

Initiative mondiale pour l'éradication de la **Poliomyélite**

RAPPORT ANNUEL 2007

*Impact des efforts renforcés
d'éradication*



Organisation
mondiale de la Santé



unicef 

Code commande : WHO/Polio/08.02
Date d'impression : mai 2008

Des exemplaires peuvent être commandés à :
Organisation mondiale de la Santé
20 Avenue Appia
CH-1211 Genève 27, Suisse
Fax : +41 22 791 1571
E-mail : polionews@who.int

© Organisation mondiale de la Santé, 2008

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès des Editions OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 Avenue Appia, 1211 Genève 27, Suisse (tél. : +41 22 791 3264 ; fax : +41 22 791 4857 ; e-mail : bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Editions OMS, à l'adresse ci-dessus (fax : +41 22 791 4806 ; e-mail : permissions@who.int).

Les appellations employées dans ce bulletin et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du Secrétariat 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 sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir encore fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions possibles pour vérifier les informations contenues dans cette publication. Cependant, les documents publiés ne sont couverts par aucune garantie, qu'elle soit expresse ou tacite. Le lecteur est seul responsable de l'interprétation et de l'utilisation des documents. L'Organisation mondiale de la Santé ne saurait en aucun cas être responsable des éventuels dommages découlant de leur utilisation.

Design : www.paprika-annecy.com
Imprimé par les Services de production de documents de l'OMS, Genève, Suisse

Photographies en couverture : ©OMS/S. Bergerson (gauche), ©OMS/A.J. Jide (droite)

Initiative mondiale
pour l'éradication de la
Poliomyélite

RAPPORT ANNUEL 2007

*Impact des efforts renforcés
d'éradication*



Organisation
mondiale de la Santé



unicef 

Table des matières

1	Résumé	1
2	Événements clés en 2007	4
3	Interruption de la transmission des poliovirus sauvages	8
3.1	Paÿs d'endémie	10
3.1.1	Inde	10
3.1.2	Nigéria	13
3.1.3	Afghanistan et Pakistan	16
3.2	Paÿs réinfectés	19
4	Surveillance et certification de l'éradication mondiale de la poliomyélite	22
4.1	Surveillance	22
4.2	Réseau de laboratoires	24
4.3	Confinement des poliovirus sauvages	25
4.4	Certification de l'éradication mondiale de la poliomyélite	26
5	Gestion des risques à long terme après l'éradication des poliovirus sauvages	28
5.1	Détermination des caractéristiques des risques de poliomyélite à long terme (PPAV et PVDV)	28
5.2	Gestion des risques de PPAV et de PVDV : rôle de l'arrêt à venir de l'utilisation du VPO	30
5.3	Coordination internationale des stratégies de gestion des risques de poliomyélite à long terme	32
6	Intégration de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite	33
6.1	Vaccination dans le monde : vision et stratégie	34
6.2	Cadre mondial pour le contrôle et la surveillance de la vaccination	35
6.3	Règlement sanitaire international 2005	36
7	Financement	38
8	Annexe I : Performances de l'IMEP par rapport aux objectifs du Plan stratégique 2004-2008	42
9	Annexe II : Performances de l'IMEP pour chaque étape de l'effort accru d'éradication défini lors de la consultation des parties prenantes en février 2007	45
10	Acronymes	50

En 2007, diminution de 81 % de l'incidence de la poliomyélite de type 1 ; diminution de 59 % du nombre de districts touchés par le type 1.

1

Résumé

Résumé

Depuis la création de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP) en 1988, l'incidence de la poliomyélite a diminué de 99 %. Entre 2003 et 2006, l'effort d'éradication de la poliomyélite a dû faire face à des problèmes particulièrement graves : la transmission du poliovirus sauvage s'est poursuivie dans quatre pays et la dissémination à partir de deux d'entre eux a entraîné une réinfection de zones auparavant exemptes de poliomyélite. Ces deux événements ont soulevé des questions quant à la faisabilité de l'éradication de la poliomyélite. L'année 2007 a été une année charnière pour l'IMEP. Soutenu par la mise au point d'outils et de tactiques de la nouvelle génération, un effort renforcé d'éradication de la poliomyélite a été initié. Cet effort ciblait en premier lieu le poliovirus de type 1 (entraînant le plus de paralysies), puis le poliovirus de type 3. A la fin de l'année, la poliomyélite de type 1 avait diminué de 81% par rapport aux chiffres de 2006, soit la réduction la plus importante jamais observée sur une seule année.

L'effort renforcé d'éradication découle de la consultation des parties prenantes de l'IMEP, qui a eu lieu

en février 2007. Celle-ci avait pour objectif de déterminer la capacité collective de la communauté internationale à franchir les derniers obstacles à un arrêt mondial de la transmission des poliovirus sauvages. En encourageant les chefs de gouvernement et les dirigeants locaux des pays touchés par la poliomyélite à maintenir le dialogue, cet effort renforcé a permis d'optimiser l'utilisation des puissants vaccins antipoliomyélitiques oraux monovalents (VPOm) et a favorisé la recherche sociale et la mise au point de nouvelles tactiques personnalisées afin de garantir la vaccination de tous les enfants.

Deux des étapes capitales de la fin d'année illustrent mieux que toute autre les progrès récemment accomplis et confirment à nouveau la faisabilité technique de l'éradication de la poliomyélite. En Inde, la partie ouest de l'Etat d'Uttar Pradesh a été la plus touchée par les flambées épidémiques de poliomyélite depuis 2000. C'est la seule zone où la transmission du poliovirus sauvage n'a jamais cessé. A la fin de l'année 2007, aucun cas de poliovirus de type 1 n'avait été signalé dans les districts constituant les principaux

« réservoirs » du poliovirus dans l'ouest de l'Uttar Pradesh sur une période de plus de 12 mois. Sur le plan international, six pays réinfectés ont continué à signaler des cas de poliomyélite pendant le deuxième semestre de 2007.

En Afghanistan et au Pakistan, des solutions locales innovantes adaptées aux situations de conflit ont aidé les responsables de vaccination à accéder aux enfants se trouvant dans des zones d'insécurité. Au Nigéria, l'association du vaccin antipoliomyélitique à d'autres interventions sanitaires et l'amélioration des campagnes ont permis de réduire de moitié la proportion d'enfants non traités dans les zones les plus à risque au cours des campagnes de vaccination.

L'engagement des hauts dirigeants politiques, la participation nationale accrue et l'implication croissante de la communauté ont permis une meilleure représentation des efforts d'éradication de la poliomyélite, redonnant ainsi du souffle aux travailleurs locaux et favorisant l'amélioration de la qualité des activités de vaccination. Le Directeur général et les directeurs régionaux

En novembre 2007, le GCSE a examiné les efforts renforcés d'éradication de la poliomyélite. Il a affirmé que l'arrêt de la transmission des poliovirus sauvages au niveau mondial était possible, bien que des zones à risque subsistent dans la partie nord du Nigéria.

de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) se sont rendus sur les points chauds de transmission dans les quatre pays d'endémie dans les 12 mois qui ont suivi la consultation des parties prenantes, afin de discuter de l'éradication de la poliomyélite avec les chefs de gouvernement et les dirigeants dans les zones les plus à risque.

L'avance prise sur la poliomyélite est soutenue par un travail de surveillance accru, à la fois sur le terrain et en laboratoire, en particulier dans les zones où la surveillance n'était pas suffisamment étroite. Il convient de souligner que le nombre de laboratoires capables d'utiliser le nouvel algorithme de test des échantillons a doublé. Cela a permis au réseau mondial de laboratoires pour la poliomyélite (RMLP) de détecter le poliovirus deux fois plus vite en 2007 qu'en 2006 et d'améliorer sa réactivité. Les perspectives d'éradication étant maintenues, les recherches visant à élargir la base de connaissances actuelle sur la gestion des risques après éradication se sont accélérées.

Pour financer l'intensification des activités d'éradication de la poliomyélite, les contributions des partenaires de développement habituels ont été largement complétées par le financement intérieur du gouvernement indien et par une redistribution exceptionnelle des fonds de la Facilité internationale de financement de la vaccination (FIFVm), qui étaient précédemment affectés à la création de stocks de vaccins pour la période post-éradication. Les progrès réalisés au cours de l'année ont catalysé le vote de confiance du Rotary

International et de la fondation Bill et Melinda Gates qui, en novembre 2007, ont annoncé un partenariat visant à injecter 200 millions d'USD dans l'IMEP sur les quatre prochaines années. A la demande des parties prenantes, l'IMEP a publié, pour la première fois, un budget quinquennal (2008-2012) de 1,8 milliard d'USD. Le déficit de financement pour 2008-2009 était de 490 millions d'USD (dont 135 millions pour 2008) en mai 2008.

En novembre 2007, le principal groupe consultatif de l'OMS sur les vaccins et la vaccination, le Groupe consultatif stratégique d'experts (GCSE), a examiné les efforts renforcés d'éradication de la poliomyélite et a affirmé que l'arrêt de la transmission des poliovirus sauvages au niveau mondial était possible, tout en soulignant que la région nord du Nigéria menaçait l'atteinte de cet objectif.

Au cours du même mois, le Comité consultatif sur l'éradication de la poliomyélite (CCEP), c'est-à-dire l'organisme international qui prodigue des conseils stratégiques en matière d'effort d'éradication de la poliomyélite, a déclaré que les progrès réalisés au cours de l'année justifiaient l'extension des activités renforcées.

En 2008, l'objectif principal de l'IMEP est d'arrêter totalement la transmission du poliovirus de type 1 tout en maîtrisant la flambée de la poliomyélite de type 3 en Inde, avant de prendre en charge les poliovirus de type 3 restants en 2009. En mars 2008, l'unique menace importante à la tenue des objectifs fixés pour fin

2008 semblait être la situation dans la partie nord du Nigéria. En effet, plus d'un cinquième des enfants échappent encore aux activités de vaccination dans les zones clés, ce qui a provoqué une nouvelle flambée qui menace les progrès aux niveaux national et international.

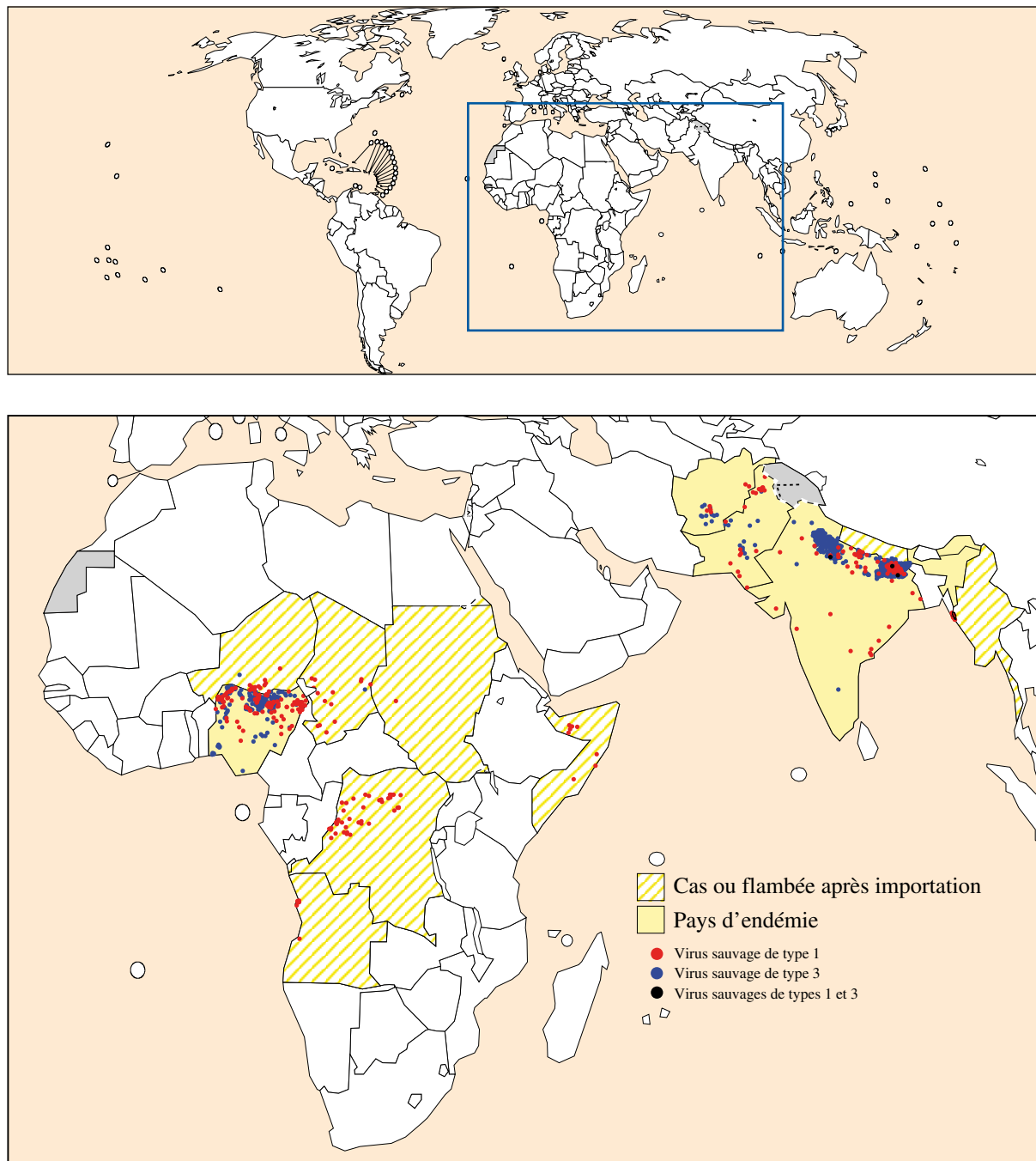
Dans les quatre pays, l'évaluation continue, l'affinage et la mise en place de diverses innovations sont essentiels à l'amélioration des opérations, ainsi qu'à la création d'un environnement optimal pour l'interruption des chaînes de transmission résiduelles. Pour y parvenir, un dialogue politique continu à tous les niveaux et une responsabilité locale sont nécessaires afin de traiter tous les enfants.

Le monde a une opportunité unique de fournir un bien public : un monde dépourvu de poliomyélite pour les générations futures. L'atteinte de cet objectif de santé publique peut générer une dynamique qui conduirait à la réussite d'autres initiatives importantes en matière de santé et des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD).

En 2007, 1 310 enfants souffraient de paralysie due au poliovirus sauvage. Des millions d'autres enfants étaient protégés par la vaccination. Plus de cinq millions d'enfants et de jeunes adultes peuvent marcher aujourd'hui grâce à l'effort d'éradication de la poliomyélite. Les générations à venir ne pourront renforcer leurs rangs que si la poliomyélite est éradiquée définitivement.

Objectifs pour 2008 : arrêter toute transmission du poliovirus de type 1 grâce à des innovations continues et à une responsabilité locale afin de traiter tous les enfants.

Figure 1 : Cas de poliovirus sauvage en 2007



Exclut les virus détectés par la surveillance environnementale et les poliovirus dérivés d'une souche vaccinale.
Données du siège de l'OMS en date du 22 avril 2008

2

Événements clés

Événements clés en 2007

Les efforts renforcés de l'éradication de la poliomyélite soutenus par les hauts dirigeants politiques

JANVIER

- > Le nouveau Directeur général (DG) de l'OMS, Dr Margaret Chan, s'engage à éradiquer la poliomyélite et écrit aux chefs d'état des derniers pays où la poliomyélite reste endémique.
- > Carl-Wilhelm Stenhammar, ancien président du Rotary International, rencontre le Ministre de la Santé et d'autres personnalités importantes du Nigéria pour discuter des efforts d'éradication de la poliomyélite dans ce pays.

FEVRIER

- > Lancement des efforts renforcés d'éradication de la poliomyélite lors d'une consultation des parties prenantes à Genève. Les chefs d'état des pays d'endémie étaient présents.
- > Le gouvernement indien annonce une contribution financière intérieure de 290 millions d'USD à l'effort national d'éradication de la poliomyélite.

© OMS/C. Black



Les partenaires principaux de l'éradication de la poliomyélite (de gauche à droite) : Bill Boyd, président du Rotary International, Dr Julie Gerberding, Directrice du CDC des Etats Unis, Kul Gautam, Directeur exécutif adjoint de l'UNICEF et Dr Margaret Chan, Directrice générale de l'OMS.

- > Wilf Wilkinson, président du Rotary International, rencontre le président général du Pakistan, Pervez Musharraf, pour lui demander un engagement accru et un plus grand soutien aux efforts d'éradication de la poliomyélite dans son pays.

MARS

- > Le DG de l'OMS, Dr Margaret Chan, rencontre le secrétaire général de l'Organisation de la conférence islamique (OCI), le prof. E. Ihsanoglu, afin d'obtenir une poursuite de l'engagement de l'OCI, des chefs religieux islami-

ques et des communautés en matière de soutien aux efforts d'éradication de la poliomyélite.

- > Le secrétaire général du Commonwealth, Donald McKinnon, rencontre Le DG de l'OMS, Dr Margaret Chan, qui encourage la continuité de l'engagement du Commonwealth auprès des dirigeants de l'Inde, du Nigéria et du Pakistan afin de mener à bien l'éradication de la poliomyélite.

AVRIL ET MAI

- > Le DG de l'OMS, Dr Margaret Chan, rend visite au président Hamid Karzai en Afghanistan et au Premier ministre Shaukat Aziz au Pakistan. Ces deux dirigeants confirment leur engagement personnel et politique en matière d'éradication de la poliomyélite dans leur pays.

MAI

- > L'Assemblée mondiale de la Santé (AMS) soutient l'intensification des efforts d'éradication de la poliomyélite. Publication du document *Case for Completing Polio*



Le DG de l'OMS, Dr Margaret Chan, accueillie par le président afghan, Hamid Karzal, à Kaboul.

Eradication, qui présente les principales activités et étapes du programme intensifié.

- > Les Ministres de la Santé des Etats membres du Commonwealth, lors de leur réunion annuelle, soulignent qu'ils aideront à mener à bien l'éradication de la poliomyélite.

JUNE

- > Les dirigeants présents au G8 préconisent l'optimisation des efforts d'éra-

dication de la poliomyélite lors de leur sommet annuel à Heiligendamm, en Allemagne.

- > Pour faire face à la pénurie de fonds, l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI Alliance) redistribue 104 millions d'USD des fonds initialement prévus pour la période post-éradication aux efforts renforcés d'éradication de la poliomyélite.
- > Lors de la toute première conférence des Ministres de la Santé des Etats membres de l'OCI, qui s'est tenue en Malaisie, les ministres ont adopté à l'unanimité une forte résolution d'aide à l'éradication de la poliomyélite.

JUILLET

- > La nouvelle Première Dame du Nigéria, Hajia Turai Yar'adua, déclare, « Nous ferons tout ce qui est en notre pouvoir pour libérer le Nigéria de la poliomyélite, » et inaugure les Journées de vaccination Plus (JVP) dans la région nord, où la poliomyélite est endémique.

SEPTEMBRE

- > Lors de la Journée internationale de la paix, 80 000 enfants auparavant inac-



La Première Dame du Nigéria, Hajia Turai Yar'adua, dans l'Etat de Kebbi, Nigéria.

cessibles ont pu être traités par le vaccin antipoliomyélique dans la partie sud de l'Afghanistan.

NOVEMBRE

- > Le Rotary International et la fondation Bill et Melinda Gates annoncent un partenariat qui injectera 200 millions d'USD d'aide à l'éradication de la poliomyélite.
- > Sur la base du recul du virus de type 1 et des autres avancées, les organismes consultatifs internationaux confirment la faisabilité de l'éradication de la po-



Bill Gates Jr. vaccine un enfant contre la poliomyélite.

liomyélite et recommandent de poursuivre les activités de renforcement.

> Le Secrétaire général de l'ONU, Ban Kimoon, écrit aux chefs d'état de l'Afghanistan, de l'Inde, du Nigéria et du Pakistan pour les féliciter de l'avancement des efforts d'éradication de la poliomyélite et pour les inciter à « ne reculer devant aucun effort tant que l'objectif historique n'a pas été atteint » dans leur pays.

DECEMBRE

> Le DG de l'OMS, Dr Margaret Chan, se rend en visite en Inde pour discuter de l'éradication de la poliomyélite avec le Premier ministre, Manmohan Singh et les ministres en chef des états d'Uttar Pradesh et de Bihar.



Le DG de l'OMS, Dr Margaret Chan, et le Premier ministre de l'Inde, Manmohan Singh, à New Delhi.

JANVIER 2008

> Le porte-parole de l'UNICEF, David Beckham, administre un vaccin antipoliomyélitique oral à Mariatsu, un nourrisson de deux jours, lors d'une visite à la pouponnière tenue par les travailleurs de la santé communautaires, en Sierra Leone.

FEVRIER 2008

> Pour finir sa visite des pays endémiques, Le DG Dr Margaret Chan rencontre le Président Umaru Yar'Adua et la Première Dame du Nigéria, ainsi que le Sultan du Sokoto, Mohammed Saad Abubakar.



