

WHO/POLIO/07.02

POLIO

RAPPORT ANNUEL 2006

INITIATIVE
MONDIALE POUR
L'ERADICATION
DE LA POLIOMYELITE



POLIO

RAPPORT ANNUEL 2006

INITIATIVE MONDIALE POUR L'ERADICATION DE LA POLIOMYELITE

Référence du document : WHO/Polio/07.02

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, 2007**

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès de l'équipe Marketing et diffusion, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27, Suisse (téléphone : +41 22 791 2476 ; fax : +41 22 791 4857 ; e-mail : bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées à l'unité Publications, à l'adresse ci-dessus (fax : +41 22 791 4806 ; e-mail : permissions@who.int).

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

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

L'Organisation mondiale de la Santé ne garantit pas l'exhaustivité et l'exactitude des informations contenues dans la présente publication et ne saurait être tenue responsable de tout préjudice subi à la suite de leur utilisation.

Photographie en couverture : Une jeune fille se fait vacciner pendant les campagnes de vaccination menées en novembre 2006 au Baloutchistan, au Pakistan. ©WHO/Rudi Tangermann.

Conception et disposition : L'IV Com Sàrl, Morges, Suisse.

Imprimé en Suisse.

TABLE DES MATIERES

AVANT-PROPOS	4
1 ■ RESUME	6
2 ■ EVENEMENTS CLES EN 2006	8
3 ■ LES OBJECTIFS STRATEGIQUES	10
3.1 Interruption de la transmission du poliovirus	10
3.2 Surveillance et certification de l'éradication mondiale de la poliomyélite	20
3.3 Mise au point de produits pour l'arrêt potentiel de l'utilisation du VPO à l'échelle mondiale	26
3.4 Intégration de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite	32
4 ■ FINANCEMENT	35
5 ■ GLOSSAIRE TERMINOLOGIQUE	39

AVANT-PROPOS

DES PRINCIPAUX PARTENAIRES DE L'INITIATIVE MONDIALE POUR L'ÉRADICATION DE LA POLIOMYELITE

En février 2007, un rassemblement majeur s'est tenu à Genève. Les Chefs d'Etat des quatre pays n'ayant à ce jour pas interrompu la transmission du poliovirus sauvage, à savoir l'Afghanistan, l'Inde, le Nigéria et le Pakistan, ont envoyé des chefs de mission pour assister à une consultation urgente des parties principales sur le développement futur de l'éradication de la poliomyélite. La réunion était organisée en réponse au scepticisme exprimé par plusieurs voix au cours de l'année 2006 quant à la faisabilité de l'éradication.

Malgré la quasi-disparition des flambées épidémiques causées par la propagation internationale de la poliomyélite vers des régions autrefois exemptes de poliomyélite en 2003-2006, et le fait que l'Égypte et le Niger aient interrompu la transmission de poliovirus endémiques, des défis certains devaient encore être relevés dans chacun des pays d'endémie restants : problèmes d'insécurité en Afghanistan, circulation intense du virus au nord de l'Inde, accès difficile aux communautés de régions reculées du Pakistan et couverture insuffisante pendant les campagnes de vaccination au nord du Nigéria.

Toutefois, l'année 2006 a été marquée par la mise en place inédite de nouveaux outils : vaccins et procédures de diagnostic renforcées visant à confirmer les cas de poliomyélite et à protéger plus rapidement les enfants, et nouvelles tactiques destinées à prévenir la propagation internationale de la poliomyélite et à immuniser chaque enfant dans les zones d'endémie. En octobre 2006, le groupe consultatif technique indépendant rattaché à l'Initiative pour l'éradication a conclu que la poliomyélite pouvait être éradiquée, et une analyse économique indépendante récente a montré que l'éradication valait mieux qu'un contrôle intensif. Au vu de ces développements, la consultation de février 2007 s'est soldée par un engagement renouvelé pour l'éradication de la poliomyélite de la part de tous les partenaires principaux.

Le succès sera un
don perpétuel
pour les enfants des
générations futures.

Le succès est
la seule option.

Lors de son lancement en 1988, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite se trouvait face à un monde où plus de 350 000 enfants étaient paralysés par la poliomyélite chaque année, dans plus de 125 pays. Pourvu de vaccins antipoliomyélitiques oraux, d'une planification méticuleuse et d'une énergie débordante, ce partenariat novateur est venu à bout de la poliomyélite dans les régions des Amériques, du Pacifique occidental, de l'Europe et dans toute l'Afrique et l'Asie, à l'exception de quatre pays. Les uns après les autres, les pays ont disparu de la carte des pays d'endémie. Depuis le lancement de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, on estime à cinq millions le nombre de personnes qui marchent aujourd'hui et qui seraient paralysées si elles n'avaient pas reçu le vaccin antipoliomyélitique oral très tôt durant l'enfance.

L'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a mis en place une surveillance hautement sensible de la paralysie flasque aiguë (PFA) et un séquençage génétique conçu pour détecter et suivre la présence et les mouvements du poliovirus, qui agit dans l'ombre.

La planification de la campagne de vaccination a permis de cartographier chaque habitat humain, afin d'identifier tous les enfants sans exception. Les fabricants de vaccins ont adopté un système d'autocollants de couleur variable pour leurs flacons, indiquant si le vaccin – qui exige une température peu élevée – était encore efficace au moment de l'utilisation. Un réseau de laboratoires complexe a été mis en place pour identifier les virus, et des protocoles élaborés de réponse à la flambée ont été déployés au fur et à mesure que les pays devenaient exempts de poliomyélite. Cette surveillance approfondie et ce vaste réseau de laboratoires sont indispensables dans de nombreuses situations d'urgence, et interviennent régulièrement pour d'autres flambées de maladies infectieuses, y compris la grippe aviaire.

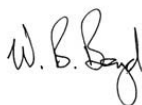
L'éradication d'un virus est un fait historique en soi, mais nous pouvons encore faire plus, et les enjeux sont bien plus importants. L'infrastructure pour l'éradication de la poliomyélite a permis de prévenir et de répondre à d'autres maladies et a formé des millions de volontaires. Les efforts d'éradication de la poliomyélite ont amené des factions en guerre à interrompre leur combat pour que les agents de vaccination puissent soigner l'ensemble des enfants. La cause de l'éradication a rassemblé des experts de la santé, des transports, de la sécurité, du tourisme, de l'éducation et d'autres secteurs encore, générant un partenariat multisectoriel sans précédent. L'importance symbolique et concrète de l'éradication de la poliomyélite sensibilisera le monde à d'autres initiatives de santé et de développement, y compris à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement.

Maintenant que le monde est à deux doigts de se débarrasser à jamais de la poliomyélite, nous devons absolument mener à bien notre tâche. À l'aide de stratégies sur mesure adaptées aux quatre derniers pays d'endémie, nous devons collectivement et efficacement utiliser les outils les plus novateurs et les mieux adaptés qu'aient connus l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. Mais le succès dépend d'un profond engagement de tous les niveaux de la société : gouvernements des pays d'endémie, en commençant par le Chef d'Etat mais aussi leaders politiques, religieux, chefs traditionnels et responsables du secteur privé pour motiver et inspirer ; partenaires de développement internationaux pour garantir la disponibilité des fonds ; et communautés pour veiller à ce que tous les enfants soient vaccinés.

Le succès sera un don perpétuel pour les enfants des générations futures. Le succès est la seule option.



Margaret Chan, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé



William B. Boyd, Président du Rotary International 2006–07



Julie Gerberding, Directeur des US Centers for Disease Control and Prevention



Ann M. Veneman, Directeur général de l'UNICEF

1

RESUME

L'année 2006 a tout d'abord confirmé l'arrêt de la transmission du poliovirus sauvage indigène en Egypte et au Niger, réduisant le nombre de pays d'endémie* à quatre, chiffre historiquement le plus bas. Dans les pays restants, à savoir l'Afghanistan, l'Inde, le Nigéria et le Pakistan, l'intensification des campagnes de vaccination est parvenue, fin 2006, à réduire la zone géographique de transmission du virus.

Le nombre de pays n'ayant jamais interrompu la transmission du poliovirus indigène a été réduit à quatre, le chiffre le plus bas de l'histoire.

Pour répondre au nombre croissant de cas recensés en début d'année, le Nigéria a lancé au mois de mai les « Journées de vaccination Plus », complétant les campagnes de vaccination antipoliomyélitique avec d'autres interventions sanitaires, et améliorant par la même occasion la couverture vaccinale. Un programme intensif de vaccination en riposte à une forte épidémie survenue en Inde a permis de réduire considérablement la flambée comparé aux années précédentes : une analyse du statut immunitaire des cas recensés a montré que les enfants de plus de deux ans étaient bien vaccinés, ce qui permettait de se concentrer sur les enfants plus jeunes, chez qui les déficits de protection immunitaire sont désormais limités. De nouvelles études épidémiologiques ont montré que les conditions démographiques et sanitaires uniques observées dans le nord de l'Inde diminuaient l'efficacité du vaccin antipoliomyélitique oral trivalent dans cette région spécifique, incitant donc à utiliser davantage la forme plus efficace du vaccin monovalent.

La circulation prolongée du poliovirus entre le Pakistan et l'Afghanistan, favorisée par le mouvement fréquent de personnes sur une frontière poreuse, a imposé une meilleure synchronisation des campagnes de vaccination et des activités aux postes frontaliers. En Afghanistan, le Président Hamid Karzai a surveillé de près les activités d'éradication de la poliomyélite, motivé en partie par une flambée épidémique survenue dans la région Sud en début d'année et exacerbée par des problèmes croissants d'insécurité.

Le Comité consultatif sur l'éradication de la poliomyélite a réaffirmé la faisabilité technique et opérationnelle de l'éradication de la poliomyélite.

Seuls 10 des 26 pays réinfectés depuis 2003 signalaient encore une transmission de la poliomyélite au cours du deuxième semestre 2006, grâce à des réponses vaccinales rapides et intensives. La fin des flambées en Indonésie et au Yémen, pays qui recensaient le plus grand nombre de cas, a été un succès important. En fin d'année, les flambées épidémiques à risque élevé dues à des importations de virus se limitaient à l'Afrique centrale, à la Corne de l'Afrique et au Bangladesh.

S'appuyant sur les progrès réalisés en 2006, le Comité consultatif sur l'éradication de la poliomyélite (ACPE), organe indépendant de conseil technique rattaché à l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, a réaffirmé en octobre la faisabilité technique et opérationnelle de l'éradication de la poliomyélite. L'ACPE a noté que le succès dépendait des quatre pays restants, qui disposent aujourd'hui des meilleurs outils pour mener à bien l'éradication : le puissant vaccin antipoliomyélitique oral monovalent (VPOm) capable de renforcer plus rapidement les niveaux d'immunité et des procédures de laboratoire réduisant de moitié le temps nécessaire pour confirmer la présence du poliovirus et permettant une réponse immunitaire plus rapide.

* Les pays n'ayant jamais interrompu la transmission du poliovirus sauvage indigène sont appelés pays endémiques tout au long de ce rapport.

Avec l'accès à des outils et stratégies de nouvelle génération, le monde a désormais toutes les cartes en main pour reléguer définitivement ce fléau ancestral aux livres d'histoire.

Pour assurer le succès, il faut combler au plus vite le déficit de financement de US \$ 540 millions pour 2007–2008.

Les organismes consultatifs techniques nationaux des quatre pays d'endémie se sont réunis en décembre 2006 afin de recommander de nouvelles approches sur mesure pour l'année 2007 capables de relever les défis opérationnels spécifiques dans chaque zone d'endémie restante. Le succès dépend désormais de l'augmentation rapide des niveaux de couverture vaccinale et d'immunité dans les zones d'endémie, aux niveaux au moins atteints dans les régions exemptes de poliomyélite de ces mêmes pays.

Avec une zone géographique de transmission du poliovirus plus réduite que jamais, et l'accès à des outils et stratégies de nouvelle génération, le monde a désormais toutes les cartes en main pour reléguer définitivement ce fléau ancestral aux livres d'histoire, à condition qu'il y ait un désir commun à l'échelle mondiale et un engagement politique continu de la part des plus hautes instances. La clé du succès reposera sur la mise en œuvre intégrale des nouvelles approches ciblées, sur des opérations de haute qualité et sur le soutien constant des donateurs, notamment pour combler au plus vite le déficit de financement mondial de US \$ 540 millions pour 2007–2008 (à compter de mai 2007).

2 EVENEMENTS

En 2006, les partenaires de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite ont vacciné **375** millions d'enfants au cours de **187** campagnes de vaccination dans **36** pays, utilisant **2,1** milliards de doses de vaccin.



L'Égypte et le Niger confirment qu'ils ont interrompu la transmission du poliovirus indigène

Le Bangladesh souffre d'importations de virus après cinq années sans cas de poliomyélite.

Les flambées épidémiques sont stoppées en Indonésie et au Yémen.

Une flambée débute dans l'état indien de l'Uttar Pradesh, atteignant son pic en septembre.

Un incendie dans le laboratoire de Mumbai pour la poliomyélite nécessite un redéploiement du personnel et des échantillons de selles.

L'Initiative perd un champion avec le décès du Directeur général de l'OMS, LEE Jong-wook.

En Namibie, une flambée due aux virus importés est stoppée en 50 jours, grâce aux nouvelles recommandations de réponse aux flambées établies par l'Assemblée mondiale de la Santé en mai.

Janvier

Février

Mars

Avril

Mai

Juin



CLES EN 2006



Une flambée dans la région Sud de l'Afghanistan est exacerbée par des problèmes d'insécurité grandissants. En réponse à cette flambée, le Président afghan Hamid Karzai lance le Groupe national d'action contre la poliomyélite

Le réseau de laboratoires lance des procédures visant à réduire de moitié le temps de confirmation des cas de poliovirus.

Juillet

Août

Septembre

Des flambées à risque élevé continuent de sévir dans la Corne de l'Afrique, en Afrique centrale et au Bangladesh

L'ACPE réaffirme la faisabilité de l'éradication de la poliomyélite

Octobre

L'Arabie saoudite commence à exiger la vaccination des voyageurs en provenance de pays d'endémie.

Une recherche publiée dans le magazine *Science* indique que le VPOM peut renforcer l'immunité à des niveaux suffisamment élevés pour stopper la poliomyélite dans le nord de l'Inde

Novembre

Bien que la majeure partie du territoire des pays endémiques soit exempte de poliomyélite, des stratégies sur mesure sont adoptées dans les pays endémiques restants, afin d'augmenter les niveaux d'immunité des enfants des zones endémiques aux niveaux au moins atteints dans les zones exemptes de poliomyélite.

Décembre



LES OBJECTIFS STRATEGIQUES

3.1 INTERRUPTION DE LA TRANSMISSION DU POLIOVIRUS

Les progrès accomplis dans l'éradication de la poliomyélite sont mesurés en fonction des étapes principales de l'éradication telles que définies dans le *Plan stratégique 2004–2008*.

Les objectifs stratégiques exposés dans ce plan représentent les fondations de l'éradication :

1. interruption de la transmission du poliovirus sauvage
2. certification mondiale de l'éradication
3. mise au point de produits pour l'arrêt potentiel de l'utilisation du VPO à l'échelle mondiale
4. intégration de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite.

Les principales étapes établies pour chaque stratégie sont périodiquement révisées et peuvent être modifiées selon les recommandations du Comité consultatif sur l'éradication de la poliomyélite (ACPE), organe indépendant de conseil technique rattaché à l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite.

ETAPES 2006

ETAPE 1: PLUS AUCUN PAYS NE SERA ENDEMIQUE D'ICI FIN 2006.

