

Tant que la polio menacera, ne serait-ce qu'un seul enfant
dans le monde, tous les enfants du monde
demeureront en danger.

Rapport sur l'éradication de la poliomyélite Aspects médicaux, sociaux et financiers

*Je forme les vœux les plus sincères pour cette nouvelle année 2011.
Que tous vos souhaits se réalisent,
et que, très vite, tous les enfants du monde oublient ce que fut la polio.*

Christian Michaud



**Document de synthèse réalisé par Christian Michaud
Gouverneur 2004-2005 - District 1770**

Coordinateur Image du Rotary 2006-2009 France, Andorre et Monaco

Prix du Rotary International pour un monde sans polio

à partir de documents de l'OMS, du Rotary International, de l'IMEP (Initiative mondiale pour l'éradication la poliomyélite), du GAVI (Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination), de l'IFFIm (The International Finance Facility for Immunisation), du Journal de médecine tropicale 2009, d'échanges avec l'OMS, l'Institut Pasteur, des chercheurs...et des nombreuses questions pertinentes posées lors d'interventions dans les clubs.

Le terme de poliomyélite vient du grec polios (gris) et de muelos (moelle).

En 1985, le Rotary International prend l'initiative de l'éradication de la poliomyélite dans le monde.

Dès 1973 des rotariens du district 730 (Pennsylvanie, USA) réunissent des fonds pour vacciner, avec les rotariens Guatémaltèques, 1 millions d'enfants au Guatemala. C'est la **préfiguration des Journées Nationales de Vaccination (JNV) du programme PolioPlus**. Mais c'est grâce à la création des programmes 3H en 1978 que le Rotary International lance sa première grande opération aux Philippines en 1979. En 1982 le Conseil d'administration du Rotary décide de «vacciner tous les enfants du monde contre la polio d'ici le centenaire du Rotary en 2005». C'est le programme Polio 2005 qui deviendra plus tard PolioPlus. D'autres campagnes se succèdent : Bolivie, Haïti, Sierra Leone, Maroc...

Mais il apparaît très vite que vacciner des enfants par petits groupes ne sert à rien. Il faut vacciner tous les enfants d'un pays le même jour. En 1984 l'OMS reconnaît le statut d'ONG au Rotary.

La Commission Polio 2005, propose en octobre 1984 de :

- réunir 120 millions de \$ nécessaires à la vaccination de tous les nouveau-nés pendant 5 ans.
- fournir une armée de volontaires pour administrer le vaccin

Ce programme est présenté au rotariens pour le 80ème anniversaire du Rotary le 23 février 1985, ainsi qu'aux chefs d'états réunis pour le 40ème anniversaire de l'ONU.



Un objectif : assurer une couverture vaccinale de 80% dans le monde.

C'est à partir de ce moment que le Rotary fait équipe avec l'OMS, L'UNICEF et un peu plus tard avec le CDC (Centers for Disease and Prevention Control).

A la convention de Philadelphie, le 24 mai 1988, c'est 219 350 449 \$ qui sont réunis par tous les clubs du monde dépassant largement l'objectif visé. C'est aussi lors de la Convention que l'Assemblée mondiale de l'OMS a décidé d'éradiquer la polio dans le monde.

C'est vraiment, à ce moment, que tout commence ! L'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le Rotary International, les Centers for Disease and Prevention Control (CDC) et l'UNICEF, sont réunis dans l'IMEP (Initiative Mondiale pour l'Eradication de la Polio). C'est l'initiative de santé publique la plus importante dans le monde.

Lorsque l'IMEP a été lancée, le poliovirus sauvage était endémique dans plus de 125 pays, paralysant plus de 1000 enfants par jour.

En 2009, 1600 cas constatés, c'est trop mais quel chemin parcouru !

(à partir du livre : un siècle de service : histoire du rotary)



Organisation
mondiale de la Santé



unicef 

En savoir plus sur l'IMEP : http://www.endofpolio.org/partners_fr.html

Depuis la création de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite en 1988, l'incidence de la maladie a été réduite de plus de 99 %, le nombre de cas estimés ayant été ramenés de 350 000 par an en 1988 à 1604 cas en 2009. Grâce aux efforts de l'IMEP, à la fin de 2008, plus de cinq millions de personnes, qui sans elles, auraient été paralysées, marchent sur leurs deux jambes et 250 000 décès ont été évités. Le poliovirus sauvage autochtone a été éradiqué dans tous les pays sauf quatre (Inde, Nigeria, Pakistan et Afghanistan). Dans ces pays la transmission autochtone des poliovirus sauvages de type 1 et

de type 3 se poursuit. (Extrait du rapport 2009 de l'IMEP)
Les campagnes d'éradication sont le résultat d'un partenariat public et privé. La coalition comprend aussi les gouvernements des pays affectés par cette maladie, des fondations privées (la Fondation des Nations Unies, la Fondation Bill & Melinda Gates...), des banques de développement (la Banque mondiale...), des pays donateurs, la Commission européenne, des organisations humanitaires et non gouvernementales (la Croix-Rouge et le Croissant Rouge...) et des multinationales (Aventis Pasteur et De Beers).

Depuis la création de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite en 1988, l'incidence de la maladie a été réduite de plus de 99 %

Pour en savoir plus sur l'histoire de la poliomyélite : <http://www.polioeradication.org/history.asp>

Pour en savoir plus : <http://www.polioeradication.org/Mediaroom/Monthlysituationreports.aspx>

Actualités

les flambées de polio au Tadjikistan et au Congo



Flambée au Tadjikistan

AVRIL 2010 : le poliovirus sauvage de type 1 a été détecté au Tadjikistan. Les virus isolés sont liés génétiquement à des virus de l'Uttar Pradesh en Inde.

Cette flambée souligne le danger de transmission du poliovirus même dans les Régions exemptes de poliomyélite.

MAI - JUIN : lancement de trois campagnes nationales de vaccination pour relever le niveau immunitaire contre la poliomyélite et mettre rapidement fin à la flambée.

Le Tadjikistan a employé la stratégie fondée sur l'administration d'une dose supplémentaire dans un intervalle court (SIAD), en menant des campagnes le 1er mai, le 15 mai et le 1er juin.

AOUT : la riposte contre la flambée se poursuit au Tadjikistan et, pour réduire le plus possible le risque et les conséquences d'une nouvelle propagation internationale, des journées nationales de vaccination (JNV) sont organisées dans les pays voisins.

OCTOBRE : l'importante flambée de poliomyélite due au poliovirus de type 1 survenue au Tadjikistan cette année a considérablement ralenti, aucun cas depuis le 4 juillet.

Une riposte globale à la flambée se poursuit dans les 4 pays : Ouzbékistan, Turkménistan, Kazakhstan et Kirghizistan,

Ces deux flambées sont la conséquence d'une sous-vaccination.

Pour le Tadjikistan la flambée est le résultat, d'une détérioration des services de santé depuis l'effondrement de l'URSS mais aussi de la guerre civile 1992-1997. Cette flambée semble terminée (le dernier cas date du 4 juillet) dans un délai extrêmement court grâce à des campagnes massives de vaccination et la coopération de la population.

Au Congo l'analyse de la situation n'est pas encore achevée. Le virus de type 1 a été importé d'Angola dans la ville de Pointe Noire (un centre important de production de pétrole avec de nombreuses multinationales).

Le premier cas a été constaté début octobre. La majorité des cas observés (50 par semaine) concerne des personnes de 15-30 ans suggérant, comme au Tadjikistan, une génération sous ou pas vaccinée (lost generation) en raison de la guerre 1997-1998 ayant affaibli le système de santé.

Un des membres de l'OMS revenant du Congo dit qu'il n'oubliera jamais l'effroi dans les yeux d'un adulte quand il réalisa que ses poumons ne fonctionneraient plus. *(écrit à partir d'informations communiquées par Liliane Boualam de l'OMS)*

Le Rotary apporte 500 000 \$ de fonds à l'OMS et à l'UNICEF pour les campagnes de vaccinations d'urgence au Congo et dans les pays limitrophes

Flambée au Congo

NOVEMBRE 2010 : en réponse à une épidémie de polio faisant majoritairement et de manière inhabituelle, des victimes parmi les adultes, le premier tour d'une campagne de vaccination de masse ciblant 3 millions de personnes de tout âge, a débuté le vendredi 12 novembre. La campagne a eu lieu dans la ville côtière de Pointe Noire et le Département de Kouilou en République du Congo, dans 16 districts des provinces avoisinantes de la République démocratique du Congo (RDC) et de l'autre côté de la frontière en Angola.

Ceci constitue la première réponse vaccinale à l'épidémie de polio confirmée le 4 novembre en République du Congo. Selon les dernières données disponibles, au 12 décembre, il est dénombré 502 cas de PFA dont 214 décès

La plupart des cas concerne de jeunes adultes âgés de 15 à 29 ans. Cela illustre les risques existants quand les populations ne sont pas immunisées de manière optimale.

« *Chaque homme, chaque femme, chaque enfant sera vacciné quelque soit son statut vaccinal,* » a déclaré le Directeur régional pour l'Afrique de l'OMS, le Dr Luis Sambo.

Une deuxième phase de vaccination contre la poliomyélite au Congo s'est achevée et une troisième phase de vaccination est prévue pour janvier 2011.

Depuis le mois d'octobre 18 millions de doses de vaccins ont été livrés au ministère de la santé congolaise, défi logistique relevé par l'UNICEF, l'OMS et le Rotary International.

Ces campagnes ne peuvent réussir qu'avec le travail de milliers d'agents de santé qui font du porte à porte pour s'assurer que chaque personne soit vaccinée.

Le séquençage génétique a déterminé que ces cas sont causés par un virus étroitement lié à celui circulant en Angola.



Le Tadjikistan nous a montré qu'avec des campagnes intensives et de qualité de vaccination il était possible, en quelques mois, de stopper des flambées importantes de cas de polio, le même type d'action, commencé le 12 octobre au Congo et dans les pays avoisinants devrait aboutir au même résultat positif.

Cela démontre que par une surveillance précise et sans faille et des actions massives il est possible de venir à bout de la polio, d'autant plus que dans le même temps le nombre de cas dans les pays endémiques a chuté très fortement.

