

Initiative mondiale pour
l'éradication de la
poliomyélite

Rapport annuel 2005



Organisation
mondiale de la Santé



unicef 

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

Rapport annuel 2005

Code de commande : WHO/Polio/06.03FR

Imprimé : mai 2006

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 : polioepi@who.int

© **Organisation mondiale de la Santé 2006**

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès des Editions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; adresse électronique : 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 de l'OMS, à l'adresse ci-dessus (télécopie : +41 22 791 4806 ; adresse électronique : permissions@who.int).

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

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie 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 dispositions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Imprimé en mai 2006

Table des matières

1. Résumé	5
2. Faits marquants et défis en 2005	7
3. Les objectifs stratégiques	12
3.1 Interruption de la transmission du poliovirus	12
Pays d'endémie	13
Importations du poliovirus	17
3.2 Certification de l'éradication mondiale de la poliomyélite	20
Surveillance de la PFA	20
Réseau mondial de laboratoires	23
Confinement mondial en laboratoire	24
3.3 Mise au point de produits pour la phase d'arrêt mondial de l'utilisation de VPO	26
Risques associés à l'arrêt de l'utilisation du VPO	26
Atténuation du risque	27
3.4 Intégration de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite	30
Intégration à long terme des fonctions	30
Intégration de la capacité et de l'expérience	31
4. Engagement politique international	36
5. Donateurs	38
6. Glossaire	43

1. Résumé

Ce rapport mesure les progrès accomplis en vue de franchir les principales étapes de l'éradication de la poliomyélite pour 2005, telles qu'elles sont définies dans le plan stratégique 2004-2008 pour l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. En 2005, après deux des années les plus difficiles pour l'éradication de la poliomyélite, le monde a franchi plusieurs étapes critiques le rapprochant de l'éradication de la poliomyélite.

L'Égypte et le Niger ont interrompu la transmission du poliovirus indigène, ce qui porte maintenant le nombre de pays d'endémie¹ à quatre (six auparavant), chiffre le plus bas de l'histoire. A la fin 2005, l'Inde et le Pakistan enregistraient leur niveau le plus bas de transmission de la maladie. De nouveaux vaccins visant des types de virus spécifiques – les vaccins antipoliomyélitiques oraux monovalents (mVPO) – étaient développés très rapidement et utilisés pour la 1re fois en Inde et en Égypte en avril et mai 2005. Un soutien financier sans précédent de donateurs anciens et nouveaux a permis l'intensification continue des activités d'éradication en Afrique et en Asie. L'épidémie de 2003-2005 est passée sous contrôle dans la plupart des pays réinfectés, avec 14 pays sur 22 stoppant à nouveau la maladie.

La faisabilité de l'éradication de la poliomyélite a été réaffirmée par le Comité consultatif sur l'éradication de la poliomyélite (ACPE), l'organe indépendant de surveillance de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. L'ACPE qui s'est réuni à Genève le 12 octobre 2005, a conclu que les progrès réalisés dans l'interruption de la transmission du poliovirus associés à l'introduction des nouveaux mVPO avaient fait avancer les efforts d'éradication de la maladie dans sa phase finale dans tous les pays sauf le Nigéria. L'ACPE a déclaré qu'avec des ressources financières suffisantes, une utilisation accrue des mVPO et des campagnes de vaccination de haute qualité, tous les pays affectés par la poliomyélite, à l'exception du Nigéria, pouvaient stopper la maladie en 2006. L'ACPE a cependant ajouté que pour stopper la poliomyélite au Nigéria, au moins douze mois supplémentaires seraient nécessaires même si la qualité des activités de vaccination s'améliore radicalement dans cinq états cruciaux du nord du pays.

Au cours du premier trimestre 2006, le Nigéria recense presque quatre fois plus de cas comparé à la même période en 2005. On compte dans cinq états du nord du Nigéria plus de la moitié des cas rapportés dans le monde. Ces cinq états représentent le plus grand risque pour une nouvelle propagation mondiale du poliovirus. Au début 2006, ces états du nord du Nigéria forment la seule zone au monde où la transmission du poliovirus est incontrôlée (où d'année en année le nombre de cas ne cesse d'augmenter). Toutefois, depuis que les campagnes nationales de

Le nombre de pays d'endémie le plus bas de l'histoire

Presque tous les pays réinfectés en 2003-2005 sont de nouveau exempts de toute poliomyélite

Transmission du poliovirus incontrôlée dans le nord du Nigéria

1. Les pays endémiques sont ceux qui n'ont jamais interrompu la transmission du poliovirus sauvage indigène.

vaccination ont repris fin 2004, d'autres régions du Nigéria ont accomplis des progrès. Le sud du pays est de nouveau libéré de toute poliomyélite et fin 2005, seuls 13 états sur 37 rapportaient encore des cas de poliomyélite.

En 2006, la principale priorité est de rapidement interrompre la transmission dans tous les pays affectés et d'aider le reste du monde à rester exempt de toute poliomyélite tandis que des efforts particuliers sont réalisés au Nigéria pour vacciner tous les enfants dans les cinq états clés au nord du pays. Dans le même temps, des préparations se poursuivront pour l'arrêt éventuel de l'utilisation du VPO dans la vaccination systématique. Cet arrêt suivra la confirmation de l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage et de leur confinement approprié.

**De «nouveaux»
vaccins pour
la phase finale
d'éradication**

Au début 2006, l'effort mondial pour éradiquer la poliomyélite a connu le changement stratégique le plus important depuis que cette Initiative mondiale a débuté en 1988, entraînant des implications programmatiques de grande envergure. Stratégiquement guidé par l'ACPE, les mVPO vont être utilisés à bien plus grande échelle. On prévoit d'utiliser 1 milliard de doses de mVPO en 2006 contre 500 millions en 2005. Dans le même temps, en 2006, chaque pays réinfecté doit mener la réponse à une flambée conformément aux recommandations permanentes émises par l'ACPE.

La clé du succès dans la mise en application de ce changement stratégique de grande envergure réside dans le soutien continu de la communauté internationale, tout particulièrement en comblant le déficit de financement de US \$485 millions pour 2006-2008. Le monde dispose maintenant d'une opportunité historique pour garantir que tout le monde – générations actuelle et future de tous les pays - partage équitablement les fruits d'un monde libéré de toute poliomyélite.

2. Faits marquants et défis en 2005

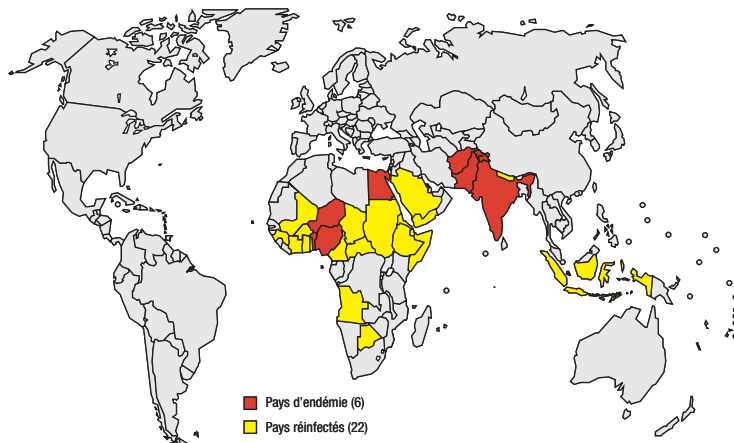
2.1 Faits marquants

1. Le plus petit nombre de pays d'endémie de l'histoire

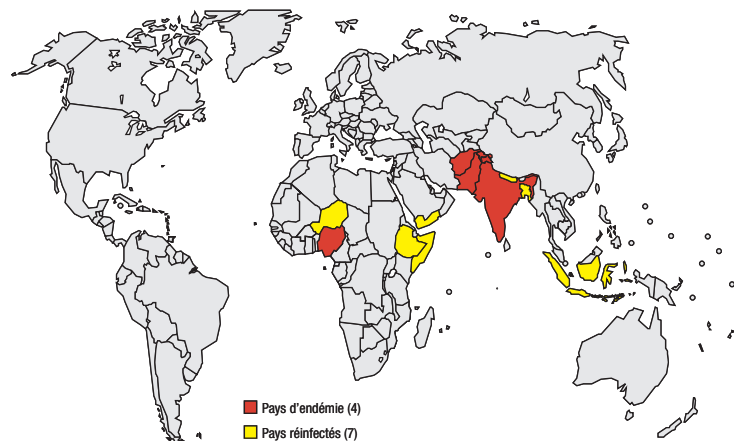
L'Égypte et le Niger ont été retirés de la liste des pays d'endémie de la poliomyélite, réduisant ainsi d'un tiers le nombre de pays où l'on trouve encore une transmission indigène de poliovirus. Quatre pays restent sur cette liste : le Nigéria, l'Inde, le Pakistan et l'Afghanistan.

Le dernier cas de poliovirus a été détecté en Égypte dans un échantillon environnemental collecté le 13 janvier 2005. Bien que le Niger ait signalé dix enfants atteints de poliomyélite en 2005, les virus responsables étaient tous génétiquement liés au poliovirus en provenance du nord du Nigéria, indiquant ainsi que la transmission indigène au Niger même a été stoppée.

Poliomyélite sur 2003-2005



Poliomyélite en 2006 (au 2 mai 2006)



2. Presque tous les pays affectés par la poliomyélite lors de flambées sont de nouveau exempts de toute poliomyélite

Sur les 22 pays auparavant libérés de toute poliomyélite qui avaient été réinfectés depuis 2003, seuls huit continuent de rapporter des cas de poliomyélite dans la seconde moitié de 2005. L'épidémie dans les neuf pays d'Afrique centrale et d'Afrique de l'ouest – le 1^{er} groupe de pays à avoir été infecté au départ par la propagation du poliovirus provenant du Nigéria à la mi-2003 – a été stoppée après une série de campagnes de vaccination synchronisées à l'échelle du continent. Les flambées à grande échelle au Yémen et en Indonésie – qui ont rapportés une totalité de 781 cas, soit plus de 40% du nombre des cas mondiaux en 2005 – ont culminé vers la fin de l'année avant de commencer à décliner grâce aux campagnes nationales de vaccination utilisant le VPO trivalent et monovalent.



Le VPO monovalent le nouveau “fer de lance” de l'effort mondial d'éradication de la poliomyélite.

3. Le VPO monovalent, le nouveau “fer de lance” de l'effort mondial d'éradication de la poliomyélite

En novembre 2004, l'ACPE a recommandé le développement du mVPO pour le poliovirus de type 1 (mVPO1). Le 25 mars 2005, soit seulement cinq mois après, le vaccin a été breveté et utilisé pour la 1^{re} fois en Inde en avril et en Egypte en mai.

Initialement développé pour ces deux pays – où la densité de la population et la transmission efficace du poliovirus posaient les plus grands défis techniques pour l'éradication de la poliomyélite – le mVPO1 a par la suite également été utilisé dans le cadre des flambées. Cela fut le cas en Angola, en Indonésie et au Yémen. Les progrès réalisés dans tous ces pays ont amené l'ACPE à recommander, en octobre 2005, l'utilisation à plus grande échelle du mVPO lors des activités de vaccination supplémentaire. Le mVPO1 et le mVPO pour le poliovirus de type 3 (le mVPO3) sont devenus le “fer de lance” de la phase finale d'éradication mondiale.

4. Le poliovirus de type 3 sur le point d'être éradiqué en Asie

Le poliovirus de type 3 est maintenant essentiellement limité au nord du Nigéria, où 240 cas de poliovirus de type 3 ont été rapportés. En Asie, seuls neuf cas de poliovirus de type 3 ont été rapportés en 2005 dans certaines régions d'Inde, d'Afghanistan et du Pakistan. Cette réduction du nombre de cas ainsi que la concentration géographique permet une utilisation plus agressive des mVPO, pour plus rapidement éradiquer les souches restantes de poliovirus de types 1 et 3.



En 2005, le type 3 du poliovirus est essentiellement concentré au nord du Nigéria .

5. Les partenaires internationaux soutiennent le développement des nouveaux vaccins et la réponse aux flambées

En 2005, un soutien financier sans précédent de donateurs anciens et nouveaux pour l'éradication mondiale de la poliomyélite a permis l'intensification continue des activités d'éradication en Afrique et en Asie. Il faut particulièrement noter l'engagement fort et continu du G8 : les dirigeants des pays du G8 ont réaffirmé leur soutien en faveur de l'éradication de la poliomyélite lors du Sommet du G8 de Gleneagles. Avant ce Sommet, le Royaume-Uni s'est engagé à verser US \$108 millions sur trois ans, dont un premier versement immédiat de US \$36 millions pour combler efficacement le déficit de financement de 2005. La Fondation Bill et Melinda Gates a apporté une subvention cruciale de US \$10 millions en janvier 2005 pour le développement et l'introduction du nouveau et puissant vaccin antipoliomyélique oral monovalent de type 1 (mVPO1). En 2005, la Fondation Bill et Melinda Gates a également versé US \$25 millions en aide à la mise en place de la réponse d'urgence dans les pays nouvellement affectés de la Corne de l'Afrique.

Le Comité de l'Alliance mondiale pour les Vaccins et la Vaccination (GAVI) a recommandé qu'un montant atteignant US \$226,4 millions soient alloués de l'IFFIm (Facilité de financement internationale pour la vaccination), récemment créée, pour la réserve de mVPO pour l'ère post-éradication.

2.2 Défis

En 2005, malgré l'introduction de nouveaux et puissants vaccins antipoliomyéliques oraux et la réduction à quatre le nombre de pays d'endémie, les efforts d'éradication de la poliomyélite ont rencontré un certain nombre de défis. Les défis les plus essentiels dans la sphère technique sont la nature incontrôlée de la transmission dans certaines parties du nord du Nigéria ainsi qu'une flambée s'étendant géographiquement en Somalie et qui menace la Corne de l'Afrique. Du fait que quelques souches de virus survivent dans des zones clés avec une forte transmission, le défi principal est de veiller à ce que les communautés soient informées des risques que représente la poliomyélite et des bénéfices du vaccin.

1. Transmission incontrôlée de la poliomyélite dans le nord du Nigéria

Malgré des améliorations dans la qualité des campagnes de vaccination suite à la reprise des campagnes antipoliomyéliques fin 2004 après 12 mois de suspension en 2003-2004 causée par des rumeurs sur l'innocuité du vaccin, cinq des 37 états du Nigéria représentent actuellement le plus grand risque pour l'éradication mondiale de la poliomyélite. Au début de 2006, les états de Bauchi, Jigawa, Kaduna, Kano et Katsina comptaient plus de 56 % des cas recensés dans



Kano: L'Etat de Kano au Nigéria est un foyer de transmission incontrôlée.

le monde, et restent la seule zone dans le monde où la transmission du poliovirus sauvage est incontrôlée et où d'année en année le nombre de cas ne cesse d'augmenter.

Au début 2006, avec trois fois plus de cas qu'au début 2005, le Nigéria représente pour la communauté internationale un risque plus grave que jamais.

2. Une flambée de grande envergure qui s'étend géographiquement en Somalie

Alors que la plupart des flambées de 2003-2005 sont stoppées ou sur le point de l'être, y compris les importantes flambées qui ont touché l'Indonésie et le Yémen début 2005, la Corne de l'Afrique reste la zone la plus vulnérable parmi celles où une flambée s'est produite.