STATUT: OBJECTIF NON ATTEINT — Quatre régions de quatre pays sont encore endémiques. La transmission du poliovirus endémique se concentre aujourd'hui au nord du Nigéria, dans deux états de l'Inde (Bihar et Uttar Pradesh) et dans les zones frontalières du Pakistan et de l'Afghanistan.

L'Égypte et le Niger ne sont plus des pays d'endémie. En octobre 2006, l'ACPE a réaffirmé la faisabilité de l'éradication mondiale du poliovirus sauvage d'un point de vue technique et opérationnel, et a conclu que les quatre pays endémiques restants disposaient désormais des outils les mieux adaptés pour éradiquer la poliomyélite dans les meilleurs délais.

ETAPE 2: TOUTES LES ACTIVITES DE VACCINATION SUPPLEMENTAIRE (AVS) PREVUES SERONT MISES EN PLACE DANS LES ZONES EXEMPTES DE POLIOMYELITE LES PLUS EXPOSEES.

STATUT: OBJECTIF ATTEINT — Les AVS ont été mises en place comme prévues au Bangladesh, au Bénin, au Cameroun, au Népal, au Niger et au Tchad.

Les zones exemptes de poliomyélite les plus exposées sont celles en bordure des zones de réservoir endémiques (les zones réinfectées sont considérées en fonction de la réponse aux flambées).

ETAPE 3: 50 % DES PAYS ATTEINDRONT LES OBJECTIFS FIXES PAR GAVI POUR LA COUVERTURE PAR LE DTP3/OPV3.

STATUT: OBJECTIF ATTEINT (DONNEES 2005) — 43 (60 %) des 72 pays éligibles pour l'Alliance GAVI ont obtenu une couverture nationale de plus de 80 % pour le DTP3/OPV3 et 22 (30 %) des 72 pays ont obtenu une couverture nationale de plus de 90 % pour le DTP3/OPV3.

L'Alliance GAVI demande à tous les pays d'atteindre la cible de plus de 80 % de couverture vaccinale systématique dans chaque district et 90 % de couverture vaccinale systématique à l'échelle nationale d'ici 2010. En 2005, 7 (10 %) des 72 pays éligibles pour l'Alliance GAVI avaient atteint cet objectif. L'Alliance GAVI se bat pour augmenter l'accès aux vaccins aux enfants des pays pauvres.

ETAPE 4: TOUTES LES CAMPAGNES DE RATISSAGE D'URGENCE COMMENCERONT DANS LES QUATRE SEMAINES SUIVANT LA CONFIRMATION D'UN CAS.

STATUT: OBJECTIF PARTIELLEMENT ATTEINT — Des campagnes de ratissage d'urgence ont été menées dans les quatre semaines suivant la confirmation d'un cas pour 5 (83 %) des 6 importations de virus en 2006.

Le Cameroun, le Kenya, la Namibie et la République démocratique du Congo ont mis en place des activités de vaccination dans les quatre semaines suivant la confirmation d'un cas. Le Bangladesh a mené des activités de vaccination dans les 39 jours suivant la confirmation d'un cas.

Remarque : au Tchad, un cas observé fin 2006 a été signalé en janvier 2007, et une campagne de ratissage d'urgence a été menée dans les quatre semaines suivant la confirmation du cas. En outre, les activités d'urgence de réponse à la flambée ont continué dans de nombreux pays marqués par une transmission constante de poliovirus importés à partir de 2005, par exemple l'Angola, l'Éthiopie, le Népal, le Niger et la Somalie.

ETAPE 5: TOUS LES PAYS NON CERTIFIES ATTEINDRONT LES NORMES DE SURVEILLANCE POUR LA CERTIFICATION.

STATUT: OBJECTIF PARTIELLEMENT ATTEINT — 61 (80 %) des 76 pays non certifiés ont atteint les normes de surveillance pour la certification¹.

Les pays suivants n'ont pas atteint les normes requises : Algérie, Bhoutan, Chypre, Djibouti, les Emirats arabes unis, Gabon, Guinée-Bissau, Koweït, Liban, Malawi, Maldives, Maroc, Sainte-Hélène, Sri Lanka et Timor oriental.

¹Exclut les états et territoires insulaires comptant une population inférieure à 300 000 habitants, par exemple les Comores, l'Île Maurice, la Réunion, Sao Tomé et Príncipe et les Seychelles.

PAYS MARQUES PAR UNE TRANSMISSION DE POLIOVIRUS INDIGÈNE : STRATEGIES SUR MESURE CONTROLÉES PAR LES HAUTS DIRIGEANTS POLITIQUES

D'après le Comité consultatif sur l'éradication de la poliomyélite qui s'est réuni en octobre 2006, le succès mondial de l'éradication de la poliomyélite repose désormais sur quatre pays : le Nigéria, l'Inde, le Pakistan et l'Afghanistan. Ces pays disposent des meilleurs outils techniques jamais proposés dans l'histoire de l'éradication.

D'un point de vue géographique, la transmission du poliovirus indigène se limite à des zones restreintes de ces quatre pays et à des populations spécifiques. En décembre 2006, les quatre pays d'endémie ont organisé des réunions avec leur Groupe national de conseil technique, afin d'établir des stratégies locales pour vacciner tous les enfants de moins de cinq ans suffisamment de fois pour les protéger de la poliomyélite.

■ L'ÉGYPTÉ ET LE NIGER :

INTERRUPTION DE LA TRANSMISSION DU POLIOVIRUS INDIGÈNE

En janvier 2006, l'Égypte et le Niger ont été retirés de la liste des pays polio-endémiques, réduisant ainsi le nombre de pays restants marqués par la transmission du poliovirus indigène à quatre, chiffre le plus bas de l'histoire. Aucun de ces pays n'a connu de circulation indigène du poliovirus sauvage depuis janvier 2005.

■ LE NIGERIA :

LES « JOURNÉES DE VACCINATION PLUS » ABOUTISSENT A DES PROGRES AU COURS DU DEUXIEME SEMESTRE 2006

En décembre 2005, le Président nigérian Olusegun Obasanjo donnait le ton des activités d'éradication de la poliomyélite de l'année suivante en chargeant le Ministère de la Santé et le Programme National de Vaccination (NPI) d'éradiquer la poliomyélite et de renforcer les campagnes de vaccination systématique.

En 2006 au Nigéria, le nombre de cas de poliomyélite est monté à 1 123, par rapport à 830 en 2005. Alors que le premier trimestre de l'année a été marqué par le triplement du nombre de cas recensés sur la même période en 2005, le Comité d'experts sur l'éradication de la poliomyélite (ERC), organe de conseil technique au Nigéria, a mis en place une stratégie de « Journées de vaccination Plus » (JVP) en mars 2006. Lancées en mai par la nouvelle direction du Programme national de vaccination, les JVP offrent d'autres antigènes et d'autres interventions sanitaires aux communautés, en plus du VPO. Depuis l'introduction des JVP, le pourcentage d'enfants dans les états du nord qui n'avaient jamais été vaccinés a été réduit à 20 % en moyenne (contre plus de 50 % fin 2005). Le nombre de nouveaux cas a chuté après juin : moins d'un tiers des cas recensés au Nigéria en 2006 se sont développés au cours du deuxième semestre de l'année.

Les JVP ont également connu un succès populaire au sein des communautés locales et auprès des dirigeants politiques. Les « dialogues avec les communautés » organisés dans des zones clés avant les JVP permettent aux membres des communautés de poser des questions sur les efforts d'éradication de la poliomyélite, et ont également suscité un sentiment d'appartenance tout nouveau chez la société civile.

L'Égypte et le Niger interrompent la transmission du poliovirus indigène : le nombre de pays d'endémie restants diminue pour atteindre le niveau le plus bas de l'histoire.

LE NIGERIA

POINTS CLÉS 2006

- Mandat présidentiel pour l'éradication de la poliomyélite
- Nouvelle stratégie des « Journées de vaccination Plus » recommandée par le Comité d'experts sur l'éradication de la poliomyélite
- Augmentation du nombre d'enfants vaccinés dans les états du nord
- Diminution du nombre de cas recensés au cours du deuxième semestre de l'année

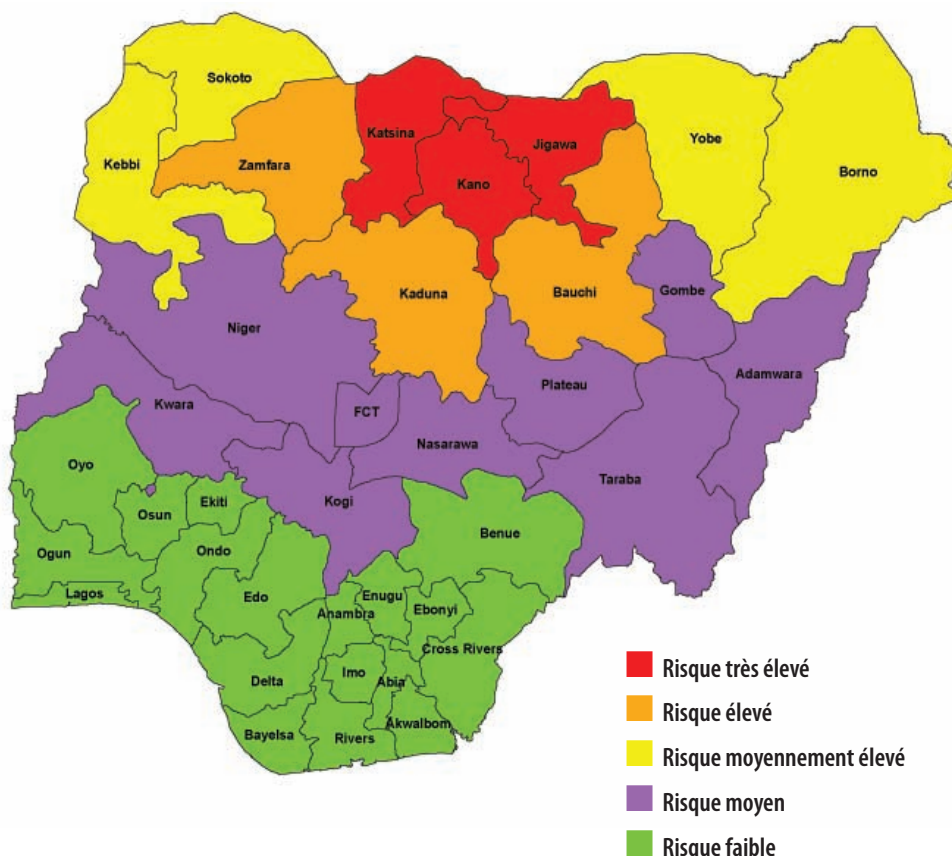
OBJECTIFS POUR 2007

- S'appuyer sur les progrès réalisés en 2006 grâce aux JVP
- Utiliser la classification des niveaux de risque pour cibler les états de Kano, de Katsina et de Jigawa comme états à « risque très élevé » pour la transmission continue de poliovirus
- Sensibiliser encore plus toutes les communautés
- S'assurer que toutes les activités sont à l'initiative de l'état

La clé du succès : réduire à moins de 10 % le nombre des « enfants non atteints lors de campagnes de vaccination » dans les états de Kano, de Katsina et de Jigawa

Nigéria : Classification des niveaux de risque par état

Le pourcentage d'enfants n'ayant jamais été vaccinés dans les états du nord est passé de plus de 50 % à 20 % en moyenne.



LA COMMISSION DE
L'UNION AFRICAINE
AIDE À « BOUTER LA
POLIO HORS D'AFRIQUE »

Fin 2006, la présence du poliovirus indigène en Afrique se limitait au Nigéria, la plupart des pays réinfectés en 2003–2005 ayant interrompu avec succès la transmission du poliovirus ou étant proches de le faire. Les dirigeants politiques tels que le Président de la Commission de l'Union Africaine, le Professeur A. O. Konaré, et le vif soutien du Commissaire de l'Union chargé des Affaires sociales, ont joué un rôle important dans ce développement.

Avec l'Organisation mondiale de la Santé, le Président Konaré a observé chaque trimestre les progrès accomplis en Afrique dans l'éradication de la poliomyélite, et s'est rapidement engagé avec les Chefs d'Etat des pays affectés par la poliomyélite. Il a également encouragé les nations donatrices, notamment le G8 et les Etats Membres de l'UE à poursuivre leur soutien financier, pour assurer le succès de cet effort historique sur le continent.

La nouvelle approche des JPV n'exclut pas quelques problèmes, l'aspect financier étant l'un des plus préoccupants. Les coûts opérationnels des JPV sont 60 % supérieurs à ceux des activités de vaccination supplémentaire pour la poliomyélite uniquement. Ce niveau de coût est difficile à maintenir et exige de nouvelles sources de financement. Les JVP sont également difficiles à gérer d'un point de vue opérationnel, demandant un effort supplémentaire aux infrastructures sanitaires au nord du pays. La disponibilité des vaccins, vitamines et médicaments supplémentaires qui sont offerts est irrégulière, en raison de lacunes au niveau de la planification opérationnelle ou de problèmes de stock.

Le Comité d'experts (ERC) s'est à nouveau réuni en décembre 2006 pour analyser les stratégies locales et combattre les problèmes locaux. Chaque zone géographique a été classée par niveau de risque en terme de transmission du poliovirus, permettant ainsi aux états de mettre la priorité sur les activités les plus urgentes. Les états de Kano, de Katsina et de Jigawa – qui représentaient 60 % des cas recensés au Nigéria en 2006 – ont été classés comme zones « à risque très élevé » en raison de déficits continus de couverture vaccinale, supérieurs à 25 % pendant les JVP. Pour éradiquer définitivement la poliomyélite au Nigéria, il faut au plus vite réduire à moins de 10 % le pourcentage d'enfants non atteints lors de campagnes de vaccination dans les états à risque très élevé.

En novembre 2006, le Cheikh Hassan Cissé, guide spirituel rassemblant de nombreux adeptes en Afrique de l'ouest, a démarré un périple de deux semaines dans huit états à risque élevé au nord du Nigéria. Il a fait comprendre aux communautés de ces états que la vaccination antipoliomyélitique était une obligation religieuse des parents, conforme aux enseignements de l'Islam visant à protéger les enfants de la maladie. Cette tournée a été organisée à la demande du Secrétaire général de l'Organisation de la Conférence islamique.

Au cours de cette extraordinaire campagne de mobilisation, le Cheikh, Grand Imam de Medina Kaolack au Sénégal, voyageait de nuit la plupart du temps, et en journée, rencontrait des gouverneurs, des émirs, ainsi que des chefs et érudits religieux. Il s'est adressé à de vastes foules de ses adeptes dans toutes les grandes villes de la région et s'est rendu dans des écoles

coraniques et des mosquées pour parler aux parents et aux chefs religieux, utilisant des citations du Coran et de l'hadith pour souligner « la nécessité de protéger les enfants, qui sont notre avenir », pour reprendre ses propos.

Lors de conférences de presse, le Cheikh a encouragé les membres des médias à communiquer le message selon lequel les enseignements islamiques préconisent la vaccination. Ses sermons et discours ont été diffusés et imprimés dans les médias locaux et internationaux.

A l'issue de sa tournée, le Cheikh Cissé a été invité par le Président Olusegun Obasanjo à la capitale, afin que ce dernier puisse exprimer sa gratitude et son appréciation pour les efforts fournis.

Le Cheikh Hassan Cissé, guide spirituel respecté, vaccine un enfant contre la poliomyélite au cours de sa visite au Nigéria.



