



REGIONAL OFFICE FOR THE WESTERN PACIFIC
BUREAU REGIONAL DU PACIFIQUE OCCIDENTAL

COMITE REGIONAL

WPR/RC47/8 Rév.1

Quarante-septième session
Séoul
9-13 septembre 1996

2 septembre 1996

ORIGINAL : ANGLAIS

Point 11 de l'ordre du jour provisoire

**ERADICATION DE LA POLIOMYELITE DANS LA REGION :
RAPPORT D'ACTIVITE**

Ce rapport d'activité annuel donne des informations détaillées sur la situation actuelle de la campagne d'éradication de la poliomyélite dans la Région. Au 1er septembre 1996, 70 cas seulement répondant aux critères cliniques pour la poliomyélite, y compris quatre cas autochtones et trois cas importés associés au poliovirus sauvage, ont développé une paralysie en 1996. La fiabilité et la promptitude de la surveillance virologique se sont considérablement améliorées. La Commission régionale pour la certification de l'éradication de la poliomyélite dans la Région du Pacifique occidental a tenu sa première réunion, au cours de laquelle elle a ratifié un plan d'action et a recommandé la mise en place de comités nationaux. Ce document décrit les activités futures du programme en soulignant l'importance de l'amélioration de la qualité de la surveillance et de la performance des laboratoires et la nécessité d'élaborer des stratégies spéciales pour accéder aux populations à haut risque, y compris dans les zones frontalières, au cours des journées nationales de vaccination.

Le Comité régional est prié de prendre note de ce rapport, de continuer de s'employer à stopper toute transmission du poliovirus sauvage et de garantir que tous les pays et zones mettent en oeuvre les mesures nécessaires pour certifier l'éradication de la maladie dans la Région.

1. INTRODUCTION

A sa trente-neuvième session en septembre 1988, le Comité régional du Pacifique occidental a adopté la résolution WPR/RC39.R15 sur l'éradication de la poliomyélite dans la Région d'ici à 1995. Dans la résolution WPR/RC41.R5 il a, par la suite, prié le Directeur régional de faire rapport chaque année sur les progrès accomplis et, dans ses résolutions WPR/RC42.R3 et WPR/RC44.R4, le Comité a proposé des moyens d'accélérer encore le programme. Depuis l'adoption de ces résolutions, des progrès rapides ont été réalisés dans le sens de l'éradication de la poliomyélite dans la Région.

2. SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE ACTUELLE

En 1995, six pays notifiaient toujours des cas de poliomyélite (le Cambodge, la Chine, la Papouasie-Nouvelle-Guinée, les Philippines, la République démocratique populaire lao et le Viet Nam). Plus de 5600 cas de paralysie flasque aiguë (PFA) ont été notifiés en 1995. Parmi ces cas, 474 répondaient aux critères cliniques pour la poliomyélite et 31 de ces 474 cas étaient associés au poliovirus sauvage (voir Tableau 1). La plupart des cas répondant aux critères cliniques ne sont en fait pas des cas de poliomyélite mais ressemblent cliniquement à la poliomyélite (comme le syndrome de Guillain-Barré avec paralysie résiduelle). C'est particulièrement le cas en Chine où, en date du 1er septembre, 70 cas seulement ayant développé une paralysie en 1996 répondent aux critères cliniques pour la poliomyélite, parmi lesquels sept cas seulement ont été confirmés comme étant associés au poliovirus sauvage (quatre cas autochtones et trois cas importés).

La circulation du poliovirus sauvage est aujourd'hui confinée dans le delta du Mékong, au Cambodge et au Viet Nam. En 1995, 30 des 31 cas confirmés par test virologique (poliovirus sauvage isolé dans les échantillons de selles) provenaient de cette zone. L'autre cas de poliovirus sauvage a été importé en Chine, ce qui montre bien le risque de transmission transfrontière à partir de zones où la maladie reste endémique.

