

INITIATIVE
MONDIALE POUR
L'ERADICATION DE LA

POLIO



Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale 2013-2018



Organisation
mondiale de la Santé



unicef 

© Organisation mondiale de la Santé 2013

Tous droits réservés. Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé sont disponibles sur le site Web de l'OMS (www.who.int) ou peuvent être achetées auprès des Éditions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone2 : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; courriel : bookorders@who.int .

Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Éditions de l'OMS via le site Web de l'OMS à l'adresse http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Imprimé en France

Photos de couverture : WHO/Thomas Moran, UNICEF Afghanistan 2012/Aziz Froutan

Maquette & mise en pages : philippecasse.ch

Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale 2013-2018

Acronymes et abréviations

AVS	Activités de vaccination supplémentaires
CDC	Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis d'Amérique
DTC3	Troisième dose du vaccin antidiphtérique-antitétanique-anticoquelucheux
EMG	Groupe de gestion des activités d'éradication (<i>Eradication Management Group</i>)
FATA	Federally Administered Tribal Areas (Pakistan) – Zones tribales sous administration fédérale
FWG	Groupe de travail sur le financement (<i>Finance Working Group</i>)
GAP III	Troisième édition du Plan d'action mondial OMS visant à réduire au minimum le risque d'exposition au poliovirus sauvage associé aux établissements
GAVI	Alliance GAVI
GCC	Commission mondiale de certification de l'éradication de la poliomyélite (<i>Global Commission for Certification</i>)
GIS	Système d'information géographique
GPS	Appareil de localisation mondiale (<i>Global Positioning Device</i>)
IMB	Comité de suivi indépendant (<i>Independent Monitoring Board</i>)
IMEP	Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite
IMG	Groupe de gestion des systèmes de vaccination (<i>Immunization Systems Management Group</i>)
JNV	Journées nationales de vaccination
LGA	Local Government Area – circonscription locale (Nigéria)
LQAS	Echantillonnage par lots pour l'assurance de la qualité (<i>Lot Quality Assurance Sampling</i>)
NSTOP	Programme nigérian pour l'interruption de la transmission du poliovirus
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PAG	Groupe de sensibilisation à la poliomyélite (<i>Polio Advocacy Group</i>)
PEV	Programme élargi de vaccination
PFA	Paralysie flasque aiguë
POB	Conseil de surveillance de la poliomyélite (<i>Polio Oversight Board</i>)
PPAV	Poliomyélite paralytique associée au vaccin
PPG	Groupe des partenaires pour l'éradication de la poliomyélite (<i>Polio Partners Group</i>)
PVDV	Poliovirus dérivé(s) de/d'une souche(s) vaccinale(s)
PVDVa	Poliovirus ambigu dérivé d'une souche vaccinale
PVDVc	Poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale
PVDVi	Poliovirus dérivé d'une souche vaccinale associé à une déficience immunitaire
PVS	Poliovirus sauvage
PVS1	Poliovirus sauvage de type 1
PVS2	Poliovirus sauvage de type 2
PVS3	Poliovirus sauvage de type 3
RED	«Atteindre chaque district» (<i>Reaching Every District</i>)
SAGE	Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination
SIAD	Administration d'une dose supplémentaire dans un intervalle court
SNID	Subnational Immunization Day
STOP	Programme Stop Transmission Of Polio
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VPI	Vaccin antipoliomyélitique inactivé
VPO	Vaccin antipoliomyélitique oral
VPO2	Vaccin antipoliomyélitique oral de type 2

VPOb	Vaccin antipoliomyélitique oral bivalent
VP0m	Vaccin antipoliomyélitique oral monovalent
VP0m1	Vaccin antipoliomyélitique oral monovalent de type 1
VP0m3	Vaccin antipoliomyélitique oral monovalent de type 3
VPOt	Vaccin antipoliomyélitique oral trivalent

Table des matières

Résumé d'orientation	1
1 Déclaration d'intention	12
2 Contexte	13
3 Aperçu	15
3.1 Quels sont les éléments nouveaux ?.....	15
3.2 Les principaux objectifs.....	16
4 Contexte	19
4.1 La situation actuelle.....	19
4.2 Tenir compte de l'expérience du passé – Enseignements tirés.....	23
4.3 De nouvelles données attestant que la transmission du PVS peut être interrompue d'ici à la fin de 2014.....	26
4.4 Les arguments en faveur de l'achèvement de l'éradication de la poliomyélite.....	30
5 Objectif 1: Détection du poliovirus et interruption de sa transmission	33
5.1 Introduction.....	33
5.2 L'objectif.....	33
5.3 Que faut-il pour interrompre la transmission ?.....	34
5.4 Quelles seront les activités entreprises ?.....	34
• Renforcer la surveillance mondiale pour détecter la circulation des virus.....	34
• Maintenir un calendrier approprié d'activités de vaccination supplémentaires par le VPO.....	37
• Améliorer la qualité des campagnes de vaccination par le VPO pour interrompre la transmission endémique.....	39
• Améliorer la sécurité des opérations de vaccination par le VPO dans les zones où règne l'insécurité.....	49
• Prévenir les flambées de poliomyélite et réagir face à celles-ci.....	51
5.5 Qui supervise ces travaux ?.....	51
6 Objectif 2: Renforcement des systèmes de vaccination et retrait du VPO	53
6.1 Introduction.....	53
6.2 Le but.....	54
6.3 Quelles sont les mesures requises ?.....	54
6.4 Quelles activités vont être engagées ?.....	55
• Augmentation de la couverture vaccinale.....	55
• Efforts visant à garantir que les produits VPI, VPOb et VPOm sont adaptés.....	60
• Introduction du VPI.....	63
• Retrait du VPO de la vaccination systématique et des activités de vaccination supplémentaires.....	65
6.5 Qui supervise ce travail ?.....	66
7 Objectif 3: Confinement et certification	69
7.1 Introduction.....	69
7.2 Le but.....	70
7.3 Quelles sont les mesures requises ?.....	70
7.4 Quelle est la situation actuelle ?.....	70

7.5	Quelles sont les activités prévues ?.....	71
	• Confinement des stocks de poliovirus	71
	• Certification de l'éradication des PVS.....	73
7.6	Qui supervise ce travail ?.....	74
8	Objectif 4: Planification de la transmission des acquis	77
8.1	Introduction.....	77
8.2	Le but.....	77
8.3	Quelles sont les mesures requises ?.....	77
8.4	Quelle est la situation actuelle ?	77
8.5	Quelles activités vont être engagées ?	79
	• Intégrer les fonctions de la lutte antipoliomyélitique.....	79
	• Exploiter les connaissances et les enseignements qui ont été tirés	79
	• Transférer les ressources et les infrastructures	79
8.6	Qui supervise ce travail ?	80
9	Risques, atténuation des risques et plans d'urgence	83
9.1	Financement insuffisant.....	83
9.2	Incapacité à recruter et à fidéliser les personnes appropriées.....	84
9.3	Approvisionnement insuffisant en vaccins appropriés.....	85
9.4	Incapacité à intervenir dans les zones d'insécurité	85
9.5	Volonté moins ferme des politiques et/ou de la société	88
9.6	Responsabilisation insuffisante nuisant à des activités de qualité	88
10	Fonctions d'appui	91
10.1	Planification stratégique et détermination des priorités	91
10.2	Mobilisation des ressources et plaidoyer	92
10.3	Ressources financières et gestion	94
10.4	Sécurité des vaccins et approvisionnement	96
10.5	Recherche et élaboration des politiques	97
11	Gouvernance, suivi, supervision et gestion	99
11.1	Gouvernance	99
11.2	Fonctions consultatives et de suivi.....	99
11.3	Supervision.....	100
11.4	Direction exécutive.....	101
11.5	Gestion du programme.....	102
12	Suivi	104
12.1	Cadre de suivi.....	104
	Annexe A: Qualité des AVS dans les pays d'endémie	105
	• Afghanistan	105
	• Pakistan.....	110
	• Nigéria.....	116
	Annexe B: Cadre de supervision de haut niveau 2013-2018	124



Depuis 1988, l'IMEP a réduit l'incidence mondiale de la poliomyélite de plus de 99 %. Le nombre de cas comme le nombre des pays touchés par la maladie n'ont jamais été aussi faibles qu'en 2012. Le monde a aujourd'hui une occasion historique pour interrompre la poliomyélite et protéger à jamais les générations futures de cette terrible maladie.

Résumé d'orientation

1. Depuis son lancement en 1988 à l'occasion de l'Assemblée mondiale de la Santé, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP) a permis de réduire l'incidence mondiale de la poliomyélite de plus de 99% et le nombre de pays d'endémie de 125 à 3. Sans cet effort mondial, plus de 10 millions de personnes qui marchent aujourd'hui seraient paralysées.

2. Au début de l'année 2013, la poliomyélite – une infection virale très contagieuse qui entraîne très rapidement une paralysie irréversible – n'était plus qu'un lointain souvenir dans la plupart des régions du monde. À la fin de 2012, le nombre de cas de poliomyélite comme celui des pays touchés par la maladie n'avaient jamais été aussi faibles. Le moment est venu aujourd'hui d'éradiquer définitivement cette terrible maladie, pourtant évitable.

3. Le 26 mai 2012, l'Assemblée mondiale de la Santé a déclaré que l'achèvement de l'éradication de la poliomyélite constituait une «urgence programmatique pour la santé publique mondiale». Prenant note de la réussite de l'Inde, qui a su utiliser les outils et les technologies disponibles, de la menace que la poursuite de la transmission du poliovirus dans les trois derniers pays d'endémie (Afghanistan, Nigéria et Pakistan) fait peser sur la communauté mondiale et, enfin, considérant les connaissances croissantes sur les poliovirus circulants dérivés de souches vaccinales (PVDVc), susceptibles de provoquer des flambées de poliomyélite paralytique, et l'augmentation du risque qui leur est associé, l'Assemblée mondiale de la Santé a prié le Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé d'élaborer et de finaliser une stratégie globale pour la phase finale de la lutte antipoliomyélitique.

4. *Le Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale 2013-2018* (ci-après «le Plan») a été élaboré pour profiter de cette nouvelle occasion de mettre un terme définitif à la poliomyélite. Il prévoit de s'atteler simultanément à l'éradication du poliovirus sauvage et à l'élimination du PVDVc, tout en utilisant les infrastructures de lutte antipoliomyélitique pour fournir d'autres services de santé en faveur des enfants les plus vulnérables au monde.

PROGRÈS RÉALISÉS EN 2012 CONTRE LA POLIOMYÉLITE

5. Les progrès formidables accomplis au cours de l'année 2012 par le programme rendent désormais possible d'éradiquer définitivement la poliomyélite. Parmi les avancées les plus marquantes, citons le cas de l'Inde qui, en février 2012, a célébré une année complète sans aucun cas de paralysie d'enfant due au poliovirus sauvage autochtone. L'Inde était sans doute le pays dans lequel l'élimination de la maladie soulevait les problèmes techniques les plus complexes. Sa réussite tient au fait que le programme a pu bénéficier à tous les enfants au cours de plusieurs interventions successives ; à l'utilisation d'un nouveau vaccin antipoliomyélitique oral bivalent (VPOb) ; à l'engagement et à la responsabilité indéfectibles des politiques ; à l'appui de la société ; et, enfin, à la mise à disposition des ressources nécessaires pour mener à bien les opérations. À ce jour, ce pays est toujours exempt de poliomyélite.

6. À la fin de l'année 2012, le nombre total de cas de poliomyélite dans le monde a chuté de 66% par rapport à l'année précédente, passant à 223. Parmi les quatre pays où la transmission du poliovirus sauvage a été rétablie par des importations, trois (Angola, République démocratique du Congo et Soudan) n'ont pas enregistré un seul cas en 2012. Le quatrième pays, le Tchad, n'a déclaré aucun cas depuis juin 2012.

7. Pour lutter contre les poliovirus circulants dérivés de souches vaccinales (PVDVc), de nouvelles options de vaccination par le VPI (vaccin antipoliomyélitique inactivé), d'un prix plus abordable, ont été mises au point. Avancée importante, le Groupe stratégique consultatif d'experts (SAGE), l'autorité mondiale qui formule les orientations stratégiques en matière de vaccination, a recommandé en 2012 de retirer dès que possible la composante de type 2 du vaccin antipoliomyélitique oral (VPO) de la vaccination systématique,¹ partout dans le monde, opération qui serait facilitée par l'introduction d'au moins une dose de VPI.

8. En septembre 2012, les chefs d'État et de gouvernement des pays d'endémie et des pays donateurs et le Secrétaire général des Nations Unies ont déclaré que l'éradication de la poliomyélite était une priorité absolue. Cette déclaration a montré que l'engagement politique nécessaire était présent pour mettre en œuvre les plans d'action d'urgence nationaux et tirer parti des progrès réalisés jusque-là.

9. Outre la baisse du nombre de cas en Afghanistan et au Pakistan, des données factuelles montrent que ces pays et le Nigéria ont beaucoup élargi leur couverture vaccinale en 2012 ; ils sont donc en bonne voie pour interrompre la transmission avant fin 2014. Les progrès se poursuivront si cette tendance se confirme et si les problèmes actuels de sécurité n'ont aucune incidence prolongée ou accrue sur les opérations. Au Pakistan, le pourcentage de districts à très haut risque qui ont atteint le seuil cible estimé de 95%² est passé de 59% en janvier 2012 à un record de 74% en octobre 2012.

10. En Afghanistan, à la fin de l'année 2012, environ 15 000 enfants n'avaient pas pu bénéficier des interventions, contre 80 000 en 2011. Ce progrès tient à une combinaison de stratégies : ainsi, l'action des équipes permanentes de lutte contre la poliomyélite intervenant dans les principales zones à haut risque a été renforcée par des actions intensives de communication auprès des chefs de communautés.

11. Au Nigéria, si le nombre de cas a augmenté en 2012, il s'est stabilisé au cours du dernier trimestre de l'année grâce à la révision des microplans, à une meilleure sélection des équipes de vaccination, à un suivi plus efficace et à une supervision étroite à l'échelon national et au niveau des États. Le pourcentage de circonscriptions locales à très haut risque où la couverture vaccinale a atteint le seuil cible est passé de 10 % en février 2012 à 70 % en février 2013.

12. Les assassinats tragiques d'agents de santé fin 2012 et début 2013 au Pakistan et au Nigéria sont un nouvel obstacle au progrès. Toutefois, les gouvernements et les partenaires ont apporté un certain nombre d'ajustements pour améliorer la sécurité dans certaines zones et garantir la poursuite des campagnes.

¹ En tirant parti des nouvelles options de vaccination par le VPI et le VPOb, en tenant compte de l'expérience acquise par l'éradication du poliovirus sauvage de type 2 en 1999 et en s'appuyant sur les nouveaux diagnostics qui montrent que plus de 90% des PVDVc sont de type 2.

² Seuil correspondant à la couverture par le VPO jugée nécessaire pour interrompre la transmission.



UNICEF 2011/Asad Zaidi

Au moment d'élaborer ce plan, l'examen des efforts d'éradication menés jusqu'à aujourd'hui a montré qu'une combinaison d'innovations adaptées au contexte national peut s'avérer fructueuse même dans les conditions les plus difficiles.

PLANIFIER L'ÉRADICATION DE TOUS LES POLIOVIRUS

13. Le Plan a été créé par l'IMEP à l'issue d'une large consultation avec les autorités sanitaires nationales, les initiatives sanitaires mondiales, des experts scientifiques, des donateurs et d'autres parties prenantes. Son but est d'achever l'éradication et le confinement de tous les poliovirus, qu'ils soient sauvages, dérivés d'une souche vaccinale ou associés au vaccin Sabin, pour faire en sorte qu'aucun enfant ne soit jamais plus atteint de poliomyélite paralytique.

14. Les discussions préalables à l'élaboration du Plan ont débuté par une évaluation franche de la situation qui a permis d'établir pourquoi certains délais n'ont pas été respectés, pourquoi certains programmes n'ont pas été efficaces et pourquoi certaines hypothèses n'ont pas été vérifiées, et d'examiner les enseignements tirés de précédents plans d'éradication.

Au cours de ce processus, il est apparu évident que :

- **Il n'existe pas de modèle unique** : même si les principes fondamentaux d'éradication s'appliquent au niveau mondial et même si la grande majorité des pays d'endémie ont interrompu la transmission du poliovirus deux ou trois ans après le lancement des campagnes de vaccination par le VPO, les stratégies à mettre en place dans les pays restants doivent être soigneusement adaptées à un certain nombre de facteurs.
- **L'innovation technologique ne permet de combler les lacunes ni dans la gestion des programmes ni dans l'engagement de la communauté** : dans certains pays tels que l'Inde et l'Égypte, l'interruption de la transmission du poliovirus soulève des difficultés exceptionnelles du fait de la forte densité de population, des mauvaises conditions d'assainissement et du potentiel infectieux très élevé. Le nouveau VPO monovalent s'est révélé capable d'interrompre rapidement la transmission du poliovirus en Égypte. Toutefois, la plus large utilisation de ce nouveau produit n'a pas suffi dans les autres réservoirs d'endémie qui étaient confrontés à des problèmes dans la gestion de base des opérations et à la faiblesse de l'engagement communautaire.