■ L'INDE :

FLAMBEE AU NORD DE L'INDE, MAIS LES DEFICITS IMMUNITAIRES SE LIMITENT AUX ENFANTS DE MOINS DE DEUX ANS

En Inde, une flambée épidémique provenant de la partie occidentale de l'Uttar Pradesh a réinfecté les régions exemptes de poliomyélite du pays, et a multiplié par dix le nombre de nouveaux cas recensés en 2006 par rapport à l'année précédente (676 cas, comparés à 66 cas en 2005).

La flambée est survenue principalement en raison d'une baisse de qualité des campagnes de vaccination et d'un nombre trop important d'enfants non atteints lors de campagnes de vaccination fin 2005 et début 2006. Le gouvernement de l'Inde a réagi par une rapide amélioration de la couverture vaccinale dans les zones les plus à risque. Cette réponse, associée à une vaste utilisation de vaccins antipoliomyélitiques oraux monovalents de type 1 (VPOm1), a entraîné une diminution de 60 % des nouveaux cas par rapport à la dernière flambée survenue en Inde en 2002.

Une recherche épidémiologique publiée en novembre a montré que le VPO trivalent protégeait moins efficacement les enfants de la poliomyélite au nord de l'Inde que dans le reste du pays ou dans d'autres régions du monde, en raison des conditions démographiques, sanitaires et d'hygiène uniques régnant dans l'état de l'Uttar Pradesh et dans celui de Bihar. La recherche a montré le bien fondé de l'utilisation à grande échelle du VPOm dans ces régions, et a indiqué que les niveaux d'immunité de ces enfants devraient être renforcés par des activités de vaccination intensives, avant qu'ils puissent atteindre les niveaux atteints dans d'autres parties de l'Inde.

L'INDE

POINTS CLES EN 2006

- Uttar Pradesh et Bihar sont les seuls états d'endémie restants
- La flambée provenant de l'Uttar Pradesh occidental a multiplié par dix le nombre de cas recensés
- Les déficits immunitaires sont limités aux enfants de moins de deux ans

OBJECTIFS POUR 2007

- Augmenter la fréquence des activités de vaccination supplémentaire pour rapidement combler les déficits immunitaires
- Se concentrer sur les plus jeunes enfants dans les districts à risque élevé de l'Uttar Pradesh occidental et de Bihar
- Optimiser chaque contact par l'utilisation renforcée du VPO monovalent de type 1

La clé du succès : augmenter et maintenir les niveaux d'immunité au-dessus des niveaux constatés dans les parties exemptes de poliomyélite de l'Inde

En Inde,
la meilleure efficacité
sur le terrain du
VPO monovalent
par rapport au
VPO trivalent
est confirmée.

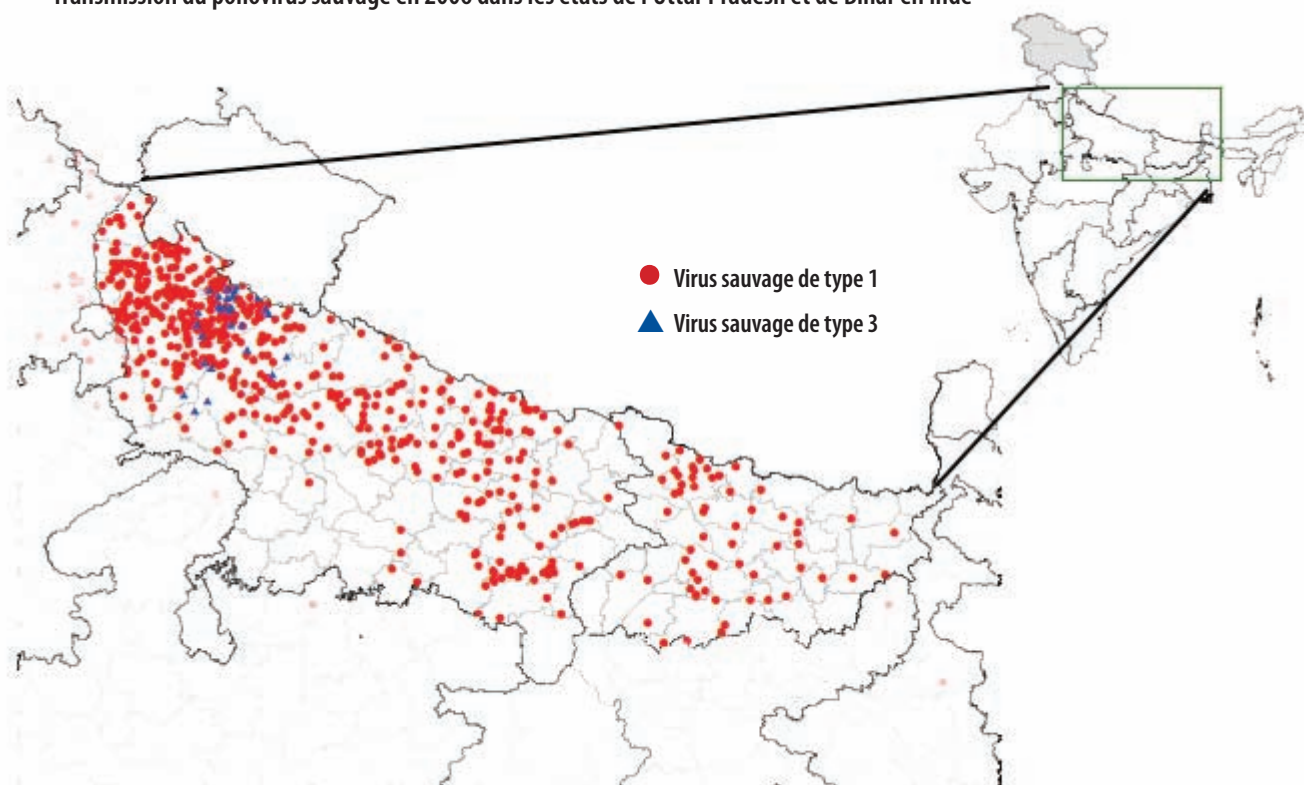
En outre, l'analyse des données épidémiologiques et programmatiques recueillies lors de la flambée de 2006 a révélé que 73 % des enfants affectés avaient moins de deux ans, indiquant que le VPOm avait efficacement immunisé les enfants plus âgés. Le programme pouvait désormais se concentrer sur une vaccination plus fréquente des enfants plus jeunes, pour qu'ils puissent recevoir davantage de doses de VPOm avant l'âge de deux ans, comparé aux générations précédentes.

En décembre 2006, s'appuyant sur la recherche sur l'efficacité du vaccin et sur ce profil immunologique, le Groupe consultatif d'experts de l'Inde sur l'éradication de la poliomyélite (IEAG), organe indépendant chargé de fournir des conseils techniques au programme, a recommandé l'amélioration des stratégies pour combler les déficits immunitaires dans la catégorie d'âge la plus jeune.

Lancée début 2007, l'approche préconise l'augmentation rapide du nombre d'activités de vaccination supplémentaire (AVS) de grande envergure dans les districts les plus à risque de l'Uttar Pradesh occidental et du Bihar. L'approche recommande également de concentrer les efforts sur les enfants de moins de trois ans. Des AVS de grande ampleur utilisant le VPOm de type 1 seront organisées toutes les quatre semaines en moyenne, et complétées par l'administration d'une dose de VPOm de type 1 à la naissance.

La mise en œuvre intégrale de cette stratégie devrait combler les déficits immunitaires des plus jeunes enfants de l'Uttar Pradesh et du Bihar, et augmenter les niveaux d'immunité dans ces zones, à des niveaux supérieurs à ceux constatés dans le reste de l'Inde.

Transmission du poliovirus sauvage en 2006 dans les états de l'Uttar Pradesh et de Bihar en Inde



Plus de 200 Rotariens venus du Canada, d'Europe et des Etats-Unis ont rejoint des milliers de leurs confrères en Inde et dans des pays d'Afrique pour vacciner les enfants contre la poliomyélite durant les nombreuses activités de vaccination supplémentaire qui se sont déroulées en 2006.

Association humanitaire ayant fait de l'éradication de la poliomyélite son cheval de bataille, le Rotary International est un partenaire clé dans l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. Il s'est engagé dans cette cause jusqu'à la certification mondiale de l'éradication.

Dans cette optique, les membres du Rotary du monde entier, y compris ceux basés dans les pays d'endémie et à risque élevé, donnent de leur temps et de leur personne pour récolter des fonds et s'engager volontairement sur le terrain. Pendant les campagnes de vaccination massives, les Rotariens administrent régulièrement les gouttes de vaccin antipoliomyélique oral, sont présents aux postes de vaccination, délivrent le vaccin dans les villages isolés et sensibilisent les familles sur l'importance de protéger tous les enfants contre la poliomyélite.

« Tant que la polio n'aura pas été éradiquée dans le monde entier, chaque enfant continuera d'être en danger », a déclaré Anil Garg, chef d'équipe américain d'un groupe ayant voyagé jusqu'en Inde, sa terre natale. « Empêcher la paralysie causée par la polio chez un seul enfant a des conséquences sociales et économiques majeures pour la victime, pour sa famille et pour le pays tout entier. »

A travers son programme PolioPlus fondé en 1985, le Rotary fut le premier à avoir la vision d'un monde exempt de poliomyélite. Il continue aujourd'hui à jouer un rôle déterminant dans les efforts mondiaux pour éradiquer la poliomyélite. Plus d'un million de membres du Rotary se sont engagés volontairement pour protéger de la polio plus de deux milliards d'enfants dans 122 pays. Le Rotary fournit des fonds d'une nécessité absolue : à ce jour, l'organisation a engagé plus de US \$ 616 millions pour éradiquer la poliomyélite. En outre, le Rotary International a joué un rôle majeur dans la décision des gouvernements donateurs d'engager plus de US \$ 3 milliards dans l'effort d'éradication.



PHOTO © ANIL GARG

Le Rotarien Anil Garg de Simi Valley, aux Etats-Unis. Né et élevé à Delhi, en Inde, Garg a dirigé de nombreuses campagnes de vaccination antipoliomyélique en Inde, et s'est également investi auprès des victimes du Tsunami.

■ LE PAKISTAN :

UNE COORDINATION BILATERALE ETROITE EST NECESSAIRE POUR STOPPER LA POLIOMYELITIS, LE POLIOVIRUS SE LIMITANT ESSENTIELLEMENT AUX ZONES FRONTALIERES DU PAKISTAN

Dans les zones restantes n'ayant toujours pas interrompu la transmission du poliovirus, le bloc épidémiologique représenté par le Pakistan et l'Afghanistan souhaite atteindre l'éradication le plus tôt possible. En 2006, même si le nombre des cas de poliomyélite est passé à 40 (28 en 2005), la transmission au Pakistan se limitait à une poignée de zones clairement définies, principalement le long de la frontière afghane. Ces zones incluaient les couloirs s'étendant entre le sud et l'est de l'Afghanistan, la Province de la Frontière Nord-Ouest (NWFP) et le Baloutchistan au Pakistan.

L'interruption de la transmission dans 80 % des districts du Pakistan témoigne de la solidité des stratégies globales des campagnes de vaccination massive, visant à vacciner plusieurs fois chaque enfant de façon à renforcer leurs niveaux d'immunité. La vaste majorité des cas de poliomyélite recensés en 2006 provenait de zones de transmission précédemment identifiées au NWFP, au Baloutchistan et dans le Sindh. Aucun cas de poliomyélite de type 1 n'a été signalé dans les zones réservoirs du nord de Sindh depuis 2005 et du sud de Punjab depuis juillet 2006, mettant ainsi en évidence l'impact du VPOm de type 1.

LE PAKISTAN

POINTS CLES EN 2006

- La majorité du pays est exempte de poliomyélite
- La transmission du poliovirus continue dans les communautés mobiles ou socialement conservatrices et dans les zones d'insécurité
- Couloir de transmission transfrontalière avec l'Afghanistan

OBJECTIFS POUR 2007

- Augmenter la coordination transfrontalière avec l'Afghanistan pour combler les déficits immunitaires
- Renforcer l'appropriation politique fédérale et provinciale de l'éradication de la poliomyélite
- Améliorer l'accès aux zones tribales

La clé du succès : coordonner pleinement les activités avec l'Afghanistan afin d'augmenter l'accès aux populations difficiles à atteindre

Au Pakistan et en Afghanistan, la poliomyélite a été largement circonscrite à un couloir de transmission partagé le long de la frontière commune.

Dans certaines zones à risque élevé, notamment dans les zones tribales sous administration fédérale (FATA) du NWFP et dans certaines régions du Baloutchistan, l'accès aux communautés est compromis en raison de risques d'insécurité. Bien que des efforts soient déployés pour surmonter cette contrainte, des mécanismes supplémentaires sont nécessaires pour améliorer l'accès à ces zones. En 2006, le travail s'est centré sur l'identification et l'accès aux populations nomades et sur la mobilisation auprès des communautés tribales semi-autonomes et de leurs chefs.

Lors d'une réunion technique conjointe entre le Pakistan et l'Afghanistan organisée dans l'état d'Oman en décembre 2006, les conseillers ont recommandé d'augmenter la coopération entre les deux pays. Les Ministres de la Santé des deux pays se sont rencontrés au cours du même mois au poste frontalier de Torkham et se sont mis d'accord sur des mesures spécifiques y compris l'augmentation du nombre de stands de vaccination aux postes frontaliers – pour vacciner les enfants en déplacement – et la mise en place de réunions interministérielles régulières pour coordonner la planification. A l'issue de la réunion, chaque ministre a franchi la frontière et a administré le VPO à des enfants du pays voisin.

L'éradication de la poliomyélite au Pakistan dépend de la mise en place d'une stratégie à plusieurs volets destinée à atteindre les enfants des groupes mobiles, à impliquer les communautés tribales conservatrices et semi-autonomes et à synchroniser comme il convient les campagnes de vaccination avec l'Afghanistan, afin de bouter le poliovirus hors de la zone frontalière. Une forte affirmation de l'engagement national et provincial sera indispensable à la bonne mise en place de cette stratégie.

AFGHANISTAN

POINTS CLES EN 2006

- La majorité du pays est exempte de poliomyélite
- La transmission du poliovirus se limite aux communautés mobiles ou socialement conservatrices et aux zones d'insécurité
- Couloir de transmission transfrontalière avec le Pakistan

OBJECTIFS POUR 2007

- Augmenter la coordination transfrontalière avec le Pakistan pour combler les déficits immunitaires
- Maintenir l'appropriation politique de l'éradication de la poliomyélite au niveau national et provincial
- Exploiter la moindre amélioration de la situation de sécurité en travaillant conjointement avec les acteurs pertinents

La clé du succès : coordonner pleinement les activités avec le Pakistan pour augmenter l'accès aux populations difficiles à atteindre

■ AFGHANISTAN :

MALGRE LES PROBLEMES D'INSECURITE, UNE FLAMBEE SURVENUE DANS LA REGION SUD EST CONTENUE

Aujourd'hui, la majorité de l'Afghanistan est exempte de poliomyélite, mais le pays a subi une flambée épidémique dans la région Sud en raison d'une infection croisée avec le Pakistan, avec qui il forme un seul bloc épidémiologique. Les cas recensés en Afghanistan sont passés de 9 en 2005 à 31 en 2006.

La flambée de la région Sud a été exacerbée par des problèmes d'insécurité grandissants, rendant dangereux le déplacement des travailleurs de la santé et la vaccination des enfants. Elle a toutefois été contenue par des activités de vaccination intensives, qui ont exploité toutes les opportunités disponibles dans les limites du conflit. A la fin de l'année, la flambée avait été contenue dans la région, et l'Afghanistan s'approchait davantage de l'objectif d'éradication de la poliomyélite que les trois autres pays d'endémie.

