



Eradication de la poliomyélite

Rapport du Secrétariat

1. En 1988, la Quarante et Unième Assemblée mondiale de la Santé fixait, dans la résolution WHA41.28, l'objectif mondial de l'éradication de la poliomyélite. A cette époque, on estimait le nombre de cas de poliomyélite à plus de 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.

2. Par suite de cette accélération, le poliovirus sauvage n'était plus endémique que dans sept pays à la fin de 2002 (voir la Figure 1 en annexe).¹ 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 trois, soit une population totale de plus de 3 milliards d'habitants de 134 pays, zones et territoires. Dans les autres Régions de l'OMS où la poliomyélite est endémique, l'absence de cas dans des pays considérés il y a peu encore comme d'importants réservoirs de poliovirus sauvages, en particulier le Bangladesh, l'Ethiopie, la République démocratique du Congo et le Soudan, témoigne de l'efficacité des stratégies d'éradication.

3. Bien que les zones de transmission du poliovirus se soient encore resserrées en 2002, les cas déclarés pendant cette même année (1919 au total) sont quatre fois plus nombreux qu'en 2001 à cause d'une épidémie dans le nord de l'Inde (83 % des cas recensés dans le monde en 2002) et d'une transmission intense conjuguée à une meilleure surveillance dans le nord du Nigéria (10 % du nombre total de cas).

4. 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 les résultats de recherches approfondies, afin de faciliter les délibérations nationales et internationales sur la future politique de vaccination antipoliomyélitique. En ce qui concerne le confinement en laboratoire du poliovirus, 146 Etats Membres avaient commencé une enquête nationale sur les laboratoires fin 2002, et 79 d'entre eux avaient présenté un inventaire des installations détenant du poliovirus sauvage et des matériels potentiellement infectieux.

5. De plus en plus, 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. On a choisi des repères précis et mis au point des indicateurs pour suivre les progrès dans ce domaine. Des mécanismes de collaboration ont été mis en place pour partager

¹ Afghanistan, Egypte, Inde, Niger, Nigéria, Pakistan et Somalie.

l'expérience acquise dans le cadre de l'initiative avec l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination, au sein de l'OMS, et avec les participants au programme « Human Resources for Health Equity: A Joint Learning Process » coordonné par la Fondation Rockefeller.

6. Bien qu'en 2002, les participants à d'importants forums internationaux tels que le Sommet du G8 à Kananaskis (Canada) et la deuxième réunion ministérielle Afrique-Europe (Ouagadougou) aient souscrit à l'initiative pour l'éradication mondiale de la poliomyélite, les opérations ont été freinées lors du premier semestre 2003 par un important moins-perçu par rapport au financement escompté. En février 2003, les fonds manquant pour la période 2003-2005 se montaient à US \$275 millions, dont US \$85 millions pour des activités devant être financées en 2003.

7. Compte tenu de la réduction des zones de transmission intense du poliovirus et de l'importante pénurie de fonds à la fin de 2002, la stratégie d'éradication a été revue pour la période 2003-2005. Un surcroît de ressources sera destiné à améliorer la qualité des activités de vaccination supplémentaire dans les pays où la poliomyélite reste endémique et, le cas échéant, à y organiser un plus grand nombre de campagnes de vaccination de masse chaque année. On s'attachera à exercer une meilleure surveillance mondiale pour déceler les poliovirus et accélérer les opérations de confinement partout dans le monde afin de réduire au minimum le risque de dissémination accidentelle de poliovirus sauvages stockés en laboratoire. Les campagnes de prévention programmées dans les zones exemptes de poliomyélite seront considérablement réduites pour pouvoir mieux parer aux urgences grâce à une meilleure surveillance et, si nécessaire, à de vastes campagnes de ratissage porte à porte.

PROBLEMES A RESOUDRE

8. De nombreuses opérations de vaccination supplémentaires seront nécessaires à grande échelle en 2003-2004 en Inde, au Nigéria, au Pakistan, en Egypte, au Niger, en Afghanistan et en Somalie. Il sera primordial d'améliorer la qualité de ces opérations afin que tous les enfants bénéficient du vaccin antipoliomyélitique oral. L'éradication mondiale nécessitera un effort tout particulier en Inde, vu l'intensité de la transmission dans les Etats de l'Uttar Pradesh et du Bihar et la reprise de la transmission en 2002 dans de nombreux autres Etats où la poliomyélite avait récemment disparu.

9. Dans les zones en proie à des conflits armés, il faudra resserrer la collaboration avec les autres organisations du système des Nations Unies, les organismes humanitaires et les organisations non gouvernementales pour une meilleure mise en oeuvre et un meilleur suivi des activités d'éradication. Dans les zones qui bordent des pays d'endémie, il sera peut-être nécessaire d'entreprendre de vastes opérations de vaccination supplémentaire pour maintenir une immunité élevée dans la population et la prémunir ainsi contre l'importation éventuelle de poliovirus sauvages.

10. Si l'on veut que toutes les Régions de l'OMS soient en voie de certification en 2005, la qualité de la surveillance de la paralysie flasque aiguë doit atteindre le niveau requis, notamment dans 24 pays et territoires des Régions OMS de l'Afrique (16), de la Méditerranée orientale (6) et de l'Asie du Sud-Est (2) (voir la Figure 2 en annexe). Il faudra en outre que tous les pays aient présenté un inventaire des laboratoires qui détiennent du poliovirus sauvage et des matériels potentiellement infectieux et aient pris les dispositions nécessaires pour que tous les matériels en leur possession soient manipulés selon les règles de biosécurité.

