

Eradication de la poliomyélite.

Synthèse sur les aspects médicaux, sociaux et financiers.



Document de synthèse réalisé par Christian Michaud

Gouverneur 2004-2005-District 1770

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

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 des chercheurs...et des nombreuses questions pertinentes posées lors d'interventions dans les clubs .

Mise à jour : 22 décembre 2009

La poliomyélite

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



Stèle égyptienne représentant une victime de poliomyélite, 18ème dynastie

Ces illustrations se passent de commentaire et justifient le fait qu'en 1985 le Rotary International prenne l'initiative de l'éradication de la poliomyélite.

C'est en mai 1988, lors de sa réunion annuelle que l'Assemblée mondiale de l'OMS a décidé d'éradiquer la polio dans le monde.

Lorsque l'[Initiative Mondiale pour l'Eradication de la Polio \(IMEP\)](#) a été lancée, le poliovirus sauvage était endémique dans plus de 125 pays, paralysant plus de 1000 enfants par jour.

L'IMEP qui a pour principaux membres l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le Rotary International, les Centers for Disease and Prevention (CDC) et l'UNICEF, est l'initiative de santé publique la plus importante dans le monde.



3000 ans plus tard

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 1652 cas en 2008**. Grâce aux efforts de l'Initiative, à la fin de 2008, plus de cinq millions de personnes qui sans elle 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. Dans ces quatre pays (Inde, Nigeria, Pakistan et Afghanistan), la transmission autochtone des poliovirus sauvages de type 1 et de type 3 se poursuit malgré plus de dix années d'efforts d'éradication (Extrait du rapport 2009 du Groupe d'Initiative mondiale pour l'éradication de la polio).

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 (comme la Fondation des Nations Unies, la Fondation Bill & Melinda Gates), des banques de développement (comme la Banque mondiale), des pays donateurs, la Commission européenne, des organisations humanitaires et non gouvernementales (comme les sociétés internationales de la Croix-Rouge et du Croissant Rouge) et des multinationales (Aventis Pasteur et De Beers).

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

L'OMS publie un état hebdomadaire des cas de polio dans le monde :

Nombre de cas	Cas 2009 au 22/12/09	Cas 2008 au 22/12/08	Total 2008	Total 2007	Total 2006
Total	1517	1594	1651	1315	1997
Pays endémiques	1188	1468	1505	1208	1869
Pays non endémiques	329	126	146	107	128

Pays endémiques	Cas 2009 au 22/12/09	Cas 2008 au 22/12/08	Total 2008	Total 2007
Pakistan	84	114	117	32
Inde	685	541	559	874
Afghanistan	31	30	31	17
Nigéria	388	783	798	285

Au Nigeria la baisse du nombre d'enfants atteints est significative ce qui n'est pas le cas en Inde. 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.

Le virus de la poliomyélite

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 de virus qui est excrété avec ses selles et éventuellement la salive. 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 qui est au cœur des priorités rotariennes est en parfaite adéquation avec le défi de l'éradication de la polio.

Pour en savoir plus sur la poliomyélite :
<http://fr.wikipedia.org/wiki/Poliomy%C3%A9lite>

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
- Poliovirus dérivé (PVDV) (voir encart ci-dessous.)

Le virus 1 est très fréquent au Nigeria et le virus 3 en Inde. (Voir tableau ci-dessous pour 2008).

Pays endémiques	2008		2009 (10/09)	
	Virus 1	Virus 3	Virus 1	Virus 3
Inde	73	483	68	499
Nigeria	721	69	73	308
Afghanistan	24	7	15	9
Pakistan	81	37	52	23

Au Nigeria comme en Inde c'est maintenant le virus 3 qui est devenu majoritaire.

Pour en savoir plus :
http://www.polioeradication.org/content/general/current_monthly_sitrep.asp

Poliovirus dérivé d'une souche vaccinale (PVDV)

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

Qu'est-ce qu'un PVDV ?

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 réplifications. **Les PVDV circulants sont des virus qui ont suivi l'ensemble de ce processus.**

Les événements mettant en cause des PVDV sont rares. Au cours des 10 dernières années, plus de 10 milliards de doses de VPO ont été administré à plus de deux milliards d'enfants, évitant ainsi plus de 3,5 millions de cas de poliomyélite. **Sur la même période, on n'a eu connaissance que de 12 épisodes impliquant des PVDVc et provoquant 362 cas d'infection.**

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.