Enseignements

- **Il n'existe pas de modèle unique**
- **L'innovation technologique ne permet de combler les lacunes ni dans la gestion des programmes ni dans l'engagement de la communauté**
- **Une combinaison d'innovations adaptées au contexte national peut s'avérer fructueuse même dans les conditions les plus difficiles**

- **Une combinaison d'innovations adaptées au contexte national peut s'avérer fructueuse même dans les conditions les plus difficiles :** la réussite de l'Inde a montré combien il est efficace de combiner plusieurs pratiques exemplaires pour garantir la meilleure qualité dans les campagnes de vaccination antipoliomyélitique et pour interrompre la transmission dans les réservoirs restants. Parmi ces approches figurent une microplanification minutieuse associée à des opérations rigoureuses ; un suivi renforcé et des mesures strictes de responsabilisation ; des campagnes de mobilisation sociale bien gérées ; et une augmentation massive des ressources humaines au niveau des districts et des sous-districts.

15. Le 25 janvier 2013, le Conseil exécutif de l'OMS a examiné et adopté sans réserve le but, les objectifs et les échéances du Plan. Ce Plan se distingue des plans stratégiques précédents de l'IMEP par un certain nombre d'éléments clés, à savoir :

- des approches stratégiques visant l'éradication de tous les poliovirus (qu'ils soient sauvages ou dérivés de souches vaccinales) ;
- l'urgence accordée à l'amélioration des systèmes de vaccination dans les régions clés ;
- l'introduction de nouvelles options de vaccination par le VPI à un prix abordable, pour gérer les risques à long terme que font courir les poliovirus et éventuellement accélérer l'éradication du poliovirus sauvage ;
- des stratégies d'atténuation des risques permettant de faire face aux nouvelles menaces, en particulier à l'insécurité qui prévaut dans certaines zones d'endémie, et des plans d'urgence en cas de retard dans l'interruption de la transmission du poliovirus dans ces réservoirs ;
- un calendrier concret pour mener à bien le programme.

16. Ce Plan présente également une planification de la transmission des acquis. Il s'agit de tirer parti des enseignements de l'IMEP et de son infrastructure en les mettant à la disposition d'autres ressources sanitaires et de développement indispensables et, *in fine*, d'achever le programme de l'IMEP.

Les quatre principaux objectifs du Plan

- **Détection du poliovirus et interruption de sa transmission**

Le premier objectif est l'interruption de la transmission de tous les poliovirus sauvages avant fin 2014 et l'élimination de toute nouvelle flambée due à un PVDVc dans les 120 jours qui suivent la confirmation du cas indicateur. L'accent est mis en premier lieu sur les trois pays d'endémie, les pays les plus exposés au risque d'importation en Afrique et ceux enregistrant une circulation persistante du PVDVc ou ayant été confrontés à l'émergence du PVDVc. Les activités seront centrées sur l'intensification de la surveillance mondiale des poliovirus, sur l'amélioration de la qualité des campagnes de vaccination par le VPO afin d'atteindre les enfants dans les pays d'endémie restants ou dans ceux enregistrant une circulation persistante du PVDVc, et sur la mise en place rapide d'une riposte aux flambées. Cet objectif intéresse également certains risques qui ont pris de l'ampleur au fil du temps, en particulier l'insécurité et les menaces qui ont pesé sur le programme en 2012, alors que l'on cherchait à le recentrer rapidement sur les zones et populations systématiquement délaissées. De portée mondiale, il complète les plans d'action d'urgence personnalisés mis en œuvre dans chaque pays d'endémie.

- **Renforcement des systèmes de vaccination et retrait du VPO**

Cet objectif porte sur l'accélération de l'interruption de la transmission de tous les poliovirus et devrait contribuer à rendre plus rigoureux le système de délivrance d'autres vaccins salvateurs.

Il concerne les 145 pays qui utilisent actuellement le VPO dans leurs programmes de vaccination systématique, l'Alliance GAVI et les partenaires des programmes de vaccination. L'élimination du PVDVc dépend du retrait final de tous les VPO, à commencer par le retrait de la composante de type 2 du vaccin antipoliomyélitique oral trivalent (VPOt). Le retrait de cette composante de type 2 suppose de remplacer les systèmes de vaccination systématique, d'introduire au moins une dose de VPI à un prix abordable dans le calendrier mondial de vaccination systématique, puis de remplacer le VPO trivalent par le VPO bivalent dans tous les pays utilisant le VPO – en fixant le moment où, en 2019-2020, on abandonnera le VPOb.

Pour atteindre cet objectif, il est indispensable de renforcer les systèmes de vaccination dans leur ensemble. L'IMEP prêtera une attention particulière à 10 pays qui correspondent pour l'essentiel aux pays cibles de GAVI, à savoir les trois pays d'endémie plus sept autres présentant un risque élevé de flambées dues au poliovirus sauvage et de réapparition régulière du PVDVc : l'Angola, l'Éthiopie, l'Inde, la République démocratique du Congo, la Somalie, le Soudan du Sud et le Tchad. L'IMEP mobilisera au moins 50% du temps de son personnel de terrain pour renforcer les systèmes de vaccination systématique dans ces pays avant fin 2014. L'objectif est de contribuer chaque année à une extension d'au moins 10% de la couverture vaccinale dans les districts les moins performants. En s'appuyant sur les enseignements tirés de l'éradication de la poliomyélite, les responsabilités du personnel de l'IMEP seront orientées spécifiquement sur le renforcement des capacités locales et nationales de gestion des programmes, sur la microplanification, sur la mobilisation des communautés et des personnalités influentes, et sur le suivi de l'efficacité des programmes.

• **Confinement et certification**

Les 194 États Membres de l'Organisation mondiale de la Santé participeront à la réalisation de cet objectif qui consiste à certifier à l'horizon 2018 que toutes les régions du monde sont exemptes de poliomyélite et que tous les stocks de poliovirus sont confinés dans les conditions de sécurité exigées. Ces activités porteront notamment sur l'obtention d'un consensus international concernant les conditions impératives de confinement biologique à long terme des poliovirus en laboratoire. Le respect de ces normes est une condition essentielle pour obtenir la certification de l'éradication. Au cours de la période couverte par ce Plan, les six Régions de l'OMS devront mettre en place des commissions régionales de certification pour étudier la documentation de tous les pays et vérifier l'absence de tout poliovirus sauvage là où une surveillance du respect des normes de certification est en place.

• **Planification de la transmission des acquis**

Cet objectif vise à faire en sorte que le monde reste définitivement exempt de poliomyélite et que l'investissement dans les opérations d'éradication soit bénéfique pour la santé publique dans les années à venir. Pour y parvenir, il s'agit notamment de rationaliser les fonctions à long terme d'éradication de la poliomyélite comme la vaccination par le VPI, le confinement et la surveillance, d'exploiter les enseignements tirés d'autres grandes initiatives de santé et de faire évoluer l'infrastructure de la lutte contre la maladie, selon les besoins. Actuellement, le personnel chargé de l'éradication constitue la source la plus importante d'assistance technique externe pour la

Quatre grands objectifs

- **Interrompre la transmission de tous les poliovirus sauvages avant fin 2014 et éliminer toute nouvelle flambée due à un PVDVc dans les 120 jours qui suivent la confirmation du cas indicateur**
- **Accélérer l'interruption de la transmission et contribuer à renforcer les systèmes de vaccination**
- **Certifier que toutes les régions du monde sont exemptes de poliomyélite et veiller à ce que tous les stocks de poliovirus soient confinés en toute sécurité**
- **Faire en sorte que le monde reste définitivement exempt de poliomyélite et que l'investissement dans les opérations d'éradication soit bénéfique pour la santé publique dans les années à venir**

vaccination et la surveillance dans les pays à faible revenu. Le personnel financé par les programmes de lutte antipoliomyélitique est chargé d'aider les pays à atteindre les enfants les plus vulnérables au monde, qui sont des centaines de millions, et de mener d'autres interventions sanitaires telles que la vaccination antirougeoleuse et la distribution de moustiquaires contre le paludisme. Il est essentiel de planifier soigneusement ces interventions afin que les enseignements tirés durant l'éradication de la poliomyélite, ainsi que les actifs et infrastructures mis en place pour soutenir ces efforts, soient adaptés de façon responsable à d'autres objectifs de développement et aux priorités sanitaires mondiales. Cela exigera une consultation approfondie avec un certain nombre de groupes de parties prenantes.

Mise en œuvre du Plan

17. Un aspect important de la réussite du Plan est la mise en place de vérifications et de bilans pertinents pour faire en sorte que les principales étapes soient achevées, que des mesures correctives soient prises selon les besoins et que le programme soit géré avec toute l'efficacité et l'efficience possibles en vue d'obtenir les résultats souhaités.

18. Un cadre de suivi servira à évaluer les progrès accomplis au regard de chacun des quatre objectifs et des étapes correspondantes définies dans le Plan. Il indiquera les domaines d'action de haut niveau requis pour atteindre les quatre objectifs et présentera en détail les activités à mettre en place dans chaque domaine d'action, les étapes et la méthode appliquée pour les évaluer. Même s'il est impossible de garantir l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage à une date précise, les tendances récentes dans la vaccination des enfants les plus difficiles à atteindre dans toutes les régions infectées nous laissent espérer pouvoir interrompre la transmission du poliovirus sauvage avant fin 2014 et obtenir la certification de l'éradication du poliovirus sauvage à l'horizon 2018.

19. Composée de tous les États Membres de l'OMS, l'Assemblée mondiale de la Santé représente le plus haut niveau de gouvernance de l'IMEP. Les comités régionaux de l'OMS permettent aux États Membres de mener des discussions plus approfondies et apportent une contribution aux sessions du Conseil exécutif de l'OMS et de l'Assemblée mondiale de la Santé.

Un cadre de suivi servira à évaluer les progrès au regard des grandes étapes.

Aspects importants pour la réussite du plan

- **Système de vérifications et bilans pour garantir que les principales étapes sont menées à bien et que des mesures correctives sont prises si besoin**
- **Efficience et efficacité maximales pour administrer le programme et atteindre les résultats**

20. Au premier chef, il incombe aux pouvoirs publics, à tous les échelons gouvernementaux, d'atteindre les objectifs du Plan. Dans les pays touchés par la poliomyélite comme dans ceux qui en sont exempts, le rôle des gouvernements nationaux est déterminant pour maintenir une surveillance sensible et une forte immunité au sein de la population, notamment par l'intermédiaire de services renforcés de vaccination systématique.

21. Ce Plan précise également le rôle des organes indépendants qui assurent le suivi des activités et dispensent des conseils sur les actions correctives à engager, le cas échéant. Ces groupes, énumérés dans le Tableau 1, éclairent le processus décisionnel des organes directeurs et du Conseil de surveillance de la poliomyélite, lequel est chargé de gérer les activités du partenariat contre la poliomyélite.

Tableau 1 : Objectifs du Plan et organes de consultation et de suivi

OBJECTIFS	CONSULTATION ET SUIVI
1. Détection du poliovirus et interruption de sa transmission	Comité de suivi indépendant (IMB)
2. Renforcement des systèmes de vaccination et retrait du VPO	Groupe stratégique consultatif d'experts (SAGE)
3. Confinement et certification	Commission mondiale de certification (GCC)
4. Planification de la transmission des acquis	Comités régionaux de l'OMS et Assemblée mondiale de la Santé

22. Le Conseil de surveillance de la poliomyélite (POB) supervise la gestion et la mise en œuvre de l'IMEP par l'intermédiaire des principaux organismes partenaires de celle-ci. Composé des dirigeants des principaux organismes partenaires de l'IMEP, il se réunit chaque trimestre pour examiner les activités de l'IMEP et garantir un haut niveau de responsabilité parmi ses partenaires. Les décisions du Conseil de surveillance de la poliomyélite sont appliquées par le biais du Comité d'orientation sur la poliomyélite et de ses principaux organes subsidiaires.

23. Le Groupe des partenaires pour l'éradication de la poliomyélite (PPG) oriente l'action du Conseil de surveillance de la poliomyélite, représente les parties prenantes et les donateurs partenaires de l'IMEP et veille à ce que l'Initiative bénéficie de l'engagement politique et des ressources financières nécessaires pour atteindre l'objectif d'éradication de la poliomyélite.

Surmonter les risques

24. Il est possible que des facteurs imprévus et des risques externes retardent la réalisation des quatre principaux objectifs du Plan ou compromettent la capacité de l'IMEP à atteindre ces objectifs. La reconnaissance des risques, l'identification des options d'atténuation ainsi que la formulation de plans d'urgence permettent de développer la capacité de l'IMEP à réagir rapidement face aux problèmes, à adapter au besoin ses stratégies et à réduire au minimum les revers éventuels. Six grands risques pour l'avenir, liés aux moyens d'action et à la mise en œuvre du Plan, ont été recensés ; ils sont énumérés dans le Tableau 2.

25. Au moment d'établir la version définitive de ce Plan, le plus grand risque lié aux moyens d'action est l'insuffisance du financement pour le budget sur six ans de US \$5,5 milliards. Le risque le plus grave lié à la mise en œuvre du Plan est l'incapacité à intervenir au bénéfice des enfants dans les zones d'insécurité.

Tableau 2 : Risques liés aux moyens d'action et à la mise en œuvre du Plan

RISQUES LIÉS AUX MOYENS D'ACTION	RISQUES LIÉS À LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN
Financement insuffisant	Incapacité à intervenir dans les zones d'insécurité
Incapacité à recruter et/ou à fidéliser les personnes appropriées	Volonté moins ferme des politiques et/ou de la société
Approvisionnement insuffisant en vaccins appropriés	Responsabilisation insuffisante nuisant à des activités de qualité

Cadre général

- ajustements opérationnels aux campagnes de lutte contre la poliomyélite
- sécurité du programme
- demande de la communauté
- plaidoyer des chefs religieux
- mesures visant à prévenir la propagation

26. Au Pakistan et au Nigéria, l'insécurité a causé des pertes tragiques et fait peser en 2013 une nouvelle menace bien réelle sur le programme. Cependant, les dirigeants d'Afghanistan, du Nigéria et du Pakistan restent pleinement résolus, à tous les niveaux, à interrompre la transmission du poliovirus dans leur pays et des mesures ont été prises pour résoudre les problèmes d'insécurité. L'IMEP a élaboré un cadre de référence applicable aux zones d'insécurité, adapté au contexte de chaque pays. Les grands principes sur lesquels repose le cadre sont que le programme doit être institutionnalisé dans le cadre plus large du programme de santé et, comme pour toutes les actions humanitaires, qu'il doit préserver sa neutralité. Les éléments fondamentaux de ce Plan sont les suivants :

- **Ajustements opérationnels aux campagnes d'éradication de la poliomyélite** : réduire l'exposition du programme et des vaccinateurs aux éventuelles menaces en prévoyant des campagnes moins longues ou plus discrètes ;
- **Sécurité et sûreté du programme** : développer la coordination entre les civils et les services de sécurité pour appuyer les évaluations locales des risques, les intégrer dans les plans opérationnels et, le cas échéant, assurer une plus grande sécurité physique des vaccinateurs et la sûreté du matériel ;
- **Demande de la communauté** : développer la demande dans la communauté locale afin d'élargir l'accès aux services de vaccination et aux services de santé de base, en menant différentes activités de sensibilisation portant sur la maladie, sur ses conséquences et sur sa prévention et, si on le juge utile, en associant la vaccination par le VPO à d'autres services et/ou interventions ;
- **Plaidoyer des chefs religieux** : intensifier sensiblement les actions de sensibilisation menées par les dignitaires musulmans au niveau international, national ou local pour renforcer l'appropriation du programme d'éradication de la poliomyélite et la solidarité dans le monde musulman, en particulier pour protéger les enfants de la poliomyélite et préserver le caractère sacré des agents de santé et la neutralité des services de santé ;
- **Mesures de prévention de la propagation des poliovirus** : réduire le risque de propagation depuis les zones d'insécurité en prenant des mesures telles que des activités intensives de vaccination dans les zones environnantes et la vaccination des voyageurs entrant ou sortant des zones infectées.

27. Ce cadre sera régulièrement évalué et d'autres mesures seront introduites dans toutes les zones où la transmission perdure après 2014, date fixée pour son interruption.

Financement du Plan

28. La mise en œuvre efficace et rationnelle du Plan exige que l'on dispose du plus grand volume de fonds possible dès le départ pour garantir la certitude et la prévisibilité des ressources financières. Le financement total du Plan est indispensable pour :

- aider à préserver les acquis obtenus par l'IMEP à ce jour ;
- allouer les ressources de manière à garantir un impact maximal à long terme ;
- permettre à l'IMEP de mettre en place simultanément les mesures nécessaires pour atteindre les principaux objectifs du Plan, augmentant ainsi les chances de réussite.



UNICEF/Amir Khan

La mise en évidence des risques, l'identification des moyens de les atténuer et la mise en place de plans d'urgence renforcent la capacité du programme à réagir rapidement face aux problèmes et à les corriger.

29. L'IMEP a réalisé une analyse approfondie des activités et des coûts, ce qui a permis de définir un budget de US \$5,5 milliards pour atteindre les objectifs du Plan jusqu'en 2018.³ Même s'il est impossible de garantir l'interruption de la transmission à une date précise et bien que différents facteurs puissent intervenir, ce budget illustre le fait que les pays d'endémie sont désormais en bonne voie pour interrompre la transmission avant fin 2014.

