

**WORLD HEALTH  
ORGANIZATION**



*WHO/WPRO LIBRARY  
Manila Philippines*

**ORGANISATION MONDIALE  
DE LA SANTÉ**

**REGIONAL OFFICE FOR THE WESTERN PACIFIC  
BUREAU RÉGIONAL DU PACIFIQUE OCCIDENTAL**

**COMITE REGIONAL**

**WPR/RC43/6**

**Quarante-troisième session  
Hong Kong  
7-11 septembre 1992**

**7 juillet 1992**

**ORIGINAL : ANGLAIS**

**Point 10 de l'ordre du jour provisoire**

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

En 1988, lorsque le Comité régional a décidé que les efforts les plus radicaux devaient être mis en oeuvre pour éradiquer la poliomyélite d'ici à 1995, il a prié le Directeur régional de faire rapport sur les progrès réalisés au Comité régional en 1990 (résolution WPR/RC39.R15). En 1990, alors que s'intensifiaient les efforts des Etats Membres, de l'OMS et d'autres partenaires, le Comité a prié le Directeur régional de faire rapport chaque année sur les progrès accomplis (résolution WPR/RC41.R5). Dans ce second rapport annuel sur l'éradication de la poliomyélite dans la Région, les indicateurs épidémiologiques et opérationnels utilisés sont parvenus de six pays de la Région dans lesquels la poliomyélite est encore endémique. Le nombre de notifications de poliomyélite en 1991 était de 2611 cas, moins de la moitié du nombre notifié en 1990 (5963 cas), et tous les pays ont perfectionné leur système de surveillance bien que les données ne soient pas encore complètement fiables. En dépit de ces progrès encourageants, on n'a cependant pas pu s'assurer d'un approvisionnement suffisant en vaccin antipoliomyélitique.

## **1. INTRODUCTION**

Afin d'élaborer les stratégies nécessaires à l'éradication et leur soutien technique, le Directeur régional a constitué un groupe de travail sur l'éradication de la poliomyélite au Bureau régional et un groupe consultatif technique pour le PEV et l'éradication de la poliomyélite. Il leur a demandé que soient élaborés des plans d'action régionaux et nationaux pour la période comprise entre 1991 et 1995. Le plan d'action régional est fondé sur une analyse approfondie de l'épidémiologie, de l'infrastructure, de la logistique et du financement dans les pays et territoires de la Région.

A la première réunion du Groupe consultatif technique à Tokyo (Japon) du 3 au 5 avril 1991, le plan d'action régional pour l'éradication de la poliomyélite a été finalisé et approuvé.

Lors de sa seconde réunion, à Cebu (Philippines) du 12 au 14 décembre 1991, le Groupe a été informé des impressionnants progrès réalisés par les six pays dans lesquels la poliomyélite est endémique, particulièrement en termes de baisse d'incidence et d'amélioration de la surveillance. La pénurie de vaccin destiné à des activités vaccinales complémentaires a également fait l'objet de discussions lors de cette réunion. Le Groupe a appelé à des efforts supplémentaires pour mobiliser davantage de fonds pour l'achat de vaccin antipoliomyélitique.

Au cours des 12 derniers mois, quatre pays ont démarré des activités vaccinales complémentaires sur une grande échelle, un réseau de laboratoire régional sur la poliomyélite a été créé, et cinq pays ont animé des cours de formation en matière d'éradication de cette maladie.