Les vaccins

Deux grands types de vaccin 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 le vaccin 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 3 : les PVDV).

En appui au vaccin antipoliomyélitique trivalent oral, de nouveaux vaccins plus spécifiques et plus puissants ont été développés sur la forme de vaccins oraux monovalents contre les sérotypes 1 et 3.

Plus récemment un **nouveau vaccin puissant par voie orale**, a été lancé en Inde en novembre. Le **vaccin antipoliomyélitique 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.

L'Afghanistan sera le premier pays à utiliser le vaccin antipoliomyélitique oral bivalent (VPOb) dans le cadre des activités de vaccination supplémentaires qui auront lieu **du 13 au 15 décembre 2009**.

L'après éradication

Une fois les poliovirus sauvages éradiqués, il faudra interrompre progressivement l'administration du VPO, les avantages de celle-ci pour la santé publique ne compensant plus le faible risque qu'entraîne la poursuite de cette vaccination. (remplacement par des vaccins VPI)

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 passage 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.

Puisqu'il est nécessaire d'étudier toutes les stratégies possibles pour stimuler l'immunité le plus rapidement possible dans les zones infectées, l'Initiative Mondiale pour l'Éradication de la Poliomyélite **évaluera l'impact du VPI en complément du VPO**. Étant donné les défis opérationnels que représente l'administration à large échelle d'un vaccin injectable, un essai clinique sera réalisé pour tester la viabilité de l'utilisation d'injecteurs sans aiguille pour l'administration intradermique des doses fractionnées



Pour en savoir plus :

<http://www.polioeradication.org/content/polionews/PolioNews33/PolioNews33-FR.asp>

<http://medecinropicale.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 antipoliomyélique 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.

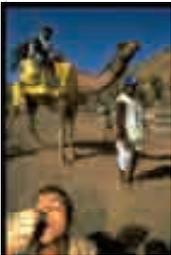
2-Journées nationales de vaccination (JNV)

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.



3-Campagnes de ratissage

Organisation de campagne de **vaccination porte à porte** lorsque des poches de résistance du virus subsiste. 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 ?)

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



La preuve de la vaccination : petit doigt en jaune

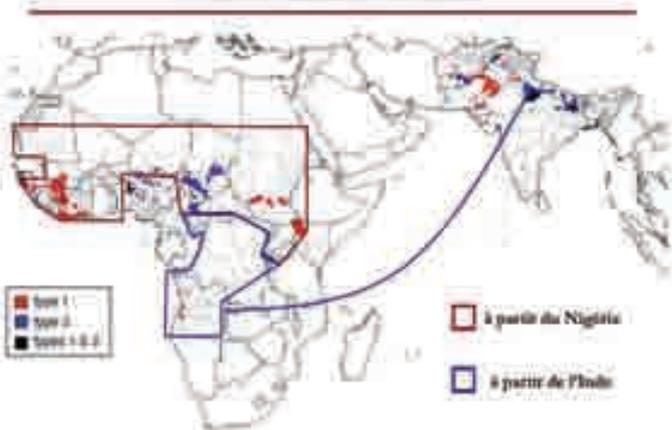
Cette stratégie de vaccination a été extrêmement efficace et a abouti à la disparition des poliovirus sauvages dans la plupart des pays du monde y compris dans des nombreux pays en voie de développement très démunis. Il faut donc continuer à l'appliquer dans les pays non endémiques de l'Afrique

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.

Dans ces pays 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 3).

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



Assainissement et virus de la poliomyélite

L'homme est l'unique réservoir de virus qui est excrété avec ses selles et éventuellement la salive. 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 .



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.

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.

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 régler le problème 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 interventions 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.**

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, concoure 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

Des questions essentielles

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'éradication de la polio).

Enfin il faut rappeler que la polio a été déclarée éradiquée dans les Amériques, en Europe et dans les pays du Pacifique ouest. Ce qui n'est pas rien !

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 3).

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 enrayerée.

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

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.

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

Selon Robert S. Scott président de la Fondation Rotary sur PolioPlus à l'Assemblée internationale de San Diego 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.

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 est un poliovirus sauvage de type 1, souche semblable à celle qui circule actuellement au Tchad. Il provenait certainement d'une personne qui n'avait pas été vaccinée et qui a 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 19^{ème} siècle dans cette communauté où la vaccination n'a pas bonne presse. (International Herald Tribune du 9 novembre 2005).