30. Ce budget comprend le coût des activités menées pour vacciner chaque année à plusieurs reprises plus de 250 millions d'enfants. Il couvre également le suivi et la surveillance dans plus de 70 pays et la préservation de l'infrastructure qui pourra être utilisée par d'autres programmes de santé et de développement. Les coûts du programme sont directement liés au nombre et à la qualité des campagnes de vaccination. Le budget porte une attention particulière à l'amélioration de la qualité des campagnes de vaccination par le VPO nécessaires pour relever les niveaux d'immunité des enfants dans les zones les plus difficiles d'accès de l'Afghanistan, du Nigéria et du Pakistan.

31. Un chapitre sur les ressources financières décrit les hypothèses utilisées pour calculer les coûts du Plan ainsi que les imprévus au cas où un retard se produit au regard des principaux indicateurs dans des zones géographiques données ou dans certains volets du programme. Les besoins financiers pour la période sont présentés dans un document intitulé «Besoins de ressources financières», où ils sont associés aux coûts correspondants et aux hypothèses de base et décomposés par grande catégorie budgétaire. Ces informations sont examinées et mises à jour tous les quatre mois.

32. Une stratégie a été mise en place pour obtenir un financement durable et prévisible sur la période 2013-2018 et faire en sorte qu'aucun déficit de financement n'entrave la mise en œuvre du Plan et donc l'éradication de la poliomyélite.

Le financement total du Plan est indispensable pour

- **préserver les acquis obtenus à ce jour**
- **contribuer à la meilleure allocation des ressources**
- **permettre à l'IMEP de mettre en œuvre les principaux objectifs du Plan**

³ Ce chiffre ne tient pas compte du financement que le Gouvernement de l'Inde affecte à son programme d'éradication de la poliomyélite pour la période de six ans.

ÉRADIQUER LA POLIOMYÉLITE À TOUT JAMAIS

33. L'éradication de l'une des maladies les plus tenaces au monde apportera un «bien public mondial» dans la mesure où les bienfaits d'un monde sans poliomyélite s'étendront à tous les enfants où qu'ils se trouvent et à tout jamais, les protégeant pour toujours de cette maladie débilitante et évitable. L'IMEP est intervenue au bénéfice de plus de 2,5 milliards d'enfants dont la plupart vivent dans des zones parmi les plus difficiles et dans des communautés les plus vulnérables au monde. Le personnel et l'infrastructure financés par l'IMEP ont été utilisés pour assurer d'autres interventions sanitaires prioritaires, notamment la distribution de vaccins antirougeoleux, de compléments de vitamine A, de moustiquaires antipaludiques et d'anthelminthiques (comprimés vermifuges). L'IMEP a servi également de base pour la surveillance de maladies à tendance épidémique, telles la fièvre jaune et la grippe aviaire, dans des régions où les systèmes de santé sont fragiles, ainsi que pour l'action humanitaire engagée à la suite de catastrophes naturelles et d'autres situations de crise. La pleine mise en œuvre du Plan permettra non seulement d'éradiquer à tout jamais la poliomyélite mais aussi d'élargir les bienfaits de cette avancée en améliorant chez l'enfant les taux de primovaccination par des vaccins salvateurs. Par delà l'éradication de la poliomyélite, la réussite de ce programme jettera les bases nécessaires pour tirer parti des enseignements du programme d'éradication et, potentiellement, d'une grande partie des infrastructures étendues de l'IMEP, qui pourront continuer à être mises au service de la santé publique.

Au cours des 25 dernières années, le personnel et les infrastructures financées par l'IMEP ont permis de répondre à des priorités sanitaires mondiales et nationales en distribuant

- des vaccins antirougeoleux
- des compléments de vitamine A
- des moustiquaires antipaludiques
- des anthelminthiques (comprimés vermifuges)
- et en assurant la surveillance de la fièvre jaune et de la grippe aviaire

34. L'éradication de la poliomyélite aura également d'importantes retombées économiques positives. Selon une étude réalisée en 2010,⁴ l'action de l'IMEP va générer un bénéfice net de US \$40-50 milliards pour les pays les plus pauvres de la planète, en grande partie grâce, d'une part, aux économies obtenues par la suppression des coûts de traitement des cas de poliomyélite paralytique et, d'autre part, aux gains de productivité. Le développement d'autres interventions sanitaires, le renforcement de la capacité de surveillance des maladies et l'amélioration des systèmes de délivrance des vaccins résultant des activités d'éradication de la poliomyélite auront également une incidence économique favorable.

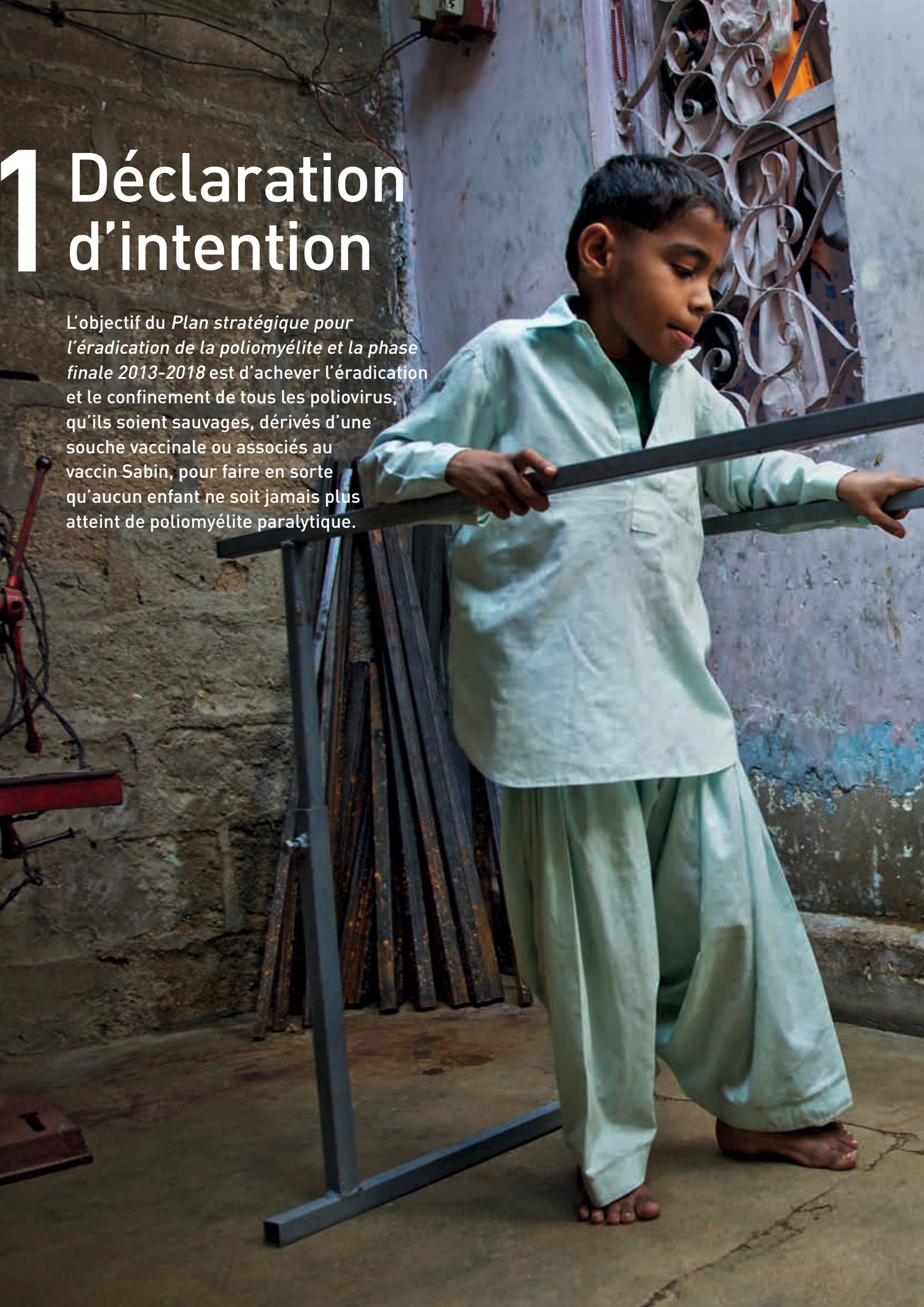
35. Grâce à l'IMEP, la poliomyélite touche aujourd'hui un nombre assez faible d'enfants dans le monde. Cependant, cette situation va changer rapidement si l'éradication n'est pas achevée, compte tenu de la tendance épidémique de cette maladie. La poursuite de la transmission endémique dans trois pays continuera de menacer les régions exemptes où qu'elles se situent, jusqu'à ce que l'éradication soit totale. Les flambées à grande échelle survenues récemment dans des pays exemptes rappellent brutalement cette menace. En 2009-2011 encore, près de la moitié de tous les cas de poliomyélite étaient dus à la propagation de poliovirus issus de régions d'endémie dans des pays exemptes de poliomyélite. Environ un tiers du budget 2011 de l'IMEP a été consacré à la riposte aux flambées dans des pays auparavant exemptes. Si l'on ne parvient pas à éradiquer la poliomyélite maintenant, 200 000 nouveaux cas pourraient apparaître chaque année au cours des 10 prochaines années.

⁴ Duintjer Tebbens RJ et al. *Economic analysis of the global polio eradication initiative*. Vaccine, 2010, 29 (2) : 334-343.

36. L'aide apportée par la communauté mondiale pour financer entièrement le *Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale 2013-2018* portera ses fruits pour les générations à venir. La réussite de la mise en œuvre du Plan montrera que, grâce au partenariat mondial, il existe désormais un modèle réaliste et adaptable permettant de faire bénéficier les populations les plus marginalisées des interventions sanitaires les plus fondamentales – un schéma directeur qui pourrait être utilisé avec succès dans les actions futures afin de garantir que les enfants les plus négligés du monde aient enfin la chance de vivre mieux et en meilleure santé.

1 Déclaration d'intention

L'objectif du *Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale 2013-2018* est d'achever l'éradication et le confinement de tous les poliovirus, qu'ils soient sauvages, dérivés d'une souche vaccinale ou associés au vaccin Sabin, pour faire en sorte qu'aucun enfant ne soit jamais plus atteint de poliomyélite paralytique.



Contexte

Grâce à la pleine mise en œuvre du *Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale*, la poliomyélite deviendra la première maladie humaine éradiquée au XXI^e siècle.

2

2. BANKEBOND

2.1 Le 26 mai 2012, l'Assemblée mondiale de la Santé a appelé à l'élaboration d'une stratégie globale pour l'assaut final contre la poliomyélite.⁵

Le *Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale 2013-2018* (ci-après «le Plan»), établi en consultation avec les autorités sanitaires nationales, les experts scientifiques, les initiatives mondiales dans le domaine de la santé (par exemple l'Alliance GAVI), les donateurs et d'autres parties prenantes, présente l'approche stratégique mise au point pour l'éradication de tous les poliovirus restants – qu'il s'agisse de poliovirus sauvages ou de poliovirus associés aux vaccins –, la gestion des risques dus au poliovirus au cours de la période qui suivra l'éradication, et la reconversion de l'infrastructure de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP) au fur et à mesure qu'elle arrive à son terme. Parmi les participants aux consultations figuraient, entre autres, le Groupe des partenaires pour l'éradication de la poliomyélite, les groupes consultatifs techniques aux niveaux national et international et le Comité de suivi indépendant de l'IMEP. En novembre 2012, le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination (SAGE) a examiné le Plan et approuvé ses principales composantes. En janvier 2013, le Conseil exécutif de l'Organisation mondiale de la Santé a examiné le document et fourni de nouvelles orientations pour sa mise au point définitive.

2.2 Le présent Plan prend le relais du *Plan d'action mondial d'urgence contre la poliomyélite 2012-2013*⁶ et intègre des éléments des plans d'action nationaux/d'urgence des trois pays d'endémie restants, qui décrivent les activités spécifiques visant à achever l'éradication du poliovirus sauvage dans des contextes géographiques particuliers. Le Plan repose sur l'épidémiologie de la poliomyélite au niveau mondial à la fin de 2012, les améliorations récentes dans la qualité des campagnes de vaccination par le vaccin anti-poliomyélitique oral (VPO) dans les zones restant infectées par le virus, les dernières connaissances acquises concernant les risques posés par les poliovirus associés aux vaccins, et l'élaboration récente de stratégies et d'outils novateurs pour gérer les risques après l'éradication. Compte tenu du fait qu'il est urgent de renforcer les systèmes de vaccination, une attention particulière est accordée à l'alignement de ce Plan sur les buts, objectifs et principales activités du Plan d'action mondial pour les vaccins.⁷

2.3 Au-delà de 2014, ce Plan sera complété par de nouveaux plans opérationnels biennaux qui présenteront les activités et stratégies particulières nécessaires pour atteindre les objectifs du Plan, en fonction de l'évolution de l'épidémiologie de la poliomyélite, des priorités de gestion des risques associés aux vaccins et des risques après l'éradication, et des priorités convenues dans le cadre des travaux visant à transmettre les acquis de la lutte contre la poliomyélite. Dans un souci de flexibilité et pour permettre d'apporter des modifications à l'approche adoptée, le Plan et sa mise en œuvre seront officiellement révisés chaque année. La pleine mise en œuvre de ce Plan fera de la poliomyélite la première maladie humaine à être éradiquée de la surface de la terre au XXI^e siècle.

2.4 Le présent document est destiné à l'usage des personnes et des organisations participant aux efforts d'éradication de la poliomyélite. Parmi les utilisateurs potentiels du document, citons notamment :

- les administrateurs et le personnel des programmes nationaux de lutte contre la poliomyélite et de vaccination ;
- les partenaires soutenant l'IMEP ;
- les agents de liaison de l'OMS et de l'UNICEF au niveau des pays et des régions pour les activités d'éradication de la poliomyélite et de vaccination, et le personnel de santé de l'UNICEF ;
- les comités de coordination interinstitutions au niveau national ;
- les organes de surveillance et de gestion de l'éradication de la poliomyélite ;
- les organes consultatifs techniques pour l'éradication de la poliomyélite et la vaccination.

⁵ Résolution WHA65.5, «Intensification de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite».

⁶ Le *Plan d'action mondial d'urgence contre la poliomyélite 2012-2013* est disponible à l'adresse suivante : <http://www.polioeradication.org/resourcelibrary/strategyandwork/emergencyactionplan.aspx>.

⁷ Résolution WHA65.17, «Plan d'action mondial pour les vaccins».

3



Pour la première fois, plusieurs nouveaux éléments ont été intégrés à ce plan en vue de garantir une approche complète pour l'éradication de la poliomyélite.

Aperçu

3.1 QUELS SONT LES ÉLÉMENTS NOUVEAUX ?

3.1 Pour la première fois, le *Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale 2013-2018* adopte une stratégie globale pour achever l'éradication de la poliomyélite. Cinq principaux éléments nouveaux distinguent ce Plan des précédents :

- des approches stratégiques visant l'éradication de tous les poliovirus (qu'ils soient sauvages ou dérivés de souches vaccinales) ;
- l'urgence accordée à l'amélioration des systèmes de vaccination dans les régions clés ;
- l'introduction de nouvelles options de vaccination par le VPI à un prix abordable pour gérer les risques à long terme que font courir les poliovirus et éventuellement accélérer l'éradication du poliovirus sauvage ;
- des stratégies d'atténuation des risques permettant de faire face aux nouvelles menaces, en particulier à l'insécurité qui prévaut dans certaines zones d'endémie, et des plans d'urgence en cas de retard dans l'interruption de la transmission du poliovirus dans ces réservoirs ;
- un calendrier concret pour mener à bien l'IMEP.

3.2 Les plans précédents mettaient d'abord l'accent sur l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage (PVS), puis sur l'élimination des poliovirus dérivés de souches vaccinales (PVDV). Ce Plan incorpore des tactiques, des stratégies et des outils novateurs qui permettront au programme non seulement d'interrompre la transmission du PVS, mais, parallèlement, de répondre aux risques associés au PVDV. Ce changement fondamental dans la stratégie adoptée tire le meilleur parti possible de la mise au point récente du VPO bivalent (VPOb) et des nouvelles options de vaccination par le vaccin antipoliomyélique inactivé (VPI) à un moment où l'on espère des résultats optimaux en matière de vaccination et de surveillance – permettant ainsi d'améliorer les probabilités de succès.

3.3 Le Plan accorde le même degré d'urgence et d'importance au renforcement des systèmes de vaccination qu'à l'amélioration de la qualité des campagnes par le VPO dans les zones hautement prioritaires pour le programme. Des systèmes de vaccination renforcés permettront d'offrir à la fois une base plus solide pour renforcer l'immunité de la population en vue d'interrompre la transmission du PVS et une assise durable pour l'introduction de nouveaux vaccins (les options de vaccination par le VPI) afin de contribuer à maîtriser les risques de poliovirus à long terme. Par ce Plan, l'IMEP s'engage à intensifier ses efforts pour renforcer les systèmes de vaccination en utilisant le personnel, les actifs et les outils financés par la lutte contre la poliomyélite et à collaborer davantage avec ses partenaires dans le domaine de la vaccination dans les régions clés.