L'épidémie en Somalie, au début restreinte à la capitale Mogadiscio, s'est étendue à la fin de l'année au nord du pays. Il est extrêmement difficile de vacciner avec le VPO tous les enfants en Somalie – au même titre que dans d'autres pays touchés par l'insécurité comme l'Afghanistan – mais indispensable pour protéger non seulement tous les enfants de Somalie mais également tous les enfants des pays frontaliers de la Corne de l'Afrique, en particulier l'Éthiopie, le Soudan et le Kenya.

En octobre 2005, l'ACPE a émis de nouvelles recommandations internationales pour la réponse à une flambée de poliomyélite. Ces recommandations aident les pays à planifier la réponse et prendre les mesures suite à toute importation de poliovirus. Ces recommandations en cours d'application dans la Corne de l'Afrique ont conduit dès le début à un déclin du nombre de cas en Somalie.

Vacciner tous les enfants en Somalie est primordial pour protéger tous les enfants de la région du poliovirus.



3. Maintenir la demande de la population pour la vaccination antipoliomyélitique

Un des défis principaux dans l'éradication de la poliomyélite cette année sera de veiller à ce que chaque enfant soit vacciné lors des campagnes antipoliomyélitiques, tout spécialement parmi les populations sous-desservies et isolées. Pour cela il faut obtenir l'implication des communautés et l'engagement envers les efforts d'éradication. Le faible nombre de cas associés au besoin toujours existant de plusieurs tournées de vaccination rendent ces efforts plus difficiles. L'engagement des communautés peut typiquement décliner dans certains pays alors que la fréquence de la maladie diminue, ce phénomène ayant déjà été expérimenté au Nigéria.

De solides activités de communication et de mobilisation sociale s'articulent autour de l'engagement total de divers secteurs de la société pour la planification, la mise en place et

L'évaluation des activités de vaccination. Ce genre d'implication est la seule façon de veiller à ce que chacun soit informé du risque que représente le poliovirus sauvage mais également des bénéfices des campagnes de vaccination répétées et, pour les enfants, de recevoir des doses multiples du VPO.

En 2006, le renforcement des activités de mobilisation sociale sera une priorité clé pour les pays qui vont mener des activités, particulièrement dans les derniers bastions du poliovirus.

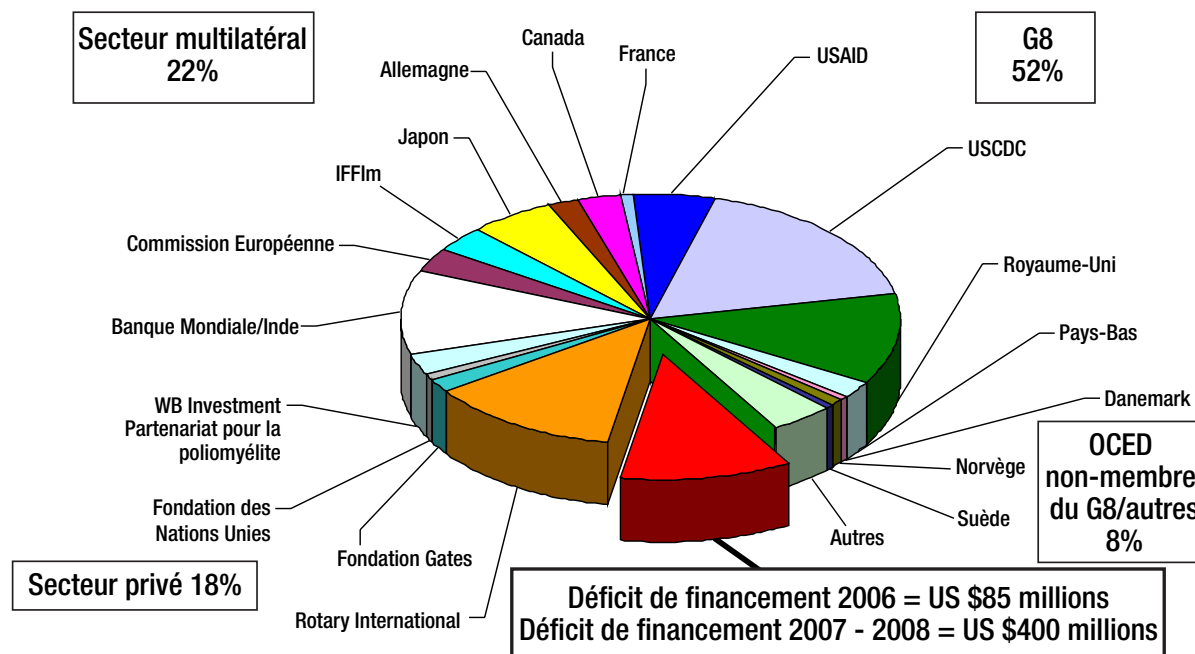
4. Souche finale de transmission en Uttar Pradesh occidental, Inde

L'Uttar Pradesh occidental en Inde est sans doute l'endroit représentant le plus grand défi technique pour interrompre la transmission du poliovirus sauvage en raison du grand nombre et de la densité de sa population, des infrastructures sanitaires insuffisantes et de la sous-efficacité des services de vaccination systématique. L'importante circulation des différents entérovirus en compétition entraîne une surutilisation des systèmes immunitaires des enfants et les taux de séroconversion suivant les vaccinations peuvent être compromis. La clé du succès est de vacciner tous les enfants, et plus particulièrement les populations sous-desservies au cours de toutes les activités de vaccination sans exception, et maximiser ainsi chaque contact en administrant le VPO monovalent. Des stratégies spécifiques visant à porter assistance aux populations sous-desservies peuvent aider à garantir une amélioration de la distribution de services.

5. Déficit de financement pour 2006 à 2008

Le soutien financier continu de la part de la communauté internationale pour protéger son investissement de plusieurs milliards de dollars est critique. Plus important encore, il faut combler le déficit de financement de US \$85 millions de dollars pour 2006 et de US \$400 millions pour 2007-2008 avec des engagements financiers pluriannuels flexibles.

Contributions financières extérieures et déficit de financement pour 2006-2008



Note : seuls les donateurs ayant contribué plus de US \$25 millions figurent sur ce graphique

- Autres - comprend : les Gouvernements de l'Arabie saoudite, de l'Autriche, de l'Australie, de la Belgique, des Émirats arabes unis, de l'Espagne, de la Fédération de Russie, de la Finlande, de la Hongrie, de l'Irlande, de l'Islande, de l'Italie, du Luxembourg, de la Malaisie, de la Principauté de Monaco, de la Nouvelle-Zélande, du Pakistan, du Portugal, de Qatar, de la République de Corée, de la République tchèque, de Singapour, du Sultanat d'Oman, de la Suisse et de la Turquie, ainsi que AG Fund, la Banque africaine de Développement, la Banque interaméricaine de Développement, De Beers, la Croix Rouge américaine, la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, le Programme pétrole contre nourriture, la Fondation de l'OPEP, Sanofi Pasteur, la Société du Croissant-Rouge d'Arabie saoudite, Smith Kline Biologicals, les comités nationaux pour l'UNICEF, les ressources régulières et autres de l'UNICEF, la Société du Croissant-Rouge des Émirats arabes unis, le budget régulier de l'OMS et autres ressources, et Wyeth.

3. Les objectifs stratégiques

Les progrès accomplis dans l'éradication de la poliomyélite sont mesurés en fonction des étapes principales de l'éradication telles qu'elles sont définies dans le plan stratégique 2004-2008. Les stratégies exposées dans ce plan représentent les fondations de l'éradication : interruption de la transmission du poliovirus sauvage, certification mondiale de l'éradication, préparatifs pour l'arrêt de l'utilisation du VPO et intégration de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. Les principales étapes établies pour chaque stratégie sont périodiquement révisées. L'ACPE, Comité consultatif sur l'éradication de la poliomyélite, organe indépendant de surveillance de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite recommande des modifications et des améliorations nécessaires.

3.1 Interruption de la transmission du poliovirus

Etapas principales 2005

⇒ **Etape principale 1 : un seul pays d'endémie.**

Statut : encore 4 pays d'endémie.

L'Egypte et le Niger ont interrompu la transmission du poliovirus indigène en 2005, ce qui porte maintenant à quatre le nombre de pays d'endémie au début 2006, le plus petit nombre de l'histoire.

⇒ **Etape principale 2 : 100% des AVS prévues et mises en place dans les zones exemptes de poliomyélite les plus exposées.**

Statut : objectif atteint.

Les AVS menées comme prévues dans les zones exemptes de poliomyélite frontalières de zones où la transmission est continue (e.g. la République démocratique du Congo, le sud des Philippines, Oman, tous les pays d'Afrique centrale et de l'ouest, certaines parties de la Chine).

⇒ **Etape principale 3 : 40% des pays atteignant les objectifs de GAVI pour la couverture par le DTP3/VPO3.**

Statut : objectif atteint en 2004 (données pour 2005 non encore disponibles)

En 2004, 51% des pays bénéficiant du soutien de GAVI ont obtenu une couverture de plus de 80% pour le DTP3 et 52% des pays bénéficiant du soutien de GAVI ont obtenu une couverture de plus de 80% pour le VPO3.

⇒ **Etape principale 4 : 90% des pays non-certifiés exempts de poliomyélite auront atteint les normes de surveillance pour la certification.**

Statut : objectif atteint. 62 des 68* pays non-certifiés exempts de poliomyélite ont atteint les normes de surveillance pour la certification.

⇒ **Etape principale 5 : 90% des campagnes de ratissage d'urgence ont débuté dans les quatre semaines suivant la confirmation d'un cas.**

Statut : objectif partiellement atteint. Cinq des sept campagnes de ratissage d'urgence ont débuté dans les quatre semaines suivant la confirmation d'un cas.

Les campagnes de ratissage d'urgence ont débuté dans les quatre semaines suivant la confirmation d'un cas dans tous les pays sauf en Angola (six semaines après la confirmation du cas) et en Erythrée (13 semaines après la confirmation du cas). Les nouvelles normes internationales ont été établies pour s'assurer que tous les pays rapportent leurs plans de réponse dans les quatre semaines suivant la confirmation du cas.

* Pays de moins de 1 million d'habitants ne sont pas inclus.



Grâce aux progrès réalisés en Inde, des enfants comme ce survivant de la poliomyélite sont de plus en plus rares.

Pays d'endémie

Seuls quatre des six pays considérés comme polio-endémiques au début 2005 ont rapportés une transmission indigène du poliovirus après janvier de cette même année. En Egypte, le dernier cas de poliovirus a été détecté dans un échantillon environnemental collecté le 13 janvier 2005, alors que la totalité des dix cas rapportés au Niger en 2005 se trouvaient être des importations depuis le Nigéria. L'Inde et le Pakistan ont enregistré le plus faible niveau de transmission du poliovirus de tous les temps avec une diminution de plus de 50% du nombre de cas par rapport à 2004, due en grande partie à l'utilisation du mVPO dans les districts réservoirs clés. En Afghanistan et au Pakistan, les progrès continuent malgré l'accès limité aux enfants dans certaines zones du pays. On doit les progrès dans ces pays à l'augmentation de la qualité et de la quantité des activités de vaccination supplémentaire (AVS), à l'utilisation des mVPO, mais également aux nouvelles stratégies pour atteindre toutes les populations telles que les populations nomades et sous-desservies en utilisant des équipes « de transit » qui vaccinent les enfants dans les gares routières et ferroviaires, zones de fort transit.

Au Nigéria, suite à la reprise des vaccinations en 2004, le pays a connu un déclin plus lent que prévu du nombre de nouveaux cas en 2005, mais des avancées conséquentes ont été faites au niveau national et au niveau des états. Toutefois, au début 2006, cinq états du nord du pays – Bauchi, Jigawa, Kaduna, Kano et Katsina – comptaient plus de la moitié des cas recensés dans le monde, restant ainsi la seule zone dans le monde où la transmission du poliovirus est incontrôlée. Le Nigéria représente le plus grand risque d'une nouvelle propagation internationale du poliovirus sauvage.

En 2006, on se concentrera sur la mise en place d'un changement stratégique, tel que dicté par l'ACPE, en augmentant radicalement l'échelle d'utilisation des mVPO. Le gouvernement nigérian travaille avec de nombreux secteurs d'activités dans les cinq états clés du nord afin de rapidement améliorer la qualité des campagnes de vaccination et de veiller à ce que tous les enfants soient vaccinés à chaque tournée. En Inde, on se concentrera sur la vaccination de tous les enfants dans les

districts clés de l’Uttar Pradesh occidental et en particulier le district de Moradabad. Au Pakistan et en Afghanistan, les efforts se concentreront sur l’interruption rapide de la transmission du poliovirus dans le réservoir clé, commun aux deux pays, en zone frontalière, par l’amélioration de l’accès à toutes les populations, y compris les populations nomades.

Activités de vaccination supplémentaires (AVS) dans les pays d’endémie en 2005

Pays	Nombre de JNV/JLV	Nombre de cas en 2005
Afghanistan	4 JNV / 4 JLV	9
Egypte	6 JNV / 1 JLV	0
Inde	2 JNV / 8 JLV	66
Niger	5 JNV / 1 JLV	10*
Nigéria	4 JNV / 3 JLV	801
Pakistan	7 JNV	28

*Virus importés depuis le Nigéria.

Egypte

Exempte de toute poliomyélite après 5 000 ans

L’Egypte – pays où la poliomyélite a été pour la 1re fois représentée au temps des Pharaons – a officiellement été retirée de la liste des pays d’endémie au début 2006. Le dernier cas de poliovirus indigène a été détecté dans un échantillon environnemental positif collecté le 13 janvier 2005.

En 2006, on se concentrera sur le maintien à un niveau élevé de l’immunité de la population et sur une très bonne qualité de la surveillance afin d’assurer que le pays garde son statut de pays exempt de toute poliomyélite jusqu’à l’interruption de la transmission du poliovirus dans les zones encore affectées d’Afrique et d’Asie.



La poliomyélite était déjà présente en Egypte au temps des Pharaons.

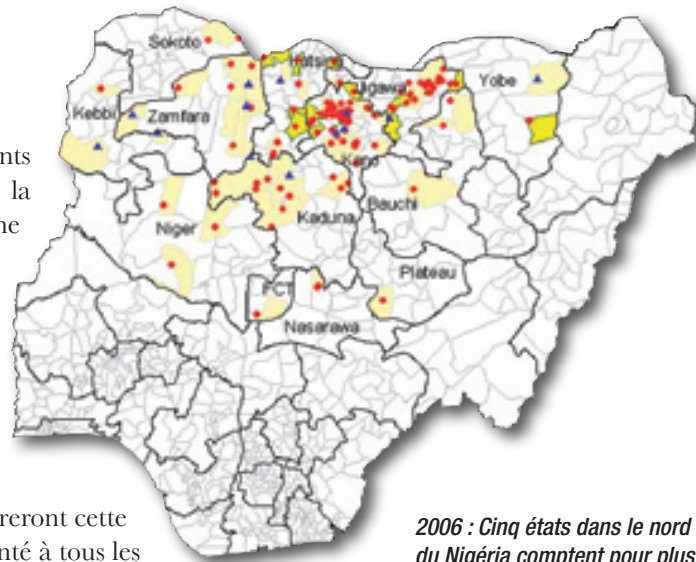
Nigéria

Transmission incontrôlée dans le nord

Avec 801 cas confirmés en 2005, le Nigéria comptait 41% du fardeau mondial de la poliomyélite. Malgré des améliorations au niveau national et au niveau des états après la reprise des vaccinations fin 2004, le pays a connu un déclin plus lent que prévu du nombre de nouveaux cas alors que les poliovirus de type 1 et de type 3 ont continué à circuler de manière considérable dans le nord du pays.

