



Eradication de la poliomyélite

Rapport du Secrétariat

1. En 1988, alors que le nombre des pays d'endémie dépassait 125, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté, par sa résolution WHA41.28, l'objectif de l'éradication mondiale de la poliomyélite. En 1999, dans sa résolution WHA52.22, elle a instamment invité tous les Etats Membres à accélérer leurs activités d'éradication. En 2005, les activités visant à interrompre la circulation du poliovirus dans les pays encore touchés par la maladie ont atteint un niveau sans précédent.

2. En Afrique, on n'a pas mis en évidence de cas de transmission du poliovirus autochtone en Egypte ou au Niger depuis plus de 12 mois et la transmission a été interrompue. Sur les 15 pays africains ayant enregistré des cas importés depuis 2003, neuf ont pu éliminer les poliovirus importés grâce à une série de cinq campagnes coordonnées de vaccination menées dans 25 pays sous les auspices de l'Union africaine. Après la reprise en octobre 2004 des campagnes de vaccination antipoliomyélitique nationales au Nigéria, le nombre des Etats de ce pays ayant signalé la présence du poliovirus jusqu'ici en 2005 a diminué de 30 %, mais le nombre de cas de poliomyélite est passé à 801 contre 782 en 2004.

3. En Asie, depuis l'introduction du vaccin antipoliomyélitique oral monovalent type 1, le poliovirus circulant localement n'a pas été détecté dans un des trois réservoirs indiens restants de poliovirus – celui de Mumbai – et il a par ailleurs été limité à 28 des 107 districts de l'Uttar Pradesh et du Bihar ; 59 cas au total ont été signalés, une diminution de 51 % en 2005. Au Pakistan, en 2005, 28 cas de poliomyélite ont été détectés dans 18 districts sur 126, avec une diminution de 43 % du nombre de lignées de poliovirus de type sauvage circulants comparativement à 2004. En Afghanistan, neuf cas de poliomyélite paralytique dus aux poliovirus de types 1 et 3 ont été détectés dans la région méridionale en 2005.

4. En 2005, 12 pays ont signalé des cas dus à un poliovirus importé et, pour la première fois, le nombre de cas de poliomyélite dans les nouveaux pays touchés a été plus important que dans les pays d'endémie poliomyélitique (1046 contre 904 au 6 avril 2006).

PROBLEMES EN SUSPENS

5. **Interrompre la transmission du poliovirus de type sauvage autochtone en Afrique.** Le nord du Nigéria constitue le dernier réservoir de poliovirus de type sauvage autochtone en Afrique, et il semble aussi s'agir du dernier réservoir important dans le monde abritant aussi bien le poliovirus de type 1 que le poliovirus de type 3. En raison de la forte morbidité et du risque d'exportation, des activités de vaccination supplémentaires à grande échelle associant de manière appropriée les vaccins

antipoliomyélitiques oraux monovalents et trivalents sont nécessaires toutes les quatre à six semaines jusqu'à ce que la transmission soit interrompue.

6. **Interrompre la transmission du poliovirus de type sauvage autochtone en Asie.** La transmission du poliovirus de type sauvage en Afghanistan, en Inde et au Pakistan ne concerne plus désormais qu'un seul sérotype – type 1 ou type 3 – dans la plupart des zones géographiques touchées. Des activités de vaccination supplémentaires à grande échelle touchant plus de 95 % des enfants dans les zones infectées au moyen du vaccin antipoliomyélitique oral monovalent approprié sont nécessaires toutes les quatre à six semaines jusqu'à ce que l'interruption de la transmission soit effective.

7. **Préparer la certification mondiale de l'éradication de la poliomyélite et la cessation à terme de l'utilisation du vaccin antipoliomyélitique oral.** Avec l'accélération des activités d'éradication du poliovirus de type sauvage, tous les pays doivent mettre en oeuvre les activités recommandées pour la destruction ou le confinement biologique des poliovirus de type sauvage, améliorer et maintenir la surveillance des poliovirus circulants et évaluer les options à long terme pour la politique de vaccination antipoliomyélitique.

8. **Assurer le financement de la phase de « ratissage et certification » en 2006-2008.** Des engagements en matière de financement souples et portant sur plusieurs années sont nécessaires pour couvrir les US \$575 millions restant à financer au 6 avril 2006 pour la période 2006-2008, dont il faut US \$150 millions immédiatement pour les activités en 2006. Ces fonds sont nécessaires pour l'achat des vaccins, les campagnes de vaccination, l'action d'urgence en cas de flambée, le maintien d'une surveillance hautement sensible et l'appui technique aux Etats Membres.