Aussi terrible que puisse être les conséquences de cette flambée de polio, elle conforte les voies pour atteindre l'éradication.

Mais il faut des fonds pour réagir très vite, c'est la clé du succès, à toute résurgence de flambées épidémiques. Les campagnes au Congo vont, par exemple, s'élever à 23 millions de dollars cette somme ne concerne pas seulement les activités du Congo mais la réponse globale incluant les pays limitrophes comme la DRC et l'Angola.

L'homme est l'unique réservoir des virus dont la transmission est orofécale

Ce sont des Entérovirus (virus trouvés dans les selles) appartenant aux Picornavirus, appelés aussi poliovirus, proche de celui de la fièvre aphteuse et de l'hépatite A, avec la même affinité pour s'installer dans l'intestin et la même contamination par la bouche.

L'homme est l'unique réservoir des virus dont la transmission est orofécale. Une fois dans le milieu extérieur le virus peut survivre quelques semaines dans le sol et les eaux usées. La transmission oro-fécale se fait par l'intermédiaire d'eau souillée par les selles ou d'aliments contaminés. La poliomyélite est très contagieuse. C'est une maladie des pays à mauvaise hygiène fécale : l'endémie y est permanente. Elle atteint surtout les jeunes enfants entre 3 mois et 5 ans (paralysie dite infantile).

Il faut donc éviter autant que possible que l'eau soit contaminée majoritairement via le réseau d'évacuation des eaux usées. (cf. page suivante).

Le thème de l'eau est au cœur des priorités rotariennes et il est en parfaite adéquation avec le défi de l'éradication de la polio.

Les collectivités d'enfants sont les plus touchées et ce, d'autant plus que les conditions socio-économiques sont précaires.

Il existe trois poliovirus différents :

- **Type 1** : le plus virulent, cause la plupart des cas de paralysies.
- **Type 2** : virus éradiqué en 1999,
- **Type 3** : faible propagation et le plus maîtrisable

et les poliovirus dérivés circulants, PVDVc. (voir encart ci-dessous.)

Pour en savoir plus sur la poliomyélite :

<http://fr.wikipedia.org/wiki/Poliomy%C3%A9lite>

En Inde, une seule lignée génétique du poliovirus sauvage de type 1 survit (alors que sept lignées étaient présentes en 2007).

Cas publiés par l'OMS

Nombre de cas	Cas 2010 au 15/12/10	Cas 2009 au 15/12/09	Cas 2009 au 31/12/2009	Total 2008	Total 2007
Total	767	1337	1604	1651	1315
Pays endémiques	211	1051	1256	1505	1208
Pays non endémiques	587	328	348	146	107

Pays endémiques	Cas 2010 au 15/12/10	Cas 2009 au 15/12/09	Total 2009	Total 2008
Pakistan	134	84	89	117
Inde	41	672	741	559
Afghanistan	23	31	38	31
Nigeria	13	388	388	798

Poliovirus dérivé d'une souche vaccinale (PVDVc)

Extrait de Polio News N°33 (2ème et 3ème trim. 2009) de l'OMS

Quand un enfant est infecté par un poliovirus sauvage, celui-ci se réplique dans son intestin, puis pénètre dans la circulation sanguine en franchissant la paroi intestinale. De là, il atteint la moelle épinière et provoque une paralysie. Au cours de cette période, le virus est également excrété et peut se transmettre à d'autres enfants de la communauté, en particulier dans les zones où l'assainissement est médiocre. Si le nombre d'enfants complètement vaccinés est suffisant, le virus est alors incapable de trouver un enfant sensible pour transmettre l'infection et il finit par disparaître.

Dans de très rares occasions, si la couverture de la vaccination est largement insuffisante dans une population, le virus de la souche vaccinale excrété peut continuer à trouver des enfants sensibles et commence à circuler au-delà du voisinage immédiat de l'enfant vacciné pour se répandre dans une communauté plus large et s'y maintenir sur une longue durée. Or, plus il survit longtemps et se transmet de cette manière, plus les modifications génétiques sont nombreuses au fur et à mesure des répliquations. Les PVDV circulants sont des virus qui ont suivi l'ensemble de ce processus.

Les PVDV circulants doivent être gérés de la même manière que les poliovirus sauvages. Mais la prévention reste la meilleure des solutions : une communauté totalement vaccinée est protégée à la fois contre les poliovirus sauvages et les PVDV.

Deux grands types de vaccins sont utilisés.

(extraits d'informations communiquées par M Joël Calmet de Sanofi Aventis et de rapports de l'OMS)

Vaccin VPO (vaccin par voie orale)

- Il s'agit d'un vaccin atténué donc toujours doté de capacité répliquative. Une fois ingéré, il se réplique de façon massive au niveau de l'intestin permettant ainsi une protection dès cette étape.
- Ce vaccin est celui qui a permis le recul de la polio dans les proportions actuelles et son utilité est incontestable. Il existe un vaccin trivalent pour les 3 types de virus, et des vaccins monovalents spécifiques des types 1 et 3 de virus sauvages.

Avantages :

- voie orale, utilisable par des auxiliaires de santé peu « qualifiés ».
- coût unitaire faible, « protection » au niveau intestinal, bloquant la transmission humaine. Ceci permet une immunité dite de troupeau ou de groupe et rend envisageable l'éradication. (L'immunité de troupeau est le phénomène qui permet de protéger des individus non vaccinés par rupture de la transmission de l'agent infectieux).

Inconvénients :

- efficacité délicate en zone tropicale (probablement interférences avec maladies du tube digestif).
- retour à la virulence par mutation lors de la répllication intestinale (voir page 4 : les PVDV).

Une nouvelle étude confirme l'efficacité du vaccin antipoliomyélique oral bivalent (VPOb) tout à fait novateur: Une étude publiée en octobre dans la revue médicale The Lancet confirme que le nouveau VPOb est plus efficace. L'utilisation à grande échelle du nouveau vaccin, combinée à des améliorations dans les interventions, a conduit à une diminution impressionnante à la fois du nombre des cas de PVS1 et de PVS3 au Nigéria et en Inde cette année. Qui plus est, cette étude confirme l'efficacité du nouveau vaccin, non seulement dans le cadre d'un essai clinique, mais aussi sur le terrain, comme en attestent des éléments de preuve cruciaux. Le plus grand défi consiste désormais à veiller à ce que des fonds suffisants soient rapidement mis à disposition pour permettre à davantage d'enfants de bénéficier du nouveau vaccin

Vaccin VPI (vaccin injectable)

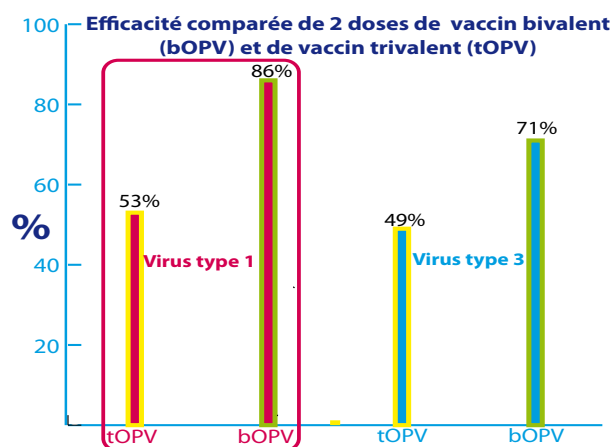
- Il s'agit d'un vaccin inactivé. Il n'a pas de capacité répliquative donc pas de mutation possible. Sa tolérance est parfaite au plan général. Il doit être utilisé en plusieurs doses (3+1).
- Ce vaccin est utilisé depuis 1975 en France de façon systématique et depuis les années 2000 exclusivement aux USA. C'est le vaccin de choix de tous les pays occidentaux actuellement.

Avantages :

- efficacité individuelle, même en zone tropicale.
- sûreté d'administration, même en cas d'infection intestinale intercurrente.
- sécurité individuelle et collective très bonne.
- combinaison possible avec d'autres vaccins.

Inconvénients :

- vaccin injectable, donc à faire par des structures de santé plus élaborées que l'oral (utilisation de seringues dans des conditions sanitaires délicates).
- coût unitaire plus élevé. Ceci est à mettre en perspective avec le coût d'une vaccination (nombre de passages ou campagnes de masse coûteuses).
- protection intestinale faible. Le vacciné peut rester « vecteur » de la polio alors qu'il est lui-même protégé au niveau sanguin.



Le vaccin antipoliomyélique oral bivalent (VPOb), ciblant simultanément les deux derniers types de poliovirus sauvages encore en circulation dans le monde, a une efficacité supérieure d'au moins 30 % à celle du vaccin trivalent classique.

Le *New England Journal of Medicine* a publié en juin deux études sur l'éradication de la poliomyélite portant sur l'utilisation du VPO à long terme et sur la posologie du vaccin antipoliomyélique inactivé (VPI) administré en doses fractionnées, qui donnent un nouvel éclairage intéressant tant que la poliomyélite n'est pas éradiquée mais aussi lorsque elle le sera. La première étude réaffirme que les PVDVc sont aussi transmissibles et paralysants que les poliovirus sauvages et va ainsi dans le sens de la stratégie consistant à riposter aux flambées dues au PVDVc comme à celles dues

aux poliovirus sauvages. La deuxième étude, qui vise à évaluer plusieurs approches afin de proposer un VPI abordable après l'éradication de la poliomyélite, montre que, chez l'enfant, des doses fractionnées sont aussi efficaces que des doses entières. Un éditorial publié dans cette même revue montre que les PVDVc doivent être gérés efficacement même une fois que la poliomyélite aura été éradiquée et qu'il est important de rechercher des stratégies pour réduire le coût du VPI après l'éradication

Pour en savoir plus :

<http://www.polioeradication.org/content/polionews/PolioNews33/PolioNews33-FR.asp>
<http://medecinetropicale.free.fr/cours/polio.htm>

Vaccination : outils stratégiques majeurs



1 - Optimisation de la vaccination de routine

Couverture vaccinale élevée des nourrissons avec injection de 4 doses de vaccin antipoliomyélitique au cours de la première année de vie. Cette stratégie constitue le principal rempart des pays exempts de polio contre le retour de la maladie.