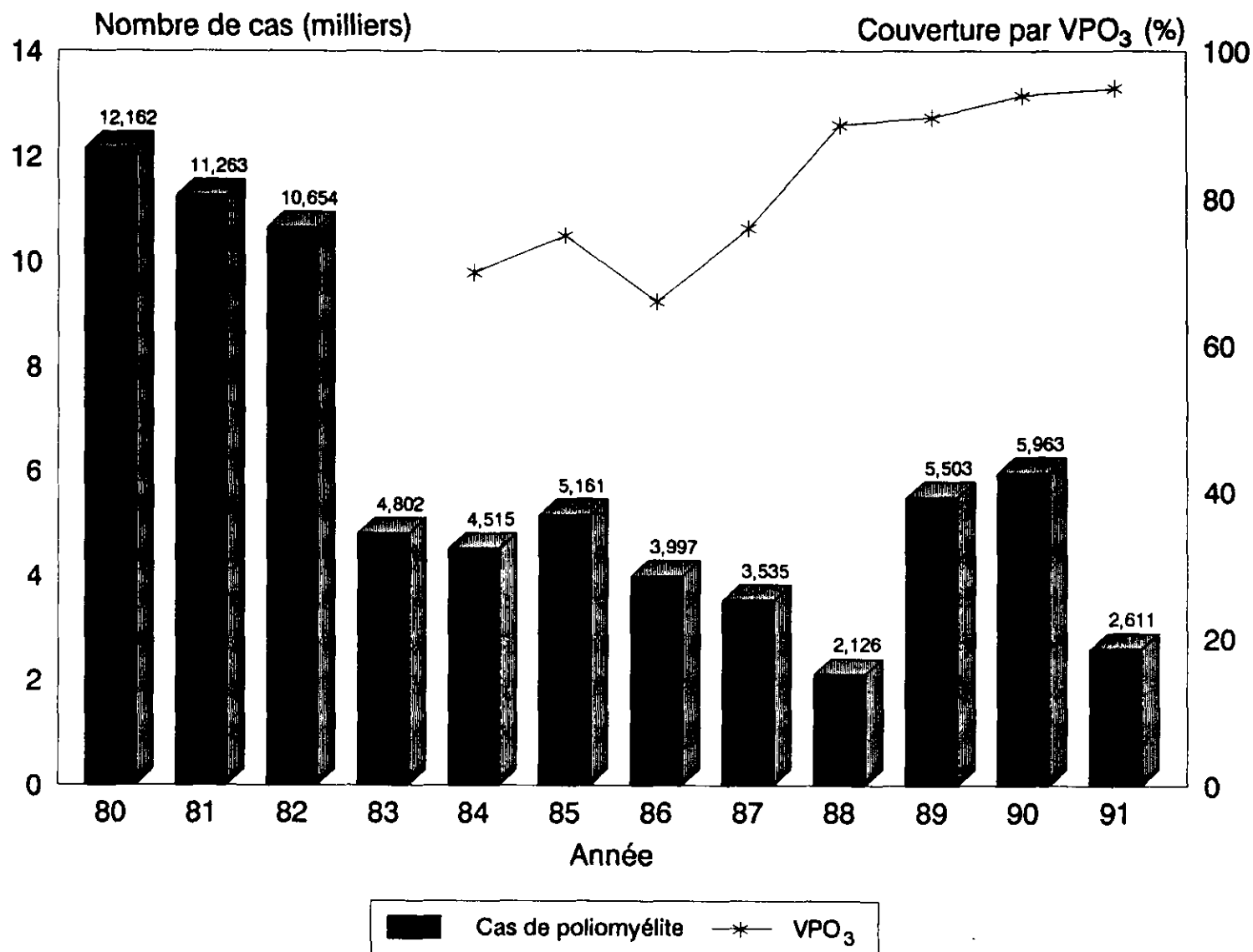
Les pages qui suivent donnent une information plus détaillée sur la situation actuelle de l'éradication de la poliomyélite dans la Région et sur les activités entreprises au cours de l'année passée.

## **2. SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE ACTUELLE**

### **2.1 Incidence de la morbidité**

Les efforts déployés dans le cadre du Programme élargi de vaccination se sont traduits par la diminution du nombre de pays ayant déclaré des cas de poliomyélite, de 12 en 1980 à 5 en 1992, à savoir le Cambodge, la Chine, les Philippines, la République démocratique populaire lao et le Viet Nam. Entre 1980 et 1988, le nombre des cas de poliomyélite notifiés dans la Région a peu à peu régressé, passant de 12 162 à 2126 cas, mais la tendance s'est trouvée brutalement inversée en 1989, avec 5503 cas (voir figure 1). Cette augmentation s'explique par la situation qui régnait en Chine où, en dépit de taux de couverture vaccinale déclarés supérieurs à 90 %, d'importantes flambées de la maladie se sont produites en plusieurs endroits et où le nombre de cas est passé de 667 en 1988 à 4623 en 1989, et à 5065 en 1990. Les chiffres concernant l'incidence de la poliomyélite varient beaucoup selon la province considérée. Dans leur immense majorité, les cas se sont produits dans les provinces les plus peuplées du sud-est.

Figure 1. Cas de poliomyélite et couverture par VPO<sub>3</sub> dans la Région du Pacifique occidental, 1980-1991



Pour l'année 1991, le nombre total de cas de poliomyélite notifiés dans la Région au 15 juin 1992, était de 2611, progrès considérable par rapport au niveau de 1990 (5963 cas), grâce essentiellement à de meilleures activités d'éradication en Chine. Tous les autres pays, sauf le Cambodge, ont enregistré un déclin comparable. La Papouasie-Nouvelle-Guinée n'a notifié aucun cas de poliomyélite pour la première fois (voir tableau 1 ci-dessous), bien que le système de notification ne soit pas encore entièrement au point et que les données ne soient pas disponibles pour toutes les zones du pays. Le nombre des cas diminue dans la Région et le nombre des zones administratives dans lesquelles se fait une transmission de poliovirus sauvage diminue en Papouasie-Nouvelle-Guinée, aux Philippines et en République démocratique populaire lao, mais la transmission de poliovirus est répandue épidémiologiquement en Chine et au Viet Nam ; toutes les provinces de Chine et 39 des 44 provinces du Viet Nam ont notifié des cas en 1991. En Chine, plus de 90 % des cas étaient âgés de 0 à 47 mois et 80 % d'entre eux étaient soit partiellement immunisés soit pas du tout immunisés. Au Cambodge, l'ampleur de la transmission du poliovirus n'est pas encore connue, mais on espère que cette information sera disponible en 1993.