David Beckham administrant un vaccin antipoliomyélitique à un nouveau-né.



23 février 2008 ; une roue géante du Rotary et la phrase « End Polio Now » (En terminer avec la polio maintenant) sont projetées sur la façade de la Chambre des Communes à Londres, Royaume-Uni, pour le 103^e anniversaire du Rotary International.

3

Interruption

de la transmission des poliovirus sauvages

Depuis 1988, l'IMEP a réduit l'incidence mondiale de la poliomyélite de 99 %. Entre 2003 et 2006, l'effort d'éradication de la poliomyélite a dû faire face à des problèmes importants : la poursuite de la transmission dans quatre pays d'endémie et la propagation internationale du poliovirus à partir de deux d'entre eux.

Pour faire face à ces problèmes, 2005-2006 a été une période d'innovation sans précédent. De nouveaux outils ont été créés, en particulier des vaccins monovalents et des procédures de laboratoire plus adaptées. Ces dernières ont permis de multiplier par deux la vitesse de confirmation de la présence d'un poliovirus. Les tactiques ont été adaptées afin d'accéder aux enfants non traités dans les quatre pays où la poliomyélite restait endémique, notamment avec un programme

accélééré d'activités de vaccination supplémentaires (AVS) par le vaccin antipoliomyélitique oral monovalent (VPOm) en Inde, avec la stratégie des Journées de vaccination Plus (JVP) consistant à associer le vaccin antipoliomyélitique à d'autres interventions sanitaires au Nigéria, et avec la synchronisation des campagnes en Afghanistan et au Pakistan et des initiatives de négociations de l'accès aux zones d'insécurité ou aux zones semi autonomes de ces deux pays.

Fin 2006, il était évident que seules une application à grande échelle et une promotion de grande qualité de ces nouveaux outils et tactiques permettraient d'éradiquer complètement la poliomyélite. En 2007, les parties prenantes de l'éradication de la poliomyélite ont initié des efforts renforcés afin de déterminer la capacité collective de la communauté

internationale à franchir les derniers obstacles à l'éradication mondiale de la poliomyélite. Le présent rapport porte sur la première période des efforts renforcés, lors de laquelle les nouveaux outils et tactiques ont été largement appliqués, et le degré d'attention porté par les politiques à l'éradication de la poliomyélite ainsi que la surveillance de cet objectif ont été grandement améliorés.

Fin 2007, alors que moins de la moitié du calendrier des efforts renforcés d'éradication s'était écoulé, l'incidence de la poliomyélite avait diminué de 35 %. Par ailleurs, les cas dus au poliovirus sauvage de type 1 (le plus dangereux des deux sérotypes restants) avaient chuté de 81 %. La période de 12 mois sans virus de type 1 dans l'état occidental de l'Uttar Pradesh (la seule région d'Inde où la transmission de ce

Nouveaux efforts renforcés d'éradication afin de déterminer la capacité collective internationale à franchir les derniers obstacles à l'éradication de la poliomyélite.

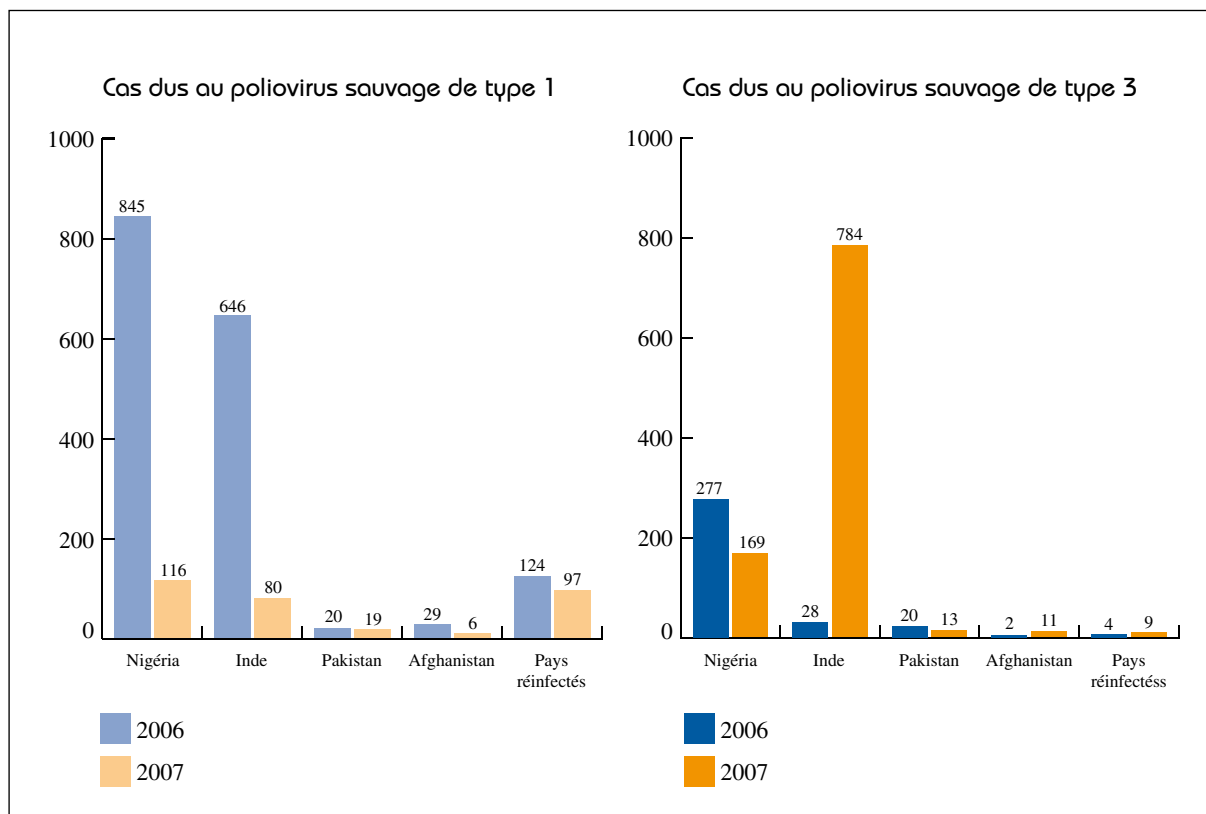
Globalement, les cas de poliomyélite ont diminué de 35 % et les cas dus au poliovirus sauvage de type 1 de 81 % entre 2006 et 2007.

sérotype n'avait jamais cessé) a été un événement particulièrement notable. La plupart des flambées épidémiques dans les pays réinfectés avaient été maîtrisées. Au deuxième semestre 2007, six pays réinfectés continuaient à signaler des cas. Le nombre de cas a diminué de 75 % dans le nord du Nigeria et la zone d'extension géographique du virus s'est encore réduite en Afghanistan et au Pakistan.

En novembre 2007, le principal groupe consultatif de l'OMS sur les vaccins et la vaccination, le GCSE, a examiné les efforts renforcés d'éradication et a affirmé que, grâce aux nouveaux outils, tactiques et engagements, un arrêt de la transmission mondiale du poliovirus sauvage était envisageable. Au cours du même mois, l'CCEP, qui offre des conseils stratégiques à l'IMEP, a conclu que, pour consolider cette avancée,

l'intensification devrait être maintenue pendant au moins deux ans. En janvier 2008, le Conseil exécutif (EB) de l'Assemblée mondiale de la Santé (AMS), a soutenu une intensification additionnelle des activités d'éradication et a recommandé de lancer les discussions sur la prise en charge des risques à long terme, après éradication des poliovirus sauvages.

Figure 2 : Cas dus aux poliovirus sauvages de types 1 et 3, en 2006 et 2007



Données du siège de l'OMS en date du 22 avril 2008. N'incluent pas les cas PVS1 et 3 (2 cas au Nigeria en 2006 et 3 cas en Inde en 2007).

Les cas de poliomyélite de type 1 en Inde ont réduit de 88 % entre 2006 et 2007. La persistance d'une transmission focale de type 1 dans le Bihar a conduit à l'ajustement du plan afin d'augmenter la couverture.

3.1 Pays d'endémie

3.1.1 Inde

Les campagnes accélérées avec le VPOm1 ont entraîné une réduction notable du virus de type 1 ; les efforts sont désormais concentrés sur l'arrêt de la maladie dans le Bihar.

En 2006, le poliovirus sauvage de type 1 a provoqué une flambée en Inde, qui s'est propagée de l'Uttar Pradesh, à l'ouest, à plusieurs états, et a paralysé 648 enfants. La plupart des enfants touchés étaient âgés de moins de deux ans, ce qui démontre une fréquence de vaccination insuffisante ou trop tardive. Pour arrêter rapidement la transmission du poliovirus de type 1 et combler ce déficit de protection immunitaire chez les enfants en très bas âge, l'Inde a suivi une stratégie sur trois fronts en 2007 : vaccins spécifiques du type, augmentation de la fréquence des campagnes et suivi des nouveau-nés et des jeunes enfants.

En conséquence, l'intervalle entre les campagnes de vaccination contre la poliomyélite est passé de huit semaines à trois semaines seulement, avec des VPOm. Chacune de ces campagnes a permis de traiter entre 70 et 170 millions d'enfants. Les cas de poliomyélite de type 1 ont ainsi chuté de 88 % entre 2006 et 2007. Lors du dernier trimestre 2007, un seul cas de poliomyélite de type 1 était signalé dans l'état de l'Uttar Pradesh, malgré le début de la saison de forte transmission. Dans les principaux districts de la partie ouest de l'Uttar Pradesh, où la transmission de la poliomyélite n'avait jamais cessé, aucun cas de poliomyélite de type 1 n'a été recensé en plus de 12 mois (depuis octobre 2006).

En revanche, la transmission du virus de type 1 s'est poursuivie dans le Bihar pendant l'année 2007, bien qu'à des taux faibles : au cours du

dernier trimestre de l'année, 12 cas ont été signalés, ce qui constitue le nombre de cas le plus faible pour le dernier trimestre d'une année. Une analyse épidémiologique soignée a révélé que la transmission était majoritairement limitée à certaines zones des 72 blocs à haut risque (sur les 433 blocs administratifs que totalise l'état), qui sembleraient constituer le dernier réservoir du poliovirus de type 1 en Inde. Une enquête sur le terrain a ensuite permis d'identifier les problèmes d'accès communs à la plupart de ces zones : elles sont desservies par un nombre restreint de routes ou consistent en des communautés riveraines isolées des principaux centres de population. Un plan ajusté a été mis au point afin d'augmenter la couverture dans ces zones, en particulier dans le bassin du fleuve Kosi. Ce plan vise principalement à renforcer les ressources humaines et à

Innovations en 2007 en Inde

JANVIER

> La première campagne de vaccination de l'année dynamise le programme le plus intensif qu'ait connu l'Inde à ce jour. Dans certaines zones de l'Uttar Pradesh et du Bihar, les campagnes auront lieu tous les trois semaines.

FEVRIER

> Le Ministre des finances Palaniappan Chidambaram annonce au parlement que le gouvernement indien participera à hauteur de 209 millions d'USD à l'effort national d'éradication de la poliomyélite grâce à des financements

intérieurs.

AVRIL

> Le Lancet publie des études démontrant que l'efficacité du VPOm dans l'Uttar Pradesh est trois fois supérieure à celle du VPO trivalent.

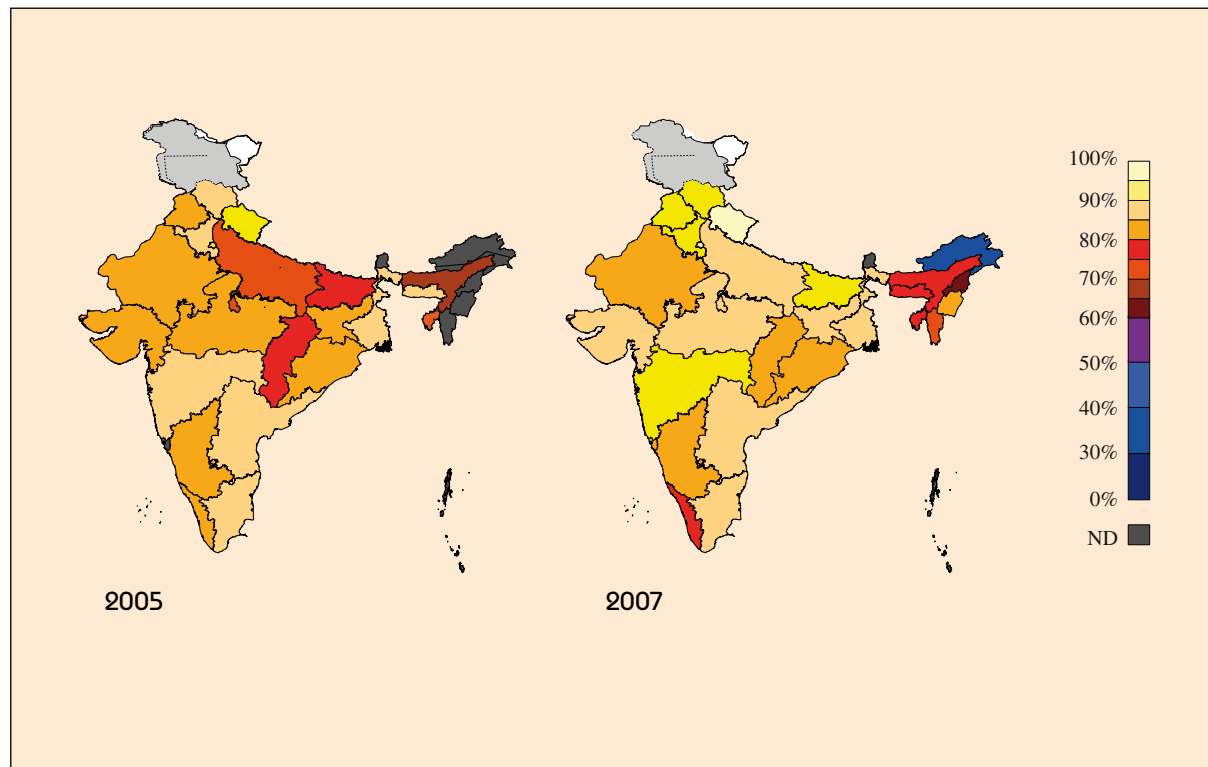
> Instauration de procédures et d'analyses améliorées des nouveau-nés au Bihar afin de permettre aux responsables de la vaccination d'effectuer le suivi de tous les nouveau-nés identifiés, jusqu'à ce qu'ils aient reçu huit doses de VPO.



Un nouveau-né est vacciné contre la poliomyélite à domicile dans l'Uttar Pradesh, en Inde.

Objectifs pour 2008 : arrêter le poliovirus de type 1 dans le Bihar tout en maîtrisant le poliovirus de type 3 et en protégeant le reste de l'Inde de la réinfection par le poliovirus de type 1.

Figure 3 : Impact des efforts renforcés d'éradication sur la protection directe conférée par le vaccin contre le poliovirus de type 1 chez les enfants de 0 à 4 ans en Inde



Données source : OMS
Analyse : Imperial College London, Grassly and Jenkins

MAI

> Le nouveau ministre en chef de l'Uttar Pradesh, Mme Mayawati, désigne l'éradication de la poliomyélite comme une priorité dans son état lors du lancement des campagnes de vaccination.

> Une analyse des blocs à haut risque réalisée dans le Bihar identifie 16 % d'entre eux comme responsables de plus de 70 % des cas de poliomyélite de type 1 au cours des cinq dernières années. Priorité est alors donnée à ces zones, avec une augmentation des équipes d'aide et de la surveillance.

JUIN

> Le ministre de la santé et de la protection de la famille de l'Union, le Dr Anbumani Ramadoss, demande une réunion exceptionnelle des ministres de la santé des états du Bihar et de l'Uttar Pradesh afin de maintenir un effort collectif en matière d'éradication de la poliomyélite.

JUILLET

> Identification systématique des flux migratoires importants de l'Uttar Pradesh et du Bihar vers les états exempts de poliomyélite afin de vacciner ces groupes lorsque des activités de vac-

nation sont réalisées dans ces deux états d'endémie.

AOUT

> Des agents de surveillance (Surveillance Medical Officers) expérimentés, en « mission spéciale », originaires des états exempts de poliomyélite, se portent volontaires pour travailler six mois dans le Bihar afin de renforcer les activités dans les blocs à haut risque.

OCTOBRE

> Un an s'écoule sans poliomyélite de type 1 dans les principaux districts de la

rationaliser les dispositions logistiques. Le réseau Social Mobilisation Network, dans le Bihar, a été étendu afin d'améliorer l'accès du programme aux enfants les plus vulnérables à la transmission en cours de la poliomyélite. En décembre, le DG de l'OMS, le Dr Margaret Chan, s'est rendue au Bihar, où elle a rencontré le ministre en chef Nitish Kumar. Elle l'a félicité de son ferme engagement pour l'éradication de la poliomyélite et a reconnu les mérites des travailleurs de la santé du Bihar dans ces circonstances difficiles. En janvier 2008, l'augmentation du contrôle actif des préparations et de la mise en œuvre par les responsables sanitaires du gouvernement, en particulier au niveau des districts, était notable.

Les avancées contre le virus de type 1 dans l'Uttar Pradesh et le Bihar sont obtenues alors qu'une flambée prévisible et de grande ampleur de la poliomyélite de type 3 survient malencontreusement dans ces deux états. Dans l'Uttar Pradesh,

cette flambée a été maîtrisée grâce à deux campagnes de grande ampleur par le vaccin antipoliomyélitique oral monovalent de type 3 (VPOm3). Au cours du deuxième semestre de la même année, le poliovirus de type 3 originaire de l'Uttar Pradesh a réinfecté le Bihar, déclenchant ainsi une flambée qui a provoqué une augmentation de 22 % des nouveaux cas dans le pays par rapport à 2006. La réponse initiale, à savoir la vaccination par le VPOm3, était limitée géographiquement au sein du Bihar début octobre, une réponse étendue à tout l'état n'étant mise en place que fin octobre, puis réitérée en décembre. Au total, 451 cas dus au poliovirus de type 3 ont été recensés dans le Bihar. Au début de l'année 2008, la flambée dans le Bihar atteignait son maximum.

La priorité stratégique en 2008 est d'arrêter rapidement le poliovirus de type 1 dans les derniers réservoirs des populations riveraines du Bihar avant le début de la mousson en juillet. Les premières étapes de

mise en œuvre du plan ajusté pour le fleuve Kosi ont été initiées afin d'améliorer la qualité des opérations dans les blocs à haut risque du Bihar : du personnel est recruté ou redéployé à partir des zones non endémiques. Les campagnes sont échelonnées : celles qui se déroulent dans les blocs à haut risque ont lieu après les campagnes dans le reste de l'état ou du pays afin de concentrer les ressources issues des autres zones dans ces localités.

La priorité opérationnelle porte sur des stratégies de ratissage intensives en 2008, avec des réponses rapides et à grande échelle par le VPOm en cas de détection d'un virus, quel qu'il soit, dans les zones exemptes de poliomyélite. En parallèle, des campagnes auront lieu afin d'endiguer la flambée du virus de type 3 et d'éviter sa propagation, à la fois au niveau national et international : des poliovirus de type 3 issus du Bihar ont été détectés fin 2007 de l'autre côté de la frontière avec le Népal.

région ouest de l'Uttar Pradesh ; première campagne VPOm3 à l'échelle de l'état dans le Bihar.

NOVEMBRE

> Les pèlerins Indiens de tous les âges demandent à se faire vacciner suite aux exigences de vaccination contre la poliomyélite imposées par l'Arabie saoudite pour tous les pèlerins du Hadj.

> Lancement de l'enquête sérologique dans le district du Moradabad visant à comparer les niveaux d'immunité chez les enfants en bas âge (qui sont soumis

à un risque plus élevé de poliomyélite) à ceux des enfants plus âgés, moins à risque, afin de dériver des directives d'utilisation des vaccins.

DÉCEMBRE

> Le DG de l'OMS, Dr Margaret Chan, se rend en visite en Inde pour discuter de l'éradication de la poliomyélite avec le Premier ministre, Manmohan Singh, et les ministres en chef des états d'Uttar Pradesh et de Bihar. Instauration des actions initiales du plan pour le fleuve Kosi pour endiguer la transmission de la poliomyélite dans le Bihar.



Un responsable de la vaccination dans le Bihar, reconnaissable à sa veste jaune du Rotary, emballe des vaccins antipoliomyélitiques dans des conditionnements isothermes.

© OMS/IF-Cellière

Dans le nord du Nigéria, la proportion d'enfants n'ayant reçu aucune dose a été réduite de moitié.