Parallèlement à la situation fluctuante de sécurité, les équipes d'éradication de la poliomyélite ont travaillé avec divers secteurs de la société au niveau régional, fédéral et national pour négocier un meilleur accès aux enfants. Davantage de membres des communautés locales ont été recrutés comme responsables de vaccination et agents de supervision. Les équipes ont tiré avantage de toutes les opportunités lorsque les zones étaient accessibles pour mener à bien des activités de ratissage rapides et ciblées, en plus des tournées de vaccination prévues. En août, le Président de l'Afghanistan, Hamid Karzai, a mis en place un Groupe national

La chaîne de poliovirus sauvages la plus importante dans cette région chevauche la frontière entre l'Afghanistan et le Pakistan, et a provoqué une flambée épidémique en 2006 dans la région Sud de l'Afghanistan. Des conditions de sécurité aggravées ont exposé à des dangers immédiats les travailleurs de santé essayant de vacciner les enfants de la zone et ont exacerbé la flambée. En août, pour aligner la réponse dans les provinces concernées, le Président Hamid Karzai a mis en place un Groupe national d'action contre la poliomyélite et a chargé les gouverneurs de la région Sud de superviser le développement et l'application des projets, afin d'améliorer l'accès à toutes les populations.

L'éradication de la poliomyélite dans la région Sud s'est fixée trois objectifs immédiats :

- Garantir la sécurité du personnel sur le terrain.
- Maintenir les plus hauts niveaux possibles de continuité opérationnelle, étant donné les problèmes d'insécurité grandissants.

- Veiller à ce que la transmission de la poliomyélite ne réinfecte pas d'autres régions de l'Afghanistan

Les équipes de vaccination ont utilisé tous les moyens possibles pour accéder aux districts dans les zones d'insécurité, tout en continuant à mener des campagnes de grande envergure dans d'autres régions, afin de maintenir des niveaux d'immunité élevés.

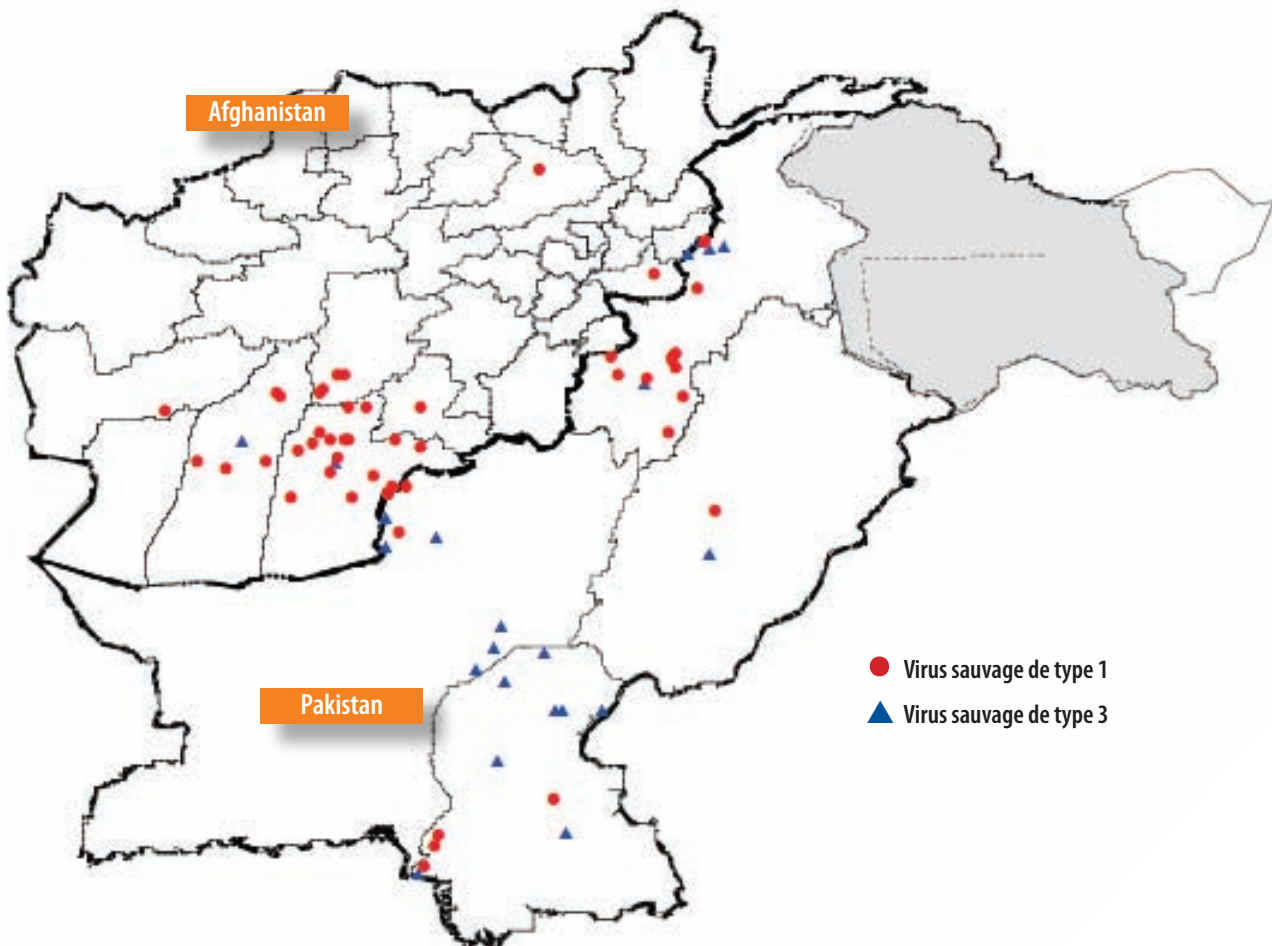
Grâce à ces efforts, l'éradication de la poliomyélite est restée l'une des quelques initiatives de santé publique capable de maintenir les opérations dans la région Sud en 2006, et la flambée a été contenue. D'autres régions de l'Afghanistan ont été protégées de l'infection, et en fin d'année, seuls trois cas étaient recensés en dehors de la région Sud, dont un concernait une zone de passage bordant le NWFP du Pakistan.

Le Président Hamid Karzai vaccine un enfant afghan.



PHOTO © EPI AFGHANISTAN

Transmission du poliovirus sauvage en 2006 en Afghanistan et au Pakistan



d'action contre la poliomyélite pour aligner et renforcer la surveillance nationale et provinciale de ces activités.

La transmission indigène du poliovirus endémique se poursuit en Afghanistan dans les populations mobiles, qu'il s'agisse de nomades, de voyageurs ou de migrants saisonniers, et dans les communautés vivant dans des zones d'insécurité ou socialement conservatrices. Le poliovirus qui chevauche la frontière entre l'Afghanistan et le Pakistan circule parmi ces communautés et se déplace avec. Les déplacements des communautés mobiles ont été schématisés plus systématiquement en 2006, et des stands de vaccination à long terme ont été mis en place dans les zones de rassemblement migratoire et aux postes frontaliers connus entre l'Afghanistan et le Pakistan.

En décembre 2006, pour combler rapidement les déficits immunitaires chez ces populations difficilement accessibles, les conseillers techniques indépendants pour le Pakistan et l'Afghanistan se sont réunis à Oman et ont recommandé une meilleure coordination de la surveillance et des AVS entre les deux pays. En réponse à cette demande, les Ministères de la Santé des deux pays ont commencé par conjointement mettre en place un conseil de santé historique composé de chefs tribaux, demandant le soutien de ces derniers et la participation de leurs communautés pour vacciner chaque enfant.

L'éradication de la poliomyélite en Afghanistan dépend aujourd'hui de l'exploitation optimale des développements positifs en matière de sécurité, d'une coordination accrue des activités avec le Pakistan et d'une surveillance continue et approfondie au niveau fédéral et provincial, pour s'assurer qu'aucun enfant n'échappe à la vaccination.

PAYS REINFECTES : LES NOUVELLES RECOMMANDATIONS DE REPONSE RACCOURCISSENT LA DUREE DES FLAMBEES DE POLIOMYELITIS

2006 a permis de tester l'efficacité des nouvelles recommandations de réponse à une flambée adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé en mai (Résolution WHA59.1). Sur les 26 pays réinfectés par des importations de poliovirus depuis 2003, seuls 10 ont continué à signaler des cas de poliomyélite au cours du deuxième semestre 2006. Une flambée survenue en juin en Namibie suite à une importation de virus depuis l'Inde et via l'Angola a essentiellement affecté des adultes et causé de nombreux décès. En utilisant les recommandations de réponse à une flambée et en vaccinant de façon répétée la population entière, les autorités ont limité la flambée à 50 jours du premier au dernier cas signalé, ce qui constitue un record. L'Indonésie et le Yémen, qui ont subi les épidémies nationales les plus importantes de ces dernières années, ont réussi à stopper leurs flambées respectives au cours des deux premiers mois de 2006. Ainsi, le nombre de cas recensés dans les pays réinfectés ne représentaient que 6 % de tous les cas de poliomyélite recensés en 2006, alors que le chiffre enregistré pour l'année 2005 était supérieur à 50 %.

L'objectif pour 2007 sera de stopper rapidement les flambées à risque élevé dans les pays où la transmission du poliovirus continue, à savoir en Afrique centrale (Angola et République démocratique du Congo), dans la Corne de l'Afrique (Ethiopie, Kenya et Somalie) et au Bangladesh. Les zones voisines aux pays d'endémie sont également exposées à un risque accru jusqu'à l'interruption de la transmission dans les pays concernés.



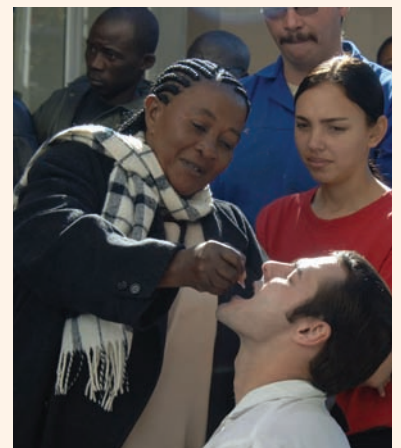
Vaccination antipoliomyélique d'un enfant nomade dans la région somalienne de l'Ethiopie : 2006 a connu un progrès rapide de l'interruption des flambées dans les pays réinfectés, mais la transmission active du poliovirus continue en Angola, au Bangladesh, en Ethiopie, au Kenya, en Somalie et en République démocratique du Congo.

Le nombre de cas recensés dans les pays réinfectés ne représentaient que 6 % de tous les cas de poliomyélite recensés en 2006, alors que le chiffre enregistré pour l'année 2005 était supérieur à 50 %.

L'Assemblée mondiale de la Santé, qui permet aux Etats Membres de l'OMS d'établir les politiques mondiales de la santé, a adopté en mai 2006 une résolution prévoyant des recommandations claires pour que les pays exempts de poliomyélite puissent répondre aux importations de virus.

Etant donné la facilité avec laquelle le poliovirus se déplace, le risque d'importation est bien réel tant que le virus circule n'importe où dans le monde. Les recommandations sont conçues pour minimiser à la fois le risque et les conséquences d'une telle importation. Les principales caractéristiques de la réponse sont les suivantes :

- elle est rapide et elle crée un plan d'urgence – investigation rapide dans les 72 heures suivant la confirmation d'un cas pour établir un plan d'action d'urgence ;
- elle est efficace et continue – au moins trois tournées de vaccination de grande envergure utilisant un vaccin de type spécifique, dont la première commence dans les quatre semaines, avec au moins deux campagnes après le dernier cas enregistré ;
- elle est de grande envergure – elle cible au moins deux millions d'enfants âgés de moins de cinq ans dans les zones affectées et dans les zones géographiques voisines ;
- elle est de qualité – campagnes porte-à-porte au besoin et contrôle indépendant pour déterminer si la couverture vaccinale est d'au moins 95 % ; surveillance renforcée de la paralysie flasque aiguë sur toute la durée de la flambée et pendant au moins 12 mois après, et couverture vaccinale systématique élevée.



Des campagnes de vaccination rapides et massives comme celle-ci, ciblant la population entière, ont mis fin à la flambée en Namibie en 50 jours.

LES OBJECTIFS STRATEGIQUES

3.2 SURVEILLANCE ET CERTIFICATION DE L'ERADICATION MONDIALE DE LA POLIOMYELITIS

La confirmation de l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage repose sur une surveillance solide. Cette confirmation est suivie par la certification de régions exemptes de poliomyélite qui ont maintenu les niveaux de surveillance nécessaires. En raison des délais pris pour détecter la transmission du poliovirus dans certaines zones en 2003–2004, les normes de surveillance concernant les taux de détection* de la paralysie flasque aiguë (PFA) ont été doublées depuis 2005 dans les zones à risque élevé. Ajoutons à cela la fiabilité des nouvelles procédures de laboratoire qui réduisent de moitié la durée de confirmation pour le poliovirus.

■ ETAPES 2006

ETAPE 1: PAYS NON CERTIFIES ATTEINDRONT LES NORMES DE SURVEILLANCE POUR LA CERTIFICATION.

STATUT: OBJECTIF PARTIELLEMENT ATTEINT — 97 % des pays non certifiés ont atteint les normes de surveillance pour la certification (les exceptions sont l'Algérie, le Bhoutan, Djibouti, le Timor oriental, la Guinée-Bissau et le Liban).

ETAPE 2: 100 % DES ECHANTILLONS PRELEVES SUR DES CAS DE PFA SERONT EXAMINES DANS UN LABORATOIRE AGREE PAR L'OMS.

STATUT: OBJECTIF ATTEINT — Tous les échantillons prélevés sur des cas de PFA ont été examinés dans un laboratoire agréé par l'OMS.

ETAPE 3: 100 % DES PAYS AURONT ACHEVE LA PHASE I DU CONFINEMENT BIOLOGIQUE EN LABORATOIRE.

STATUT: OBJECTIF PARTIELLEMENT ATTEINT — 75 % des pays exempts de poliomyélite ont achevé les activités de phase I, y compris tous les pays de la Région OMS de l'Europe.

ETAPE 4: 85 % DES PAYS AURONT SOUMIS LES DOCUMENTS « FINAUX » POUR LA CERTIFICATION.

STATUT: OBJECTIF PARTIELLEMENT ATTEINT — 80 % des pays éligibles ont soumis les documents finaux pour la certification.

*Les normes de surveillance pour la certification sont définies comme la capacité à détecter au moins un cas de PFA non poliomyélique pour chaque groupe de 100 000 enfants de moins de 15 ans, à prélever deux échantillons de selles adéquats sur au moins 80 % des cas de paralysie flasque aiguë et à faire examiner tous les spécimens dans un laboratoire agréé par l'OMS.

LA SENSIBILISATION A LA SURVEILLANCE DE LA PFA CONTINUE D'AUGMENTER

La très forte sensibilité et la fiabilité de la surveillance de la PFA ont été maintenues et encore améliorées en 2006. Toutes les Régions OMS, y compris celles déjà certifiées comme régions exemptes de poliomyélite (Régions des Amériques, du Pacifique occidental, et de l'Europe), ont maintenu la surveillance de la PFA à un niveau égal ou nettement supérieur aux normes de certification (voir tableau 1).

La surveillance sensible et continue de la PFA dans les pays exempts de poliomyélite est indispensable si l'on veut protéger les pays des importations de poliovirus et permettre une réponse rapide à la flambée le cas échéant. Les Commissions de certification régionales et nationales viennent en aide aux pays et régions qui ont du mal à maintenir ou à atteindre ce statut.