Alors que le sud du Nigéria est à nouveau en passe d’être considéré comme exempt de toute poliomyélite, la maladie ne pourra être éradiquée qu’en vaccinant tous les enfants dans les cinq états clés du nord : Bauchi, Jigawa, Kaduna, Kano et Katsina. Une analyse du statut immunitaire

des enfants dans ces cinq états montre que plus de 40% des enfants n'ont jamais reçu le VPO. Ces cinq états comptent plus de la moitié des cas recensés dans le monde et forment la seule zone au monde où la transmission du poliovirus est incontrôlée. Combinée à un monde exempt de toute poliomyélite de plus en plus vulnérable, cette concentration de transmission dans le nord fait que le risque de propagation internationale du poliovirus depuis le nord du Nigéria est plus élevé que jamais.



2006 : Cinq états dans le nord du Nigéria comptent pour plus de 50% des cas de poliomyélite dans le monde.

Avec presque quatre fois plus de cas au début 2006 qu'au début 2005, les ressources et les efforts du Nigéria se concentreront cette année à assurer que le gouvernement et les travailleurs de santé à tous les niveaux améliorent rapidement la qualité des campagnes en faisant en sorte que tous les enfants soient vaccinés lors des activités de vaccination.

Le nord du Nigéria, la seule zone dans le monde où la poliomyélite est incontrôlée

- Le Nigéria compte quatre fois plus de cas au début 2006 par rapport à la même période en 2005 (236 cas contre 54 au 2 mai pour les deux années).
- 5 des 37 états du Nigéria - Bauchi, Jigawa, Kaduna, Kano et Katsina dans le nord du pays – comptent 84% des cas du Nigéria et 62% des cas dans le monde en 2006.
- Plus de 40% des enfants dans ces cinq états n'ont jamais été vaccinés contre la poliomyélite.

Inde

Le nombre de cas a été divisé par deux par rapport à l'année dernière avec une stratégie innovante en cinq points

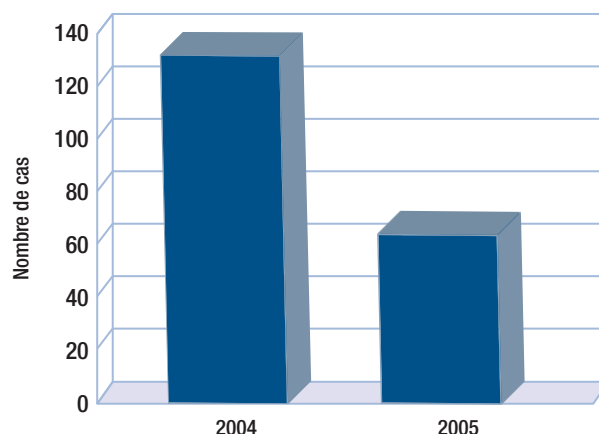
L'Inde a renforcé son contrôle du poliovirus en 2005 grâce à une stratégie innovante en cinq points : utilisation du mVPO, vaccination dans les centres névralgiques de transports routier et ferroviaire, implication des communautés sous-desservies, récompenses pour les vaccinateurs et un déploiement ciblé du personnel médical.

Le VPO monovalent de type 1 a été utilisé pour la première fois lors des JNV du mois d'avril dans des districts clés de l'Uttar Pradesh, de Bihar et de Mumbai. Le VPO monovalent de type 3 a été utilisé pour la première fois le 25 décembre 2005.

La partie occidentale de l'état de l'Uttar Pradesh est sans doute l'endroit représentant le plus grand défi technique pour interrompre la transmission du poliovirus sauvage en raison de sa population élevée et à forte densité, des infrastructures sanitaires insuffisantes et de la sous-efficacité des services de vaccination systématique. Les campagnes de grande qualité, atteignant plus de 96% de la population cible (tel que rapporté par des contrôleurs indépendants) ont été améliorées avec le déploiement d'équipes de vaccination mobiles. Dans l'état de l'Uttar Pradesh uniquement, un million d'enfants supplémentaire ont été régulièrement vaccinés grâce aux équipes distribuant le VPO dans les centres névralgiques de transports routier et ferroviaire. Les stratégies spécifiques pour les communautés traditionnellement sous-desservies par les services de santé ont également permis de faire des progrès au sein de ces populations, avec une plus grande implication des membres de ces communautés. L'impact de chacun de ces contacts a été renforcé par l'utilisation des nouveaux VPO monovalents.

Alors que les innovations précédentes ont permis d'améliorer la portée et l'impact du vaccin, un projet pilote de prix d'encouragement a pour but de maintenir le moral et l'engagement des vaccinateurs. Dans ce projet, les équipes de vaccinateurs qui obtiennent de bons résultats pouvaient recevoir des prix comme des machines à coudre. Enfin, des médecins chargés de la surveillance de tout le pays ont été

Poliomyélite en Inde en 2005, nombre de cas divisé par 2



redéployés dans les districts à plus haut risque de l'Uttar Pradesh et de Bihar afin d'en renforcer la capacité.

Grâce à ces efforts, l'Inde enregistre son niveau le plus bas de transmission, avec un virus très concentré géographiquement : en 2005, les 66 cas de l'Inde étaient localisés dans seulement 35 des 607 districts administratifs que compte l'Inde. Les 19 échantillons environnementaux positifs, collectés dans la zone de réservoir traditionnel de Mumbai, se trouvent tous être génétiquement liés au virus circulant dans l'Uttar Pradesh occidental.

Toutefois, des déficits de couverture vaccinale continus dans l'état de Bihar associés au déclin dans la qualité des campagnes de vaccination dans certains districts à haut-risque de l'Uttar Pradesh occidental, tout particulièrement à Moradabad, ont permis au virus de continuer à circuler dans ces zones clés. En 2006, les efforts des états et des districts se porteront sur la vaccination de tous les enfants avec les mVPO lors de chaque campagne de vaccination.

Afghanistan et Pakistan

Progrès rapides mais accès difficile



Afghanistan et Pakistan : couloir commun de poliomyélite.

En 2005, l'intensification des activités de vaccination s'est poursuivie en Afghanistan et au Pakistan. Le Pakistan a divisé par deux le nombre de cas comparé à l'année précédente (28 contre 53 en 2004). Alors que le nombre de cas en Afghanistan au cours de l'année précédente a légèrement augmenté passant de quatre à sept cas, la diversité génétique des poliovirus circulant a diminué : seuls des cas de poliovirus indigène de type 3 ont été confirmés tandis que les trois cas de type 1 étaient génétiquement liés au virus circulant au Pakistan voisin. De la même façon, au Pakistan, seul le virus de type 1 indigène circulait et seulement un cas de type 3 a été rapporté. Dans les deux pays, les progrès réalisés dans l'élimination d'un seul type de virus permet, en 2006, une stratégie de vaccination massive avec les mVPO.

Dans les deux pays, l'obstacle principal à l'éradication de la poliomyélite reste l'accès limité à certaines populations dû à l'insécurité et aux mouvements de populations. Au Pakistan, dans la Province frontalière du Nord-Ouest, plus d'un million d'enfants de moins de cinq ans vivent dans des zones où l'accès est restreint. Tandis que des stratégies spécifiques pour identifier et vacciner les populations non-encore atteintes sont mises au point, tous les niveaux de la société doivent s'engager afin d'assurer un meilleur accès à ces populations.

La plus grande priorité est la concentration des ressources et des efforts dans le réservoir de poliomyélite restant commun à l'Afghanistan et au Pakistan, un couloir qui s'étend du Punjab du sud / nord du Sindh au Balouchistan et au sud de l'Afghanistan.

Niger

Interruption de la transmission de poliomyélite indigène mais des importations continues depuis le Nigéria

Au Niger, les importantes améliorations apportées à la qualité de la vaccination tout au long de 2005 ont permis d'interrompre la transmission du poliovirus sauvage indigène et, début 2006, le Niger a officiellement été retiré de la liste des pays d'endémie. Les dix cas que le pays a rapporté en 2005 étaient des importations en provenance du nord du Nigéria. En 2006, le pays doit se concentrer sur le maintien d'un haut niveau d'immunité de la population pour assurer que le Niger garde son statut d'exempt de toute poliomyélite pendant que le Nigéria voisin achève l'éradication de la poliomyélite.

Eradication de la poliomyélite en 2005

- 49 pays ont mené des activités de vaccination
- 220 activités de vaccination supplémentaire de grande échelle
- 400 millions d'enfants vaccinés
- 2,2 milliards de doses de VPO distribuées

Importations du poliovirus

Les épidémies de poliomyélite de 14 pays d'Afrique et d'Asie auparavant exempts de toute poliomyélite ont été stoppées en 2005. Ces pays – l'Arabie Saoudite, le Bénin, le Botswana, le Burkina Faso, le Cameroun, la Côte d'Ivoire, l'Erythrée, le Ghana, la Guinée, le Liban, le Mali, la République centrafricaine, le Soudan et le Togo – avaient été réinfectés par des importations de poliovirus début 2003. Ces épidémies ont paralysé à vie 340 enfants. Aucun cas n'a été rapporté dans ces pays depuis début juin 2005.

Depuis mi-2003, dans le monde, 22 pays ont été réinfectés par des poliovirus importés, 19 par la propagation du virus depuis le nord du Nigéria et trois par des importations depuis l'Inde. En janvier 2006, sept de ces pays, continuaient d'avoir une transmission active du poliovirus importé : l'Angola, l'Éthiopie, l'Indonésie, le Népal, la Somalie, le Tchad et le Yémen. De plus, le Niger, anciennement pays d'endémie, connaît encore une transmission active de poliovirus importés depuis le Nigéria.

La poliomyélite peut rapidement se propager au monde exempt de poliomyélite ; la réponse rapide exigée sur la période 2003-2005 a apporté une énorme expérience et de nouvelles solutions pour limiter l'importance de futures importations. En se basant sur ces solutions, l'ACPE a émis de nouvelles recommandations internationales pour répondre à des poliovirus circulant dans des zones auparavant exemptes de toute poliomyélite (i.e. des poliovirus sauvages ou des poliovirus dérivés de la souche vaccinale) et a appelé à une utilisation accrue des nouveaux vaccins mVPO, qui permettent une réponse plus efficace à une flambée ciblée sur le type de virus.

En 2006, les pays qui souffriront d'importations devront se concentrer sur la mise en place des recommandations délivrées par l'ACPE pour le contrôle d'une flambée. En Somalie, l'épidémie qui s'étend géographiquement doit être stoppée de toute urgence pour éviter une propagation à toute la Corne de l'Afrique. A cause du risque croissant de propagation internationale depuis le Nigéria et pour minimiser le risque de flambée à grande échelle suite à des importations, il faudra en 2006 maintenir de hauts niveaux d'immunité des populations dans les pays d'Afrique centrale et de l'ouest.

photo: WHO/Moran



Des enfants en Indonésie profitent des festivités lors du lancement des JNV dans leur pays.

Activités de vaccination supplémentaire (AVS) dans des pays réinfectés en 2005

Pays	Nombre de JNV/JLV	Nombre de cas en 2005
Angola	4 JNV	10
Cameroun	4 JNV / 1 JLV	1
Erythrée	4 JNV / 1 JLV	1
Ethiopie	5 JNV / 2 JLV	22
Indonésie	3 JNV / 2 JLV	303
Mali	5 JNV / 2 JLV	3
Népal	4 JLV	4
Somalie	8 JNV	185
Soudan	4 JNV / 6 JLV	27
Tchad	5 JNV / 2 JLV	2
Yémen	6 JNV	478

Corne de l'Afrique et Etats du Golfe

Les progrès initiaux menacés par l'épidémie depuis la Somalie qui s'étend géographiquement

L'Éthiopie, la Somalie et le Yémen, pays auparavant exempts de toute poliomyélite, ont tous rapportés des épidémies de grande ampleur en 2005. L'épidémie au Yémen a explosé dans la 1^{re} partie de l'année avec un nombre de cas qui augmentait rapidement et une extension à tout le pays. Avec 478 cas, le Yémen est le pays qui en 2005 a enregistré le plus grand nombre de cas suite à une flambée, en deuxième position derrière le Nigéria, pays d'endémie.



Le Yémen a rapidement répondu en mettant en place une réponse vaccinale exemplaire. Après six campagnes nationales de vaccination – dont cinq avec le mVPO – la flambée au Yémen semble, au début 2006, se limiter. Ce succès démontre qu'en mettant en place des campagnes de vaccination de grande qualité et de grande envergure on peut très rapidement stopper une épidémie.

Alors que le nombre de cas en Éthiopie est relativement bas en comparaison (22 cas confirmés en 2005), des campagnes de vaccination de grande qualité doivent être mises en place tout au long de 2006 pour garantir que la flambée peut être stoppée. Avec une forte population en Éthiopie qui voyage régulièrement dans la Corne de l'Afrique et au Kenya, le risque de propagation de la poliomyélite reste élevé.

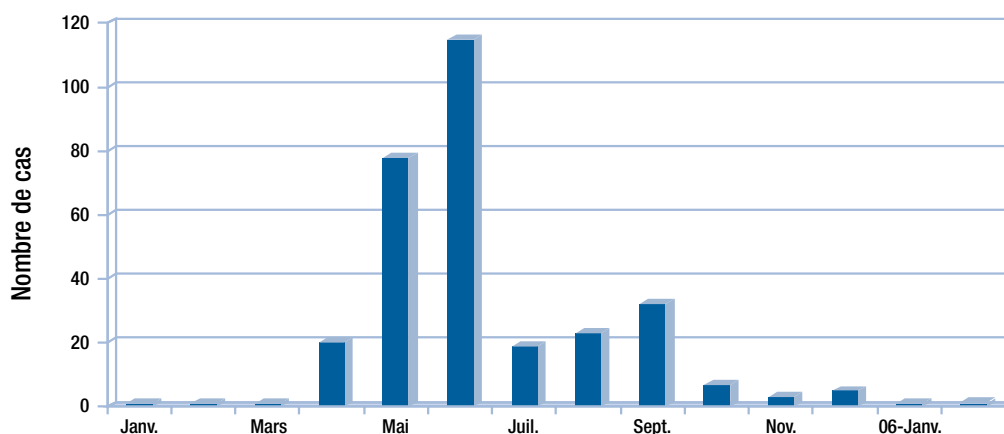
La réinfection de la Somalie reste une des plus importantes inquiétudes pour ceux qui travaillent à l'éradication de la poliomyélite de la Corne de l'Afrique. Avec 185 cas confirmés en 2005 et une épidémie qui s'est étendue depuis l'épicentre d'origine de Mogadiscio à d'autres régions du pays, le principal défi pour stopper l'épidémie sera l'accès régulier à toutes les populations dans un pays en proie à l'instabilité politique. L'engagement de tous les employés locaux et de toutes les communautés - pour identifier les opportunités à saisir pour que les vaccinateurs puissent atteindre toutes les parties du pays - sera crucial pour la qualité des campagnes. En particulier, les importants problèmes de sécurité à Mogadiscio nécessitent de rétablir l'accès de manière constante et minutieuse.

Indonésie

Une réponse agressive à la flambée permet d'éviter une propagation au reste de l'Asie

Initialement restreinte à deux provinces de l'île de Java (Banteng et la Province de Java Ouest), une épidémie massive de poliomyélite s'est rapidement étendue à l'île voisine de Sumatra, à la province de Java Centre et à la capitale Jakarta. Suite à la mise en place de plusieurs campagnes de vaccination à grande échelle utilisant le mVPO dans les districts à plus haut risque, l'épidémie semble être passée sous contrôle au début 2006. Des campagnes de ratissage supplémentaires seront probablement nécessaires ; en fonction des percées de transmission dans la 1^{re} partie de l'année.