3. ACTIVITES DU PROGRAMME

3.1 Renforcement de la vaccination systématique du PEV

La vaccination systématique demeure la pierre angulaire du programme d'éradication de la poliomyélite. La couverture systématique par le vaccin antipoliomyélitique oral (VPO) était toujours de 93 % en 1995 (Figure 1).

3.2 Vaccination supplémentaire

De 1992 à 1995, 18 journées nationales de vaccination ont été menées dans la Région (voir Tableau 2). Au cours de la saison à faible transmission de 1995-1996, les pays ont déployé des efforts importants pour garantir une très grande efficacité des journées nationales de vaccination. Pour cela, les efforts se sont concentrés sur les zones et les groupes d'âge à haut risque pour la transmission du poliovirus et la communauté a dû être davantage mobilisée.

Le nombre de cas notifiés de poliomyélite a été réduit de presque 60 % (de 296 à 124 cas) après une année seulement de journées nationales de vaccination. Parallèlement, la surveillance a été considérablement améliorée.

On passera progressivement des journées nationales à des journées infranationales de vaccination, pour toucher les zones et les populations à haut risque, en fonction de la qualité du système de surveillance et de la situation épidémiologique de chaque pays.

3.3 Surveillance de la poliomyélite

En 1995, plus de 5600 cas de paralysie flasque aiguë ont été notifiés dans l'ensemble de la Région. Ceci représente une augmentation de presque 50 % par rapport à 1994. Presque 100 % de ces cas ont fait l'objet d'une investigation. Au moins un prélèvement de selles a été analysé pour 90 % des cas notifiés, et deux échantillons de selles ont été prélevés dans l'espace de 14 jours suivant l'apparition dans 70 % des cas. Pour 1996 et en date du 1er septembre, le pourcentage de cas de paralysie flasque aiguë pour lesquels au moins un échantillon de selles a été prélevé était également de 90 %, et deux échantillons ont été prélevés dans les 14 jours, dans 73 % des cas.

En 1995, 474 cas seulement de paralysie flasque aiguë répondaient aux critères cliniques pour la poliomyélite. Cela représente une diminution de 32 % par rapport à 1994 (699 cas) et une diminution de 92 % par rapport au chiffre de 1990. La Figure 2 illustre la répartition géographique des cas répondant aux critères cliniques pour la poliomyélite en 1990 et 1995.

Seulement 31 cas parmi plus de 5600 cas de paralysie flasque aiguë notifiés en 1995 ont été confirmés en tant que cas de poliomyélite par isolement du poliovirus sauvage.

Les huit pays qui ont récemment notifié des cas de poliomyélite ont aujourd'hui des systèmes bien établis de surveillance de la paralysie flasque aiguë. La surveillance de la paralysie flasque aiguë est aujourd'hui plus complète et plus prompte alors que le nombre total de cas notifiés de poliomyélite et de cas confirmés par isolement du poliovirus sauvage a diminué (voir Figure 3).

En avril 1996, la Commission régionale pour la certification de l'éradication de la poliomyélite dans la Région du Pacifique occidental s'est réunie pour la première fois à Canberra (Australie). La Commission comprend huit membres qui siègent à titre personnel en tant qu'experts en virologie, neurologie, épidémiologie et gestion de la santé publique.

Lors de sa première réunion, la Commission a établi des critères, des stratégies et un plan d'action pour la certification de l'éradication de la poliomyélite dans la Région du Pacifique occidental.

Il a été décidé que les critères pour la certification de l'éradication de la poliomyélite comprendront :

- 1) Absence de cas de transmission autochtone du poliovirus sauvage détecté pendant une période d'au moins trois ans, au cours de laquelle la surveillance aura été assurée au niveau requis pour la certification.
- 2) La documentation de certification requise par la Commission régionale devra être validée et soumise par un comité de certification nationale dans chaque pays.
- 3) Des mesures appropriées auront été prises pour la détection et l'intervention en cas d'importation du poliovirus sauvage.