La qualité de la surveillance de la PFA dans les trois régions endémiques, dépassant déjà nettement les normes de certification, s'est encore améliorée en 2006. Le nombre total de cas de PFA non poliomyélitique rapportés dans les Régions OMS de l'Afrique (AFR), de la Méditerranée orientale (EMR) et de l'Asie du sud-est (SEAR) est passé de 52 062 en 2005 à 57 849 en 2006, en grande partie du fait de la surveillance accrue et de l'augmentations des cas de PFA dans les quatre pays d'endémie restants dans ces régions : l'Afghanistan, l'Inde, le Nigéria et le Pakistan. L'augmentation nette des cas de PFA recensés en 2006 dans ces régions a abouti à un taux global de PFA non poliomyélitique égal ou supérieur à 3 pour 100 000 – après analyse des échantillons de selles, la vaste majorité des cas de PFA étant attribuables à des conditions autres que la poliomyélite. Les trois régions ont également enregistré une augmentation du deuxième indicateur de qualité de la surveillance, à savoir le pourcentage des cas de PFA avec prélèvement d'échantillons de selles adéquats.

La qualité de la surveillance de la PFA dans les trois régions d'endémie, dépassant déjà nettement les normes de certification, s'est encore améliorée en 2006.

Tableau 1 : Qualité des notifications de PFA par Région OMS en 2005 et 2006¹

Région OMS	Cas de PFA rapportés		Taux de PFA non poliomyélitique		% de PFA avec échantillons adéquats	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006
Afrique	11 683	12 478	3,3	4,0	86	89
Amériques	2 213	2 154	1,3	1,1	80	79
Méditerranée orientale	8 849	8 740	3,7	3,9	88	89
Europe	1 479	1 550	1,1	1	82	82
Asie du sud-est	31 530	36 631	5,4	5,9	82	83
Pacifique occidental	6 680	6 873	1,7	1,7	88	88
Total mondial	62 434	68 426	3,3	3,6	84	85

¹Données 2006 en date du 17 avril 2007

Une analyse pays par pays de la qualité de la surveillance de la PFA met en évidence des améliorations dans la grande majorité des cas. Le pourcentage de pays ayant atteint un niveau de notification de PFA égal ou supérieur à 2 pour 100 000 dans les deux régions endémiques affichant le plus grand fardeau de la maladie est passé de 62 % à 75 % pour les pays d'AFR et de 54 % à 63 % pour les pays d'Asie de SEAR.

Un nombre limité de pays dans chaque région d'endémie n'a pas atteint les normes de surveillance de la PFA pour la certification. Ces pays incluent l'Algérie et la Guinée-Bissau en AFR, le Bhoutan et le Timor oriental en SEAR, et Djibouti et le Liban en EMR. Quelques autres pays et territoires d'EMR ont à peine atteint les seuils limites de certification mesurés par les indicateurs de la PFA, et sont tout de même considérés comme ayant maintenu les normes de surveillance de la PFA pour la certification : il s'agit du Maroc, des Emirats arabes unis, du Liban, de la Cisjordanie et de la bande de Gaza.

LE RESEAU DE LABORATOIRES CONFIRME LA PRESENCE DU VIRUS DEUX FOIS PLUS RAPIDEMENT

Les résultats de laboratoire sont utilisés pour confirmer la présence du poliovirus, pour pouvoir ensuite planifier les réponses de vaccination et suivre les progrès accomplis vers l'objectif d'éradication. Des résultats de laboratoire rapides et précis sont essentiels à la réalisation de ces objectifs. Un réseau mondial de 145 laboratoires continue de soutenir 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 (généralement menées sur place) des établissements et procédures, les résultats des épreuves de compétence, ainsi que l'opportunité et la précision des résultats. 97% des laboratoires ont été entièrement accrédités en 2006 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.

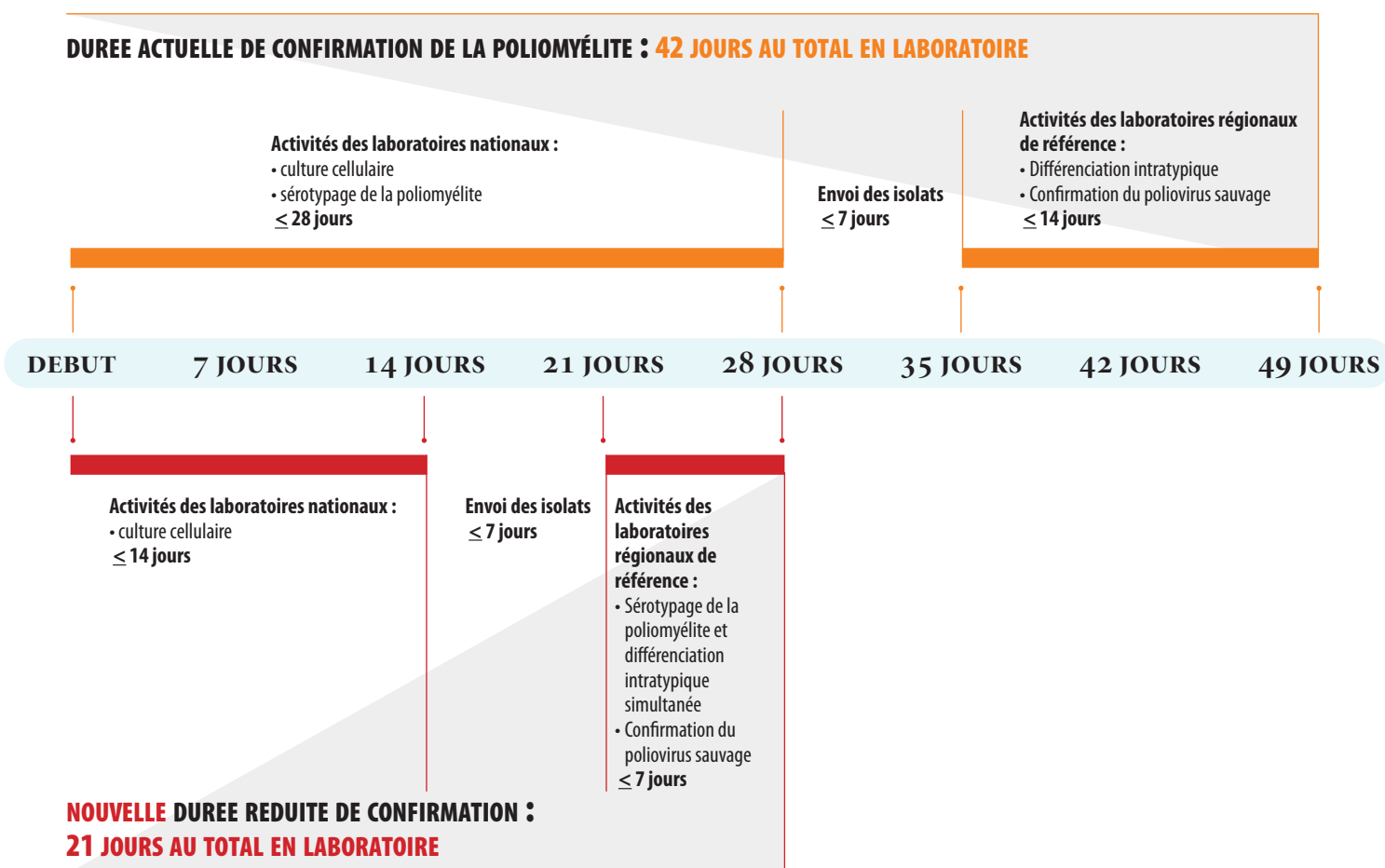
En 2006, les laboratoires du réseau ont analysé approximativement 125 000 échantillons de matières fécales, prélevés sur 63 000 cas de PFA et 8 600 cas autres que la PFA. Le volume de travail pour les cas de PFA analysés était 25 % supérieur à celui de 2005. Les virus sauvages ont été isolés dans des cas de PFA dans 16 pays en 2006.

La caractérisation génétique des isolats a montré que des virus indigènes avaient été transmis dans quatre pays (l'Afghanistan, l'Inde, le Nigéria et le Pakistan). Cinq pays ont connu une transmission continue d'importations de virus en 2005 (l'Angola, l'Éthiopie, l'Indonésie, la Somalie et le Yémen), tandis que d'autres pays ont souffert d'importations de nouveaux virus (le Bangladesh, le Cameroun, le Tchad, la Namibie, le Népal, le Niger, le Kenya et la République démocratique du Congo). Les virus de cinq pays (l'Angola, le Bangladesh, la République démocratique du Congo, la Namibie et le Népal) ont été génétiquement associés à des virus provenant d'Inde, alors que toutes les autres importations de virus semblaient provenir directement ou indirectement (via transmission dans les pays intermédiaires) du Nigéria.

En 2006, le réseau de laboratoires a évalué puis adopté une nouvelle stratégie d'analyse, qui réduit de moitié la durée de confirmation de la présence du poliovirus en laboratoire (de 42 jours avec l'approche traditionnelle à 21 jours), sans pour

autant compromettre la sensibilité de détection du poliovirus. La nouvelle approche implique l'utilisation de technologies déjà disponibles au sein du réseau, mais fonctionnant avec un algorithme différent (c.-à-d. séquence d'essais). La stratégie a été évaluée dans des laboratoires de référence à Atlanta aux Etats-Unis, à Islamabad au Pakistan et à Mumbai en Inde. Quelque 5 200 échantillons de selles, y compris 900 échantillons positifs au poliovirus, ont été analysés pendant l'évaluation sur le terrain. La nouvelle stratégie devrait augmenter les coûts de culture cellulaire de 25 % et les coûts de différenciation intratypique (ITD) de 100 %.

Pour obtenir plus rapidement les résultats souhaités, il faudra tester les échantillons dans des laboratoires pouvant isoler les virus en culture cellulaire et utiliser la différenciation intratypique (de virus sauvages ou dérivés de souche vaccinale) à l'aide de la réaction en chaîne de polymérase (PCR) et de tests de dosage immunoenzymatique (tests ELISA). Le réseau s'est fixé comme objectif d'analyser au moins 75 % d'échantillons de selles de régions polio-endémiques dans des laboratoires équipés de ces techniques d'ici décembre 2007. Cela nécessitera la modernisation de 11 laboratoires nationaux existants pour pouvoir réaliser les tests d'ITD, ce qui implique d'investir dans des équipements et des réactifs spécifiques et de former le personnel. La formation du personnel a déjà commencé. Un atelier de formation sur l'ITD a été organisé en Ouganda en novembre 2006 pour les participants de huit laboratoires du réseau. En outre, le personnel de quatre laboratoires ITD existants d'Asie du sud-est a été formé sur les exigences de la nouvelle stratégie d'analyse en avril 2006.



En 2006, le réseau de laboratoires a évalué puis adopté une nouvelle stratégie d'analyse, qui réduit de moitié la durée de confirmation de la présence du poliovirus en laboratoire.

Le réseau a subi un revers en 2006, lorsqu'un incendie a détruit l'unité de séquençage du laboratoire spécialisé de Mumbai, en Inde, endommageant l'unité de culture cellulaire et les bureaux de l'établissement. Les conséquences ont été les suivantes : perte d'équipements, fermeture du laboratoire pour nettoyage et rénovation, transfert de plus de 10 000 échantillons de selles et 6 000 isolats de poliomyélite vers deux autres laboratoires de réseau (situés à Lucknow et Chennai, en Inde) pour analyse, perte de 15 employés qualifiés qui ont trouvé un travail ailleurs, interruption de l'analyse des échantillons d'eaux usées prélevés à Mumbai, interruption de l'analyse des tests de mycoplasme en culture cellulaire utilisés dans 16 laboratoires d'Asie du sud-est, et retards importants pour obtenir les données de séquençage des poliovirus provenant d'Inde. En fin d'année, le séquençage était effectué à Mumbai dans un laboratoire ne faisant pas partie du réseau, ayant généreusement offert un accès partiel à ses équipements. Le laboratoire de poliomyélite de Mumbai devrait être à nouveau fonctionnel d'ici mi-2007, une fois que les travaux de rénovation seront finis.



PHOTO © WHO/F. PALADIN

Les participants de huit laboratoires du réseau de poliomyélite sont formés en Ouganda en novembre 2006, sur l'utilisation du nouveau protocole réduisant la durée nécessaire pour confirmer la présence du poliovirus.

PROGRES NOTABLES DANS LA PREPARATION DU CONFINEMENT POUR LE POLIOVIRUS

Le confinement du poliovirus en laboratoire fait partie intégrante des activités d'éradication de la poliomyélite dans les six Régions OMS. En 2006, des réunions régionales et sous-régionales sur le confinement en laboratoire ont été organisées pour suivre les progrès accomplis vers la mise en place de la phase I ou examiner la documentation des pays affirmant avoir achevé le processus.

Des progrès notables pour achever la phase I ont été notés en Chine, en Amérique centrale et en Afrique de l'est et du sud. La Chine a mené avec succès une étude minutieuse sur tous les établissements sous la tutelle du Ministère de la Santé, et prévoit en 2007 de mener à bien l'étude auprès des établissements restants. De même, le Mexique a indiqué qu'il avait étendu son étude initiale des établissements

pour inclure 50 000 laboratoires supplémentaires à travers le pays. En Afrique du sud et de l'est, tous les pays exempts de poliomyélite ont, soit soumis un rapport sur la réalisation des activités à la Commission de certification régionale lors de leur réunion en 2006, soit indiqué que le processus était en cours.

Dans les Régions OMS où de nombreux pays ont déjà achevé les activités de phase I, le travail continue pour veiller à ce que la documentation complète sur le processus soit examinée par les Commissions de certification régionales (CCR). Le Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale a passé en revue la documentation de 16 pays ayant indiqué qu'ils avaient achevé la phase I. Les pays ont dû soumettre des informations normalisées, qui ont d'abord été examinées par l'OMS, puis par des experts indépendants. Les résultats seront rendus disponibles à la CCR lors de sa réunion en 2007.

Les activités de phase I sur le confinement en laboratoire ont pour objectif d'identifier les établissements contenant du matériel infectieux et de sensibiliser le personnel à la nécessité de confiner le poliovirus une fois l'éradication achevée. A ce jour, plus de 75 % des pays exempts de poliomyélite ont achevé les activités de phase I, y compris tous les pays de la Région OMS de l'Europe.