Tableau 1. Notification des cas de poliomyélite, par pays et par province

Pays	Nombre de cas en 1990	Nombre de cas en 1991	Nombre de provinces ou de régions		
			Nombre total	Provinces notifiant des cas en 1991	%
Cambodge	63	84	21	12	57
Chine	5065	1917	30	30	100
Papouasie-Nouvelle-Guinée	9	0	20	0	0
Philippines	85	11	14	4	29
RPD lao	18	2	17	1	6
Viet Nam	723	597	44	39	89
<b>Total Région OMS</b>	<b>5963</b>	<b>2611</b>			

## 2.2 Couverture vaccinale

2.2.1 La couverture des enfants de moins d'un an grâce aux six antigènes du PEV est aujourd'hui de 90 % dans la Région dans son ensemble. Cependant, il existe des zones de couverture beaucoup plus basse au sein de pays de la Région, et le Cambodge, la Papouasie-Nouvelle-Guinée et la République démocratique populaire lao n'ont pas encore atteint 80 % (voir tableau 2 ci-dessous). Pour la Région dans son ensemble, la couverture des femmes enceintes par anatoxine tétanique est inférieure à 10 %.

**Tableau 2. Couverture vaccinale par les antigènes du PEV dans les pays d'endémie de poliomyélite en 1991 pour les enfants de 0 à 11 mois et par anatoxine tétanique pour les femmes enceintes**

Pays	BCG %	DTC <sub>1</sub> %	DTC <sub>3</sub> %	VPO <sub>1</sub> %	VPO <sub>3</sub> %	Rougeole %	TT <sub>2</sub> +* %
Cambodge	55	54	38	55	39	38	
Chine	96		95		96	96	
Papouasie-Nouvelle-Guinée-	84	86	64	87	64	63	77
Philippines	96		89		89	88	52
RDP lao	34	31	22	32	22	47	13
Viet Nam	87		81		81	83	16
<b>Total Région OMS</b>	<b>93</b>		<b>92</b>		<b>92</b>	<b>91</b>	<b>7</b>

\* Couverture vaccinale des femmes enceintes par au moins 2 doses d'anatoxine tétanique (TT<sub>2</sub>, TT<sub>3</sub>, TT<sub>4</sub> ou TT<sub>5</sub>).

Les blancs indiquent que les données ne sont pas disponibles.

2.2.2 Des journées nationales de vaccination contre la poliomyélite, comme elles ont lieu avec succès dans d'autres parties du monde, n'ont pas encore eu lieu dans cette Région, bien que les Philippines aient l'intention d'en organiser en 1993. Des journées de vaccination au niveau infra-national ont eu lieu dans certaines zones de Chine, de République démocratique populaire lao et du Viet Nam.

### 3. ACTIVITES DU PROGRAMME

#### 3.1 Niveau régional

##### 3.1.1 Groupe de travail régional sur l'éradication de la poliomyélite

Ce groupe de travail a été créé en septembre 1990 pour coordonner les activités particulières nécessaires à l'accélération des efforts d'éradication de la poliomyélite.

##### 3.1.2 Groupe consultatif technique pour le Programme élargi de vaccination et l'éradication de la poliomyélite

Ce Groupe consultatif technique se compose de six experts internationalement renommés en matière de santé publique et de vaccination.

Lors de sa seconde réunion, à Cebu (Philippines), du 12 au 14 décembre 1991, le Groupe a été rejoint par des partenaires-clés : les administrateurs des programmes de vaccination des six pays d'endémie de poliomyélite et de trois pays indemnes de poliomyélite de la Région, ainsi que des représentants d'organisations multilatérales, bilatérales, gouvernementales et non gouvernementales prenant part aux activités de vaccination et d'éradication de la poliomyélite.

Des directives de renforcement des systèmes de surveillance de la poliomyélite ont été présentées, sur le fondement de la notification immédiate de paralysie flasque et de la notification hebdomadaire de l'incidence, et de l'utilisation d'indicateurs de surveillance comme le caractère complet et à jour des rapports de notification. Les pays d'endémie de poliomyélite ont été priés d'utiliser ces indicateurs et de soumettre leurs rapports à la troisième réunion du Groupe consultatif technique, qui se tiendra à Beijing (Chine) du 19 au 23 octobre 1992.

De plus, les stratégies vaccinales pour l'éradication de la poliomyélite, y compris les journées nationales de vaccination, les journées de vaccination infra-nationales et les opérations de vaccination ponctuelle en cas de flambée épidémique, ont fait l'objet de discussions. On a insisté sur le fait que tout signalement de paralysie flasque devrait être suivi d'une action immédiate sous la forme d'investigation et de vaccination pour juguler la flambée. Les pays que l'on considère comme indemnes de poliomyélite ont reçu des directives pour élaborer des plans leur permettant de s'assurer du maintien de leur situation indemne.

La pénurie de vaccin antipoliomyélitique oral pour les activités complémentaires de vaccination, l'obstacle le plus important, a été étudié.

