



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

CONSEIL EXECUTIF
Cent onzième session
Point 10.5 de l'ordre du jour provisoire

EB111/32
21 novembre 2002

Éradication de la poliomyélite

Rapport du Secrétariat

1. En 1988, la Quarante et Unième Assemblée mondiale de la Santé établissait, dans la résolution WHA41.28, l'objectif mondial de l'éradication de la poliomyélite d'ici l'an 2000. A la date de l'adoption de la résolution, on estimait le nombre de cas de poliomyélite à 350 000 par an, et le poliovirus sévissait à l'état endémique dans au moins 125 pays. En 1999, la Cinquante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé a, dans la résolution WHA52.22, appelé les Etats Membres à accélérer les activités en vue de l'éradication afin d'interrompre la chaîne de transmission du poliovirus sauvage et de créer des laboratoires de confinement du virus.

2. Par suite de cette accélération fin 2001, le poliovirus sauvage n'était plus endémique que dans dix pays,¹ lesquels ne notifiaient pas plus de 483 cas de poliomyélite confirmés en laboratoire. L'absence de cas cette année-là dans des pays considérés jusque-là historiquement comme d'importants réservoirs de poliovirus sauvage, en particulier le Bangladesh et la République démocratique du Congo, témoigne également de l'efficacité des stratégies d'éradication. Le 21 juin 2002, la Commission indépendante de Certification régionale a certifié la Région européenne de l'OMS exempte de poliomyélite, portant le nombre de Régions certifiées à 3, soit une population totale de plus de 3 milliards d'habitants de 134 pays, zones et territoires. Le 12 novembre 2002, le nombre de pays touchés par la poliomyélite n'avait jamais été aussi bas, puisque l'on sait que la maladie n'est plus endémique que dans sept pays.

3. En 2001-2002, on a créé un cadre pour l'évaluation et la gestion des risques de poliomyélite pendant la période postcertification en se basant sur des résultats de recherche approfondis, afin de faciliter les délibérations nationales et internationales sur la future politique de vaccination antipoliomyélitique. De vastes consultations avec les Etats Membres sont prévues pour déterminer comment ces risques se répercuteront sur les politiques nationales en matière de vaccination antipoliomyélitique après la certification mondiale.

4. De plus en plus, l'on s'efforce d'améliorer l'infrastructure de l'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite et de montrer comment elle peut contribuer à la réalisation d'autres buts en matière de santé. En 2001, par exemple, une enquête portant sur 1015 membres du personnel de l'OMS et financée par l'initiative a montré que 91 % du personnel international et 100 % du personnel national consacraient en moyenne 44 % et 22 % de leur temps, respectivement, à renforcer les systèmes de surveillance et de

¹ Afghanistan, Angola, Egypte, Ethiopie, Inde, Niger, Nigéria, Pakistan, Somalie et Soudan.

vaccination systématiques. Des jalons ont été établis et des indicateurs mis au point pour suivre les progrès dans ce domaine.

PROBLEMES

5. Au cours des 12 prochains mois, un effort mondial de grande envergure sera nécessaire pour éradiquer la poliomyélite dans les zones d'endémie restantes. Il sera particulièrement important de combler les écarts en matière de qualité des activités de vaccination supplémentaire pour veiller à ce que tous les enfants reçoivent le vaccin antipoliomyélique buccal en Inde, au Nigéria et au Pakistan, qui, le 12 novembre, comptabilisaient 98 % des cas en 2002 (90 % de ces cas sont enregistrés dans 9 des 76 Etats ou provinces de ces trois pays) (voir annexe, Figure 1). Une action concertée sera nécessaire pour stopper la transmission du poliovirus – faible mais géographiquement étendue – en Egypte et au Niger.

6. En Afghanistan, dans la région de Mogadiscio en Somalie et dans l'est de l'Angola, la poursuite des progrès dans l'accès à la vaccination pour tous les enfants est essentielle si l'on veut interrompre les dernières chaînes de transmission du poliovirus dans ces zones « à faible transmission ».

7. Si l'on veut que toutes les Régions de l'OMS puissent être en voie de certification en 2005, la qualité de la surveillance de la paralysie flasque aiguë doit être portée au niveau requis, notamment dans 33 pays des Régions OMS de l'Afrique (23), de la Méditerranée orientale (7) et de l'Asie du Sud-Est (3) (voir annexe, Figure 2).

8. En ce qui concerne le confinement en laboratoire du poliovirus, en août 2002, 122 Etats Membres avaient lancé une enquête nationale et, sur ce chiffre, 76 avaient achevé et présenté un inventaire des laboratoires détenant du poliovirus sauvage et des matériels potentiellement infectieux. La certification mondiale exigera que tous les pays aient mené à bien ces activités afin de garantir que tout matériel détenu soit conservé dans les conditions de sécurité biologique voulues.

