

La Lettre Du Défi Polio

Dr BERNIER
Rotary Carcassonne
Bastide
TÉLÉPHONE :
06 86 07 12 07

ADRESSE DE
MESSAGERIE :
jbernier11@wanadoo.fr



En finir avec la polio

Rotary. L'humanité en action.

rotary.org



Chers amis Rotariens,

J'espère que l'année 2009 s'est bien terminée pour vous tous. Permettez moi de vous souhaiter une bonne Année Rotarienne 2010. Que tous les projets de vos clubs se réalisent. N'oublions pas notre Défi et continuons à soutenir l'action phare du Rotary : l'éradication de cette maladie .

EVALUATION DE LA CAMPAGNE D'ERADICATION

Au printemps 2009, le Directeur général, le Dr Margaret Chan, a demandé une évaluation externe indépendante de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. Cinq équipes ont procédé à cette évaluation – une pour chacun des quatre pays d'endémie qui n'ont jamais éradiqué la poliomyélite, le Pakistan, l'Afghanistan, l'Inde et le Nigéria, et une cinquième, chargée d'examiner la propagation internationale et s'intéressant plus particulièrement aux pays africains réinfectés.

Objectifs: Les objectifs de l'évaluation, définis à Genève, étaient les suivants:

- Évaluer, pour chaque zone infectée, la ou les principales difficultés empêchant d'obtenir une immunité suffisante dans la population pour interrompre la transmission persistante du poliovirus.
- Déterminer, en étudiant la gestion, la supervision et la mise en œuvre des campagnes, si d'autres facteurs cruciaux compromettent la couverture par le vaccin antipoliomyélique oral (VPO) et donc l'immunité de la population.
- Évaluer les risques et les conséquences d'une propagation internationale de poliovirus sauvages à des zones jusque-là exemptes, ainsi que les actions à mettre en œuvre, en accordant une attention particulière aux zones de transmission persistante.
- Proposer des stratégies spécifiques à chaque zone, afin de surmonter les principales difficultés et de lutter contre les autres facteurs majeurs compromettant l'immunité de la population.
- Définir les mesures à prendre par les autorités locales, provinciales (ou de l'État) et fédérales pour garantir la mise en œuvre intégrale des stratégies spécifiques à chaque zone et interrompre la transmission.
- Définir les mesures à prendre par l'OMS, l'UNICEF et d'autres partenaires aux niveaux infranational, national et international, pour soutenir la mise en œuvre des stratégies spécifiques à chaque zone, mettre un terme aux flambées persistantes en rapport avec des importations de virus et réduire les risques de nouvelles propagations internationales.



LE BILAN

Mon but n'est pas de vous détailler cette évaluation et son bilan, vous les trouverez sur le site de l'OMS, mais de vous faire comprendre la difficulté de cette éradication et des besoins humains et financiers qu'elle demande.

Pakistan/Afghanistan

Dans ces deux pays, l'insécurité dresse l'obstacle le plus important à l'obtention d'une couverture vaccinale élevée. La situation est instable, imprévisible, et la sécurité est constamment menacée par diverses factions armées. En outre, le contexte de systèmes de santé et de soins de santé primaires mal financés entraîne la faiblesse des services systématiques, en particulier au **Pakistan**. En **Afghanistan**, l'approbation très médiatisée par des personnalités politiques, internationales et militaires a été utile dans le passé, mais pourrait être contre-productive dans les zones d'insécurité. Il est probable que les éléments antigouvernementaux s'opposeront par principe à tout programme perçu comme étant une grande priorité pour les autorités afghanes. Les déplacements massifs de populations à la fois entre le **Pakistan et l'Afghanistan** et entre les provinces de chaque pays peuvent potentiellement introduire des poliovirus sauvages dans des zones où ils avaient disparu depuis longtemps.

