



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

CONSEIL EXECUTIF
Cent treizième session
Point 8.5 de l'ordre du jour provisoire

EB113/35
27 novembre 2003

Eradication de la poliomyélite

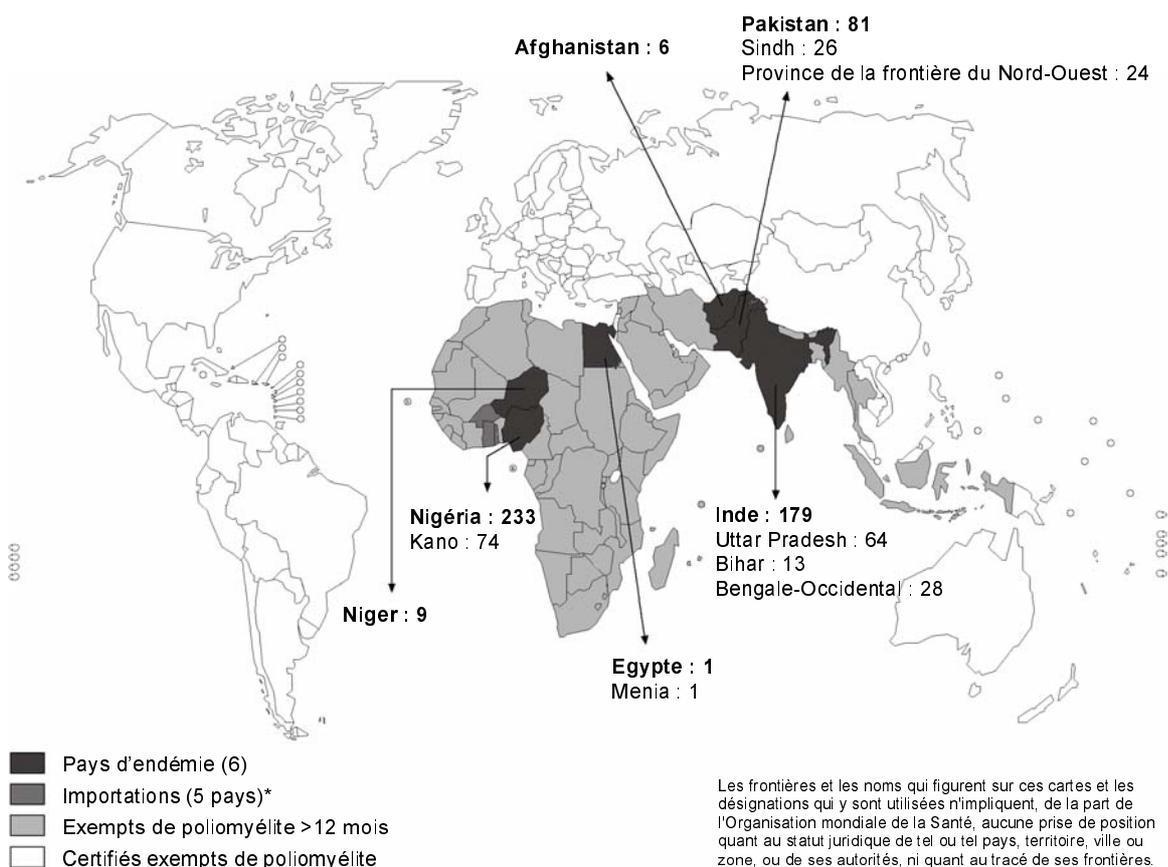
Rapport du Secrétariat

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 la fin de l'année 2000. A la date de l'adoption de la résolution, le poliovirus sauvage était endémique dans plus de 125 pays et sur cinq continents, et provoquait une paralysie chez plus de 350 000 enfants tous les ans. 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 et à entreprendre le processus de confinement du virus en laboratoire.
2. Les Régions Amériques, Europe et Pacifique occidental de l'OMS qui abritent plus de 3 milliards de personnes ont été certifiées exemptes de poliomyélite. A ce jour, la transmission du poliovirus sauvage endémique a été interrompue dans tous les pays à l'exception de six dans les trois autres Régions (voir Figure). L'Inde (179 cas), le Nigéria (233) et le Pakistan (81) comptabilisent 96 % des cas, même si l'étendue des zones de transmission a été considérablement réduite en Inde et au Pakistan. Les données épidémiologiques et virologiques de l'Afghanistan (six cas) et du Niger (neuf) mettent en évidence une transmission endémique localisée intense avec des importations répétées à partir d'un « réservoir global » dont ces pays sont frontaliers (Pakistan et Nigéria, respectivement). En Egypte (un cas), la transmission endémique est fortement localisée.
3. S'agissant du confinement en laboratoire du poliovirus, les 135 pays des trois Régions de l'OMS certifiées exemptes de poliomyélite ont amorcé une enquête. Des pays concernés, parmi lesquels se trouvent plusieurs grandes nations industrialisées, 75 (soit 55 %) ont soumis un inventaire des installations détenant du poliovirus sauvage et des matériels infectieux ou potentiellement infectieux. Dans les Régions de l'Asie du Sud-Est et de la Méditerranée orientale, tous les Etats Membres exemptes de poliomyélite ont entrepris des activités de confinement. Dans la Région africaine, six pays ont mis sur pied des projets pilotes qui orienteront le processus dans les autres pays de cette Région.