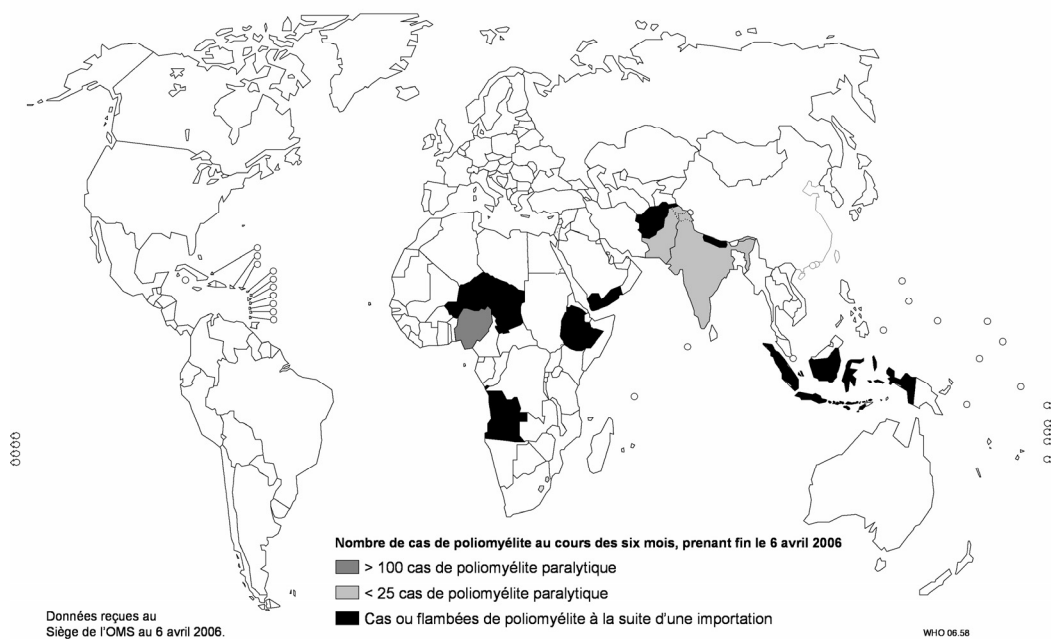
9. **Limiter la propagation internationale de la transmission des poliovirus de type sauvage.** Reconnaissant le risque croissant d'une nouvelle propagation internationale en 2006 à partir du Nigéria et que 54 % de tous les cas de poliomyélite signalés en 2005 proviennent de flambées dans des pays auparavant exempts de la maladie, le Comité consultatif sur l'Eradication de la Poliomyélite a entrepris une analyse détaillée des mesures de riposte consécutives à ces flambées prises entre 2003 et 2005. Le Comité a constaté que le risque de transmission prolongée et d'extension de la propagation nationale et internationale du poliovirus était lié 1) à la rapidité des mesures vaccinales initiales, 2) à l'étendue géographique des mesures de riposte, 3) à la proportion des enfants vaccinés dans la population cible, 4) à l'utilisation du vaccin antipoliomyélitique oral monovalent, et 5) au nombre total de tournées de vaccination. Le Comité a donc formulé des recommandations aux Etats Membres pour les mesures de riposte à prendre contre les poliovirus circulants dans les zones exemptes de poliomyélite. Il a également formulé les recommandations au Directeur général et aux principaux partenaires pour qu'ils appuient les mesures de riposte face aux flambées de poliomyélite dans les Etats Membres signalant des cas de poliomyélite dus à des virus importés et a réaffirmé les mesures que les pays particulièrement exposés au risque de cas importés pouvaient envisager d'adopter afin de réduire ce risque.¹ Pour que ces recommandations soient effectivement appliquées, il faut que tout poliovirus circulant soit immédiatement reconnu comme présentant une menace potentielle pour la santé internationale et que les mesures de riposte appropriées soient prises.

¹ On trouvera le texte intégral des recommandations dans le *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 2004, **79**(32): 289-291 ; 2005, **80**(38): 330-331, et 2005, **80**(47), sous presse.

MESURES A PRENDRE PAR L'ASSEMBLEE DE LA SANTE

10. L'Assemblée de la Santé est invitée à examiner le projet de résolution contenu dans la résolution EB117.R1.

Pays à transmission active du poliovirus au 6 avril 2006



Les appellations employées et la présentation des données figurant sur cette carte n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

© OMS 2006. Tous droits réservés.

= = =