Inde

L'équipe a conclu que l'effort de vaccination en Uttar Pradesh et au Bihâr était le plus complet et le mieux géré qu'il ait été donné d'observer à ses membres et que cela se traduisait par une couverture élevée dans les deux États. En bref, l'exécution du programme n'a pas été vue comme un facteur s'opposant à l'élimination de la poliomyélite. Pourtant, l'équipe a noté que, même si les résultats du VPO au Bihâr et en Uttar Pradesh sont comparables à ceux que l'on constate ailleurs dans les pays en développement, les conséquences d'un taux de séroconversion de 80%, par exemple pour le type 1, après l'administration de trois doses de VPO trivalent signifient que, même avec une couverture très élevée de 98%, on aboutit à un taux de séroconversion de 79% après les trois premières doses. De plus, même si l'on ne manque que 1% du très grand nombre d'enfants de moins de 5 ans en Uttar Pradesh et au Bihâr, on arrive très vite à la constitution d'une cohorte importante de nouveau-nés non vaccinés. Les efforts d'éradication de la poliomyélite en Inde constituent un programme bien visible et reconnu, s'appuyant sur une solide mobilisation des communautés et des éléments de communication, notamment en Uttar Pradesh et au Bihâr, les États d'endémie. La population connaît bien les symptômes de la poliomyélite, les avantages du VPO et le groupe ciblé (les enfants de moins de 5 ans); les réticences du début dans des groupes minoritaires ont largement disparu grâce à la mobilisation active des responsables ou des personnes influentes dans les communautés. La transmission est favorisée par les conditions environnementales prévalant dans toutes les zones visitées où la circulation du poliovirus sauvage persiste: défécation n'importe où, contamination de l'approvisionnement en eau, surpopulation extrême (avec une densité de base de 1000/km² dans la zone de la Kosi, les populations rurales doivent encore s'entasser sur un dixième de leur territoire au moment des inondations qui accompagnent la mousson). À tous ces facteurs s'ajoutent une prévalence très élevée de la malnutrition, l'insalubrité des aliments d'appoint et un taux de natalité très élevé, avec un espacement des naissances de seulement un an dans certains cas. Dans ces conditions, la vulnérabilité des plus jeunes à la poliomyélite et à d'autres infections par des entérovirus devient manifeste.



Nigéria et propagation internationale

L'équipe d'évaluation a considéré qu'il restait encore beaucoup de travail à faire pour parvenir à éradiquer la poliomyélite au Nigéria. Néanmoins, elle a estimé que l'infrastructure de base sur les sites visités était solide et que l'éradication était faisable dans un proche avenir. Les problèmes de gestion sont les obstacles les plus importants s'opposant au succès du programme nigérian et on constate des difficultés à tous les niveaux, avec un impact variable. Au niveau fédéral, les obstacles actuels ont trait au vaste programme de développement de la santé du Nigéria, avec de très nombreux problèmes sanitaires à résoudre simultanément. Il en résulte qu'au niveau central on n'accorde pas l'importance requise à l'éradication de la poliomyélite. Au niveau des administrations locales (dans l'État de Kano, il y a 44 administrations locales et 14 dans le Zamfara) où les actions de vaccination ont lieu, l'importance accordée à l'éradication de la poliomyélite varie considérablement. Dans certaines zones, le programme est bien soutenu mais, dans d'autres, l'intérêt, l'appui et l'encadrement sont faibles. La faiblesse du programme de vaccination systématique est un autre des obstacles, car il ne permet pas de s'appuyer sur lui pour atteindre de hauts niveaux de couverture pour le vaccin antipoliomyélique. L'initiative pour l'éradication de la poliomyélite dépend donc entièrement de la qualité de ses propres infrastructures. Les pays dotés de puissants systèmes de santé et ayant une couverture vaccinale élevée ont réussi à endiguer la propagation internationale de la poliomyélite en provenance du Nigéria et de l'Inde. En revanche, les virus ont persisté dans les pays où les systèmes de santé sont sous-développés et où la couverture de la vaccination systématique est faible, **Sud-Soudan, Angola et Tchad**. Au Sud-Soudan, la couverture par 3 doses de VPO a été d'environ 20% malgré l'intensification récente et, en **Angola**, elle est d'environ 40%. Dans ces deux pays, l'accès aux soins de santé est limité. Au Soudan, 25% de la population approximativement y a accès et seule une partie de ces 25% en fait usage. En **Angola**, le pays reconstruit ses services publics mais il y a encore beaucoup de travail.

UN NOUVEAU VACCIN

Un nouveau vaccin puissant, sur le point d'accélérer les progrès pour libérer le monde de la poliomyélite, devrait être lancé en Inde en ce moment.