Des questions essentielles

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 poliomyélitique pour 100 000 habitants de moins de 15 ans est détecté chaque année. (voir les détails en Annexe)

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 : 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 3



Une prise de conscience mondiale

2008 a été, au plus haut niveau des états et des organisations, une année de prise de conscience de la nécessité d'aboutir à l'éradication de la poliomyélite.

Les dirigeants du G8, lors du sommet de Toyako (Japon), en juillet dernier ont déclaré :

"Pour accélérer l'éradication historique de la poliomyélite, nous honorons les engagements que nous avons déjà pris de maintenir ou d'augmenter nos contributions financières"

Soulignons que les pays du G8 apportent déjà plus de la moitié des contributions à l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite.

En janvier 2009, la Grande Bretagne et l'Allemagne ont décidé de contribuer pour un montant de 280 millions de \$.

- Pour Douglas Alexander, ministre britannique du développement international, l'engagement de la Grande Bretagne aux côtés des autres partenaires "représente un effort majeur dans la bataille pour débarrasser le monde de la polio".
- La ministre allemande de la Coopération, Heidemarie Wieczorek-Zeul, a pressé "les autres nations à suivre leur exemple pour combler le manque de fonds".

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

Elle a ajouté *"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"*.



En juillet 2009, le Professeur Ekmeleddin Ihsanoglu, Secrétaire Général de l'Organisation de la conférence islamique (OCI), a rappelé la volonté de l'Organisation d'éradiquer la poliomyélite en écrivant aux Présidents du Nigéria, du Pakistan et de l'Afghanistan pour les remercier de leur engagement dans cet effort et leur demander un soutien intensifié à tous les niveaux de leurs administrations. Il a également pris contact avec la prestigieuse Académie islamique internationale du Fiqh pour demander aux docteurs de la loi de publier une Fatwa recommandant aux communautés musulmanes de soutenir l'effort d'éradication de la poliomyélite et de vacciner tous les enfants contre cette maladie.

Une prise de conscience mondiale

L'Afghanistan a formé sa commission Polio-Plus 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 Jakhri a créé un comité interprovincial pour surmonter les dernières difficultés dans l'éradication de la poliomyélite ;

Les gouverneurs nigériens s'engagent à éradiquer la poliomyélite : un engagement public capital a été pris par le Ministère de la Santé et le Président du Conseil des Gouverneurs, qui l'ont signé au nom des 36 gouverneurs des Etats du Nigéria. En vertu de cet engagement, les autorités gouvernementales locales seront tenues responsables des résultats de leurs programmes d'éradication.

Le 2 février, 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 » à titre d'affirmation publique de leur volonté de mobiliser l'État et les administrations civiles locales vers l'objectif nécessaire d'une couverture à 90 % (voir le chapitre " L'éradication est-elle possible ?").

En savoir plus sur la lutte contre la polio au Nigeria : <http://www.irinnews.org/fr/ReportFrench.aspx?ReportId=84196>

Le pèlerinage de la Mecque 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 pour les pèlerins issus de pays infectés par 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".

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, M. 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, a-t-il dit. 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. »



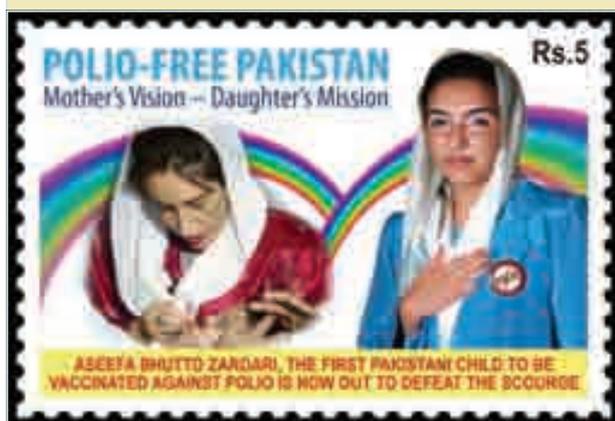
Le président des États-Unis, M. Barack Obama, et le Secrétaire Général de l'OCI, le professeur Ekmeleddin Ihsanoglu, mettent leurs efforts en commun pour éradiquer la poliomyélite.

Une prise de conscience mondiale

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 ayant 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 antipoliomyélitique s'est atténuée, a-t-il dit, mais un petit nombre de gens continuent toujours à douter du vaccin. Ce message leur est destiné.»**

Le 10 octobre, 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.