3.4 La mise au point et l'introduction de nouveaux vaccins représentent une avancée majeure dans la gestion des risques dus au poliovirus. Outre l'extension de l'utilisation du VPOb, ce Plan tire parti des nouvelles connaissances concernant l'impact du VPI sur l'immunité muqueuse et les nouvelles possibilités de l'utiliser, moyennant un coût modique à grande échelle. Le Plan décrit comment la mise au point et l'homologation d'options de vaccination par le VPI à un prix abordable seront accélérées. Cela facilitera le retrait du VPO des programmes de vaccination systématique (et par conséquent l'élimination des PVDV) et pourra aussi permettre d'accélérer l'éradication du PVS dans les principaux réservoirs.

3.5 Compte tenu du risque accru de retards dus en particulier à l'insécurité dans certains réservoirs d'endémie, le Plan présente un cadre en cinq volets visant à améliorer la sécurité du programme et la couverture dans ces zones, ainsi que des mesures supplémentaires pour réduire le risque de propagation internationale.

Principaux éléments nouveaux du Plan :

- des approches stratégiques visant tous les poliovirus ;
- l'urgence accordée à l'amélioration des systèmes de vaccination ;
- l'introduction de nouvelles technologies ;
- l'amélioration de l'atténuation des risques et des stratégies d'urgence ;
- un calendrier pour mener à bien le programme.

Le Plan a quatre objectifs principaux :

- interrompre la transmission de tous les poliovirus sauvages avant fin 2014 et éliminer toute nouvelle flambée due à un PVDVc dans les 120 jours qui suivent la confirmation du cas indicateur ;
- accélérer l'interruption de la transmission du PVS, réduire le risque d'importation de PVS et de situations d'urgence liées aux PVDVc, et contribuer à renforcer la vaccination systématique ;
- certifier que toutes les régions du monde sont exemptes de poliomyélite et veiller à ce que tous les stocks de poliovirus soient confinés en toute sécurité ;
- faire en sorte que le monde reste définitivement exempt de poliomyélite et que l'investissement dans l'éradication de la poliomyélite soit bénéfique pour la santé dans les années à venir.

3. 6 Passant d'une gestion séquentielle à une gestion parallèle des risques associés au PVS et au PVDV, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite est en mesure de fixer un calendrier et de définir des étapes claires pour mener à bien le programme d'éradication.

3.2 LES PRINCIPAUX OBJECTIFS

Le *Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale 2013-2018* compte quatre principaux objectifs et domaines d'activités connexes :

1. Détection du poliovirus et interruption de sa transmission

Cet objectif vise à interrompre la transmission de tous les poliovirus sauvages avant fin 2014 en améliorant la surveillance mondiale des poliovirus, en mettant en œuvre de manière efficace les plans d'urgence nationaux visant à améliorer la qualité des campagnes par le VPO dans les pays d'endémie restants et en assurant une riposte rapide face aux flambées. Ce domaine d'activité accorde une attention particulière à la lutte contre les risques qui ont pris de l'ampleur à la fin de 2012,

essentiellement l'insécurité, alors que le programme commençait à atteindre de manière plus systématique les zones et les populations chroniquement délaissées. Cet objectif comprend aussi l'interruption de toute nouvelle flambée due à un poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale (PVDVc) dans les 120 jours qui suivent la confirmation du cas indicateur. L'accent est mis en premier lieu sur les trois pays d'endémie et sur les pays où le risque d'importation est le plus élevé en Afrique et en Asie du Sud.

2. Renforcement des systèmes de vaccination et retrait du VPO

Cet objectif contribuera à accélérer l'interruption de la transmission de tous les poliovirus et à construire un système plus rigoureux pour administrer d'autres vaccins salvateurs. Pour éliminer l'ensemble des risques liés aux PVDV à long terme, tous les VPO doivent être retirés des programmes de vaccination systématique. Étant donné que le poliovirus sauvage de type 2 (PVS2) a été éradiqué en 1999 et que la principale cause des flambées de PVDV est actuellement la composante de type 2 du VPO, celle-ci doit être retirée du vaccin d'ici à la mi-2016. La préparation à ce retrait suppose de renforcer les systèmes de vaccination – en particulier dans les zones où les risques sont les plus élevés, en introduisant au moins une dose de VPI dans les programmes de vaccination systématique à l'échelle mondiale, puis en remplaçant le VPO trivalent par le VPO bivalent dans tous les pays utilisant le VPO. Cet objectif concerne l'ensemble des 145 pays du monde qui utilisent actuellement le VPO dans leurs programmes de vaccination systématique.

3. Confinement et certification

Cet objectif consiste à certifier l'éradication et le confinement de tous les poliovirus sauvages dans toutes les Régions de l'OMS d'ici à la fin de 2018, en reconnaissant qu'un petit nombre d'installations devront conserver des stocks de poliovirus au cours de la période qui suivra l'éradication pour la production de vaccins, de produits diagnostiques et la recherche. Les critères pour la manipulation sans risque et le confinement biologique de ces poliovirus, et les processus de suivi de leur application, sont essentiels pour minimiser le risque de réintroduction du poliovirus dans la période postéradication. En conséquence, ce domaine d'activité comprend l'obtention d'un

Les quatre principaux objectifs du Plan ne sont pas séquentiels mais sont poursuivis en parallèle.

consensus international sur les conditions du confinement bio-logique à long terme des poliovirus et le calendrier de leur application. Vérifier l'application de ces conditions, sous la surveillance de la Commission mondiale de certification sera un aspect essentiel des processus de certification de l'éradication mondiale. L'ensemble des 194 États Membres de l'Organisation mondiale de la Santé sont concernés par les travaux en vue de la réalisation de cet objectif.

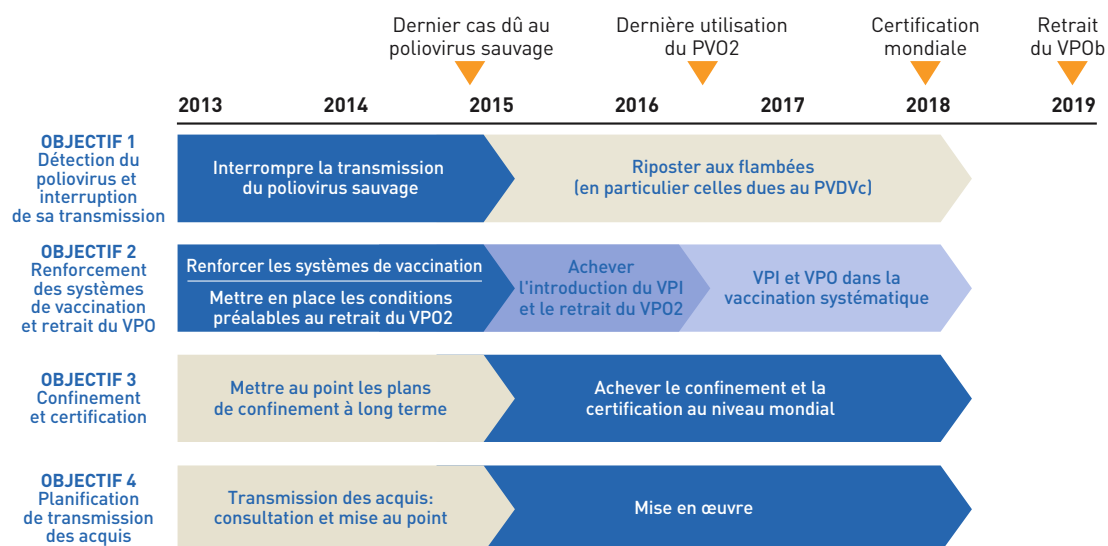
4. Planification de la transmission des acquis

Au fur et à mesure que le programme de lutte contre la poliomyélite progresse vers les étapes clés de l'éradication, une planification réussie de la transmission des acquis devra passer par l'intégration des fonctions essentielles de lutte contre la poliomyélite dans les programmes de santé publique en cours aux niveaux national et international, en veillant à ce que les enseignements tirés puissent bénéficier à d'autres programmes et/ou initiatives, et à ce que les actifs et les infrastructures mis en place puissent être adaptés à d'autres objectifs de développement et priorités sanitaires mondiales. Cela supposera des consultations approfondies ainsi qu'un processus de planification et de mise en œuvre pour garantir que les investissements consentis dans les opérations d'éradication de la poliomyélite seront bénéfiques pour la santé publique dans les années à venir. Les travaux dans le cadre de cet objectif conduiront à l'élaboration d'un plan complet de transmission des acquis d'ici à la fin de 2015.

Comme le montre la Figure 1, les quatre principaux objectifs du Plan ne sont pas séquentiels mais seront poursuivis en parallèle. De 2013 à 2015, les travaux seront essentiellement axés, du point de vue de la mise en œuvre dans les pays, sur les premier et deuxième objectifs ; l'accent sera davantage mis sur les aspects opérationnels des troisième et quatrième objectifs au fur et à mesure que des étapes essentielles auront été franchies. Un cadre de suivi de haut niveau (annexe B) permettra de suivre les progrès par rapport aux cibles fixées.

Figure 1 : Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale^a

La Figure montre que si l'on dispose de tous les fonds nécessaires, tous les objectifs seront poursuivis parallèlement, avec des dates butoirs fixées pour la réalisation de chacun.



^a Des activités essentielles (surveillance, réseau de laboratoires et utilisation du VPI dans les vaccinations systématiques, par exemple) seront intégrées après 2019.

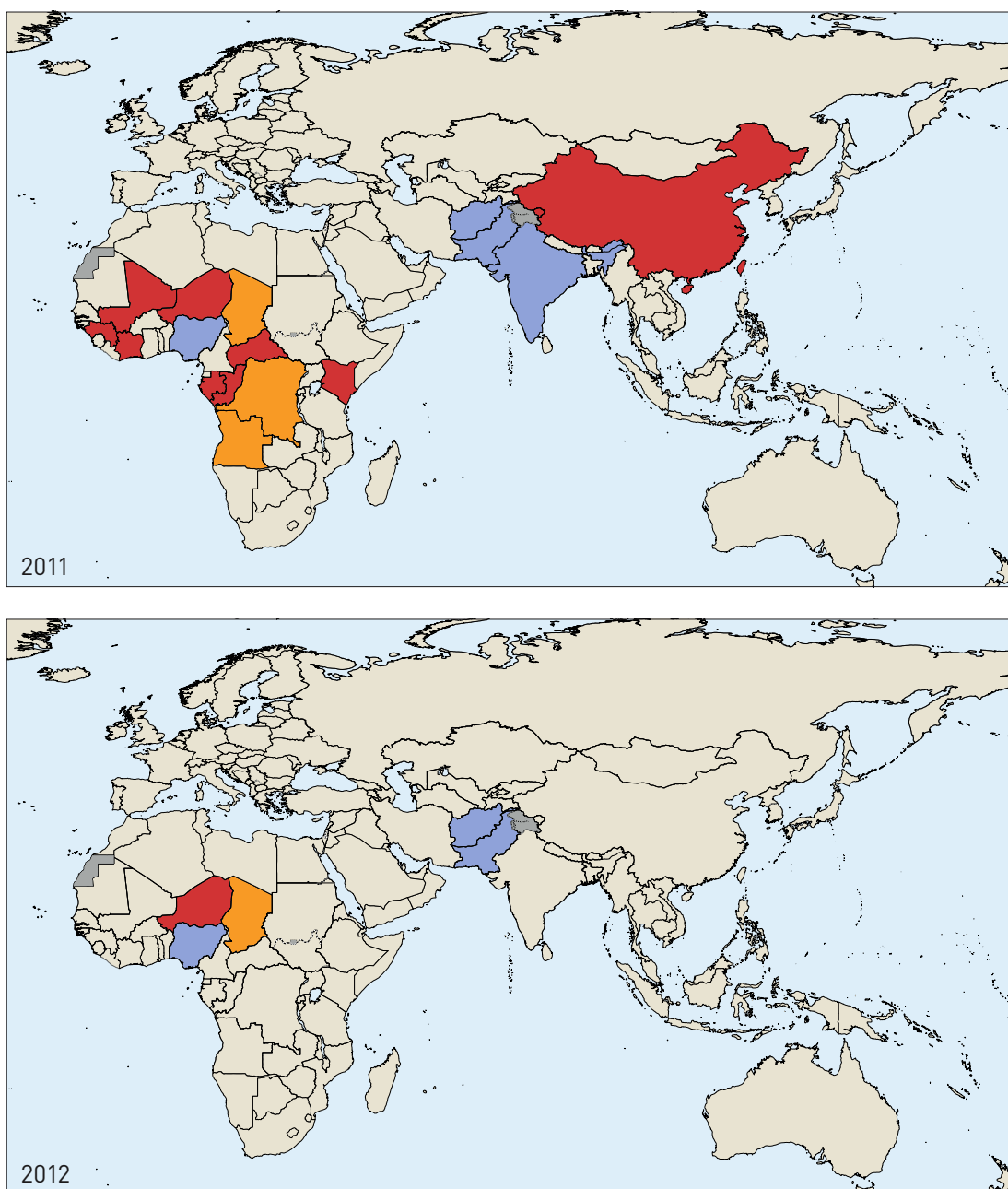


Les progrès historiques accomplis du point de vue de la situation épidémiologique, de l'état des connaissances sur les poliovirus et de la volonté politique vont ouvrir des possibilités nouvelles pour exécuter ce nouveau Plan pour un monde exempt de poliomyélite.

Contexte

4.1 LA SITUATION ACTUELLE

Figure 2 : Pays où des cas de poliovirus sauvages ont été signalés, 2011 et 2012



Données au 19 février 2013

- Pays dans lesquels la transmission du poliovirus sauvage autochtone est endémique
- Pays dans lesquels la transmission du poliovirus sauvage est rétablie
- Pays ayant enregistré des flambées à la suite de l'importation du poliovirus sauvage

2011	2012
Dernier cas en Inde	Derniers cas en Angola et en Rép. démocratique du Congo
3 pays où la transmission est rétablie	1 pays où la transmission est rétablie
11 flambées dans 9 pays	1 flambée
16 pays, 650 cas	5 pays, 223 cas

4.1 L'Assemblée mondiale de la Santé, réunion annuelle des ministres de la santé de tous les États Membres de l'OMS, s'est engagée pour la première fois en faveur de l'éradication de la poliomyélite lorsqu'elle a adopté, en 1988, la résolution WHA41.28, qui appelait à l'éradication mondiale de la maladie d'ici l'an 2000. Cette résolution a donné le coup d'envoi de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP), lancée par des gouvernements, l'OMS, le Rotary International, les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis et l'UNICEF.

Depuis 1988, l'IMEP a permis de réduire l'incidence mondiale de la poliomyélite de plus de 99,9%, trois des six Régions de l'OMS ayant été «certifiées» exemptes de la maladie (la Région des Amériques en 1994, la Région du Pacifique occidental en 2000 et la Région européenne en 2002), et un des trois sérotypes du poliovirus sauvage (le type 2) a été éradiqué.

En mai 2012, l'Assemblée mondiale de la Santé a déclaré que l'achèvement de l'éradication de la poliomyélite constituait une «urgence programmatique pour la santé publique mondiale» et a appelé à une augmentation marquée de l'intensité des activités d'éradication dans les Régions où les résultats sont les plus médiocres.

4.2 La transmission du poliovirus sauvage était alors endémique dans plus de 125 pays et, chaque année, plus de 350 000 enfants étaient paralysés par la poliomyélite pour le restant de leurs jours. Depuis 1988, l'IMEP a permis de réduire l'incidence mondiale de la poliomyélite de plus de 99,9%, trois des six Régions de l'OMS ayant été certifiées exemptes de la maladie (la Région des Amériques en 1994, la Région du Pacifique occidental en 2000 et la Région européenne en 2002), et l'un des trois sérotypes du poliovirus sauvage (le type 2) a été éradiqué (isolé pour la dernière fois en 1999).

4.3 Grâce à l'IMEP, plus de 10 milliards de doses de VPO ont été administrées à plus de 2,5 milliards d'enfants dans le monde ; aujourd'hui, ce sont plus de 10 millions de personnes qui, si elles n'avaient pas été vaccinées, seraient paralysées ; et plus d'un million de décès infanto-juvéniles ont été évités grâce à l'administration de la vitamine A au cours des campagnes de lutte contre la poliomyélite.⁸

4.4 En janvier 2012, une quatrième Région de l'OMS (la Région de l'Asie du Sud-Est) a fait un grand pas sur la voie de la certification en tant que Région exempte de poliomyélite alors que l'Inde franchissait l'étape d'une année sans un seul cas. Toutefois, alors que l'Inde s'appêtait à franchir cette étape, le nombre des cas a doublé en 2011 dans les trois pays d'endémie restants : l'Afghanistan, le Nigéria et le Pakistan. En mai 2012, consciente, au vu des données issues des flambées récentes,⁹ des terribles conséquences

qu'entraînerait un échec de l'éradication de la poliomyélite, mais aussi des perspectives de succès ouvertes par l'Inde, l'Assemblée mondiale de la Santé a déclaré que l'achèvement de l'éradication de la poliomyélite constituait une «urgence programmatique pour la santé publique mondiale» et a appelé à une augmentation marquée de l'intensité des activités d'éradication dans les Régions où les résultats sont les plus médiocres.