Les étapes du processus de certification ont été définies comme suit :

- 1) Tous les Etat Membres notifiant zéro cas de poliomyélite devront établir un comité national de certification d'ici à décembre 1996.
- 2) Les autres pays devront établir un comité d'ici la fin de 1997.
- 3) Les pays indemnes de poliomyélite devront examiner le plan d'action et rendre compte de leurs projets d'activités et de leurs problèmes à la Commission régionale d'ici le deuxième semestre de 1997.
- 4) Tous les pays indemnes de poliomyélite devront soumettre une documentation d'ici à 1998.
- 5) Tous les pays où la poliomyélite est endémique devront soumettre une documentation d'ici à 1999.

Les pays et zones insulaires du Pacifique formeront un comité de certification sous-régional d'ici la fin de 1997 qui inclura 20 pays et zones et constituera un seul bloc épidémiologique. Leur premier rapport d'information est prévu pour 1997.

3.5 Qualité des vaccins

Le plan d'action régional visant à parvenir à l'autosuffisance en matière de production et d'approvisionnement en vaccins est en cours de mise en oeuvre. L'objectif de ce plan est de renforcer la production locale de vaccins et les moyens nationaux de contrôle de la qualité. Il appuie également la coopération continue entre les gouvernements et la communauté internationale en matière d'approvisionnement en vaccins. En dernière ressort, ce plan devrait avoir pour résultat un approvisionnement durable en vaccins actifs, sûrs et de bonne qualité, et en quantité adéquate.

Au titre de ce plan d'action, le Bureau régional du Pacifique occidental collabore activement avec des centres d'excellence pour la production de vaccins et le contrôle de la qualité. Un soutien technique est fourni à la Chine, aux Philippines et au Viet Nam. En 1996, il s'agira avant tout de renforcer les autorités nationales de contrôle de la qualité.

3.6 Besoins en ressources

Bien que la plupart des ressources nécessaires au programme élargi de vaccination et à l'éradication de la poliomyélite proviennent des pays eux-mêmes, le soutien des partenaires internationaux a contribué à la réussite des activités d'éradication de la poliomyélite dans la Région. Ce soutien concerne l'approvisionnement en vaccins et les dépenses de fonctionnement. Il convient de remercier les nombreux partenaires qui ont financé les programmes d'éradication de la poliomyélite, en particulier l'UNICEF, les gouvernements de l'Australie, du Canada, de la France, du Japon, de la Malaisie, de la République de Corée, et des Etats Unis d'Amérique par l'intermédiaire des Centres de lutte contre la maladie d'Atlanta, Rotary International et le District 2650 de Rotary International au Japon. Ce soutien important demeurera nécessaire jusqu'à ce que l'éradication soit certifiée dans l'ensemble de la Région.

3.6.1 Vaccin

De 1992 à 1996, US\$ 32,2 millions ont été fournis par les partenaires internationaux pour l'achat de vaccin antipoliomyélique oral pour la vaccination supplémentaire (voir Figure 4).

3.6.2 Soutien aux dépenses de fonctionnement

Depuis 1992, et en plus de la fourniture de vaccin, US\$ 11 millions ont été engagés par les partenaires pour le personnel, les fournitures et le matériel et les dépenses de fonctionnement pour la surveillance et les journées nationales de vaccination.