Journées nationales de vaccination (JNV) au Pakistan (12-14 octobre 2009)

Les Rotariens et d'autres membres de la famille du Rotary se sont joints au personnel de santé lors des Journées nationales de vaccination (JNV) au Pakistan (12-14 octobre) **qui ont permis de vacciner un nombre record de 35 millions d'enfants**.

Cette mobilisation de bénévoles de terrain a amené le **secrétaire général des Nations unies Ban Ki-moon à qualifier le Rotary de cœur et d'âme des efforts d'éradication de la polio**, a déclaré Robert S. Scott, président de la commission PolioPlus internationale lors de



Un enfant est vacciné dans le village de Labore (Punjab) par des Rotariens

la cérémonie d'ouverture des Journées nationales de vaccination à Islamabad le 10 octobre.

Les Rotariens du Pakistan sont fiers d'avoir un rôle actif en soutien des activités essentielles de vaccination qui nous

conduiront vers la victoire sur la polio.

Septembre 2009 : les Talibans permettent aux enfants de se faire vacciner

La fille du Président incarnera la lutte du Pakistan contre la poliomyélite : Aseefa Bhutto Zardari, la plus jeune fille du Président pakistanais Asif Ali Zardari et de l'ancien Premier Ministre aujourd'hui disparue, Benazir Bhutto, a été nommée **Ambassadeur du pays pour l'éradication de la poliomyélite lors du lancement des journées nationales de vaccination le 10 octobre**.

Aseefa a été le premier enfant pakistanais vacciné lorsque, dans le cadre des efforts d'éradication de la poliomyélite, le 27 avril 1994, alors âgée d'un an, elle a reçu le vaccin antipoliomyélitique de la main de sa mère, Mme Benazir Bhutto, alors Première Ministre et aujourd'hui décédée.

Dans son nouveau rôle, Aseefa sera chargée de défendre les efforts d'éradication de la poliomyélite et de mobiliser les communautés afin de garantir que tous les parents font vacciner leurs enfants contre la maladie.

Évaluation indépendante

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

Le Rapport d'évaluation débouchera sur des plans d'action spécifiques des zones, qui seront intégrés dans le Plan stratégique 2010–2014 de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite.

Quatre sous 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 les 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 à l'interruption de la transmission du poliovirus a été publié en octobre 2009. Il en ressort 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.

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 :

- o 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.
- o Maximaliser l'utilisation des outils de vaccination disponibles, en introduisant rapidement le VPOb.
- o 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.
- o 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.
- o 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.
- o 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.
- o 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

Les défis Polio Plus



C'est dans ce contexte international favorable que 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 pré-

cédemment 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 \$. En novembre 2007, le Rotary s'était déjà engagé à verser une première subvention de 100 millions.

Ce premier défi a permis, en novembre 2009, de recueillir plus de 100 millions de dollars.

Le deuxième défi est donc à notre portée.

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

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

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",

•A titre d'exemple récent 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 800 millions 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>

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



23 février 2009 - anniversaire de la création du Rotary : illumination de nombreux monuments dans le monde, dont le Colisée de Rome

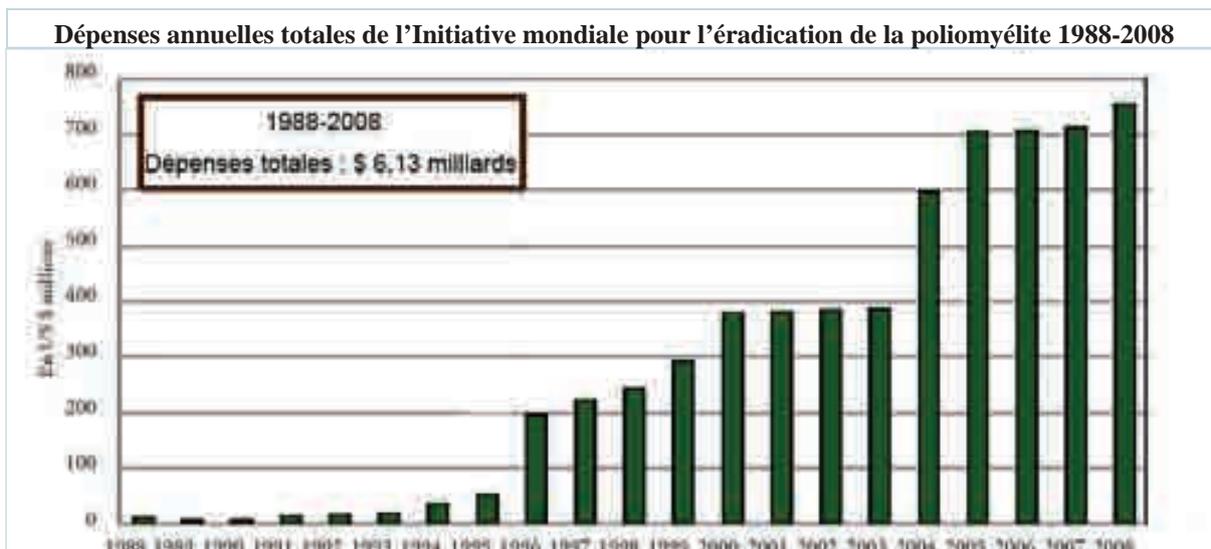
Financement de l'Initiative Mondiale pour l'Éradication de la Poliomyélite

