



Poliomyélite

Rapport du Secrétariat

CONTEXTE

1. L'Assemblée mondiale de la Santé a fixé l'objectif de l'éradication mondiale de la poliomyélite dans sa résolution WHA41.28. Quand cette résolution a été adoptée, en 1988, le poliovirus sauvage était endémique dans plus de 125 pays. En 1999, dans la résolution WHA52.22, l'Assemblée de la Santé appelait tous les Etats Membres à accélérer les activités entreprises en vue d'éradiquer la maladie. Le 15 janvier 2004, le Directeur général, les principaux partenaires de l'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite et les ministres de la santé des six derniers pays d'endémie ont signé la Déclaration de Genève pour l'éradication de la poliomyélite, par laquelle ils s'engageaient à interrompre les dernières chaînes de transmission du poliovirus en intensifiant les campagnes de vaccination. Les ministres de la santé des pays d'Afrique et d'Asie touchés par la poliomyélite se sont réunis à nouveau le 13 janvier 2005 et le 4 février 2005, respectivement, pour évaluer les progrès accomplis dans la mise en place des activités énoncées dans la Déclaration de Genève et recenser les mesures à prendre pour interrompre la transmission du poliovirus en 2005.

2. En 2004, l'intensification des activités d'éradication était en bonne voie en Asie. Plus nombreuses et de meilleure qualité, les campagnes menées en Afghanistan, en Inde et au Pakistan ont permis de limiter la répartition géographique du poliovirus sauvage dans ces pays et 194 cas seulement ont été signalés au total (voir la Figure) contre 336 pour la même période en 2003. En Egypte, la transmission du poliovirus a atteint le plus bas niveau jamais enregistré grâce à des campagnes de vaccination de meilleure qualité. Par contre, la poliomyélite est épidémique en Afrique subsaharienne à cause de l'interruption (d'août 2003 au 31 juillet 2004) de la vaccination dans l'Etat de Kano, au Nigéria, et de la faible couverture par la vaccination systématique dans plusieurs pays voisins. En conséquence, le nombre de cas de poliomyélite déclarés au Niger et au Nigéria atteignait 814 le 8 mars 2005 alors qu'il était de 395 pour la même période en 2003, et 254 cas dus à des poliovirus sauvages importés se sont produits dans 12 pays où la maladie avait disparu. Dans cinq de ces pays (Burkina Faso, Côte d'Ivoire, République centrafricaine, Soudan et Tchad), du fait de l'importation de poliovirus, la transmission endémique a repris.

3. L'appui international à l'éradication de la poliomyélite s'est accru en 2004. En juin 2004, les dirigeants du G8 se sont engagés de nouveau à financer les activités d'éradication. Le même mois, la Conférence islamique des Ministres des Affaires étrangères a adopté à sa trente et unième session (Istanbul, Turquie, 14-16 juin) une deuxième résolution sur l'éradication de la poliomyélite. En octobre 2004, les chefs d'Etat et de Gouvernement des pays Membres de l'Union africaine ont lancé une campagne panafricaine synchronisée de vaccination contre la poliomyélite dans 23 pays d'Afrique centrale et d'Afrique de l'Ouest. Les dirigeants africains présents au Quatrième Sommet de l'Union

africaine (Abuja, 24-31 janvier 2005) ont adopté une décision visant à faire en sorte que tous les enfants soient vaccinés contre la poliomyélite en 2005.

4. Après l'examen par le Conseil exécutif de l'évaluation thématique entreprise en 2001,¹ les mécanismes de supervision de l'initiative pour l'éradication de la poliomyélite ont été revus. Des groupes consultatifs techniques ont été créés pour guider chacun des derniers pays d'endémie, le Comité consultatif spécial sur l'éradication de la poliomyélite étant chargé de donner des conseils de portée mondiale sur les priorités stratégiques pour éradiquer la maladie et, le moment venu, sur l'arrêt synchronisé de la vaccination au moyen du vaccin antipoliomyélitique oral.