2 - Journées nationales de vaccination (JNV)



Les pays qui n'arrivent pas à maintenir des taux élevés de vaccinations systématiques doivent avoir recours à des campagnes de vaccination de masse. Ces opérations à grande

échelle baptisées Journées nationales de vaccination ou JNV nécessitent des ressources très importantes et sont souvent annoncées à grand renfort de publicité.



Ces journées de vaccination durent quelques jours et ont souvent lieu dans des régions difficiles et reculées, sans dispensaires ou électricité, souvent en période de guerre.

Les rotariens s'impliquent de mille façons avant, pendant et après ces JNV : achat du vaccin, campagnes de mobilisation auprès du public, transport du vaccin vers les centres de soins, rôle de supervision, soutien aux responsables de santé locaux pour vacciner chaque enfant, participation aux efforts de surveillance.



Dans les pays non endémiques de l'Afrique il est constaté une augmentation du nombre de cas dus à une importation de poliovirus à partir des zones endémiques.

Ces importations proviennent du Nigeria ou de l'Inde.

Ces pays non endémiques d'Afrique, où la maladie due au virus sauvage a disparu, négligent (souvent par manque de moyen) de maintenir une couverture vaccinale élevée. Une couverture vaccinale faible permet d'une part l'importation de souches sauvages en provenance des pays endémiques et d'autre part la circulation inter humaine des souches vaccinales qui peuvent alors acquérir des caractères pathogènes et épidémiques (VDPV - Voir page 5).

3 - Campagnes de ratissage

La preuve de la vaccination



Organisation de campagne de vaccination porte à porte lorsque des poches de résistance du virus subsistent. Elles sont similaires à des JNV mais à une échelle réduite.

4 - Surveillance

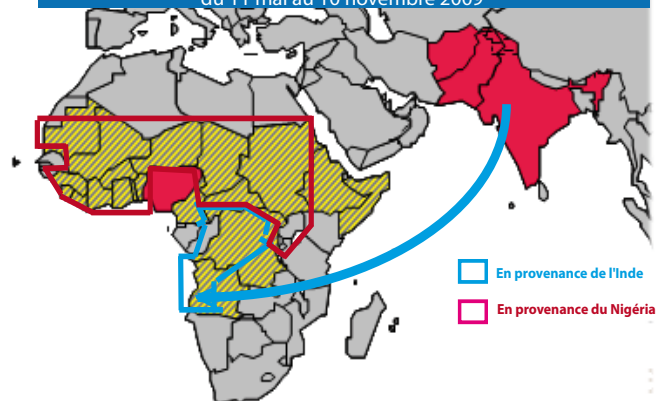
Les Rotariens jouent un rôle important de soutien auprès des travailleurs de santé, médecins et autres professionnels chargés d'identifier, de signaler et d'analyser au plus vite (idéalement sous 48 heures) les cas de paralysie flasque aiguë. (voir en annexe : Comment assurer que les cas de polio sont correctement détectés ?).

Cette stratégie de vaccination a été extrêmement efficace et a abouti à la disparition des poliovirus sauvages dans la plupart des pays du monde y compris dans de nombreux pays, très démunis, en voie de développement. Il faut donc continuer à l'appliquer dans les pays non endémiques de l'Afrique.



La preuve de la vaccination : petit doigt en jaune

Zones à haut risque d'importation de virus des zones endémiques du 11 mai au 10 novembre 2009



En savoir plus sur une JNV (Mali 2009) :

http://www.sante.gov.ml/msante/index.php?option=com_content&task=view&id=1113&Itemid=1

L'homme est l'unique réservoir du virus dont la transmission est orofécale. Une fois dans le milieu extérieur le virus peut survivre quelques semaines dans le sol et les eaux usées. **La transmission se fait par l'intermédiaire d'eau souillée par les selles** La poliomyélite est très contagieuse. C'est une maladie des pays à mauvaise hygiène fécale : l'endémie y est permanente.



Avant

Tant que les infrastructures d'assainissement de l'Uttar Pradesh restaient dans cet état atroce, le poliovirus allait continuer à se déverser littéralement dans les rues à chaque mousson.

Le tableau était peu engageant. Les rues sales, non pavées d'Abbas Nagar étaient bordées d'égouts à ciel ouvert, bouchés par les déchets humains et, en cas de pluie, la saleté se déversait à torrents dans les rues.

Les habitants de cette agglomération rurale d'Aligarh en Uttar Pradesh se plaignaient, mais personne ne venait construire de nouvelles rues. En fait, les seuls à venir étaient les équipes de vaccination contre la poliomyélite, une fois par mois. C'est donc à elles que les habitants se sont plaints, lors de leurs visites. Que pouvaient-ils faire d'autre ? Plus le temps passait, plus le ressentiment s'accumulait et la population a fini par recourir au seul moyen à sa disposition : protester en refusant la vaccination de leurs enfants.

L'Initiative globale pour l'éradication de la poliomyélite a alors été confrontée à un problème : si trop de foyers refusaient la vaccination, les activités allaient devenir inutiles, l'immunité devenant insuffisante au niveau de la communauté pour éviter une flambée épidémique. Mais les égouts, eux-mêmes, étaient le plus gros problème à résoudre. L'UNICEF a décidé de le régler en mettant en place le projet d'assainissement urbain et d'hygiène (Urban Sanitation and Hygiene Action (USHA) Project), identifiant Moradabad, Firozabad et Aligarh pour des interven-

tions ciblées visant à améliorer toute une gamme d'équipements civils. Elle a tout d'abord rencontré les municipalités, soulignant l'importance d'améliorer l'assainissement de l'environnement. Des campagnes de sensibilisation à la propreté ont été élaborées, avec le nettoyage des égouts, le balayage des rues, la collecte et l'enlèvement des ordures par 180 personnes nouvellement employées par la municipalité d'Aligarh Nagar Nigam.

Le projet USHA démontre clairement que, dans les zones où le risque de poliomyélite est élevé, une approche intégrant la santé, l'assainissement du milieu et l'hygiène permet d'augmenter le nombre des enfants vaccinés et d'obtenir une

diminution spectaculaire du risque de propagation du virus. Les effets bénéfiques sont inépuisables : **les rues et les ruelles sont propres, les égouts vides, les enfants en bonne santé et le poliovirus n'a plus d'endroit où se tapir.**



Après

Extrait d'INFOPOLIO N°33 : Bulletin de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite par l'Organisation mondiale de la Santé en association avec le Rotary International, les US Centers for Disease Control and Prevention et le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance.

Le Rotary, en mettant dans ses priorités l'eau et son assainissement, concourt à limiter la propagation du virus de la poliomyélite dans les zones infectées.



En savoir plus sur le défi du Rotary pour une eau potable :

http://www.rotary.org/RIdocuments/fr_pdf/global_outlook_0911_fr.pdf

La polio a été déclarée éradiquée dans les Amériques, en Europe et dans les pays du Pacifique Ouest. Ce qui n'est pas rien !

L'éradication est-elle possible ?

La réponse est oui pour une raison liée à la nature même du virus « dont l'homme est l'unique réservoir ». Une couverture vaccinale suffisante en stoppera la propagation.

J'ai posé cette question au Pr Delpeyroux de l'Institut Pasteur.

Sa réponse est sans équivoque : « *Oui et la question est plutôt de savoir ce qu'il conviendra de faire une fois le virus sauvage éliminé.* »

Mais pour les années à venir la qualité des campagnes reste l'atout majeur de réussite pour atteindre cet objectif. Une stratégie post-éradication polio est déjà en cours et développée dans la stratégie de confinement des virus et de la certification.

La faisabilité technique de l'éradication de la poliomyélite dans les zones endémiques a été affirmée en 2008 suite à l'interruption, pendant 12 mois, de la transmission autochtone du poliovirus de type 1 en Uttar Pradesh (Inde), succès qui n'avait jusque-là jamais été obtenu dans ce réservoir historique de la poliomyélite. (Extrait du rapport 2009 du Groupe d'Initiative Mondiale pour l'Eradication de la Poliomyélite).

Certains pays en voie de développement, où la maladie due au virus sauvage a disparu, négligent (souvent par manque de moyen) de maintenir une couverture vaccinale élevée. Une couverture vaccinale faible permet d'une part l'importation de souches sauvages en provenance des pays endémiques et d'autre part la circulation inter humaine des souches vaccinales qui peuvent alors acquérir des caractères pathogènes et épidémiques (VDPV - Voir page 4).

90% c'est l'objectif à atteindre partout pour éradiquer la polio !



Enfants dans des poumons d'acier dans les années 60

En mai 2008, une Américaine qui survivait depuis près de 60 ans grâce à un poumon d'acier, est décédée suite à une panne d'électricité qui a immobilisé la machine lui permettant de respirer. Diane Odell, âgée de 60 ans, avait été placée dans cet appareil à l'âge de trois ans, après avoir été infectée par le virus de la polio.

Pourquoi ne pas opter pour un contrôle de la polio plutôt que pour l'éradication ?

La seule façon de protéger tous les enfants est l'éradication complète de la polio. La stratégie et les moyens sont connus et les experts conviennent que l'objectif de stopper la propagation peut être atteint.

Bien que de grands progrès aient été faits, nous ne pouvons pas relâcher nos efforts maintenant. Sans poursuite de l'éradication les cas augmenteront très rapidement.

Selon Robert S. Scott président de la Fondation Rotary sur PolioPlus à l'Assemblée internationale de San Diégo, le 16 janvier 2008 « *Se limiter à une vaccination de routine conduirait à environ 250 000 cas par an. En dehors des considérations financières, est-ce véritablement éthique pour nous Rotariens ? Pouvons-nous tolérer que 250 000 enfants par an soient paralysés ou tués ? J'espère que vous serez d'accord avec moi si je dis que cette situation serait épouvantable surtout quand nous savons que nous avons les moyens d'éradiquer la polio.* »

Il apparaît essentiel que, tant que des souches sauvages persisteront sur la planète et tant que le VPO sera employé, il faudra maintenir une couverture vaccinale élevée dans toutes les régions et pays du monde.

De façon générale on ne se fait pas vacciner uniquement pour soi-même mais aussi et surtout afin d'éviter la propagation. C'est un devoir citoyen !

En 2008, le *New England Journal of Medicine* a rapporté que, si 90 % des enfants de moins de cinq ans au Nigéria recevaient chacun trois doses de vaccin antipoliomyélitique, la transmission de la maladie serait enrayée.