3.1.2 Nigéria

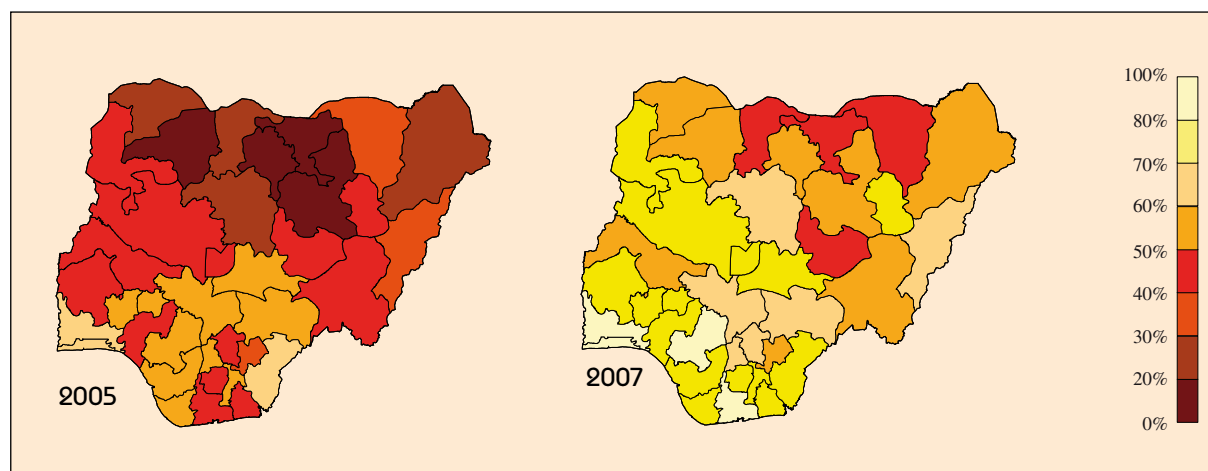
La participation nationale permet de réduire le nombre d'enfants non traités ; une amélioration des opérations est essentielle.

Début 2007, le Nigéria détenait le record du nombre de cas de

poliomyélite, avec 1 122 enfants paralysés en 2006. Les différents états ont été classés par niveau de risque en 2006 pour permettre de définir la priorité des ressources et les activités pour chaque état : dans les trois états désignés comme à très haut risque, environ 50 % des enfants n'avaient

jamais été vaccinés (n'avaient jamais reçu aucune dose). La mise en œuvre de Journées de vaccination Plus (JVP), qui proposaient également d'autres interventions sanitaires pendant les campagnes de vaccination contre la poliomyélite, avait accru l'engagement communautaire

Figure 4 : Impact des efforts renforcés d'éradication sur la protection directe conférée par le vaccin contre le poliovirus de type 1 chez les enfants de 0 à 4 ans au Nigéria



Données source : OMS
Analyse : Imperial College London, Grassly and Jenkins

Innovations en 2007 au Nigéria

DE JANVIER A MARS

> Deux JVP nationales se déroulent au cours du premier trimestre, chacune d'elles ciblant 41 millions d'enfants.

FEVRIER

> Le président du Nigéria délègue son conseiller spécial sur les questions d'OMD en tant qu'envoyé à la consultation des parties prenantes sur l'éradication de la poliomyélite.

MARS

> Dans les huit districts urbains du Kano, 21 % de la population cible (soit

plus de 100 000 enfants) est vaccinée dans plus de 2 300 écoles coraniques, qui sont associées de manière systématique aux JVP.



Fillette prenant un vaccin antipoliomyélique oral dans l'état de Kano, Nigéria.

JUIN

> Dans le cadre de la collaboration interrégionale de l'OMS, 20 consultants de l'EMRO ont été répartis dans les états à haut risque du nord du Nigéria.

> L'excellent Forum of Traditional and Religious Leaders and Media, auquel participent les éminents dirigeants que sont les Emirs du Zamfara et du Dikwa et les envoyés personnels de l'Emir du Kano et du Sultan du Sokoto, promet de poursuivre le parrainage de la vaccination.

Objectifs pour 2008 : réduire à moins de 10 % le nombre d'enfants n'ayant jamais reçu aucune dose dans les LGA, établir des méthodes de comptage plus précis en matière de performances de vaccination et mobiliser les gouverneurs des états à très haut risque.

et entraîné un soutien politique aux niveaux fédéral et étatique. En revanche, la qualité des campagnes et la demande communautaire restaient faibles : le niveau d'immunité des enfants ne s'était pas amélioré de manière uniforme ou suffisante dans tout le nord du pays. En effet, dans les états à très haut risque, la proportion d'enfants n'ayant jamais reçu aucune dose restait à un niveau élevé (32 %).

Les tactiques de 2007 associaient une augmentation des JVP à une meilleure précision de la classification des risques, de l'état à la zone de gouvernement local (Local Government Area, LGA) ou au district. Cela a permis aux autorités d'identifier les LGA où la transmission du virus se poursuit et de définir la priorité d'amélioration des opérations dans ces zones. Les décisions en matière de « Plus » des JVP dépendant de l'état, les interventions

variaient d'un état à l'autre, de la vaccination contre la rougeole et le DTC (diphtérie-tétanos-coqueluche) à la mise à disposition de comprimés vermifuges et de moustiquaires traitées avec un insecticide (ITN). Au fur et à mesure que les autorités locales se sont approprié le programme d'éradication, elles sont entrées en discussion avec les groupes d'influence, tels que les enseignants des écoles coraniques du Kano. Dans les huit LGA urbaines du Kano, un cinquième de la population cible (enfants de moins de cinq ans) était vacciné dans les écoles coraniques. Une amélioration systématique des opérations a été instaurée en matière de formation des responsables de vaccination, de surveillance, de microplanification et de mobilisation sociale ciblée. De ce fait, la proportion des enfants n'ayant jamais reçu aucune dose dans le nord a été réduite de moitié, avec une moyenne de 16 % dans les

états à très haut risque.

Les stratégies techniques ont été ajustées régulièrement en fonction de l'évolution de la situation épidémiologique : le VPOm1 a été utilisé de manière énergique, en intercalant stratégiquement le VPO trivalent (VPOt) et, pour la première fois au Nigéria, le VPOm3 (en juillet 2007). A la fin de l'année 2007, les cas de poliomyélite au Nigéria avaient diminué de 75 % par rapport à 2006. Dans l'état du Kano (historiquement la zone du pays la plus touchée par le poliovirus), au Nord, seuls 10 cas de type 1 ont été signalés pour toute l'année 2007, contre 304 cas en 2006.

Malgré ces progrès, la planification, la mise en œuvre et l'évaluation globales des JVP dans les principales LGA à haut risque restent de faible qualité. L'amélioration insuffisante de la microplanification et de la formation des agents de supervision et

© OMS/A.J. Jide



Une fille montre son doigt marqué à l'encre indélébile pour prouver qu'elle a été vaccinée contre la poliomyélite.

JUILLET

> Le VPOm3 est autorisé au Nigéria, ce qui permet l'extension des tactiques de vaccination spécifiques du type.

NOVEMBRE

> Les pèlerins de tout âge du nord du Nigéria sont vaccinés contre la poliomyélite avant de commencer le pèlerinage du Hadj, conformément aux exigences de l'Arabie saoudite.

FEVRIER 2008

> Pour terminer sa visite des pays où la poliomyélite est endémique, Le DG de l'OMS, Dr Margaret Chan, rencontre le président du Nigéria, Haji Umaru Yar'Adua. Lors du lancement des JVP en la compagnie du Sultan du Sokoto et de la Première Dame du Nigéria, le Dr Chan a déclaré : « Dans chaque pays, le succès de la lutte contre la poliomyélite est assuré lorsque les chefs de gouvernement

locaux, les dirigeants communautaires et les anciens désignent la santé des enfants comme la priorité absolue. C'est la participation nationale qui résout les problèmes et garantit le succès. »



Le Sultan du Sokoto, Muhammed Sa'adu Abubakar, chef spirituel de la communauté musulmane du Nigéria, en compagnie de Le DG de l'OMS, Dr Margaret Chan.

© OMS/Nigeria

L'arrêt de la poliomyélite au Nigéria repose sur la couverture des dernières zones non traitées lors des campagnes de vaccination.

des responsables de la vaccination n'a pas permis de combler les lacunes importantes de vaccination qui subsistent : sur les 10 états à haut risque du Nord, 16 % des enfants en moyenne ne sont toujours pas vaccinés. Cette lacune entraîne une poursuite de la transmission du poliovirus et le risque de nouvelles flambées épidémiques.

L'apparition d'un poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale (PVDVc¹) de type 2 en 2006 constitue une autre preuve du manque de couverture vaccinale. Ce virus a continué à circuler et a paralysé 68 enfants en 2007.

L'éradication de la poliomyélite au Nigéria repose sur la couverture des dernières zones non traitées lors des JVP, en particulier dans les LGA à haut risque identifiées dans les états du nord (soit, par ordre de priorité : Kano, Borno, Sokoto, Jigawa, Katsina et Kebbi). Les cinq

premiers états sont maintenant désignés comme des états à très haut risque, à partir desquels le virus continue à s'exporter vers les zones exemptes de poliomyélite, au sein du pays et dans les pays avoisinants (Tchad et Niger en 2007). Les gouverneurs de ces états sont alertés de l'urgence de la situation afin qu'ils puissent surveiller les étapes suivantes.

En 2008, l'objectif principal est d'étendre les nouvelles tactiques et de les appliquer systématiquement afin de réduire à moins de 10 % la proportion d'enfants n'ayant jamais reçu aucune dose dans les LGA à plus haut risque des états infectés. Une priorité connexe est d'établir, au sein de chaque LGA, les mécanismes par lesquels les responsables des vaccinations et les agents de supervision doivent justifier de l'obtention de la couverture cible, qui fait l'objet d'un contrôle indépendant.

Les LGA à plus haut risque recevront une assistance technique renforcée, à la fois dans les zones exemptes de poliomyélite du Nigéria et dans le cadre de la collaboration interrégionale avec les régions OMS des Amériques et de la Méditerranée orientale. Ces dernières ont délégué des consultants expérimentés dans ce but. Dans les autres parties du pays, les autorités œuvrent à consolider les gains de l'année 2007 en initiant des réponses rapides par VPOm lorsque des cas sont détectés. Pendant toute l'année 2008, les JVP seront accompagnées de campagnes de ratissage de grande ampleur visant à stopper l'importation du virus dans les zones exemptes de poliomyélite et à prendre en charge les derniers chaînons de transmission dans les zones où l'éradication est quasiment atteinte, avec une attention toute particulière au type 1.

1 Voir aussi la Section 5.1

La présence de conflits impose la recherche de solutions souples et créatives pour traiter les enfants encore non vaccinés dans le sud de l'Afghanistan et dans les zones tribales du Pakistan.

3.1.3 Afghanistan et Pakistan

La poliomyélite étant restreinte sur le plan géographique, les défis à relever pour traiter tous les enfants diffèrent dans les zones de transmission du nord et du sud.

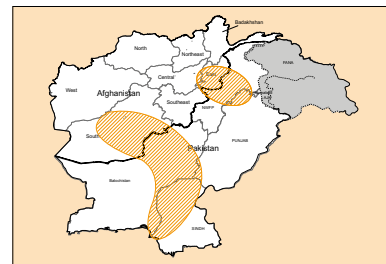
L'Afghanistan et le Pakistan, qui sont considérés comme un seul bloc épidémiologique, ont terminé l'année 2006 avec une transmission de plus en plus limitée des deux sérotypes de poliovirus. Aucun cas de poliomyélite n'a été signalé en Afghanistan au cours du premier trimestre 2007. Au Pakistan, la majorité des cas étaient limités à des zones à haut risque restreintes.

Le séquençage génétique des poliovirus confirme le maintien des liens épidémiologiques entre ces deux pays, qui sont facilités par des flux de population importants de part et d'autre de leur frontière commune peu étanche. La zone de transmission du nord englobe la majeure partie de la NWFP (North West Frontier Province) du Pakistan et des parties de la région est de l'Afghanistan. La zone de transmission du sud

forme un corridor qui s'étend de la région sud de l'Afghanistan au Pakistan, via le Balochistan et le Punjab du Sud jusqu'à Sindh (Karachi inclus).

Malgré un début d'année prometteur en Afghanistan, la détérioration des conditions de sécurité en milieu d'année dans la région sud a eu un impact important sur les opérations. Des cas sont apparus au cours du deuxième semestre 2007, en particulier dans les districts de Hilmand et Kandahar, où 12 des 17 cas de l'année sont apparus après juin. La proportion d'enfants n'ayant jamais reçu aucune dose a atteint 12 % dans la région sud. Certains enfants étant quasiment inaccessibles étant donné les conditions, les négociations sur l'accès sécurisé ont fait intervenir toutes les parties, qu'elles soient gouvernementales ou anti-gouvernementales, militaires, religieuses, non gouvernementales ou tribales. En août, suite à une avancée majeure dans la discussion, les groupes antigouvernementaux ont déclaré leur soutien par écrit, ouvrant ainsi de nouvelles zones aux responsables de la vaccination : 80 000 enfants qui n'avaient pas pu être traités pendant les AVS sur presque un

Figure 5 : Zones de transmission du nord et du sud dans le réservoir de poliovirus sauvage commun à l'Afghanistan et au Pakistan



an dans la région sud ont finalement pu être vaccinés en septembre 2007 grâce à cette lettre de soutien. En outre, le programme a recruté davantage de personnel localement (qui pouvait accéder plus facilement aux domiciles) et a mené à bien des activités échelonnées, en concentrant les ressources de campagne dans une seule zone avant de passer à une autre. A la fin de l'année, la proportion d'enfants n'ayant jamais reçu aucune dose dans la région sud avait diminué de 12 à 9 %.

Pendant toute l'année, les AVS ont été synchronisées en Afghanistan et

Innovations en Afghanistan et au Pakistan en 2007

DECEMBRE 2006

> Donnant le ton pour 2007, les Ministres de la santé de ces deux pays ont initié la coordination transfrontalière lors d'un jirga historique sur la santé. Cette collaboration sans précédent doit faciliter l'accès aux populations de part et d'autre de la frontière pendant toute l'année.



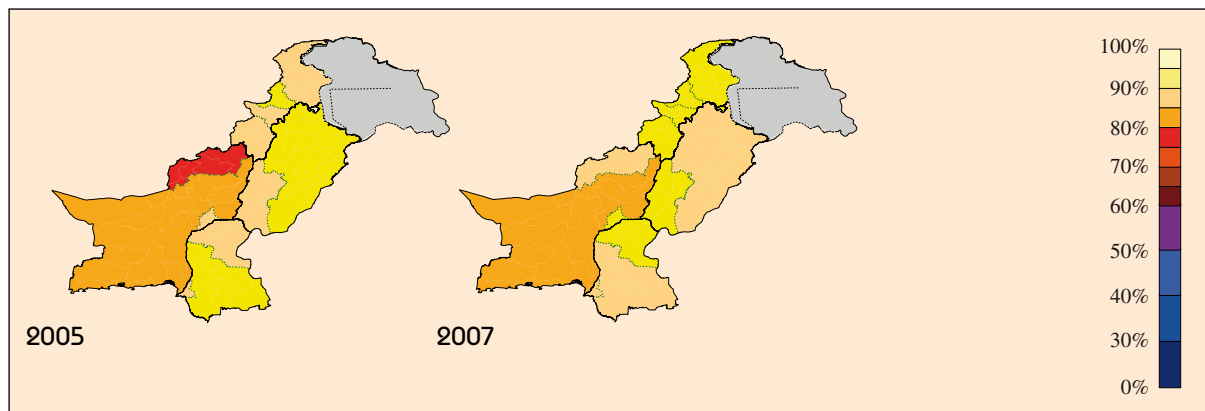
Un enfant reçoit le vaccin antipoliomyélique oral lors d'une activité de vaccination transfrontalière entre l'Afghanistan et le Pakistan.

MARS ET AVRIL

> Les deux pays accueillent des dialogues médiatisés afin d'augmenter l'accès aux zones frontalières non sécurisées. Ces discussions ont lieu entre le Conseiller spécial sur la santé du Président Hamid Karzai et le gouverneur de Kandahar (Afghanistan), le gouverneur et le ministre en chef de la NWFP (Pakistan) et les éminences religieuses, qui constituent un réseau de milliers d'imams de village et de dirigeants locaux dans les deux pays.

Des AVS de faible qualité dans le sud du Pakistan sont à l'origine du plan d'amélioration des opérations et de contrôle des objectifs.

Figure 6 : Impact des efforts renforcés d'éradication sur la protection directe conférée par le vaccin contre le poliovirus de type 1 chez les enfants de 0 à 4 ans au Pakistan



Données source : OMS

Analyse : Imperial College London, Grassly and Jenkins

au Pakistan à une échelle sans précédent, principalement pour obtenir une couverture complète et simultanée des zones frontalières et des enfants en transit. Priorité a été donnée au traitement des enfants dans les zones à haut risque ainsi qu'à l'identification et à la cartographie des populations nomades. Des postes de vaccination ont été mis en place sur tous les passages de frontière officiels et aux points de rassemblement traditionnels des communautés nomades. Un mélange

de VPOM1 et de VPOM3 a été utilisé pendant les AVS pour maximiser l'impact de chaque contact avec le vaccin.

Ces activités ont entraîné une diminution du nombre de cas en 2007 dans les deux pays par rapport à 2006 (17 cas contre 31 en Afghanistan ; 32 cas contre 40 au Pakistan). La portée géographique de la poliomyélite a été restreinte davantage : en Afghanistan, 13 districts ont été infectés en 2007, ce qui représente une diminution par

rapport aux 17 districts touchés en 2006 ; au Pakistan, 18 ont été infectés contre 22 en 2006. Aucun cas n'a été signalé dans ces deux pays hors des zones à haut risque identifiées. Cela démontre que ces zones, ciblées de manière prioritaire lors des AVS, sont délimitées avec précision.

Toutefois, la transmission de la poliomyélite s'est poursuivie dans les mêmes zones du Pakistan que les années précédentes malgré la mise en place

AVRIL ET MAI

> Le DG de l'OMS, Dr Margaret Chan, lors de sa première visite officielle dans un pays d'endémie de la poliomyélite, rencontre le Président de l'Afghanistan, Hamid Karzai, qui confirme son engagement en matière d'éradication de la poliomyélite dans son pays.

> Dr Chan se rend ensuite au Pakistan pour rencontrer le Premier ministre

Shaukat Aziz, qui l'assure de l'engagement de son pays en matière d'éradication de la poliomyélite.

JUIN

> Les pays islamiques appellent à une action urgente contre la poliomyélite et à l'accès aux enfants dans les zones en conflit lors de la toute première réunion des ministres de la santé de l'OCI en Malaisie.

SEPTEMBRE

> Toutes les parties adhérentes du conflit en Afghanistan déclarent soutenir l'effort d'éradication de la poliomyélite : le passage sécurisé qui en a résulté a permis aux responsables de la vaccination, à l'occasion de la Journée internationale de la paix, d'accéder à 80 000 enfants qui n'avaient pas été traités pendant presque un an en raison des conditions de sécurité.

Objectifs pour 2008 : améliorer les opérations et garantir un suivi correct des enfants non atteints lors de campagnes de vaccination dans différentes parties du Pakistan et l'accès à toutes les populations dans le sud de l'Afghanistan.

de 11 AVS. Dans la zone de transmission du sud, qui a recensé la majorité des cas du pays (21 sur 32) et où les problèmes de sécurité et d'accès ne sont pas répandus, la mauvaise qualité des AVS a entraîné une vaccination inadéquate des enfants et la poursuite de la transmission des poliovirus des deux types. L'analyse des cas de poliomyélite en 2007 montre que 40 % des enfants n'avaient reçu que trois doses de VPO au maximum. Les taux de couverture de 95 % des AVS ont masqué les lacunes au niveau des sous-districts et les faiblesses opérationnelles dans les zones à haut risque, telles que certaines parties du Sindh (dont Karachi, la plus grande ville du pays et le site d'arrivée de nombreux immigrants en provenance des zones frontalières). Un plan ajusté a été mis au point pour ces zones. Il porte notamment sur l'amélioration des opérations et l'utilisation d'un contrôle indépendant et d'indicateurs objectifs tels que le marquage des doigts.

L'Afghanistan et le Pakistan ne représentant à eux deux que 4 % du nombre total des cas mondiaux de poliomyélite, ces pays pourraient être plus proches d'une cessation complète de la transmission de la poliomyélite que d'autres

pays d'endémie. Le Pakistan doit donc avoir comme objectif principal de soutenir le nouveau gouvernement dans la mise en œuvre des efforts renforcés d'éradication, en particulier en ce qui concerne le contrôle indépendant et la responsabilité locale des opérations de campagne, notamment dans le Sindh. Les principales nouveautés prévues pour 2008 incluent la mise en place d'une surveillance environnementale à Karachi afin de clarifier le rôle de cette ville dans le maintien de la poliomyélite dans la zone de transmission du sud commune à l'Afghanistan et au Pakistan.

Les communications et les activités de mobilisation sociale au Pakistan portaient sur la mise en place d'activités adaptées localement afin de relever les défis locaux, notamment le déploiement de personnel de communication dans les districts et l'utilisation de données dérivant des études sur les comportements des communautés. L'augmentation rapide des activités de communication et de mobilisation sociale va être mise en œuvre à une plus grande échelle en 2008.