(à partir de documents de l'OMS)



Des enfants dansent lors du lancement présidentiel d'une journée nationale de vaccination dans l'État de Kaduna, au nord du Nigeria.

Évolution des dépenses



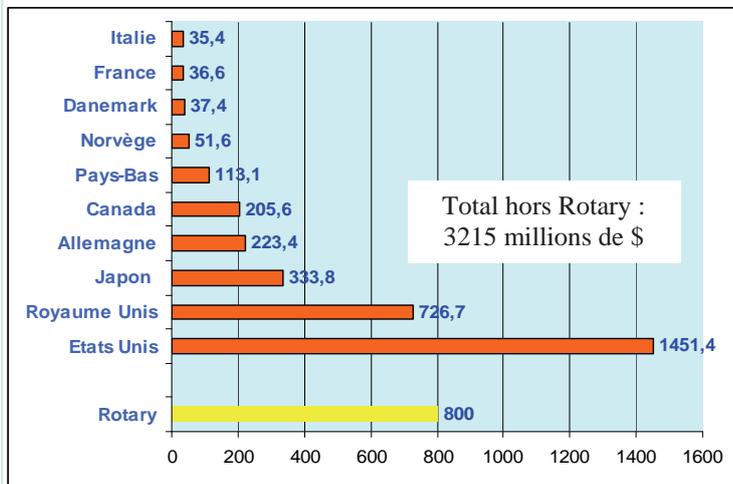
L'effort a été croissant avec une augmentation rapide depuis 1997 pour atteindre environ 850 millions de \$ en 2008.

Les dépenses totales s'élèvent à 6,13 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-dessus détaille les apports des 10 principaux pays donateurs de 1985 à 1999 pour un montant total de 3215 millions de dollars.

Les rotariens ont contribué à hauteur de 800 millions de \$ à cet effort mondial soit environ 13 %.

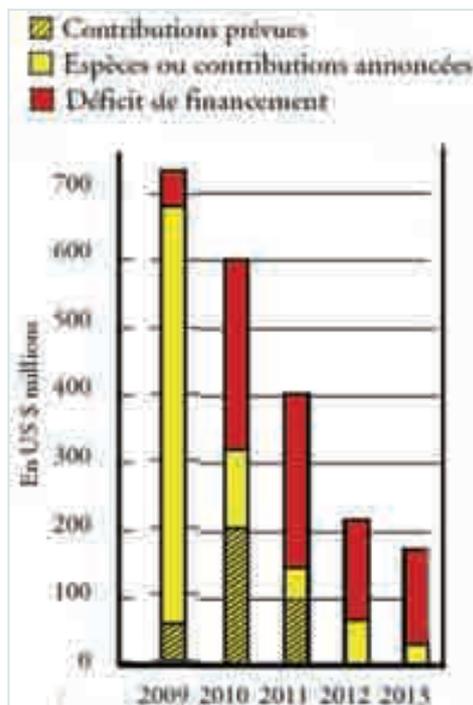
La part des rotariens français s'élève à 8,6 millions de \$.

Pour en savoir plus :

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

Prévisions 2009-2013

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

Mais 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 et en particulier les déficits de financement (estimés à la date du 1^{er} janvier 2009) : 55 millions de \$ pour 2009 et 280 millions de \$ pour 2010.