Flambée de poliomyélite en Indonésie, 2005



L'épidémie de la poliomyélite en Indonésie a attiré l'attention des médias du monde en raison de la menace pour les autres pays d'Asie exempts de toutes poliomyélite du risque pour les enfants indonésiens qui coïncidait avec les cas rapportés de grippe aviaire en Indonésie. L'attention des médias du monde entier sur cette flambée a alimenté une vraie réponse internationale. Les Philippines et le Vietnam, par exemple, ont lancé des campagnes préventives de grande envergure, tandis que le gouvernement malaysien faisait procéder à des examens médicaux sur les ressortissants indonésiens entrant sur son territoire.

Afrique centrale et de l'ouest

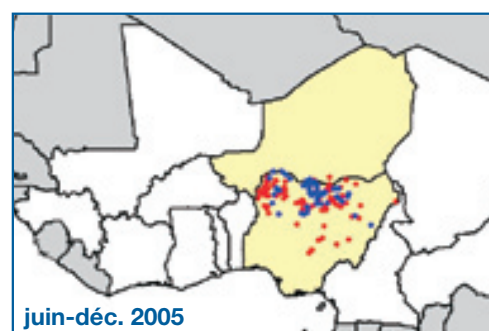
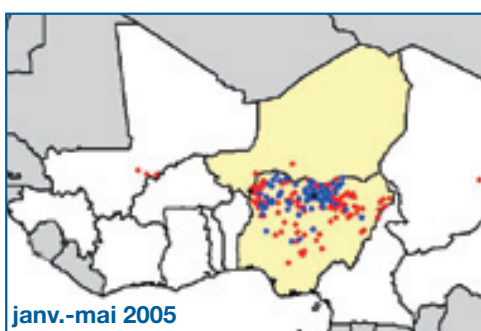
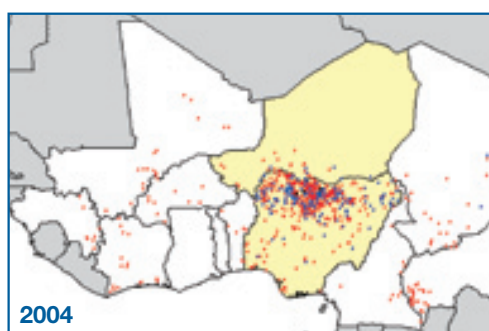
Grâce à des efforts massifs, l'épidémie est jugulée

L'épidémie de poliomyélite a été stoppée en 2005 dans neuf pays d'Afrique centrale et de l'ouest : le Bénin, le Burkina Faso, le Cameroun, la Côte d'Ivoire, le Ghana, la Guinée, le Mali, la République centrafricaine et le Togo. Aucun nouveau cas n'a été rapporté dans ces pays depuis début juin.

Les efforts d'urgence pour stopper l'épidémie ont été lancés sous l'égide de l'Union africaine (l'UA) par l'intermédiaire de campagnes de vaccination de masse synchronisées à travers 23 pays. Ces campagnes ont permis de vacciner 100 millions d'enfants avec de multiples doses de VPO sur presque 2 ans.

Flambée de poliomyélite en Afrique centrale et de l'ouest

- 5 tournées de campagnes de vaccination synchronisées d'octobre 2004 à mai 2005 ; menées sous l'égide de l'Union africaine
- 23 pays, du Sénégal à la Somalie
- 100 millions d'enfants vaccinés



Angola et Népal

En plus de la vaste flambée décrite ci-dessus, l'Angola et le Népal ont tous deux rapportés des cas de poliomyélite suite à des importations du virus. Le séquençage génétique a déterminé que ces virus provenaient d'Inde. Avec respectivement dix et quatre cas, l'Angola et le Népal ont chacun mené en réponse quatre campagnes de vaccination de grande envergure.

3.2 Certification de l'éradication mondiale de la poliomyélite

Etapes principales 2005

- ⇒ **Etape principale 1 : tous les échantillons prélevés sur des cas de PFA seront examinés dans un laboratoire agréé par l'OMS.**
Statut : Objectif atteint.
100% des échantillons prélevés sur des cas de PFA ont été examinés dans un laboratoire agréé par l'OMS.
- ⇒ **Etape principale 2 : 75% des pays auront achevé chaque phase du confinement biologique en laboratoire (phase I).**
Statut : Objectif partiellement atteint.
60% des pays ont achevé la phase I du confinement biologique en laboratoire.
- ⇒ **Etape principale 3 : 70% des pays auront soumis les documents « finaux » de certification.**
Statut : Objectif atteint.
78% des pays ont soumis les documents « finaux » de certification

Surveillance de la PFA : la performance multipliée par deux dans les zones les plus à risque

La sensibilisation mondiale à la surveillance de la PFA, paralysie flasque aiguë (rapport de PFA délivré de façon rapide et complète et collection d'échantillons de selles adéquats) a été maintenue en 2005, dans toutes les régions OMS, au niveau de celui requis pour la certification et encore améliorée dans les trois régions d'endémie. La tendance à l'augmentation du nombre de PFA rapporté, qui avait débuté en 2004, a continué rapidement, avec une augmentation globale de 43% des PFA rapportées mondialement entre 2004 et 2005, principalement due à une augmentation des PFA rapportées en Inde (80% de l'augmentation totale) mais aussi au Pakistan et au Nigéria

Isolation du poliovirus dans le laboratoire régional de référence pour la poliomyélite, au Ghana.



**Performance de la surveillance de la PFA et cas de poliovirus rapportés
2004 et 2005 par région OMS**

Région OMS	Nbre de cas de PFA rapporté		Taux de PFA non-poliomyélitique		% de PFA avec des échantillons de selles adéquats		Virus sauvage confirmé cas de poliomyélite	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
AFR	9 719	11 685	2,90	3,30	89%	85%	934	851
AMR	2 309	2 202	1,38	1,33	79%	80%	0	0
EMR	6 176	8 845	2,70	3,69	89%	88%	187	727
EUR	1 516	1 473	1,14	1,10	81%	82%	0	0
SEAR	16 270	31 519	2,70	5,21	83%	82%	134	373
WPR	6 521	6 698	1,61	1,65	88%	88%	0	0
MONDIAL	42 511	62 422	2,29	3,34	86%	84%	1 255	1 951

Données à l'OMS au 02 mai 2006

Il est intéressant de noter que les trois régions OMS certifiées exemptes de toute poliomyélite – les Régions des Amériques, de l'Europe et du Pacifique occidental – ont également réussi à maintenir une surveillance globale de la PFA au niveau requis même si le niveau de cas de PFA rapportés a légèrement diminué entre 2004 et 2005 dans ces trois Régions.

Le succès des efforts à augmenter la sensibilisation à la PFA en Asie ainsi que la détection des importantes lacunes dans la qualité de la surveillance au niveau local en Afrique centrale et dans la Corne de l'Afrique ont conduit en 2004 à l'adoption d'un objectif opérationnel - suite à une recommandation du Comité consultatif sur l'éradication de la poliomyélite - qui préconise d'atteindre un taux de PFA non-poliomyélitique de 2/100 000 dans les pays d'endémie, les pays réinfectés et les pays courant un grand risque d'importation de poliovirus sauvage.

Au Nigéria, la surveillance de la PFA est essentielle pour le planification des campagnes de vaccination.



Pays dans les Régions d'endémie qui n'atteignent pas les normes de surveillance de la PFA pour la certification en 2005²

Pays	Cas de PFA rapportés	Taux annuel de PFA non-poliomyélique	% de PFA avec des échantillons de selles adéquats	Poliovirus sauvage confirmé
Algérie	60	0,6	85%	-
Botswana	16	2,3	69%	-
Burundi	48	1,7	70%	-
Gabon	8	1,1	75%	-
Gambie	16	2,6	72%	-
Guinée-Bissau	6	0,9	83%	-

En 2005, seulement six pays africains n'ont pas atteint les « normes de surveillance » de la PFA pour la certification. Six autres avaient un taux de PFA non-poliomyélique égal ou supérieur à 2 (de 2 à 4,6) tandis que le pourcentage de cas de PFA avec des échantillons de selles adéquats était soit de 79% (Afrique du Sud, Ethiopie, Côte d'Ivoire, Thaïlande) soit de 78% (Sri Lanka et Yémen) avec une bonne distribution géographique des échantillons de selles. Ces pays sont considérés comme ayant atteint la « qualité de surveillance » de la PFA pour la certification en 2005. Donc, 62 pays sur 68 dans les régions d'endémie, soit 91%, ont atteint en 2005 les critères de qualité de surveillance de la PFA au niveau de la certification.

Avant qu'une Région OMS ne soit déclarée exempte de toute poliomyélite, les pays peuvent remplir les conditions requises pour soumettre les documents relatifs à la certification. Au mois de janvier 2006, au total, 78% des Etats Membres de l'OMS ont soumis les documents finaux pour la certification : les 135 pays des trois Régions OMS déjà déclarées exemptes de toute poliomyélite et 33 des 80 pays des trois Régions OMS non encore déclarées exemptes de toute poliomyélite (10 dans la Région d'Afrique, 15 dans la Région de la Méditerranée orientale, et 8 dans la Région de l'Asie du sud-est). La Commission de certification régionale pour l'Afrique a maintenant reçu et accepté les documents finaux de dix pays : le Botswana, la Gambie, le Kenya, le Lesotho, le Malawi, le Rwanda, le Sénégal, le Swaziland, la Zambie et le Zimbabwe. Dans la Région OMS de la Méditerranée orientale, deux pays – le Soudan et le Yémen – qui avaient soumis leurs documents finaux après une période de trois ans sans poliomyélite, ont souffert d'une flambée suite à une importation de poliovirus sauvage. Compte tenu de la durée et de l'étendue de la flambée, les deux pays devront soumettre à nouveau les documents entre un et trois ans après le dernier cas lié à la flambée, cela dépendra de la décision de la Commission régionale de Certification (RCC).

L'accent en 2006 est :

- de maintenir et d'améliorer encore plus la sensibilisation à la surveillance de la PFA, tout particulièrement dans les régions endémiques,
- de maintenir et de renforcer la surveillance de la PFA où cela est nécessaire dans les pays exempts de toute poliomyélite particulièrement pour les pays dont on connaît les lacunes dans le taux immunitaire, afin de pouvoir détecter et répondre de façon opportune à une importation de poliovirus sauvage,
- de poursuivre le travail sur de nouvelles méthodes pour réduire le temps entre la notification d'un cas et la confirmation de ce cas.

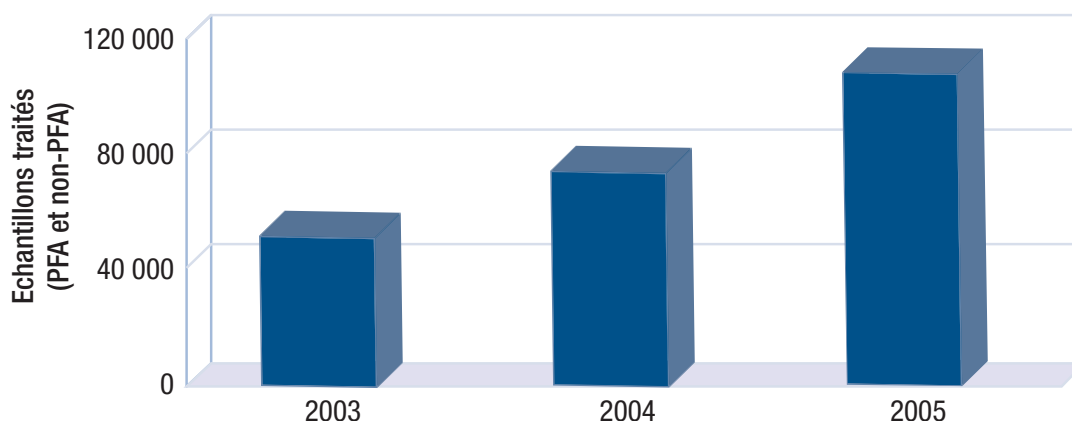
2. Sur 81 pays avec des systèmes de surveillance des PFA dans les Régions OMS d'Afrique, de Méditerranée orientale, d'Asie du sud-est, 13 ont des populations de < 1 million d'habitants et ne sont pas pris en considération pour cette analyse car il est peu probable qu'ils aient une transmission indigène soutenue non-détectée.

Le réseau mondial de laboratoires fait des heures supplémentaires

Les résultats laboratoires sont utilisés pour la planification des réponses vaccinales pour interrompre les dernières chaînes de transmission du poliovirus et pour le contrôle des progrès réalisés vers l'éradication de la poliomyélite pour certifier les régions comme exemptes de toute poliomyélite. Il est capital de pouvoir obtenir des résultats de laboratoire rapides et précis. Un réseau mondial de 145 laboratoires dans 90 pays est à la base de la surveillance de la PFA. Le programme d'assurance-qualité du réseau inclut un programme d'accréditation géré par l'OMS qui comprend des évaluations annuelles de performance (généralement menées sur place), l'analyse des compétences, l'opportunité et la précision des résultats. 97% des laboratoires ont été entièrement accrédités en 2005 et tous les échantillons des cas de PFA ont été testés dans des laboratoires accrédités. Lorsque les performances des laboratoires sont jugées médiocres, des dispositifs d'analyse parallèle des échantillons sont utilisés.

En 2005, les laboratoires du réseau ont analysé approximativement 120 000 échantillons de matières fécales, ce qui représente une augmentation de 50% du volume de travail par rapport à 2004. Les plus fortes augmentations ont été enregistrées dans les régions d'endémie : approximativement 90% à SEAR, 45% à EMR et 25% à AFR. L'impact le plus grand s'est ressenti sur les laboratoires en Egypte, en Inde (Lucknow et Mumbai), au Nigéria, au Pakistan et en Afrique du Sud. En tout, 95% des résultats des tests sur les isolations de virus ont été rapportés dans les 28 jours et plus de 95% des résultats de différenciation intratypique (ITD) ont été rapportés dans les 14 jours qui ont suivi la détection du poliovirus.

Echantillons traités dans des laboratoires du réseau (région d'endémie seulement)



La rapidité à établir les rapports a été possible grâce aux nouvelles stratégies mises en place pour répondre à la demande en 2005. Des ressources financières supplémentaires ont été mobilisées pour de l'équipement et la formation du personnel. Le nombre d'équipes a été doublé à Lucknow en Inde. Les dispositions d'affectation des échantillons ont été modifiées en Inde pour répartir plus équitablement le travail. Deux laboratoires supplémentaires peuvent maintenant faire des différenciation intratypique (ITD), le laboratoire au Sénégal et celui à Ibadan au Nigéria qui sont devenus complètement opérationnels. Le laboratoire en Côte d'Ivoire, équipé pour faire des ITD, connaît des difficultés techniques continues qui n'ont pas été résolues à cause de problèmes d'insécurité empêchant l'envoi sur place d'un consultant qui pourrait aider à les solutionner.

Des poliovirus sauvages ont été détectés depuis des cas de PFA dans 16 pays en 2005 et dans des eaux usées dans un seul pays supplémentaire (l'Egypte). La caractérisation génétique des virus a montré que des virus indigènes ont été transmis dans cinq pays (l'Afghanistan, l'Egypte, l'Inde, le Nigéria et le Pakistan) ; sept pays ont souffert d'importations de nouveaux virus (l'Angola, l'Erythrée, l'Indonésie, le Népal, le Niger, la Somalie et le Yémen) ; et cinq pays connaissent une transmission continue du poliovirus importé en 2003 (le Cameroun et le Tchad) ou en 2004 (l'Ethiopie, le Mali et le Soudan). Les virus en Angola et au Népal provenaient d'Inde alors que les virus en provenance du Nigéria ont été importés dans dix pays.