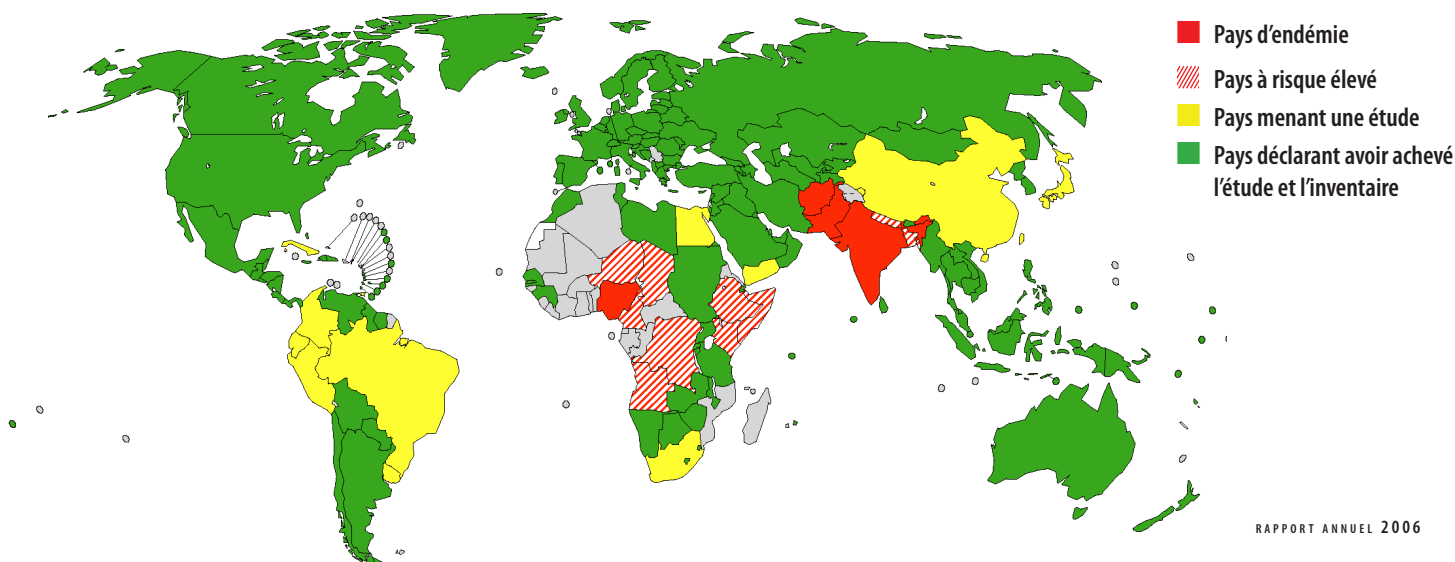
Plus de 75 % des pays exempts de poliomyélite ont achevé les activités de phase I sur le confinement et ont fait l'inventaire des stocks de poliovirus.

AUGMENTATION DU NOMBRE DE PAYS SOUMETTANT LES DOCUMENTS FINAUX DE CERTIFICATION

Les Comités nationaux de certification (CNC) et les Commissions de certification régionales (CCR) dans les régions d'endémie ont continué à examiner minutieusement la documentation nationale des pays qui remplissent les conditions requises* déclarant être exempts de poliomyélite. Le nombre de ces pays pour lesquels les CCR ont accepté les documents finaux de certification est passé de 10 à 14 en AFR (parmi 46 Etats Membres), et de 6 à 8 en SEAR (parmi 11 Etats Membres). Le chiffre est resté constant en EMR dans 15 des 22 Etats Membres, car plusieurs pays, y compris le Soudan, ont été réinfectés après avoir soumis avec succès leurs documents finaux de certification. Le pourcentage de tous les Etats Membres de l'OMS ayant soumis avec succès leurs documents finaux de certification a légèrement augmenté, passant de 78 % en 2005 à 80 % en 2006.

*Les pays qui remplissent les conditions requises sont ceux pour lesquels aucun cas de poliovirus sauvage n'a été observé pendant au moins trois ans, en présence d'une surveillance de qualité pour la certification. Les pays peuvent déposer des documents mais ils ne pourront pas être certifiés exempts de poliomyélite, la certification étant uniquement octroyée à l'ensemble d'une Région OMS.

Progrès accomplis en vue de la phase I du confinement mondial



LES OBJECTIFS STRATEGIQUES

3.3 MISE AU POINT DE PRODUITS POUR L'ARRÊT POTENTIEL DE L'UTILISATION DU VPO A L'ECHELLE MONDIALE

Le risque actuellement posé par les poliovirus sauvages reste bien supérieur au risque de poliomyélite paralytique associée au vaccin (PPAV) ou de poliovirus circulants dérivés de souche vaccinale (PDSVc). Toutefois, après l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage, les virus dérivés de la souche Sabin pourraient continuer à causer des paralysies ou des flambées. Par conséquent, conformément aux recommandations de l'ACPE, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite lance un programme de travail pour l'identification, la réduction et la gestion des risques potentiels associés à l'arrêt de l'utilisation du VPO, qu'il s'agisse d'une nouvelle émergence de poliomyélite due à des PDSVc ou d'une réintroduction du poliovirus sauvage ou Sabin. Les progrès réalisés dans le cadre de ces stratégies et produits qui y sont relatifs sont présentés ci-dessous.

■ ETAPES 2006

ETAPE 1: L'ARRÊT DE L'UTILISATION DU VPO POUR LA VACCINATION SYSTEMATIQUE : CONSOLIDER LA STRATEGIE DE L'ARRÊT DE L'UTILISATION DU VPO ET LES DECISIONS NATIONALES EN MATIERE DU VPI.

STATUT: OBJECTIF PARTIELLEMENT ATTEINT — La recherche est en cours dans diverses situations, pour déterminer le champ d'application et la nature des risques, ainsi que les options de réduction du risque associés à l'arrêt de l'utilisation du VPO et à l'utilisation du vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI).

ETAPE 2: DETECTION ET NOTIFICATION IMMEDIATE DES VIRUS ANTIPOLIOMYELITIQUES CIRCULANTS : INCORPORER LA SURVEILLANCE DE LA POLIOMYELITE DANS LE REGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL (2005) ET DANS LE RESEAU MONDIAL D'ALERTE ET D'ACTION EN CAS D'EPIDEMIE.

STATUT: OBJECTIF ATTEINT.

ETAPE 3: STOCKS DE VACCINS ANTIPOLIOMYELITIQUES ET REPONSE D'URGENCE : HOMOLOGATION D'AU MOINS DEUX FOURNISSEURS DE VPOM.

STATUT: OBJECTIF ATTEINT.

ETAPE 4: CONFINEMENT A LONG TERME DES STOCKS DE POLIOVIRUS : ALIGNEMENT COMPLET AVEC LES PROCESSUS DE SECURITE POUR DES AGENTS PATHOGENES SIMILAIRES.

STATUT: OBJECTIF ATTEINT — Les normes relatives à la gestion des risques biologiques sont élaborées conjointement avec les responsables du confinement biologique des virus de variole et avec des experts en sécurité biologique et en gestion des risques.

IDENTIFICATION DES RISQUES ASSOCIES A L'ABANDON DU VPO

Alors que les connaissances sur les PDSV continuent d'évoluer, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite tient absolument à comprendre les risques que posent ces PDSV pour l'éradication de la poliomyélite. Pour identifier et définir ces risques, les efforts se concentrent actuellement sur : la modélisation des risques de PDSV associés à l'arrêt de l'utilisation du VPO ; la définition approfondie de la prévalence des PDSV chez les personnes immunodéficientes (PDSVi) dans les pays à faibles et moyens revenus ; et l'analyse des isolats de poliovirus émanant du système mondial de surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA) et d'autres sources.

■ SERIE D'ETUDES SUR LES PDSVi

Les individus souffrant d'un déficit immunitaire primaire (PID) et excréant des poliovirus dérivés d'une souche vaccinale (PDSVi) constituent une source potentielle connue de PDSV. Il a été reconnu que le risque associé aux PDSV circulants (PDSVc) finirait par diminuer avec le temps, une fois l'utilisation du VPO arrêtée. Toutefois, le risque auquel s'expose les PDSVi pourrait persister tant que des personnes excréteront des PDSVi.

Trente-deux personnes excrétrices de PDSVi ont été signalées à l'OMS depuis 1962. Tous les PDSVi identifiés à ce jour concernaient les pays à revenus moyens ou élevés. Bien que la majorité des PDSVi signalés aient connu un arrêt spontané de l'excrétion du poliovirus ou soient morts, au moins quatre d'entre eux ont excrété le virus pendant plus de cinq ans. Des données limitées sont disponibles sur la prévalence et l'histoire naturelle de l'excrétion du poliovirus chronique chez les personnes souffrant d'un déficit immunitaire primaire dans les pays à faibles ou moyens revenus. On ne sait pas si cette population pourrait servir de réservoir important de PDSV dans ces pays. Pour combler les lacunes de savoir sur l'incidence et le comportement des PDSVi, et pour augmenter la capacité locale à assurer la surveillance et le contrôle des PDSVi, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a commencé à planifier une série d'études destinée à générer des informations sur la prévalence des déficits immunitaires primaires avec excrétion du poliovirus à long terme dans les pays à faibles et moyens revenus utilisant actuellement le VPO.

■ ANALYSE LABORATOIRE DES PDSV

Au cours de l'année 2006, le réseau de laboratoires a détecté des PDSV dans diverses régions, y compris :

- Régions mettant en évidence une propagation de personne à personne : Nigéria (PDSV de type 2 chez 16 cas de PFA dans 4 provinces différentes), Chine (PDSV de type 1 chez 1 cas de PFA et 8 contacts communautaires à Gaunxi), Myanmar (PDSV de type 1 chez 1 cas de PFA et 7 contacts) ; Cambodge (PDSV de type 3 chez 1 cas de PFA suite à l'isolement d'un PDSV génétiquement lié issu d'un cas de PFA survenu fin 2005).
- PDSV issus de cas de PFA avec investigations de suivi en cours : Syrie (un seul cas de type 2).

Après l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage, les virus dérivés de la souche Sabin pourraient continuer à causer une paralysie ou des flambées chez l'individu.

- PDSV détectés dans les eaux usées sans identification de personnes paralysées pendant les investigations de suivi : République tchèque (10 cas de PDSV de type 1) ; Israël (2 cas de PDSV de type 2).
- PDSV (de type 2) chez une personne immunodéficitaire originaire de Tunisie, le cas ayant été détecté en France.

REDUCTION DES RISQUES ASSOCIES A L'ARRÊT DE L'UTILISATION DU VPO

Pour réduire les risques potentiels associés à l'arrêt de l'utilisation du VPO, il convient de préparer le confinement de tous les poliovirus après l'éradication et de prouver que d'un point de vue scientifique et logistique, il est possible de produire des vaccins inactivés basés sur une souche Sabin plutôt que sur une souche de poliovirus sauvage. Des projets supplémentaires incluent la mise au point de produits, tels que les diagnostics rapides et les composés antiviraux agissant contre les poliovirus.

■ CONFINEMENT DES POLIOVIRUS

En 2006, le plan de confinement à long terme des poliovirus a été mené à bien avec le développement du *Plan d'action mondial de l'OMS pour la réduction des risques associés aux établissements conservant du poliovirus pendant la période post éradication/post-VPO (GAP III)*. L'élaboration du plan GAP III offre à l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite une vision à long terme et un plan rationnel, garantissant que les poliovirus ne seront pas réintroduits dans les populations humaines une fois la circulation interrompue.

Une recommandation majeure du plan GAP III consiste à réduire à moins de 20 le nombre d'établissements de recherche ou de production conservant du poliovirus dans le monde, remplissant ainsi des fonctions essentielles et respectant les mesures de protection primaire et secondaire définies contre la transmission du poliovirus. GAP III définit une double stratégie d'élimination et de gestion des risques en quatre phases, chacune associée à la réalisation des étapes de l'éradication mondiale de la poliomyélite. Les trois premières phases du plan se concentrent sur l'élimination et la gestion des risques liés aux poliovirus sauvages dans les établissements, une fois l'éradication achevée.

Dans les pays conservant des matériaux contenant du poliovirus sauvage, les mesures de protection primaire et secondaire sont définies en fonction des résultats obtenus suite aux modèles d'évaluation et de conséquence des risques. Les mesures de protection primaires ont été élaborées conjointement avec le département de l'OMS chargé du confinement biologique de souches de variole, ainsi qu'avec des experts de la biosécurité et de la gestion des risques. Les *normes de sécurité biologique (BSL 3/polio) pour les établissements conservant du poliovirus pendant la période post- éradication/post-VPO* établissent une nouvelle référence internationale conçue pour gérer le risque associé à un agent pathogène éradiqué. Ce document souligne les objectifs à atteindre par chaque établissement dans 16 zones de grande envergure, en s'appuyant sur les principes d'un système de gestion de qualité. Le document attribue la responsabilité de la gestion des risques directement à l'établissement et à sa direction, et requiert que des contrôles et systèmes appropriés de gestion des

Le plan GAP III offre à l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite une vision à long terme et un plan rationnel qui veillent à ce que les poliovirus ne soient pas réintroduits dans les populations humaines une fois la circulation interrompue.

risques ne soient pas seulement développés, mais mis en application pendant les procédures périodiques d'accréditation nationale et internationale.

Outre ces mesures de protection primaires, des mesures secondaires sont nécessaires afin de minimiser les conséquences dans le cas improbable d'une libération du poliovirus. Ces mesures incluent l'installation des établissements conservant du poliovirus dans des zones ayant une couverture vaccinale systématique et importante de la population par le VPI (plus de 90 %) et des systèmes d'eaux usées fermés de qualité optimale avec traitement des effluents secondaire ou supérieur.

■ VPI SABIN

Un élément fondamental de la réduction des risques après l'éradication est le remplacement dans le vaccin du poliovirus sauvage par le virus Sabin, qui est moins neurovirulent et donc moins dangereux. Un fabricant de vaccins a été engagé pour déterminer la faisabilité de la production de vaccins inactivés issus de souches de Sabin. Une fois que cette preuve de principe aura été établie à travers la production de ce qu'on appelle un lot pharmaceutique, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite pourra promouvoir le développement clinique du VPI Sabin. En outre, le *National Institute for Biological Standardization and Control* du Royaume-Uni a commencé à définir les normes relatives au VPI Sabin. L'objectif de ces deux pistes de travail est d'obtenir un vaccin puissant dérivé de la souche virale la moins neurovirulente possible, réduisant ainsi les risques potentiels liés à la fabrication, à la manipulation et à l'administration du vaccin.

GESTION DES RISQUES RESIDUELS ASSOCIES A L'ARRÊT DE L'UTILISATION DU VPO

Alors que les activités de recherche et d'élaboration des politiques se concentrent sur l'identification et la réduction des risques associés à l'arrêt de l'utilisation du VPO, les risques résiduels doivent être gérés. Les recommandations scientifiques concernant les politiques de vaccination nationales, la préparation d'un stock de vaccins et le développement du vaccin antipoliomyélitique oral monovalent de type 3 (VPOm3) sont des points essentiels à la réduction et à la gestion de ces risques. Il convient également de planifier la surveillance des poliovirus à long terme.

■ INTRODUCTION DU VPI ET ETUDES EN DOSES FRACTIONNEES

La recherche scientifique aide à élaborer les décisions de politique nationale sur le maintien de l'immunité de la population après l'éradication : c'est l'objectif des essais sur le VPI en doses fractionnées menés à Cuba et à Oman, et d'un projet sur le VPI dans un pays tropical.

Une série de catastrophes naturelles en Indonésie, associée à l'importation de poliovirus et à la forte flambée de poliomyélite, ont entraîné des retards conséquents dans l'introduction du VPI dans la province de Yogyakarta. Ce projet reste une priorité de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite et répondra aux questions scientifiques, qui cherchent notamment à savoir si l'immunité induite

par le VPI préviendra l'émergence de PDSV dans un milieu tropical, ce qui pourrait influencer une recommandation future du programme de distribution de VPI uniquement dans les pays tropicaux en développement. Alors qu'une surveillance environnementale est en cours dans le cadre de ce projet, le passage du VPO au VPI est attendu pour 2007.

Outre les diverses questions scientifiques, programmatiques et opérationnelles affectant l'utilisation du VPI dans le monde en développement, le coût de la vaccination par le VPI est un facteur de décision majeur (notamment lorsqu'on tient compte des ressources limitées et des coûts de substitution). Au cours de l'année passée, le Bureau régional de l'OMS pour les Amériques (AMRO), le Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale (EMRO) et le siège de l'OMS ont collaboré pour promouvoir la recherche et évaluer les doses fractionnées de VPI administrées en intradermique à l'aide de dispositifs sans aiguille. Une telle approche pourrait entraîner des économies importantes pour un programme de distribution de VPI.

