou des provinces, des districts et des communautés locales à l'achat de carburant, à la mobilisation sociale, à la formation et à d'autres activités encore. On estime que les pays d'endémie auront versé l'équivalent d'au moins US \$2,35 milliards correspondant au temps consacré par des bénévoles aux activités d'éradication de la poliomyélite entre 1988 et 2005<sup>25</sup>. Les gouvernements des pays où la poliomyélite est endémique ou l'était récemment mènent d'autre part une action de plaidoyer auprès des gouvernements donateurs et de diverses instances multilatérales.

## 6.2

### Partenaires principaux

**Organisation mondiale de la Santé (OMS) :** L'OMS, aussi bien le Siège que les Bureaux régionaux et les bureaux de pays, assure l'orientation technique générale ainsi que la planification stratégique de la gestion et la coordination de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. L'OMS doit veiller à ce que tous les éléments du Plan stratégique de l'Initiative soient bien appliqués et elle joue un rôle clé dans la surveillance et l'évaluation de tous les aspects du Plan. Elle assure également la coordination de la recherche opérationnelle et de la recherche scientifique, l'appui opérationnel aux ministères de la santé ainsi que la formation et le déploiement des ressources humaines. L'OMS est l'institution technique chef de file pour l'appui aux systèmes de surveillance de la PFA, au réseau

mondial de laboratoires, à la mobilisation des ressources, à la coordination des donateurs, aux activités de plaidoyer et à l'information.

**Rotary International :** Avec son programme PolioPlus, qui a vu le jour en 1985, Rotary International a été, avec l'Organisation panaméricaine de la Santé, le premier à envisager un monde libéré de la poliomyélite et continue à jouer un rôle central dans les efforts internationaux d'éradication de la maladie. Le Rotary est la première organisation de services du monde, avec un réseau mondial regroupant 1,2 million de membres dans plus de 160 pays. Plus d'un million de membres du Rotary ont donné bénévolement de leur temps et de leurs ressources personnelles pour contribuer à la vaccination de près de deux milliards d'enfants de 122 pays. De plus, le Rotary mobilise des millions d'autres bénévoles pour les JNV et il apporte également des fonds en cas d'urgence. A ce jour, l'organisation a engagé plus de US \$500 millions pour l'éradication de la poliomyélite. Avec l'aide des conseillers nationaux PolioPlus pour l'action de plaidoyer, le Groupe spécial du Rotary pour l'éradication de la poliomyélite a joué un rôle déterminant en faisant valoir la cause de l'éradication dans des tribunes internationales et auprès des gouvernements de pays donateurs, qui ont versé plus de US \$1,5 milliard en faveur de l'éradication mondiale. Ce montant, conjugué aux fonds versés directement par le Rotary, représente plus de la moitié des sommes nécessaires à l'Initiative. En juin 2003, le Rotary a achevé une deuxième campagne de mobilisation de fonds parmi ses membres, dépassant même le but, qui était d'obtenir US \$80 millions supplémentaires en faveur de l'éradication de la poliomyélite.

**Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des Etats-Unis d'Amérique :** C'est en offrant les services de ses épidémiologistes, spécialistes de la santé publique et chercheurs à l'OMS, à l'UNICEF et aux pays d'endémie que les CDC basés à Atlanta apportent leur principale contribution. De plus, un certain nombre de postes d'agents nationaux et internationaux au Siège de l'OMS et de l'UNICEF ainsi que dans les Bureaux régionaux et les bureaux de pays des deux organisations sont financés par des subventions des

<sup>25</sup> Global Public Goods for Health: Health economic and public health perspectives, p. 41, Smith, R. et al., réd., Oxford University Press, 2003.

CDC, lesquels apportent également des fonds pour l'achat du VPO nécessaire aux campagnes de vaccination de masse et fournissent toute une gamme de compétences techniques et un appui en laboratoire. Ils détachent en particulier du personnel pour la surveillance de la maladie aux niveaux mondial, régional et national et pour les enquêtes sur les flambées, particulièrement dans des régions situées à l'intérieur ou à proximité de zones exemptes de poliomyélite. Les CDC font office de « détective viral » pour les quatre partenaires, puisqu'ils disposent de compétences de pointe en matière de surveillance virologique pour identifier la souche de poliovirus en cause et en déterminer l'origine géographique. Les CDC fournissent d'autre part une aide à l'élaboration et à la surveillance des 145 laboratoires du réseau mondial, notamment en finançant un appui technique à court et à long terme dans des pays clés. Enfin, ils font des recherches qui faciliteront l'élaboration des politiques à long terme pour la vaccination et la surveillance.

**Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) :** L'UNICEF est le principal partenaire pour l'achat et la distribution des vaccins destinés aux activités de vaccination systématique et aux activités de vaccination supplémentaires et pour le renforcement, avec l'OMS, des éléments de vaccination systématique du Plan stratégique. Avec l'OMS, l'UNICEF est le principal partenaire de l'intensification des JNV/JLV et des campagnes de ratissage dans les pays. L'organisation fournit une assistance technique aux coordonnateurs nationaux pour la mise au point des plans d'action et la logistique permettant de couvrir les zones difficilement accessibles, notamment dans les pays en proie à un conflit. L'UNICEF participe également au processus mondial d'élaboration de politiques et de plans d'action pour l'éradication, met au point des matériels de formation et d'information, renforce les efforts de mobilisation sociale par son réseau d'agents de communication et fournit un appui à la chaîne du froid. C'est également un partenaire actif pour la mobilisation des ressources, les activités de plaidoyer et l'information.

### 6.3

#### **Donateurs et partenaires techniques**

**Organismes de coopération internationale pour le développement :** Ces organismes jouent un rôle central dans l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite grâce à leur appui

multilatéral et bilatéral. Ils mènent également à un niveau élevé une action de plaidoyer auprès des pays d'endémie et d'autres organisations d'aide au développement, donnent accès à des compétences techniques dans leur pays et fournissent une aide technique importante en participant à des réunions de comités de coordination interinstitutions et d'organes techniques aux niveaux mondial, régional et national. Plusieurs organismes internationaux de développement ont contribué à l'application de la stratégie de mobilisation des ressources de l'Initiative et aidé à élaborer des plans à long terme en prenant des engagements jusqu'à la certification mondiale. Parmi les partenaires de longue date figurent l'Allemagne (KfW), le Canada (ACDI), les Etats-Unis d'Amérique (CDC et USAID), le Japon (JICA) et le Royaume-Uni (DFID). Ces bailleurs de fonds ont versé ou promis US \$1,76 milliard pour l'Initiative, soit 59 % de tous les fonds reçus ou promis entre 1985 et 2005. D'autres partenaires comme l'Australie, le Danemark, le Luxembourg, la Norvège et les Pays-Bas ont versé d'importantes contributions et comptent parmi les principaux donateurs, notamment par habitant. L'Initiative se félicite d'autre part de l'arrivée de nouveaux donateurs comme la Fédération de Russie, l'Irlande et la Nouvelle-Zélande. Outre les organismes de développement des pays de l'OCDE, l'Initiative se propose de développer ses relations avec d'importants pays arabes et asiatiques.

**Fondations (voir également « Rotary International » au titre des partenaires principaux) :** Plusieurs fondations apportent un appui financier, mènent une action de plaidoyer et fournissent une assistance pour le développement du Partenariat. La Fondation des Nations Unies a apporté une aide non négligeable en fournissant un appui financier direct, en renforçant la capacité de mobilisation de fonds de l'Initiative, en suscitant des financements grâce au versement de subventions de contrepartie et en apportant d'autres partenaires à l'Initiative. Elle collabore d'autre part étroitement avec les partenaires principaux aux actions mondiales de plaidoyer et à la mobilisation des ressources pour la lutte contre la poliomyélite. Après la Fondation Rotary, c'est la Fondation Bill et Melinda Gates qui apporte le plus de fonds à l'Initiative, pour laquelle elle a engagé US \$75 millions. Cette Fondation a également joué un rôle important de plaidoyer et de promotion en faveur de l'éradication de la poliomyélite. La Fondation Rotary, la Fondation Bill et Melinda Gates et la Fondation des Nations

Unies ont également aidé l'Initiative en collaborant avec la Banque mondiale à l'application d'un mécanisme financier de conversion de prêts en dons qui permettra d'acheter du vaccin antipoliomyélitique pour le Nigéria et le Pakistan.

**Banques de développement et organismes multilatéraux :** Des institutions comme la Banque mondiale et la Banque interaméricaine de Développement ont donné accès à un financement au niveau national en octroyant des prêts à des conditions de faveur. La Banque mondiale a d'autre part collaboré avec la Fondation Bill et Melinda Gates, avec Rotary International et avec la Fondation des Nations Unies pour mettre en place un mécanisme de financement destiné à l'achat de vaccins antipoliomyélitiques pour le Nigéria et le Pakistan. La Commission européenne a apporté une aide à l'Initiative dans des pays comme l'Inde et le Nigéria. Des organismes intergouvernementaux comme le G8, l'Union africaine et l'Organisation de la Conférence islamique (OCI) ont activement soutenu l'Initiative en plaidant en faveur de l'éradication de la poliomyélite lors de leurs sommets et en promettant un appui à la fois financier et politique.

