



## 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 entre 1999 et 2001 s'est traduite par une amélioration de 28 % de la surveillance de la poliomyélite, une réduction des deux tiers du nombre des pays d'endémie et une baisse de 92 % du nombre des cas déclarés de poliomyélite depuis l'adoption de la résolution WHA52.22 en mai 1999. Jamais la poliomyélite n'avait atteint un si bas niveau, avec 473 cas dus au poliovirus sauvage autochtone déclarés dans dix pays en 2001 (au 12 mars 2002), alors qu'on estimait à 350 000 le nombre des cas dans plus de 125 pays en 1988 (voir l'annexe). 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, 16 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 \$308 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 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 laboratoire<sup>1</sup> est en cours d'application. Des équipes spéciales nationales ont été nommées dans 114 pays et territoires : 36 dans la Région du Pacifique occidental, 50 dans la Région européenne, 19 dans celle de la Méditerranée orientale, 7 dans celle de l'Asie du Sud-Est, et 2 dans celle des Amériques. Plus de 90 pays ont déjà commencé à établir des listes exhaustives d'installations biomédicales à couvrir, avec plus de 70 000 laboratoires répertoriés en janvier 2002. Vingt-neuf pays ont mené à bien les activités de la phase d'éradication et soumis des listes nationales de laboratoires.

## PROBLEMES A RESOUDRE

6. Cinq des dix pays d'endémie restants – Inde (septentrionale), Pakistan, Afghanistan, Nigéria et Niger – constituent les zones de « forte transmission ». L'élimination de la poliomyélite dans le monde d'ici à la fin de 2002 passe par l'organisation de plusieurs tournées de vaccination antipoliomyélitique supplémentaire en 2002 pour atteindre tous les enfants vivant dans ces zones. Dans les cinq pays de « faible transmission » – Angola, Egypte, Ethiopie, Somalie et Soudan (Corne de l'Afrique) –, l'élimination rapide de la poliomyélite pourrait être compromise du fait de la détérioration des conditions de sécurité et/ou du choix et de la mise en oeuvre d'une stratégie inadaptée.

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 a été révisé en mai 2002 pour refléter cette orientation et définir les mesures à prendre dans les Etats Membres.

8. Les flambées dues à des poliovirus circulants dérivés de la souche vaccinale survenues aux Philippines (2001) et en République dominicaine et en Haïti (2000-2001) ont montré qu'il est important de définir une politique de vaccination antipoliomyélitique pour la période suivant l'éradication. Dans le but de faciliter l'élaboration de cette politique, on a entrepris la mise en oeuvre d'un programme de travail complet incluant l'évaluation du risque que de telles flambées se produisent à l'avenir et la faisabilité et les incidences de chacune des politiques de vaccination postéradication possibles.

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.<sup>2</sup> Consciente que les occasions de renforcer les systèmes de santé ne sont pas pleinement utilisées, l'OMS veille à ce que les enseignements retirés de l'éradication de la poliomyélite et les infrastructures existantes servent à améliorer la prestation d'autres services de vaccination et la surveillance d'autres maladies importantes pour la santé publique. Cela pourrait nécessiter des ressources humaines considérables, car il n'a pas fallu moins de 2000 agents de vaccination, financés par l'initiative Pour l'éradication mondiale de la poliomyélite, pour renforcer le potentiel national aux fins de cette entreprise.

---

<sup>1</sup> Document WHO/V&B/99.32.

<sup>2</sup> Document WHO/V&B/00.29.

## **ACTIVITES FUTURES**

10. Le déficit de US \$275 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 et de l'élaboration d'une politique postéradication.

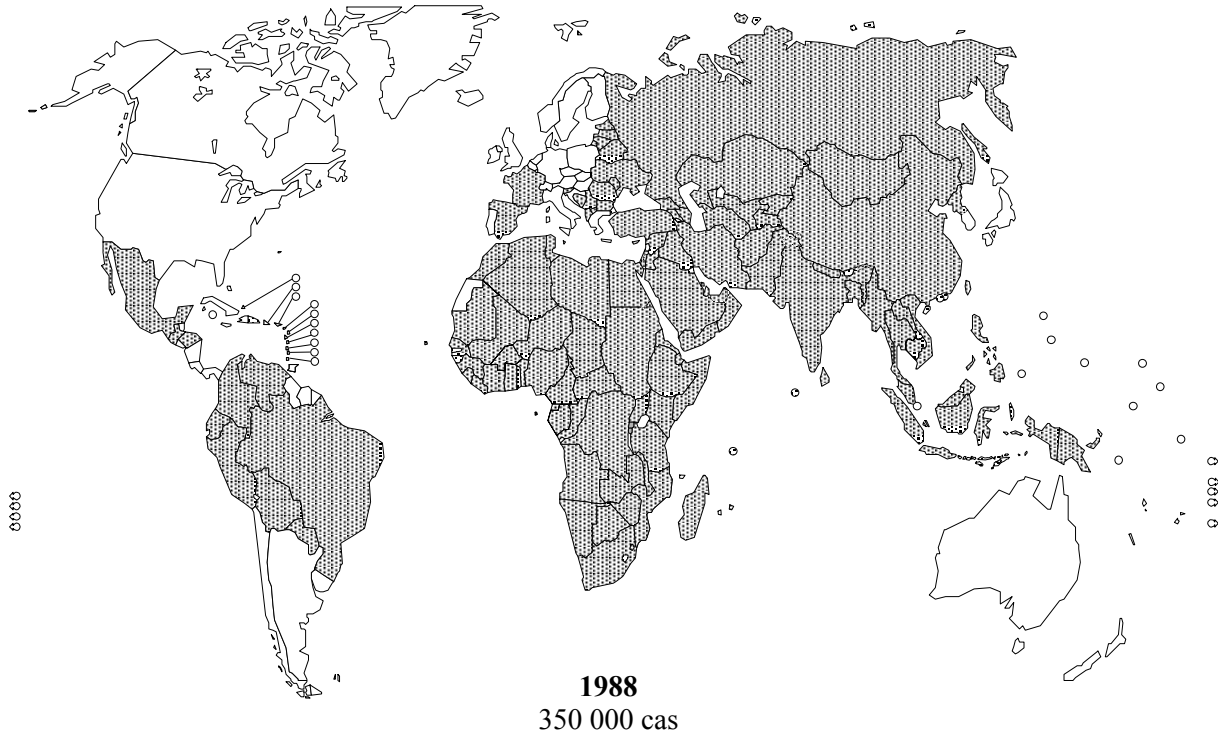
## **MESURES A PRENDRE PAR L'ASSEMBLEE DE LA SANTE**

14. L'Assemblée de la Santé est invitée à prendre note du rapport.

ANNEXE

**ERADICATION DE LA POLIOMYELITIS : PROGRES ACCOMPLIS**

Pays d'endémie : 1988 et 2001



\* Cas confirmés au laboratoire (au 12 mars 2002).