



Eradication de la poliomyélite

Rapport du Secrétariat

INTRODUCTION

1. La Quarante et Unième Assemblée mondiale de la Santé a fixé le but de l'éradication de la poliomyélite en l'an 2000 dans sa résolution WHA41.28. Reconnaissant que, malgré des progrès sensibles et des stratégies judicieuses, la transmission du poliovirus sauvage se poursuivrait dans certains Etats Membres au-delà de la date cible, la Cinquante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé, dans sa résolution WHA52.22, a préconisé une accélération des activités d'éradication, un financement complémentaire et l'introduction d'activités de confinement en laboratoire.

2. L'accélération des activités d'éradication a conduit à une amélioration de 25 % de la surveillance de la poliomyélite, à une réduction de 50 % du nombre de pays d'endémie et à une diminution de plus de 80 % des cas de poliomyélite dans le monde entre 1999 et 2001. Alors qu'on estimait le nombre de cas à 350 000 dans plus de 125 pays en 1988 (voir l'annexe), seuls 259 cas dus au poliovirus autochtone, c'est-à-dire non importés, avaient été signalés en 2001, au 13 novembre, par dix pays, le nombre le plus faible jamais enregistré. Le 29 octobre 2000, le Pacifique occidental est devenu la deuxième Région à être certifiée exempte de poliomyélite.

3. Tous les Etats Membres d'endémie ont organisé des journées nationales de vaccination « intensifiées » et amélioré la surveillance à la suite de l'appel en faveur de l'accélération des activités. Pour avoir un maximum d'impact, 17 pays d'Afrique de l'Ouest ont organisé leurs journées nationales de vaccination au même moment en octobre-novembre 2000 et 2001. L'Angola, le Congo, le Gabon et la République démocratique du Congo ont organisé trois tournées de journées nationales de vaccination intensifiées de juillet à septembre 2001. L'Afghanistan, la République islamique d'Iran et le Pakistan ont continué à synchroniser leurs activités. Sous l'impulsion du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies, de nombreuses organisations du système, en partenariat avec des organisations humanitaires et non gouvernementales, ont aidé les Etats Membres à mener à bien ces activités.

4. D'importantes contributions à objet non désigné destinées à l'éradication de la poliomyélite ont joué un rôle déterminant dans cette accélération. Ces contributions, d'un montant total de US \$178 millions pendant la période 1999-2001, ont été fournies par les Gouvernements des Pays-Bas et du Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, par la Fondation Bill and Melinda Gates et par la Fondation des Nations Unies. Au cours de la même période, des contributions supplémentaires à l'initiative de l'éradication – multilatérales ou bilatérales – ont été apportées par Rotary International et la Commission

européenne, par les Gouvernements de l'Allemagne, de l'Australie, de l'Autriche, de la Belgique, du Canada, du Danemark, des Emirats arabes unis, des Etats-Unis d'Amérique, de la Finlande, de l'Irlande, de l'Italie, du Japon, du Luxembourg, de la Norvège, de l'Oman, du Portugal et du Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, ainsi que par Aventis et De Beers.

5. Le plan d'action mondial pour le confinement des poliovirus sauvages en laboratoire¹ est en cours d'application. Des équipes spéciales nationales ont été nommées dans 110 pays et territoires : 36 dans la Région du Pacifique occidental, 48 dans la Région européenne, 17 dans celle de la Méditerranée orientale, 7 dans celle de l'Asie du Sud-Est, et 2 dans celle des Amériques. Soixante-dix pays ont déjà commencé à établir des listes exhaustives d'installations biomédicales à couvrir, avec plus de 60 000 laboratoires répertoriés à mi-octobre 2001. Onze pays ont mené à bien les activités de la phase d'éradication et soumis des listes nationales de laboratoires.

PROBLEMES A RESOUDRE

6. Au 13 novembre 2001, des cas de poliomyélite autochtones confirmés au laboratoire avaient été signalés par l'Inde (152 cas), le Pakistan (69), le Nigéria (15), l'Afghanistan (9), le Niger (4), la Somalie (4), l'Egypte (3), l'Angola (1), l'Ethiopie (1) et le Soudan (1). La transmission était intensive en République démocratique du Congo en 2000, ce qui permet de penser qu'elle se poursuit dans ce pays en 2001. L'expérience des 13 dernières années démontre que les stratégies d'éradication sont bonnes et efficaces, mais que de nouvelles améliorations de la qualité de la mise en oeuvre jouent un rôle déterminant dans les derniers pays d'endémie.

7. A la différence des règles de biosécurité maximales et de confinement en vigueur concernant le virus de la variole, le but du confinement en laboratoire dans le cas des poliovirus sauvages est d'appliquer des procédures appropriées de biosécurité en fonction du niveau de risque. Le plan d'action mondial de l'OMS pour le confinement des poliovirus sauvages en laboratoire sera révisé en mai 2002 pour refléter cette orientation et définir les mesures à prendre dans les Etats Membres.

8. L'importance de la définition d'une stratégie de vaccination contre la poliomyélite après l'éradication est bien illustrée par des flambées dues à la circulation de poliovirus dérivés du vaccin aux Philippines (2001), en Haïti et en République dominicaine (2000-2001).