2009

Budget : US \$ 737 millions
Déficit de financement : US \$ 55 millions

2010

Budget : US \$ 603 millions
Déficit de financement : US \$ 280 millions

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 la période 1988-2013

Contribution (US \$ millions)	Partenaires du secteur public	Banques de développement	Partenaires du secteur privé
> 1 000	Etats-Unis		Rotary International
500 - 1 000	Royaume-Uni		
250 - 499	Canada, Japon	Banque mondiale	Fondation Bill & Melinda Gates
100 - 249	Allemagne, Commission européenne, Pays-Bas, GAVI/IFFIm, Budget régulier de l'OMS		
50 - 99	Norvège, Budget régulier de l'UNICEF		
25 - 49	Danemark, Fédération de Russie, France, Italie, Suède		Fondation des Nations Unies
5 - 24	Australie, Espagne, Irlande, Luxembourg		Sanofi Pasteur, IFPMA, Comités nationaux pour l'UNICEF, Croix Rouge américaine, Programme Pétrole contre nourriture
1 - 4	Arabie saoudite, Autriche, Belgique, Emirats arabes unis, Finlande, Koweït, Malaisie, Nouvelle Zélande, Suisse	Banque interaméricaine de Développement, Banque africaine de Développement	Advantage Trust (HK), De Beers, Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant Rouge, Pew Charitable Trust, Wyeth, Shinnyo en, OPEP

L'Alliance GAVI et l'IFFIm

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 des vaccins nouveaux ou 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



Ces 191,3 millions de dollars US sont investis prioritairement dans les programmes actuels et la constitution de stocks de vaccins contre la poliomyélite pour l'après l'éradication. Cette aide sera indispensable pour réaliser une vaccination par le VPI dans les pays en voie de développement.

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

Annexe : comment assurer que les cas de polio sont 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 Epidémiologique 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 :

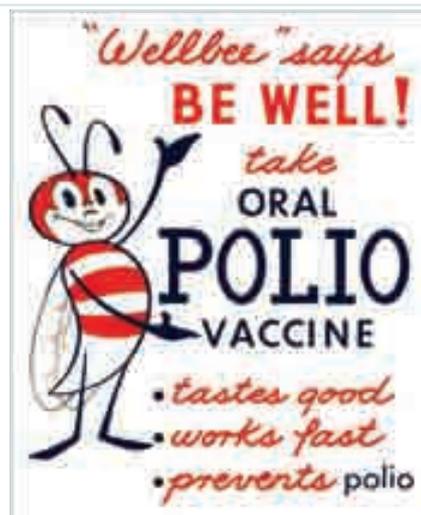
- immuniser tous les enfants de moins de 5 ans
- avoir un fort système de surveillance pour détecter rapidement les cas de polio quand ils surviennent.

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 Etats 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.



1963 en Grande Bretagne

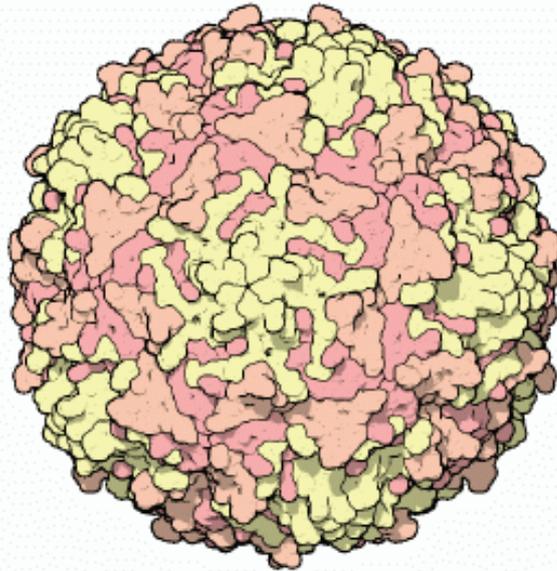
Pour en savoir plus sur la surveillance:

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

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

A lire aussi le document très bien documenté : **le Canada et l'éradication de la polio**

http://www.healthheritageresearch.com/ConqueringtheCrippler_f.pdf



POLIOVIRUS

5 000 USD permettent de financer le vaccin pour vacciner 10 000 enfants contre la polio

Défi
200 millions de dollars du Rotary
pour l'éradication de la polio
Un monde sans polio



Objectif
200 millions de dollars
au 30 juin 2012

Niveau atteint
100.8 millions

 **Faites un don pour aider le Rotary à offrir à l'humanité un monde sans polio.**