11. La stratégie a été révisée pour réduire le risque que l'important déficit de financement survenu début 2003 ne compromette l'éradication mondiale de la poliomyélite. Toutefois, tant que la transmission du poliovirus ne sera pas interrompue partout dans le monde, le risque que le poliovirus

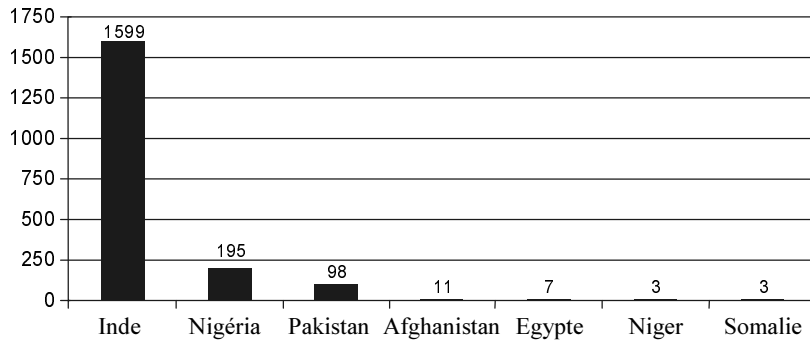
ne pénètre à nouveau dans les zones exemptes de poliomyélite augmentera du fait de la réduction des activités de vaccination supplémentaire dans les zones en question. L'aptitude à gérer ce risque dépendra du montant des ressources financières disponibles au deuxième semestre de 2003.

MESURES A PRENDRE PAR L'ASSEMBLEE DE LA SANTE

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

ANNEXE

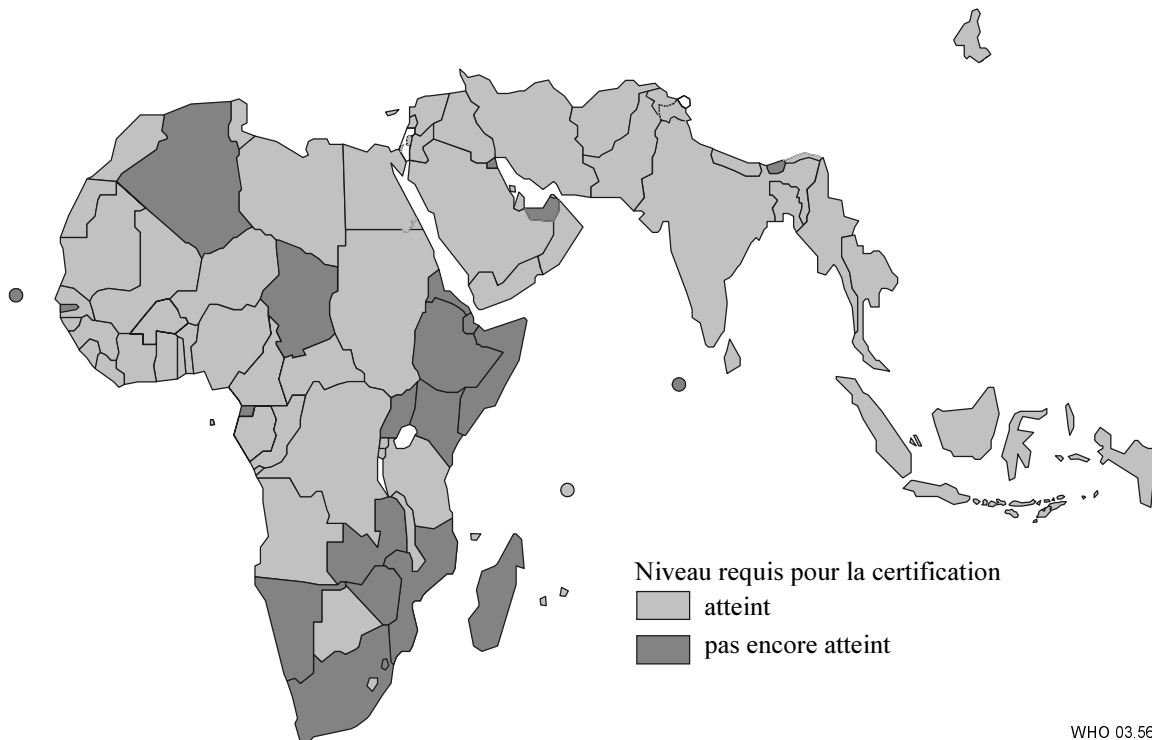
Figure 1. Cas de poliomyélite notifiés en 2002 dûs à un poliovirus sauvage autochtone, par pays*
(chiffres au 3 mars 2003)



* En dehors des pays figurant ici, l'isolement de deux poliovirus sauvages chez des Angolais réfugiés en Zambie semble indiquer que la transmission perdurait en Angola en 2002.

WHO 03.55

Figure 2. Surveillance de la paralysie flasque aiguë en 2002 dans les trois Régions de l'OMS qui n'ont pas encore été certifiées exemptes de poliomyélite
(données au 3 mars 2003)



WHO 03.56

= = =