9. Une réunion consacrée à l'impact des programmes cibles sur les systèmes de santé dans le cas de l'initiative Pour l'éradication de la poliomyélite a eu lieu les 16 et 17 décembre 1999 à Genève.² La réunion ayant conclu que les occasions de renforcer les systèmes de santé par les activités de l'éradication de la poliomyélite pourraient être mieux exploitées, l'OMS s'efforce de renforcer ses liens avec les initiatives de développement des systèmes de santé et de mettre au point des indicateurs pour mesurer les succès de ces efforts. Pour optimiser la prestation des autres services, notamment la vaccination systématique et la surveillance, on pourra avoir besoin de ressources humaines importantes. Plus de 1500 agents dans le monde entier financés par l'initiative mondiale Pour l'éradication de la poliomyélite ont joué un rôle déterminant pour le renforcement de la capacité nationale dans le cadre de cet effort.

¹ Document WHO/V&B/99.32.

² Document WHO/V&B/00.29.

ACTIVITES FUTURES

10. Le déficit de US \$400 millions jusqu'à la fin de 2005 constitue désormais la menace la plus importante à laquelle on est confronté en matière d'éradication de la poliomyélite. Pour pouvoir satisfaire à temps les besoins en matière de financement, il faut des engagements de la part des partenaires – les organisations et les Etats Membres, qu'il s'agisse de pays d'endémie ou non.

11. Dans les Etats Membres touchés par l'endémie et confrontés à des crises humanitaires, en particulier l'Afghanistan, l'Angola, la République démocratique du Congo, la Somalie et le Soudan, il faut présenter les activités d'éradication de la poliomyélite comme un élément crucial du programme humanitaire afin de faciliter une interruption rapide de la transmission.

12. La certification mondiale de l'éradication de la poliomyélite, prévue en 2005, suppose que tous les Etats Membres aient d'abord mené à bien les activités de la phase de pré-éradication énoncées dans le plan d'action mondial pour le confinement des poliovirus sauvages en laboratoire, notamment la mise sur pied d'un inventaire national de toutes les installations détenant des matériels potentiellement infectieux.

13. Le Directeur général continuera de soumettre au Conseil exécutif un rapport annuel sur les progrès accomplis en vue de l'éradication de la poliomyélite.

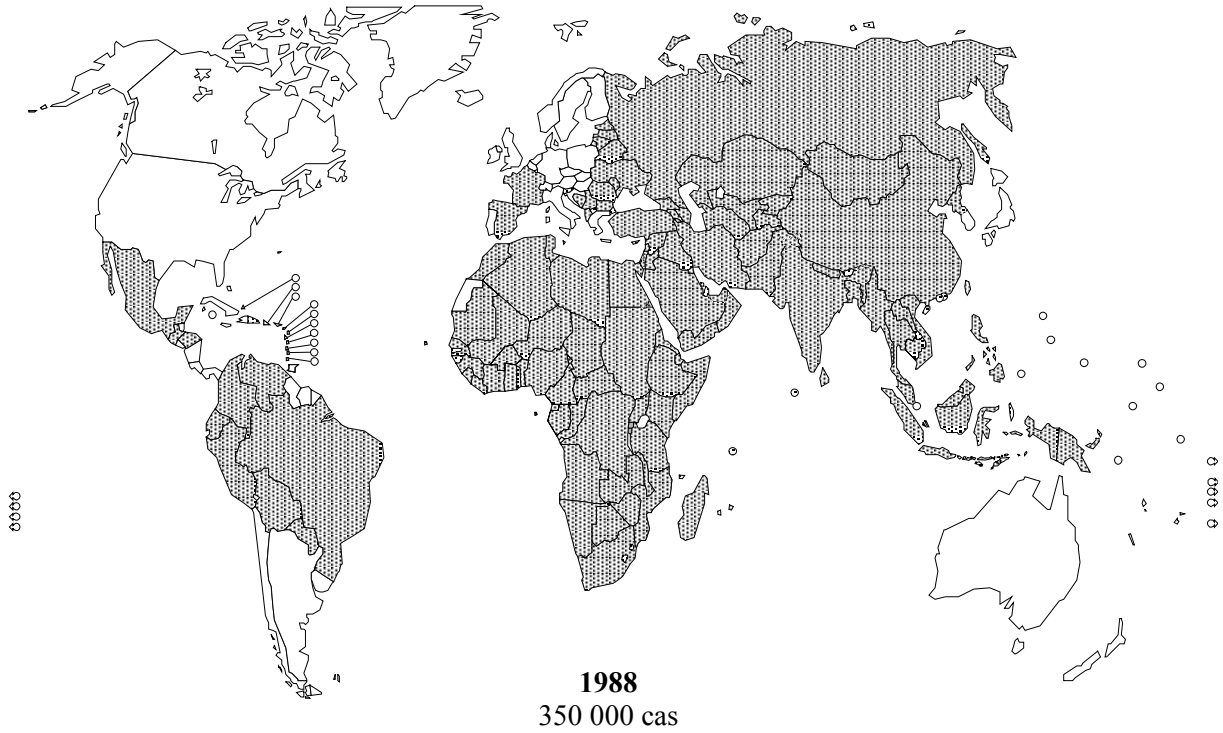
MESURES A PRENDRE PAR LE CONSEIL EXECUTIF

14. Le Conseil exécutif est invité à prendre note du rapport.

ANNEXE

ERADICATION DE LA POLIOMYELITIS : PROGRES ACCOMPLIS

Pays d'endémie : 1988 et 2001



* Cas confirmés au laboratoire au 13 novembre 2001.