L'accès aux enfants dans les zones d'insécurité lors des AVS reste l'un des plus grands défis en Afghanistan

et dans certaines parties du Pakistan. Il nécessitera l'implication continue de l'administration publique et des communautés locales ainsi qu'un ferme soutien des chefs tribaux et religieux. Les discussions se poursuivront entre toutes les parties en Afghanistan, dont le gouvernement, l'Organisation du Traité de l'Atlantique Nord, la Force internationale d'assistance à la sécurité et les groupes antigouvernementaux, afin d'étudier comment négocier des trêves dans le conflit pendant les campagnes de lutte contre la poliomyélite. Les innovations locales, telles que des doses supplémentaires rapprochées (une série de vaccinations rapidement suivie d'une autre pendant les périodes d'accès possible signalées grâce au dialogue continu avec les décideurs locaux), seront adoptées de manière systématique en 2008.

En parallèle, les deux pays prévoient de coordonner des AVS de grande ampleur dans les zones frontalières et de protéger les zones exemptes de poliomyélite grâce à des ratissages par le VPOm spécifique du type dès la détection d'un poliovirus.

OCTOBRE

> Le Premier Ministre Shaukat Aziz participe à la cérémonie qui récompense les districts du Pakistan exempts de poliomyélite depuis plus de deux ans.

NOVEMBRE

> L'analyse des cas de poliomyélite de 2007 montre que 40 % des enfants touchés avaient reçu trois doses maximum de VPO, ce qui souligne les fai-

blesses opérationnelles dans les zones à haut risque, telles que Karachi, la plus grande ville du pays et le point d'arrivée de nombreux immigrants en provenance des zones frontalières.

DÉCEMBRE

> Au cours de l'année, le Président Hamid Karzai a inauguré en personne cinq AVS en Afghanistan.



Le Président de l'Afghanistan, Hamid Karzai, administre le vaccin antipoliomyélique à un enfant.

© OMS/C.Black

3.2 Pays réinfectés

Flambées épidémiques internationales majeures endiguées ; persistance du risque en Afrique centrale

Les importations de poliovirus dans les régions exemptes de poliomyélite ont été un défi important pour l'IMEP ces dernières années. Elles ont donné lieu à de nouveaux mécanismes et stratégies de réponse au niveau international. Entre 2003 et 2007, un poliovirus sauvage originaire du Niger s'est importé dans 20 pays et un virus originaire d'Inde, dans sept pays. La plupart de ces flambées épidémiques ont pu être endiguées avec succès. La minimisation du risque et des conséquences des importations du poliovirus dans les régions exemptes de poliomyélite joue un rôle majeur dans l'éradication complète de la poliomyélite au niveau mondial. Au cours de l'année 2007, l'utilisation des recommandations de réponse aux flambées épidémiques validées par l'Assemblée mondiale de la Santé (AMS) en mai 2006 a été largement étendue.

Au cours de l'année 2007, huit pays réinfectés ont signalé des cas de poliomyélite : Corne de l'Afrique, Somalie ; Afrique centrale et orientale, Angola, Tchad, République

Démocratique du Congo (RDC), Niger et Soudan (ouest du pays) ; Asie du Sud, Myanmar et Népal. A la fin de l'année, les flambées épidémiques avaient été endiguées en Somalie et au Myanmar. Six pays réinfectés continuaient à recenser des cas de poliomyélite. Pour deux d'entre eux, le Tchad et la RDC, l'importation initiale du poliovirus s'était produite avant 2007 et poursuivie au cours de la même année. Dans les quatre autres pays réinfectés, les cas de poliomyélite de 2007 résultaient de nouveaux événements d'importation.

Corne de l'Afrique

La Somalie, réinfectée en juillet 2005 par un virus d'origine nigérienne, a recensé huit cas en 2007. Les autorités sanitaires ont renforcé le programme d'AVS malgré l'escalade des conflits, profitant de chaque opportunité de réaliser des AVS avec des intervalles courts entre les doses de VPOm et une surveillance plus étroite. Aucun cas de poliomyélite n'a été signalé en Somalie depuis le 25 mars 2007.

Afrique centrale et Afrique de l'Ouest

La détection de poliovirus d'origine

nigérienne au Tchad (21 cas en 2007) menace à nouveau l'éradication de la poliomyélite de cette partie de l'Afrique. Au Tchad, la couverture insuffisante des AVS, la surveillance sporadique et l'insécurité récurrente sont les principales contraintes à l'arrêt de la transmission. Fin 2007, les opérations de campagne contre la poliomyélite ont été suspendues en raison de la reprise des conflits. Les pays voisins, tels que le Cameroun, la République Centre Africaine et le Soudan, sont vulnérables aux exportations du poliovirus en provenance du Tchad, en raison d'une faible immunité de la population, de lacunes de surveillance ou de problèmes de sécurité. Dans la dernière partie de l'année 2007, le Soudan a signalé un cas dans l'ouest du pays. Ce virus présentait une parenté génétique avec le poliovirus d'origine nigérienne circulant au Tchad.

Les lacunes de surveillance au niveau sous-provincial dans l'est du Tchad semblent avoir permis la circulation silencieuse du virus pendant presque 18 mois. Le risque d'une propagation internationale supplémentaire est considérablement accru du fait des mouvements

La plupart des flambées épidémiques apparues entre 2003 et 2007 sont désormais maîtrisées, y compris en Somalie.

La flambée au Tchad génère un sérieux risque sanitaire international, imposant une mise en œuvre complète des directives en la matière.

de population de grande ampleur qui ont suivi les conflits dans le pays. En 2007, le Tchad était le seul pays réinfecté à présenter une transmission active simultanée par les types 1 et 3.

En Afrique, la RDC recensait le plus grand nombre de cas (41) parmi les pays réinfectés en 2007. Bien que quatre événements d'importation distincts se soient produits en RDC depuis 2006, la transmission se poursuit pour une seule des lignées. Un calendrier d'AVS ajusté pour 2008 cible la route de transmission du poliovirus le long du fleuve Congo afin d'arrêter la flambée et d'éviter toute propagation au niveau international, ce risque étant accru par la détection de poliovirus en 2008 dans l'extrême est du pays et dans la République Centre Africaine, au Nord.

En Angola, où huit cas ont été recensés en 2007, la qualité des AVS et de la surveillance locale a été améliorée. L'Angola a subi deux importations distinctes du poliovirus de type 1, en 2005 et en 2007. La première d'entre elles a été maîtrisée. A la date d'impression de ce rapport, une troisième importation du poliovirus de type 3 avait également été signalée début 2008. Bien que les indicateurs de surveillance provinciaux soient corrects, ils peuvent masquer certaines lacunes². Un examen international de la surveillance et de l'aspect administratif en Angola en 2007 a permis de mettre en place des modifications au niveau de l'administration, des équipes et des tactiques. Cela

devrait améliorer la qualité de la surveillance et des campagnes de vaccination. Dans le cadre de la collaboration interrégionale de l'OMS, Cuba a accepté, en 2007, d'envoyer un consultant dans chacune des 21 provinces de l'Angola afin de soutenir l'effort de réponse à la flambée et de renforcer la surveillance. Ces consultants sont arrivés sur place début 2008.

En 2007, le Niger a dû faire face à une transmission limitée localement suite à plusieurs importations depuis le Nigéria.

Le pays reste soumis à un risque accru d'importations tant que la transmission endémique du poliovirus n'a pas été interrompue dans la proche région nord du Nigéria.

Asie du Sud

Le Myanmar a effectué des AVS rapides et répétées en 2007 suite à la détection de poliovirus importés en début d'année (importation de poliovirus d'origine indienne via le Bangladesh). Le Myanmar a recensé 11 cas en 2007, mais a maîtrisé la flambée en mois de trois mois, le dernier cas étant signalé au mois de mai.

Bien que le Népal ait signalé cinq cas de poliomyélite en 2007 du fait de nouvelles importations de l'Inde voisine, une réponse énergique à la flambée a limité la propagation locale du virus et créé un pare-feu immunologique qui, malgré sa fragilité, a empêché la propagation du virus dans la région. Le Népal reste soumis à un risque accru d'importations tant que la transmission

endémique du poliovirus n'a pas été interrompue dans l'Inde voisine.

L'intensification des activités d'éradication dans les pays d'endémie restants a aidé à limiter le nombre d'importations du poliovirus en 2007, tout comme les activités de prévention dans les pays frontaliers vulnérables. La mise en œuvre rapide des recommandations de réponse aux flambées épidémiques a joué un rôle essentiel dans l'arrêt des importations dans la plupart des pays réinfectés. En outre, certains pays ont adopté des mesures de protection spéciales, telles que la directive de l'Arabie saoudite concernant la vaccination contre la poliomyélite des pèlerins à la Mecque. Cependant, comme le montrent les flambées épidémiques internationales de 2003-2007, le risque d'importation de poliovirus dans les régions exemptes de poliomyélite demeure tant que l'éradication de la poliomyélite n'a pas été achevée au niveau mondial. La réinfection récurrente du Niger et du Népal souligne la vulnérabilité des régions frontalières avec les pays d'endémie de la poliomyélite, qui doivent maintenir (en parallèle d'une surveillance étroite) une forte immunité de la population et un calendrier soutenu d'AVS. Tous les autres pays nécessiteront des activités vigoureuses de vaccination systématique contre la poliomyélite et devront pouvoir réagir rapidement en cas d'importation.

2 Voir aussi la Section 4.1

Tableau 1 : Statut et activités de réponse dans les pays où le poliovirus s'est importé en 2007.

Pays réinfecté	Nombre d'AVS en 2007	Nombre de cas en 2007
Angola	4	8
Myanmar Flambée maîtrisée	7	11
Népal	4	5
Niger	5	11
République Démocratique du Congo	13	41
Somalie Flambée maîtrisée	10	8
Soudan	6	1
Tchad	7	21



© Rotary International / J.-M. Giboux

Vaccination contre la poliomyélite au Tchad

4

Surveillance et certification de l'éradication mondiale de la poliomyélite

4.1 Surveillance

Le contrôle des indicateurs au niveau local permet des améliorations ciblées.

Dans le cadre des efforts renforcés d'éradication de la poliomyélite, le travail de surveillance vise essentiellement à optimiser la sensibilité dans les régions infectées connues à plus haut risque tout en maintenant les niveaux de surveillance requis pour la certification internationale dans les autres régions. La sensibilité et la fiabilité globales du recensement des cas de paralysie flasque aiguë (PFA), à savoir le système de surveillance mondial mesurant l'avancement en matière d'arrêt de la transmission du poliovirus, restent très élevées en 2007.

Toutes les régions ont maintenu une surveillance des PFA conforme ou supérieure au niveau de qualité³ de la certification. Dans de rares pays vulnérables, les domaines d'amélioration locale ont été clairement identifiés en 2007 et des actions entreprises pour prendre en charge ces faiblesses.

La notification des PFA dans les régions OMS d'endémie de la poliomyélite, à savoir les régions de l'Afrique (AFR), de la Méditerranée orientale (EMR) et de l'Asie du Sud-est (SEAR), est resté très précise en 2007 (Tableau 2), toutes ces régions atteignant ou dépassant les indicateurs de performance internationaux. Cependant, la sensibilité

de la surveillance dans les régions certifiées exemptes de poliomyélite a légèrement diminué par rapport à 2006. Le maintien d'une surveillance étroite des cas de PFA dans ces pays et régions est essentiel à la détection des éventuelles importations de poliovirus sauvages depuis les zones d'endémie ou de l'émergence d'un PVDVc ainsi qu'à la réponse à ces événements.

L'analyse pays par pays de la qualité de la surveillance PFA dans les régions d'endémie montre des améliorations aux niveaux national et local dans la plupart des pays. La majorité (89 %) de la population des régions d'endémie vit désormais dans des pays où les taux de notification

Les lacunes de surveillance au niveau local au cœur des efforts renforcés d'éradication (Tchad, Angola et frontière Afghanistan-Pakistan).

³ Taux de PFA non dues au poliovirus d'au moins 1 sur 100 000 dans la population des moins de 15 ans, des échantillons de selle adéquats ayant été prélevé chez au moins 80 % des cas de PFA.

Tableau 2 : Qualité de la notification des cas de PFA, par région OMS, en 2006 et 2007⁴

Région OMS	Cas de PFA signalés		Taux de PFA non poliomyélitique		% de PFA avec échantillons adéquats	
	2006	2007	2006	2007	2006	2007
Afrique	12 472	12 077	4	4	89	90
Amériques	2 151	2 151	1,3	1,28	78	78
Asie du Sud-est	36 665	46 133	5,96	7,37	83	84
Europe	1 481	1 445	1	0,98	81	82
Méditerranée orientale	8 739	9 396	3,89	4,19	89	91
Pacifique occidental	7 011	6 231	1,83	1,62	89	90
Total mondial	68 519	77 433	3,67	4,19	85	86

des cas de PFA sont au moins de 2/100 000 : 76 % pour la région AFR, 90 % pour la région EMR et 96 % pour la région SEAR⁵. Dans les régions d'endémie et les régions à haut risque, la totalité de la population vit dans des pays où le taux de notification des PFA est supérieur ou égal au taux précédent.

Malgré une surveillance adéquate des PFA au niveau national, un examen plus approfondi de la qualité de la surveillance a été nécessaire au niveau local dans certains pays. En effet, des lacunes au niveau local risquaient de favoriser la circulation silencieuse du virus sauvage sur des périodes prolongées. Suite à l'analyse approfondie des données de séquençage génétique et des indicateurs de surveillance aux niveaux provincial et sous-provincial dans les principaux pays en 2007, l'objectif principal pour 2008 est de combler rapidement les lacunes

grâce à une série de mesures.

Au Tchad, l'analyse génétique des isolats de poliovirus sauvages découverts en 2007 laisse penser que la transmission dans ce pays n'a été détectée que tardivement en raison d'une surveillance médiocre au niveau local, dans l'est du pays. Les indicateurs de PFA 2007 au Tchad allaient au-delà de la qualité de certification au niveau national, mais restaient insuffisants dans six des 18 provinces, où se concentrent plus d'un tiers de la population nationale. Grâce à une délimitation géographique précise des lacunes, le programme a pu concentrer ses efforts sur l'amélioration de la surveillance dans ces zones, bien que les étapes suivantes aient été brièvement ralenties en raison des conditions de sécurité.

L'éventualité de lacunes de surveillance au niveau national est

également élevée en Angola : bien que, à l'heure de l'impression de ce rapport, le tout dernier cas de détection du virus remontait seulement à six mois, la poursuite de la transmission semble démentir des indicateurs apparemment adéquats. Suite à un examen de la surveillance internationale en 2007, de nouvelles procédures administratives ont été recommandées afin de garantir un contrôle objectif de la qualité du signalement de la surveillance. Pour favoriser le renforcement de la fiabilité des indicateurs de surveillance, 24 consultants internationaux ont été répartis au niveau local en 2008.

La surveillance au niveau local sera également examinée de plus près en 2008 à la frontière entre l'Afghanistan et le Pakistan, où un regain de cas fin 2007 a confirmé la poursuite de la transmission.

4 Données du siège de l'OMS en date du 29 avril 2008.

5 Dans chaque région d'endémie, un nombre limité de pays, la plupart dotés d'une faible population, n'ont pas répondu aux exigences de qualité en matière de surveillance des cas de PFA en 2007 : c'est le cas de la Guinée-Bissau dans la région AFR, du Bhoutan, du Timor-Est et des Maldives dans la région SEAR, et du Bahreïn et du Liban dans la région EMR. Les indicateurs étaient légèrement en dessous de la limite de certification dans quelques autres pays, qui sont encore considérés comme répondant aux exigences de qualité de la surveillance des cas de PFA : l'Algérie, le Malawi, la Thaïlande et le Zimbabwe.

4.2 Réseau de laboratoires

Tous les laboratoires des régions d'endémie sont équipés pour isoler le virus en culture cellulaire ; le nombre de laboratoires capables de réaliser des ITD par ELISA double.

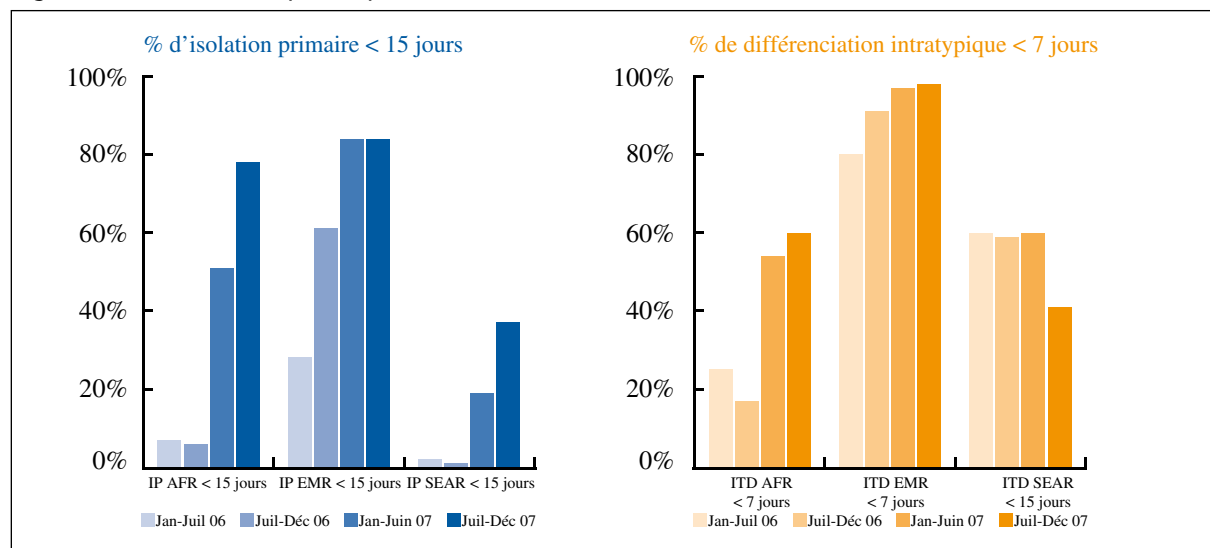
Le réseau mondial de laboratoires pour la poliomyélite (RMLP) regroupe 145 laboratoires⁶ en sous-traitance pour l'IMEP. En 2007, le RMLP a analysé environ 167 600 échantillons de selles, prélevés principalement sur des personnes atteintes de PFA, soit une augmentation de 20 % de la charge de travail par rapport à 2006. Des poliovirus sauvages ont été identifiés dans 1 310 cas de PFA issus de 13 pays en 2007 : des virus indigènes ont été détectés dans quatre pays et des virus importés dans neuf⁷.

Après l'adoption, en 2006, d'une nouvelle stratégie d'analyse afin de réduire les délais de notification de 50 % (de 42 jours à 21 jours après réception des échantillons par les laboratoires), le RMLP a travaillé, en 2007, à renforcer la capacité et à combler les lacunes en rapport avec l'administration, l'équipement, les techniques et la gestion des données dans les zones prioritaires. Ainsi, l'ensemble des 44 laboratoires des trois régions d'endémie ont pu utiliser cette nouvelle stratégie d'analyse dès la fin de l'année.

Le réseau a défini comme objectif l'analyse d'au moins 75 % des échantillons de selles issus des régions d'endémie de la poliomyélite dans des laboratoires capables d'isoler les virus en cultures cellulaires

et de procéder à la différenciation intratypique (ITD) des poliovirus par réaction en chaîne de polymérase (PCR) et dosage immunocytochimique (ELISA). Par ailleurs, l'augmentation du nombre de laboratoires homologués ITD permet de réduire le nombre d'isolats à expédier, ce qui a pour avantage de réduire les délais de confirmation des poliovirus. En 2006, seuls 14 (32 %) des laboratoires des régions d'endémie disposaient d'une capacité ITD opérationnelle adéquate. Au cours de l'année 2007, le nombre de ces laboratoires a doublé à 28 (63 %) ; à la fin de l'année, 68 % des échantillons étaient analysés dans des établissements capables d'isoler les virus et de pratiquer les techniques ELISA et PCR.

Figure 7 : Vitesse de l'isolation primaire et de la différenciation intratypique dans les laboratoires des régions d'endémie de la poliomyélite



6 Les laboratoires du Guatemala et de Papouasie - Nouvelle-Guinée ne sont plus membres du réseau. Les échantillons issus de ces pays sont désormais analysés dans d'autres pays dotés de laboratoires accrédités par l'OMS. Cuba et le Chili ont rejoint le réseau.

7 Poliovirus sauvages indigènes en Afghanistan, en Inde, au Nigéria et au Pakistan ; virus d'origine nigérienne au Cameroun, au Tchad, au Niger, en Somalie et au Soudan ; virus d'origine indienne en Angola, en République démocratique du Congo, au Myanmar et au Népal.

Le nombre de laboratoires capables d'effectuer des analyses plus rapides double.