La mise en place d'une série d'études visant à comparer l'immunogénicité de doses fractionnées de VPI administrées par un dispositif sans aiguille vs des doses complètes de VPI administrées par injection intramusculaire a commencé en septembre 2006, avec une étude initiale menée à Cuba, alors qu'une autre menée à Oman devrait débuter le recrutement des patients début 2007. Les données générées par cette série d'études sont destinées à faciliter l'approbation réglementaire des doses fractionnées de VPI.

Le protocole opératoire normalisé pour les stocks de vaccins définit les concepts de la réponse d'urgence après l'éradication.

■ PROTOCOLE OPERATOIRE NORMALISE SUR LES STOCKS DE VACCINS ET PROCESSUS D'APPEL D'OFFRES

Le protocole opératoire normalisé pour un stock de VPOm a été élaboré et présenté à l'ACPE en octobre 2006. Ce document établit les bases de la réponse d'urgence après l'éradication. De plus, il souligne les événements déclencheurs d'une telle réponse,

MAITRISER LE RISQUE DE PROPAGATION INTERNATIONALE DE LA POLIOMYELITIS

A plusieurs reprises, le poliovirus a prouvé sa capacité à voyager sur de grandes distances, causant des importations sur terre, par la mer ou dans les airs. Pour minimiser le risque et les conséquences d'importations futures, les pays se protègent par des mesures de vaccination.

La vaccination complète de tous les voyageurs de régions affectées par la poliomyélite pourrait s'avérer nécessaire dans un futur proche. Le Conseil exécutif de l'Organisation mondiale de la Santé, qui s'est réuni en janvier 2007 à Genève,

en Suisse, a demandé à ce qu'une recommandation permanente appropriée soit adoptée en vertu du Règlement sanitaire international (2005), après son entrée en vigueur en juin 2007.

Certains pays sont déjà en train d'appliquer des politiques similaires à l'échelle nationale. L'Arabie saoudite, par exemple, exige que tous les pèlerins du Hadj venus d'Afghanistan, d'Inde, du Nigéria et du Pakistan soient vaccinés contre la poliomyélite.



Des pèlerins de Peshawar, au Pakistan, sont vaccinés avant leur départ. De telles exigences de vaccination antipoliomyélique pourront être instituées dans d'autres pays.

PHOTO © WHO PAKISTAN

ainsi que le processus décisionnel en cas de distribution du VPOm en urgence. Ce travail représente une avancée majeure pour l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, puisqu'il présente des outils et produits capables de gérer une réponse après l'éradication en cas de réintroduction ou de nouvelle émergence du poliovirus.

En 2006, le VPOm1 a été homologué par quatre producteurs différents : GSK (en Indonésie, en Belgique et au Nigéria), Panacea et Bio Farma (en Indonésie) et Sanofi Pasteur (au Pakistan). GSK a également homologué son VPOm3 en Belgique. Plusieurs autres applications pour l'homologation des produits VPOm sont en cours auprès des autorités nationales de régulation.

Une autre réalisation significative dans la capacité d'intervention en urgence après l'éradication a été la Demande d'indication commerciale (RCI) faite par l'UNICEF. En décembre 2006, l'UNICEF a remis sa RCI à quatre fabricants, tous ayant été préqualifiés par l'OMS pour les produits VPO trivalents, et leur a fourni des informations basiques sur les exigences en matière de stocks pour les fournisseurs, telles que la présentation du vaccin, le nombre de doses par sérotype, la conservation, la sécurité, etc.

Des plans visant à financer les préparatifs nécessaires pour l'après-éradication ont été soutenus par un mécanisme de financement innovateur: la Facilité internationale de financement pour la vaccination (IFFIm). En septembre 2006, le Conseil exécutif du Fonds GAVI a approuvé l'utilisation de US \$ 191 millions provenant de l'IFFIm, pour aider à créer les stocks de VPO pour la période post-éradication.

■ SURVEILLANCE DE LA POLIOMYELITE SOUS L'EGIDE DU REGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL (2005)

Avec la réduction mondiale et l'interruption consécutive de la transmission du poliovirus sauvage, et un monde exempt de poliomyélite, la surveillance à long terme des poliovirus s'attelle à une autre tâche. Les poliovirus sauvages circulants constitueront l'une des quatre maladies « à déclaration obligatoire » spécialement mentionnées dans le Règlement sanitaire international 2005 (RSI 2005), qui entrera en vigueur en juin 2007. La relation changeante entre le RSI et le contrôle des maladies à prévention vaccinale, ainsi que les activités d'éradication de la poliomyélite, notamment au niveau régional et national, devraient prendre de l'importance au moment où l'Initiative est proche d'interrompre la circulation mondiale du poliovirus sauvage.

La notification des cas de poliomyélite devra être intégralement incorporée aux mécanismes existants traitant des cas importants de santé publique internationale, tels que le RSI. L'intégration de la poliomyélite dans le RSI aidera encore à prévenir, à protéger et à contrôler la propagation internationale de la maladie en cas de flambée. Lorsque le RSI entrera en vigueur, les pays évalueront leur capacité à identifier, à vérifier et à contrôler les flambées potentielles de poliomyélite.

Les poliovirus sauvages circulants constitueront l'une des quatre maladies « à déclaration obligatoire » spécialement mentionnées en vertu du Règlement sanitaire international 2005.

LES OBJECTIFS STRATEGIQUES

3.4 INTEGRATION DE L'INITIATIVE MONDIALE POUR L'ERADICATION DE LA POLIOMYELITE

L'intégration de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite est l'un des quatre objectifs stratégiques clés. Elle inclut l'intégration des fonctions à long terme de l'éradication de la poliomyélite dans les mécanismes nationaux et internationaux de gestion d'autres agents pathogènes, et la transition de l'infrastructure de la poliomyélite vers d'autres programmes tels que la vaccination et la réponse à la flambée.

■ ETAPES 2006

ETAPE 1: 75 % DES PAYS PRIORITAIRES COMMUNS A GAVI ET A L'INITIATIVE POUR L'ERADICATION DE LA POLIOMYELITE METTRONT EN ŒUVRE DES PLANS INTEGRES.

STATUT: OBJECTIF ATTEINT — 43 (83 %) des 52 pays prioritaires communs à GAVI et à l'Initiative pour l'éradication de la poliomyélite ont ébauché ou finalisé des plans pluriannuels détaillés.

ETAPE 2: 100 % DES PAYS ONT INTEGRE OU DEVELOPPE LA NOTIFICATION DES CAS DE PFA EN FONCTION DES BESOINS (EN PARTICULIER POUR LA ROUGEOLE ET LE TETANOS NEONATAL).

STATUT: OBJECTIF PARTIELLEMENT ATTEINT.

- 118 des 180 pays (66 %) ayant notifié des cas de PFA ont également un système de notification des cas de rougeole ;
- 180 des 193 pays (93 %) disposent de systèmes de notification des cas de PFA.

ETAPE 3: 75 % DES PAYS SERONT DOTES D'UN COMITE DE COORDINATION INTERINSTITUTIONS SOUTENU PAR GAVI ET LE CAS ECHEANT, D'UN GROUPE DE CONSEIL TECHNIQUE (TAG).

STATUT: OBJECTIF ATTEINT — 43 des 52 pays (83 %) prioritaires communs à GAVI et à l'Initiative pour l'éradication de la poliomyélite sont dotés de comités de coordination interinstitutions soutenus par GAVI, qui travaillent sur des questions plus vastes, tel que démontré par le développement, l'approbation, la distribution et la mise en œuvre de plans pluriannuels détaillés. Les pays prioritaires communs à GAVI et à l'Initiative pour l'éradication de la poliomyélite sont définis comme tous les pays éligibles par GAVI dans les régions d'endémie (c.-à-d. Afrique, Méditerranée orientale, Asie du sud-est).

ETAPE 4: 75 % DES RESSOURCES HUMAINES FINANCEES AU TITRE DE LA LUTTE CONTRE LA POLIOMYELITE CONTRIBUERONT OFFICIELLEMENT A DES PROGRAMMES DIRIGES CONTRE PLUSIEURS MALADIES.

STATUT: OBJECTIF ATTEINT — 100 % du personnel financé au titre de la lutte contre la poliomyélite contribue officiellement à des programmes dirigés contre plusieurs maladies.

ETAPE 5: 100% DES PAYS AURONT INTEGRE LES ACTIVITES D'ERADICATION DE LA POLIOMYELITE A CELLES DE LUTTE CONTRE LA ROUGEOLE.

STATUT: OBJECTIF ATTEINT — 85 % des institutions effectuant une surveillance des laboratoires du réseau polio sont également impliquées dans la surveillance nationale des laboratoires du réseau rougeole.

INTEGRATION DES FONCTIONS A LONG TERME

Une fois la transmission du poliovirus sauvage interrompue, tous les autres poliovirus doivent être contenus, leur surveillance soutenue et un stock de vaccins maintenu. Ces fonctions à long terme propres à l'éradication de la poliomyélite seront intégrées aux mécanismes existants pour aider les pays à préparer, contrôler et répondre aux urgences de santé publique et aux flambées épidémiques.

Le Règlement sanitaire international 2005 (RSI – qui entrera en vigueur en juin 2007) appelle les signataires à développer, à renforcer et à maintenir la surveillance et les capacités de réponse aux urgences de santé publique susceptibles d'avoir un impact international. Les fonctions d'éradication de la poliomyélite incorporées dans les mécanismes existants visant à aider les pays à se conformer à cet instrument légal international incluent : surveillance – sous la forme d'une surveillance de la PFA et d'un réseau de laboratoires ; stock de vaccins et réponses pour aider à gérer les flambées de la maladie ; et fonctions de confinement en laboratoire semblables à celles nécessaires pour la variole.

INTEGRATION DE LA CAPACITE ET DE L'EXPERIENCE

L'infrastructure mondiale de la poliomyélite englobe les ressources humaines, les normes et les recommandations opérationnelles gouvernant les activités d'éradication de la poliomyélite, ainsi que les biens matériels du programme tels que les véhicules, les ordinateurs ou l'équipement de laboratoire. Ces derniers sont devenus au fil des années un composant essentiel des systèmes de santé nationaux et régionaux. Un indicateur du Plan Stratégique à Moyen Terme 2008–2013 de l'OMS est le nombre de pays dans lesquels l'infrastructure de surveillance de la poliomyélite contribue au renforcement des capacités nationales de base pour le RSI.

Quelque 3 300 personnes travaillent pour la surveillance de la PFA et pour la réponse à la flambée dans 54 pays, aux côtés de milliers d'autres travailleurs chargés de la communication sur la poliomyélite et de la mobilisation sociale. Une enquête menée auprès de 1 500 membres du personnel, financée par l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, a indiqué que 85 % d'entre eux consacraient en moyenne la moitié de leur temps à des tâches liées à la vaccination, à la surveillance et à la réponse à la flambée pour d'autres maladies, ce qui constitue la seule source majeure d'assistance technique aux pays à faibles revenus. Le personnel travaillant pour la poliomyélite a soutenu les activités de réduction de la mortalité due à la rougeole, lesquelles ont évité 2,3 millions de décès entre 1999 et 2005¹, rapprochant ainsi le monde de l'Objectif n°4 de développement du Millénaire. L'infrastructure humaine et physique de l'éradication de la poliomyélite est entièrement impliquée dans la couverture par la vaccination systématique, dans l'introduction de nouveaux vaccins et de vaccins sous-utilisés, dans la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide contre le paludisme et dans la réponse aux urgences sanitaires suite à des tremblements de terre et autres catastrophes. La stratégie RED (Reaching Every District) ou « Atteindre chaque district » qui vise à améliorer l'accès à la

Des cadres de surveillance de la poliomyélite très bien formés sont parmi les premiers à répondre aux urgences sanitaires et humanitaires majeures dans le monde entier.

¹ Wolfson LJ, Strebel P, Gacic-Dobo M, Hoekstra E, McFarland JW, Hersh B, for the Measles Initiative. *Has the 2005 measles mortality reduction goal been achieved? A natural history modelling study.* Lancet 2007; 369: 191-200.

Pays ayant mis en place des activités « RED » en 2002–2006



vaccination systématique est conçue sur le modèle de la poliomyélite et fonctionne dans 56 pays. Le réseau mondial de laboratoires pour la poliomyélite sert à identifier et à rechercher d'autres maladies, y compris la rougeole et la fièvre jaune.

Etant donné que les cadres de surveillance de la PFA sont très bien formés et travaillent sur le terrain, ils sont souvent les premiers à répondre aux flambées de fièvre hémorragique virale telles que la maladie à virus de Marburg et la fièvre hémorragique Ebola, la grippe aviaire, le choléra et autres flambées de maladies infectieuses graves pour lesquelles le Réseau mondial OMS d'alerte et d'action en cas d'épidémie (GOARN) a été créé. Tandis que l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite progresse vers l'interruption du poliovirus sauvage, le réseau GOARN devra quant à lui assumer un rôle plus important dans la surveillance de la poliomyélite.

4 FINANCEMENT

Ces 19 dernières années, la communauté internationale a investi US \$ 5,3 milliards dans l'éradication de la poliomyélite, dont US \$ 695 millions pour l'année 2006, au cours de laquelle la communauté des donateurs internationaux a continué à faire des promesses sérieuses de soutien financier. Dans une déclaration à la 59^e Assemblée mondiale de la Santé en mai 2006, les Etats Membres de l'UE ont réaffirmé leur « soutien total » en faveur de l'éradication de la poliomyélite. En juillet 2006, lors du Sommet de Saint-Petersbourg, les leaders du G8 se sont engagés à poursuivre leur soutien en faveur de l'éradication de la poliomyélite. Cet engagement fait suite à celui qu'ils avaient pris en 2005 à Gleneagles de « poursuivre ou d'augmenter » leurs contributions financières pour en finir avec la poliomyélite.

Large partenariat public-privé incluant 44 donateurs rassemblant plus de US \$ 1 million et 27 donateurs rassemblant plus de US \$ 5 millions, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite connaît fin 2006 sa situation financière la plus précaire. A moins que des fonds supplémentaires ne soient engagés rapidement, le programme mondial commencera à manquer d'argent au milieu de l'année 2007 et les activités devront être suspendues, mettant en danger l'effort d'éradication déployé depuis 19 ans. Le déficit de financement de 2007-2008, à la date de mai 2007, s'élevait à US \$ 540 millions.

En 2006, les gouvernements des pays affectés par la poliomyélite, y compris le Bangladesh, l'Inde, l'Indonésie, la Namibie, le Nigéria et le Pakistan, ont fourni des ressources financières domestiques à des niveaux jamais atteints auparavant.

La communauté internationale des donateurs est instamment invitée à convertir ses déclarations publiques de soutien en financement pour que les pays puissent mener à bien leur mission. Les arguments humanitaires et économiques pour achever l'éradication sont solides. Une nouvelle étude de l'Université de Harvard démontre que sur une période de plus de 20 ans, le contrôle de la poliomyélite à des niveaux élevés coûterait plus cher, en termes de souffrance humaine et de dollars, que l'accomplissement de l'éradication.

Le monde a l'occasion de s'associer pour achever une bonne fois pour toutes l'éradication de la poliomyélite et offrir un cadeau éternel aux enfants du monde entier. L'alternative est inacceptable : des centaines de milliers d'enfants seraient à nouveau paralysés par cette maladie au cours des années à venir, et des milliards de dollars seraient dépensés pour les activités de réponse aux flambées, les coûts de réhabilitation / traitement et la perte associée de la productivité économique. La communauté internationale a très peu d'occasions de faire le bien pour chaque enfant et chaque pays du monde. Nous nous devons de réussir pour toutes les générations futures.