**Sociétés privées :** Des sociétés et acteurs du secteur privé ont apporté des contributions en espèces et en nature à l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. Le plus souvent, leurs contributions vont à un domaine ou un objectif précis qui demande un financement ciblé. Aventis Pasteur est le plus ancien partenaire privé de l'Initiative ; il lui a fait don sur dix ans de 120 millions de doses de VPO, qui ont été utilisées pour des campagnes dans certains pays d'Afrique qui sortaient d'un conflit. Parmi les autres principales sociétés qui appuient l'Initiative figurent : Wyeth, qui finance le Réseau régional africain de laboratoires de la poliomyélite ; la Fédération internationale de l'Industrie du Médicament (FIIM), qui a coordonné l'octroi d'un don de 100 millions de doses de vaccins par Aventis Pasteur, GlaxoSmithKline (GSK) et Chiron ; DeBeers, qui a financé des campagnes de lutte contre la poliomyélite en Angola ; British Airways, qui a financé une importante campagne de ratissage dans l'ouest de la Zambie. Des campagnes de mobilisation de fonds dans le secteur privé organisées par Rotary International et par la Fondation des Nations Unies ainsi que par les divers comités nationaux de l'UNICEF ont également permis d'obtenir un appui non négligeable pour l'Initiative.

## 6.4

### **Organisations humanitaires internationales et organisations non gouvernementales**

**Organisations humanitaires internationales :** Des organisations comme la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge aident l'Initiative par une action de plaidoyer aux niveaux international et national et en apportant un appui financier, opérationnel et technique à certains pays prioritaires. Les Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge contribuent à la mise en œuvre des activités de vaccination de masse et de surveillance sur le terrain, en privilégiant la mise en place de réseaux de bénévoles communautaires pour la mobilisation sociale. Le Comité international de la Croix-Rouge (CICR) s'emploie à faciliter l'accès aux zones de conflit et aux populations de réfugiés.

**Organisations non gouvernementales :** Les ONG jouent un rôle important dans la mise en œuvre des activités au niveau national. Grâce aux efforts de ses nombreux membres (par exemple ADRA, CRS, CARE, Plan International, Save the Children et World Vision), l'organisation CORE, qui coiffe diverses ONG, appuie les activités d'éradication de la poliomyélite en constituant des partenariats entre le gouvernement et les communautés desservies, en aidant à mener des campagnes de vaccination supplémentaires, en aidant à assurer la surveillance de la PFA et en vérifiant l'état vaccinal des enfants. Des ONG aident à former des bénévoles et des agents de santé, à transporter vaccins et matériel, à surveiller la qualité de la chaîne du froid et à mener des activités de communication et de mobilisation sociale. Elles jouent d'autre part un rôle de plaidoyer important, particulièrement aux niveaux national et infranational. Certaines ONG, comme l'Albert B. Sabin Vaccine Institute qui s'est joint officiellement à l'Initiative en 2003, jouent à la fois un rôle de plaidoyer international et un rôle consultatif technique. Des ONG comme Médecins sans Frontières ou Save the Children ont permis d'atteindre les enfants dans des pays en proie à un conflit comme l'Angola, la République démocratique du Congo ou la Somalie.

## 6.5

### Fabricants de vaccin

L'industrie du vaccin joue un rôle déterminant dans l'aide aux activités de vaccination systématique et aux activités de vaccination supplémentaires contre la poliomyélite en fournissant les quantités nécessaires de vaccin de qualité contrôlée. Les fabricants veillent à ce que des quantités suffisantes de vaccin soient disponibles au moment voulu en vérifiant que les plans de production et d'investissement pour le développement des capacités sont mis en œuvre au

bon moment. Pour assurer les disponibilités en temps voulu et réduire à un minimum les pertes de vaccins, l'industrie collabore d'autre part étroitement avec l'UNICEF et l'OMS, notamment pour les prévisions de la demande à court et à long terme ainsi que pour les plans de production. De plus, l'industrie du vaccin fournit une aide technique et entreprend des recherches dans l'optique des produits qui seront nécessaires après la certification, comme l'envisage le nouveau plan stratégique. De plus, l'industrie a versé à plusieurs reprises des contributions en nature. □

# 2009 et au-delà - la phase d'arrêt de la vaccination par le VPO dans le monde

**C**OMPTÉ tenu de l'expérience de l'éradication de la variole et des risques associés à la poursuite de l'utilisation du VPO, il est évident qu'il faut prévoir un dosage d'activités d'éradication à long terme et de durée limitée après la certification de l'éradication mondiale (date butoir : 2008). Les produits et politiques nécessaires pour cette phase de l'Initiative étant en cours de mise au point, il est impossible de chiffrer exactement les ressources financières qui seront alors nécessaires ; on peut toutefois prévoir les principales activités à mener.