Le réseau a détecté une flambée due à un PDSV de type 1 (poliovirus dérivés d'une souche vaccinale) causant 47 cas de PFA en Indonésie en 2005 ainsi que des flambées dues à des PDSV de types 2 et 3 à Madagascar qui ont paralysé cinq enfants. Les PDSV ont été détectés sur des personnes immunodéficientes en Iran, dans le Minnesota (USA) et en Espagne (chez un enfant d'origine marocaine) et sur des cas de PFA sporadiques en Chine, au Japon et en Arabie Saoudite. Des PDSV n'ayant pas causé de flambée ont été détectés sur des personnes non-paralysées en Egypte, en Israël et en Slovaquie.

En 2006, les initiatives suivantes ont été mises en place pour augmenter la rapidité d'obtention des résultats dans les laboratoires :

- dans les régions endémiques, des laboratoires supplémentaires seront modernisés pour pouvoir exécuter la réaction en chaîne de polymérase (PCR), dans l'attente de la disponibilité des ressources financières pour l'équipement et la formation du personnel. La capacité PCR permettra de faire simultanément la classification par stéréotype et la différenciation intratypique des poliovirus, raccourcissant ainsi le temps d'analyse et diminuant la nécessité d'expédier les isolats à l'étranger. Cela permettra également la réduction des coûts d'expédition ;
- un nouveau test algorithmique qui utilise les nouvelles technologies dans une séquence différente a été évalué sur trois sites (en Inde, au Pakistan et au CDC à Atlanta, USA). S'il permet de fournir plus rapidement des résultats sans compromettre la sensibilité actuelle et la spécificité de la détection du poliovirus, alors l'algorithme pourra éventuellement être utilisé dans les laboratoires testant les ITD ;
- de nouveaux réactifs ou démarches pour la détection de l'acide nucléique du poliovirus dans les matières fécales seront évalués dans les deux ans ;
- un test ELISA pour la détection de l'anticorps polio IgM sera évalué pour une éventuelle utilisation dans l'ère post-VPO.

Confinement mondial : l'Europe ouvre la voie

Les activités de confinement des poliovirus continuent de se concentrer sur la minimisation du risque de réintroduction à partir d'une installation du poliovirus dans une zone exempte de toute poliomyélite. La phase I des activités est sur le point d'être achevée dans les Régions OMS certifiées exemptes de toute poliomyélite avec 75% des pays de ces Régions ayant achevé ces activités. Lors de sa réunion en 2005, la Commission régionale de Certification (RCC) de la Région OMS pour l'Europe a passé en revue les activités de confinement des pays qu'elle couvre. La RCC a conclu que tous les pays avaient fourni les documents nécessaires permettant de prouver que la Région avait bien achevé la phase I, faisant de l'Europe la 1^{re} région OMS à franchir cette étape. Une réunion similaire s'est tenue pour la Région OMS du Pacifique occidental qui a conclu que tous les pays sauf deux dans la Région ont achevé et documenté les activités. Dans la Région OMS des Amériques, la première réunion régionale sur le confinement en laboratoire des poliovirus s'est tenue pour passer en revue le processus à ce jour, dans les pays d'Amérique latine et faire des plans pour achever les activités d'ici fin 2007.

L'Europe achève la phase I du confinement du poliovirus sauvage

Lors de sa réunion annuelle de 2005, la Commission régionale de Certification (RCC) pour l'Europe a officiellement déclaré que la phase I du confinement du poliovirus sauvage a été achevée dans la Région OMS pour l'Europe.

Le bureau régional de l'OMS pour l'Europe a débuté la phase I des activités de confinement de la poliomyélite en 1999 avec des études pilotes dans cinq Etats Membres, l'étendant à tous ses Etats Membres en 2000. Le processus a nécessité 46 visites de consultants de l'OMS dans les pays et huit ateliers au niveau sous-régional sur cinq ans.

En 2005, les 52 Etats Membres de la Région OMS pour l'Europe avaient mené des études sur 55 748 laboratoires biomédicaux gérés par des gouvernements locaux ou fédéraux, des universités, des hôpitaux, des industries et des sociétés privées. De ces derniers, 256 laboratoires dans 25 pays ont signalé qu'ils détenaient le poliovirus sauvage et des substances potentiellement liées au poliovirus sauvage. Des laboratoires dans 27 pays ont déclaré ne détenir aucune substance potentiellement liée au poliovirus sauvage et 20 ont apporté la preuve que toutes les substances potentiellement liées au poliovirus sauvage avaient été détruites.

Maintenant prête à entamer la phase II, les pays européens peuvent préparer des plans de réduction des risques pour l'ère post-VPO en détruisant toutes les substances de poliovirus sauf dans un nombre limité d'installations internationales désignées essentielles.

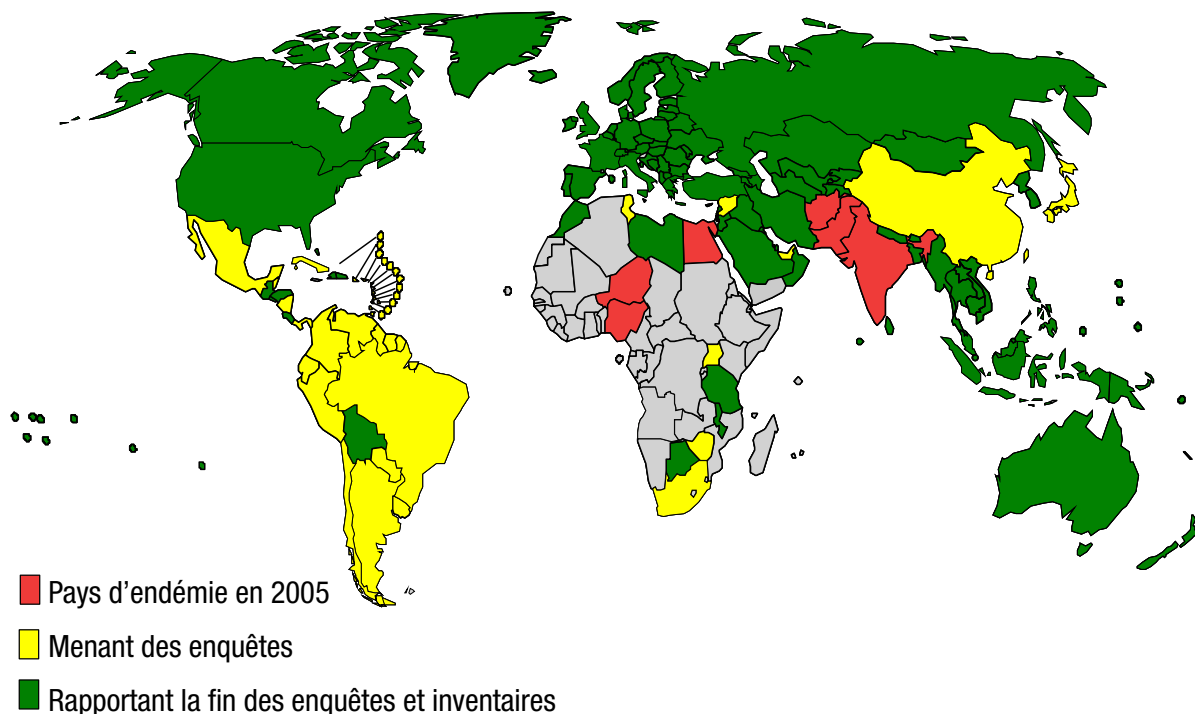
Des avancées ont également été faites par des pays de Régions OMS non encore certifiées comme exemptes de toute poliomyélite. Tous les pays des Régions OMS de l'Asie du sud-est et de la Méditerranée orientale qui n'ont pas déclaré de cas de poliomyélite en 2005 ont achevé les études et inventaires des laboratoires et sont dans le processus de rassembler la documentation pour que leur CCR respectives puissent les passer en revue. Du fait d'un risque d'importation élevé dans de nombreux pays d'Afrique centrale et d'Afrique de l'ouest, les activités de confinement de la Région OMS pour l'Afrique se sont concentrées sur les parties méridionale et orientale du continent. Une réunion des pays de ces blocs épidémiologiques s'est tenue en 2005 afin de passer en revue le statut actuel et établir des plans pour achever la phase I des activités d'ici mi-2006. Des pays pilotes – le Botswana, le Malawi et la Tanzanie – ont fourni des rapports utiles sur le processus dans leurs pays voisins.

Avec des pays dans les six Régions OMS qui mènent des activités et les CCR qui passent en revue leurs activités, le confinement du poliovirus fait maintenant partie intégrante du programme d'éradication. Vu que la circulation du poliovirus continue de décroître dans le monde, il deviendra de plus en plus important de minimiser le risque posé par les poliovirus stockés dans des installations. En 2006, les activités suivantes seront mises en place :

- Le Plan d'Action mondial de l'OMS pour le confinement du poliovirus dans l'ère post-éradication/post-VPO sera publié. Ce plan décrira les activités à mener pour accomplir le confinement des poliovirus sauvages après l'éradication et des poliovirus VPO/Sabin après l'arrêt de l'utilisation du VPO.

Une stratégie de réduction des risques au travers de la destruction dans le monde des substances de poliovirus non-nécessaires et des mesures strictes de gestion des risques seront proposées pour assurer que les investissements internationaux pour un monde exempt de poliomyélite sont préservés pour l'éternité.

Progrès par rapport à la phase I du confinement mondial



3.3 Développement de produits pour la phase d'arrêt mondial de l'utilisation de VPO

Etapas principales 2005

- ⇒ **Etape principale 1 : Introduction des stratégies locales pour réduire le risque de PDSV.**
Statut : Objectif non encore atteint.
Le monitoring de la couverture vaccinale au niveau local est en cours. Tous les isolats de poliovirus sont examinés pour trouver des résultats discordants et un protocole d'identification des PDSVi (poliovirus associés à une immunodéficience dérivés d'une souche vaccinale) a été établi.
- ⇒ **Etape principale 2 : Evaluation de la possibilité d'une intégration de la détection et notification immédiate de poliovirus circulant dans le RSI/GOARN (Réseau mondial OMS d'alerte et d'action en cas d'épidémie).**
Statut : Objectif atteint.
La poliomyélite a été intégrée dans le RSI (2005), version approuvée par l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2005 et qui rentrera en vigueur mi-2007.
- ⇒ **Etape principale 3 : Définition de la taille des stocks de VPOm, de VPI et de VPO trivalent pour l'ère post-VPO.**
Statut : Objectif atteint.
Une réserve mondiale se composera de 750 millions de doses pour chacun des 3 sérotypes de VPO. GAVI/IFFIm financera l'initialisation de cette réserve et une offre sera soumise fin 2006.
- ⇒ **Etape principale 4 : Publication de la 3e édition du Plan d'action mondial pour le confinement en laboratoire des poliovirus sauvages (GAPIII).**
Statut : Objectif non encore atteint.
Les quatre composantes du 3e Plan d'action mondial (GAP III) ont été développées fin 2005 et seront consolidées d'ici mi-2006 dans une version accessible au public.

Risques associés à l'arrêt de l'utilisation du VPO

La capacité des virus dérivés de la souche Sabin du vaccin à muter et à acquérir une plus grande transmissibilité et neurovirulence nécessite d'arrêter éventuellement l'utilisation du VPO. Alors que le risque posé par le poliovirus sauvage demeure bien plus grand que celui posé par les poliovirus dérivés d'une souche vaccinale (PDSV) et que le nombre de virus sauvages décroît rapidement, la menace du PDSV continuera tant que l'on poursuivra l'utilisation du VPO. Une menace, si on ne s'en occupe pas, pourrait réduire à néant d'éventuelles succès dans l'éradication de la poliomyélite. C'est pour cette raison que le VPO est considéré comme incompatible avec un monde exempt de toute poliomyélite et que l'ACPE a recommandé que l'on arrête l'utilisation mondiale du VPO une fois que l'éradication mondiale de la poliomyélite aura été certifiée.

Poliovirus dérivés d'une souche vaccinale (PDSV)

Les inquiétudes liées aux risques posés par les PDSV sont passées sur le devant de la scène en 2005 en tant que moteur de la nécessité d'arrêter l'utilisation du VPO après l'éradication mondiale de la poliomyélite. Ceci a été encore plus mis en évidence par trois flambées bien documentées qui ont, cette année, touché le Cambodge, Madagascar et l'Indonésie. De plus, la détection de poliovirus dérivés d'une souche vaccinale dans le Minnesota, USA, parmi un groupe religieux rejetant la vaccination, a démontré qu'aucun pays n'est à l'abri des PDSV.

Un cas de PDSV est défini comme une souche atténuée vivante de virus contenue dans le vaccin antipoliomyélique oral (VPO). Souche vivante atténuée qui a muté et revenue à une forme neurotropicque et qui a acquis des caractéristiques de transmissibilité renforcées. Le génome du PDSV diffère de 1% ou plus de la souche mère Sabin. Le PDSV peut être classifié comme suit :

- a) PDSVi (excréteurs immunodéficients de poliovirus dérivé de souche vaccinale) isolé sur des patients immunodéficients qui ont souffert d'une infection prolongée après un contact avec le VPO ;
- b) PDSVc (poliovirus circulant dérivé de souche vaccinale) associé à une transmission prolongée d'homme à homme qui a pour résultat des symptômes paralytiques chez au moins deux patients ;
- c) PDSVa (poliovirus ambigu dérivé de souche vaccinale) qui est soit un isolat clinique sur des patients sans immunodéficience reconnue et non associé à une flambée, soit un isolat environnemental dont la source première n'a pas été identifiée.

Les quatre cas du PDSV détectés à Madagascar cette année ont été classifiés comme des PDSVc tout comme les 46 cas détectés sur l'île de Madura en Indonésie en 2005. Ces derniers représentent la plus vaste flambée de PDSVc enregistrée à ce jour.

L'expérience programmatique dans le contrôle de ces flambées en comparaison avec celles causées par des poliovirus sauvages semble indiquer qu'un plus petit nombre d'activités de vaccination supplémentaire est nécessaire pour éliminer la circulation de PDSV.

Atténuation du risque : stratégie et outils

Après l'interruption mondiale de la transmission de la poliomyélite, une approche d'ensemble doit être utilisée pour optimiser la gestion des risques liés soit à la résurgence de la poliomyélite due à un PDSVc soit à la réintroduction de poliovirus sauvage ou Sabin. Les progrès relatifs à la gestion de ces risques sont détaillés ci-après.

Confinement des poliovirus sauvages et Sabin

D'importants progrès ont été réalisés en 2005 avec la création des bases pour le confinement des poliovirus et, pour la 1^{re} fois, des souches Sabin du vaccin. La 3^e édition du Plan d'action mondial pour le confinement en laboratoire des poliovirus sauvages (GAPIII) définira les stratégies clés de gestion afin de réduire les risques de réintroduction par négligence de poliovirus après l'éradication et l'arrêt de l'utilisation du VPO.

En plus de l'expérience acquise au travers de la préparation et la mise en œuvre des 1^{er} et 2^e éditions du GAP, quatre domaines principaux guident le développement du GAPIII dont une version devra être accessible au public mi-2006.