4. L'appui international à l'éradication de la poliomyélite a encore été renforcé en 2003. Lors du Sommet du G8 (Evian, France, juin 2003), les dirigeants ont réaffirmé qu'ils s'engageaient à combler le déficit financier pour les activités de 2003 à 2005 visant à éradiquer la poliomyélite. Lors du Sommet de l'Union africaine (Maputo, juillet 2003), les chefs d'Etat ont résolu de briser les dernières chaînes de la transmission poliomyélitique en Afrique et de veiller à ce que les fonds nécessaires pour 2003 à 2005 soient mobilisés. Les responsables de l'Organisation de la Conférence islamique ont approuvé une résolution sur l'éradication de la poliomyélite lors de leur Conférence au sommet qui s'est tenue à Putrajaya (Malaisie) en octobre 2003 et ont invité les Etats Membres à accélérer les

efforts d'éradication de la maladie et à affecter les ressources nécessaires afin que les enfants de tous les pays de la Conférence islamique soient protégés.

5. Les partenaires de l'initiative pour l'éradication mondiale de la poliomyélite après s'être longuement consultés ont décidé de lancer en janvier 2004 un nouveau plan stratégique d'éradication mondiale de la poliomyélite pour la période 2004 à 2008. Le plan présente le programme des activités devant être réalisées et les étapes à franchir pour chacun des quatre principaux objectifs de l'initiative, à savoir : interruption de la transmission du poliovirus dans les dernières zones réservoirs ; certification mondiale de l'éradication de la poliomyélite ; élaboration d'une politique pour la période postcertification ;¹ intégration de l'infrastructure d'éradication de la poliomyélite dans le système général des soins de santé. Le plan tient compte des principales révisions tactiques introduites en 2003 pour arrêter la transmission du poliovirus, du calendrier révisé de la certification mondiale (2008), de l'objectif spécifique qui est de cesser d'administrer peu après la certification le vaccin antipoliomyélique buccal, et des plans pour poursuivre les activités de longue durée qui se rapportent à l'éradication.

Poliovirus sauvage, 2003



* Cas ou flambées : Burkina Faso, Ghana, Liban, Tchad et Togo

Données recueillies au Siège de l'OMS au 5 novembre 2003.

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 2003, tous droits réservés.

WHO 03.202

¹ Par période « postcertification » on entend la période qui commence après la certification mondiale de l'éradication du poliovirus sauvage.

