



## Eradication de la poliomyélite

### Rapport du Directeur général

#### INFORMATIONS GENERALES

1. En 1988, l'Assemblée de la Santé a fixé pour objectif l'éradication mondiale de la poliomyélite d'ici l'an 2000.<sup>1</sup> Reconnaisant qu'un objectif d'éradication bien ciblé pouvait faciliter le développement des systèmes de soins de santé, l'Assemblée de la Santé a précisé que l'éradication de la poliomyélite devait être menée au sein du Programme élargi de Vaccination (PEV) dans le cadre des soins de santé primaires.
2. Les programmes de vaccination systématique délivrent désormais le vaccin antipoliomyélitique et d'autres antigènes du PEV à 80% des nourrissons du monde entier. Tous les pays d'endémicité de la poliomyélite ont conduit des journées nationales de vaccination pour l'éradication de cette maladie, à l'exception de la République démocratique du Congo et de la Sierra Leone. Quatre-vingt-neuf pays en ont organisé en 1998 pour environ 470 millions d'enfants, soit près des trois quarts de la population mondiale âgée de moins de 5 ans. De nombreuses journées nationales de vaccination sont coordonnées au niveau international dans ou entre les Régions de l'OMS, comme la campagne "Bouter la polio hors d'Afrique", l'opération MECACAR (Régions de la Méditerranée orientale et européenne) et les journées nationales de vaccination simultanées organisées dans les pays de l'Association sud-asiatique de Coopération régionale. La surveillance de la paralysie flasque aiguë a été établie dans tous les pays d'endémicité et a été complètement intégrée en un réseau mondial de 133 laboratoires. Des trêves ont été déclarées pour les campagnes de vaccination en Afghanistan, en El Salvador, au Pérou, aux Philippines, au Soudan, au Sri Lanka et au Tadjikistan.
3. Si le taux actuel de progression se maintient, la poliomyélite pourra être éradiquée dans le monde en l'an 2000 ou peu après. Depuis 1988, le nombre des cas notifiés à l'OMS par les Etats Membres a diminué de 85%. L'éradication a été certifiée dans la Région des Amériques en 1994, trois ans après la survenue du dernier cas au Pérou. Dans la Région du Pacifique occidental, le dernier cas s'est déclaré au Cambodge en mars 1997. Au milieu de l'année 1998, on considérait que la poliomyélite était encore endémique dans 50 pays seulement, principalement en Asie du Sud et en Afrique subsaharienne (voir annexe).
4. Les gains de l'éradication de la poliomyélite pour le monde se mesureront chaque année en centaines de milliers de cas de paralysie évités et en économies de US \$1,5 milliard après l'arrêt de la vaccination.

---

<sup>1</sup> Résolution WHA41.28.

L'initiative en faveur de l'éradication a déjà revitalisé les programmes de vaccination dans de nombreux pays en contribuant à rétablir la chaîne du froid et à améliorer la couverture systématique. On lui doit également une meilleure intégration des systèmes de surveillance, la formation de personnels sanitaires et le réseau mondial des laboratoires de virologie. Dans 43 pays, la distribution de vitamine A pendant les journées nationales de vaccination a permis de prévenir des cas de cécité et de réduire le nombre des décès imputables à la rougeole et à d'autres maladies infectieuses. A cause de la "marge de manoeuvre" de nombreux systèmes de santé et grâce à la disponibilité de nouveaux financements, on n'a pas observé de perturbations importantes dans les autres services de santé, ni de diversion des fonds. L'éradication de la poliomyélite dans l'hémisphère occidental a conduit la Région des Amériques à adopter l'objectif d'élimination de la rougeole.

## **PROBLEMES A TRAITER**

5. L'initiative d'éradication de la poliomyélite se trouve désormais dans une phase cruciale, certains des pays les plus difficiles restant en situation d'endémie. Six pays (le Bangladesh, l'Ethiopie, l'Inde, le Népal, le Nigéria et le Pakistan) constituent des réservoirs majeurs pour cette maladie; les populations en nombre important, les taux de natalité élevés, les zones surpeuplées avec un mauvais assainissement et l'insuffisance de la vaccination systématique y facilitent la transmission du poliovirus. La mise en oeuvre des actions d'éradication est particulièrement difficile dans sept pays touchés par des conflits (Afghanistan, Angola, Libéria, Sierra Leone, Somalie, Soudan et Tadjikistan). La situation de la République démocratique du Congo se distingue par le fait que ce pays est à la fois un réservoir important et touché par un conflit.

6. Au cours des phases initiales de l'éradication de la poliomyélite, les pays règlent 80 à 90% des dépenses totales. Toutefois, le faible niveau des infrastructures et des ressources de santé disponibles dans les pays d'endémicité restants signifie qu'il faudra trouver des financements extérieurs pour un pourcentage élevé des frais d'éradication. Une volonté politique et des ressources financières sont requises d'urgence pour accélérer l'initiative et éviter des retards qui pourraient à la fois compromettre les succès déjà obtenus et augmenter de manière importante les coûts généraux. Cet appui devra également être maintenu dans les pays libérés de la polio, la qualité de la surveillance et de la vaccination ayant déjà commencé à décliner dans certaines régions.