3.7 Problèmes principaux et mesures prises

PROBLEMES PRINCIPAUX	MESURES PRISES
<p>Qualité de la vaccination supplémentaire Transmission du poliovirus sauvage chez les enfants non vaccinés malgré une couverture élevée des journées nationales de vaccination.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Des équipes mobiles ont été créées et des stratégies nouvelles sont en cours de mise en oeuvre pour trouver et vacciner les enfants dans les zones à haut risque.
<p>Surveillance de la paralysie flasque aiguë et surveillance de laboratoire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Performance insuffisante des laboratoires du réseau régional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Du nouveau matériel de laboratoire a été fourni ou commandé • Des consultants passent en revue le travail et la formation du personnel de laboratoire • Les indicateurs de performance des laboratoires sont contrôlés plus étroitement au niveau central • Le transfert des données s'améliore
<ul style="list-style-type: none"> • Surveillance insuffisante dans les pays où la poliomyélite était récemment endémique. 	<ul style="list-style-type: none"> • Une surveillance active de la paralysie flasque aiguë et de la rougeole a été introduite
<ul style="list-style-type: none"> • Transmission transfrontière du poliovirus • Besoin d'améliorer la coordination transfrontière 	<ul style="list-style-type: none"> • Une surveillance active s'intensifie des deux côtés de la frontière • La qualité des journées nationales de vaccination s'améliore dans les zones frontalières avec des postes, du personnel, et des équipes mobiles supplémentaires • Des vaccinations supplémentaires sont prévues simultanément des deux côtés de la frontière
<p>Disponibilité des ressources</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obtention de ressources pour la surveillance et la vaccination supplémentaire. 	<ul style="list-style-type: none"> • Un soutien financier continu pour la surveillance, le personnel, et le PVO est recherché auprès des partenaires

4. ACTIVITES FUTURES

4.1 Vaccination supplémentaire

Les activités de vaccination supplémentaire se poursuivront en fonction de la situation individuelle de chaque pays. On doit attacher une attention particulière à la région frontalière Chine-Myanmar, où un cas importé a été notifié en 1995, et trois cas en 1996 au 1er septembre. On s'efforcera de coordonner les activités et garantir qu'une tournée au moins de vaccination supplémentaire soit effectuée en 1996-1997 au cours de la saison à faible transmission dans les deux pays. Des stratégies spéciales seront également élaborées par les pays afin d'accéder à la population à haut risque au cours des journées nationales de vaccination.

4.2 Surveillance de laboratoire et de la paralysie flasque aiguë

Un système d'accréditation des laboratoires en fonction des performances sera mis en place. Tous les laboratoires seront contrôlés. Dans le cas où la performance d'un laboratoire ne sera pas satisfaisante, les échantillons prélevés sur les cas de paralysie flasque aiguë seront envoyés à un laboratoire accrédité.

Tableau 1. Total des cas notifiés de paralysie flasque aiguë, cas répondant aux critères cliniques pour la poliomyélite et cas associés au poliovirus sauvage, 1993–1996*

Région du Pacifique occidental

Pays	Total des cas notifiés de PFA				Cas répondant aux critères cliniques pour la poliomyélite (y compris les cas confirmés par test virologique)				Poliovirus sauvage isolé			
	93	94	95	96*	93	94	95	96*	93	94	95	96*
Cambodge	135	301	178	34	135	296	119	13	4	33	18	1
Chine	1818	3096	4807	904	538	261	165	9	101	6	1**	1**
Malaisie	1	17	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mongolie	***	***	0	10	2	0	0	0	***	***	0	0
Papouasie-Nouvelle-Guinée	16	13	3	9	0	2	0	0	0	0	0	0
Pays insulaires du Pacifique	0	1	13	4	0	0	1	5	0	0	0	0
Philippines	88	126	153	48	15	10	40	0	7	0	0	0
RDP Lao	9	11	21	5	7	6	11	3	0	0	0	0
Viet Nam	607	353	464	167	452	124	132	19	157	35	12	1
Autres	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Région du Pacifique occidental	2675	3919	5646	1182	1149	699	468	49	269	74	31	3