PROBLEMES

6. La transmission du poliovirus sauvage doit être interrompue au plus tard avant la fin de 2004 dans les six pays où la poliomyélite est encore endémique (voir Figure). Il est particulièrement important d'améliorer rapidement la qualité des campagnes de vaccination de masse contre la poliomyélite dans les cinq Etats ou provinces qui comptabilisent plus de 74 % des cas dans le monde : Uttar Pradesh et Bihar (Inde), Kano (Nigéria), et Sindh et Province de la frontière du Nord-Ouest (Pakistan). Au Nigéria, Kano et un certain nombre d'Etats avoisinants sont source de préoccupation car les campagnes prévues pour la fin de 2003 ont été annulées. Pour parvenir à vacciner tous les enfants de ces zones pendant les campagnes d'éradication de la poliomyélite en 2004, il faudra obtenir le concours des hauts fonctionnaires politiques et sanitaires nationaux, d'Etat et de district. Ceci est nécessaire pour mobiliser pleinement l'administration civile et pallier les lacunes dans des domaines clés tels que le transport des vaccinateurs et l'information du public. Il faudra s'assurer la pleine participation des notables religieux, traditionnels et communautaires afin que toutes les communautés soient incluses et que tous les enfants soient vaccinés.

7. Dans la période 2002 à 2003, pour la première fois dans l'histoire, un nombre plus grand de pays que ceux d'endémie ont enregistré des cas importés de poliomyélite. En 2003, notamment, le poliovirus du nord du Nigéria a réinfecté le Tchad, le Burkina Faso, le Ghana, le Togo et une partie du Niger ainsi que des Etats du Nigéria, comme Lagos, qui étaient auparavant exempts de poliomyélite. Un poliovirus venant de l'Inde a provoqué une paralysie chez un enfant au Liban, pays qui était exempt du virus depuis 1994. Les ripostes vaccinales internationales à ces importations coûtent plus de US \$20 millions. Pour minimiser le risque de ces importations, les zones exemptes de poliomyélite doivent : maintenir une couverture vaccinale élevée au moyen de programmes de vaccination systématique ; maintenir une surveillance au niveau requis pour la certification ; établir des procédures opératoires normalisées pour mener des campagnes vaccinales « coup de poing » dans les 21 à 28 jours suivant la confirmation de la présence du poliovirus sauvage.

8. Le principal écueil de l'initiative pour l'éradication mondiale de la poliomyélite continue à être le manque de financement. En 2003, pour la première fois depuis que l'initiative a été lancée, les activités ont dû être annulées ou reportées à cause d'un sérieux déficit financier, ce qui a gravement compromis la qualité de la surveillance et la vaccination supplémentaire, notamment en Afrique au sud du Sahara. A la mi-janvier 2004, l'initiative prévoit de réduire pour 2004 et 2005 ce déficit de US \$275 millions (fin 2002) à US \$130 millions. Etant donné qu'il faut maintenir partout dans le monde une surveillance de haute qualité jusqu'à la certification mondiale et l'arrêt de la vaccination antipoliomyélitique buccale, il sera nécessaire d'obtenir de nouvelles ressources jusqu'en 2008.

9. En septembre 2003, une consultation informelle de l'OMS sur l'identification et la gestion des poliovirus dérivés d'une souche vaccinale a conclu que les flambées provoquées par ces poliovirus risquent sérieusement de compromettre l'objectif mondial de l'élimination de la paralysie provoquée par le poliovirus circulant, et que ce danger subsistera tant que l'on utilisera le vaccin antipoliomyélitique buccal, notamment dans les zones de faible couverture vaccinale. Le plan stratégique d'éradication mondiale de la poliomyélite 2004-2008 comprend l'objectif clairement affirmé d'arrêter la vaccination systématique par le vaccin antipoliomyélitique buccal aussitôt que possible après la certification mondiale pendant que la sensibilité de la surveillance et l'immunité des populations sont encore élevées. D'ici là, il faudra placer les stocks de poliovirus sauvage à un niveau approprié de sécurité biologique et la réserve actuelle de vaccins antipoliomyélitiques devra être augmentée aussi bien en nombre de doses qu'en types de vaccins.

MESURES A PRENDRE PAR LE CONSEIL EXECUTIF

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