7. A mesure que de plus en plus de pays sont libérés de la maladie, le risque posé par les stocks de poliovirus sauvages dans les laboratoires augmente. S'il s'en échappait par inadvertance après l'arrêt de la vaccination, il pourrait alors en circuler de nouveau. L'OMS a élaboré un plan d'action et un calendrier mondial pour la manipulation sans danger et le confinement dans des laboratoires de sécurité maximale du poliovirus sauvage et des autres matériels potentiellement infectieux. Ce plan demande aux pays de dresser l'inventaire des stocks de poliovirus sauvages dans les laboratoires, de détruire ceux qui n'ont pas de valeur scientifique et de transférer les autres dans des dépôts provisoires à partir de 1999.

## **ACTION FUTURE**

8. Il faudra accélérer les activités d'éradication dans les 14 pays présentant les plus grandes difficultés et organiser de nouvelles séries de journées nationales de vaccination dans de nombreuses régions. Il conviendra d'améliorer les données provenant de la surveillance de la paralysie flasque aiguë afin de repérer exactement les régions où les poliovirus sauvages se maintiennent et de cibler de grandes campagnes de vaccination "porte-à-porte" afin de stopper la transmission. Il conviendra également

d'assurer des trêves pour la vaccination dans les pays frappés par des conflits. Tous les pays doivent garantir que tous les enfants de moins de 5 ans bénéficient de journées de vaccination de grande qualité.

9. L'OMS devra exercer une activité de plaidoyer pour garantir l'appui politique et les fonds nécessaires à la conduite de ces activités. Elle estime qu'au total US \$850 millions provenant de sources extérieures seront nécessaires pour les trois prochaines années, mais il manque actuellement US \$370 millions. Un fonds d'urgence devra être constitué pour permettre une réponse rapide et efficace quand des possibilités apparaissent dans les pays touchés par des conflits ou politiquement isolés.

10. La mise en oeuvre du plan d'action de l'OMS pour le confinement du poliovirus sauvage devra commencer en 1999. Il conviendra de mettre en place un groupe de coordination ayant l'autorité de superviser le processus, d'assurer ses conseils à l'OMS et de faire formellement rapport à la Commission mondiale pour la Certification de l'Eradication de la Poliomyélite.

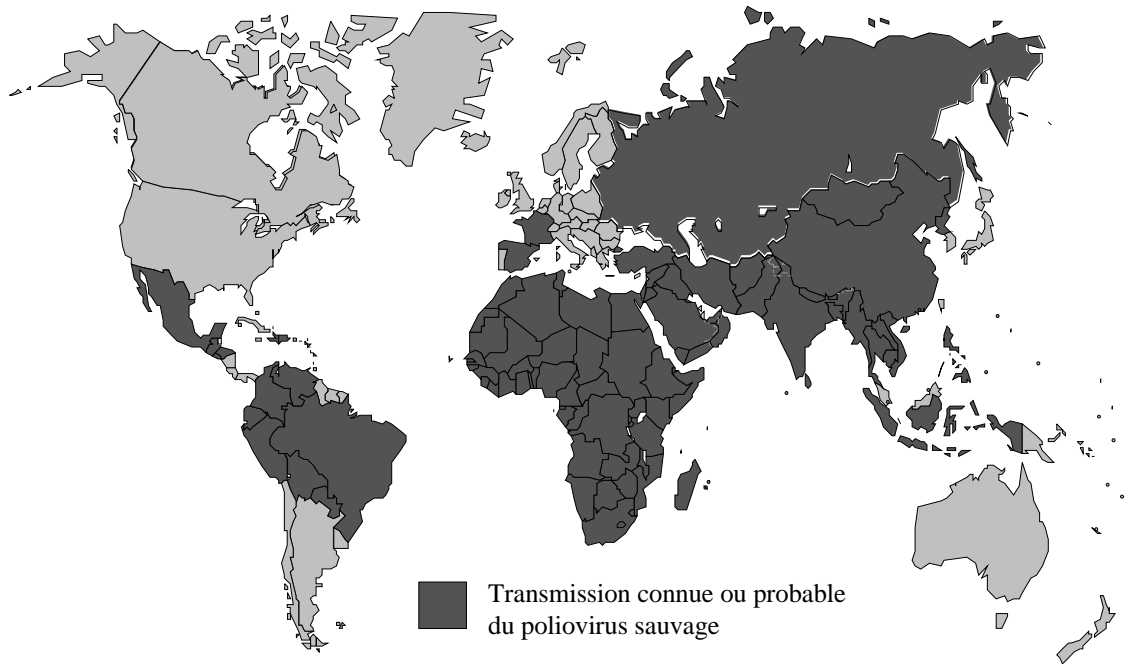
### **ACTION DE L'ASSEMBLEE DE LA SANTE**

11. L'Assemblée de la Santé est invitée à examiner la résolution recommandée par le Conseil exécutif dans sa résolution EB103.R10.

ANNEXE

**COMPARAISON DE LA TRANSMISSION “CONNUE OU PROBABLE”  
DU POLIOVIRUS SAUVAGE EN 1988 ET EN JANVIER 1998**

**Poliovirus sauvage en 1988**



**Poliovirus sauvage en 1998**