Cette avancée a été obtenue, avec en toile de fond une charge croissante d'échantillons à traiter, pour plusieurs types d'activités. Cinq laboratoires maîtrisant déjà les techniques d'ELISA et d'hybridation de sonde sont passés à des techniques d'ELISA et de PCR et leur personnel a été formé à l'utilisation de la PCR. Le laboratoire indien de Bombay, endommagé par un incendie en 2006, a été rééquipé et remis en service au cours du deuxième trimestre 2007, avec l'aide des autorités nationales, de l'OMS, du Rotary International et de partenaires de développement.

Six laboratoires supplémentaires⁸ ont été modernisés pour la première fois afin de pouvoir pratiquer sur site des tests ELISA et PCR. Ces six laboratoires continuent à pratiquer des

analyses d'ITD parallèlement aux laboratoires de référence. Quatre d'entre eux ont déjà réussi les principaux tests d'aptitude en décembre 2007.

Un programme d'accréditation géré par l'OMS impose à chaque laboratoire des objectifs de performance en matière de précision et de rapidité des résultats. Quatre-vingt dix-huit pourcent des laboratoires avaient obtenu l'accréditation complète de l'OMS en 2007. Des dispositions ont été prises pour que les échantillons analysés dans des laboratoires peu performants soient traités en parallèle dans des établissements accrédités lorsque cela était nécessaire. Les tests d'aptitude ont mis en évidence des problèmes d'insuffisance de performances dans six

laboratoires, qui ont facilement été résolus pour quatre d'entre eux⁹. Le laboratoire du réseau de Dhaka, au Bangladesh, a reçu une assistance en matière de recrutement de personnel et de supervision. Le laboratoire de Maiduguri, au Nigéria, a été assisté par une analyse en parallèle des échantillons par un laboratoire de référence accrédité et par plusieurs visites de consultant : ces deux établissements ont obtenu leur accréditation complète fin 2007.

Parmi les priorités pour 2008 figurent le processus d'accréditation des six laboratoires récemment modernisés et la mise en œuvre de la nouvelle stratégie d'analyse dans les laboratoires des régions exemptes de poliomyélite.

4.3 Confinement des poliovirus sauvages

Achèvement de la phase I dans les régions exemptes de poliomyélite - seuls trois pays demeurent

Afin de minimiser les risques de réintroduction du poliovirus après l'interruption de la transmission des poliovirus sauvages, les différents pays doivent coordonner la mise en place de mesures de protection et

de conditions de confinement biologique lors de la manipulation et de la conservation des poliovirus résiduels (sauvage, de souche Sabin et dérivés d'une souche vaccinale) et des matières infectieuses issues de poliovirus. Après un an écoulé sans que des poliovirus sauvages naturels ne soient isolés en aucun point du globe, des mesures de confinement devront être prises pour les

poliovirus sauvages conservés dans les laboratoires. Ces mesures incluront la destruction des poliovirus sauvages devenus inutiles¹⁰, le remplacement des poliovirus sauvages par des souches Sabin, dans la mesure du possible, et l'application de mesures de protection primaires et secondaires dans tous les établissements et pays qui conservent des poliovirus sauvages.

Plus de 80 % des pays ont achevé l'enquête et l'inventaire de phase I.

8 Les laboratoires du réseau qui ont été modernisés pour réaliser des analyses d'ITD sont situés au Cameroun, au Kenya, à Madagascar, au Maroc, en République arabe syrienne et en Ouganda.

9 Kazakhstan, Papouasie - Nouvelle-Guinée, Ukraine et Venezuela.

10 C'est-à-dire à l'exception des virus requis à des fins de recherche, de diagnostic, de production de vaccin (VPI), et d'assurance et de contrôle de la qualité des vaccins.

Un confinement efficace des poliovirus sauvages après l'éradication ne pourra être obtenu qu'en identifiant au préalable les établissements qui détiennent des matières infectieuses ou potentiellement infectieuses issues de ces poliovirus. Cela passe par la réalisation d'enquêtes nationales dans les laboratoires de tous les pays, appelées activités de phase I. A la fin de l'année 2007, plus de 80% des pays avaient terminé l'activité d'enquête et d'inventaire. La majorité des pays qui n'ont pas achevé cette tâche se trouvent dans la région AFR, où l'interruption de la circulation des poliovirus sauvages reste la priorité. Par ailleurs, le risque posé par les poliovirus détenus dans les laboratoires y est faible, le nombre de laboratoires étant limité.

En 2007, les activités de confinement de phase I étaient prioritaires dans trois pays vulnérables dotés d'une infrastructure de laboratoires plus importante : le Brésil, la Chine et le Japon. Ces trois pays ont considérablement avancé vers l'achèvement de cette phase. Le Japon a achevé toutes les activités et

soumis un rapport au Comité régional de certification (CRC) de la région OMS du Pacifique occidental (WPR). La Chine a étendu son enquête nationale aux établissements de tous les ministères concernés. Le Brésil a tenu des réunions afin de finaliser le plan d'activités qui sera lancé début 2008. Ces trois pays prioritaires sont désormais en mesure de terminer la phase I en 2008. Ces activités devraient ainsi être achevées dans l'ensemble des régions OMS des Amériques (AMR), d'Europe (EUR) et du Pacifique occidental (WPR).

L'avancement de la phase I et du plan de confinement à long terme continue de faire partie intégrante de l'effort d'éradication et reste un sujet d'intérêt pour de nombreuses parties prenantes, notamment la communauté internationale de sécurité biologique : en 2007, des discours préliminaires ont été donnés lors de réunions par les associations de biosécurité de l'Asie-Pacifique et du Brésil (Asia Pacific Biosafety Association et Brazilian Biosafety Association).

En 2008, l'accent sera porté sur l'achèvement de la phase I au niveau régional dans les régions exemptes de poliomyélite de l'AMR et de la WPR. Cela nécessitera un programme de travaux intense dans la région AMR, en particulier au Brésil. La région WPR pourra achever la phase I lorsque la Chine aura entièrement mis en œuvre les activités prévues et lorsque le CRC aura approuvé le processus au Japon après examen. Ainsi, la phase I sera achevée dans les trois régions OMS maintenant certifiées comme exemptes de poliomyélite.

La planification à long terme du confinement en 2008 inclura la finalisation de la 3^e édition du *Plan d'action mondial pour le confinement en laboratoire des poliovirus sauvages* (GAP III), après commentaires publics, analyse par l'CCEP et poursuite de l'information des groupes de parties prenantes (avec notamment une présentation sollicitée à la réunion de l'association de biosécurité européenne, l'European Biosafety Association).

4.4 Certification de l'éradication mondiale de la poliomyélite

Augmentation du nombre de pays exempts de poliomyélite dotés de documents finaux de certification

Pour préparer à la certification régionale de l'éradication des poliovirus sauvages, les Comités nationaux

de certification (CNC) et les CRC des régions d'endémie examinent régulièrement la documentation soumise par les pays concernés, c'est-à-dire ceux où aucun poliovirus sauvage n'a été détecté pendant

au moins trois ans en présence d'une surveillance de la qualité de certification. En 2007, les CRC se sont réunis dans chacune des trois régions d'endémie et dans deux des régions exemptes de poliomyélite.

Le nombre de pays éligibles pour lesquels les CRC ont accepté les documents finaux de certification a augmenté de 14 à 21 dans la région AFR (comportant 46 états membres) et de 8 à 9 dans la région SEAR (comportant 11 états membres) ; ce nombre est resté à 15 (sur 23 états membres) dans la région EMR. Globalement, le pourcentage de pays qui ont obtenu la certification finale a encore augmenté, de 80 % en 2006 (169/209) à 86 % en 2007 (179/209). Bien qu'elle reste quelque peu éloignée de l'objectif¹¹ de 100 % défini par le *Plan stratégique 2004-2008 de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite*, cette augmentation a lieu dans le contexte des flambées épidémiques

internationales de 2003-2006, où les pays qui auraient pu présenter leurs documents de certification ont été réinfectés par des poliovirus en provenance de deux des quatre pays d'endémie. Les pays qui ont endigué les flambées épidémiques en 2007 œuvrent désormais à se protéger d'importations ultérieures afin de pouvoir préparer la soumission de leurs documents lorsque trois ans se seront écoulés avec une surveillance adéquate et en l'absence de signes de circulation des poliovirus.

En novembre 2007, en reconnaissant la limitation croissante de la transmission du poliovirus dans les zones d'endémie restantes et la vitesse à laquelle les flambées

épidémiques de poliovirus importés ont été stoppées, le président de la Commission mondiale de certification (GCC) a invité les présidents de l'ensemble des six CRC à une réunion à Genève. Après avoir examiné les activités de certification dans les régions d'endémie, les activités visant à maintenir l'absence de poliomyélite dans les régions certifiées et les avancées vers un confinement en laboratoire des poliovirus sauvages, le groupe a confirmé que des progrès continus étaient réalisés vers une certification finale de l'éradication des poliovirus sauvages et a présenté les priorités au Directeur-général de l'OMS.

Le pourcentage de pays qui ont soumis avec succès leurs documents finaux de certification a atteint 86 %.

11 Voir l'annexe II.

5

Gestion des risques à long terme

après l'éradication des poliovirus sauvages

Une fois la transmission des poliovirus sauvages (PVS) interrompue dans le monde entier, les stocks de PVS confinés et l'éradication certifiée, les principaux risques à long terme dérivent de la réintroduction, dans la population humaine, des poliovirus atténués contenus dans le VPO, provoquant des cas de poliomyélite paralytique associée

au vaccin (PPAV) et des flambées épidémiques dues aux poliovirus dérivés d'une souche vaccinale (PVDV).

En 2007, encouragée par le progrès vers l'éradication de la poliomyélite, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP) a encore intensifié son programme de travail afin de gérer les risques

à long terme de poliomyélite après l'interruption de la transmission du PVS. Ce travail est axé sur trois domaines principaux, décrits dans les sections suivantes : caractérisation des risques de poliomyélite sur le long terme, stratégies de prise en charge de ces risques et coordination internationale de ces stratégies.

5.1 Détermination des caractéristiques des risques de poliomyélite à long terme (PPAV et PVDV)

Les activités de 2007 ont permis d'avancer de manière importante en matière de caractérisation des risques à long terme après éradication de la poliomyélite. Cela a permis de définir plus en détail et d'affiner les stratégies de gestion des risques. Au cœur de la gestion des risques de

PPAV et de PVDV se trouve l'arrêt de la vaccination systématique par le VPO, comme le conseille le Groupe consultatif stratégique d'experts (GCSE) et le Comité consultatif sur l'éradication de la poliomyélite (CCEP). Cette mesure a été présentée en janvier 2008 au Conseil

exécutif de l'Assemblée mondiale de la Santé (AMS).

Poliomyélite paralytique associée au vaccin (PPAV)

Le risque de PPAV est déjà bien défini. Les cas de PPAV surviennent à une fréquence d'environ 1/2,5

Une faible protection immunitaire de la population reste le principal facteur de risque connu d'émergence et de propagation des PVDVc. De nouveaux réactifs moléculaires et méthodes ont amélioré la sensibilité du dépistage en laboratoire de tous les PVDV.

millions de doses administrées, presque exclusivement lors de l'administration de la première dose. Etant donné le taux d'utilisation actuel du VPO, on estime que le nombre annuel de cas de PPAV est compris entre 250 et 500. En 2007, de nombreux pays à revenu faible ou moyen ont mis en place des processus afin d'étudier plus avant la charge de PPAV, en particulier dans les régions EMR, SEAR et WPR.

Poliovirus dérivés d'une souche vaccinale (PVDV)

PVDV circulants (PVDVc)

Dans de rares cas, dans les zones où la vaccination contre la poliomyélite a été faible, les PVDV ont retrouvé la capacité de circuler dans la population et de provoquer des paralysies. Entre 2000 et 2007, plus de 10 milliards de doses de VPO ont été administrées dans le monde entier. Au

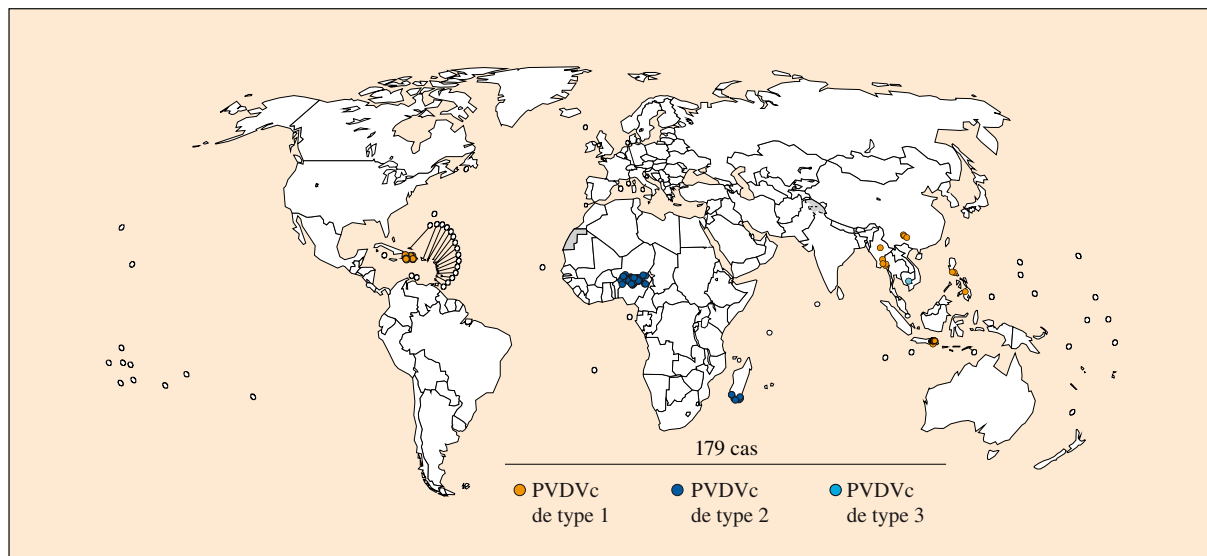
cours de cette période, 11 flambées de PVDVc ont été confirmées dans 10 pays. Celles-ci ont provoqué 179 cas de poliomyélite, avec une médiane de cinq cas par flambée.

En 2007, l'apparition de PVDVc au Myanmar et au Nigéria et leur détection par le réseau mondial des laboratoires pour la poliomyélite (RMLP) ont permis de mieux cerner ce problème. Au Myanmar, quatre cas de poliomyélite associés à un PVDVc de type 1 ont été identifiés. En réponse, trois séries d'AVS ont été réalisées avec le VPOm1. Au Nigéria, 68 cas associés à un PVDVc de type 2 ont été identifiés dans les états du nord. En réponse, des AVS ont été menées tout au long de l'année, avec différents vaccins (VPOm1, VPOm3 et VPO trivalent pour réagir à la circulation du PVS1, du PVS3 et du PVDV de type 2). En particulier, l'agrégat temporel et géographique des isolats

de poliovirus de type 2 dérivés d'une souche vaccinale dans la région nord du Nigéria a justifié des analyses de laboratoire supplémentaires, qui ont permis de confirmer le PVDVc. Pour pallier l'insuffisance de détection en laboratoire des PVDV, de nouveaux réactifs moléculaires et de nouvelles méthodes ont été mis au point. Leur objectif est d'augmenter de manière notable la sensibilité du dépistage en laboratoire de tous les PVDV, en particulier ceux de type 2.

En novembre 2007, une revue détaillée de l'épidémiologie des flambées épidémiques de PVDVc, de l'impact des mesures de contrôle et des risques des PVDVc a été présentée à l'CCEP. Une faible protection immunitaire de la population reste le principal facteur de risque connu d'émergence et de propagation des PVDVc. Bien que les PVDVc entraînent, en moyenne, moins de cas

Figure 8 : Poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale, période 2000-2007



de poliomyélite et qu'ils répondent plus rapidement aux AVS que les flambées épidémiques dues aux PVS, après examen de l'ensemble des données disponibles, l'CCEP a conclu que les PVDVc devaient faire l'objet des mêmes mesures de lutte que les PVS. La collaboration entre l'IMEP et l'université de Harvard / le Massachusetts Institute of Technology continue afin de réaliser une modélisation mathématique des PVDVc et de la réponse aux flambées épidémiques après interruption de la transmission du PVS.

PVDV associés à une immunodéficience (PVDVi)

L'excrétion de PVDV associés à une immunodéficience (PVDVi) est actuellement le risque le moins bien identifié. Cette répllication étendue des virus du VPO au niveau intestinal a été observée chez 33 individus atteints de troubles d'immunodéficience rares, classés en deux

catégories distinctes : les individus à excrétion « prolongée » (qui excrètent le virus pendant > 6 mois) et les individus à excrétion chronique (qui excrètent le virus pendant > 5 ans).

Cinq des 33 personnes, issues de pays industrialisés, ont été identifiées comme des excréteurs « chroniques ». Deux continuent à excréter le virus. Cette manifestation n'a jamais été associée à des cas secondaires. En 2007, un recensement de tous les PVDVi connus à ce jour a été réalisé. Afin d'estimer plus précisément l'étendue de ce risque après l'interruption de la transmission des PVS, un protocole a ensuite été établi et des études ont été prévues en 2008 dans six pays à revenu faible à moyen : le Bangladesh, la Chine, la Fédération de Russie, le Sénégal, le Sri Lanka et la Tunisie.

PVDV ambigu (PVDVa)

Les PVDV ambigus (PVDVa) sont

des PVDV dont la source demeure inclassifiable (soit un PVDVi, soit une autre source). En 2007, une étude moléculaire supplémentaire et le séquençage génétique de nombreux PVDVa isolés (par échantillonnage de l'environnement ou à partir d'une personne chez laquelle aucun trouble de l'immunodéficience n'a été diagnostiqué) ont permis de mieux comprendre ce phénomène. Des liens biologiques entre les PVDVa isolés et des PVDVi ou des PVDV d'une autre origine ont ainsi pu être établis. Une analyse plus approfondie est en cours. Elle devrait permettre de déterminer s'il existe une corrélation épidémiologique nette et d'affiner ainsi la classification. Au fur et à mesure que les connaissances sur les PVDV augmentent, une caractérisation plus fine des PVDVa devrait devenir possible.

5.2 Gestion des risques de PPAV et de PVDV : rôle de l'arrêt éventuel de l'utilisation du VPO

L'élimination des risques à long terme de PPAV et de PVDV après interruption de la transmission des PVS passe par l'arrêt de l'utilisation du VPO lors des opérations de vaccination systématique, comme le préconisent le GCSE et l'CCEP. Cette mesure a été soumise en janvier 2008 au Conseil exécutif de la AMS.

Au cours des 10 dernières années et suite à de nombreuses consultations d'experts, l'CCEP a identifié les six conditions préalables suivantes à l'arrêt de l'utilisation du VPO dans les programmes de vaccination systématique. Ces conditions devraient également garantir que les risques associés à un arrêt de l'utilisation du VPO sont réduits à leur minimum :

Condition préalable 1 : Certification et confinement des poliovirus sauvages

Avant d'arrêter le VPO, l'interruption de la transmission des PVS doit être confirmée et certifiée au niveau mondial. Par ailleurs, tous les PVS doivent faire l'objet d'un confinement biologique adapté afin de minimiser les risques de réintroduction de ces virus. Pour remplir cette condition, il

convient tout d'abord d'identifier les établissements détenteurs de matières infectieuses ou potentiellement infectieuses dérivées des poliovirus sauvages. Cela passe par la mise en œuvre d'enquêtes nationales auprès des laboratoires dans tous les pays. Fin 2007, plus de 80 % des états membres de l'OMS avaient terminé l'activité d'enquête et d'inventaire¹².

Condition préalable 2 : Surveillance et notification internationales

Une surveillance très étroite de la maladie doit être mise en place avant et après l'arrêt de l'utilisation du VPO afin de détecter rapidement toute réintroduction potentielle d'un poliovirus et/ou émergence d'un PVDVc.

Pour maintenir une surveillance de la maladie dans le monde entier, la surveillance active des cas de paralysie flasque aiguë (PFA) s'aligne de plus en plus sur les feuilles de route à long terme, en particulier le Cadre mondial pour le contrôle et la surveillance de la vaccination (GFIMS) et le règlement sanitaire international (RSI 2005). Depuis mi-2007, les cas dus au poliovirus sauvage dans les zones exemptes de poliomyélite sont signalés de manière adéquate via la structure RSI (2005), qui n'a été appliquée qu'à partir de juin 2007. Cela souligne à nouveau le rôle important de ce mécanisme dans la détection rapide des poliovirus circulants après l'arrêt de l'utilisation du VPO.