Le Groupe consultatif technique a souligné que des compromis sur les groupes d'âge cibles et l'étendue des activités vaccinales complémentaires à cause d'un manque de ressources pourraient remettre en question le succès de l'initiative d'éradication.

### 3.1.3 Comité régional de coordination interagences

Le Comité est composé de membres appartenant à des institutions prenant part au Programme élargi de vaccination et d'éradication de la poliomyélite, parmi lesquels la BAD, la JICA, l'OMS, le *Rotary International*, l'UNICEF et l'USAID. Lors de sa première réunion, qui s'est tenue à Cebu (Philippines) le 14 décembre 1991, il a discuté du manque de fonds pour les vaccins et de la coordination de leurs activités respectives. Le Comité a souligné l'importance d'établir des comités de coordination interagences actifs au niveau national dans tous les pays d'endémie de poliomyélite. Il a été recommandé que d'autres discussions aient lieu afin d'identifier des sources de vaccin supplémentaires.

### 3.1.4 Système régional de surveillance de la poliomyélite

Un système hebdomadaire de notification au Bureau régional sur la poliomyélite dans les pays d'endémie a été lancé en février 1991, et au cours de cette année, de meilleures données ont pu être obtenues plus rapidement. Ce système a été révisé en mars 1992, et inclut à présent un numéro d'identification pour chaque nouvelle notification de cas de paralysie flasque de moins de 15 ans, pour faciliter la surveillance de l'investigation des cas et la classification de chaque cas (confirmé ou non retenu). De plus, un système normalisé d'enregistrement linéaire pour chaque cas a été lancé. Les pays sont également priés de préciser le caractère complet et à jour des rapports au niveau infra-national. Les pays recevront une information sous la forme de trois tableaux détaillant le cumul des cas notifiés de paralysie flasque, les cas faisant toujours l'objet d'une investigation et le cumul des cas de poliomyélite confirmés.

La plupart des pays fournissent régulièrement leurs rapports au Bureau régional. Un système informatisé sur les cas de poliomyélite dans la Région est en cours d'élaboration.

### 3.1.5 Réseau régional de laboratoires

De grands progrès ont été réalisés dans le cadre de la création d'un réseau régional de laboratoires sur la poliomyélite. L'Hôpital Fairfield à Victoria (Australie) et l'Institut national de la Santé à Tokyo (Japon) ont été officiellement désignés comme laboratoires de référence régionaux. Des isolats ont été envoyés des laboratoires nationaux aux Philippines et au Viet Nam au laboratoire de référence régional au Japon, et le laboratoire australien a envoyé des lignées cellulaires aux laboratoires nationaux. Des accords de service technique ont été signés par ces deux institutions et l'OMS. Ces laboratoires régionaux de référence soutiendront les laboratoires nationaux et prendront en charge les activités de différenciation entre le virus sauvage et le virus vaccinal. Cinq laboratoires nationaux ont été officiellement désignés et ont signé des accords de service technique avec l'OMS. Il s'agit de l'Institut de Virologie, de l'Académie chinoise de Médecine préventive à Beijing, de l'Institut de Recherche médicale de Goroka (Papouasie-Nouvelle-Guinée), de l'Institut de Recherche en Médecine tropicale à Manille (Philippines), du Laboratoire des Entérovirus de l'Institut national d'Hygiène et d'Epidémiologie à Hanoi (Viet Nam) et du Laboratoire des Entérovirus de l'Institut Pasteur à Ho Chi Minh Ville. Ces instituts seront responsables de l'isolement et de l'identification des virus. Les spécimens provenant du Cambodge seront testés à l'Institut Pasteur de Ho Chi Minh Ville, et ceux en provenance de République démocratique populaire lao seront testés à l'Institut national de la Santé à Bangkok (Thaïlande).

Une réunion des responsables du réseau de laboratoires s'est tenue au Bureau régional en décembre 1991, qui a vu la présence des responsables de laboratoires de référence régionaux en Australie et au Japon, et des représentants des *Centers for Disease Control* des Etats-Unis d'Amérique.

## 3.2 Niveau national

### 3.2.1 Pays d'endémie

Entre décembre 1990 et mai 1991, les plans d'action nationaux en matière d'éradication de la poliomyélite ont été révisés en Chine, en Papouasie-Nouvelle-Guinée, aux Philippines, en République démocratique populaire lao et au Viet Nam. A la suite de ces révisions, des efforts ont été consentis pour améliorer la surveillance, y compris le soutien en laboratoire, et pour mener des activités vaccinales complémentaires de façon plus vigoureuse.

Toutes les provinces de la Chine ont notifié des cas de poliomyélite en 1991. Des investigations virologiques ont été menées dans 36 % des cas notifiés de paralysie flasque. Sur les cas confirmés, 74 % ont fait l'objet d'un prélèvement d'échantillons de selles pour un diagnostic en laboratoire. On a néanmoins noté un taux d'isolement viral peu élevé (11 %), qui résulte probablement en partie des retards accumulés dans l'obtention et dans le transport des spécimens. Les activités de vaccination en réponse aux flambées, sur une large échelle en 1991, ont eu pour résultat la baisse du nombre de cas de plus de 50 %, de 5065 en 1990 à 1917 en 1991.