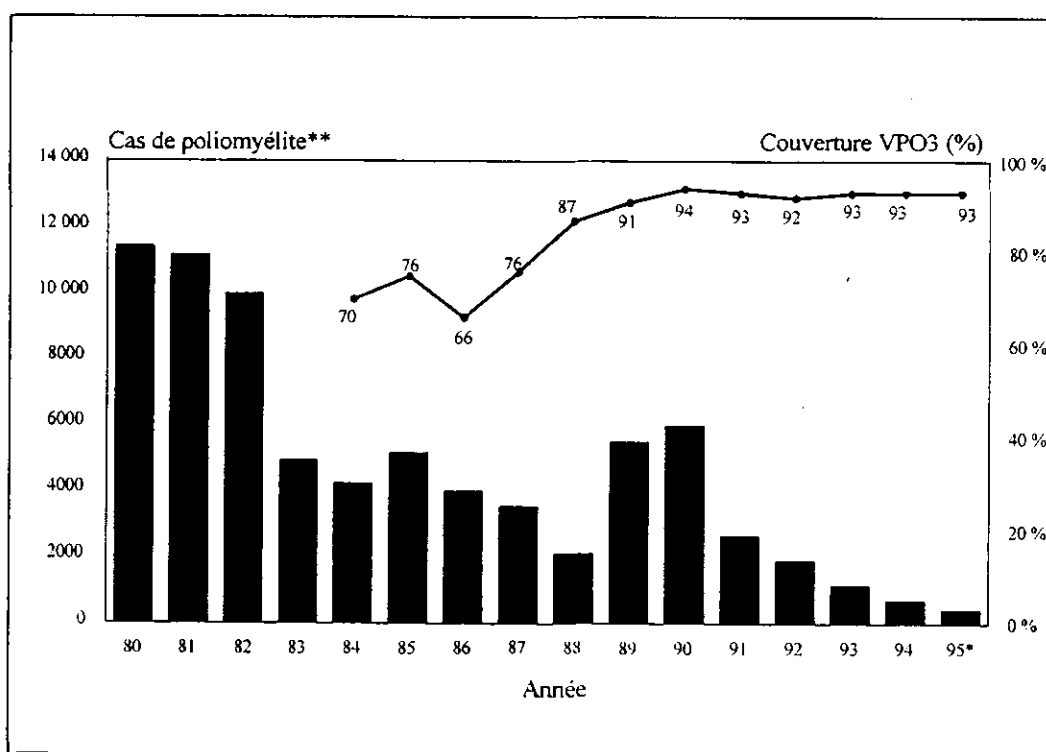
* Dernières données disponibles du système de surveillance de la PFA du Bureau régional au 1er juillet 1996.

** Poliovirus sauvage importé.

*** Données non disponibles.

Figure 1. Cas de poliomyélite déclarés et couverture par le VPO3, 1980–1995*

Région du Pacifique occidental



* Données provisoires basées sur les tendances annuelles et les informations disponibles au 1er septembre 1996.

Source des données : CEIS OMS/WPRO et rapports de surveillance de la poliomyélite du Bureau régional.

