



# ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

CONSEIL EXECUTIF  
Cent quinzième session  
Point 9.2 de l'ordre du jour provisoire

EB115/28  
2 décembre 2004

## Eradication de la poliomyélite

### Rapport du Secrétariat

#### CONTEXTE

1. L'Assemblée mondiale de la Santé a fixé l'objectif de l'éradication mondiale de la poliomyélite dans sa résolution WHA41.28. Quand cette résolution a été adoptée, en 1988, le poliovirus sauvage était endémique dans plus de 125 pays. Dans la résolution WHA52.22 qu'elle a adoptée en 1999, l'Assemblée de la Santé appelait tous les Etats Membres à accélérer les activités entreprises en vue d'éradiquer la maladie. Le 15 janvier 2004, le Directeur général, les principaux partenaires de l'initiative pour l'éradication mondiale de la poliomyélite et les ministres de la santé des six derniers pays d'endémie ont signé la Déclaration de Genève pour l'éradication de la poliomyélite, par laquelle ils s'engagent à interrompre les dernières chaînes de transmission du poliovirus en intensifiant les campagnes de vaccination.

2. A la date du 10 novembre 2004, l'intensification des activités d'éradication était en bonne voie en Asie. Plus nombreuses et de meilleure qualité, les campagnes menées en Afghanistan, en Inde et au Pakistan ont permis de restreindre la distribution géographique du poliovirus sauvage dans ces pays et 120 cas seulement ont été signalés au total (voir la Figure) contre 266 pour la même période en 2003. En Egypte, la transmission du poliovirus a atteint le plus bas niveau jamais enregistré grâce à des campagnes de vaccination de meilleure qualité. Par contre, la poliomyélite est épidémique en Afrique subsaharienne à cause de l'interruption (d'août 2003 au 31 juillet 2004) de la vaccination dans l'Etat de Kano, au Nigéria, et de la faible couverture par la vaccination systématique dans plusieurs pays voisins. En conséquence, le nombre de cas de poliomyélite déclarés au Niger et au Nigéria atteignait 699 le 10 novembre 2004 alors qu'il était de 242 pour la même période en 2003, et 98 cas dus à des poliovirus sauvages importés se sont produits dans 10 pays où la maladie avait disparu. Dans 4 de ces pays (Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Soudan et Tchad), du fait de l'importation de poliovirus, la transmission endémique a repris et, à la date du 16 novembre 2004, un cinquième pays, la République centrafricaine, connaissait une transmission de plus en plus intense du poliovirus.

3. L'appui international à l'éradication de la poliomyélite s'est accru en 2004. En juin 2004, les dirigeants réunis au G8 se sont engagés de nouveau à financer les activités d'éradication. Le même mois, la Conférence islamique des Ministres des Affaires étrangères a adopté à sa trente et unième session (Istanbul, Turquie, 14-16 juin) une deuxième résolution sur l'éradication de la poliomyélite. En octobre 2004, les chefs d'Etat et de Gouvernement des pays Membres de l'Union africaine ont lancé une campagne panafricaine synchronisée de vaccination contre la poliomyélite dans 23 pays d'Afrique centrale et d'Afrique de l'Ouest.

4. Après l'examen par le Conseil exécutif de l'évaluation thématique entreprise en 2001,<sup>1</sup> les mécanismes de supervision de l'initiative pour l'éradication de la poliomyélite ont été revus. Des groupes consultatifs techniques ont été créés pour guider chacun des derniers pays d'endémie, tandis que le Comité consultatif spécial sur l'éradication de la poliomyélite donne des conseils de portée mondiale sur les priorités stratégiques pour éradiquer la maladie et, le moment venu, sur l'arrêt synchronisé de la vaccination au moyen du vaccin antipoliomyélitique oral.