C'est pourquoi, dans les 10 derniers jours de mai 2009, un total de 222 270 331 enfants, dans 22 pays, ont été vaccinés contre la polio.

Le virus de la polio peut se retrouver dans les pays où il a été déclaré éradiqué.

Ainsi, le virus de la poliomyélite a été trouvé en Suisse dans une station d'épuration du canton de Genève. L'office fédéral de la santé publique l'a annoncé dans son bulletin du 12 novembre 2007. La souche retrouvée dans les eaux usées genevoises était un poliovirus sauvage de type 1, souche semblable à celle qui circulait, alors, au Tchad. Il provenait certainement d'une personne qui n'avait pas été vaccinée et qui avait été infectée soit dans cette région, soit au contact de quelqu'un infecté dans ce pays.

Et, en 2005 aux USA, dans le Minnesota, dans une communauté Amish, un bébé de 8 mois a transmis la polio à quatre enfants habitant 2 fermes voisines.

Le bébé était déficient immunitaire et donc insensible aux vaccinations. Il a pu transmettre le virus aux 4 enfants vivant comme au 19ème siècle dans cette communauté où la vaccination n'a pas bonne presse. (International Herald Tribune du 9 novembre 2005).

Comment savoir si les cas recensés par l'OMS correspondent bien à la réalité ?

Il est vrai que cette question, souvent posée, est justifiée quand on connaît les problèmes liés à la situation politique, culturelle ou religieuse dans certaines régions.

L'OMS a mis au point une stratégie afin de contrôler que la surveillance des cas de polio est de bonne qualité. C'est-à-dire signaler à l'OMS « *Tout enfant de moins de 15 ans présentant une paralysie flasque aiguë, (PFA) y compris le syndrome de Guillain-Barré, ou toute personne souffrant d'une pathologie avec paralysie, quel que soit son âge, si l'on suspecte la poliomyélite* ».

La surveillance est qualifiée de bonne si au moins 1 cas de PFA non poliomyélique pour 100 000 habitants de moins de 15 ans est détecté chaque année. (voir les détails en Annexe).

Cette détection en amont des cas de PFA a permis de connaître très vite qu'une flambée de cas de polio allait se produire au Tadjikistan.

Quand et dans quels pays la polio a-t-elle été déclarée éradiquée par l'OMS ?

Continent américain : 20 août 1994

Région Pacifique Ouest y compris la Chine : année 2000

Europe : 21 juin 2002. (In 1998, Melik Minas, Turquie, fut le dernier cas de polio en Europe)

Voir le site sur l'histoire de la polio page 2 et 3



Une prise de conscience mondiale

Le Directeur général de l'OMS lance les JNV dans les zones tribales du Pakistan:

Le 28 octobre 2010, le Directeur général de l'OMS, le Dr Margaret Chan, a lancé les journées nationales de vaccination contre la poliomyélite dans les zones tribales du Pakistan, en compagnie du Premier Ministre du Khyber Pakhtunkhwa, M. Ameer Haider Khan Hoti. Le Directeur général et le Directeur régional de l'OMS ont également assisté à une réunion avec les autorités politiques et sanitaires des zones tribales sous administration fédérale (FATA). Plus tôt dans la semaine, le Dr Chan ainsi que le Directeur du Bureau régional de la Méditerranée orientale, le Dr Hussein A. Gezairy, ont rencontré le Président Asif Ali Zardari, le Ministre fédéral de la Santé, M. Makhdoom Shahabuddin et le Ministre de la Santé de la province du Sindh, le Dr Sagheer Ahmad, et tous ont souligné combien il importait de terminer rapidement le travail d'éradication de la poliomyélite. Le 28 octobre, le Directeur général

de l'OMS, le Dr Margaret Chan, a lancé les journées nationales de vaccination contre la poliomyélite dans les zones tribales du Pakistan, en compagnie du Premier Ministre du Khyber Pakhtunkhwa, M. Ameer Haider Khan Hoti. Le Directeur général et le Directeur régional de l'OMS ont également assisté à une réunion avec les autorités politiques et sanitaires des zones tribales sous administration fédérale (FATA). Plus tôt dans la semaine, le Dr Chan ainsi que le Directeur du Bureau régional de la Méditerranée orientale, le Dr Hussein A. Gezairy, ont rencontré le Président Asif Ali Zardari, le Ministre fédéral de la Santé, M. Makhdoom Shahabuddin et le Ministre de la Santé de la province du Sindh, le Dr Sagheer Ahmad, et tous ont souligné combien il importait de terminer rapidement le travail d'éradication de la poliomyélite.



Margaret Chan, présidente de l'OMS a déclaré : « L'éradication de la polio est notre principale priorité opérationnelle ».

« Ces résultats n'auraient pas été possibles sans la vision initiale du Rotary d'un monde sans polio, ni sans son leadership et soutien de longue date ».

Mise en place de réponses rapides à des flambées de polio dans le monde.

Selon Sonia Bari de l'OMS « *Le voyage, la migration et la commerce facilitent la transmission du virus à travers des longues distances. Pour le Tadjikistan, le virus ne vient pas d'un pays frontalier mais de l'Inde. Mais comment le virus a-t-il pu se répandre de façon si efficace ? Même si le taux de couverture vaccinale est satisfaisant à un niveau national, il y a souvent au niveau sous-national des populations sous-vaccinées, comme les migrants, les nomades, les minorités religieuses ou autres groupes marginalisés. Ces groupes permettent au virus de se transmettre. Ces conditions existent dans la plupart des pays du monde. Il ne faut pas oublier que plusieurs pays de l'Europe occidentale ont subi des flambées de rougeole très récemment à cause d'une baisse de couverture vaccinale.* » Cette épidémie de rougeole touche la France actuellement.

Ces flambées nous rappellent qu'il est impératif d'éradiquer la poliomyélite. Tant qu'elle ne le sera pas, **n'importe quel pays sera exposé à un risque d'importation du virus.** Pour réussir il faut assurer un haut niveau d'immunité de la population.

Afghanistan octobre 2010 : une campagne de vaccination à l'échelle du pays a été organisée en Afghanistan du 3 au 5 octobre. Le VPO bivalent a été utilisé pour vacciner 7,8 millions d'enfants dans 34 provinces du pays. 22 402 équipes représentant 52 251 personnes, y compris les volontaires, se sont efforcées d'atteindre les enfants vivant dans les zones à haut risque, les villes, les campements transitoires ou destinés aux populations déplacées, différentes stratégies étant combinées : le porte-à-porte, la vaccination dans des lieux déterminés, aux arrêts d'autobus, sur les lieux des pèlerinages, les marchés et dans les zones frontalières. Des comprimés à croquer contre les vers parasites ont été administrés pour la première fois aux enfants âgés de 2 à 5 ans en complément au cours de la campagne du mois d'octobre inaugurée par le Ministre de la Santé publique, Son Excellence le Dr Suraya Dali

Septembre 2009 : les autorités religieuses encouragent la vaccination contre la poliomyélite : l'Académie islamique internationale du Fiqh a prononcé une déclaration encourageant vivement les parents et les tuteurs à vacciner les enfants contre la poliomyélite, demandant aux ministres de la santé des pays musulmans d'intensifier leurs efforts de lutte contre la maladie, et appelant les théologiens et les imams des mosquées à soutenir les campagnes d'éradication de la poliomyélite. Ce décret religieux reflète les préoccupations de l'Organisation de la Conférence islamique quant au fait que la maladie soit encore endémique dans bon nombre de ses États Membres. Le Secrétaire général de l'OCI a souligné que la poliomyélite était l'une des principales priorités de l'Organisation au cours de la réception célébrant son quarantième anniversaire à New York, le mois dernier.

En Uttar Pradesh (Inde), le leader islamique respecté Maulana Khalid Rasheed a saisi l'occasion des prières de l'Aïd le 21 septembre 2009 pour lire la fatwa. « *Grâce aux efforts concertés, la résistance que manifestent certains musulmans vis-à-vis de la vaccination antipoliomyélique s'est atténuée, a-t-il dit, mais un petit nombre de gens continuent toujours à douter du vaccin. Ce message leur est destiné* ».

Afghanistan - Septembre 2009 : le Mullah Mohammad Omar autorise la vaccination des enfants. Mais tous les talibans sont-ils au courant ?



Ce membre des volontaires, dont des rotariens, exhibe la lettre du Mullah Mohammad Omar autorisant la vaccination des enfants dans les zones contrôlées par les talibans.



Le 10 octobre 2009, le gouvernement pakistanais a émis un timbre commémoratif des efforts d'éradication de la polio sur lequel l'ancienne Première ministre Benazir Bhutto vaccine, sa fille Aseefa Bhutto Zardari. Elle fut la première enfant vaccinée du pays lors du lancement de la campagne de lutte contre la maladie en 1994. Cette année-là, 23 000 enfants pakistanais périrent ou furent paralysés à cause de la polio.

Une prise de conscience mondiale



L'Afghanistan a formé sa commission PolioPlus nationale présidée par le Dr Ajmal Pardis, directeur de la santé publique dans la province de Nangarhar et membre du Rotary club de Jalalabad « *La campagne de vaccination en Afghanistan est héroïque* », a déclaré Martin Bell, ambassadeur de l'UNICEF. Elle constitue un exemple pour le monde de ce qui peut être accompli dans les pires circonstances. Il existe 5 clubs rotariens en Afghanistan.

Au Pakistan, le Ministre fédéral de la Santé au Pakistan, Mir Aijaz Hussain Jakhrani a créé un comité interprovincial pour surmonter les dernières difficultés dans l'éradication de la poliomyélite.

PAKISTAN - Dans la Province de la frontière du Nord-Ouest l'année 2011 doit-être :

« l'année de l'éradication de la poliomyélite ».

En réponse à l'expansion de la flambée qui touche le pays, le Gouverneur et le Ministre en chef du Khyber Pakhtunkhwa (KP – connu auparavant sous le nom de Province de la frontière du Nord-Ouest) ont convoqué d'urgence une réunion début octobre afin de débattre de la nécessité d'une plus grande collaboration entre les secteurs militaire et civil pour obtenir un accès aux enfants de la Province et des zones tribales sous administration fédérale (FATA). Un groupe spécial de haut niveau, dirigé par le Secrétaire en chef de la Province, a été établi pour veiller à ce que les dispositions nécessaires soient prises pour célébrer l'année 2011 comme « l'année de l'éradication de la poliomyélite ».