Le Viet Nam a notifié des cas de poliomyélite dans 39 de ses 44 provinces ; 39 % des cas confirmés ont fait l'objet d'un prélèvement d'échantillons de selles, et le taux d'isolement de virus était de 63 % (voir le tableau 3 ci-dessous). Des journées de vaccination infra-nationales ont eu lieu dans certaines provinces en décembre 1991 et mai 1992.

**Tableau 3. Etat des investigations des cas de poliomyélite confirmés, de janvier 1991 à mars 1992**

Pays	Cas confirmés		Echantillons prélevés		Virus isolés	
	1991	1992	1991	1992	1991	1992
Cambodge	84		0		0	
Chine	1047*		770 (74 %)		84 (11 %)	
Papouasie-Nouvelle-Guinée	0		0		0	
Philippines	11	2	0	2(100 %)	0	2 (100 %)
RDP lao	2	0		0	0	0
Viet Nam	597	94	232 (39 %)	10 (11 %)	146 (63 %)	1 (10 %)

En 1991, seuls la Chine et le Viet Nam pratiquaient la confirmation virologique des cas. En 1992, les Philippines ont confirmé quatre cas par test virologique et la République démocratique populaire lao a commencé à envoyer des spécimens pour investigation.

\* jusqu'à octobre 1991

Les blancs indiquent que les données ne sont pas disponibles.

Aux Philippines, de nouveaux sites de notification ont été mis en place et on a pu effectuer avec succès des opérations d'isolement du virus de la poliomyélite au Laboratoire national pour la première fois. Des activités de vaccination en cours de flambée ont eu lieu à Manille en réponse à des cas confirmés de poliomyélite. Des journées nationales de vaccination auront lieu en 1993.

En République démocratique populaire lao, la surveillance active de la poliomyélite est faite dans la municipalité de Vientiane et sera élargie à 12 provinces supplémentaires en 1992. Des journées de vaccination infra-nationales ont eu lieu dans 24 districts en décembre 1991 et janvier 1992, à la suite de la réunion nationale sur l'éradication de la poliomyélite, qui s'est tenue le 27 novembre 1991. Au cours de ces journées de vaccination, un vaccin antipoliomyélitique oral et un vaccin antirougeoleux ont été administrés. Une journée nationale de vaccination est prévue pour 1992. Deux cas seulement de poliomyélite ont été notifiés en 1991.

La Papouasie-Nouvelle-Guinée a notifié zéro cas de poliomyélite pour l'année 1991, à la suite de l'investigation de tous les cas de paralysie flasque signalés. Le système de surveillance n'est toujours pas bien développé, cependant, et ne couvre pas toutes les régions du pays. Davantage d'efforts sont nécessaires pour s'assurer qu'aucun cas de poliomyélite n'échappe au système de surveillance dans ce pays.



Au Cambodge, on a discuté avec les autorités nationales de l'amélioration du système de surveillance, et l'on escompte des progrès en 1992.

### 3.2.2 Pays indemnes

Des directives pour la préparation de plans d'action dans les pays indemnes de poliomyélite ont été présentées lors de la deuxième réunion du Groupe consultatif technique. La nécessité de renforcer les systèmes de surveillance pour la notification et l'investigation des cas de paralysie flasque afin de maintenir leur statut de pays indemnes a été soulignée. Ces directives seront également présentées aux administrateurs du PEV dans les pays insulaires du Pacifique sud, lors d'une réunion qui se tiendra à Suva en août 1992.

### 3.2.3 Intégration des initiatives de réduction de la maladie au Programme élargi de vaccination.

L'éradication de la poliomyélite agit comme catalyseur pour les autres initiatives de réduction de la maladie, à savoir l'élimination du tétanos néonatal et la lutte contre la rougeole. Dans la situation actuelle, la priorité est réservée au renforcement des systèmes de surveillance pour la paralysie flasque et à l'intégration d'autres maladies au système, une fois qu'il sera opérationnel. Des activités supplémentaires de vaccination pour la poliomyélite peuvent également être mises à profit pour effectuer la vaccination par anatoxine tétanique et par vaccin antirougeoleux là où l'approvisionnement, la chaîne du froid et la logistique sont suffisants.

## 3.3 Appui logistique

### 3.3.1 Production et approvisionnement en vaccin

L'importance de l'entretien d'un approvisionnement suffisant en vaccin, conforme aux directives de l'OMS est soulignée dans la résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé WHA45.17 (jointe en annexe) adoptée en mai 1992.