## OBJECTIFS

### 5. **Interrompre les dernières chaînes de transmission du poliovirus sauvage dans le monde.**

- En Egypte et en Inde, la transmission des poliovirus étant particulièrement intense, des campagnes de masse s'imposent dans les zones touchées pour administrer le vaccin antipoliomyélitique oral à plus de 95 % des enfants toutes les six semaines jusqu'à l'arrêt de la transmission.
- L'Afghanistan et le Pakistan ont deux réservoirs de poliovirus communs. Pour en venir à bout, il faut organiser, outre les campagnes nationales d'éradication en cours dans les deux pays, des opérations de ratissage synchronisées de grande ampleur en veillant à ce que la couverture vaccinale soit très élevée.
- Au Niger et au Nigéria, la couverture par la vaccination antipoliomyélitique est très faible. Pour interrompre la transmission du poliovirus, il faut rapidement convaincre la communauté de l'innocuité du vaccin et accroître sensiblement la couverture en organisant au moins six campagnes de vaccination en 2005.
- Au Burkina Faso, en Côte d'Ivoire, au Soudan et au Tchad, les campagnes de vaccination doivent être à la fois beaucoup plus nombreuses et de bien meilleure qualité, en particulier pendant les journées nationales de vaccination synchronisées prévues dans 23 pays d'Afrique centrale et d'Afrique de l'Ouest en 2005.

6. **Renforcer la surveillance des cas et des poliovirus.** En Afrique centrale, la découverte en 2004 de poliovirus de types 1 et 3 apparentés aux virus que l'on pensait avoir éliminés trois ans auparavant montre que, dans certaines circonstances, la surveillance ne permet pas toujours de détecter la transmission continue de poliovirus si elle n'est pas du niveau requis pour la certification. La surveillance de la paralysie flasque aiguë doit être renforcée dans tous les pays où la maladie était encore endémique il y a peu, notamment en Afrique centrale et dans la Corne de l'Afrique, afin qu'aucune chaîne de transmission du poliovirus ne passe inaperçue et que toutes les conditions soient réunies pour la certification de l'éradication dans la région.

7. **Préparer l'arrêt synchronisé de la vaccination à l'aide du vaccin antipoliomyélitique oral.** Le Comité consultatif spécial sur l'éradication de la poliomyélite a recommandé l'arrêt synchronisé de la vaccination à l'aide du vaccin oral dès la troisième année qui suivra l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage dans le monde, car l'usage prolongé des poliovirus vivants atténués que contient ce vaccin serait au bout du compte incompatible avec l'éradication. L'abandon du vaccin oral diminuera le risque de flambées dues à des poliovirus circulants dérivés de la souche vaccinale et

---

<sup>1</sup> Voir le document EB109/2002/REC/2, procès-verbal de la dixième séance, section 3.