Premièrement, les besoins programmatiques à long terme pour le poliovirus ont été définis en terme de types et nombre minimum d'installations de confinement du poliovirus qui peuvent être nécessaires pendant et après l'arrêt de l'utilisation de VPO. On exigera indéfiniment pour l'essentielle production du VPI (vaccin antipoliomyélique inactivé) et le contrôle qualité, la recherche et le diagnostic un nombre réduit d'installations (cible : < 20) avec la capacité de stocker et manipuler le poliovirus.

Deuxièmement, une évaluation détaillée sur le risque a été conduite, à partir d'installations, d'exposition des communautés au poliovirus après l'éradication et l'arrêt de l'utilisation du VPO (Containment of polioviruses after eradication and OPV cessation : Characterizing risks to improve management par Dowdle et al). Cette évaluation fournit les bases pour concevoir des mesures de biosécurité appropriées (ou « garanties principales ») pour les installations stockant et manipulant des poliovirus après l'éradication.

Troisièmement, une évaluation des conséquences d'une libération d'un poliovirus pendant ou après l'arrêt de l'utilisation du VPO a été menée (Consequences of release / reintroduction of polioviruses in different geographic areas after OPV cessation par P. Fine et S. Ritchie). Cet article identifie et analyse les facteurs qui ont une influence sur l'éventail des conséquences que pourrait avoir la réintroduction d'un poliovirus sauvage ou de souche Sabin (d'une infection limitée à une transmission rétablie). Ceci sert de fondement pour les recommandations des « garanties secondaires » qui devront être mises en place dans tout pays ou toute zone qui aura choisi de stocker ou manipuler des poliovirus après l'arrêt de l'utilisation du VPO.

Enfin, des normes spécifiques ont été développées pour la gestion des risques biologiques dans le nombre limité d'installations essentielles qui manipuleront et stockeront des virus après l'arrêt de l'utilisation du VPO.

Fin-2005, ce travail était consolidé dans une stratégie globale de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite pour le confinement du poliovirus pour les phases d'arrêt de l'utilisation du VPO et post-VPO.

Réserve de vaccins

Un des principaux succès de 2005 fut le développement en un temps record des vaccins antipoliomyélitiques oraux, pour les type 1 et 3 de poliovirus. Quatre fabricants ont développé et reçu l'aval des autorités de régulation pour l'utilisation du mVPO1 en 2005. Ces vaccins ont été énormément utilisés en 2005 (> 500 millions de doses) et ont prouvé être un important outil supplémentaire de l'Initiative pour l'éradication de la poliomyélite. Plus important encore, ces vaccins seraient responsables de l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage en Égypte et à Mumbai en Inde et de la diminution du nombre de cas de poliovirus dans les réservoirs d'endémie de la poliomyélite d'Asie du sud et d'Afrique (hormis le Nigéria). Le mVPO3 a été breveté par un fabricant et environ 10 millions de doses ont été utilisées dans une campagne de vaccination de grande envergure en Uttar Pradesh occidental en Inde en décembre 2005.



Réserve de vaccins antipoliomyélitiques oraux pour la réponse à des flambées pendant l'ère post-VPO.

Les VPO monovalents sont maintenant les “chevaux de trait” de l'effort final d'éradication de la poliomyélite et joueront un rôle primordial dans l'ère post-éradication.

Une réserve mondiale des VPO monovalents (types 1, 2 et 3) gérée à l'international est développée afin d'être utilisée en cas d'une éventuelle flambée de poliomyélite après l'arrêt de l'utilisation du VPO. Une telle réserve permettra une réponse ciblée sur le type de virus ce qui permettra non seulement d'avoir un meilleur impact sur la flambée mais aussi de prévenir la réintroduction d'autres poliovirus. Un des développements principaux de 2005 est le financement, en avance, de la réserve par la IFFIm, la Facilité de financement internationale de financement pour la vaccination. Ce financement de US \$226,4 millions couvre les coûts de développement, de brevetage, d'acquisition et du stockage.

VPI : supplément à la note de synthèse de l'OMS sur le VPI après l'arrêt de l'utilisation du VPO

Dans les préparatifs pour un monde exempt de toute poliomyélite, il est essentiel que tous les pays qui utilisent encore le VPO développent une politique précise de vaccination pour l'ère post-VPO. Chaque pays doit déterminer sa politique nationale de vaccination la plus appropriée : soit stopper toute vaccination antipoliomyélitique, soit basculer vers l'utilisation du VPI pour la vaccination systématique. En 2005, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a travaillé à la préparation d'un supplément à la note de synthèse de l'OMS sur le VPI après l'arrêt de l'utilisation du VPO publié le 14 avril 2006. Ce supplément fournit des conseils aux pays qui choisiront de garder, après l'arrêt de l'utilisation du VPO, des poliovirus pour la production de vaccin et le diagnostic en laboratoire de la poliomyélite. Plus particulièrement, il énonce le principe de garanties secondaires et expose les conditions pour un haut niveau d'immunité de la population contre la poliomyélite pour les pays qui garderont des poliovirus. De plus, pour

les pays qui choisissent de ne pas conserver des poliovirus mais qui se sentent menacés par l'utilisation intentionnelle ou parce qu'un pays voisin conserve des poliovirus, ce supplément à la note de synthèse introduit le concept d'un programme de distribution de deux doses de VPI pour obtenir un niveau suffisant d'immunité de la population.

Ce supplément donne également un aperçu d'un programme de recherches qui inclut le développement de nouveaux vaccins tels que des VPI produits à partir de souches Sabin qui permettront peut-être des possibilités supplémentaires de protection contre la poliomyélite.

Des composés antiviraux contre les poliovirus

L'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite continue d'évaluer le rôle potentiel des antiviraux dans l'ère post-VPO aussi bien dans le cadre d'une flambée que dans la gestion des rares excréteurs à long terme de poliovirus (PDSVi). Au début de novembre 2005, la National Academy of Sciences (NAS), à la demande de l'OMS et de CDC, à organiser une réunion spéciale pour réfléchir sur les besoins programmatiques et rationnels pour le développement des composés antiviraux contre la poliomyélite. Le Comité NAS a identifié des approches prometteuses, y compris des inhibiteurs de liaison à la capsid et des inhibiteurs de protéase. Un rapport détaillé du Comité NAS a été publié fin février 2006.

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

Etapes principales 2005

⇒ **Etape principale 1 : 50% des pays prioritaires communs à GAVI et à l'Initiative pour l'éradication de la poliomyélite qui mettent en œuvre des plans intégrés.**

Statut : Objectif atteint.

Fin 2005, tous les pays prioritaires communs à GAVI et à l'Initiative pour l'éradication de la poliomyélite avaient mis en œuvre des plans intégrés, le Nigéria étant le dernier d'entre eux.

⇒ **Etape principale 2 : 75% des pays auront intégré ou développé la notification des cas de PFA en fonction des besoins (en particulier pour la rougeole et le tétanos néonatal).**

Statut : Objectif atteint.

78% (114/146*) des pays / territoires avec des systèmes de notification de PFA ont intégré ou développé la surveillance de la PFA avec la rougeole et le tétanos néonatal).

**Compte seulement les pays à faible et moyen revenus.*

⇒ **Etape principale 3 : 50% des pays sont dotés d'un comité de coordination interinstitutions soutenu par GAVI et le cas échéant, d'un groupe de conseil technique (TAG).**

Statut : Objectif atteint.

Les processus TAG ont été intégrés à toutes les activités de vaccination dans les principaux pays des Régions OMS de AFR, EMR, SEAR, PAH et WPR.

⇒ **Etape principale 4 : 50% des ressources humaines financées au titre de la lutte contre la poliomyélite contribuent officiellement à des programmes dirigés contre plusieurs maladies.**

Statut : Objectif atteint.

Plus de 80% des ressources humaines sur le terrain financées au titre de la lutte contre la poliomyélite contribuent officiellement à des programmes dirigés contre plusieurs maladies. Cette fonction a été incluse dans quasiment tous les descriptifs de poste.

⇒ **Etape principale 5 : 75% des pays ont intégré les activités d'éradication de la poliomyélite à celle de lutte antirougeoleuse.**

Statut : Objectif atteint.

78% des pays possédant un système de surveillance de la PFA (114/146) ont bénéficié des systèmes de surveillance de la rougeole grâce à l'intégration des activités. 83% des laboratoires du réseau polio (120/145) ont mené des analyses pour la rougeole, soit dans le même laboratoire, soit dans le même institut, permettant ainsi l'intégration des infrastructures établies pour le réseau des laboratoires polio.

L'intégration de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite implique deux domaines de travail : l'intégration des fonctions à long terme dans les mécanismes existant aux niveaux national et international pour gérer d'autres agents pathogènes de toute importance pour la santé publique internationale et l'utilisation de l'expérience et de la capacité de cette Initiative dans d'autres programmes de santé publique. En 2005, on a connu les plus grandes avancées vers l'institutionnalisation des fonctions à long terme et dans l'exploitation des capacités des employés du réseau polio répartis dans 50 pays. Ceci a permis d'améliorer les soins de santé dans certaines régions du monde les plus sous-desservies.

Intégration à long terme des fonctions

Comme pour la variole, le travail d'un programme d'éradication ne s'arrête pas avec l'élimination du pathogène de la population humaine. Un certain nombre de fonctions essentielles associées à l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage devront continuer après l'éradication mondiale de la poliomyélite, comme décrit ci-dessous.

Surveillance : la poliomyélite et le Règlement sanitaire international, 2005

En mai 2005, l'Assemblée mondiale de la Santé (WHA) a adopté le RSI (2005), le Règlement sanitaire international 2005. Ce Règlement, qui entrera en vigueur en 2007, identifie quatre maladies (la variole, le SRAS, la grippe aviaire avec un potentiel de pandémie et les poliovirus circulants) pour lesquelles chaque cas doit être rapporté mondialement. Grâce au progrès réalisés vers l'éradication de la poliomyélite, à la fois les poliovirus sauvages et les poliovirus dérivés d'une souche vaccinale circulants (PDSVc) sont devenus une priorité internationale de santé publique et devront être notifiés dans le cadre du RSI 2005.

Confinement : GAPIII

La troisième édition du Plan d'action mondial pour le confinement en laboratoire des poliovirus sauvages (GAPIII) décrira les activités à réaliser pour le confinement des poliovirus sauvages après l'éradication et les poliovirus VPO/Sabin après l'arrêt de l'utilisation du VPO. GAPIII établit les garanties principales et secondaires pour minimiser le risque de résurgence ou la réintroduction dans l'environnement de la poliomyélite et de réduire les risques liés à une telle introduction. Quatre domaines de travail ont guidé le développement du GAPIII qui devrait être disponible dans une version accessible au public d'ici mi-2006. Cela inclut une définition des besoins programmatiques à long terme pour les poliovirus, une évaluation précise des risques d'exposition aux poliovirus après l'éradication et l'arrêt de l'utilisation du VPO ; une évaluation des conséquences d'une libération d'un poliovirus, et le développement de normes spécifiques pour la gestion des risques dans un nombre limité d'installations où l'on manipulera et stockera de tels virus pendant l'ère post-VPO. (Voir page 27 pour plus de détails).

Réponse : GOARN

Le Réseau mondial OMS d'alerte et d'action en cas d'épidémie (GOARN) est une collaboration technique entre des institutions et des réseaux qui mettent en commun les ressources humaines et techniques pour l'identification rapide, la confirmation et la réponse à des flambées d'ampleur internationale. GOARN apporte un cadre opérationnel pour mettre en liaison ces compétences et connaissances pour que la communauté internationale soit en permanence alertée sur la menace d'épidémies et soit prête à y répondre. La poliomyélite est de plus en plus intégrée à ce réseau, notamment pour la détection de maladie, les mécanismes de réponses et le déploiement de personnel.

Intégration de la capacité et de l'expérience

Amélioration des services de vaccination systématique : « atteindre chaque district »

La stratégie RED (Reaching Every District) a été lancée en 2002 afin de s'appuyer sur l'expérience gagnée par l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite et pour atteindre plus rapidement la cible de 80% de vaccination systématique dans chaque district.

La stratégie RED est basée sur le modèle de l'éradication de la poliomyélite pour atteindre des populations entières grâce à un planning détaillé au niveau des districts. Elle se concentre sur cinq composantes opérationnelles clés qui font partie intégrante du succès de l'éradication de la poliomyélite :

1. Planification et gestion des ressources : mieux gérer les ressources financières et humaines;
2. Supervision « de support » : les superviseurs dispensent les formations « sur place »;
3. Rétablissement de services d'assistance : assistance régulière pour les communautés ayant peu d'accès au soin;

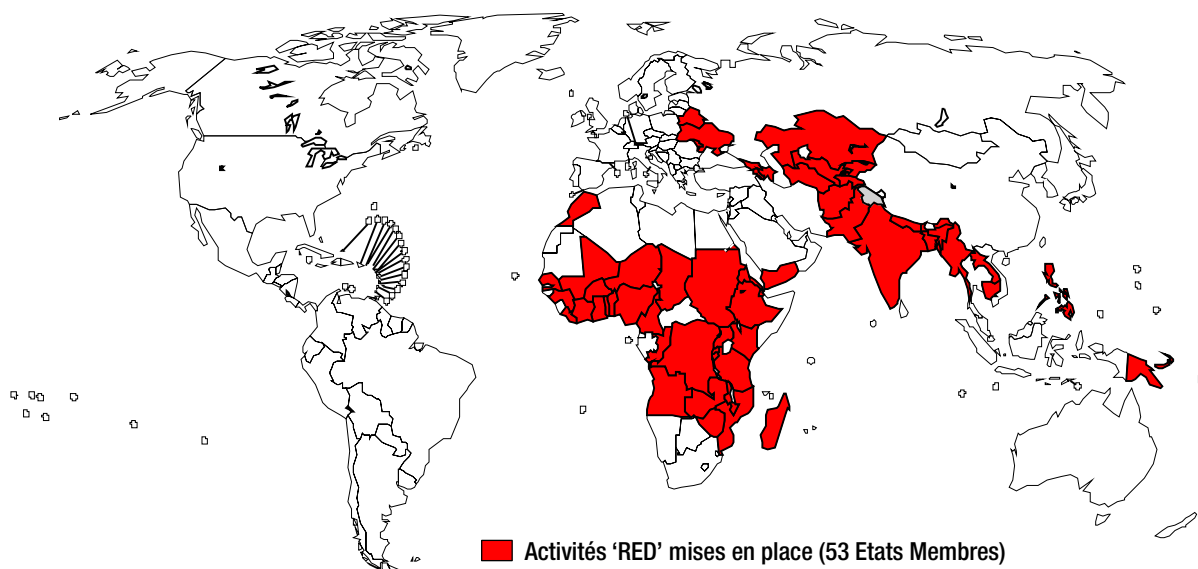
4. Lien entre la communauté et la distribution des services : rencontres régulières entre les membres de la communauté et les personnels de santé;
5. Gestion et utilisation des données pour mettre en place les actions : graphiques pour les doses, cartes de population dans chaque service de santé.

Depuis 2002, 53 pays ont adopté et commencé à utiliser la stratégie RED. Une évaluation menée en juin 2005 dans cinq pays – la République démocratique du Congo, l’Éthiopie, le Kenya, Madagascar et le Zimbabwe – a montré des résultats impressionnants. En effet, entre 2002 et 2004, le nombre de districts ayant atteint la cible de 80% de vaccination systématique est passé de 70 à 197 et le nombre d’enfants non-vaccinés dans ces pays a presque été divisé par deux sur la même période.