Fin 2006, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite connaît sa situation financière la plus précaire.

■ AUTRICHE

L'Autriche a continué de soutenir l'éradication de la poliomyélite en engageant US \$ 710 000 en 2006 pour les efforts d'éradication de la poliomyélite en Ethiopie, portant ainsi le montant total de ses contributions à US \$ 1,67 millions.

■ AUSTRALIE

En 2006, l'Australie a fourni US \$ 804 000 – financement des vaccins en réponse à la flambée de poliomyélite au Népal, et financement mondial – portant ainsi le montant total de ses contributions à US \$ 16,3 millions.

■ LA FONDATION BILL ET MELINDA GATES

La Fondation Bill et Melinda Gates a alloué US \$ 39,8 millions pour le Nigéria et les pays frontaliers, avec pour objectif de minimiser la propagation du poliovirus sur la route du pèlerinage à la Mecque. Cette dernière contribution financière porte le montant total des contributions de la Fondation à US \$ 149,8 millions.

■ CANADA

Le Canada prend des mesures pour tenir sa promesse du G8 de « poursuivre ou d'augmenter » son financement pour la poliomyélite en 2006–08. En 2006, il a contribué à US \$ 39 millions en financement mondial, et a attribué US \$ 4 millions supplémentaires pour les activités de 2006–07 en Afghanistan. Ces dernières contributions portent le montant total des contributions du Canada à US \$ 181 millions.

■ CDC—CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION DES ETATS-UNIS D'AMERIQUE

Outre son rôle de partenaire technique principal, le CDC a financé l'approvisionnement du VPO, les coûts opérationnels et le soutien au programme par l'intermédiaire de l'UNICEF et

de l'OMS. Il a également continué à soutenir le Partenariat d'investissement pour la poliomyélite, qui fournit un financement pour permettre aux pays de racheter les intérêts d'emprunt à la Banque mondiale pour l'achat de VPO, transformant en fait les prêts à ces pays en subventions. Le Congrès américain, dans son année fiscale 2006, a alloué US \$ 101,25 millions au CDC pour l'éradication de la poliomyélite. Le CDC a continué de financer l'envoi sur le terrain d'épidémiologistes, de virologues et de personnes chargées du soutien technique afin d'aider l'OMS, l'UNICEF et les pays touchés par la poliomyélite à mettre en oeuvre les activités d'éradication.

■ CERF—FONDS CENTRAL D'INTERVENTION D'URGENCE

Le CERF a fourni US \$ 830 000 pour aider la Somalie et la République démocratique du Congo à répondre aux flambées de poliomyélite.

■ DANEMARK

Le Danemark a alloué US \$ 500 000 en 2006 pour soutenir le programme d'éradication de la poliomyélite au Niger.

■ COMMISSION EUROPEENNE (EC)

En 2006, la CE a continué de soutenir les efforts d'éradication de la poliomyélite de 14 pays d'Afrique et a alloué US \$ 7 millions en nouveau financement pour le Niger. Le Service d'Aide Humanitaire de la Commission européenne (ECHO) a financé la réponse à la flambée de poliomyélite en République démocratique du Congo avec US \$ 480 000.

■ FRANCE

La France, qui a rejoint l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite en 2004, a fourni US \$ 12,6 millions en financement mondial en 2006, procédant au dernier versement de son engagement sur trois ans d'un montant de US \$ 36 millions. Elle a également fourni du personnel

technique pour aider le Tchad et le Niger dans leurs programmes d'éradication de la poliomyélite.

■ GAVI—L'ALLIANCE MONDIALE POUR LES VACCINS ET LA VACCINATION ET LA FACILITE INTERNATIONALE DE FINANCEMENT POUR LA VACCINATION (IFFIM)

Lors de sa réunion de septembre 2006, le Comité exécutif du Fonds GAVI a alloué US \$ 191,28 millions pour la création, l'approvisionnement et l'évaluation d'un stock de vaccins antipoliomyélitiques comme caisse d'investissement en vertu de la Facilité internationale de financement pour la vaccination (IFFIm). Cet investissement fournira le financement initial nécessaire pour établir un stock de VPOm auquel les pays éligibles par GAVI pourront avoir accès (le cas échéant) après l'éradication.

■ ALLEMAGNE

L'Allemagne a engagé US \$ 37,2 millions supplémentaires en financement pluriannuel de VPO pour les efforts d'éradication de la poliomyélite en Inde, et a signé un nouvel accord mondial de US \$ 1,3 million pour 2007–08. Ces dernières contributions portent le montant des contributions de l'Allemagne à US \$ 142 millions.

■ ISLANDE

L'Islande a renouvelé sa toute première contribution aux activités mondiales d'éradication de la poliomyélite en 2005, avec une deuxième contribution de US \$ 50 000 en 2006.

■ IRLANDE

L'Irlande a signé un engagement mondial de US \$ 10,4 millions pour 2006–08, et a doublé ses contributions à l'éradication de la poliomyélite pour 2003–05, portant ainsi le montant de son financement à la poliomyélite à US \$ 16,6 millions.

■ JAPON

Le Japon a alloué US \$ 13,4 millions pour l'achat de VPO pour les AVS dans les pays prioritaires. 80 % de ce financement a été attribué à l'Éthiopie, à l'Inde, au Nigéria et au Pakistan. Le montant total des contributions du Japon pour l'année 2006 s'élève à US \$ 312 millions.

■ LUXEMBOURG

Le Luxembourg s'est engagé à verser US \$ 2,76 millions pour 2006-08, portant le montant total de ses contributions pour l'éradication de la poliomyélite à US \$ 9,08 millions. Le Luxembourg est le gouvernement donateur dont les contributions par habitant, en faveur de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, sont les plus élevées, chaque homme, femme et enfant du Luxembourg ayant fourni l'équivalent de US \$ 19,14.

■ MONACO

Monaco a continué de soutenir l'éradication de la poliomyélite en fournissant US \$ 78 000 pour les activités d'éradication de la poliomyélite au Niger.

■ PAYS-BAS

Le Ministère de la Santé des Pays-Bas a engagé US \$ 210 000 pour soutenir le travail accompli par l'Institut néerlandais de la santé publique pour combattre la poliomyélite.

■ NOUVELLE-ZELANDE

La Nouvelle-Zélande a alloué US \$ 300 000 pour les efforts d'éradication de la poliomyélite à travers son partenariat avec les clubs Rotary du pays.

■ NORVEGE

La Norvège a signé un engagement sur deux ans pour fournir US \$ 15,2 millions en financement mondial pour 2006-07, portant le montant total de ses contributions à US \$ 50 millions.

■ SULTANAT D'OMAN

Le Sultanat d'Oman a continué de soutenir les efforts d'éradication de la poliomyélite en allouant US \$ 100 000 en 2006, portant le montant total de ses contributions à US \$ 200 000.

■ 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, et le deuxième plus gros donateur après le gouvernement des États-Unis. En 2006, le Rotary International a

HOMMAGE A KOFI ANNAN

L'ancien Secrétaire général des Nations Unies Kofi Annan a joué un rôle essentiel dans les progrès majeurs réalisés au niveau des efforts d'éradication mondiale de la poliomyélite ces dix dernières années. Lorsqu'il a pris ses fonctions en 1997, la poliomyélite était endémique dans la majorité de l'Afrique, de l'Asie du sud-est et de la Méditerranée orientale ; même l'Europe n'avait pas été certifiée exempte de poliomyélite. A l'issue de son mandat en 2006, seuls quatre pays au monde signalaient une transmission du poliovirus sauvage indigène, un seul de ces pays, le Nigéria, se trouvant en Afrique.

L'ancien Secrétaire général a personnellement soulevé la question de l'éradication de la poliomyélite dans des réunions bilatérales avec les Chefs d'Etat de pays clés affectés par la poliomyélite et avec les pays donateurs. Il a régulièrement inclus le sujet dans ses discours lors d'événements majeurs. En 2006, M. Annan a pris des mesures extraordinaires pour mobiliser les dirigeants des pays d'endémie, écrivant aux Chefs d'Etat pour exprimer son inquiétude et celle de la communauté internationale face à l'augmentation du nombre des cas de poliomyélite signalés. Son message d'alarme a retenu l'attention des Chefs d'Etat et a aidé à rassembler les efforts pour améliorer la qualité des activités de vaccination antipoliomyélitique.

Remarquant que le programme devait faire face à un déficit de financement pour la mise en oeuvre des activités de 2006, le Secrétaire général a également pris l'initiative d'écrire aux Rois et aux Chefs de gouvernement des Etats Membres du Conseil de coopération du Golfe, demandant à ce qu'ils s'associent dans cet effort mondial et à ce qu'ils fournissent des ressources financières. Les contributions et les promesses de dons sont aujourd'hui reçues en réponse à cette requête. M. Annan a également contacté les dirigeants de nombreux pays du G8, les priant instamment d'honorer leurs engagements de financement pour l'éradication de la poliomyélite.

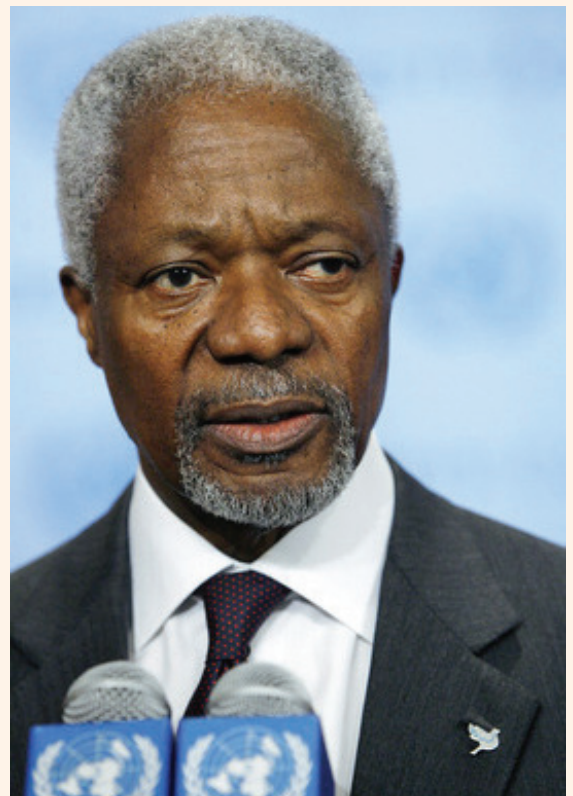


PHOTO © UN PHOTO/P. FILGUEIRAS

apporté une contribution financière de US \$ 22,6 millions pour soutenir les efforts d'éradication de la poliomyélite dans les pays prioritaires, portant le montant total de ses contributions à plus de US \$ 616 millions.

■ FEDERATION DE RUSSIE

La Fédération de Russie, pendant sa présidence du G8 en 2006, a conservé l'éradication de la poliomyélite à l'ordre du jour du Sommet du G8 à Saint-Petersbourg, et s'est engagée à verser US \$ 10 millions en financement mondial pour 2006-08, soit une augmentation de 25 % par rapport à son financement pour 2003-05.

■ ESPAGNE

En 2006, l'Espagne, par l'intermédiaire de son *Agence espagnole pour la coopération internationale*, a poursuivi son soutien solide en fournissant US \$ 1,25 million pour les activités mondiales d'éradication de la poliomyélite, y compris un financement pour maintenir et améliorer les normes de surveillance pour la certification en Angola, au Cap Vert, en Guinée-Bissau et en Namibie.

■ UNICEF—FONDS DES NATIONS UNIES POUR L'ENFANCE

En 2006, l'UNICEF, un des partenaires principaux de l'Initiative, a apporté un soutien financier aux activités d'éradication de la poliomyélite de plusieurs façons.

Ressources régulières : l'UNICEF a alloué des ressources régulières s'élevant à US \$ 12 millions pour les activités d'éradication de la poliomyélite en Afghanistan, au Pakistan, en Inde, au Nigéria, en Angola, en Namibie et au Soudan.

Comités nationaux : les Comités nationaux de l'UNICEF de Suisse, d'Islande, d'Australie, du Canada et du Royaume-Uni ont apporté une contribution totale de US \$ 954 000 pour les activités d'éradication de la poliomyélite dans les pays prioritaires.

Bureaux nationaux de l'UNICEF : Les bureaux de l'UNICEF en Angola, au Bangladesh, en République démocratique du Congo, en Inde et en Namibie ont reprogrammé localement US \$ 1,7 million de financement pour les activités d'éradication de la poliomyélite.

■ ROYAUME UNI—DFID (DEPARTMENT FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT) DEPARTEMENT POUR LE DEVELOPPEMENT INTERNATIONAL

Les US \$ 53,65 millions alloués par le DFID en financement mondial et national en 2006 ont porté le montant total de ses contributions à plus de US \$ 600 millions. Le DFID a complété son financement mondial en soutenant le Pakistan, l'Inde, la Somalie, l'Indonésie et le Myanmar, tout en continuant de prendre des mesures pour que soient honorées les promesses de dons des dirigeants du G8 exprimées lors du Sommet de 2005 à Gleneagles, les pays s'étant engagé à « poursuivre ou à augmenter » leur financement pour 2006-08.

■ LA FONDATION DES NATIONS UNIES (UNF)

En 2006, l'UNF a fourni US \$ 3,34 millions pour la surveillance des régions OMS d'AFR et d'EMR, pour l'achat de VPO au Myanmar et pour les coûts opérationnels au Nigéria, tout en continuant de soutenir les efforts

de mobilisation des ressources pour l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite.

■ USAID

Le Congrès américain, dans son année fiscale 2006, a alloué US \$ 32 millions par l'intermédiaire de l'USAID pour soutenir les efforts mondiaux d'éradication de la poliomyélite. De plus, le Bureau pour l'aide des Etats-Unis en cas de désastres à l'étranger de l'USAID (OFDA) a fourni US \$ 200 000 pour les activités d'éradication de la poliomyélite en Somalie du sud / centrale. Le montant total des contributions de l'USAID s'élève à plus de US \$ 322 millions.

■ BANQUE MONDIALE

La Banque mondiale a alloué une subvention de US \$ 6 millions à l'Afghanistan pour l'achat de VPO en 2006-07. Le Nigéria et le Pakistan ont continué de bénéficier du Partenariat d'investissement pour l'éradication de la poliomyélite, qui se compose de la Fondation Bill et Melinda Gates, du Rotary International, du CDC et de l'UNF, organes qui fournissent un financement pour permettre aux pays de racheter les prêts de la Banque mondiale pour l'achat de VPO, transformant en fait les prêts en subventions. Depuis 2003, ce mécanisme de financement innovateur a facilité l'achat de VPO grâce à US \$ 165,5 millions alloués au Nigéria et au Pakistan.

GLOSSAIRE TERMINOLOGIQUE

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
CCR	Commission de certification régionale
CDC	US Centers for Disease Control and Prevention
CE	Commission européenne
CNC	Comité national de certification
DFID	Département pour le développement international
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 sauvages
GAVI Alliance	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
ONU	Organisation des 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 aiguë
PPAV	Poliomyélite paralytique associée au vaccin
RED	« Atteindre chaque district » (Reaching every 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 Pacifique occidental

Le succès sera un don
perpétuel pour les enfants
des générations futures.

Le succès est
la seule option.



PHOTO © UNICEF/RAVI KUMAR GUPTA

Un enfant est vacciné à Bihar, en Inde.

RAPPORT ANNUEL 2006

INITIATIVE
MONDIALE POUR
L'ERADICATION
DE LA POLIOMYELITE

POLIO