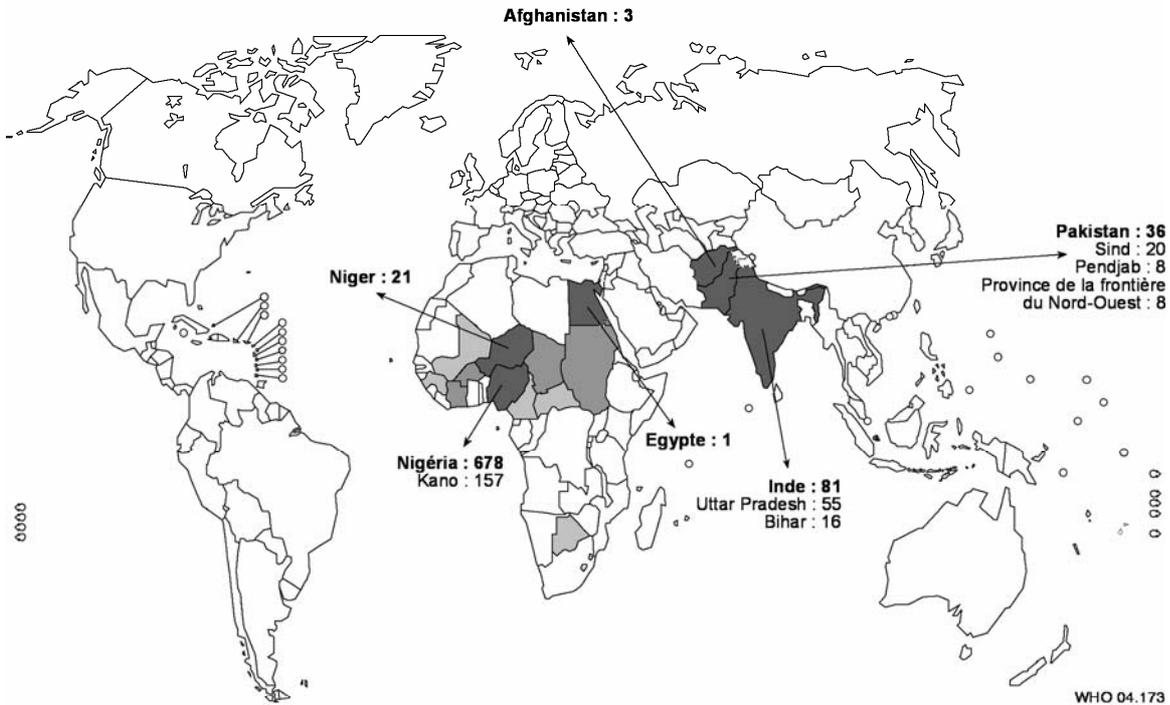
supprimera le risque de poliomyélite paralytique postvaccinale. Pour abandonner la vaccination par le vaccin antipoliomyélitique oral en toute sécurité, les conditions suivantes devront être remplies : i) confinement correct de *toutes* les souches de poliovirus (sauvage, dérivé de la souche vaccinale et *Sabin*) dans les laboratoires et les unités de production de vaccins ; ii) stock de vaccins antipoliomyélitiques oraux monovalents géré par l’OMS/UNICEF et dont l’utilisation est régie par des mécanismes arrêtés au niveau international ; iii) maintien, partout dans le monde, d’une surveillance des poliovirus et de moyens de notification conformes aux normes internationales ; iv) dispositifs d’abandon synchronisé du vaccin antipoliomyélitique oral dans le monde ; et v) tous les pays qui utilisent le vaccin antipoliomyélitique oral auront décidé de la politique vaccinale qu’ils mèneront à long terme après l’abandon du vaccin oral. Des recommandations seront présentées sous peu au Conseil exécutif sur ces différents points aux fins de planification préalable au niveau des pays et au niveau mondial.

8. **Assurer un financement suffisant.** Du fait de la propagation internationale de poliovirus sauvage en Afrique centrale et en Afrique de l’Ouest, il est prévu d’intensifier nettement les activités de vaccination supplémentaires programmées en 2005 et de les poursuivre jusqu’à la fin de 2006. Ces activités supplémentaires entraînent un surcoût de US \$200 millions jusqu’à la fin de 2005 par rapport au budget prévu pour interrompre la transmission du poliovirus sauvage dans le monde. Pour réunir les fonds manquants, assurer le financement des activités de certification jusqu’à la fin de 2008 et financer l’abandon ultérieur du vaccin antipoliomyélitique oral, notamment la constitution d’un stock de vaccins oraux monovalents, il faudra que les annonces de contributions faites à ce jour soient pleinement réalisées, que les partenaires actuels de l’initiative fassent un effort financier supplémentaire et que d’autres donateurs internationaux partenaires du développement apportent leur contribution.

## MESURES A PRENDRE PAR LE CONSEIL EXECUTIF

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

**Pays ayant notifié des cas de poliomyélite due au poliovirus sauvage en 2004**



- Pays d'endémie poliomyélitique (total 820 cas)
- Pays où la transmission du poliovirus sauvage a repris (total 59 cas)
- Pays où des cas importés ont été enregistrés (total 39 cas)

Données reçues au Siège de l'OMS au 10 novembre 2004.

Les frontières et les noms qui figurent sur ces cartes et les désignations qui y sont utilisées n'impliquent, de la part de l'Organisation mondiale de la Santé, aucune prise de position quant au statut juridique de tel ou tel pays, territoire, ville ou zone, ou de ses autorités, ni quant au tracé de ses frontières. Les lignes en pointillé représentent les frontières sur lesquelles un accord complet peut encore ne pas exister.

© OMS 2004, tous droits réservés.

= = =