Le Hadj est le plus grand rassemblement annuel dans le monde. Plus de deux millions de personnes venues des quatre coins du monde participent à ce pèlerinage à La Mecque, en Arabie Saoudite. Celui-ci ayant été l'une des causes de la dissémination de nombreuses maladies, l'Arabie Saoudite a décidé que la preuve de la vaccination contre la polio sera exigée pour l'obtention d'un visa, des pèlerins issus de pays infectés par le virus de la polio.



Vaccination d'un pèlerin indien

En Inde, on observe une importante avancée avec la communauté musulmane. Le récent succès de la collaboration entre les Rotariens indiens et les chefs religieux musulmans en est la preuve. Dans l'état de l'Uttar Pradesh alors que 80 % des 339 cas identifiés en 2007 touchaient la communauté musulmane, une initiative lancée par le Rotary a permis de ramener ce taux à seulement 30 % des 20 cas signalés durant le premier trimestre 2008.

Lors d'une réunion les 10 et 11 février 2009 à Islamabad (Pakistan), les officiels de santé afghans et pakistanais se sont mis d'accord sur des stratégies visant à stopper la transmission du virus de la polio entre les deux pays.

« *Dans la lutte contre la polio, nous devons considérer le Pakistan et l'Afghanistan comme un seul bloc* », a dit le Dr Altaf Bosan, responsable du programme d'éradication de la polio au Pakistan. Nos préoccupations et les obstacles étant identiques, les solutions doivent l'être aussi.

Les impressionnants progrès du Nigeria !!

Dans son discours historique au monde musulman prononcé le 4 juin 2009 et suivi par des millions de personnes dans le monde entier, le Président des États-Unis, Barack Obama, a attiré l'attention sur la poliomyélite et sur ses espoirs de collaboration plus étroite avec l'Organisation de la conférence islamique (OCI) pour parvenir à l'éradication :

« *J'annonce aujourd'hui une nouvelle initiative mondiale avec l'Organisation de la conférence islamique pour éradiquer la poliomyélite* », *Tout cela doit être accompli en partenariat. Les Américains sont prêts à se joindre aux citoyens et gouvernements, aux organisations communautaires, aux dirigeants religieux et aux entreprises dans les communautés musulmanes du monde entier, afin d'aider nos populations à améliorer leur vie* ».



Le président des États-Unis, M. Barack Obama, et le Secrétaire Général de l'OCI, le professeur Ekmeleddin Ihsanoglu, mettent leurs efforts en commun pour éradiquer la poliomyélite.

28 octobre 2010 : JNV dans les zones tribales du Pakistan

Le Directeur général de l'OMS lance les JNV dans les zones tribales du Pakistan: Le 28 octobre, le Directeur général de l'OMS, le Dr Margaret Chan, a lancé les journées nationales de vaccination contre la poliomyélite dans les zones tribales du Pakistan, en compagnie du Premier Ministre du Khyber Pakhtunkhwa, M. Ameer Haider Khan Hoti. Le Directeur général et le Directeur régional de l'OMS ont également assisté à une réunion avec les autorités politiques et sanitaires des zones tribales sous administration fédérale (FATA).

En savoir plus sur la lutte contre la polio au Nigeria :

<http://www.irinnews.org/fr/ReportFrench.aspx?ReportId=841962>



Plusieurs pays d'Afrique sont épisodiquement frappés par le virus de la polio en provenance du Nigéria et de l'Inde

En savoir plus sur Kick Polio out of Africa :
<http://www.kickpoliooutofafrica.org/>



La campagne « Boutons la polio hors d'Afrique » a été lancée le 23 février par Monseigneur Desmond Tutu, survivant de la polio, qui a tapé dans un ballon qu'il avait signé.

Depuis le Cap, ville d'accueil de la Coupe du monde de football 2010, le ballon a voyagé à travers 22 pays toujours affectés par la polio. Grâce au soutien de DHL Express, il a terminé sa course à la Convention Internationale du Rotary à Montréal en juin **après une dernière étape, le 12 juin, en Egypte, dans la merveilleuse bibliothèque d'Alexandrie.**

Durant les quatre mois de ce périple, les Rotary clubs des pays affectés par la polio organisent des activités liées au football visant à sensibiliser la population et à obtenir son soutien pour les campagnes de vaccination. Tous les présidents de commissions Polio-Plus nationales signeront également le ballon.

Le 2 février 2009 : les gouverneurs nigériens s'engagent à éradiquer la poliomyélite.

Le 2 février 2009, à Abuja, en présence de Bill Gates, les gouverneurs ont reconnu qu'il était urgent de remédier à cette situation persistante de couverture insuffisante en signant un document historique, les « *engagements d'Abuja pour l'éradication de la poliomyélite au Nigeria* ».

Les résultats sont là comme a pu le constater Bill Gates en juin 2010. « *J'étais particulièrement impatient de me rendre dans le Nord du Nigeria en juin du fait des impressionnants progrès accomplis sur place depuis ma précédente visite en février 2009* », écrit Bill Gates. **400 000 volontaires ont vacciné 45,5 millions d'enfants**



A la Convention Internationale de Montréal le ballon signé par Mgr Desmond Tutu et les responsables de 22 pays africains est remis au président du rotary international John Kenny

A partir du 26 octobre 2010, 10 pays d'Afrique ont pris part à une campagne de vaccination synchronisée en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale pour s'attaquer au faible niveau de transmission persistant, suite à la flambée qui l'an dernier avait touché de multiples pays, et relever globalement le niveau de protection contre la poliomyélite. Cette dernière campagne – la troisième initiative synchronisée de ce type en Afrique cette année – survient après la confirmation d'un cas de poliovirus sauvage de type 1 (PVS1) au Libéria, le premier dans la région depuis le 1er mai, et un cas de poliovirus sauvage de type 3 (PVS3) au Mali – le premier dans ce pays depuis 2001. Tandis qu'un lien a été établi entre le cas du Libéria et une transmission ayant eu lieu plus tôt au cours de l'année dans le pays, le cas au Mali consiste clairement en une nouvelle importation et souligne combien il importe que tous les pays maintiennent une immunité à la fois contre le PVS1 et le PVS3 afin de se protéger contre la réinfection. Des tournées supplémentaires de vaccination sont prévues dans ces pays en novembre 2010.

NIGERIA Novembre 2010 :

13 cas en 2010 (au 15 décembre) contre 388 en 2009.

Une stratégie de ratissage agressive répondra désormais aux nouveaux cas de poliomyélite. À cet effet, le Directeur exécutif de l'Agence nationale de Développement des Soins de Santé primaires (NPHCDA) a mis sur pied une équipe chargée des tâches de ratissage.

Les présidents des zones de gouvernement local (LGA) à haut risque ont fait une déclaration conjointe, s'engageant à jouer un rôle mobilisateur actif dans l'éradication de la poliomyélite, en allouant des ressources humaines et financières appropriées aux activités, et en faisant rapport à leurs gouverneurs respectifs.

Au printemps de 2009, le directeur général de l'OMS, le Dr Margaret Chan, a demandé que soit effectuée **une évaluation indépendante et externe sur l'initiative d'éradication de la poliomyélite**.

L'évaluation, demandée par le Conseil exécutif de l'OMS en janvier, devait trouver des solutions spécifiques à chaque zone

afin de lever les obstacles à l'interruption de la transmission de la poliomyélite dans chaque pays.

Cette commission d'évaluation était composée de 28 experts spécialistes de la santé publique, de la vaccination, de la vaccinologie et des communications sur les programmes et la sécurité.

Quatre équipes complètes se sont rendues dans les derniers pays d'endémie, l'Afghanistan, l'Inde, le Nigeria et le Pakistan, et une cinquième s'est penchée sur les questions relatives à la propagation internationale des poliovirus sauvages.

Les équipes ont rencontré des membres des ministères de la santé, d'autres représentants des gouvernements, l'OMS, l'UNICEF, le Rotary International et les institutions partenaires ainsi que les personnels de sécurité et des organisations d'aide humanitaire.

Le rapport sur l'évaluation indépendante des principaux obstacles, l'interruption de la transmission du poliovirus, a été publié en octobre 2009. Il en res-

sort que si les problèmes de gestion et de sécurité ainsi que les problèmes techniques qui ont été identifiés peuvent être résolus, « l'éradication de la poliomyélite est possible ».

Les équipes d'évaluation ont identifié des obstacles généraux et des obstacles spécifiques aux différents pays et préconisé des stratégies pour surmonter chacun d'entre eux afin de parvenir à l'éradication aussi vite que possible. Les bureaux

de pays de l'OMS, les ministères de la santé et les partenaires de l'Initiative débattent maintenant des implications et élaborent un plan pour adapter l'effort d'éradication de la poliomyélite en conséquence.



Les membres de l'équipe chargée de l'évaluation indépendante rencontrent les chefs traditionnels et les chefs religieux à Gusau, dans l'état de Zamfara. Photo Thomas Moran.

« Il faut veiller à un engagement et à une supervision constante de la part des chefs d'État pour que les autorités locales soient tenues de faire en sorte que tous les enfants soient atteints par les activités de vaccination ».

Les recommandations du Comité Consultatif sur l'Éradication de la Poliomyélite (ACPE) suite à l'évaluation indépendante pour les pays d'endémie sont notamment les suivantes :

- Veiller à un engagement et à une supervision constante de la part des chefs d'État pour que les autorités locales soient tenues de faire en sorte que tous les enfants soient atteints par les activités de vaccination.
- Maximaliser l'utilisation des outils de vaccination disponibles, en introduisant rapidement le VPOb.
- Mener des examens de gestion indépendants des domaines clés où les obstacles opérationnels, les contraintes en matière de gestion et l'absence d'obligation de rendre compte continuent à avoir une incidence sur la qualité des activités de vaccination supplémentaires (AVS), afin de recenser les causes fondamentales des problèmes rencontrés par le programme et de trouver des solutions.
- Mettre au point des plans propres à chaque district pour les zones d'insécurité afin de garantir la mise en place de stratégies adaptées pour atteindre les enfants, y compris par l'intermédiaire d'un accès négocié avec les parties au conflit.
- Adopter la sérosurveillance comme un outil de suivi supplémentaire, en particulier dans les domaines où les données des programmes et les données épidémiologiques sont discordantes, afin de vérifier l'exécution des programmes et l'efficacité des vaccins et d'adapter les stratégies.
- Élargir la surveillance de l'environnement de manière appropriée afin de fournir les informations qui compléteront la surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA) pour évaluer la persistance du poliovirus sauvage.
- Continuer à réévaluer de manière systématique les connaissances, les attitudes et les pratiques communautaires tous les six mois afin d'évaluer les interventions et d'affiner les stratégies de mobilisation sociale et de communication.