Les activités à long terme sont celles qui permettront de réduire à un minimum et de gérer les risques de réintroduction et de réimplantation du poliovirus sauvage. Par exemple, avant l'arrêt de la vaccination par le VPO et par la suite, *tous* les poliovirus devront faire l'objet de mesures de confinement à long terme<sup>26</sup>. Il faudra procéder à la vérification indépendante des conditions de stockage et de manipulation des souches de poliovirus sauvage et des poliovirus dérivés d'une souche vaccinale, particulièrement dans les établissements de production qui utilisent du poliovirus sauvage pour produire du VPI. Des stocks de VPO monovalent et peut-être d'autres formulations devront être conservés à long terme. Des mécanismes agréés au niveau international seront nécessaires pour gérer l'utilisation de ces stocks et il faudra accorder la priorité aux pays qui décident de renoncer à utiliser le VPI pour la vaccination systématique. Ces activités s'inscrivant dans le long terme, elles seront intégrées dans les structures et mécanismes mis en place par les pays, l'OMS et l'UNICEF pour gérer l'identification, la manipulation et le confinement des agents pathogènes hautement prioritaires.

Outre ces activités à long terme, plusieurs actions de durée limitée seront nécessaires face au risque à court terme d'apparition de poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale lors de l'arrêt de la vaccination par le VPO. La principale

de ces activités consistera à renforcer et maintenir la surveillance de la PFA pendant au moins deux ans après l'arrêt de l'utilisation du VPO. Il faudra des capacités spéciales dans les zones les plus exposées au risque d'apparition de poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale (c'est-à-dire celles où la couverture de la vaccination systématique est très faible) ainsi que dans les pays qui décideront de ne pas introduire le VPI. Si l'évaluation en cours des stratégies de surveillance supplémentaire (c'est-à-dire échantillonnage dans l'environnement) montre qu'elles sont capables de renforcer sensiblement la détection des poliovirus circulants, ces méthodes devront être appliquées au moins un an avant l'arrêt de la vaccination par le VPO. Enfin, si l'on a la preuve que le renforcement de l'immunité de la population réduit sensiblement le risque d'apparition de poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale, l'arrêt de l'utilisation du VPO dans certaines zones devra peut-être être précédé d'une vaccination périodique par le VPO.

L'utilisation du VPI pour les programmes de vaccination systématique pose un problème particulier. Certains pays ont dit vouloir renoncer à l'utiliser, d'autres envisagent une formule limitée dans le temps où le VPI serait utilisé dans le cadre d'une stratégie de transition portant sur trois à cinq ans pendant l'arrêt de la vaccination par le VPO et d'autres encore ont fait part de leur intention de continuer à utiliser à long terme le VPI pour la vaccination systématique. Même si certains pays renoncent à utiliser le VPI, ceux qui décident d'y avoir recours pendant une période limitée ou à long terme devront avoir introduit ce vaccin d'ici à 2008 et pris les mesures nécessaires pour pouvoir se le procurer pendant la période nécessaire. Etant donné l'interdépendance des décisions concernant l'introduction du VPI, l'utilisation de vaccins associés et la politique nationale à long terme pour d'autres antigènes (par exemple la composante anticoquelucheuse du vaccin DTC), les principaux acteurs de la

<sup>26</sup> A mettre au point pour la troisième édition du Plan d'action mondial pour le confinement des poliovirus sauvages en laboratoire.

fourniture de ces vaccins pour la vaccination systématique, comme l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination, devront jouer dans cette démarche un rôle central.

Pour ce qui est des ressources, les incidences de la phase d'arrêt de la vaccination par le VPO dans le monde seront déterminées compte tenu des travaux visant à définir les produits et politiques appropriés pour cette période, comme on l'a vu au titre de l'objectif N° 3 du Plan stratégique de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la

poliomyélite 2004-2008. Les besoins financiers seront fonction des décisions prises au niveau international pendant la période 2005-2007 sur le processus effectif d'arrêt de la vaccination par le VPO, la taille et la composition des stocks de vaccins ainsi que le rôle futur d'autres vaccins antipoliomyélitiques. Bon nombre des activités de cette phase s'inscrivant dans le long terme, il faudra mobiliser et acheminer les ressources nécessaires par le biais des structures et mécanismes pérennes dans lesquels ces activités auront été intégrées. □

## Partenaires principaux de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite



Organisation mondiale de la Santé  
Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite  
20, avenue Appia  
CH-1211 Genève 27  
Suisse

Téléphone : (41 22) 791 2111  
Télécopie : (41 22) 791 4193  
Courriel : [polioepi@who.int](mailto:polioepi@who.int)  
Site web : [www.polioeradication.org](http://www.polioeradication.org)



9 789242 591170