Condition préalable 3 : Stock de VPO monovalents et réponse vaccinale

Afin d'optimiser la réponse aux événements de PVDVc survenant immédiatement après l'arrêt synchronisé

de l'utilisation du VPO, un stock de VPO monovalents (VPOm) doit être maintenu et géré au niveau international. Fin 2007, cinq VPOm1 étaient autorisés et utilisés dans plus de 20 pays et trois VPOm3, dans quatre pays. En collaboration étroite avec l'Imperial College of London, des études ont été menées afin de préciser l'efficacité du VPOm1 et du VPOm3 dans différentes régions (Inde, Nigéria et Pakistan). En outre, deux fabricants ont avancé vers l'autorisation d'un VPOm de type 2 (VPOm2), des demandes d'autorisation ayant été déposées en Inde et en Belgique. L'UNICEF a déposé une demande d'indication commerciale en 2007 pour les stocks de VPOm de types 1, 2 et 3 pendant la période post-éradication. Quatre fabricants ont fait part de leur intérêt quant à la production de ce stock pour la période qui suivra l'interruption de la transmission des PVS. Afin d'examiner les hypothèses sur lesquelles se basent les prévisions actuelles du stock de VPOm, l'université de Harvard et le Massachusetts Institute of Technology continuent à collaborer afin de produire une modélisation mathématique des activités de réponse aux flambées épidémiques de poliovirus après l'arrêt de l'utilisation du VPO.

Condition préalable 4 : Couverture appropriée par le VPI dans tous les pays qui conservent des poliovirus et options de VPI économiques pour tout pays souhaitant poursuivre la vaccination contre la poliomyélite

Pendant la poursuite de l'évaluation du rôle global du vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI) après arrêt

de l'utilisation du VPO, le VPI sera requis au minimum dans tous les pays qui conservent des stocks de poliovirus¹³. Dans les pays qui ne conservent pas de poliovirus mais qui estiment que les risques à long terme justifient la poursuite de la vaccination systématique, le VPI constituera le seul moyen disponible. Les coûts actuels du VPI étant considérablement supérieurs à ceux du VPO, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite étudie diverses approches afin de mettre au point des stratégies « économiques » en matière d'utilisation du VPI (c'est à dire pour obtenir une protection immunitaire à un coût semblable à celui du VPO) dans les pays à faible revenu, après l'arrêt de l'utilisation du VPO.

En 2007, la recherche portait principalement sur :

- le fractionnement des doses, afin d'évaluer la réponse sérologique à 1/5^e de la dose habituelle de VPI (deux études en cours à Cuba et Oman) ;
- la réduction de la dose, afin de déterminer si un nombre moindre de doses, administrées à des âges différents, peut induire la même réponse sérologique que l'EPI systématique actuel (une analyse documentaire a été réalisée et une étude sera lancée en 2009) ;
- des processus de production de VPI plus sûrs, utilisant des souches de virus de semence moins neurovirulentes (telles que la souche de poliovirus Sabin), afin de faciliter la fabrication sur les sites de production à bas prix (trois études en cours) ;
- les adjuvants du VPI, afin d'évaluer la possibilité de réduire le contenu

12 Voir l'annexe 4.3

13 IPV following OPV cessation, Weekly Epidemiological Record, 14 April 2006, Vol. 81, 15 (pp 137-144).

viral du VPI à l'aide d'adjuvants ;

- l'optimisation des processus de fabrication du VPI, afin d'améliorer les rendements viraux.

Les résultats initiaux de ces recherches suggèrent que les pays à revenu faible ou moyen qui souhaitent maintenir la protection immunitaire de la population grâce au VPI après l'arrêt de l'utilisation du VPO pourront le faire pour un coût similaire à celui du VPO.

Condition préalable 5 : Synchronisation de l'arrêt de l'utilisation du VPO

Pour minimiser les risques d'importation accidentelle de PVDVc à partir d'un pays qui continue à utiliser le VPO, tous les pays doivent arrêter l'utilisation de ce vaccin pour les

activités systématiques. Cette condition préalable nécessite une coordination au niveau international. Un projet d'introduction du VPI a été lancé en 2007 dans la province indonésienne de Yogyakarta. Ce projet vise à établir les défis techniques et opérationnels liés à l'arrêt de l'utilisation du VPO et à l'introduction du VPI, ainsi qu'à déterminer l'effet de l'immunité induite par le VPI en matière de prévention de l'apparition de PVDVc dans les environnements tropicaux. L'évaluation en cours de ce projet devrait permettre de mettre au point une stratégie adaptée à l'arrêt synchronisé de l'utilisation du VPO au niveau mondial.

Condition préalable 6 : Confinement des poliovirus Sabin

Après l'arrêt de l'utilisation du VPO, tous les pays devront mettre en œuvre

des conditions intermédiaires appropriées pour la conservation et la manipulation des poliovirus Sabin (pendant la phase de vérification de l'absence de PPAV et de PVDV), qui seront suivies, à terme, par le confinement « final et total » des poliovirus Sabin. En 2008, la 3^e édition du *Plan d'action mondial pour le confinement en laboratoire des poliovirus sauvages (GAP III)* sera finalisée. Elle intégrera les prévisions des besoins programmatiques en poliovirus, les résultats de l'évaluation des risques, les modèles de conséquence des risques et les nouvelles stratégies de gestion des risques. Le *GAP III* tiendra compte des souches de poliovirus Sabin pour les phases qui correspondent aux variations du profil de risque.

5.3 Coordination internationale des stratégies de gestion des risques de poliomyélite à long terme

La minimisation des risques de poliomyélite à long terme passe par une coopération et une coordination internationales de trois aspects particuliers de la stratégie globale : l'arrêt synchronisé de l'utilisation du VPO ; le confinement des poliovirus sauvages et Sabin ; et des processus

validés au niveau international en matière d'utilisation du VPO en réponse à de nouvelles flambées épidémiques de poliomyélite.

En janvier 2008, les méthodes possibles d'établissement d'un consensus international sur les stratégies de gestion à long terme des risques

de poliomyélite ont été présentées au Conseil exécutif de la AMS.

En mai 2008, les discussions concernant les méthodes les plus adaptées à la coordination internationale de ces trois domaines de gestion des risques se sont poursuivies à la AMS.

6

Intégration

de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite

L'intégration de l'infrastructure de l'IMEP, qui servira à long terme à d'autres objectifs sanitaires, est une partie importante du programme d'éradication. L'infrastructure regroupe des ressources humaines, des réseaux de communication, des recommandations et des normes opérationnelles, des organismes indépendants de conseil stratégique et des mécanismes de partenariat, ainsi que des bureaux, des véhicules et de l'équipement. Tous ces composants sont de véritables atouts pour tous les pays concernés. Ils jouent souvent un rôle important dans l'atteinte des objectifs de vaccination et des autres objectifs sanitaires.

En 2007, l'infrastructure mondiale de la poliomyélite regroupait plus de 3 000 employés des services

techniques et des services d'assistance dont le travail quotidien consiste à réagir rapidement aux rapports de surveillance, à effectuer des micro-planifications au niveau des districts afin d'accéder aux enfants précédemment inaccessibles et à participer à la formation du personnel de santé. Toutes ces activités participent de manière dynamique au renforcement des systèmes de santé. L'éradication de la poliomyélite se poursuivant dans les derniers pays infectés, ce personnel financé au titre de la lutte contre la poliomyélite étend déjà son expérience à la surveillance d'autres maladies et à la mise en œuvre d'autres interventions sanitaires, tels que les moustiquaires imprégnées avec un insecticide, la vitamine A et les comprimés vermifuges.

Ces atouts importants de l'infrastructure de la poliomyélite sont utilisés pour renforcer de manière systématique le Programme élargi de vaccination (EPI) et, au cas par cas, dans d'autres buts. Suite à l'adoption récente de trois stratégies et cadres principaux visant à renforcer les systèmes de santé et la sécurité sanitaire (La Vaccination dans le monde : vision et stratégie (GIVS), le Cadre mondial pour le contrôle et la surveillance de la vaccination (GFIMS) et le règlement sanitaire international (RSI 2005)), tous les pays ont désormais l'opportunité de planifier de manière systématique l'utilisation à long terme des atouts de l'infrastructure de la poliomyélite, en considérant les règles stratégiques de ces cadres.

La contribution de l'infrastructure d'éradication de la poliomyélite à la réduction de 60 % des décès liés à la rougeole est une avancée concrète vers l'Objectif du Millénaire pour le développement No.4 : réduire la mortalité infantile.

6.1 Vaccination dans le monde : vision et stratégie (GIVS)

Mise au point par l'OMS et l'UNICEF, avec une consultation importante des partenaires principaux, la GIVS comporte deux objectifs cruciaux à moyen terme, qui devront être atteints d'ici à 2010 : une réduction de 90 % de la mortalité due à la rougeole (par rapport à 2000) et une augmentation de la couverture vaccinale à au moins 80 % au niveau des districts. En 2005, l'Assemblée mondiale de la Santé (AMS) a adopté une résolution qui félicitait le lancement de la GIVS et exhortait tous les états membres à choisir la GIVS en tant que cadre de renforcement des programmes nationaux de vaccination entre 2006 et 2016.

Ce cadre comporte quatre domaines stratégiques. Chacun d'eux englobe des stratégies et des activités détaillées :

- 1) protéger davantage de personnes dans un monde en pleine évolution ;
- 2) introduire de nouveaux vaccins et de nouvelles technologies ;
- 3) intégrer la vaccination, d'autres interventions sanitaires et la surveillance dans le contexte des systèmes de santé ; et
- 4) vacciner dans le cadre d'une interdépendance mondiale.

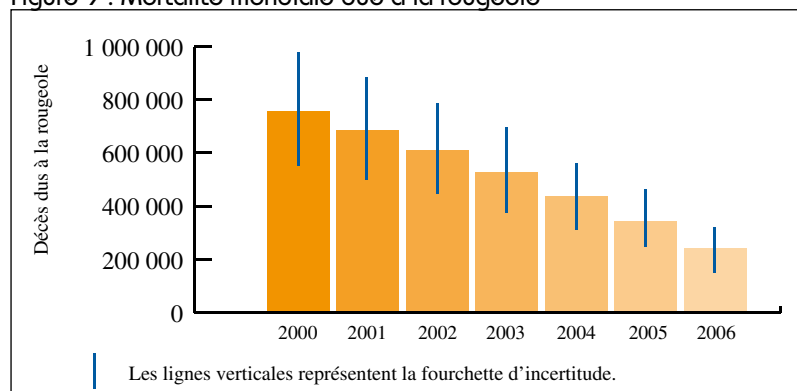
Depuis 2006, le cadre stratégique GIVS est utilisé en tant que guide des plans stratégiques nationaux de vaccination systématique et pour définir le calendrier des groupes consultatifs d'experts aux niveaux international

et régional. Les atouts de l'infrastructure de la poliomyélite, en particulier le niveau d'expertise ses ressources humaines, sont utilisés dans de nombreux pays pour mettre en œuvre les stratégies GIVS. Fin 2007, des preuves substantielles s'étaient accumulées en faveur de cette approche. La mise en application de l'approche « Atteindre chaque district » ACD) a permis d'améliorer considérablement les niveaux de vaccination systématique, en particulier en Afrique et en Asie du Sud-est. Cette approche est basée sur le modèle d'éradication de la poliomyélite visant à apporter à des populations entières des services de vaccination systématique via une méthode sur cinq fronts, district par district. L'évaluation de 11 pays d'Afrique qui ont mis en application l'approche RED a conclu à l'augmentation de la couverture vaccinale, la proportion de districts ayant obtenu une couverture DTC3 supérieure à

80 % ayant plus que doublé. En parallèle, le nombre d'enfants vaccinés est passé de 4,8 millions à 7,3 millions. Le personnel financé par l'IMEP a joué un rôle capital dans la mise en œuvre de l'approche RED dans de nombreuses régions, en coordination étroite avec les autorités nationales de vaccination et les principaux partenaires, tels que la GAVI Alliance.

Des AVS contre la rougeole sont régulièrement planifiées, mises en œuvre, contrôlées et évaluées, dans toutes les régions OMS, sur la base du modèle de la poliomyélite et en tirant parti de son infrastructure. Cette approche a joué un rôle crucial dans la réduction de 60 % des décès liés à la rougeole depuis 2000. L'IMEP contribue ainsi de manière concrète à l'effort mondial visant à atteindre l'Objectif n° 4 de développement pour le Millénaire sur la survie de l'enfant.

Figure 9 : Mortalité mondiale due à la rougeole



Source : Estimation OMS/IVB du nombre de décès liés à la rougeole, novembre 2006

Plus de 50 % de tous les centres nationaux de la grippe sont situés au sein de laboratoires pour la poliomyélite.

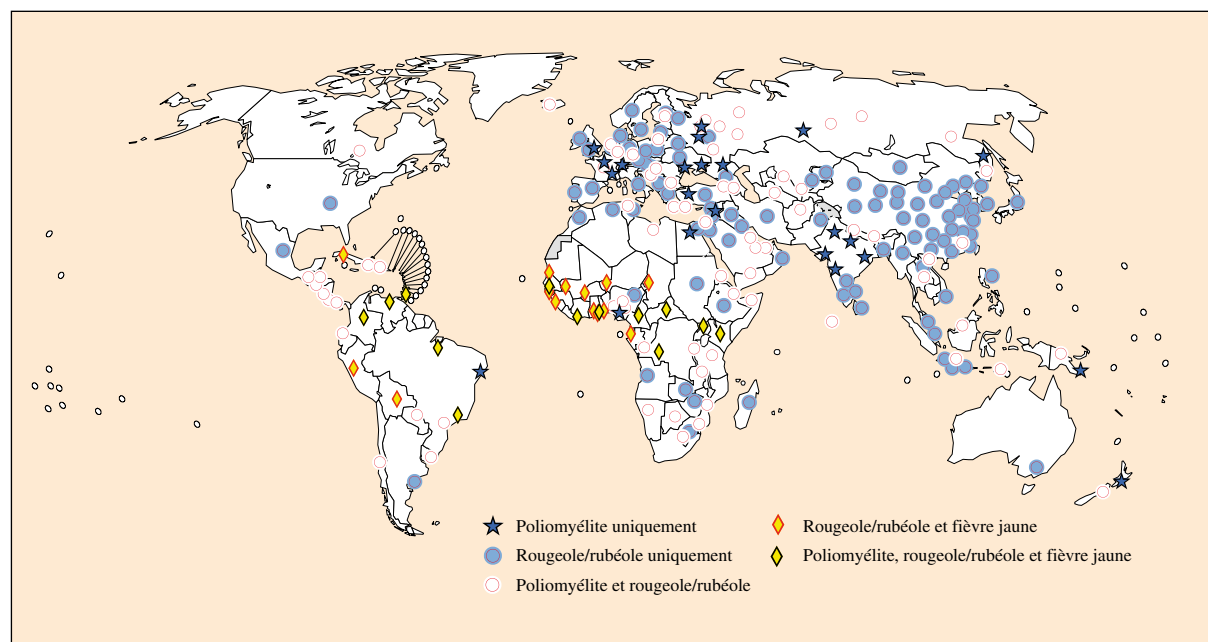
6.2 Cadre mondial pour le contrôle et la surveillance de la vaccination (GFIMS)

Le réseau étendu de surveillance active de la poliomyélite qui contrôle les cas de paralysie flasque aiguë (PFA) est déjà utilisé dans de nombreux pays pour détecter d'autres maladies qui constituent un problème de santé publique, en particulier les maladies à prévention vaccinale (MPV). Plus des deux-tiers (66 %) des pays qui recensent les cas de PFA signalent également d'autres cas de MPV, en particulier la rougeole et le tétanos néonatal. Cette

intégration s'intensifie, en particulier dans les zones désormais exemptes de poliomyélite, sous la direction du GIVS. Etant donné que la surveillance des cas de PFA devra se poursuivre après la certification de l'interruption de la transmission des poliovirus sauvages, il existe une réelle opportunité mondiale de garantir le maintien des avantages de cette surveillance, même en l'absence avérée de transmission des poliovirus sauvages.

L'atteinte des objectifs GIVS dépend essentiellement de la mise en place de solides systèmes de surveillance et de contrôle des maladies. Pour répondre à ce besoin, l'OMS, en collaboration avec ses partenaires au niveau mondial, a mis au point le Cadre mondial pour le contrôle et la surveillance de la vaccination (GFIMS), en application depuis 2007. Le GFIMS offre un cadre stratégique qui permet d'intégrer systématiquement le réseau existant

Figure 10 : Capacité des laboratoires, dans le monde, à détecter les maladies à prévention vaccinale



Le réseau de laboratoires de la poliomyélite sert de modèle à presque 700 établissements. Les laboratoires de la poliomyélite, qui aident à détecter diverses maladies à prévention vaccinale, intègrent en outre du réseau de surveillance de la pandémie de grippe aviaire. Plus de 50 % de tous les centres nationaux de la grippe sont situés au sein de laboratoires pour la poliomyélite.

de surveillance des PFA et d'autres réseaux de surveillance des MPV pour former un système unifié étendu qui tire parti des atouts et des ressources considérables de chaque réseau.

Le GFIMS a pour objectif d'optimiser la surveillance et le contrôle mondiaux des MPV en intégrant les réseaux épidémiologiques et les réseaux de laboratoire et de contrôle des programmes. Cela contribuera à l'obtention d'informations de haute qualité requises pour évaluer l'impact des vaccins et pour maximiser

leur utilisation sûre, efficace et équitable, afin de réduire le fardeau mondial des MPV.

Dans de nombreux pays, la surveillance des PFA est déjà associée à la surveillance épidémiologique de MPV telles que la diphtérie, la grippe, l'encéphalite japonaise, la rougeole, la méningite à méningocoques, les oreillons, la coqueluche et la rubéole. Cette surveillance combinée fournit des données programmatiques permettant de contrôler les tendances actuelles de la couverture vaccinale afin de

maintenir le niveau de couverture et d'accéder à davantage d'enfants.

En parallèle, le réseau mondial de laboratoires pour la poliomyélite, qui regroupe 145 laboratoires, traite une grande variété de problèmes de santé publique. Actuellement, 83 % de ces laboratoires aident au diagnostic rapide d'une large palette de MPV. Ils servent en outre de modèle à l'extension des capacités des laboratoires de MPV afin de détecter la rougeole, la rubéole, la fièvre jaune et l'encéphalite japonaise.

6.3 Règlement sanitaire international 2005 (RSI 2005)

En juin 2007, le RSI (2005) est entré en vigueur suite à l'adoption du règlement par l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2005.

Le RSI (2005) est le seul traité international sur les maladies transmissibles visant à leur prévention, à la lutte contre ces maladies et à fournir une réponse de santé publique à leur propagation internationale. Bien que toute détection d'une maladie, quel que soit le nombre de cas, puisse faire l'objet d'une notification selon la situation, le RSI (2005) stipule qu'une notification internationale est obligatoire en cas de détection de quatre pathogènes précis : variole, grippe humaine due à un nouveau sous-type, syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) et poliomyélite due à un poliovirus sauvage.

Pour respecter les exigences rigoureuses de surveillance, de notification et de réponse énoncées dans le

RSI (2005), la toute première priorité consiste à renforcer la capacité des pays, à tous les niveaux. Cela entraînera un accroissement important du personnel spécialisé, des moyens des laboratoires, des capacités logistiques et des capacités de communication. Les pays qui sont des Etats adhérents du Règlement ont deux ans pour évaluer leur capacité totale et mettre au point des plans d'action. Ces pays disposeront ensuite de trois ans pour remplir les exigences du RSI (2005) en ce qui concerne leurs systèmes de surveillance et de réponse nationaux.

Alors que les pays commencent tout juste à évaluer leur capacité à respecter le RSI (2005) fraîchement sorti, la valeur de ce règlement devient déjà évidente. Les ressources et les structures nationales existantes, telles que le réseau étendu de surveillance des PFA, sont utilisées pour détecter les événements de santé publique

d'importance internationale, pour les étudier et pour y répondre. Alors que la détection rapide des cas de poliomyélite confirmés dans les zones qui en sont exemptes et la réponse rapide à ces cas au niveau international constituent une procédure opératoire éprouvée et classique au sein de l'IMEP, la capacité de surveillance des PFA a, dans le cadre du RSI (2005), fait la preuve de sa valeur inégalée en matière de détection de la grippe aviaire, de la rougeole, de la fièvre jaune et d'autres flambées épidémiques et de la réponse à ces maladies.

A l'avenir, on s'attend à ce que les infrastructures existantes telles que le réseau de surveillance des PFA soient maintenues et étendues afin d'aider les pays à rassembler les capacités nécessaires au cours des cinq prochaines années pour respecter pleinement le RSI (2005).

Il ne s'agit pas « juste » de la poliomyélite

Le personnel affecté à la poliomyélite réagit à la flambée de grippe aviaire.

© NPSF, India



Une équipe du projet national de surveillance de la poliomyélite, en Inde, effectue une surveillance active de la grippe aviaire dans l'ouest du Bengale.

Outre l'étude de plus de 40 000 cas de PFA et l'assistance apportée au gouvernement indien en matière de planification, de mise en œuvre et de contrôle des campagnes de lutte contre la poliomyélite, plus de 300 SMO (Surveillance Medical Officers) financés dans le cadre du projet national de surveillance de la poliomyélite jouent un rôle crucial dans le renforcement de la santé publique générale. Ils effectuent une surveillance active d'autres maladies à prévention vaccinale, améliorent la couverture vaccinale, évaluent les données épidémiologiques, forment le personnel de santé des districts et contrôlent les performances.