** Cas répondant aux critères cliniques pour la poliomyélite (y compris les cas confirmés par test virologique).

Table 2. Journées nationales de vaccination, 1992-1996*

Région du Pacifique occidental

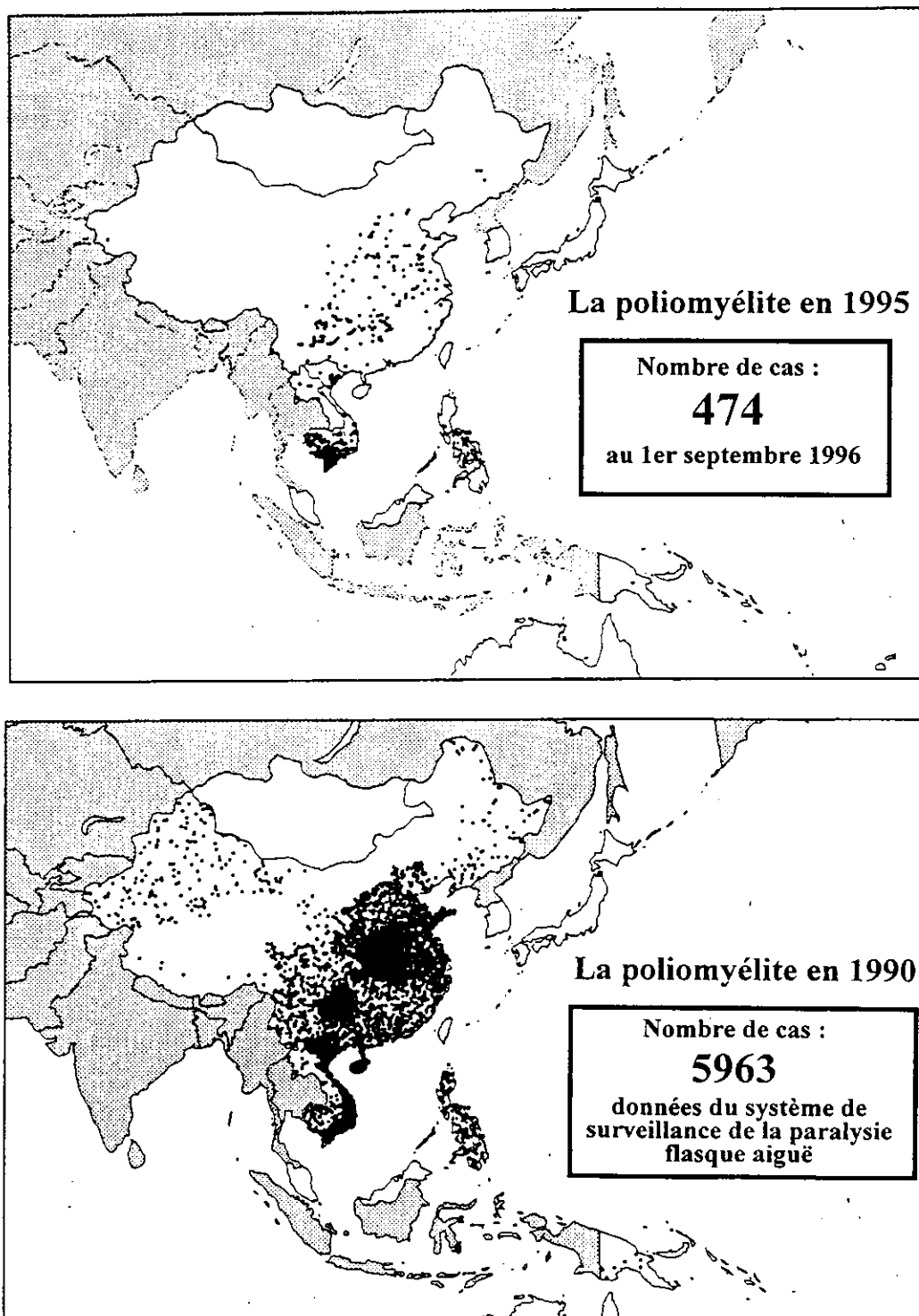
Pays	Nombre de journées infranationales de vaccination	Nombre de journées nationales de vaccination	Couverture	Autres antigènes	Nombre de personnes vaccinées
Cambodge	1	2	95 %	Vitamine A	1,9 million
Chine	1	3	> 80%	-	83 millions
Mongolie	0	3	97 %	Diphtérie, Anatoxine tétanique	424 000
Papouasie-Nouvelle-Guinée	1**	0	-	-	ND
Philippines	0	4	90 %	Vitamine A, Anatoxine tétanique, Rougeole	9,9 millions
RDP lao.	2	3	80 %	Vitamine A Rougeole, DTC***	650 000
Viet Nam	1	3	90 %	Vitamine A, Anatoxine tétanique, Rougeole	9,7 millions
TOTAL	6	18			105 millions