OBJECTIFS

5. **Interrompre les dernières chaînes de transmission du poliovirus sauvage dans le monde.**

- En Egypte et en Inde, où la transmission des poliovirus est particulièrement intense, des campagnes de masse s'imposent dans les zones touchées pour administrer le vaccin antipoliomyélitique oral à plus de 95 % des enfants toutes les six semaines jusqu'à l'arrêt de la transmission. Pour interrompre, les dernières chaînes de transmission du poliovirus de type 1, un projet intensif a été lancé en vue de mettre au point et d'homologuer un nouveau vaccin antipoliomyélitique buccal monovalent qui puisse être utilisé dès que possible en 2005.
- L'Afghanistan et le Pakistan ont deux réservoirs de poliovirus communs. Pour en venir à bout, il faut organiser, outre les campagnes nationales d'éradication en cours dans les deux pays, des opérations de ratissage synchronisées de grande ampleur en veillant à ce que la couverture vaccinale soit très élevée.
- Au Niger et au Nigéria, la couverture par la vaccination antipoliomyélitique est très faible. Pour interrompre la transmission du poliovirus, il faut accroître sensiblement la couverture en organisant en 2005 au moins six campagnes de vaccination synchronisées dans plus de 20 pays d'Afrique centrale et d'Afrique de l'Ouest.
- Au Burkina Faso, en Côte d'Ivoire, en République centrafricaine, au Soudan et au Tchad, les campagnes de vaccination doivent être à la fois beaucoup plus nombreuses et de bien meilleure qualité, en particulier pendant les journées nationales de vaccination synchronisées prévues en 2005.

6. **Renforcer la surveillance des cas et des poliovirus.** En Afrique centrale, la découverte en 2004 de poliovirus de types 1 et 3 apparentés aux virus que l'on pensait avoir éliminés trois ans auparavant montre que, dans certaines circonstances, la surveillance ne permet pas toujours de détecter la transmission continue de poliovirus si elle n'est pas du niveau requis pour la certification. La surveillance de la paralysie flasque aiguë doit être renforcée dans tous les pays où la maladie était encore endémique il y a peu, notamment en Afrique centrale et dans la Corne de l'Afrique, en particulier dans les zones récemment ou actuellement touchées par des conflits et/ou dont les chiffres de population sont incertains.

¹ Voir le document EB109/2002/REC/2, procès-verbal de la dixième séance, section 3.

7. Préparer l'arrêt synchronisé de la vaccination à l'aide du vaccin antipoliomyélitique oral.

Le Comité consultatif spécial sur l'éradication de la poliomyélite a recommandé l'arrêt synchronisé de la vaccination à l'aide du vaccin oral dès la troisième année qui suivra l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage dans le monde, car l'usage prolongé des poliovirus vivants atténués que contient ce vaccin serait au bout du compte incompatible avec l'éradication. L'abandon du vaccin oral éliminera à terme les flambées dues à des poliovirus circulants dérivés de la souche vaccinale et la poliomyélite paralytique postvaccinale. Pour abandonner la vaccination par le vaccin antipoliomyélitique oral en toute sécurité, les conditions suivantes devront être remplies : i) confirmation de l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage dans le monde ; ii) confinement correct de *toutes* les souches de poliovirus (sauvage, dérivé de la souche vaccinale et *Sabin*) dans les laboratoires et les unités de production de vaccins ; iii) stock de vaccins antipoliomyélitiques oraux monovalents géré par l'OMS/UNICEF et dont l'utilisation est régie par des mécanismes arrêtés au niveau international ; iv) maintien, partout dans le monde, d'une surveillance des poliovirus et de moyens de notification conformes aux normes internationales ; v) dispositifs d'abandon synchronisé du vaccin antipoliomyélitique oral dans le monde ; et vi) tous les pays qui utilisent le vaccin antipoliomyélitique oral auront décidé de la politique vaccinale qu'ils mèneront à long terme après l'abandon du vaccin oral. Des recommandations seront présentées sous peu au Conseil exécutif sur ces différents points aux fins de planification préalable au niveau des pays et au niveau mondial.