Pour en savoir plus :

http://www.polioeradication.org/content/general/Polio_Evaluation_CON.FR.pdf

http://www.polioeradication.org/content/general/Polio_Evaluation_INT.FR.pdf

Plan stratégique 2010-2012

Version de l'Assemblée mondiale de la Santé, avril 2010



Le nouveau plan stratégique 2010-2012 de l'IMEP s'appuie sur le Programme de travail spécial de 2009 et intègre les nombreux enseignements qui ont été tirés depuis le lancement de l'Initiative, dont ceux de issus de l'Évaluation

Indépendante. C'est sur cette base qu'ont été élaborées de nouvelles approches pour réaliser les grands objectifs du plan stratégique, à savoir : interrompre la transmission du poliovirus sauvage en Asie et en Afri-

que, renforcer la surveillance au niveau mondial et la riposte face aux flambées, et améliorer les systèmes de vaccination.

Interrompre la transmission du poliovirus sauvage en Asie et en Afrique, renforcer la surveillance au niveau mondial et la riposte face aux flambées, et améliorer les systèmes de vaccination.

Quatre enseignements principaux ont influencé l'élaboration du nouveau plan stratégique :

1. La modélisation mathématique a confirmé que les niveaux d'immunité nécessaires pour interrompre la transmission du poliovirus sauvage (PVS) **sont bien plus élevés en Asie qu'en Afrique**. Cela a permis d'adapter à chaque zone la stratégie de la campagne de vaccination et les processus de contrôle, renforçant ainsi l'efficacité du programme.
2. La transmission endémique du PVS **peut reprendre dans des groupes de population de taille beaucoup plus petite qu'estimée**. Les stratégies et les capacités d'intervention ont été systématiquement adaptées aux spécificités locales.

3. Dans les zones exemptes de poliomyélite, **les voies de propagation du PVS et les risques de flambées sont désormais largement prévisibles**, car on connaît les voies de migration que le virus va suivre et les faiblesses des systèmes de santé qu'il va exploiter.
4. Il s'est avéré plus difficile que prévu d'optimiser l'impact des nouveaux VPO monovalents, ce qui a, dans certains cas, contribué à une alternance de flambées des derniers sérotypes de PVS de type 1 et 3. **La mise au point et l'introduction rapide du vaccin bivalent, en 2009, et son application au niveau mondial en 2010, répondent directement à ce problème.**

Grandes étapes de l'IMEP 2010-2013

D'ici à mi 2010	D'ici à fin 2010	D'ici à fin 2011	D'ici à fin 2012	D'ici à fin 2013
Arrêt de toutes les flambées de poliomyélite survenues en 2009*	Arrêt de toute « reprise » de transmission du poliovirus**	Arrêt de toute transmission de la poliomyélite dans au moins 2 des 4 pays d'endémie***	Arrêt de toute transmission du poliovirus sauvage ▣	Première validation des étapes 2012▣▣

* Objectif validé lorsque aucun cas génétiquement lié à une importation de virus de 2009 n'a été signalé durant > 6 mois (c'est-à-dire d'ici à fin 2010). Pour les nouvelles flambées (c'est-à-dire celles survenant en 2010, 2011 ou 2012), l'objectif d'interruption sera fixé à 6 mois après la confirmation du cas indicateur.

** Objectif validé lorsque aucun cas génétiquement lié à une reprise du virus n'a été signalé durant > 12 mois (c'est-à-dire d'ici à fin 2011).

*** Objectif validé lorsque aucun cas génétiquement lié à un virus autochtone n'a été signalé durant > 12 mois (c'est-à-dire d'ici à fin 2012).

▣ Objectif validé lorsque aucun cas génétiquement lié à un virus autochtone n'a été signalé durant > 12 mois (c'est-à-dire d'ici à fin 2013).

▣▣ Pour obtenir la certification, aucun cas de poliomyélite ne devra avoir été signalé durant au moins 3 ans dans l'ensemble d'une région épidémiologique bénéficiant d'une surveillance adéquate.

Nouvelles stratégies : afin de répondre à l'épidémie due au poliovirus sauvage de type 1, le Tadjikistan a employé la stratégie dite de la « *dose supplémentaire dans un intervalle*

court » (SIAD), en menant des campagnes le 1er mai, le 15 mai et le 1er juin. Des contrôleurs internationaux ont rapporté que les activités de vaccination étaient de bonne qualité.



La Fondation Bill Gates a décidé, le 21 janvier 2009, d'accorder une subvention supplémentaire de 255 millions de dollars s'ajoutant aux 100 millions précédemment accordés en 2007.

Bill Gates a accompagné cette annonce de la déclaration suivante : « *L'élimination totale du virus est un combat difficile et continuera à l'être dans les années à venir. Le Rotary, en particulier, m'a motivé à m'impliquer d'avantage dans la lutte pour l'éradication de la polio* ».

La Fondation Rotary en acceptant cette nouvelle subvention, s'est engagée à verser une contrepartie supplémentaire de 100 millions de \$ avant le 30 juin 2012, amenant l'apport total des deux organisations, dans le cadre de leur partenariat, à 555 millions de \$.

**Le défi du Rotary est de réunir
200 millions de dollars avant le 30 juin 2012.**

**Niveau atteint au 30 novembre 2010 :
155,3 millions de dollars**

« Grâce à l'engagement extraordinaire et au rôle critique des membres du Rotary, la polio est sur le point d'être éradiquée. Il s'agira d'une des plus grandes réussites de l'histoire en matière de santé publique et nous nous sommes engagés dans cet effort. »
Bill Gates

Il est certain que plus nous serons proches de l'éradication, plus ce challenge sera difficile et plus le coût marginal sera élevé.

Mais, rappelons-le, contrairement à beaucoup d'idées reçues cette éradication est possible (voir page 7).

Plus que jamais, les rotariens doivent relever ce défi qu'ils ont lancé à la face du monde en 1985.

Sans risque de se tromper le Rotary International est la

seule organisation composée de bénévoles à avoir lancé un tel défi à la face du monde.

Faisons en sorte que le nom du Rotary reste attaché à cette immense bataille de santé publique jusqu'à l'éradication, sinon, en paraphrasant Ed Futa, secrétaire général du Rotary :

« d'autres revendiqueront cette victoire à notre place » !

En savoir plus sur la subvention de la Fondation Bill et Melinda Gates :

http://www.rotary.org/fr/mediaandnews/news/pages/090121_news_gates255milliongrant2009ia.aspx

Discours de Bill Gates le 21 janvier 2009 à l'Assemblée Internationale du Rotary à San Diego :

http://www.rotary.org/RIdocuments/fr_pdf/ia09_gates_speech_fr.pdf



N'hésitons pas à faire savoir que :

- le Rotary a été l'initiateur de l'éradication de la polio de la surface de la terre,
- 20 millions de bénévoles ont participé à la vaccination de plus de 2 milliards d'enfants vaccinés même dans les régions les plus touchées, les plus pauvres et les plus difficiles d'accès,
- à titre d'exemple en Inde, en 2007, 90 000 rotariens ont participé aux campagnes d'éradication,
- d'ici à la certification de l'éradication mondiale de la polio, la contribution financière des Rotariens à l'effort mondial aura atteint 1,2 milliard de dollars.

En savoir plus :

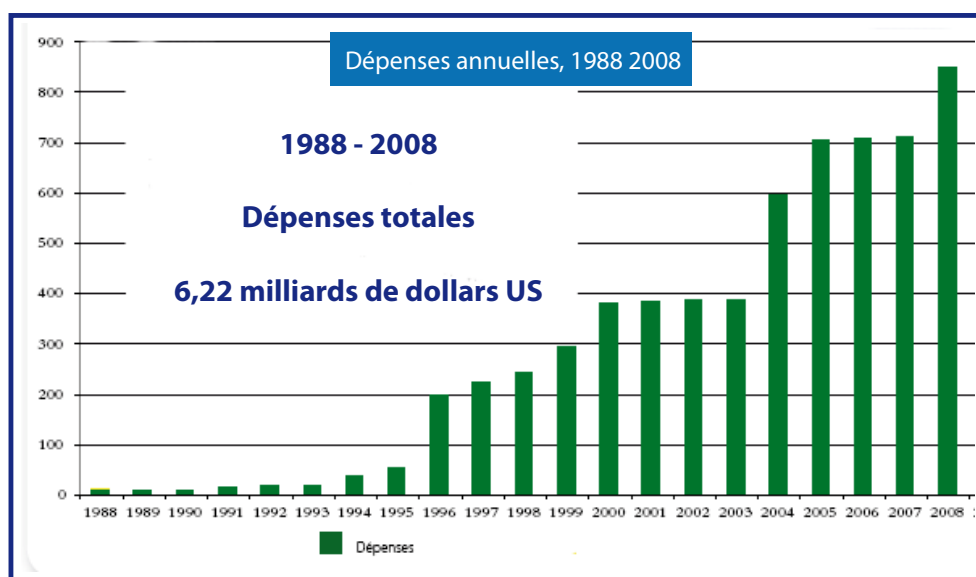
Site du Rotary International : <http://www.rotary.org/fr/Pages/ridefault.aspx>

Site PolioPlus : <http://www.rotary.org/fr/contribute/funds/PolioPlusFund/Pages/ridefault.aspx>

site du Rotary francophone : <http://www.rotary-francophone.org/>

Glossaire Polio : <http://www.rotary.org/fr/serviceandfellowship/polio/glossary/Pages/ridefault.aspx>

Évolution des dépenses



L'effort a été croissant avec une augmentation rapide depuis 1997 pour atteindre environ 850 millions de \$ en 2008.