* en date du 1er septembre 1996

** Une tournée de vaccination seulement en août 1996 ; deuxième tournée prévue en septembre 1996.

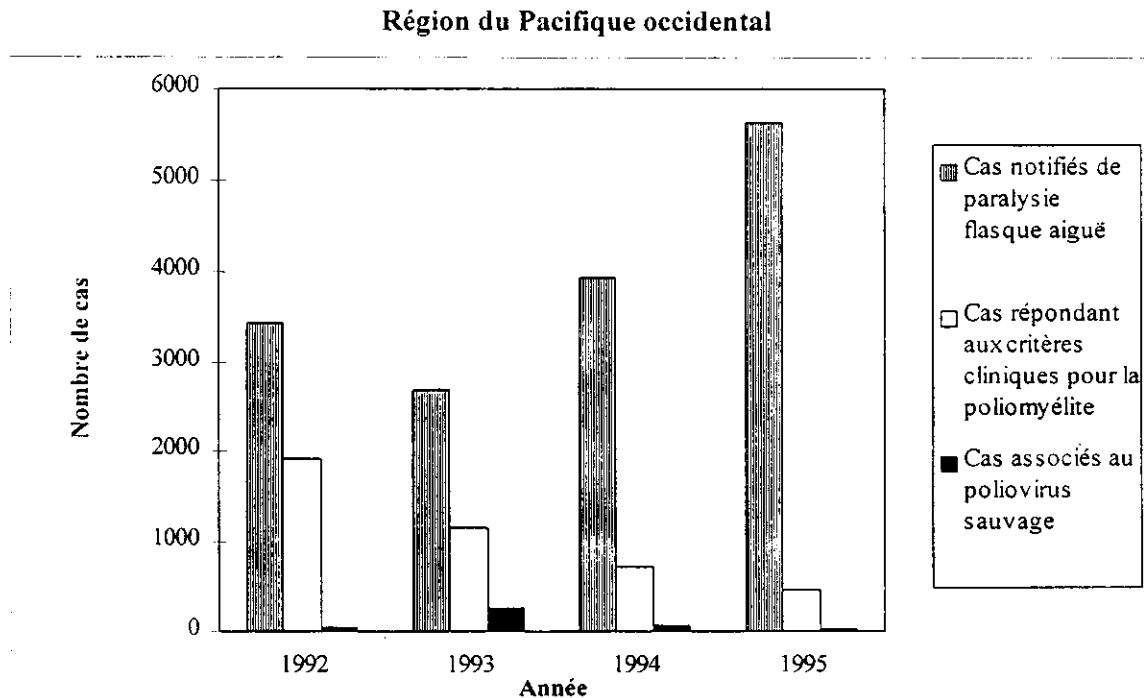
*** diphtérie, tétanos, coqueluche

Figure 2. Répartition géographique des cas* de poliomyélite en 1995 et en 1990
Région du Pacifique occidental



*cas répondant aux critères cliniques pour la poliomyélite (y compris les cas confirmés par test virologique)

Figure 3. Cas notifiés de paralysie flasque aiguë, cas répondant aux critères cliniques pour la poliomyélite et cas associés au poliovirus sauvage, 1992–1995

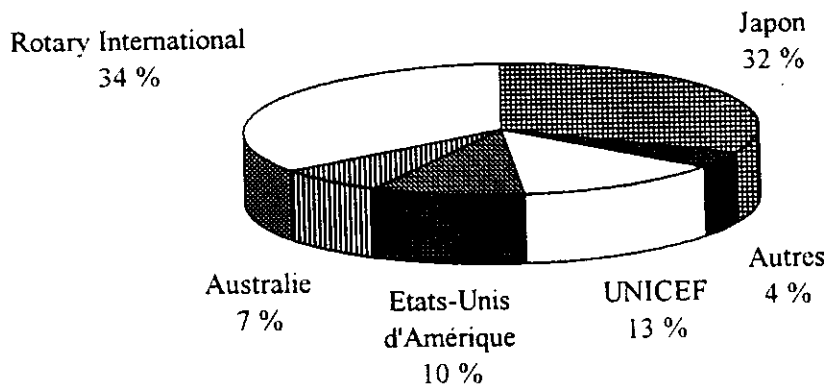


Source des données : Système de surveillance de la PFA du Bureau régional au 1er juillet 1996

Figure 4. Appui financier des partenaires pour l'achat de vaccins antipoliomyélitique oral, 1992–1996

Région du Pacifique occidental

Total : US\$ 32,2 millions



Données au 20 juin 1996 ; comprend les fonds reçus ainsi que les fonds engagés.