Le vaccin poliomyélitique oral trivalent est toujours le vaccin recommandé pour l'initiative d'éradication de la poliomyélite. Les difficultés que rencontre l'approvisionnement en vaccin demeurent l'obstacle principal aux progrès de l'éradication, empêchant la mise en oeuvre de certaines des stratégies-clés. Les vaccins du Programme élargi de vaccination et de l'éradication de la poliomyélite sont toujours fournis principalement par quelques institutions donatrices pour la plupart des pays en développement de la Région. La Chine et le Viet Nam continuent de produire des vaccins antipoliomyélitiques qui ne se conforment pas aux directives actuelles de l'OMS, bien que ces deux pays aient également utilisé certains vaccins antipoliomyélitiques importés. Une équipe d'experts, formée par l'OMS, a visité ces deux pays en juin 1992 afin d'examiner la production de vaccin antipoliomyélitique et l'assurance de la qualité et d'étudier le potentiel d'amélioration des quantités et de la qualité des vaccins produits localement. Cette équipe a également examiné la possibilité d'importer des vaccins antipoliomyélitiques en gros et de les mélanger et de les conditionner localement au lieu d'importer les vaccins en ampoules.

### 3.3.2 Chaîne du froid et logistique

La chaîne du froid et la logistique demeurent une priorité importante pour tous les pays et les institutions donatrices. Les progrès réalisés par la chaîne du froid et en matière de manutention des vaccins au cours des récentes années ont été maintenus. Cependant, les ressources limitées consacrées à l'entretien, à la réparation et au remplacement des équipements peut mener à des pannes à l'avenir.

Pour assurer leur succès, il est essentiel, à l'avance, de détailler la planification de la chaîne du froid et de la logistique pour les activités de vaccination en cas de flambées comme pour les journées de vaccination. Ces plans doivent comprendre des entrepôts assez importants pour stocker de grandes quantités de vaccin, et un nombre suffisant de porte-vaccins et de glacières pour les équipes effectuant du porte-à-porte. Les pays ont commencé à réunir des sous-comités pour organiser les journées de vaccination et pour administrer la chaîne du froid et la logistique, mais il est encore trop tôt pour évaluer leur efficacité. Il n'est ni réalisable ni nécessaire de faire l'acquisition de nouveaux équipements de chaîne du froid pour tous les besoins des journées de vaccination : la plupart des équipements nécessaires peuvent être fournis par la mobilisation d'équipements déjà disponibles grâce à une meilleure planification.

La logistique s'est améliorée, et de nombreux pays gèrent à présent en routine leurs stocks aux niveaux central et régional.

### **3.4 Formation**

Des cours de formation en lutte antipoliomyélitique, aux niveaux national et infra-national ont eu lieu en Chine, aux Philippines, en Papouasie-Nouvelle-Guinée, en République démocratique populaire lao et au Viet Nam. Un atelier portant sur la planification provinciale, comprenant le renforcement de la surveillance de la maladie, a eu lieu au Cambodge en janvier 1992.

### **3.5 Evaluation**

Une revue des activités d'éradication de la poliomyélite a eu lieu dans la Région autonome de Guanxi (Chine) en septembre 1991, et une revue complète du Programme élargi de vaccination a eu lieu au Viet Nam en mai 1992.

### **3.6 Ressources nécessaires**

La majorité des ressources du Programme élargi de vaccination et de l'éradication de la poliomyélite continuent de provenir des pays eux-mêmes. Cependant, un soutien est toujours nécessaire de la part de donateurs internationaux comme l'ACD, l'AIDAB, la FINNIDA, la JICA, le *Rotary International*, *Save the Children Fund*, l'UNICEF et l'USAID, en plus de l'OMS. Leur constant soutien et l'importante contribution qu'ils ont faite aux progrès enregistrés jusqu'à présent sont reçus avec grande gratitude.

L'estimation des besoins budgétaires du Programme élargi de vaccination et de l'initiative d'éradication de la poliomyélite, de 1992 à 1995, a été mise à jour sur la base des révisions apportées aux plans nationaux et des augmentations de prix, et ont fait l'objet de discussions lors de la seconde réunion du Groupe consultatif technique à Cebu (Philippines). Les besoins budgétaires ont sensiblement augmenté lorsqu'on y a inclus l'augmentation supérieure à 25 %, du coût des vaccins antipoliomyélitiques. Les estimations continueront d'être affinées, au fur et à mesure que les plans nationaux budgétisés seront préparés ou révisés.

### **3.7 Difficultés**

De grandes quantités de vaccins antipoliomyélitiques supplémentaires sont nécessaires, en particulier pour les activités de vaccination complémentaires. A présent, tous les donateurs traditionnels n'ont pas offert de ressources pour assurer un approvisionnement suffisant en vaccin. En dépit d'un niveau élevé d'engagement, des pays comme la Chine, les Philippines et le Viet Nam ne disposent pas de quantités suffisantes de vaccin pour satisfaire

à la demande actuelle et future dans le cadre de l'éradication de la poliomyélite. En plus des vaccins, d'autres ressources, y compris les personnels qualifiés requis pour améliorer les activités de surveillance et mener les activités de vaccination, sont peu nombreuses.

L'instabilité politique a rendu certaines parties de certains pays d'endémie inaccessibles pour les services de vaccination et a gêné les progrès de tous les éléments des soins de santé primaires.