Des rapports émanant de pays d’Asie du Sud-est montrent également des avancées encourageantes. Au Bangladesh et au Népal, par exemple, RED aide à identifier les districts sous-performants y compris les populations difficiles à atteindre en proposant une approche de résolution de problèmes.

Dans plusieurs pays, RED aide également à distribuer d’autres interventions sanitaires y compris pour aider à lutter contre la malaria, la malnutrition et les parasites intestinaux.

Pays ayant mis en place des activités ‘RED’ en 2002-2005



Dans tous les pays qui ont adopté et mis en place la stratégie RED à la fin 2005, le personnel financé par le programme de la poliomyélite a intégralement participé à sa mise en œuvre par une étroite collaboration avec les autorités de vaccination nationales. L’Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI) et d’autres partenaires ont apporté un financement vital aux activités des districts.

photo: WHO/C. Black



Soutenir la réponse aux flambées de maladies d’ampleur internationale

Le réseau polio aide régulièrement à répondre à d’autres urgences sanitaires et flambées y compris les flambées de rougeole, de SRAS, de grippe aviaire, de fièvre Marburg et Ebola. Avec des connaissances sur les communautés locales, les systèmes de santé et les structures gouvernementales, la capacité technique du réseau polio dans la surveillance des maladies et

Le réseau polio aide souvent à répondre à d’autres urgences, comme ici en 2005 lors de la flambée de fièvre Marburg en Angola.

L'organisation d'opérations de grande envergure aident souvent les efforts de secours nationaux et internationaux. Vu que le réseau d'éradication de la poliomyélite « muri », d'autres maladies qui avaient déjà utilisé le réseau polio de façon ad hoc s'appuient de plus en plus sur les infrastructures du réseau. En 2005, parmi d'autres, le réseau polio a soutenu des activités de réponse à des flambées de grippe aviaire en Indonésie (et au Nigéria en 2006), de fièvre de Marburg en Angola et de fièvre jaune au Soudan.

Soutien considérable aux réponses humanitaires d'urgence

Le vaste réseau d'éradication de la poliomyélite au niveau des pays est le seul équipé pour apporter un soutien immédiat lors d'urgences ou autres flambées de maladies.

Suite au tremblement de terre dans les zones de la frontière indo-pakistanaise en octobre 2005, plus de 50 médecins du programme pakistanais d'éradication de la poliomyélite sont arrivés en un jour sur le site du tremblement de terre. En plus du soutien logistique crucial composé de 15 véhicules et d'équipement radio et satellite, ils avaient avec eux des vaccins, des médicaments, de l'eau potable et des sacs de couchage. Les médecins ont mené la 1^{re} évaluation rapide de la catastrophe et ont fait part de leurs observations à la capitale permettant ainsi une planification efficace du soutien. Ils ont également dispensé des soins médicaux d'urgence dans les jours qui ont suivi en mettant en place des camps de soins et en transportant les patients tout en planifiant des campagnes de vaccination de grande envergure contre la rougeole, la poliomyélite et le tétanos.

Dans les jours et les semaines qui ont immédiatement suivi le Tsunami en décembre 2004, plus de 20 employés « polio » ont été déployés par le Gouvernement indien dans les zones les plus touchées du sud de l'Inde afin de soutenir les besoins sanitaires. Au niveau du Siège, les employés « polio » ont immédiatement été impliqués dans la mobilisation des ressources financières et la coordination des employés. Dans les pays affectés, les employés « polio » sont arrivés sur place équipés de véhicules et munis de médicaments, y compris des sels de réhydratation oraux et des comprimés de co-trimoxazole pédiatrique pour prévenir les décès par pneumonie. Les employés « polio » ont aussi organisé et aidé à la mise en œuvre des campagnes de vaccination préventives de grande envergure pour administrer à 150 000 enfants les vaccins antipoliomyélitique et antirougeoleux et des suppléments en Vitamine A.



Soutien logistique essentiel lors de la réponse au tremblement de terre au Pakistan.

100 ANS ET 100% D'ENGAGEMENT EN FAVEUR



Rotary

**« Par égard pour les enfants du monde entier, nous devons nous rassembler pour tenir notre promesse d'un monde exempt de toute poliomyélite »,
Carl-Wilhelm Stenhammar,
Président du Rotary International**

Rotary en un coup d'œil

- Fondé le 23 février 1905 à Chicago
 - Plus de 32 000 clubs dans près de 170 pays
 - Plus de 1,2 million de membres dans le monde
 - PolioPlus lancé en 1985
 - Plus de US \$650 millions mobilisés pour combattre la poliomyélite
- Site internet : www.rotary.org



DE L'ÉRADICATION DE LA POLIOMYÉLITE



Le Rotary International, le plus important partenaire du secteur privé de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a, en 2005, fait de cette maladie le point central de son Centième anniversaire, célébrations qui se sont déroulées sur une année.

Le point culminant des célébrations du Centenaire fut la Convention annuelle du Rotary qui s'est tenue du 18 au 23 juin 2005 à Chicago, USA, ville où cette organisation de service volontaire a été fondée par l'avocat Paul Harris en 1905. Une conférence de presse sur le statut de l'éradication de la poliomyélite s'est tenue à l'occasion de cette convention. Le Dr LEE, Jong-wook, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé qui participait à cette conférence de presse a déclaré : « Le Rotary a, sous la forme de millions de volontaires et de partisans, apporté la vision et la force humaine pure. Grâce au Rotary nous avons accompli 99% de notre travail, mais pour finir le 1% restant nous avons plus que jamais besoin du plaidoyer continu du Rotary. Avec votre énergie, votre soutien et votre inégalable dévouement, je sais que nous pouvons faire de l'éradication de la poliomyélite une réalité. »



Depuis le lancement du programme PolioPlus en 1985 jusqu'à l'éradication de la poliomyélite, le Rotary aura :

- contribué pour plus de US \$650 millions et un nombre incalculable d'heures accordées par ses volontaires. Ces fonds ont permis de fournir des vaccins antipoliomyélitiques oraux, du soutien technique, du personnel médical, des équipements de laboratoires et des supports éducatifs pour les travailleurs de santé et le public.
- établi le contact avec les gouvernements du monde entier pour obtenir un soutien vital financier et technique. Depuis 1995, les gouvernements ont apporté un soutien financier de plus de US \$1,7 milliard grâce en partie aux efforts de plaidoyer du Rotary. Ceci ajouté au soutien financier direct du Rotary international équivaut à plus de la moitié des ressources financières nécessaires par le programme pour l'éradication mondiale de la poliomyélite.
- mobilisé des milliers de Rotariens et des millions d'autres volontaires et travailleurs de santé à travers le monde pour vacciner les enfants contre la poliomyélite. Au cours des années, plus d'un million de membres de club du Rotary ont consacré de leur temps et de leur argent à aider à vacciner plus de deux milliards d'enfants au cours des Journées nationales de Vaccination (JNV) dans 122 pays.

4. Engagement politique international

Réunion des Ministres de la Santé en janvier et février

Les partenaires principaux de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite ont accueilli les Ministres de la Santé des pays clés affectés par la poliomyélite pour deux réunions. La première s'est déroulée le 13 janvier 2005 pour l'Afrique (le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, l'Égypte, le Niger, le Nigéria, la République centrafricaine, le Soudan et le Tchad) et la deuxième le 4 février 2005 pour l'Asie (l'Afghanistan, l'Inde et le Pakistan). Au cours de ces réunions, les gouvernements ont présenté les progrès accomplis par rapport à la Déclaration pour l'Éradication de la poliomyélite de 2004 et ont établi des plans aux niveaux international, national, et local afin d'assurer que la transmission de la poliomyélite est stoppée partout dans le monde.

Assemblée mondiale de la Santé (WHA)

En mai 2005, l'Assemblée mondiale de la Santé a réaffirmé son engagement envers l'éradication de la poliomyélite, en louant les progrès notables accomplis dans les zones endémiques et en mettant en avant le risque continu d'importations de poliomyélite tant que la transmission du virus n'est pas stoppée partout dans le monde. La WHA a appelé tous les États Membres à apporter un soutien financier et politique accru pour assurer le succès dans l'éradication de cette maladie.

L'Organisation de la Conférence islamique

Suite à la Résolution adoptée en 2003 par l'Organisation de la Conférence islamique (OCI) lors du 10e Sommet islamique, la République de Turquie et le Royaume d'Arabie Saoudite ont, en 2005, apporté un soutien financier aux activités mondiales d'éradication de la poliomyélite. Le Secrétaire général de l'OCI s'est, pour la première fois, rendu au Siège de l'OMS pour y rencontrer le Directeur général afin de s'entretenir des efforts d'éradication de la poliomyélite dans les pays de l'OCI. Une nouvelle version de la Résolution sur l'éradication de la poliomyélite a été adoptée lors de la Conférence islamique des ministres des Affaires étrangères qui s'est tenue à Sanaa au Yémen en juin 2005. Lors de la 1re conférence ministérielle islamique sur l'enfant qui s'est tenue à Rabat au Maroc, et du 3e Sommet islamique extraordinaire de Makka Almukarama (La Mecque), la poliomyélite a également été mise sur le devant de la scène.

Le Commonwealth

Reconnaissant que la plus forte incidence de la transmission du poliovirus sauvage, en 2005, est enregistrée dans trois pays du Commonwealth, l'Inde, le Nigéria et le Pakistan, le Secrétaire général du Commonwealth s'est assuré que le sujet de l'éradication de la poliomyélite soit abordé lors de ses conversations avec les officiels gouvernementaux de ces pays. De plus, le Secrétaire général a convoqué une réunion sur l'éradication de la poliomyélite invitant les Hauts Commissaires d'Inde, du Nigéria et du Pakistan et les partenaires de l'éradication afin de discuter des progrès et des défis de l'éradication de la poliomyélite.

Bureau du Secrétaire général des Nations Unies

Lors d'une visite officielle à Genève, le Secrétaire général des Nations Unies, Kofi Annan, a été informé sur les efforts mondiaux d'éradication de la poliomyélite. Le Secrétaire général a réaffirmé le soutien continu des Nations Unies, en particulier en aidant à assurer le financement nécessaire pour rapidement éradiquer la poliomyélite. La présentation sur la poliomyélite faisant partie d'un briefing global donné au Secrétaire général sur le travail lié aux flambées de maladie, y compris les risques de pandémie de grippe.

Le Secrétaire général des Nations Unies, Kofi Annan (deuxième à gauche), est mis au courant des progrès réalisés en vue de l'éradication de la poliomyélite par le Dr LEE Jong-wook, Directeur général de l'OMS (à gauche) et le Dr David Heymann, Représentant du Directeur général de l'OMS pour l'éradication de la poliomyélite (à droite).



Les Clubs du Rotary

En fin 2005 et début 2006, des centaines de membres des clubs du Rotary des Etats-Unis, du Canada, de France, des Pays-Bas, d'Australie, de Singapour et de Malaisie ont rejoint les milliers de leurs collègues rotariens et des millions d'autres volontaires et travailleurs de santé en Inde, en Indonésie et au travers de l'Afrique pour aider à la vaccination d'enfants contre la poliomyélite. Par l'intermédiaire du Rotary International, le combat contre la poliomyélite a largement été mené par des volontaires. Depuis la mobilisation de ressources financières jusqu'au travail sur le terrain, les membres du Rotary font tout ce qui est en leur pouvoir pour mettre fin une bonne fois pour toute à cette maladie. « Nous travaillerons du crépuscule à l'aube pour assurer que tous les enfants de moins de cinq ans sont vaccinés » a déclaré Bruce Howard, un membre du Club du Rotary de Californie, USA, conduisant une équipe de 27 Rotariens lors des campagnes de vaccination au Nigéria au mois de novembre.



JM Giboux/Rotary International

Les volontaires du Rotary du monde entier soutiennent les efforts d'éradication de la poliomyélite, comme ici lors d'une JNV au Mali.

Les dirigeants nationaux

A travers le monde, les dirigeants de pays affectés par la poliomyélite ont, en 2005, honoré de leur présence les Journées nationales de Vaccination. Le Président Hamid Karzai a lancé les JNV dans son pays et s'est adressé à la population à la télévision pour encourager les parents à faire vacciner leurs enfants. Lors du Sommet de l'Union africaine qui s'est tenu à Abuja, au Nigéria, le Président Obasanjo s'est entretenu avec les Chefs d'Etats africains sur l'éradication de la poliomyélite, il a également rencontré les Gouverneurs et les leaders religieux et traditionnels du Nigéria afin de souligner l'importance de la vaccination systématique et de l'interruption de la transmission du poliovirus. La 1^{re} Dame d'Indonésie a pris part au lancement des JNV en réponse à la flambée de poliomyélite dans son pays et a personnellement encouragé les vaccinateurs et les parents.



Le Président afghan, Hamid Karzai, administrant le VPO à un enfant.



Le Président nigérian, Olusegun Obasanjo, portant un dossard vert en faveur de l'éradication de la poliomyélite lors du lancement de JNV.



La 1^{ère} Dame d'Indonésie, Ani Yudhoyono, lors d'un discours sur l'importance du vaccin antipoliomyélique à l'occasion du lancement d'une JNV.

Photo: WHO/Moran

5. Donateurs

Un soutien financier sans précédent d'un montant de US \$965 millions provenant de donateurs anciens et nouveaux en 2005 a permis d'assurer que les campagnes de vaccination intensifiées en Afrique et en Asie puissent se dérouler comme prévu, que les pays puissent rapidement répondre aux flambées de poliomyélite et que les infrastructures d'éradication de la poliomyélite soient renforcées et continuent de renforcer les infrastructures de santé publique dans de nombreux pays, particulièrement en Afrique.

Les leaders du G8 se sont engagés à poursuivre ou augmenter leurs contributions financières à l'éradication de la poliomyélite

A Gleneagles, Ecosse, en juillet 2005, les leaders du G8 se sont réengagés envers l'éradication de la poliomyélite en promettant de « soutenir l'initiative pour l'éradication de la polio pendant la période qui suivra l'éradication en 2006-2008, par la poursuite ou l'accroissement de nos contributions en visant l'objectif de 829 millions de dollars et par la mobilisation d'autres donateurs ». Le Royaume-Uni (RU) a pris des mesures immédiates en s'engageant à verser £60 millions pour la période 2005-2008. Le total des contributions des pays du G8 – les Etats-Unis d'Amérique, le RU, le Japon, Le Canada, l'Allemagne, la France, l'Italie et la Fédération de Russie – se monte, à ce jour, à 52% des contributions financières pour l'éradication de la poliomyélite.

Le partenariat de lutte contre la poliomyélite s'est agrandi en 2005 : la Suède a réaffirmé son engagement de longue date en faveur de la santé des enfants en faisant une contribution extraordinaire de US \$30 millions et plusieurs pays de l'Organisation de la Conférence islamique (OCI), dont l'Arabie Saoudite, le Qatar et la Turquie, ont rejoint la Malaisie en prenant action sur les résolutions émises au Sommet de l'OCI de Putrajaya en Malaisie en octobre 2003 et à la réunion des Ministres des Affaires étrangères d'Istanbul en Turquie en juin 2004. L'Espagne et Monaco ont également rejoint l'Initiative et l'Islande, la République Tchèque et Singapour ont également fait leur première contribution en 2005.

La Fondation Bill et Melinda Gates et la Croix Rouge américaine ont également contribué à aider les pays dans leurs réponses aux flambées respectivement dans la Corne de l'Afrique et en Indonésie dans les zones touchées par le Tsunami.