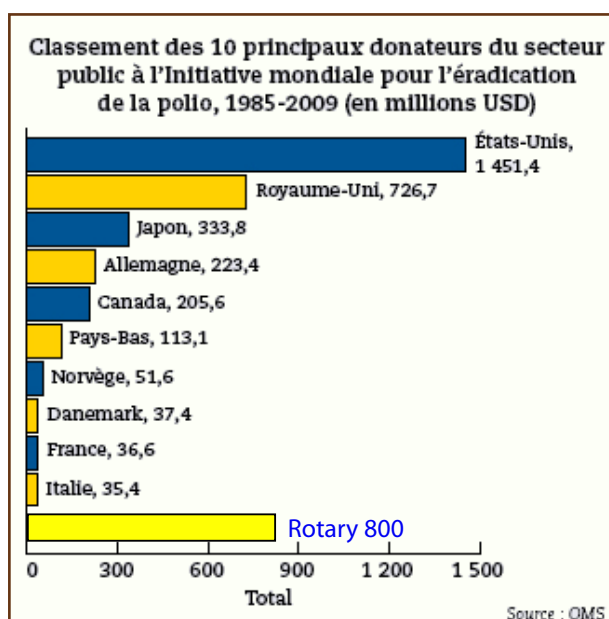
Les dépenses totales s'élèvent à 6,22 milliards de dollars.

Parmi ces donateurs figurent : des fondations privées (e.g. le Rotary International, la Fondation Bill & Melinda Gates, la Fondation des Nations Unies) ; des banques de développement (e.g. Banque africaine de Développement,

Banque mondiale) ; des organisations non gouvernementales et humanitaires (par exemple la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant Rouge) ; des partenaires privés (British Airways, De Beers, Sanofi Pasteur, Wyeth) ; et des gouvernements donateurs (par exemple Allemagne, Arabie saoudite, Australie, Autriche, Azerbaïdjan, Belgique, Canada, Chypre, Danemark, Emirats arabes unis, Espagne, Etats-Unis d'Amérique, Fédération de Russie, Finlande, France, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Japon, Koweït, Liechtenstein, Luxembourg, Malaisie, Malte, Monaco, Norvège, Nouvelle-Zélande, Oman, Pays-Bas, Portugal, Qatar, République de Corée, République tchèque, Royaume-Uni, Singapour, Suède, Suisse, Turquie et la Commission européenne).

Les pays où sévit encore la polio ont apporté 14% du montant total.

Le graphique, ci-contre, détaille les apports des 10 principaux pays donateurs de 1985 à 1999 pour un montant total de 3215 millions de dollars. La participation du Rotary pendant la même période s'élève à 800 millions.



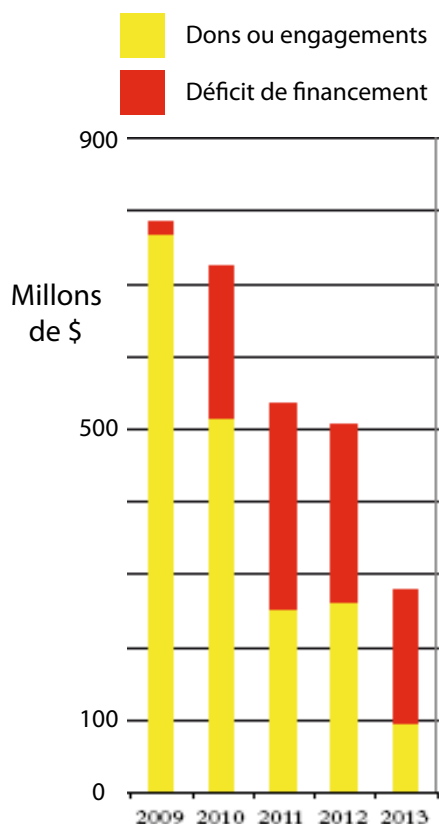
L'es rotariens auront contribué à hauteur de 1200 millions de \$ au moment de la certification de l'éradication mondiale de la polio.

La part des rotariens français s'élève à plus de 8,6 millions de \$.

Pour en savoir plus :

http://www.polioeradication.org/content/general/FinalFRR_English2009-2013_January09.pdf

Le G8, qui a participé à hauteur de 50% de l'effort financier total, a renouvelé son engagement afin de « *maintenir la dynamique en faveur de la réalisation historique de l'éradication de la poliomyélite* ».



Besoins de financement 2009-2013 :

Si nous sommes proches de l'objectif final, il reste un long chemin à parcourir.

Le tableau, ci-contre, fait apparaître les besoins nécessaires pour atteindre, en 2013, l'objectif d'éradication.

2009

Budget : 785 millions de \$

Déficit de financement : 15 millions de \$

2010

Budget : 722 millions de \$

Déficit de financement : 205 millions de \$

La répartition (ci-dessous) de l'effort global entre tous les donateurs de 1988 à 2013 démontre un effort sans précédent à l'échelle de la planète.

Profil des donateurs pour 1988-2013

Contibution (US \$ million)	Partenaires du secteur public	Banque de développement	Partenaires du secteur privé
>1000	Etats-Unis d'Amérique		Rotary International
500-1000	Royaume Unis	Banque Mondiale	Fondation Bill et Melinda Gates
250-499	Japon, Canada		
100-249	Commission européenne, Allemagne, Pays-Bas, GAVI/IF-Flm, Budget ordinaire de l'OMS		
50-99	Norvège, ressources ordinaires de l'UNICEF		
25-49	Danemark, France, Italie, Suède, Fédération de Russie		Fondation des Nations Unis
5-24	Australie, Irlande, Luxembourg, Espagne		Sanofi Pasteur, IFPMA, Comités nationaux de l'UNICEF, American Red Cross, Programme Pétrole contre nourriture
1-4	Autriche, Belgique, Finlande, Koweït, Malaisie, Nouvelle-Zélande, Arabie Saoudite, Suisse, Emirats Arabes Unis	Banque interaméricaine de développement, Banque Africaine de développement	Advantage Trust (UK), De Beers, Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, Pew Charitable Trust, Wyeth, Shinnyo-en, Fonds de l'OPEP pour le développement International

Il est nécessaire à ce stade de citer le rôle important de l'Alliance GAVI (Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination) et l'IFFIm (The International Finance Facility for Immunisation), deux organismes dans lesquels la France joue un rôle très important.

L'Alliance GAVI rassemble tous les principaux acteurs de la vaccination. Elle compte parmi ses partenaires des gouvernements de pays en développement et de pays donateurs : l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), la Banque mondiale, des fabricants de vaccins aussi bien de pays industrialisés qu'en développement, des instituts techniques et de recherche, des organisations non gouvernementales (ONG) ainsi que la Fondation Bill et Melinda Gates. On estime que, fin 2005, le soutien de GAVI avait permis d'éviter plus de 1,7 million de décès prématurés.

Les activités de GAVI sont essentielles pour atteindre l'objectif du Millénaire pour le développement qui se rapporte à la santé des enfants et qui prévoit une réduction des deux tiers de la mortalité infantile d'ici à 2015. Tous les ans, plus de 10 millions d'enfants meurent avant d'atteindre leur cinquième anniversaire et 2,5 millions d'entre eux succombent à des maladies qui auraient pu être évitées par de

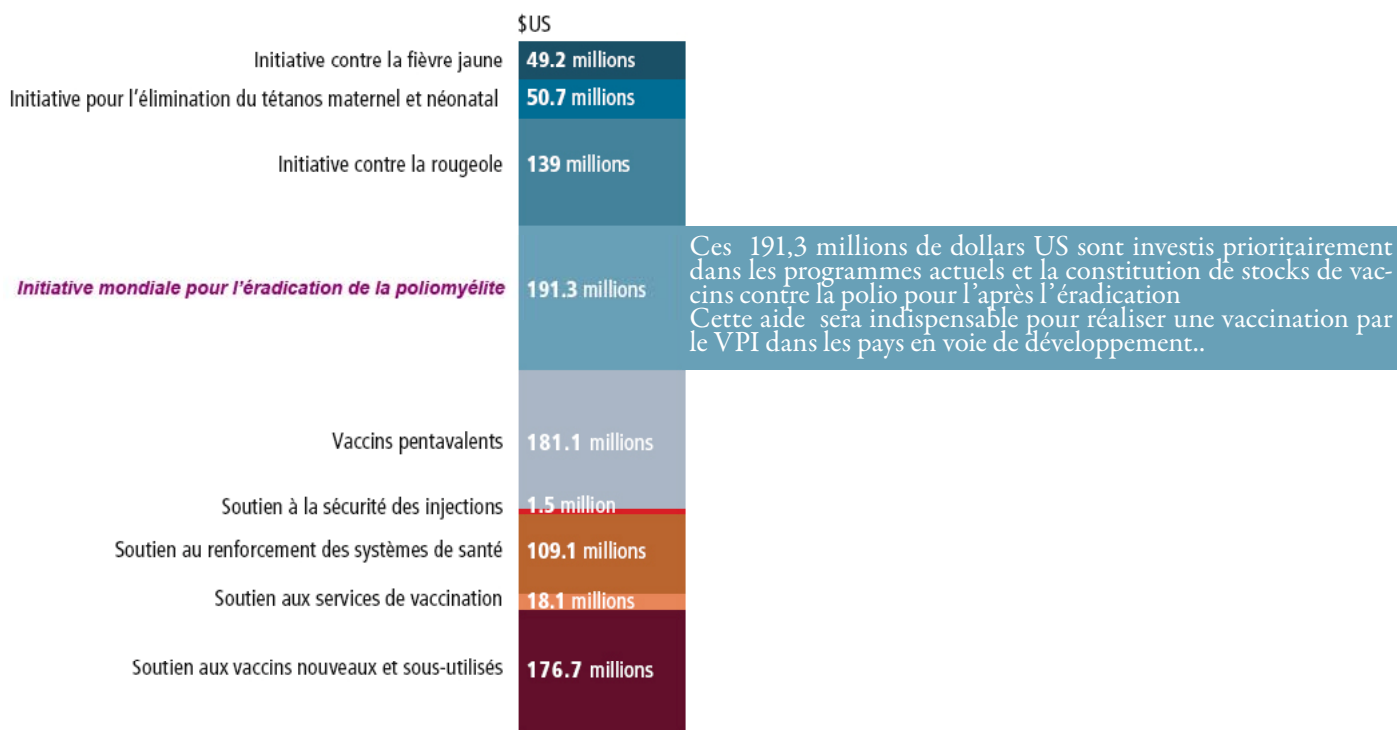
nouveaux vaccins ou des vaccins déjà disponibles.