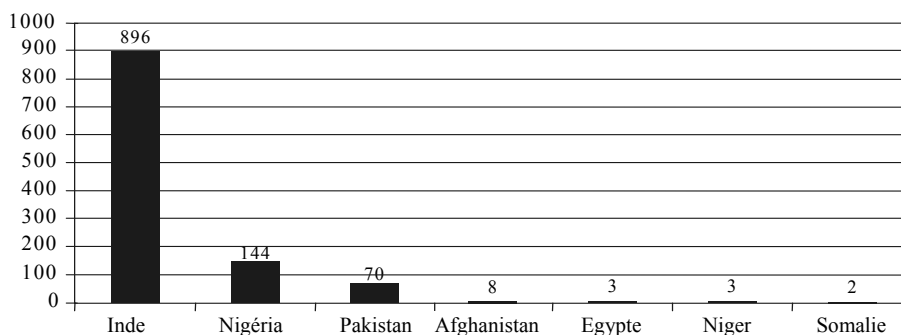
9. Pour mettre en oeuvre les activités d'éradication, de surveillance, de certification et de confinement nécessaires, il faudra cependant que le déficit de financement de US \$275 millions pour la période 2003-2005 soit couvert.

MESURES A PRENDRE PAR LE CONSEIL EXECUTIF

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

ANNEXE

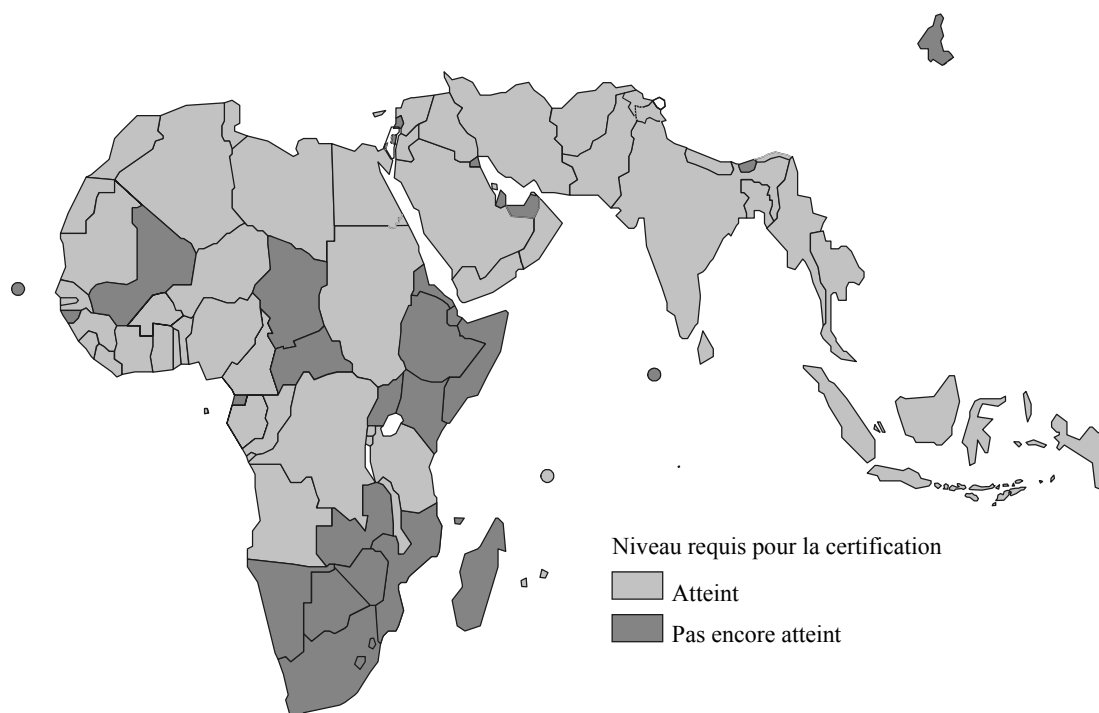
Figure 1. Cas notifiés de poliomyélite dus à la transmission du poliovirus sauvage autochtone, par pays, en 2002*
(Données au 12 novembre 2002)



* Outre les pays cités dans cette figure, l'isolement du poliovirus sauvage chez des réfugiés angolais en Zambie suggère une poursuite de la transmission en Angola en 2002.

WHO 02.198

Figure 2. Surveillance de la paralysie flasque aiguë pour l'éradication de la poliomyélite en 2002 dans les trois Régions de l'OMS qui n'ont pas encore été certifiées exemptes de poliomyélite
(Données au 12 novembre 2002)



= = =