La priorité principale de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite – et le point focal pour 2006 – est de rapidement interrompre la transmission de la poliomyélite dans les pays affectés par la poliomyélite et d'aider le monde à rester exempt de toute poliomyélite dans l'attente que le Nigéria arrête la transmission. Parallèlement, les préparations qui ont été faites pour un éventuel arrêt de l'utilisation du VPO dans la vaccination systématique doivent continuer.

La clé du succès réside dans un soutien financier continu de la communauté internationale, tout particulièrement en comblant le déficit de financement de US \$85 millions pour 2006. Afin de mettre en place les activités prévues, US \$400 millions doivent être mis à disposition pour 2007-2008.

L'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI) et la Facilité internationale de Financement pour la Vaccination (IFFIm)

Dans une affirmation du soutien international à l'éradication de la poliomyélite, le Conseil de GAVI a approuvé que US \$191 millions soient alloués de l'IFFIm pour la création d'une réserve des mVPO pour l'ère post-éradication. Les fonds devraient être disponibles à partir de mi-2006.

Allemagne

L'Allemagne a versé US \$12 millions pour l'éradication de la poliomyélite au Nigéria, en reprogrammant de fonds existants pour l'achat de VPO. L'Allemagne a également versé US \$12 millions pour l'approvisionnement de VPO en Inde et US \$1,15 million pour les activités mondiales.

Australie

L'Australie s'est engagée à verser US \$6,32 millions pour les campagnes de vaccination antipoliomyélique en Indonésie. Cette contribution correspondant au montant des contributions des Rotariens australiens pour les efforts mondiaux d'éradication de la poliomyélite.

Autriche

L'Autriche s'est engagée à verser US \$790 000 pour les efforts d'éradication de la poliomyélite dans la région de Somali en Ethiopie.

La Banque africaine de Développement

La Banque africaine de Développement a approuvé une subvention de US \$2 millions pour les activités d'éradication de la poliomyélite au Burkina Faso, au Niger, au Nigéria et au Tchad. C'est la 1^{ère} contribution de la Banque africaine de Développement à l'éradication de la poliomyélite.

Canada

En 2005, le Canada a versé une somme totale de US \$40,57 millions pour l'éradication de la poliomyélite. Ceci comprend une contribution extraordinaire de US \$34 millions pour aider à stopper la flambée de poliomyélite en Afrique centrale et de l'ouest. Des fonds pour l'éradication de la poliomyélite ont également été alloués à travers la subvention accordée au Nigéria pour renforcer son système de vaccination systématique mais également une contribution correspondant au montant des contributions des Rotariens canadiens pour les efforts mondiaux d'éradication de la poliomyélite.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des Etats-Unis d'Amérique

CDC est un des partenaires techniques principaux de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. En 2005, le Congrès américain a alloué, par l'intermédiaire du CDC, US \$98,8 millions pour l'approvisionnement en VPO, les coûts opérationnels et le soutien au programme par l'intermédiaire de l'UNICEF et de l'OMS. Le CDC a également financé l'envoi sur le terrain d'épidémiologistes, de virologues et d'autres personnes chargées de soutien technique afin d'aider l'OMS, l'UNICEF et les pays touchés par la poliomyélite à mettre en œuvre les efforts d'éradication.

Commission européenne

En 2005-2006, la Commission européenne a apporté une subvention conséquente de US \$70 millions pour les activités d'éradication de la poliomyélite dans 14 pays d'Afrique. Ces fonds ont joué un rôle critique d'aide pour stopper la flambée de poliomyélite en Afrique centrale et de l'ouest. Le Service d'Aide Humanitaire de la Commission européenne (ECHO) a accordé une subvention d'urgence de US \$580 000 au Yémen pour combattre l'épidémie de poliomyélite.

La Croix Rouge américaine

La Croix Rouge américaine, par l'intermédiaire de la Fondation des Nations Unies, a versé US \$5 millions pour financer les activités de vaccination antipoliomyélique en Indonésie dans les zones touchées par le Tsunami. Cette contribution a permis de renforcer la chaîne du froid mais aussi d'assurer que la mobilisation sociale et une communication de grande envergure avaient préparé les communautés à faire vacciner leurs enfants.

Espagne

En 2005, l'Espagne a apporté un fort soutien aux efforts mondiaux d'éradication de la poliomyélite en apportant une contribution financière de US \$2,85 millions. Cette contribution consiste dans le financement au niveau mondial ainsi que dans le financement d'activités dans huit pays d'Afrique comprenant des activités de surveillance en Angola, au Cap-Vert et en Guinée-Bissau.

Fédération de Russie

En 2005, la Fédération de Russie a apporté une contribution de US \$4 millions, portant ainsi le montant total de ses contributions à US \$8 millions.

Finlande

La Finlande a continué à soutenir le laboratoire polio de référence à Helsinki en lui allouant US \$380 000 sur deux ans.

Le Fond de l'OPEP pour le développement

Le Fond de l'OPEP pour le développement a apporté une contribution financière de US \$600 000 pour soutenir les activités de vaccination antipoliomyélitique au Tchad, au Niger et au Burkina Faso.

La Fondation Bill et Melinda Gates

La Fondation Bill et Melinda Gates a continué son fort soutien à l'éradication de la poliomyélite en apportant une contribution financière de US \$10 millions pour le développement et les essais du vaccin antipoliomyélitique oral monovalent (mVPO). La Fondation Bill et Melinda Gates s'est ensuite engagée à de nouveau verser US \$25 millions pour soutenir les activités de réponse d'urgence des pays de la Corne de l'Afrique nouvellement affectés par la poliomyélite.



La Fondation des Nations Unies (UNF)

En 2005, l'UNF a apporté une contribution financière de US \$ 2,71 millions à l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite pour soutenir l'UNICEF et l'OMS en Afghanistan et en Inde. L'UNF a également poursuivi son soutien aux efforts de mobilisation de ressources financières de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. Elle a maintenu son rôle au sein du partenariat d'investissement pour la poliomyélite, partenariat composé de la Banque mondiale, de la Fondation Bill et Melinda Gates, du Rotary International et de l'UNF. L'UNF a également travaillé avec la Croix-Rouge américaine pour acheminer des fonds pour les activités d'éradication de la poliomyélite dans les zones d'Indonésie touchées par le Tsunami.

France

La France a versé US \$12,44 millions à l'éradication de la poliomyélite en 2005. Ce financement correspond au versement par la France de financement mondial en respect de l'engagement du G8 en faveur de l'éradication de la poliomyélite, de versement de fonds pour les activités de vaccination antipoliomyélitique en Ethiopie et le détachement de fonctionnaires techniques qui participent aux efforts d'éradication de la poliomyélite au Tchad et au Niger.



Inde

Le Gouvernement indien a alloué US \$58,3 millions de ressources financières domestiques et a eu accès aux prêts IDA de la Banque mondiale pour US \$72,7 millions pour l'achat de VPO et le soutien à la mise en place des stratégies intensives d'éradication de la poliomyélite en 2005. Lors des activités nationales de vaccination antipoliomyélitique, les campagnes ont vacciné à plusieurs reprises plus de 171 millions d'enfants.

Indonésie

L'Indonésie a fourni US \$13,8 millions en ressources financières domestiques en réponse à la flambée de 2005. Des ressources financières domestiques supplémentaires ont également été allouées pour les activités nationales de vaccination antipoliomyélitique de 2006.

Irlande

L'Irlande a ajouté à sa contribution annuelle pour les activités mondiale de US \$1,21 million une contribution de US \$605 000 pour aider les pays dans leurs réponses à des flambées.

Islande

L'Islande a apporté sa toute première contribution de US \$50 000 aux efforts mondiaux d'éradication de la poliomyélite, ajoutant ainsi son nom à la liste grossissante des gouvernements et institutions qui sont engagés pour en finir avec la poliomyélite.

Italie

En 2005, l'Italie a effectué le premier versement de US \$6 millions de sa contribution totale de €14 millions prévue sur trois ans en respect de l'engagement du G8. De plus l'Italie a fourni US \$120 000 pour la réponse à la flambée en Angola.

Japon

Le Japon est le 3e plus gros donateur du secteur public de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite et un supporter de longue date. Le Japon a continué son soutien en contribuant US \$26,5 millions pour l'achat de VPO pour les AVS dans les pays prioritaires, y compris pour le financement d'urgence de la réponse à la flambée en Indonésie.

Luxembourg

En 2005, le Luxembourg a contribué à US \$907 500 pour soutenir les activités de vaccination antipoliomyélitique de six pays d'Afrique.

Monaco

Monaco a continué de soutenir l'Initiative par une contribution de US \$ 50 000 pour les activités d'éradication au Niger en 2005 et a fourni une contribution supplémentaire de US \$13 000 en fin d'année.

Norvège

La Norvège a continué son fort soutien à l'éradication mondiale de la poliomyélite en apportant une contribution financière de US \$7 millions de financement mondial et US \$470 000 pour le financement des activités au Nigéria.

Nouvelle-Zélande

La Nouvelle-Zélande a apporté une contribution financière de US \$1,4 millions pour les efforts mondiaux d'éradication de la poliomyélite. Le montant de cette contribution correspondant au montant des contributions des Rotariens néo-zélandais pour les efforts mondiaux d'éradication de la poliomyélite.

Pakistan

Le Gouvernement du Pakistana a alloué US \$2,25 millions de ressources financières domestiques pour l'achat de VPO pour les campagnes antipoliomyélitiques dans son pays.

Partenariat d'investissement de la Banque mondiale pour l'éradication de la poliomyélite

En 2005, la Banque mondiale a continué de soutenir l'éradication de la poliomyélite en allouant US \$47 millions en prêts IDA pour la Phase II au Nigéria pour l'approvisionnement en vaccins pour 2006-2007.

Pays-Bas

Les Pays-Bas ont apporté US \$190 000 à des institutions hollandaises soutenant l'éradication de la poliomyélite et US \$180 000 pour les activités d'éradication au Togo.

Portugal

Le Portugal a procédé au dernier versement de son engagement sur trois ans de US \$450 000 pour les efforts d'éradication de la poliomyélite en Angola et a versé US \$120 000 supplémentaires pour les activités dans ce pays.

Le Programme des pays arabes du Golfe pour les organisations de développement des Nations Unies (AGFund)

Le AGFund a versé US \$160 000 pour soutenir la vaccination antipoliomyélitique en Ethiopie.

Rotary International

Le Rotary International, un des partenaires principaux de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, est le plus grand donateur du secteur privé à l'Initiative : Lorsque l'éradication mondiale de la poliomyélite aura été certifiée, le Rotary International aura contribué plus de US \$600 millions. En 2005, Le Rotary International a apporté une contribution financière de US \$29,24 millions en financement mondial. Il est également remarquable que la campagne d'adhésion au Rotary International pour mobiliser des ressources pour l'éradication de la poliomyélite de 2003 permette encore de récolter des fonds et que fin-2005 un total de US \$135 millions auront ainsi été récoltés.

Royaume d'Arabie Saoudite

Le Royaume d'Arabie Saoudite a fait sa toute première contribution aux efforts mondiaux d'éradication de la poliomyélite en versant US \$2,66 millions pour les activités mondiales et US \$500 000 pour les activités au Yémen.

Royaume-Uni – DFID (Department for International Development) – Département pour le développement international

Le Royaume-Uni (RU) s'est engagé à verser US \$108 millions sur 2005-2007 et a appelé les autres pays du G8 à suivre son exemple juste avant le Sommet du G8 de Gleneagles en Ecosse. Des fonds supplémentaires ont aussi été débloqués pour soutenir les activités au Bangladesh, en Inde, en Indonésie, au Myanmar, en Somalie et en Ouganda. Le RU est le second plus important donateur du secteur public à l'Initiative avec un montant de ses contributions s'élevant à plus de US \$500 millions.

Singapour

Singapour a fait sa toute première contribution d'un montant de US \$10 000 pour aider à stopper la flambée de poliomyélite en Indonésie.

Suède

La Suède a fini de verser sa contribution totale de US \$30 millions fin 2004. Ces fonds ont été essentiels dans la mise en œuvre des campagnes de vaccination antipoliomyélitique synchronisées en Afrique centrale et de l'ouest du début 2005 permettant ainsi d'aider à stopper les flambées survenues dans ces régions. De plus, en décembre 2005, la Suède a versé US \$130 000 de son excédent budgétaire.

Turquie

La Turquie a fait sa toute première contribution de US \$500 000 pour les efforts mondiaux d'éradication de la poliomyélite. Le rôle prépondérant de la Turquie au sein de l'Organisation de la Conférence islamique (OCI) a été primordial pour développer un fort engagement politique en faveur de l'éradication de la poliomyélite au sein de l'OCI.

UNICEF – Fond des Nations Unies pour l'Enfance

L'UNICEF, un des partenaires principaux de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a apporté un soutien financier de plusieurs façons.

- Les Comités nationaux : les Comités nationaux de l'UNICEF d'Allemagne, du Canada et de Suisse ont apporté une contribution de US \$1,02 millions pour les activités d'éradication de la poliomyélite.
- Le budget régulier : l'UNICEF a consacré US \$4,9 millions de son budget régulier à la poliomyélite. La majorité de ces fonds ont été alloués pour les activités en Indonésie et au Nigéria.
- Autres ressources : l'UNICEF a apporté un soutien financier exceptionnel de US \$6,2 millions pour stopper la flambée de poliomyélite en Indonésie.

USAID (The US Agency for International Development) – l'Agence américaine pour le développement international

Le Congrès américain a alloué US \$32 millions par l'intermédiaire de l'USAID pour soutenir les efforts mondiaux d'éradication de la poliomyélite. En plus, l'USAID a aidé à obtenir US \$2 millions de la Management Sciences for Health (MSH) pour l'Afghanistan et US \$400 000 pour les activités d'urgence au Soudan par le OFDA (Office of the US Foreign Disaster Assistance), Bureau pour l'aide des Etats-Unis en cas de désastres à l'étranger.

6. Glossaire

ACPE	Comité consultatif sur l'éradication de la poliomyélite
AFRO	Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique
AMRO	Bureau régional de l'OMS pour les Amériques
AVS	Activités de vaccination supplémentaire
CCI	Comité de coordination interagence
CCN	Comité national de certification
CCR	Commission de certification régionale
CDC	US Centers for Disease Control and Prevention
CE	Commission européenne
DFID	Department for International Development
EMRO	Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale
EURO	Bureau régional de l'OMS pour l'Europe
EPI	Programme élargi de vaccination
GAPIII	Plan d'action mondial pour le confinement en laboratoire des poliovirus sauvage
GAVI	Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination
GCC	Commission mondiale de certification de l'éradication de la poliomyélite
IFFIm	Facilité de financement internationale de financement pour la vaccination
ITN	Moustiquaire traitée avec un insecticide
JLV	Journée locale de vaccination
JNV	Journée nationale de vaccination
NU	Nations Unies
OCI	Organisation de la conférence islamique
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PDSV	Poliovirus dérivé d'une souche vaccinale
PDSVc	Poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale
PFA	Paralysie flasque aigue
RED	"atteindre chaque district"
SEARO	Bureau régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-est
UNF	Fondation des Nations Unies
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USAID	The US Agency for International Development
VPI	Vaccin antipoliomyélitique inactivé
VPO	Vaccin antipoliomyélitique oral
VPOm	Vaccin antipoliomyélitique oral monovalent
VPOt	Vaccin antipoliomyélitique oral trivalent
WHA	Assemblée mondiale de la Santé
WPRO	Bureau régional de l'OMS pour le Pacific occidental