Sous l'impulsion du ministre français de l'économie des finances et de l'industrie et du Chancelier de l'échiquier britannique, le 8 avril 2004, les partenaires du GAVI ont élaboré un mécanisme pour se procurer les fonds additionnels nécessaires pour les vaccins et les services de vaccination dans les pays les plus pauvres : l'IFFIm (The International Finance Facility for Immunisation).

Il s'agit d'une nouvelle institution internationale de développement destinée à accélérer la disponibilité des fonds qui seront utilisés pour des programmes de santé et de vaccination par le biais de l'Alliance GAVI dans 70 des pays les plus pauvres du monde. Ce nouvel émetteur supranational a vocation à lever des fonds sur les marchés financiers afin de permettre la vaccination de millions d'enfants dans 70 des pays les plus pauvres du monde. Afin d'assurer le service financier de ces émissions obligataires, l'IFFIm utilisera les dons que le Royaume-Uni (1,35 milliard de livres), la France (1,3 milliard d'euros), l'Italie (475 millions d'euros), l'Espagne (190 millions d'euros), la Norvège et la Suède (chacun pour 30 millions d'euros) se sont engagés à faire sur une période de 20 ans.

Le tableau suivant recense les dépenses de l'IFFIm

De novembre 2006 à mars 2008



En savoir plus sur :

- L'Alliance GAVI :

http://www.gavialliance.org/media_centre/press_releases/2007_01_26_fr_pr_davos.php

- L'IFFIm :

http://www.path.org/files/IFFIm_Fr_WHO.pdf

http://www.iff-immunisation.org/pdfs/Iffim_booklet_FRA.pdf

Tant que la polio menacera ne serait-ce qu'un seul enfant dans le monde, tous les enfants du monde demeureront en danger.

Tel est la hauteur de cet enjeu.

6 000 USD permettent de financer les vaccins pour immuniser 10 000 enfants contre la polio.

Le Rotary et la lutte contre la poliomyélite

Extrait du rapport de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP) Plan stratégique 2010-2012 Version de l'Assemblée mondiale de la Santé, avril 2010.

Le Rotary International est la première organisation de clubs service à vocation humanitaire du monde et son réseau international compte 1,2 million de membres dans plus de 170 pays. Son programme PolioPlus, lancé en 1985, était le premier de ce type à agir en faveur d'un monde sans poliomyélite. Par son biais, le Rotary continue aujourd'hui de jouer un rôle majeur dans la lutte mondiale pour l'éradication de la

poliomyélite. Plus d'un million de Rotariens consacrent une partie de leur temps et de leurs ressources personnelles à protéger contre la maladie plus de deux milliards d'enfants dans 122 pays. Le Rotary fournit des fonds pour remédier aux situations les plus urgentes, une contribution qui, à ce jour, s'est élevée à plus de US \$ 900 millions. En outre, l'organisation s'est révélée un acteur essentiel auprès des gouvernements donateurs pour qu'ils contribuent à hauteur de plus de US \$ 5 milliards à la lutte contre la polio. Cette somme, associée aux fonds directement apportés par le Rotary, représente plus de la moitié des fonds nécessaires pour le

programme mondial d'éradication. Durant les Journées nationales de vaccination, les Rotariens apportent également un soutien utile sur le terrain en menant des actions de mobilisation sociale en administrant les VPO aux enfants.

En novembre 2007, le Rotary International, en partenariat avec la Fondation Bill & Melinda Gates, a injecté une nouvelle contribution de US \$ 555 millions dans l'IMEP, par le biais d'un mécanisme de « subvention défi ». Au moment où le monde sera certifié exempt de poliomyélite, le Rotary International aura apporté à l'IMEP une contribution de plus de US \$ 1,2 milliard.



Les 555 millions de dollars réunis (Bill Gates + Rotary) seront directement alloués à des campagnes de vaccination dans les pays en développement où la polio continue de paralyser les enfants.

Annexe : les cas de polio sont-ils correctement détectés ?



A - La surveillance des cas de paralysie flasque aiguë (PFA).

Dans le but d'éradiquer la poliomyélite, l'Organisation mondiale de la Santé recommande aux pays de surveiller les cas de paralysie flasque aiguë (PFA), dont la définition est la suivante:

« Tout enfant de moins de 15 ans présentant une paralysie flasque aiguë, y compris le syndrome de Guillain-Barré, ou toute personne souffrant d'une pathologie avec paralysie, quel que soit son âge, si l'on suspecte la poliomyélite ».

La stratégie consistant à examiner tous les cas de PFA et à ne pas se limiter aux « cas suspects de poliomyélite » répond à 2 objectifs spécifiques. Premièrement, la surveillance des PFA augmente substantiellement la sensibilité du système de surveillance et permet à ce système de détecter la gamme entière des paralysies d'origine poliomyélitique, qu'il s'agisse de cas typiques ou non, et, par la même, la transmission du poliovirus sauvage dans une population. Deuxièmement, cette stratégie fournit des données objectives permettant de vérifier la qualité de la surveillance pour un pays donné ou pour une population importante. Les principaux indicateurs du fonctionnement de la surveillance pour la PFA sont les suivants :

- a) Complétude de la notification : au moins 80% des rapports attendus (hebdomadaires ou mensuels) pour la surveillance de la PFA doivent être reçus, y compris les notifications zéro si aucun cas n'a été observé. La distribution des sites notificateurs doit être représentative de la géographie et de la démographie du pays.
- b) Complétude de la surveillance : au moins 1 cas de PFA non poliomyélitique pour 100 000 habitants de moins de 15 ans doit être détecté chaque année.
- c) Complétude de l'examen des cas : un examen clinique et virologique complet doit être effectué pour tous les cas de PFA et, pour au moins 80% d'entre eux, des échantillons adéquats de selles doivent avoir été recueillis en vue de l'étude des entérovirus.

Extrait du Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire de l'OMS N° 16 du 17 avril 1998.

B - Le réseau de laboratoires de surveillance de la poliomyélite.

Les stratégies les plus importantes pour l'éradication de la polio sont :

- immuniser tous les enfants de moins de 5 ans,
- avoir un fort système de surveillance pour détecter rapidement les cas de polio quand ils surviennent.

La surveillance mondiale des PFA (paralysie flasque aiguë) est la règle d'or pour détecter les cas de poliomyélite. Le réseau de laboratoires polio est une composante critique de cette surveillance pour distinguer la polio comme une cause de PFA parmi d'autres maladies que celles causées par un poliovirus.

Le réseau mondial comprend environ 145 laboratoires accrédités dans une structure à 3 niveaux au service des États membres de l'OMS.

Les laboratoires nationaux suivent des procédures normalisées pour détecter les poliovirus dans les échantillons de selles collectés lors des cas d'AFP. Les laboratoires régionaux affinent l'analyse pour déterminer si le virus est sauvage ou d'une autre origine. Tous les virus sauvages sont soumis à l'un des sept laboratoires spécialisés dans le séquençage afin de contrôler l'origine de leur transmission.

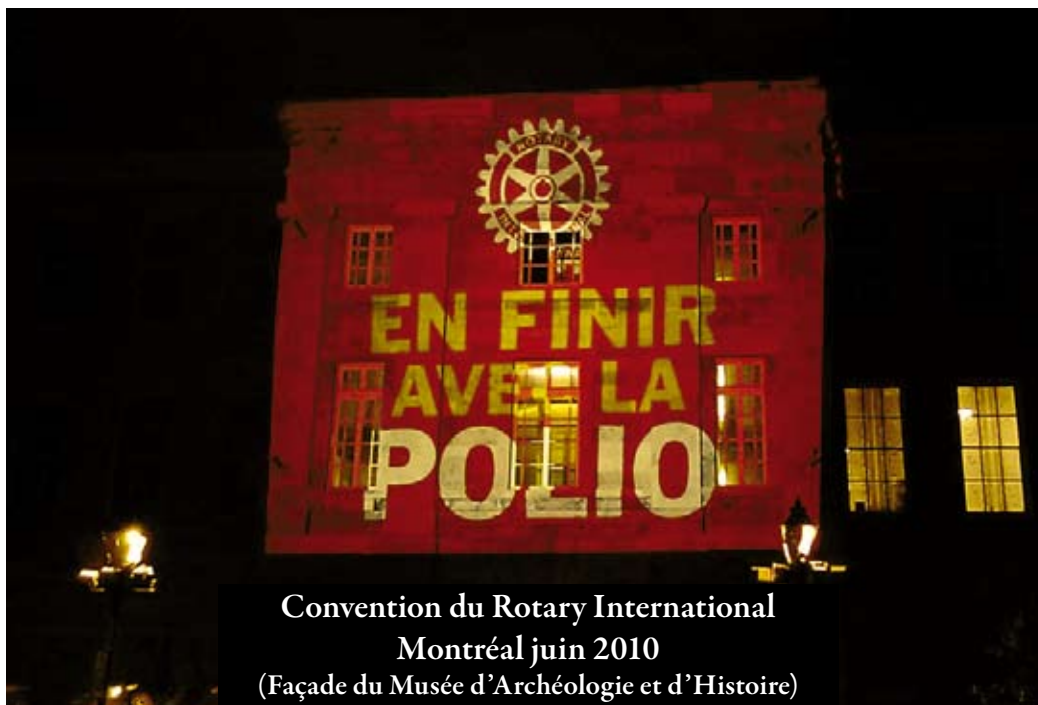
Les laboratoires du réseau sont en permanence contrôlés et ils reçoivent chaque année une nouvelle accréditation.



Pour en savoir plus sur la surveillance :

<https://www.pasteur.fr/actu/presse/dossiers/riip/Enterovirus.html>

http://www.polioeradication.org/content/publications/AnnualReport2008_FREChap4.pdf



Pour faire un don :

https://riweb.rotaryintl.org/donor_xml/contributionmenu.asp