4.5 Dans les trois pays d'endémie restants, des plans d'action d'urgence ont été mis en place pour surmonter les obstacles restants à l'administration à chaque enfant du vaccin antipoliomyélitique ;

⁸ Fin 2010, on estimait de 1,1 à 5,4 millions le nombre de décès d'enfants ayant été évités. Duintjer Tebbens RJ, Pallansch MA, Cochi SL et al. *Economic analysis of the Global Polio Eradication Initiative*. Vaccine, 2010, 29 (2):334-343.

⁹ Notamment les flambées causées par le poliovirus sauvage de type 1 qui ont frappé des adultes en République démocratique du Congo en 2010-2011.

dans chaque pays, les organismes de surveillance relevant des chefs d'État ont à nouveau été renforcés, du niveau national au niveau local, pour accroître les responsabilités politiques et administratives pour la qualité des principales activités d'éradication. Les principaux partenaires de l'IMEP ont intensifié leurs activités pour tenir compte de cet état d'urgence et d'importants moyens d'assistance technique supplémentaires ont été déployés dans les zones où les risques sont les plus élevés pour aider les gouvernements à mettre en œuvre la stratégie. En septembre 2012, le Secrétaire général des Nations Unies a organisé une réunion de haut niveau sur l'urgence de l'éradication de la poliomyélite au cours de la soixante-septième session de l'Assemblée générale des Nations Unies, afin de renforcer l'engagement en faveur de l'éradication aux niveaux national et international et de mobiliser le financement nécessaire. Cette initiative a réuni les chefs d'État des pays où la maladie est endémique, les dirigeants des organismes partenaires, les donateurs et d'autres parties prenantes.

4.6 Conséquence directe des mesures d'urgence adoptées par les partenaires de l'IMEP et les gouvernements dans les pays, l'année 2012 est celle où l'on a signalé le nombre de nouveaux cas de poliomyélite le plus faible jamais obtenu dans un nombre de districts et de pays plus restreint que jamais. À l'échelle mondiale, 223 cas ont été notifiés en 2012, soit une baisse de 66% par comparaison à 2011. À la fin de 2012, l'Angola et la République démocratique du Congo avaient réussi à mettre fin à la transmission réétablie du poliovirus et le Tchad était sur la bonne voie pour y parvenir (le cas le plus récent dans le pays datait du 14 juin 2012). Cinq pays ont signalé des cas en 2012 alors qu'ils étaient 16 en 2011. Dans deux des pays d'endémie, le Pakistan et l'Afghanistan, le nombre des cas a diminué de 65% et 42%, respectivement, par rapport à 2011. Au Nigéria, le nombre des cas a doublé par comparaison à la même période en 2011, mais à la fin de 2012 de nombreux éléments confirmaient l'amélioration des résultats dans les zones où ils étaient traditionnellement les plus médiocres.

Conséquence directe des mesures d'urgence adoptées par les partenaires de l'IMEP et les gouvernements dans les pays, l'année 2012 est celle où l'on a signalé le nombre de nouveaux cas de poliomyélite le plus faible jamais obtenu dans un nombre de districts et de pays plus restreint que jamais. À l'échelle mondiale, 223 cas ont été notifiés en 2012, soit une baisse de 66% par comparaison à 2011.

Figure 3 : Districts infectés par la poliomyélite, 2012

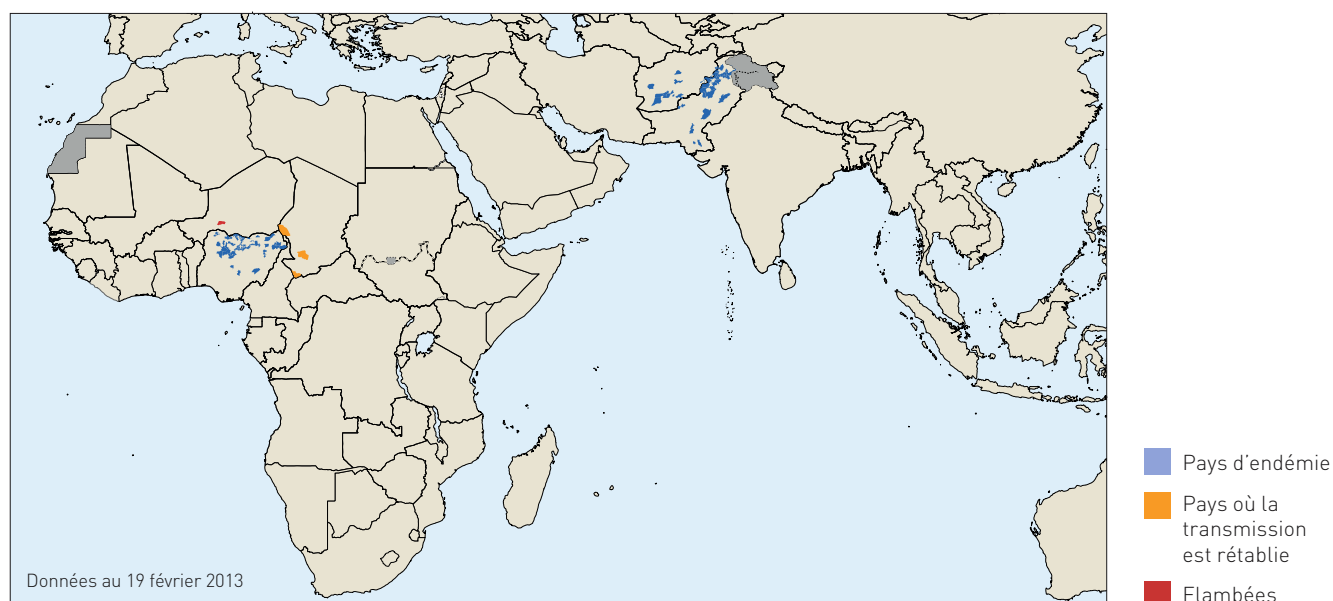


Tableau 3 : Cas de poliovirus sauvage par trimestre, en 2012

Trimestre	AU NIVEAU MONDIAL, PAR TRIMESTRE	AU NIVEAU MONDIAL, PAR TYPE ET PAR TRIMESTRE			PAR RÉGION ET PAR TRIMESTRE		
	Total	W1	W3	Total	AFRO	EMRO	Total
T1	54	44	9	54*	33	21	54
T2	50	43	7	50	34	16	50
T3	74	70	4	50	39	35	74
T4	45	44	1	50	22	23	45
Total	223	201	21	223	128	95	223

* Y compris une combinaison PVS1/PVS3.

4.7 Tout au long des efforts d'éradication de la poliomyélite déployés au niveau mondial, des virus provenant des zones d'endémie – en particulier de l'Inde et du Nigéria – ont régulièrement réinfecté les zones exemptes de la poliomyélite, conduisant à des flambées associées aux importations et, dans quatre pays auparavant exemptes de la maladie, au rétablissement d'une transmission persistante. Bien que la propagation internationale ait été limitée à une seule manifestation en 2012 au Niger, résultant d'un virus lié génétiquement à une transmission au Nigéria, les importations resteront une menace importante et constante jusqu'à ce que toute transmission du poliovirus sauvage soit interrompue au niveau mondial.

4.8 En janvier 2013, le Conseil exécutif de l'OMS a réaffirmé l'importance d'une vaccination complète des voyageurs par le VPO, une recommandation énoncée dans la publication de l'OMS *Voyages internationaux et santé*.

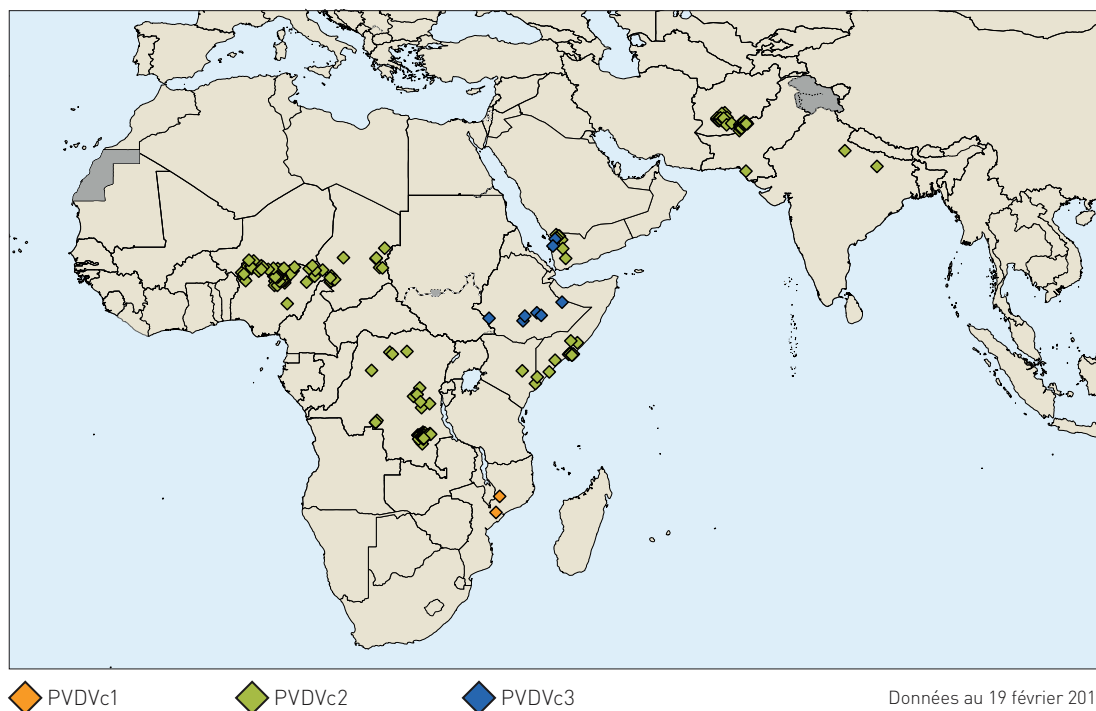
4.9 Au fur et à mesure que l'IMEP travaillait à l'éradication des poliovirus sauvages à l'échelle mondiale, elle est parvenue à mieux comprendre les risques que les poliovirus associés au vaccin

En janvier 2013, le Conseil exécutif de l'OMS a réaffirmé l'importance d'une vaccination complète des voyageurs par le VPO, une recommandation énoncée dans la publication de l'OMS *Voyages internationaux et santé*.

Bien qu'en 2012 davantage de pays aient été touchés par une flambée de poliomyélite due à un PVDVc qu'à un poliovirus sauvage, la mise au point de nouveaux outils et l'application de nouvelles stratégies permettent de lutter contre ce risque parallèlement à l'éradication du poliovirus sauvage.

La poliomyélite paralytique associée au vaccin (PPAV) avait fait l'objet d'études avant le lancement des efforts d'éradication et l'on savait que la PPAV pourrait finalement être éliminée en mettant fin à l'utilisation du VPO à l'échelle mondiale après l'éradication du poliovirus sauvage. Ce n'est qu'en 1999-2000, toutefois, qu'il s'est avéré que les PVDVc pouvaient recouvrer la capacité de causer des flambées de poliomyélite (c'est-à-dire devenir des PVDVc circulants ou PVDVc). On sait désormais que les PVDVc peuvent aussi, en de rares occasions, entraîner une infection chronique (poliovirus dérivé de la souche vaccinale associé à un déficit immunitaire) chez des individus souffrant de certains syndromes congénitaux de déficience immunitaire.

4.10 En 2012, pour la toute première fois, les pays touchés par une flambée de poliomyélite due à un PVDVc (résultant d'un virus de type 2) étaient plus nombreux que ceux touchés par une flambée due à un poliovirus sauvage, d'où l'importance de s'attaquer rapidement à ce risque (Figure 4). Heureusement, la somme importante des connaissances acquises depuis la première détection d'un PVDVc en 1999-2000

Figure 4 : Cas de poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale, par type, 2010-2012

a désormais abouti aux outils et stratégies nécessaires pour éliminer les PVDV parallèlement à l'éradication du poliovirus sauvage au cours de la période 2013-2018.

4.2 TENIR COMPTE DE L'EXPÉRIENCE ACQUISE – ENSEIGNEMENTS TIRÉS

4.11 Depuis le lancement de l'IMEP, trois grandes dates butoirs ont été fixées : interruption de la transmission d'ici à 2000, certification de l'éradication en 2005 et, plus récemment, interruption de la transmission d'ici à la fin de 2012. En conséquence, dans le cadre de l'élaboration du présent Plan, l'IMEP a entrepris un examen critique du programme pour étudier :

- comment les enseignements tirés des réussites et des échecs passés peuvent être utiles à la stratégie future ;
- si les pays d'endémie restants sont sur la bonne voie pour parvenir à l'éradication ;
- la solidité des arguments en faveur de l'achèvement de l'éradication, en tenant compte des nouvelles ressources requises jusqu'en 2018.

4.12 Combinées, ces évaluations ont permis à l'IMEP de mieux comprendre pourquoi les anciennes dates butoirs n'ont pas été respectées, dans quelle mesure les pays d'endémie restants sont sur le point d'atteindre leurs objectifs et dans quelle mesure les efforts d'éradication mondiaux continuent à être d'une importance cruciale.

Les objectifs fixés n'ayant pu être atteints, un examen critique du programme a été entrepris pour trois grandes dates :

- Interruption de la transmission d'ici 2000
- Certification de l'éradication d'ici 2005
- Interruption de la transmission d'ici 2012.

Leçon 1 : Il n'existe pas de modèle unique

4.13 L'IMEP n'a pas réussi à respecter la première date butoir de l'année 2000 pour l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage à l'échelle mondiale. Cet échec est dû en partie au lancement tardif des campagnes de vaccination par le VPO dans les régions clés, dont certaines étaient en proie à un nombre élevé de cas et à une transmission intense. Dans le même temps, on espérait que, dans chaque pays, la transmission serait interrompue dans les deux à trois ans qui suivraient le lancement des journées nationales de vaccination (JNV). Le lancement tardif, en 1999-2000, de ces campagnes dans des pays tels que la République démocratique du Congo et le Sierra Leone laisse penser que la planification qui avait conduit à la fixation de la date butoir de l'année 2000 était insuffisante, le financement inapproprié et l'objectif impossible à atteindre. Davantage consciente de l'importance critique des campagnes de vaccination par le VPO pour interrompre la transmission, l'IMEP a doublé le nombre des activités de vaccination supplémentaires (AVS) menées au cours de

Trois enseignements essentiels :

- Il n'existe pas de modèle unique.
- L'innovation technologique ne permet pas de combler les insuffisances dans la gestion ou dans l'engagement communautaire
- Une combinaison d'innovations peut mener au succès même dans les conditions les plus difficiles.

la période allant de 2000 à 2005. Pour ce faire, le personnel de soutien technique a été multiplié par 10 et la vaccination porte à porte a été introduite. En 2005, il restait six pays d'endémie – alors qu'ils étaient plus de 20 en 2000. Bien que le chiffre de seulement six pays d'endémie restants à l'échelle mondiale ait représenté une amélioration, l'objectif de certification de l'éradication d'ici à 2005 n'avait pas été atteint. En outre, le programme a conservé la ligne qu'il avait adoptée, en se contentant de l'intensifier, perdant ainsi des occasions d'innover vraiment, d'affiner les stratégies en fonction du contexte propre à chaque pays ou d'améliorer les systèmes de vaccination.

Leçon 2 : L'innovation technologique ne permet de combler les lacunes ni dans la gestion des programmes ni dans l'engagement de la communauté

4.14 Au milieu des années 2000, l'IMEP a reconnu que dans certaines régions, l'interruption de la transmission du poliovirus soulevait des difficultés exceptionnelles du fait de la forte densité de population, des mauvaises conditions d'assainissement et d'un potentiel d'infection très élevé. La situation s'en trouvait compliquée, en Inde et en Égypte en particulier, du fait qu'à la différence d'autres zones touchées au même moment, où le problème principal résidait dans l'incapacité à atteindre les enfants, ces deux pays avaient des niveaux de couverture vaccinale élevés mais ne parvenaient pas à des niveaux de conversion sérologique ou d'immunité mucoale suffisants pour interrompre la transmission.