Le vaccin antipoliomyélique oral bivalent (VPOb), ciblant simultanément les deux derniers types de poliovirus sauvages encore en circulation dans le monde, a une efficacité supérieure d'au moins 30 % à celle du vaccin trivalent classique et le Comité consultatif sur l'éradication de la poliomyélite (CCEP) a recommandé de l'utiliser immédiatement.

Des trois poliovirus sauvages, seuls les types 1 et 3 continuent de circuler, le type 2 n'ayant plus été observé depuis 1999. Néanmoins, le choix des vaccins oraux disponibles pour éradiquer la poliomyélite se limitait, jusqu'à présent, au vaccin antipoliomyélique oral trivalent (VPOt) classique, couvrant les trois sérotypes viraux mais avec une activité moindre, ou aux vaccins antipoliomyéliqués oraux monovalents (VPOm1 ou VPOm3) – outils puissants mais qui ne couvrent qu'un type à la fois.

Cette année, un essai clinique sur le terrain en Inde a comparé le nouveau vaccin bivalent avec les vaccins existants et, que ce soit pour le type 1 ou pour le type 3 de la poliomyélite, il s'est avéré manifestement supérieur à l'ancien vaccin trivalent et presque aussi bien que le VPOm1 ou le VPOm3, mais qui est présenté en un seul produit délivrant ces deux vaccins simultanément.



LES NOUVELLES DU TERRAIN

Global	1579	2009	1651	2008	
Pays endémiques:	1234		1505		
Pays non endémiques	345		120		
Pays	2009	2008	Total 2008	Dernier cas	
Inde	721	559	559	27 dec 2009	
Pakistan	87	117	117	25 dec 2009	
Burundi	2	0	0	12 Septembre 2009	
Afghanistan	37	31	31	15 dec 2009	
Mali	2	1	1	12 nov 2009	
Cameroun	3	0	0	6 dec 2009	
Nigeria	389	798	798	20 Novembre 2009	
Burkina Faso	15	6	6	25 Octobre 2009	
Angola	29	29	29	17 Nov 2009	
Tchad	64	37	37	29 Novembre 2009	
Liberia	11	0	0	29 Novembre 2009	
Guinée	41	0	0	8 Novembre 2009	
CAR	14	3	3	30 dec 2009	
Côte d'Ivoire	27	1	1	6 août 2009	
Kenya	18	0	0	30 Juillet 2009	
Sierra Leone	12	0	0	29 Novembre 2009	
Soudan	45	26	26	16 dec 2009	
DRC	3	5	5	5 aout 2009	
Niger	15	12	12	28 Mai 2009	
Uganda	8	0	0	10 Mai 2009	
Bénin	21	6	6	1 dec 2009	
Togo	6	0	3	28 Mars 2009	
Ghana	0	0	8	8 Novembre 2008	
Népal	0	6	6	15 Octobre 2008	
Ethiopie	0	3	3	27 Avril 2008	

IL FAUT AJOUTER A CE TABLEAU LES 151 CAS DE POLIOVIRUS
DÉRIVÉ DE LA VACCINE (NIGERIA CONGO ET ETHIOPIE)

NOUS RESTONS TOUJOURS SOUS LES CHIFFRES DE 2008
QUELQUES PAYS A NOUVEAU TOUCHES COMME LE BURUNDI ET LA
SIERRA LEONE
ON DOIT S'INQUIETER DE LA MONTEE DES CAS DANS DES PAYS COMME
LE NIGER ET LE MALI ET LA CORNE DE L'AFRIQUE

TOUS LES MOIS DES CAMPAGNES DE VACCINATIONS SE FONT SUR LE
TERRAIN ; LES DETAILLER SERAIT TROP LONG
MAIS DES ROTARIENS COMME VOUS S'ENGAGENT PARFOIS AU PERIL
DE LEUR VIE

JE COMPTE SUR VOUS POUR EN PARLER DANS VOS CLUBS
JE COMPTE SUR VOUS POUR QUE LE ROTARY GAGNE SON DEFI
GRACE A VOUS LE ROTARY REMPLIRA L'OBJECTIF FIXE EN 1985
« UN MONDE SANS POLIO »