#### 4. PERSPECTIVES

Le but de l'éradication d'ici à 1995 est réalisable, pourvu que des ressources adéquates soient disponibles. Si le rythme impressionnant des progrès réalisés depuis 1990 se maintient, des réductions encore plus importantes du nombre de cas et de l'étendue géographique des zones affectées peuvent être atteintes entre aujourd'hui et 1995. Déjà, la Papouasie-Nouvelle-Guinée n'a notifié aucun cas pour 1991, bien que quelques nouveaux cas puissent encore être notifiés. Au cours des deux prochaines années, avec un soutien suffisant, les Philippines peuvent également attendre zéro cas. Les zones notifiant des cas en Chine, en République démocratique populaire lao et au Viet Nam peuvent être grandement réduites. Au Cambodge, on pense que le système de surveillance de la poliomyélite peut être mis en place et que l'investigation des flambées et la lutte pourront débuter en 1993. Des systèmes informatisés de surveillance de la poliomyélite sont en cours d'élaboration et devraient être opérationnels dans tous les pays d'endémie d'ici la fin de 1993. Après les activités de préparation et de démarrage de 1992, 1993 sera une année cruciale pour l'atteinte des buts de 1995. On devrait noter des améliorations de la mise en oeuvre des stratégies d'éradication, basées sur l'expérience et les résultats des évaluations. Grâce à la mise en place de meilleurs systèmes de surveillance et de notification, les indicateurs seront utilisés de façon plus large pour surveiller et comparer les programmes, ce qui devra amener encore davantage de progrès. Le réseau régional de laboratoires sera bientôt totalement opérationnel, les laboratoires nationaux et régionaux entrant de façon très efficace en interaction.

Les réunions du Groupe consultatif technique continueront à fournir la possibilité de revoir et de surveiller des progrès réalisés par le Programme élargi de vaccination et l'éradication de la poliomyélite, et à formuler des recommandations en matière de directives et de politiques au niveau régional. L'accent du travail de ce Groupe continuera de porter sur des solutions pratiques et facilement mises en oeuvre pour les problèmes opérationnels.

Les progrès réalisés sur la voie de l'éradication de la poliomyélite renforceront grandement d'autres initiatives de réduction de maladies. Par exemple, les systèmes de surveillance, aujourd'hui élargis et améliorés dans tous les pays d'endémie de poliomyélite, peuvent aussi être utilisés pour d'autres maladies. Un pays a déjà ajouté le tétanos néonatal à son système de notification de la poliomyélite. D'autres devraient suivre, y ajoutant le tétanos néonatal, entre autres. Les zones notifiant des cas de poliomyélite seront la cible de vaccinations supplémentaires pour les tous antigènes du Programme élargi de vaccination, et cela réduira le nombre des zones où la couverture est médiocre.

Finalement, il faut souligner que la pénurie de vaccins pour les activités de vaccination complémentaires demeure le plus grand obstacle à la réalisation de l'éradication de la poliomyélite d'ici à 1995.





世界衛生大會 決議

مؤتمرات الجمعية العالمية

RESOLUTION OF THE WORLD HEALTH ASSEMBLY  
RÉSOLUTION DE L'ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ  
РЕЗОЛЮЦИЯ ВСЕМИРНОЙ АССАМБЛЕИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
RESOLUCION DE LA ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

## QUARANTE-CINQUIÈME ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ

WHA45.17

Point 18 de l'ordre du jour

13 mai 1992

### VACCINATION ET QUALITÉ DES VACCINS

La Quarante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé,

Notant le rapport du Directeur général sur le programme élargi de vaccination, notamment les buts et les cibles opérationnelles fixés pour les années 90, et le rapport sur la qualité des vaccins;<sup>1</sup>

Félicitant les Etats Membres d'avoir réussi à atteindre une couverture de 80 % des enfants de moins d'un an dans le monde et à éviter ainsi chaque année environ 3,2 millions de décès d'enfants par rougeole, tétanos néonatal et coqueluche dans les pays en développement, et plus de 400 000 cas de poliomyélite paralytique;

Approuvant à l'éradication virtuellement réalisée de la poliomyélite dans la Région des Amériques et aux efforts vigoureux déployés dans cette Région pour éliminer le tétanos néonatal et faire régresser ou éliminer la rougeole;

Rappelant les résolutions WHA41.28, WHA42.32 et WHA44.33 et la Déclaration mondiale en faveur de la survie, de la protection et du développement de l'enfant, qui fixent comme objectifs pour les années 90 une couverture vaccinale de 90 %, la réduction massive des cas de rougeole et des décès dus à cette maladie en attendant son éradication, l'élimination du tétanos néonatal et l'éradication de la poliomyélite;

Rappelant la résolution WHA35.31, qui demande instamment aux Etats Membres de prendre des mesures pour que ne soient utilisés que des vaccins conformes aux normes de l'OMS, et la résolution WHA42.32 approuvant le plan d'action pour l'éradication mondiale de la poliomyélite, lequel préconise une utilisation universelle d'ici à la fin de 1990 de vaccins antipoliomyélitiques conformes aux normes de l'OMS;

Consciente de la nécessité d'obtenir davantage de vaccins et des obstacles à la fourniture et à l'achat de quantités suffisantes de vaccins de qualité, qui augmentent la dépendance à l'égard de la production locale et qui obligent à dépenser des fonds supplémentaires pour l'achat de vaccins, en particulier pour la fourniture de vaccins antipoliomyélitiques;

<sup>1</sup> Document A45/8.