4.15 En 2005, les vaccins antipoliomyélitiques oraux monovalents (VPOm1, VPOm3), qui permettaient d'obtenir des taux de séroconversion plus élevés par dose mais ne s'attaquaient qu'à un seul sérotype de poliovirus à la fois, ont été mis au point et introduits afin de lutter contre ce problème. L'Égypte a réussi à interrompre la transmission dans les six mois qui ont suivi l'introduction du VPOm1, conduisant de nombreux observateurs à penser qu'un usage intensif du VPOm pourrait permettre de mettre fin à la transmission qui persistait dans d'autres zones. L'Inde a introduit le VPOm1 et le VPOm3 en 2005 mais a oscillé entre flambées de type 1 et flambées de type 3 au cours des cinq années suivantes. D'autres pays d'endémie, en particulier le Nigéria et le Pakistan, étaient toujours en proie à une importante transmission du poliovirus. Cela a montré que dans les pays d'endémie restants, qui étaient confrontés à des problèmes dans la gestion de base des opérations et

L'IMEP A AINSI APPRIS QUE

- du fait de facteurs sous-jacents qui ont une incidence sur la transmission du poliovirus, tous les pays ne seront pas en mesure de répondre aux campagnes de vaccination par le VPO et d'interrompre la transmission au même rythme ;
- dans certains contextes, il est nécessaire de résoudre les problèmes et de planifier les interventions dans les moindres détails au niveau local pour atteindre les niveaux de couverture voulus ;
- il est fréquent que les données relatives aux résultats soient insuffisamment précises pour orienter la planification et les mesures correctives ;
- les solutions techniques ne peuvent pallier les lacunes ni dans la gestion de base ni dans les responsabilités, ni gommer les facteurs politiques, sociétaux ou culturels ;
- des systèmes de vaccination solides sont essentiels pour prévenir la réinfection et les flambées.

à la faiblesse de l'engagement communautaire, les solutions technologiques n'étaient à elles seules pas suffisantes. En 2010, bien que quatre pays seulement soient restés endémiques, de nombreux autres avaient subi d'importantes flambées associées à des importations du poliovirus du fait de systèmes de vaccination insuffisants.

Leçon 3 : Une combinaison d'innovations adaptées au contexte national peut s'avérer fructueuse même dans les conditions les plus difficiles

4.16 Pour amener rapidement les niveaux d'immunité au-delà des seuils nécessaires pour interrompre la transmission du poliovirus dans les quatre pays d'endémie restants, l'IMEP devait mettre au point des tactiques et des outils plus efficaces à la fois pour vacciner les enfants qui restaient inatteignables et assurer leur séroconversion de manière plus efficace, en particulier dans les zones où la prévalence des maladies entériques était élevée du fait de conditions d'assainissement extrêmement médiocres. Il était nécessaire de déterminer plus systématiquement qui étaient ces enfants et comment ils pouvaient être atteints. En outre, l'IMEP devait examiner comment assurer un suivi plus précis du succès de ces efforts. Cela représentait un changement d'orientation important par rapport aux méthodes précédentes qui étaient axées essentiellement sur les solutions techniques et portaient une attention insuffisante aux tactiques opérationnelles ou aux questions de société.

4.17 L'IMEP s'est inspirée des innovations techniques qui avaient contribué au succès en Égypte et a mis l'accent sur les améliorations dans les opérations, le suivi et la mobilisation sociale. Il s'est agi notamment d'élaborer un ensemble de nouvelles tactiques et d'outils parmi lesquels, entre autres, des stratégies visant les populations mal desservies, la stratégie d'administration d'une dose supplémentaire dans un intervalle court (SIAD),¹⁰ les enquêtes de séroprévalence et la modélisation, la méthode universelle du marquage du doigt des enfants vaccinés, les stratégies visant les migrants et les personnes en transit, le suivi indépendant et les enquêtes d'échantillonnage par lots pour l'assurance de la qualité (LQAS).¹¹

Dans le même temps, l'IMEP s'est attachée à obtenir la mise au point et l'homologation rapide d'une nouvelle formulation bivalente du VPO (VPOb), qui permettait de maximiser l'impact de chaque contact avec un enfant en s'attaquant aux deux sérotypes restants du poliovirus sauvage grâce à un nouveau vaccin dont l'efficacité était proche de celle de chacun des vaccins monovalents.

Forte d'un nouveau vaccin bivalent et appliquant de nouvelles stratégies pour atteindre les enfants mal desservis, l'Inde a enregistré son dernier cas de poliomyélite en janvier 2011.

¹⁰ La méthode SIAD consiste en l'administration de deux doses de VPO monovalent en l'espace d'une ou deux semaines.

¹¹ La méthode de l'échantillonnage par lots pour l'assurance de la qualité (LQAS) classe les zones d'intérêt, correspondant à des «lots», comme ayant des niveaux de couverture vaccinale acceptable ou non acceptable. Cette méthode permet de détecter les poches où la couverture est faible et, par conséquent, d'orienter les efforts de vaccination sur celles-ci.

4.18 Ces stratégies ont été d'abord et plus systématiquement appliquées en Inde. En 2010, plus de 95% des enfants indiens étaient atteints par les campagnes de vaccination par le VPO, mais l'importance de la cohorte des naissances (26 millions d'enfants par an) signifiait que le faible pourcentage d'enfants qui n'étaient pas vaccinés représentait encore une population suffisante pour maintenir la transmission. Ces enfants que l'on ne parvenait pas à atteindre faisaient essentiellement partie des populations mal desservies, en marge des systèmes de santé habituels – nomades, habitants des bidonvilles, enfants des ouvriers du bâtiment ou des briqueteries, ou autres groupes mobiles et migrants. Forte du nouveau vaccin bivalent et d'une connaissance plus approfondie de ses populations à risque et mal desservies, l'Inde a appliqué de manière intensive une série de nouvelles tactiques pour atteindre et protéger ces enfants. Le 13 janvier 2011, l'Inde a finalement enregistré son dernier cas de poliomyélite due à un virus autochtone chez une petite fille de deux ans près de Kolkata. Un objectif essentiel du Plan est de transposer ces stratégies dans les zones d'endémie restantes et d'instituer les mécanismes de responsabilité requis pour améliorer de façon substantielle la qualité des campagnes de vaccination.

L'Inde a été en mesure d'interrompre la transmission du fait de sa capacité à appliquer un ensemble complet de stratégies et d'outils permettant d'atteindre et de protéger tous les enfants. Les innovations introduites ont porté sur :

- la microplanification ;
- les opérations ;
- le suivi et la responsabilisation ;
- la technique (par exemple le VPOb) ;
- la mobilisation sociale ;
- les moyens de soutien supplémentaires.

4.3 DE NOUVELLES DONNÉES ATTESTANT QUE LA TRANSMISSION DU PVS PEUT ÊTRE INTERROMPUE D'ICI À LA FIN DE 2014

4.19 Les enseignements tirés de plus de 20 années de succès et d'échecs dans l'éradication de la poliomyélite ont servi à l'élaboration de nouveaux plans d'action d'urgence dans les trois pays d'endémie restants. La pleine mise en œuvre de ces plans et l'intensification des moyens nécessaires pour recenser, atteindre et vacciner les enfants à risque qui ont toujours échappé à la vaccination

De nouvelles données encourageantes en provenance de chacun des pays d'endémie suggèrent qu'ils sont sur la bonne voie pour interrompre la transmission du poliovirus sauvage d'ici la fin de 2014.

sont des éléments clés de la stratégie de l'IMEP visant à interrompre la transmission du poliovirus à l'échelle mondiale (décrite en détail sous l'objectif 1). De nouvelles données provenant de chacun des pays d'endémie restants permettent de penser que leurs programmes d'éradication de la poliomyélite ont enregistré des améliorations notables en permettant d'atteindre et de vacciner en 2012 des enfants qui jusque-là ne l'avaient jamais été. Bien qu'il soit impossible de garantir que l'interruption sera obtenue à une date précise et que divers

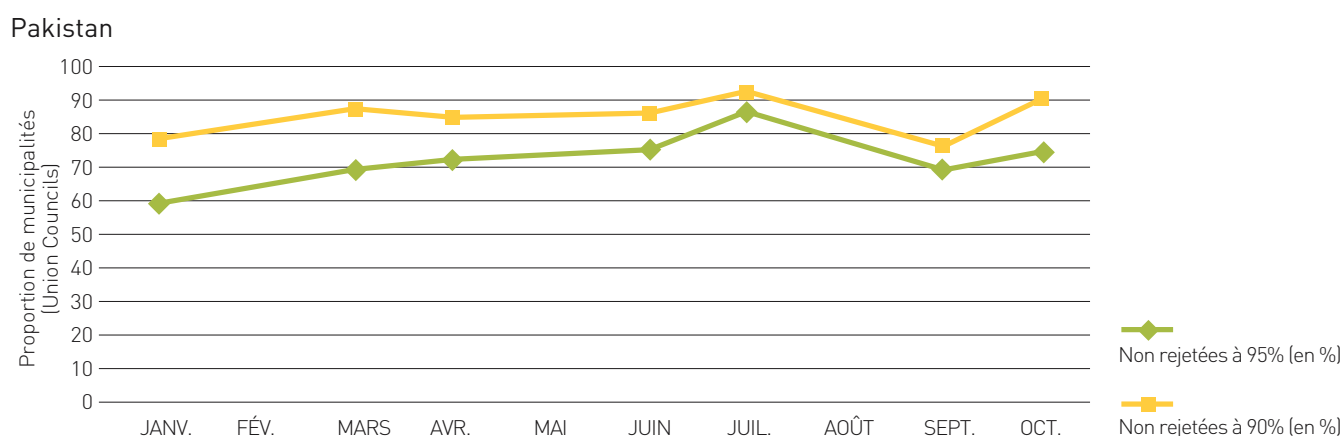
facteurs puissent encore intervenir, les pays d'endémie restants sont désormais sur la bonne voie pour interrompre la transmission d'ici à la fin de 2014.

Les progrès constatés

4.20 Le principal défi à relever pour interrompre la transmission du VPS dans les derniers réservoirs du poliovirus consiste à accroître la couverture par le VPO pour dépasser les niveaux d'immunité nécessaires pour interrompre la transmission. Accéder à certaines populations à risque – en particulier aux enfants qu'il a toujours été impossible d'atteindre – a été le principal obstacle à surmonter.

4.21 L'année 2012 a permis de constater des avancées majeures à la fois dans la qualité des AVS et dans l'accès aux enfants non vaccinés dans la plupart des zones clés réservoirs du poliovirus dans chaque pays d'endémie. Au Nigéria, la proportion de circonscriptions locales (LGA) à très haut risque dans lesquelles la couverture vaccinale a atteint le seuil cible de 80% qui, selon les estimations, permettrait d'interrompre la transmission du poliovirus dans ces zones a augmenté (Figure 5), passant de 10% en février 2012 à 70% en février 2013. Au Pakistan, la proportion de districts à très haut risque atteignant le seuil cible, estimée à 95% dans cette région, a également progressé pour passer de 59% en janvier 2012 à un sommet de 74% en octobre ; l'aggravation des conditions de sécurité à la fin de 2012 n'a pas permis de recueillir des données de suivi similaires, et ce jusqu'en janvier 2013. Dans les 11 districts ayant les résultats les plus faibles dans le sud de l'Afghanistan où le risque de transmission persistante des poliovirus est le plus élevé, le nombre des enfants n'ayant pu être atteints au cours des campagnes de vaccination par le VPO a fortement diminué : alors qu'ils étaient plus de 60 000 à la mi-2012, ils n'étaient plus que 15 000 en décembre de la même année (Figure 6).

Figure 5 : Amélioration de la qualité des AVS dans certains districts du Pakistan^a et dans les circonscriptions locales (LGA) du Nigéria,^b 2012^c

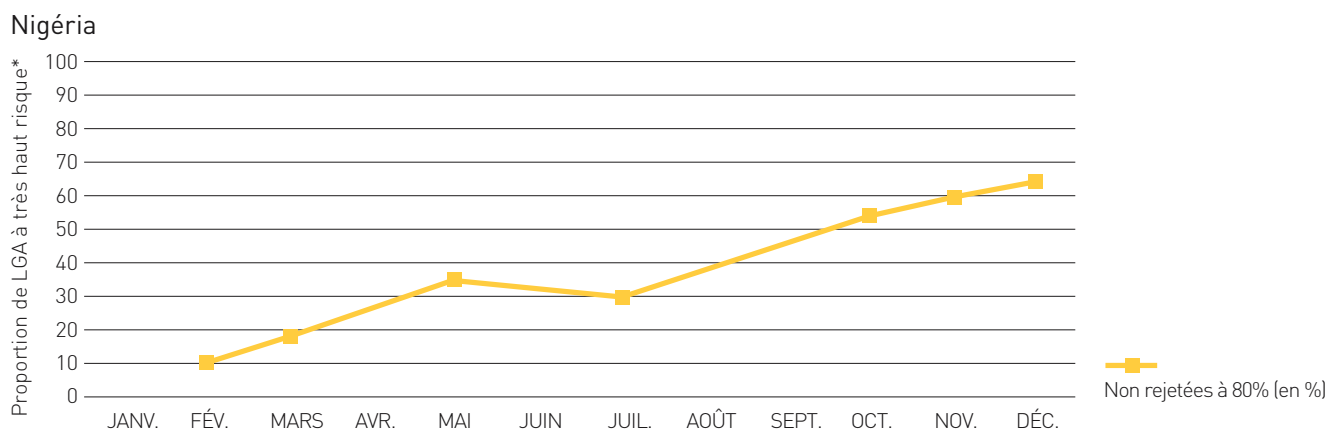


^a Données basées sur l'ancienne méthode de l'échantillonnage par lots pour l'assurance de la qualité (LQAS) qui a été actualisée conformément aux nouvelles lignes directrices mondiales.

^b Décembre 2012. Le Nigéria utilise la méthode LQAS la plus récente.

^c Tendances reposant sur les données générées par la méthode LQAS.

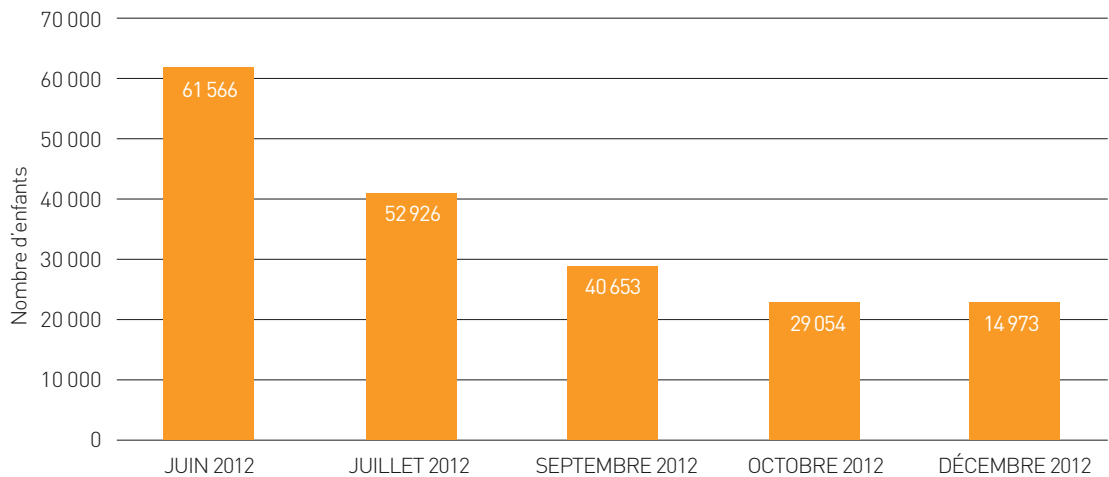
N.B. : Novembre et décembre 2012 : les données ne sont pas représentées, la méthode LQAS n'ayant pu être appliquée à Karachi et dans la province du Khyber Pakhtunkhwa du fait des conditions d'insécurité.



* LGA : circonscriptions locales

Source : OMS.

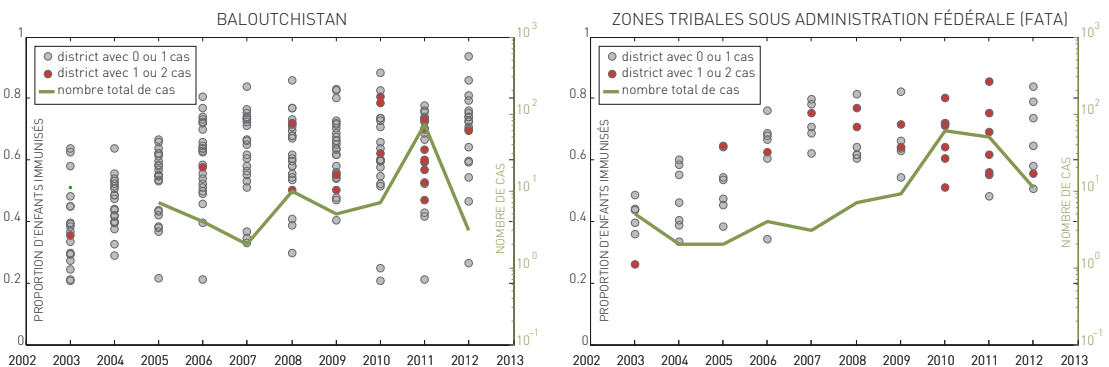
Figure 6 : Réduction du nombre des enfants non vaccinés dans 11 districts où les résultats étaient médiocres dans la région sud de l'Afghanistan, ^a juin 2012-décembre 2012



^a Données du Gouvernement afghan. Les enquêtes n'ont pas été menées à bien chaque mois.

4.22 Du fait de l'amélioration de la qualité des AVS, l'immunité de la population progresse. Les enseignements tirés de l'expérience et la tendance qui se dégage des données statistiques laissent penser que le seuil d'interruption de la transmission du poliovirus correspond à une immunité de 80% au Nigéria et en Afghanistan et de 90% au Pakistan. Sur la base d'une analyse du nombre des doses de VPO que les enfants ont reçues dans chaque pays avant la fin de 2012, on est en droit de penser que la proportion d'enfants protégés n'est pas très éloignée de ces repères (Figures 7 et 8).