En janvier 2008, lors d'une flambée de grippe aviaire dans l'ouest du Bengale, le gouvernement, aux niveaux national et fédéral, a demandé l'aide du réseau

de SMO de la poliomyélite. Les SMO locaux :

- ont adapté les microplans d'éradication de la poliomyélite au niveau du district afin d'assurer la recherche des cas de grippe aviaire dans tous les foyers ;
- ont activé la surveillance des cas humains en s'aidant des sites de notification des PFA ;
- ont renforcé la surveillance des décès de volaille ;
- ont aidé à la communication sur les risques sanitaires en faisant la promotion des mesures de sécurité auprès des travailleurs de la santé et en insistant sur les modifications du comportement requises au niveau des communautés ; et

- ont participé au soutien logistique, en fournissant des moyens de transport et de télécommunications, ainsi que des capacités d'administration et d'analyse de données.

Ces activités illustrent le fonctionnement de l'infrastructure internationale de la poliomyélite et son rôle d'assistance en matière d'interventions de santé publique. Grâce à ses connaissances locales sur les communautés, les systèmes de santé et les structures gouvernementales, le réseau pour la poliomyélite peut mobiliser rapidement ses ressources techniques pour planifier des opérations de grande ampleur en réponse à des urgences de santé publique locales, nationales et internationales et aux efforts d'aide humanitaire.

Le financement 2007 d'IMEP et les promesses de don pour 2008-09 totalisent des engagements financiers de plus de 6 milliards d'USD en faveur de l'effort d'éradication de la poliomyélite sur 20 ans depuis son lancement en 1988.

7

Financement

Pour mettre en œuvre les activités renforcées d'éradication de 2007, le financement classique par les partenaires de développement a dû être considérablement complété par des financements nationaux, en particulier du gouvernement indien, et par une redistribution de 104 millions d'USD des fonds de la Facilité internationale de financement pour la vaccination (IFFIm), précédemment affectés à la constitution des stocks de vaccins pour la période post-éradication. Ce geste ponctuel de l'IFFIm a dégagé des fonds indispensables à l'éradication et a garanti que les activités renforcées d'éradication de la poliomyélite pourraient se dérouler comme prévu dans les pays d'endémie de la poliomyélite et dans les pays à haut risque au cours du deuxième semestre 2007. Cette redistribution avait également pour but d'offrir aux autres donateurs le délai nécessaire pour consolider les promesses de dons pour les activités de la période 2008-09.

En juin, les dirigeants du G8, réunis à Heiligendamm, en Allemagne, ont confirmé leur engagement à « collaborer avec d'autres pour remplir les échéances de financement urgentes ». L'IMEP effectue un suivi, auprès de chaque membre du G8, de cette promesse (et des promesses de dons précédentes).

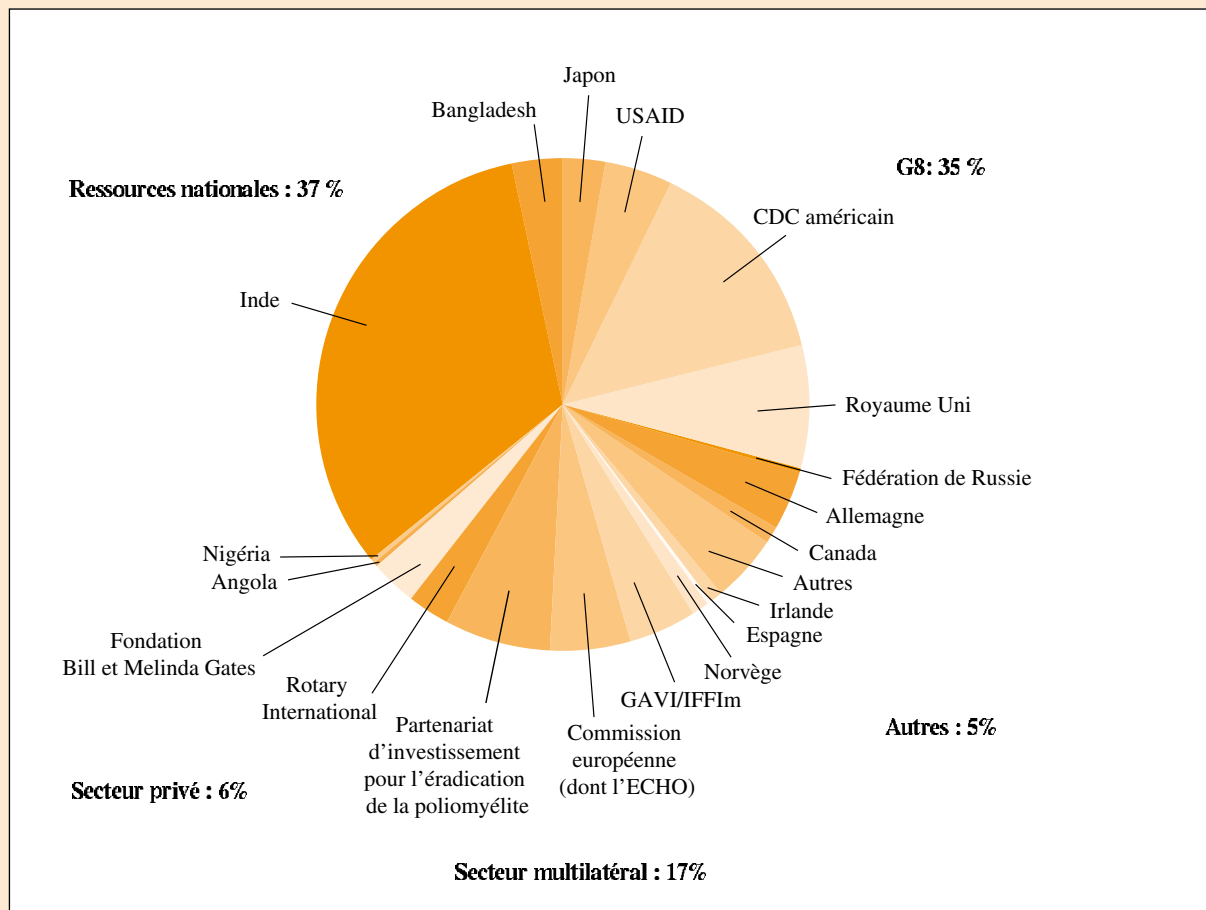
Le financement, par l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite 2007, à hauteur de 712 millions d'USD, associé aux promesses de dons pour 2008-09, a totalisé des engagements financiers de plus de 6 milliards d'USD en faveur de l'effort d'éradication de la poliomyélite sur 20 ans depuis son lancement en 1988.

Quarante-cinq donateurs des secteurs public et privé ont contribué à hauteur de plus d'un million d'USD chacun à l'éradication de la poliomyélite. Parmi ces donateurs, 28 ont apporté plus de 5 millions d'USD et 18, plus de 25 millions.

Etant donné l'impact potentiel de l'effort renforcé d'éradication de la poliomyélite, le Rotary International et la fondation Bill et Melinda Gates ont annoncé, en novembre 2007, un partenariat qui injectera 200 millions d'USD dans l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite sur les quatre prochaines années. La fondation Bill et Melinda Gates a mis au défi le Rotary d'égaliser au cours des trois prochaines années l'une des ses subventions les plus importantes (100 millions d'USD) qui sera dépensée en 2008. Au moment de l'annonce de leur partenariat, ces deux organismes ont appelé les autres partenaires financiers à suivre leur exemple pour garantir un financement complet de l'intensification des activités d'éradication limitées dans le temps.

En novembre 2007, le Rotary International et la fondation Bill et Melinda Gates ont annoncé un partenariat qui injectera 200 millions d'USD dans l'IMEP au cours des quatre prochaines années.

Contributions financières à l'IMEP en 2007



Le terme « Autres » regroupe : les gouvernements d'Autriche, de Hongrie, d'Islande, du Koweït, du Luxembourg, de Nouvelle-Zélande, des Pays Bas, des Emirats arabes unis ; le Croissant Rouge d'Arabie saoudite, le Croissant Rouge des Emirats arabes unis, les comités nationaux de l'UNICEF, les ressources, régulières et autres, de l'UNICEF et l'OMS (en tenant compte de l'impact de réduction des coûts de soutien du programme).

L'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite souhaiterait remercier les donateurs qui ont apporté leur soutien financier en 2007.

Allemagne

En 2007, le financement de base de l'Allemagne pour le VPO en Inde et au Nigéria a été complété par des financements internationaux non précisés. Ses contributions pour 2007 de 26,2 millions

d'USD, ajoutées aux financements annoncés pour 2008 et 2009, amènent l'Allemagne à une contribution totale de plus de 223 millions d'USD.

Autriche

L'Autriche a continué à soutenir l'éradication de la poliomyélite en engageant 840 000 USD en 2007 pour les efforts d'éradication de la poliomyélite en Ethiopie, portant ainsi le montant total de

ses contributions à l'Initiative à 2,51 millions d'USD.

Azerbaïdjan

La République d'Azerbaïdjan a apporté sa toute première contribution de 23 000 USD à l'OMS en faveur des efforts d'éradication de la poliomyélite dans les états membres de l'Organisation de la conférence islamique (OCI).

Canada

Le Canada a fourni 7,82 millions d'USD à l'IMEP en 2007 pour les efforts d'éradication de la poliomyélite de l'Afghanistan et du Pakistan, ce qui amène sa contribution totale à plus de 205 millions d'USD.

US Centers for Disease Control and Prevention (CDC)

Outre son rôle de partenaire principal de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, le CDC a financé, en 2007, l'approvisionnement du VPO, les coûts opérationnels et le soutien au programme par l'intermédiaire de l'UNICEF et de l'OMS. Il a continué de financer l'envoi sur le terrain d'épidémiologistes, de virologues et de personnes chargées du soutien technique afin d'aider les pays d'endémie de la poliomyélite à mettre en œuvre les activités d'éradication. Le crédit budgétaire accordé au CDC par le congrès américain pour l'éradication de la poliomyélite au cours de l'année fiscale 2007 s'élevait à un total de 101,25 millions d'USD, pour une contribution totale de plus d'un milliard d'USD.

Commission européenne

En 2007, la CE et le Nigéria ont signé un accord sur trois ans de 28,8 millions d'USD (20 millions d'EUR) en faveur des activités d'éradication de la poliomyélite au Nigéria. La CE a par ailleurs fourni 16 millions d'USD (13,1 millions d'EUR) à l'Éthiopie pour soutenir ses activités de réponse aux flambées épidémiques de poliomyélite. Ces nouvelles contributions

amènent le financement total de la CE à 192 millions d'USD.

Département pour le développement international (DFID) du Royaume-Uni

Les 57,46 millions d'USD alloués à l'Inde et au Pakistan par le DFID en financement mondial et en contributions nationales en 2007 ont porté le montant total de ses contributions à plus de 726 millions d'USD.

Émirats arabes unis

Les Émirats arabes unis maintiennent leur soutien aux activités d'éradication de la poliomyélite en promettant un million d'USD en faveur des activités renforcées d'éradication.

Espagne

L'Espagne a poursuivi son soutien important et continu aux efforts d'éradication de la poliomyélite en fournissant 3,2 millions d'USD à l'Initiative en 2007, dont un financement des activités de surveillance en Angola, au Cap Vert, en Guinée-Bissau, en Éthiopie et en Namibie via son *Agence pour la coopération internationale*, et un financement non spécifié pour la région OMS de l'Afrique. En tenant compte des promesses de financement pour 2008, la contribution de l'Espagne s'élève à 7,7 millions d'USD.

Fédération de Russie

En 2007, la Fédération de Russie a apporté 3 millions d'USD, dans le cadre de son engagement de 10 millions d'USD pour 2006-08 pris lors de la réunion du G8 à St Petersburg. La contribution totale de la Russie aux efforts d'éradication de la poliomyélite s'élève à 18 millions d'USD.

Fondation Bill et Melinda Gates

En plus de l'annonce conjointe avec le Rotary International, en novembre 2007, d'un partenariat qui injectera 200 millions d'USD de nouveaux fonds pour la poliomyélite entre 2008 et 2012, la Fondation a fourni 23,16 millions d'USD au cours de la deuxième année d'une contribution biennale pour le Nigéria et les pays voisins, ce qui amène sa contribution totale à 250 millions d'USD.

Fondation des Nations Unies

En 2007, la Fondation des Nations Unies a fourni 280 000 USD en soutien des efforts de mobilisation des ressources de l'IMEP et a offert un financement partiel pour la consultation des principaux partenaires du DG sur l'éradication de la poliomyélite. Cette dernière contribution a amené la contribution totale à 42,9 millions.

Hongrie

La Hongrie a fait suivre sa toute première contribution de 2006 par une seconde en 2007 (10 000 USD), ce qui amène son financement total à 30 000 USD.

Irlande

En 2007, l'Irlande a complété sa promesse de don pour 2006-08 (10,4 millions d'USD) par 2 millions d'USD supplémentaires pour 2007 et pour 2008, ce qui amène sa contribution totale à plus de 20 millions d'USD.

Islande

L'Islande a contribué à hauteur de 100 000 USD à l'effort d'éradication de la poliomyélite en 2007, doublant ainsi ses niveaux de contribution de 2005 et 2006, ce qui amène sa

contribution totale à 200 000 USD.

Italie

En 2007, l'Italie a apporté 11,7 millions d'USD en réglant le dernier acompte de la promesse de don de 14 millions d'euros pour la période 2004-06 faite avant le sommet du G8 de 2004 à Sea Island. La contribution totale de l'Italie s'élève à plus de 22 millions d'USD.

Japon

Le Japon a financé le VPO à hauteur de 20,3 millions pour les pays prioritaires tels que l'Afghanistan, l'Angola, la République démocratique du Congo, l'Inde, le Myanmar, le Nigéria, le Pakistan et le Soudan. Les contributions de 2007 amènent la contribution totale du Japon à plus de 330 millions d'USD.

Koweït

L'État du Koweït a apporté sa toute première contribution d'un million d'USD en faveur des efforts mondiaux d'éradication de la poliomyélite.

Luxembourg

En 2007, dans le cadre de sa promesse de don pour 2006-08, le Luxembourg a contribué à hauteur de 920 000 USD à des financements internationaux non spécifiés, ce qui amène sa contribution totale à plus de 9 millions d'USD. Le Luxembourg est le plus gros donateur par habitant de l'IMEP.

Monaco

Monaco a continué à soutenir les activités d'éradication de la poliomyélite au Niger en fournissant 78 000 USD en 2007, ce qui amène sa contribution totale à 288 000 USD.

Pays-Bas

Le Ministère de la Santé des Pays-Bas a fourni 210 000 USD en 2007 afin de soutenir le travail accompli par l'Institut néerlandais de la santé publique et de l'environnement pour combattre la poliomyélite. La contribution totale des Pays-Bas à l'éradication de la poliomyélite s'élève à 113 millions d'USD.

Nouvelle-Zélande

En 2007, la Nouvelle-Zélande a fourni 200 000 USD en faveur des efforts mondiaux d'éradication de la poliomyélite via son partenariat avec les Rotary Clubs locaux, ce qui amène sa contribution totale à 2,2 millions d'USD.

Norvège

La Norvège a continué à soutenir les efforts d'éradication de la poliomyélite en 2007, avec une contribution mondiale de 7,6 millions d'USD, ce qui amène sa contribution totale à 49,33 millions d'USD.

Partenariat d'investissement pour l'éradication de la poliomyélite

Le Nigéria et le Pakistan ont continué à bénéficier du Partenariat d'investissement pour l'éradication de la poliomyélite, dans le cadre duquel la Fondation Bill et Melinda Gates, le Rotary International, le CDC américain et l'UNF fournissent un financement pour permettre aux pays de « racheter » les prêts de la Banque mondiale pour l'achat de VPO, transformant en fait les prêts en subventions. Le financement des VPO de 2007 (46,19 millions d'USD) a amené le financement total du Partenariat d'investissement pour l'éradication de la

poliomyélite à 186,6 millions d'USD.

Portugal

Fin 2007, le Portugal avait fourni 290 000 USD d'aide en faveur de la lutte contre la flambée de poliomyélite en Angola, ce qui amène sa contribution totale à 860 000 USD.

Rotary International

En plus de l'annonce conjointe avec la Fondation Bill et Melinda Gates, en novembre 2007, d'un partenariat qui injectera 200 millions d'USD de financement entre 2008 et 2012, le Rotary International a contribué à hauteur de 20,19 millions d'USD en 2007 aux activités de surveillance, d'opérations, de mobilisation sociale et d'assistance au personnel dans l'ensemble des trois régions d'endémie de la poliomyélite. Le Rotary International, un important partenaire de l'IMEP, est également le plus important donateur du secteur privé, avec une contribution de 700 millions d'USD, chiffre qui atteindra 850 millions d'USD lorsque le monde sera certifié exempt de poliomyélite.

USAID

Le Congrès américain, au cours de l'année fiscale 2007, a alloué 32 millions d'USD à l'USAID pour l'éradication de la poliomyélite. Les fonds ont été utilisés à des fins de mobilisation sociale, de surveillance, d'aide aux laboratoires, de réponse aux flambées épidémiques et de contrôle dans les pays prioritaires des trois régions d'endémie. Sa contribution totale aux efforts d'éradication de la poliomyélite s'élève à 326 millions d'USD.

8

Annexe I

Performances de l'IMEP par rapport aux objectifs du Plan stratégique 2004-2008

Objectifs	Etapas pour 2007	Statut	Commentaires
Interrompre la transmission des poliovirus	La poliomyélite ne sera endémique dans aucun pays fin 2007.	OBJECTIF PARTIELLEMENT ATTEINT La transmission de la poliomyélite endémique a été limitée à des régions restreintes géographiquement dans quatre pays (Inde, Nigéria, Pakistan et Afghanistan).	L'effort renforcé d'éradication de la poliomyélite lancé lors de la consultation des principaux partenaires en février 2007 a permis des progrès importants, en particulier en maîtrisant la transmission du poliovirus de type 1. Le nombre de cas dus à ce poliovirus a diminué de plus de 80 % par rapport à l'année précédente, notamment dans certains des réservoirs les plus coriaces du monde.
	Toutes les AVS prévues seront mises en œuvre dans les zones exemptes de poliomyélite les plus à risque.	OBJECTIF ATTEINT LES AVS ont été mises en œuvre conformément aux prévisions dans toutes les zones exemptes de poliomyélite les plus à risque.	Les zones exemptes de poliomyélite les plus à risque sont les zones frontalières des réservoirs endémiques, à savoir le Bangladesh, le Bénin, le Cameroun, le Tchad et le Niger et/ou les zones récemment infectées, telles que la Somalie et le Soudan.
	60 % des pays atteindront les cibles GAVI pour le DTC3/VPO3.	OBJECTIF ATTEINT (données de 2006, cible : 50 %) ¹⁴ En 2006, 42/72 (58 %) des pays bénéficiaient d'une couverture nationale par le VPO3/DTC3 supérieure à 80 %. Vingt pays sur 72 (28 %) bénéficiaient d'une couverture nationale par le VPO3/DTC3 supérieure à 90 %.	La GAVI demande à tous les pays d'atteindre la cible de plus de 80 % de couverture vaccinale systématique dans chaque district et 90 % de couverture systématique à l'échelle nationale d'ici à 2010. En 2006, 8 (11 %) des 72 pays éligibles avaient atteint cet objectif.
	Toutes les campagnes de ratissage d'urgence commenceront dans les quatre semaines qui suivent la confirmation d'un cas.	OBJECTIF ATTEINT	Toutes les campagnes de ratissage d'urgence ont commencé dans les quatre semaines qui ont suivi la confirmation d'un cas dans tous les pays nouvellement infectés en 2007 ¹⁵ (Angola (2 événements), Tchad (4 événements), Myanmar (1 événement), Népal (2 événements), Niger (3 événements), Soudan (1 événement)). Le délai moyen de réponse était de 24 jours ¹⁶ .
	Tous les pays non certifiés seront soumis aux normes de surveillance pour la certification.	OBJECTIF PARTIELLEMENT ATTEINT 63 pays non certifiés sur 77 (81 %) respectent les normes pour la certification. ¹⁶	Les pays et territoires suivants n'ont pas atteint les normes requises : AFR : Algérie, Cap Vert, Comores, Guinée-Bissau, Malawi, Réunion, Sainte-Hélène, Zimbabwe. EMR : Djibouti, Liban, Cisjordanie et Bande de Gaza. SEAR : Bhoutan, Timor oriental, Thaïlande.

¹⁴ Données de 2007 non disponibles actuellement.

¹⁵ Exclut la RDC et la Somalie, où les flambées épidémiques ont débuté en 2006.

¹⁶ Exclut les petites îles où les populations sont inférieures à 200 000 personnes.