**Annexe**

**WHA45.17**

**Page 2**

Sachant que le Groupe consultatif mondial a défini des cibles opérationnelles pour l'introduction du vaccin anti-hépatite B dans les programmes de vaccination et que ces cibles sont conformes aux recommandations de la Conférence internationale sur la lutte contre l'hépatite B dans les pays en développement tenue à Yaoundé en octobre 1991;

Reconnaissant que, pour atteindre les buts et les cibles fixés pour les années 90, il est essentiel de mettre en oeuvre les stratégies recommandées du programme élargi de vaccination et de mobiliser dans les meilleurs délais un soutien financier et technique accru aux niveaux national, régional et mondial;

1. FAIT SIENS les buts et les cibles opérationnelles pour les années 90 énoncés dans le rapport du Directeur général sur le programme élargi de vaccination, ainsi que le plan d'assurance de la qualité des vaccins, y compris les mesures prévues pour créer ou renforcer des organismes nationaux de contrôle dans les Etats Membres;
2. APPRECIE le soutien apporté par l'UNICEF et d'autres organisations du système des Nations Unies, des organismes intergouvernementaux, ainsi que des organisations gouvernementales et non gouvernementales, notamment Rotary International, et par les personnes qui oeuvrent ensemble, en particulier dans les pays les moins avancés, à l'instauration d'un monde exempt de maladies évitables par la vaccination;
3. ENGAGE VIVEMENT les Etats Membres :
  - 1) à accélérer leurs activités et à mobiliser toutes les ressources nécessaires pour atteindre les buts et les cibles opérationnelles de la vaccination pour les années 90 de manière à renforcer les soins de santé primaires et en donnant à cet effort un rang de priorité élevé dans leurs plans de santé;
  - 2) à n'utiliser dans leurs programmes de vaccination que des vaccins conformes aux normes de l'OMS et à faire figurer cette exigence dans leurs plans de vaccination;
  - 3) à assurer le bon fonctionnement de la chaîne du froid et du système logistique pour maintenir l'activité des vaccins jusqu'au moment de leur utilisation;
  - 4) à renforcer le système de surveillance épidémiologique des maladies cibles du PEV et d'autres maladies hautement prioritaires;
  - 5) à intégrer de nouveaux vaccins d'un bon rapport coût/efficacité, tel que le vaccin anti-hépatite B, aux programmes nationaux de vaccination dans les pays où cela est possible;
4. INVITE les organisations du système des Nations Unies, les autres organismes intergouvernementaux et les organisations gouvernementales et non gouvernementales à soutenir la réalisation des buts et des cibles opérationnelles de la vaccination pour les années 90, à promouvoir les efforts visant à faire utiliser partout des vaccins conformes aux normes de l'OMS, et à prendre part avec les donateurs à des initiatives destinées à obtenir le soutien financier accru qui est requis pour satisfaire les besoins actuels et futurs en vaccins;
5. PRIE le Directeur général :
  - 1) de prendre les mesures qui s'imposent pour atteindre les buts et les cibles du programme élargi de vaccination dans les années 90;
  - 2) de commencer, pour assurer la qualité des vaccins utilisés aux fins du programme élargi de vaccination, par recueillir auprès des autorités nationales des pays producteurs de vaccins des renseignements sur l'application des principes directeurs recommandés à l'intention des organismes de réglementation par le Comité OMS d'experts de la Standardisation biologique;

- 3) de recueillir des renseignements auprès des pays importateurs de vaccins en vrac ou sous conditionnement définitif pour déterminer si l'autorité nationale a bien homologué ces vaccins et agréé leurs fabricants, attestant ainsi qu'ils sont conformes aux normes du pays et de l'OMS relatives aux procédures de fabrication et de contrôle visant à assurer la qualité des vaccins;
- 4) de continuer à susciter un vaste engagement et à mobiliser un soutien, y compris un financement auprès de sources multiples, pour l'achat des vaccins et l'assurance de leur qualité;
- 5) de renforcer les mécanismes financiers qui permettraient d'intégrer de nouveaux vaccins d'un bon rapport coût/efficacité aux programmes nationaux de vaccination;
- 6) de tenir l'Assemblée de la Santé informée, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, des progrès accomplis dans la réalisation des buts et des cibles de la vaccination pour les années 90, et des mesures prises pour fournir des quantités de vaccins antipoliomyélitiques permettant d'exécuter le plan d'action pour l'éradication mondiale de la poliomyélite et pour mettre en place dans les pays l'infrastructure nécessaire à l'assurance de la qualité de l'anatoxine tétanique et des vaccins antipoliomyélitiques.

Douzième séance plénière, 13 mai 1992  
A45/VR/12

= = =