Figure 7 : Changements dans l'immunité pour le type 1 au cours du temps pour deux zones clés du Pakistan, ^a 2002-2013

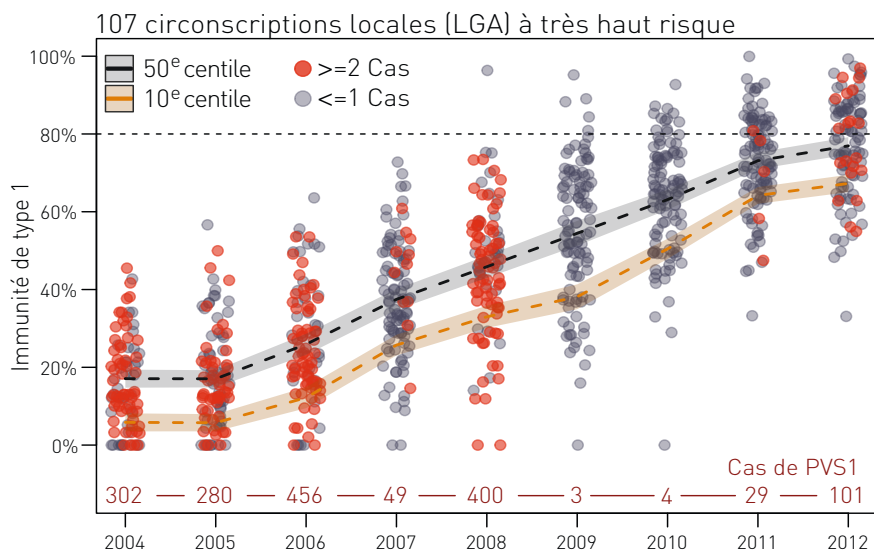


^a Données du Gouvernement pakistanais.

N.B. : Dans la colonne correspondant à chaque année, un point apparaît pour chaque district de l'État : rouge pour 2 cas et plus, et gris pour 0 ou 1 cas au cours de l'année donnée. La hauteur de chaque point indique l'immunité estimée en fonction de la paralysie flasque aiguë non poliomyélitique (axe des y à gauche). L'incidence annuelle totale du nombre de cas de PVS1 dans l'État est indiquée par la ligne verte (axe des y à droite). Les ruptures de la ligne verte correspondent aux années où il n'y a eu aucun cas.

Source : Global Good analysis, 2013.

Figure 8 : Changements dans l'immunité pour le type 1 au cours du temps dans les circonscriptions locales à très haut risque du nord du Nigéria,^a 2004-2012

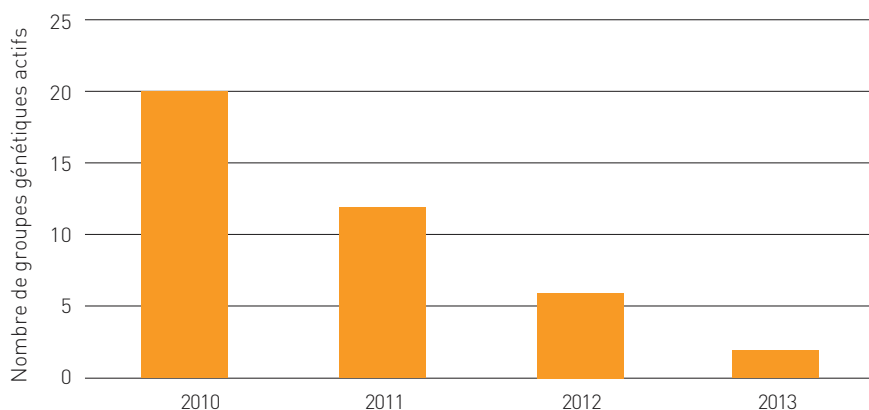


^a Analyse des données du Nigeria et rapport de modélisation, mars 2013, Équipe polio EMOD, Global Good fund
Source : analyse de Global Good, 2013.

4.23 Facteur important, ces améliorations dans les résultats des campagnes de VPO et dans l'immunité de la population se traduisent par une diminution notable de la diversité génétique des poliovirus et de leur étendue géographique, en particulier en Afghanistan et au Pakistan. En 2012, le nombre de groupes génétiques de PVS dans ces pays a diminué considérablement (Figure 9) et, de plus en plus, la transmission a été concentrée dans des zones géographiques limitées, appelées réservoirs.

Figure 9 : Diminution des groupes génétiques de poliovirus sauvage au Pakistan et en Afghanistan, 2010-2013

Groupes génétiques de poliovirus sauvage détectés moyennant la PFA* et la surveillance environnementale



*PFA : Paralyse flasque aiguë.

Source: OMS.

4.4 LES ARGUMENTS EN FAVEUR DE L'ACHÈVEMENT DE L'ÉRADICATION DE LA POLIOMYÉLITE

4.24 Les avantages de l'éradication continuent à l'emporter largement sur les coûts même si, dans un ou plusieurs pays, l'interruption de la transmission des poliovirus restants demande un délai supplémentaire.

Selon les prévisions, si l'on ne parvenait pas à achever l'éradication, cela se traduirait par au moins 200 000 cas par an dans les pays à faible revenu et d'énormes pressions sur les systèmes de santé.

Parvenir à l'éradication entraînera des bénéfices nets d'au moins US \$40-50 milliards, essentiellement dans les pays à faible revenu et dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure.

Avantages directs de l'éradication et risques liés à la réintroduction de la poliomyélite

4.25 Les conséquences pour la santé publique d'un échec de l'éradication de la poliomyélite seraient dévastatrices. Les travaux de recherche indiquent que, dans un monde où l'on se contenterait de lutter contre la poliomyélite (sans viser son éradication) – et où le niveau élevé de l'immunité de la population s'amenuiserait au fur et à mesure que les activités de vaccination supplémentaires seraient interrompues – compte tenu des niveaux de vaccination actuels, les cas de poliomyélite augmenteraient rapidement pour atteindre au moins 200 000 cas par an dans les pays à faible revenu, soit une situation comparable à celle qui prévalait en 1998.¹² Non seulement la santé publique et les individus paieraient le prix fort, mais il en résulterait une pression énorme sur les systèmes de santé nationaux, contraints de gérer des flambées et des épidémies de poliomyélite sur une grande échelle.

4.26 D'un point de vue économique, parvenir à éradiquer la maladie continue à offrir des avantages substantiels. Une analyse menée en 2010 sur l'impact à long terme de l'IMEP estime que parvenir à l'éradication entraînera des bénéfices nets d'au moins US \$40 à 50 milliards, essentiellement dans les pays à faible revenu et dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, sur la période allant de 1988 à 2035.¹³ Cette étude constate également que les efforts consentis dans le cadre de l'IMEP profitent beaucoup plus largement aux pays à faible revenu, plus de 85% des avantages nets étant obtenus par ceux-ci. Ces constatations restent les mêmes si l'on tient compte de l'augmentation des coûts des programmes et si les hypothèses concernant l'efficacité de ceux-ci varient. D'autres études portant sur les avantages de l'éradication ont, de la même façon, constaté que les avantages pour la santé et les avantages nets l'emportaient largement sur les coûts financiers des efforts d'éradication de la poliomyélite.¹⁴

¹² Thompson K, Duintjer Tebbens RJ. *Eradication versus control for poliomyelitis: an economic analysis*. The Lancet, 2007, 369 (9570): 1363-1371.

¹³ Duintjer Tebbens RJ, Pallansch MA, Cochi SL et al. *Economic analysis of the Global Polio Eradication Initiative*. Vaccine, 2010, 29 (2): 334-343.

¹⁴ Thompson K, Duintjer Tebbens RJ. *Eradication versus control for poliomyelitis: an economic analysis*. The Lancet, 2007, 369 (9570): 1363-1371; Musgrove, P. *Is polio eradication in the Americas economically justified?* Bulletin of the Pan American Health Organization, 1988, 22 (1): 1-16; Bart KJ, Foulds J, Patriarca P. *Global eradication of poliomyelitis: benefit-cost analysis*. Bulletin of the World Health Organization, 1996, 74 (1): 35-45; Kahn MM, Ehreth J. *Costs and benefits of polio eradication: a long-run global perspective*. Vaccine, 2003, 21 (7-8): 702-705; Aylward B, Acharya A et al. *Global public goods for health*. In: Smith RD, Beaglehole R, Woodward D, Drager N, eds. *Global public goods for health: Health economic and public health perspective*. Oxford, Oxford University Press, 2003:33-54.

Avantages indirects et intangibles des efforts d'éradication

4.27 L'impact de l'IMEP va au-delà de la poliomyélite, bénéficiant à d'autres priorités sanitaires nationales et mondiales. Le soutien aux campagnes de vaccination contre la rougeole, la distribution de suppléments de vitamine A et l'amélioration de la surveillance mondiale et des capacités de riposte face aux maladies à tendance épidémique ne sont que trois exemples de domaines qui ont tiré parti à la fois du personnel et de l'infrastructure mis en place pour l'éradication de la poliomyélite et qui ont permis d'obtenir des avantages notables pour la santé publique. Selon des estimations prudentes, la coordination entre l'IMEP et d'autres initiatives pour la santé peut être évaluée entre US \$17 milliards et \$90 milliards en termes d'avantages associés à la distribution de suppléments de vitamine A¹⁵ et elle représente, selon les estimations, entre 1,1 (estimation prudente) et 5,4 (estimation maximale) millions de décès infanto-juvéniles évités à la fin de 2010.¹⁶ Si l'on se tourne vers l'avenir, un plan de transmission des acquis bien organisé et soutenu financièrement, s'inspirant des aspects pertinents des enseignements tirés dans le cadre des réseaux et de l'infrastructure mis en place pour la poliomyélite, permettrait des gains dans d'autres domaines de santé prioritaires. L'infrastructure de l'IMEP peut offrir une assise solide pour lutter contre d'autres maladies évitables par la vaccination et soutenir les systèmes de santé nationaux. Exploiter ce potentiel est un élément essentiel du Plan.

4.28 On ne peut oublier l'impact «intangible» à la fois important et immesurable du Programme mondial d'éradication. La taille et la portée du Programme ont nécessité une collaboration et une coopération entre les pays et les institutions, et entre les secteurs public et privé. De nouvelles relations, de nouveaux circuits et processus de communication ont été mis au point qui peuvent profiter plus largement à la santé mondiale. Les populations vulnérables, y compris celles des zones où les conditions de sécurité sont les plus difficiles, pu bénéficier d'une couverture inédite. Parvenir à l'éradication peut donner un nouvel élan pour atteindre d'autres objectifs de réduction de la mortalité et de la morbidité tout aussi ambitieux (par exemple l'élimination de la rougeole) et démontrer qu'une action coordonnée et ciblée peut avoir un impact extraordinaire.

4.29 L'IMEP a mis au point ce Plan complet pour prendre en charge tous les aspects de l'éradication de la poliomyélite, exploiter l'occasion unique de mettre fin à tous les cas de poliomyélite une fois pour toutes, et aller au bout de l'Initiative. Le Plan s'inspire des nouvelles approches adoptées et des progrès obtenus dans l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage et il utilise les nouveaux outils et stratégies mis au point pour gérer les risques de poliovirus dérivés de souches vaccinales. Ce Plan offre la meilleure occasion d'achever l'éradication de la poliomyélite et de tirer parti des investissements énormes qui, jusqu'à présent, ont été engagés dans cette Initiative aux niveaux national et international.

L'impact de l'IMEP va au-delà de la poliomyélite, bénéficiant à d'autres priorités sanitaires :

- campagnes de vaccination contre la rougeole ;
- distribution de suppléments de vitamine A ;
- amélioration de la surveillance et des capacités de riposte.

Parvenir à l'éradication peut donner un nouvel élan pour atteindre d'autres objectifs de réduction de la mortalité et de la morbidité tout aussi ambitieux et démontrer qu'une action coordonnée et ciblée peut avoir un impact extraordinaire.

¹⁵ Duintjer Tebbens RJ, Pallansch MA, Cochi SL et al. *Economic analysis of the Global Polio Eradication Initiative*. *Vaccine*, 2010, 29 (2):334-343.

¹⁶ *Ibid.*

5



Pour interrompre rapidement la transmission de la poliomyélite, il reste essentiel de détecter rapidement tous les poliovirus et de surmonter à chaque fois les obstacles qui empêchent de vacciner tous les enfants avec le VPO.

Objectif 1 : Détection du poliovirus et interruption de sa transmission

DÉTECTION DU POLIOVIRUS ET INTERRUPTION DE SA TRANSMISSION		
Principaux objectifs	Indicateurs de réalisation	Principales activités
Achever l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage à l'échelle mondiale et déceler et interrompre plus rapidement toute nouvelle flambée due à des poliovirus dérivés de souches vaccinales	Arrêt de toute transmission du poliovirus sauvage d'ici à la fin de 2014	1. Renforcer la surveillance mondiale 2. Maintenir un calendrier adapté d'AVS
	Interruption de toute nouvelle flambée de PVDVc dans les 120 jours	3. Améliorer la qualité des campagnes de VPO 4. Améliorer la sûreté des opérations de VPO 5. Prévenir et combattre les flambées de poliomyélite
Contrôlé par le Comité de suivi indépendant (IMB)		

5.1 INTRODUCTION

5.1 Le *Plan stratégique 2010-2012 de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite* a enregistré un certain nombre d'avancées. La priorité absolue accordée à l'interruption de la transmission a été couronnée de succès en Inde – qui était largement considérée comme le pays où les conditions de l'interruption de la transmission du poliovirus étaient techniquement les plus difficiles au monde. Le Plan 2010-2012 s'est également traduit par le plus petit nombre de flambées causées par des importations dans des zones exemptes de poliomyélite et par l'interruption de la transmission dans deux des pays où celle-ci avait été rétablie (l'Angola et la République démocratique du Congo).

5.2 Le lancement du *Plan d'action mondial d'urgence contre la poliomyélite* en mai 2012 a donné un caractère d'urgence au programme afin que soient surmontés les obstacles dans les trois pays d'endémie restants et que les zones exemptes de la maladie soient vigoureusement protégées. À la fin de 2012, l'IMEP a signalé le plus petit nombre de cas jamais obtenu au niveau mondial, dans un nombre de pays plus restreint que jamais. Les principales avancées ont consisté à surmonter les obstacles chroniques à l'interruption de la transmission dans les pays d'endémie restants. Toutefois, dans certaines des zones réservoirs clés, l'apparition de nouveaux risques compromettait ces avancées, en particulier les attaques qui ont causé la mort d'agents de la lutte antipoliomyélique au Pakistan et au Nigéria, exigeant de nouvelles méthodes veillant à garantir la sécurité des agents luttant contre la maladie tout en remédiant aux problèmes sous-jacents à l'origine de ces attaques.

L'interruption de la transmission des PVS requiert une détection rapide de toutes les transmissions de poliovirus (PVS et PVDV) où que ce soit dans le monde, en surmontant les obstacles à la vaccination de tous les enfants par le VPO dans les trois pays d'endémie restants, et en protégeant les zones exposées aux flambées et à la réimportation.

5.2 L'OBJECTIF

5.3 Avec l'objectif 1, l'IMEP vise à tirer parti des avancées obtenues, à mettre un terme à l'interruption de la transmission du PVS à l'échelle mondiale et à détecter et interrompre plus rapidement toute nouvelle flambée due au PVDV. Les principaux jalons sur la voie qui mène à cet objectif sont l'interruption de la transmission du PVS1 d'ici à la fin de 2014 et l'interruption de toute nouvelle flambée due au PVDVc dans les 120 jours qui suivent la confirmation du cas indicateur.

5.3 QUE FAUT-IL POUR INTERROMPRE LA TRANSMISSION ?

5.4 L'interruption de la transmission des PVS requiert une détection rapide de toute transmission du poliovirus (PVS et PVDV) où que ce soit dans le monde, en surmontant les obstacles à la vaccination de tous les enfants par le VPO dans les trois pays d'endémie restants, et en protégeant les zones exposées aux flambées et à la réimportation en maintenant des niveaux d'immunité au-dessus des seuils nécessaires pour interrompre la transmission et en réagissant rapidement face à toute nouvelle flambée.