8. Assurer un financement suffisant. Du fait de la propagation internationale de poliovirus sauvage en Afrique centrale et en Afrique de l'Ouest, il est prévu d'intensifier nettement les activités de vaccination supplémentaires programmées en 2005 et de les poursuivre jusqu'à la fin de 2006. Au 18 mars 2005, le déficit de financement pour les activités envisagées au deuxième semestre était de US \$75 millions et le déficit pour 2006 de US \$200 millions. Pour réunir les fonds manquants, assurer le financement des activités de certification jusqu'à la fin de 2008 et financer l'abandon ultérieur du vaccin antipoliomyélitique oral, notamment la constitution d'un stock de vaccins oraux monovalents, il faudra que les annonces de contributions sur plusieurs années soient confirmées pour 2004-2008 et que d'autres donateurs internationaux partenaires du développement apportent leur contribution.

9. A sa cent quinzième session, en janvier 2005, le Conseil exécutif a pris note du rapport sur les progrès accomplis sur la voie de l'éradication de la poliomyélite et réitéré son engagement en faveur de celle-ci.¹

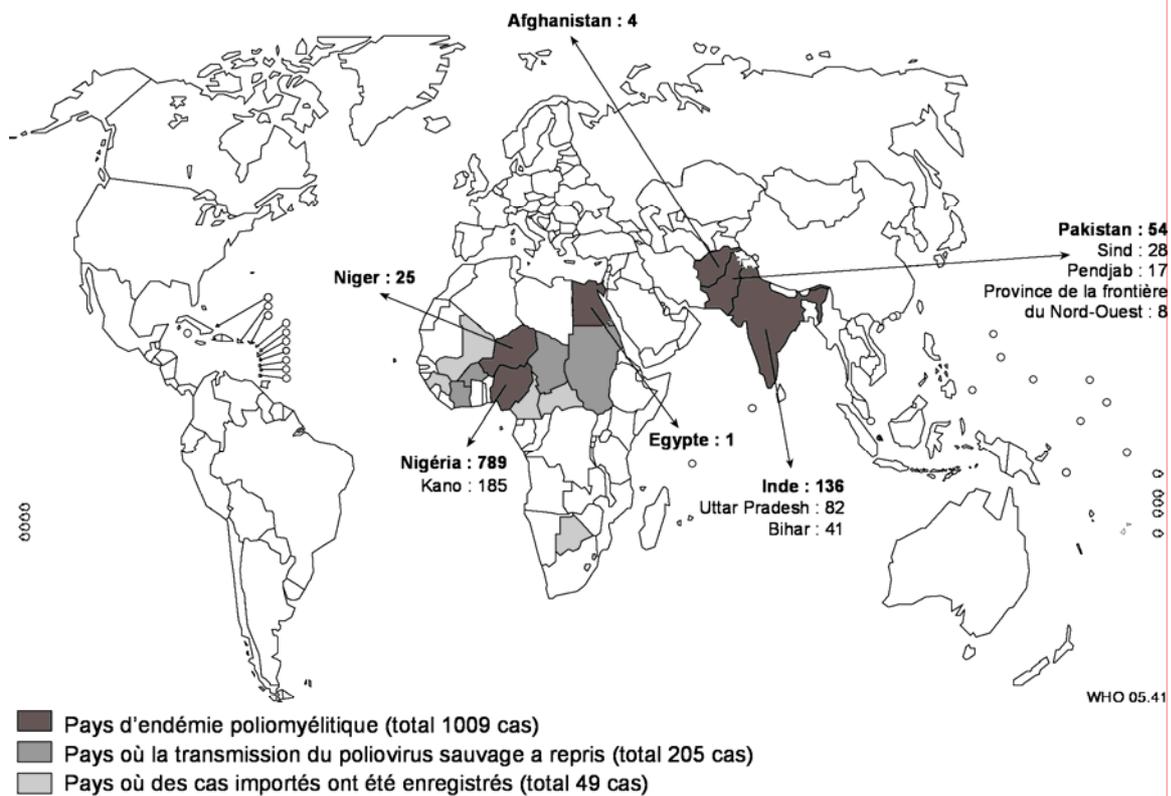
MESURES A PRENDRE PAR L'ASSEMBLEE DE LA SANTE

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

¹ Voir document EB115/2005/REC/2, procès-verbal de la douzième séance, section 4 (version française en préparation).

Figure

Pays ayant notifié des cas de poliomyélite due au poliovirus sauvage en 2004



Données reçues au Siège de l'OMS au 8 mars 2005.

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, 2005, tous droits réservés.

= = =