Objectifs	Etapes pour 2007	Statut	Commentaires
Obtenir la certification de l'éradication mondiale de la poliomyélite	8.1.1.1 Tous les échantillons prélevés sur des cas de PFA seront examinés dans un laboratoire agréé par l'OMS.	OBJECTIF ATTEINT Tous les échantillons prélevés sur des cas de PFA ont été examinés dans un laboratoire agréé par l'OMS.	Le réseau a analysé environ 167 000 échantillons de selles prélevés sur des cas de PFA et 10 600 échantillons prélevés sur d'autres cas en 2007.
	8.1.1.2 Tous les pays auront achevé la phase de confinement biologique en laboratoire (phase II).	EN COURS Régions certifiées (95 %) Régions non certifiées (d'endémie) (65 %)	La mise en œuvre de la phase II dépend de l'avancée vers l'achèvement de la phase I. Fin 2007, 90 % des pays des régions certifiées exemptes de poliomyélite avaient achevé la phase I et ouvraient la voie à l'application de la phase II dans les états membres de ces régions. Dans les régions d'endémie, bien que l'action principale consiste toujours à interrompre la transmission dans les pays infectés par la poliomyélite, 70 % des états membres ont achevé la phase I.
	8.1.1.3 60 % des fabricants produiront le VPI de type sauvage conformément à la norme BSL-3/polio.	EN COURS	L'application de la norme BSL-3 dans les établissements de production du VPI de type sauvage doit commencer un an après que le dernier cas de poliovirus de type sauvage a été signalé dans le monde. Au cours de réunions annuelles, l'OMS fournit aux fabricants de vaccins des mises à jour officielles quant aux dernières avancées en rapport avec ce confinement. Tous les fabricants de VPI déclarent qu'ils sont prêts à répondre aux exigences de biosécurité de la période post-éradication.
	Tous les pays soumettront les documents finaux de certification régionaux.	EN COURS > AFR, 21 pays/46 (45 %) > EMR, 15 pays/22 (68 %) > SEAR, 9 pays/11 (82 %)	Le nombre de pays éligibles pour lesquels les CRC ont « accepté » les documents finaux de certification est passé de 14 à 21 dans la région de l'Afrique et de 8 à 9 dans la région de l'Asie du Sud-est. Il est resté de 15 dans la région Méditerranée orientale.
	Les protocoles de réponse au PVDVc lors de la période post VPO seront instaurés.	OBJECTIF ATTEINT	Les protocoles de réponse aux flambées épidémiques de poliovirus circulants (sauvages ou de souche vaccinale) sont disponibles et peuvent être adaptés pour l'ère post-VPO. Les modes opératoires normalisés (MON) d'utilisation du stock de VPOM ont été établis.
Mettre au point des produits pour la phase d'arrêt mondial de l'utilisation du VPO	8.1.1.4 L'échantillonnage environnemental (s'il y a lieu) visant à la détection et à la notification immédiate des poliovirus circulants commencera.	EN COURS L'échantillonnage environnemental a été instauré en Indonésie (en 2005) et en Haïti.	Ce processus est en cours, en parallèle des progrès vers l'interruption mondiale de la transmission des poliovirus sauvages.
	8.1.1.5 Des contrats seront établis pour la constitution du stock de VPOM.	EN COURS	Une Demande d'indication commerciale (RCI) a été déposée par l'UNICEF. Cette demande a reçu une réponse favorable, quatre sociétés ayant exprimé leur intérêt. Des demandes d'appel d'offres ont été faites. Les négociations sont en cours avec divers fabricants.

Objectifs	Etapas pour 2007	Statut	Commentaires
	8.1.1.6 Au moins un VPI issu de souches Sabin sera autorisé.	EN COURS Demande d'autorisation en cours au Japon.	Un vaste programme de travail est en cours afin d'établir des stratégies économiques d'utilisation du VPI (c'est-à-dire afin d'obtenir la protection immunitaire aux mêmes coûts qu'avec le VPO). Ce programme inclut au moins trois projets de mise au point de VPI de souche Sabin dont la demande d'autorisation devrait être déposée en 2009-10.
Intégrer l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite	Tous les pays prioritaires communs à GAVI et à l'Initiative pour l'éradication de la poliomyélite mettront en œuvre des plans intégrés.	OBJECTIF ATTEINT 43 (83 %) des 52 pays prioritaires communs à GAVI et à l'Initiative pour l'éradication de la poliomyélite ont ébauché ou finalisé des plans pluriannuels détaillés.	> AFR : 33/37 (exclut l'Angola, la Mauritanie, São Tomé e Príncipe et la Zambie) > EMR : 6/6 > SEAR : 8/9 (exclut le Timor oriental) Les pays prioritaires communs à GAVI et à l'Initiative pour l'éradication de la poliomyélite regroupent tous les pays éligibles par GAVI dans les régions d'endémie (c.-à-d. AFR, EMR, SEAR).
	100 % des pays auront intégré ou étendu la notification des cas de PFA, selon le cas (en particulier à la rougeole et au tétanos néonatal).	OBJECTIF PARTIELLEMENT ATTEINT 118 des 181 pays (66 %) ayant notifié des cas de PFA ont également un système de notification des cas de rougeole.	> AFR, 26 pays/46 (57 %) > AMR, 29 pays/33 (88 %) > EMR, 18 pays/22 (86 %) > EUR, 20 pays/43 (47 %) > SEAR, 5 pays/11 (45 %) > WPR, 20 pays/26 (77 %) 180 des 193 pays (93 %) disposent de systèmes de notification des cas de PFA.
	Tous les pays seront dotés d'un CCI soutenu par GAVI et, les cas échéant, d'un groupe de conseil technique (TAG).	OBJECTIF ATTEINT 43 des 52 pays (83 %) prioritaires communs à GAVI et à l'Initiative pour l'éradication de la poliomyélite sont dotés de CCI soutenus par GAVI, qui travaillent sur des questions plus vastes, comme le démontrent le développement, l'approbation, la distribution et la mise en œuvre de plans pluriannuels détaillés.	Les pays prioritaires communs à GAVI et à l'Initiative pour l'éradication de la poliomyélite regroupent tous les pays éligibles par GAVI dans les régions d'endémie (c.-à-d. AFR, EMR, SEAR).
	90 % des « ressources humaines » financées au titre de la lutte contre la poliomyélite contribueront officiellement à des programmes dirigés contre plusieurs maladies.	OBJECTIF ATTEINT 100 % du personnel financé au titre de la lutte contre la poliomyélite contribue officiellement à des programmes dirigés contre plusieurs maladies.	Cette fonction continue à être incluse dans toutes les descriptions de poste.
	Tous les pays auront entièrement intégré les opérations de lutte contre la poliomyélite à celles de lutte contre la rougeole.	OBJECTIF PARTIELLEMENT ATTEINT 85 % des institutions effectuant une surveillance des laboratoires du réseau poliomyélite sont également impliquées dans la surveillance nationale des laboratoires du réseau rougeole.	

9

Annexe II

Performances de l'IMEP pour chaque étape de l'effort accru d'éradication défini lors de la consultation des parties prenantes en février 2007

9.1 Etape 1 – pays d'endémie

Réduction du nombre de districts infectés

D'ici à la fin 2007, le nombre de districts infectés par la poliomyélite devrait diminuer de 50 % par rapport à 2006.

Statut : Réduction globale de 24 % : diminution de 59 % dans les districts infectés par la poliomyélite de type 1 et de 37 % dans les districts infectés par la poliomyélite de type 3. L'interruption de la poliomyélite de type 1 est le premier impératif de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. En effet, ce type est associé à un taux de paralysie plus important que la poliomyélite de type 3 et se répand plus facilement dans le monde.

Pays	Nombre total de districts dans le pays*	Districts infectés en 2006	Districts infectés en 2007	Diminution globale du nombre de districts infectés	Diminution du nombre de districts infectés par le type 1	Diminution du nombre de districts infectés par le type 3
Afghanistan	329	17	13	24%	65%	+350%
Pakistan	132	22	18	18 %	0	36 %
Inde	594	114	98	14 %	61 %	+1 000 %
Nigéria	774	233	163	30 %	62 %	14 %
TOTAL	1829	386	292	24 %	59 %	+37 %

Données du siège de l'OMS jusqu'au 8 avril 2008 - * source : WHO/UNICEF 2006 Joint Reporting Form (2005 pour l'Inde)

9.2 Etape 2 – pays d'endémie

Parité des statuts de vaccination entre les zones de transmission et les zones exemptes de poliomyélite

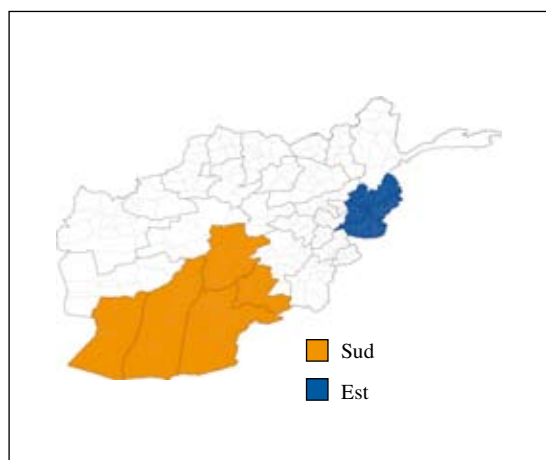
D'ici à la fin 2007, le degré de protection immunitaire contre la poliomyélite chez les enfants de 6 à 35 mois dans les districts infectés devrait être au moins identique à celui des districts exempts de poliomyélite.

Deux des quatre pays d'endémie sont en passe d'atteindre le même niveau d'immunité entre leurs zones infectées et leurs zones exemptes de poliomyélite. Cinq des neuf zones de transmission au sein de ces pays ont atteint une immunité de la population supérieure ou égale à celle des zones exemptes de poliomyélite, à l'exception notable du nord du Nigéria et du sud de l'Afghanistan. Au Nigéria, la proportion des enfants n'ayant jamais reçu aucune dose dans les états à haut risque a diminué de moitié, d'une moyenne de 32 % à une moyenne de 16 %. Dans la zone de transmission sud de l'Afghanistan, la proportion d'enfants n'ayant jamais reçu aucune dose est passée de 4 % en 2006 à 12 % mi-2007, avant de redescendre à 9 %.

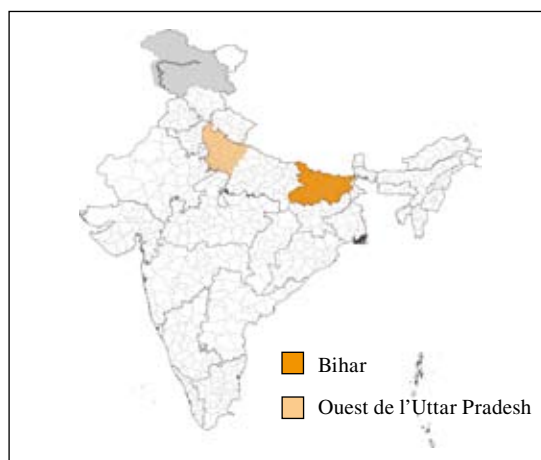
Pays	Zone de transmission	Enfants n'ayant jamais reçu aucune dose (jamais vaccinés)		Nombre moyen de doses/enfant	
		Zones d'endémie	Zones exemptes de poliomyélite	Zones d'endémie	Zones exemptes de poliomyélite
Afghanistan	Sud	9 %	< 1 %	8	10
	Est	< 1 %		15	
Pakistan	Nord	1 %	< 1 %	13	11
	Sud	1 %		12	
Nigéria	Risque très élevé	28 %	2 %	2	4
	Risque élevé	11 %		3	
	Risque moyennement élevé	11 %		3	
Inde	Ouest de l'Uttar Pradesh	< 1 %	1 %	12	10
	Bihar	< 1 %		14	

Cas de PFA NP d'après les données du siège de l'OMS au 1^{er} avril 2008 pour l'AFR, au 4 mars 2008 pour l'EMR et au 31 mars 2008 pour la SEAR

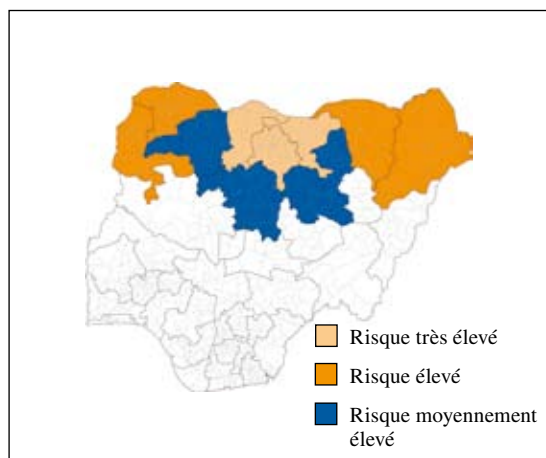
Délimitation des zones de transmission dans les pays d'endémie de la poliomyélite



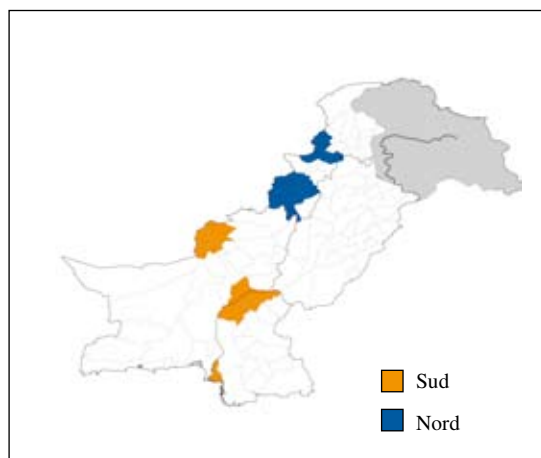
Afghanistan



Inde



Nigéria



Pakistan

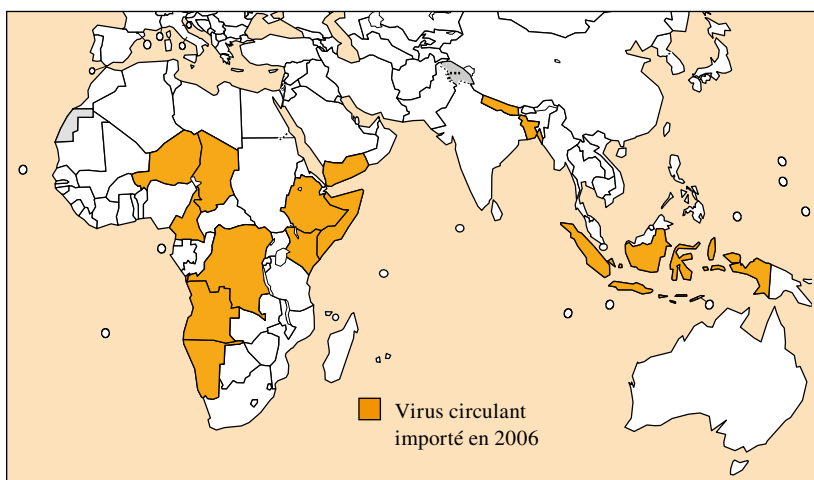
9.3 Etape 3 : pays avec importations

Interruption de la transmission

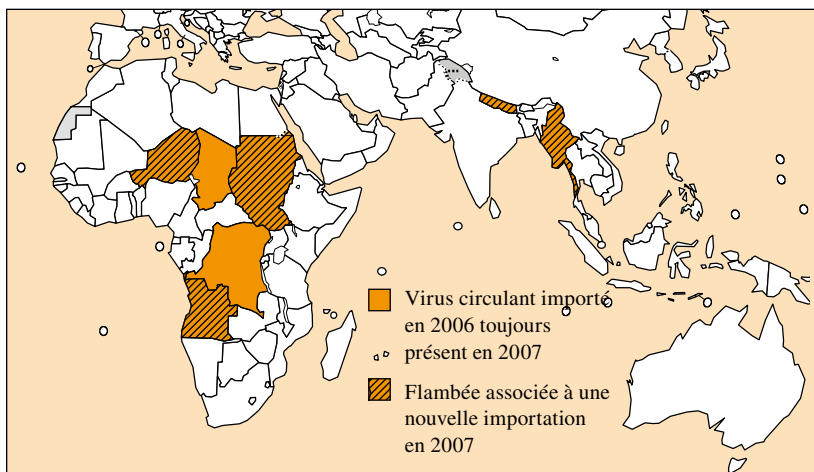
D'ici à la fin 2007, interruption des flambées épidémiques dans les pays où circulaient des poliovirus importés en 2006.

Statut : flambées épidémiques arrêtées* dans 11 pays sur 13**

Pays avec poliovirus circulant importé, en 2006



Pays avec poliovirus circulant importé, en 2007



* c'est-à-dire où le cas le plus récent est antérieur au 1^{er} octobre 2007.

** 33 importations distinctes sur 35 ont été arrêtées dans les 13 pays.

Source : données du siège de l'OMS au 1^{er} avril 2008

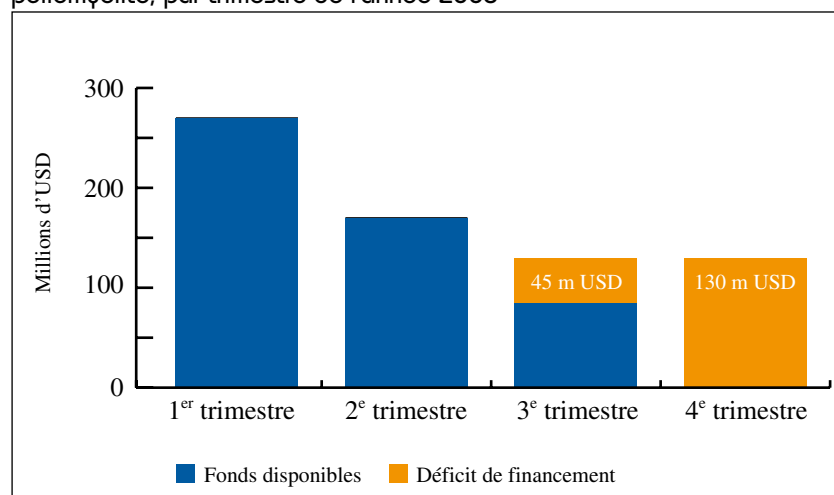
9.4 Etape 4 : partenaires financiers

Financement suffisant

D'ici à la fin 2007, un engagement aura été obtenu en faveur d'un financement suffisant pour toutes les activités d'éradication prévues jusqu'à fin 2008.

Statut : Financement de 490 millions d'USD disponible, ce qui laisse un déficit de 135 millions pour les activités essentielles de lutte contre la poliomyélite en 2008.

Déficits budgétaires et financiers pour les activités d'éradication de la poliomyélite, par trimestre de l'année 2008



10

Acronymes

AFR	Région OMS de l'Afrique	JLV	Journées locales de vaccination
AMR	Région OMS des Amériques	JNV	Journées nationales de vaccination
AMS	Assemblée mondiale de la Santé	JVP	Journées de vaccination Plus
AVS	Activité de vaccination supplémentaire	MPV	Maladies à prévention vaccinale
CCEP	Comité consultatif sur l'éradication de la poliomyélite	OCI	Organisation de la conférence islamique
CDC	US Centers for Disease Control and Prevention	OMS	Organisation mondiale de la Santé
CE	Commission européenne	ONU	Organisation des Nations Unies
CNC	Comité national de certification	PCR	Réaction en chaîne de polymérase
CRC	Comité régional de certification	PFA	Paralysie flasque aiguë
DFID	Département pour le développement international du Royaume-Uni	PPAV	Poliomyélite paralytique associée au vaccin
DTC	Vaccin diphtérie-tétanos-coqueluche	PVDV	Poliovirus dérivé d'une souche vaccinale
EB	Conseil exécutif	PVDVa	Poliovirus ambigu dérivé d'une souche vaccinale
ELISA	Dosage immunoenzymatique	PVDVc	Poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale
EMR	Région OMS de la Méditerranée orientale	PVDVi	Poliovirus dérivé d'une souche vaccinale associée à l'immunodéficience
EPI	Programme élargi de vaccination	PVS	Poliovirus sauvage
ERC	Comité d'experts	RED	« Atteindre chaque district » (Reaching Every District)
EUR	Région OMS de l'Europe	RMLP	Réseau mondial de laboratoires pour la poliomyélite
GAP III	Troisième édition du Plan d'action mondial pour le confinement en laboratoire des poliovirus sauvages	RSI (2005)	Règlement sanitaire international (2005)
GAVI Alliance	Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination	SEAR	Région OMS de l'Asie du Sud-est
GCC	Commission mondiale de certification de l'éradication de la poliomyélite	UNF	Fondation des Nations Unies
GCSE	Groupe consultatif stratégique d'experts sur la vaccination	UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
GFIMS	Cadre mondial pour le contrôle et la surveillance de la vaccination	USAID	The US Agency for International Development
GIVS	Vaccination dans le monde : vision et stratégie	VPI	Vaccin antipoliomyélitique inactivé
IFFIm	Facilité internationale de financement pour la vaccination	VPO	Vaccin antipoliomyélitique oral
IMEP	Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite	VPOm	Vaccin antipoliomyélitique oral monovalent
ITD	Différenciation intratypique	VPOt	Vaccin antipoliomyélitique oral trivalent
ITN	Moustiquaire traitée avec un insecticide	WPR	Région OMS du Pacifique occidental