5.4 QUELLES SERONT LES ACTIVITÉS ENTREPRISES ?

Principales activités

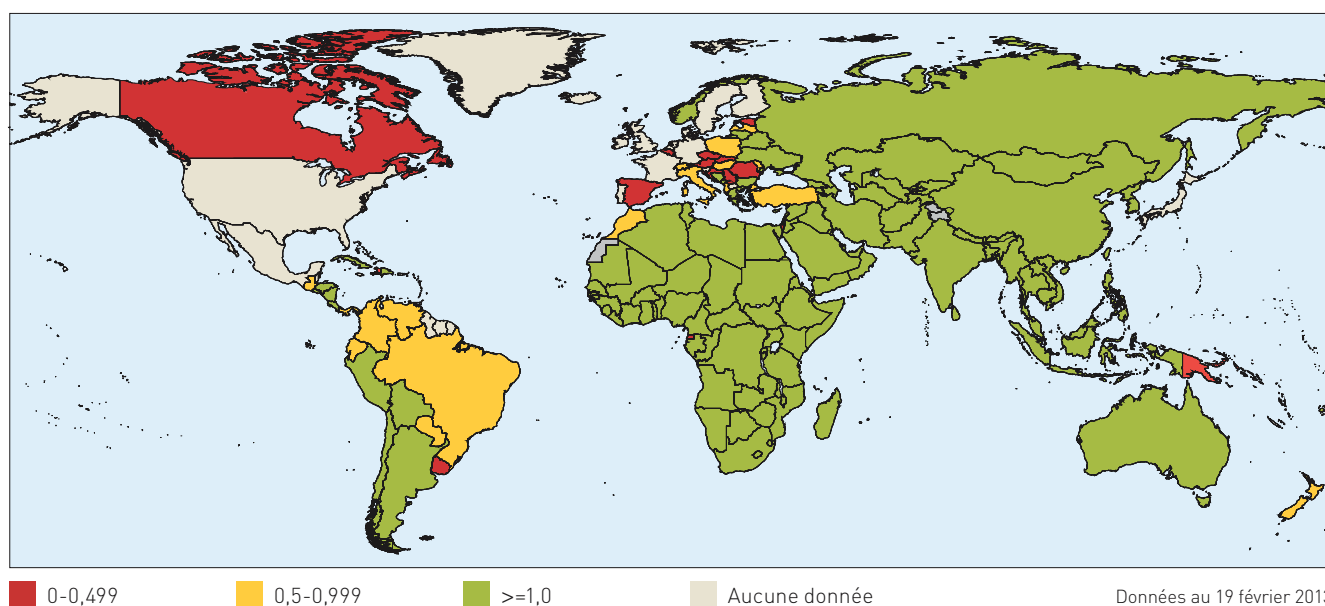
1. Renforcer la surveillance mondiale pour détecter la circulation des virus
2. Maintenir un calendrier approprié de vaccination supplémentaire par le VPO
3. Améliorer la qualité des campagnes de vaccination par le VPO pour interrompre la transmission endémique
4. Améliorer la sécurité des opérations de vaccination par le VPO dans les zones où prévaut l'insécurité
5. Prévenir les flambées de poliomyélite et réagir face à celles-ci.

Activité 1 : Renforcer la surveillance mondiale pour détecter la circulation des virus

5.5 La surveillance mondiale des poliovirus est fondamentale pour éradiquer la maladie au niveau mondial et maintenir cette situation. Une surveillance sensible est cruciale pour le programme afin que tous les poliovirus circulants soient rapidement détectés et que l'on soit en mesure d'orienter les activités d'éradication. La surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA) (Figure 10) restera le premier mécanisme pour la détection du poliovirus, l'accent étant mis sur les pays d'endémie et les pays à haut risque. En outre, la surveillance environnementale sera intensifiée afin de compléter la surveillance de la PFA pour détecter la présence de poliovirus dans les zones et les populations infectées. Cela permettra d'identifier plus

Une surveillance sensible est cruciale pour le programme afin que tous les poliovirus circulants soient rapidement détectés et pour que l'on soit en mesure d'orienter les activités d'éradication.

Figure 10: Performance de la surveillance de la paralysie flasque aiguë au niveau mondial, 2012



rapidement les flambées dans les zones à haut risque, de fournir des informations additionnelles afin de valider l'interruption de la transmission et de contribuer à l'obtention d'informations sur l'élimination des souches associées au vaccin après l'arrêt de la vaccination par le VPO.

Surveillance de la paralysie flasque aiguë

5.6 Pour les trois Régions qui ne sont pas certifiées exemptes de la poliomyélite à la fin de 2012, la priorité sera de remédier aux lacunes restantes dans la surveillance de la PFA. Compte tenu de l'épidémiologie mondiale de la poliomyélite à la mi-2012, les zones qui retiendront d'abord l'attention seront le nord du Nigéria, les zones tribales sous administration fédérale/le Khyber Pakhtunkhwa (FATA/KP) au Pakistan, le sud de l'Afghanistan et, éventuellement, les zones frontières des pays voisins, qui sont régulièrement réinfectées du fait des mouvements de population et d'une couverture par la vaccination systématique insuffisante (notamment les pays limitrophes du lac Tchad et les pays d'Afrique de l'Ouest frontaliers du Nigéria). Une surveillance particulièrement intensive de la PFA sera nécessaire dans ces zones, et sans doute des activités de surveillance supplémentaires pour détecter toute transmission résiduelle et réagir face à celle-ci.

5.7 Dans ces zones, une attention particulière sera accordée à la mise en place d'une surveillance active de la PFA (au moins mensuelle), reposant sur des informations solides, sur tous les principaux sites de notification. Étant donné que la participation des hôpitaux est essentielle pour une surveillance sensible, l'examen des procédures de surveillance de la PFA dans les principaux hôpitaux des zones à risque se poursuit et s'accompagne d'un programme de séances régulières de recyclage pour le personnel de ces établissements. Dans les zones où les résultats sont insuffisants, l'accent sera mis sur la formation du personnel, l'instauration de structures de gestion et de responsabilité appropriées, et l'analyse approfondie des données de surveillance. En outre, l'IMEP s'efforce de mieux structurer les systèmes et d'améliorer les réseaux de surveillance moyennant le suivi des agents de santé qui ont été consultés par les cas de PFA et la mise à jour des réseaux de notification, le cas échéant.

5.8 Des efforts spéciaux seront également déployés pour contrôler avec quelle rapidité les cas de PFA sont signalés dans les populations marginalisées et les populations à risque. Par exemple, au Pakistan, les dispensateurs de soins dans les groupes pachtones, migrants et nomades, seront spécifiquement recensés et intégrés aux réseaux de notification et aux réseaux d'informateurs. On s'attachera également à élargir les réseaux d'informateurs communautaires afin de compléter les circuits plus officiels et, éventuellement, à mettre en place un système de récompense pour les cas confirmés de PFA due à la poliomyélite. En dernier lieu, lorsque des virus orphelins seront détectés, une enquête sera menée et les procédures de surveillance seront revues, le cas échéant.

5.9 Dans les zones où le risque d'une transmission ayant échappé à la surveillance est particulièrement élevé, outre les efforts ci-dessus, on mènera des recherches des cas de PFA de manière ciblée dans les communautés, de manière active tous les six mois et au cours des campagnes de vaccination, afin de compléter les activités de surveillance de la PFA existantes. Les plans régionaux et

Pour les trois Régions qui ne sont pas certifiées exemptes de la poliomyélite à la fin de 2012, la priorité sera de remédier aux lacunes restantes dans la surveillance de la PFA. Compte tenu de l'épidémiologie mondiale de la poliomyélite à la mi-2012, les zones qui retiendront d'abord l'attention seront le nord du Nigéria, les zones tribales sous administration fédérale/le Khyber Pakhtunkhwa (FATA/KP) au Pakistan, le sud de l'Afghanistan et, éventuellement, les zones frontières des pays voisins, qui sont régulièrement réinfectées.

Pour les trois Régions qui sont certifiées exemptes de poliomyélite – les Amériques, l'Europe et le Pacifique occidental –, la priorité consistera à maintenir la surveillance de la PFA au niveau requis pour la certification.

nationaux prévoient des activités et des budgets spécifiques, en fonction des évaluations trimestrielles des risques au niveau régional.

Pour les trois Régions qui sont certifiées exemptes de poliomyélite – les Amériques, l'Europe et le Pacifique occidental –, la priorité consistera à maintenir la surveillance de la PFA au niveau requis pour la certification.

5.10 Dans les pays exempts de poliomyélite, des analyses régulières des risques (trimestrielles pour les Régions qui ne sont pas encore certifiées exemptes de la poliomyélite, et semestrielles pour les trois Régions certifiées) permettront d'identifier les zones où la surveillance est insuffisante, qui feront l'objet de mesures correctives ciblées. Pour les trois Régions qui sont certifiées exemptes de la poliomyélite – les Amériques, l'Europe et le Pacifique occidental –, la priorité consistera à maintenir la surveillance de la PFA au niveau requis pour la certification.¹⁷ Dans les pays d'endémie et les

pays à risque, une norme encore plus élevée continuera à être appliquée. Le même principe vaudra pour les pays qui ont été exempts de poliomyélite pendant plusieurs années dans des Régions qui n'ont pas encore été certifiées. Ce résultat pourra être obtenu en mobilisant les autorités politiques au niveau le plus élevé, pour qu'elles s'engagent en faveur des objectifs de l'éradication de la poliomyélite, en allouant des ressources supplémentaires, le cas échéant – y compris des capacités de laboratoire – et en améliorant le soutien du bureau régional de l'OMS aux pays afin de donner un nouvel élan à la surveillance de la PFA. La supervision de la qualité de la surveillance sera renforcée par les commissions régionales de certification.

La surveillance environnementale sera élargie d'un point de vue géographique pour permettre de recenser toute transmission résiduelle dans les zones endémiques, pour fournir une indication précoce des nouvelles importations dans les zones qui sont réinfectées de manière répétée, et des données probantes concernant l'élimination des virus Sabin à la suite du passage du VPOt au VPOb puis à l'arrêt de l'utilisation du VPOb.

Surveillance environnementale

5.11 L'échantillonnage systématique des eaux usées pour la recherche du poliovirus a lieu actuellement dans des douzaines de sites de quatre pays dans le cadre de l'IMEP. Cette surveillance environnementale sera élargie d'un point de vue géographique pour contribuer à recenser toute éventuelle transmission résiduelle dans les zones endémiques, pour fournir une indication précoce des nouvelles importations dans les zones qui sont réinfectées de manière répétée, et des données probantes concernant l'élimination des virus Sabin suite au passage du VPOt au VPOb puis à l'arrêt de l'utilisation du VPOb. Il est prévu de mener à bien cette surveillance dans les sites en Afghanistan, au Nigéria, dans les zones à haut risque et le long des voies d'importation des poliovirus, ainsi que dans certaines zones où l'arrêt de la vaccination par le VPO

doit être particulièrement suivi du fait de l'apparition par le passé de PVDVc, ou de la présence d'un établissement national de production de VPO. En conséquence, au moins 15 à 20 sites d'échantillonnage supplémentaires seront ajoutés à la liste actuelle d'ici à la fin de 2015.

Surveillance spéciale

5.12 La surveillance de la PFA et la surveillance environnementale seront complétées là où cela s'avérera nécessaire par des études spéciales selon quatre approches spécifiques. En premier lieu, on fera un usage élargi des études sérologiques, au moins sur une base annuelle, afin d'évaluer plus

¹⁷ Par niveau requis pour la certification, on entend l'obtention d'un taux de PFA non poliomyélique équivalent à au moins un cas de PFA non poliomyélique pour 100 000 habitants âgés de moins de 15 ans et des échantillons de selles adéquats recueillis dans au moins 80% des cas. Les échantillons sont définis comme «adéquats» si deux échantillons sont recueillis dans les 14 jours qui suivent le début de la paralysie, à au moins 24 heures d'intervalle, et arrivent au laboratoire dans de bonnes conditions. Tous les échantillons doivent être analysés dans un laboratoire accrédité par l'OMS.



UNICEF/Arif Ali

Pour donner aux enfants les moyens de combattre avec succès le poliovirus, il faut maintenir une immunité élevée dans la population au moyen de systèmes de vaccination solides, d'activités systématiques et d'un calendrier de campagnes.

rapidement et de valider les niveaux d'immunité de la population, stratifiée par groupe d'âge, dans toutes les zones où la transmission du poliovirus est persistante. En second lieu, des études à grande échelle portant sur les selles et un échantillonnage élargi, en particulier à partir de tous les cas de PFA pour lesquels les échantillons étaient inappropriés, seront utilisées pour écarter plus rapidement la possibilité d'une poursuite de la transmission du poliovirus dans les zones récemment réinfectées et/ou les zones endémiques qui ne font plus état de cas de poliomyélite. En troisième lieu, des études spéciales seront réalisées à plus grande échelle auprès des patients atteints de syndromes primaires d'immunodéficience afin de détecter plus systématiquement les poliovirus dérivés de souche vaccinale associés à une déficience immunitaire (PVDVi) à la fois dans les pays industrialisés et dans les pays à revenu intermédiaire. En dernier lieu, des études de surveillance environnementales spéciales seront menées pour les entérovirus de l'espèce C dans les zones où l'émergence de PVDVc est récurrente et/ou il existe des facteurs de risque d'émergence de ces poliovirus.

Activité 2 : Maintenir un calendrier approprié d'activités de vaccination supplémentaires par le VPO

5.13 Les AVS sont, conjointement à la surveillance de la PFA et à la vaccination systématique, un élément essentiel de la stratégie globale pour l'éradication de la poliomyélite. Les AVS sont essentielles à la fois pour renforcer simultanément l'immunité humorale et intestinale des populations infectées afin d'interrompre la transmission du poliovirus et pour maintenir l'immunité de la population au-dessus du seuil de réinfection dans les zones exemptes de poliomyélite où le risque est élevé. Les AVS peuvent également réduire le risque d'émergence et de propagation de PVDVc dans les zones à risque. Les AVS planifiées qui sont menées à l'échelle nationale ou à l'échelle locale sont généralement appelées journées nationales ou locales de vaccination (JNV ou JLV). Les campagnes de ratissage porte à porte, les campagnes de riposte face aux flambées et les activités consistant à administrer une dose supplémentaire dans un intervalle court (SIAD) sont toutes différents types d'AVS.

Les AVS sont essentielles à la fois pour stimuler simultanément l'immunité humorale et intestinale des populations infectées afin d'interrompre la transmission du poliovirus et pour maintenir l'immunité dans la population au-dessus du seuil de réinfection dans les zones à haut risque exemptes de poliomyélite.

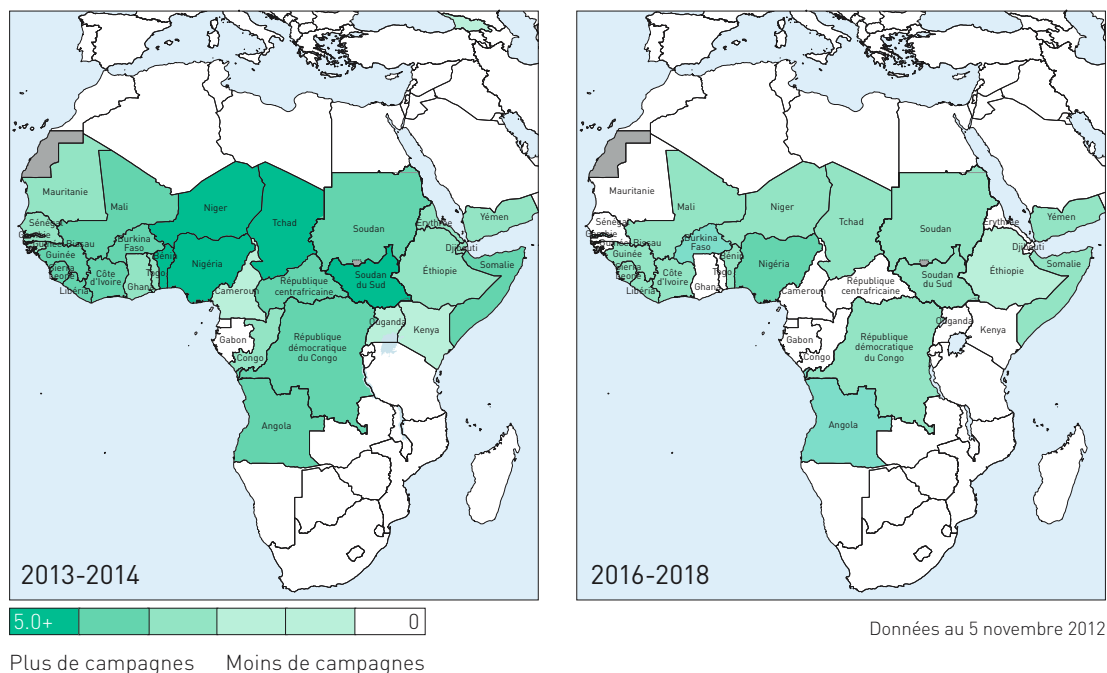
En 2013-2014, pour les zones d'endémie de la poliomyélite de l'Afghanistan, du Nigéria et du Pakistan, il faudra des calendriers très intensifs de JNV et de JLV afin de renforcer rapidement l'immunité nécessaire pour interrompre la transmission.

5.14 Les JNV et les JLV sont planifiées en combinant l'évaluation des risques et l'épidémiologie. La nécessité de ces AVS dans différentes zones variera en fonction du risque et des objectifs du programme. En 2013-2014, les zones d'endémie de la poliomyélite d'Afghanistan, du Nigéria et du Pakistan sont celles qui nécessiteront les calendriers les plus intensifs de JNV et de JLV afin d'obtenir rapidement l'immunité requise pour interrompre la transmission. Dans les zones où le risque d'importation répétée en provenance des zones d'endémie est le plus élevé, en particulier en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale, l'objectif de la poursuite des JNV/JLV au cours de cette période est d'atténuer la possibilité d'une flambée à la suite d'une réintroduction du PVS. Pour finir, dans les zones où il y a eu transmission de PVDVc par le passé, telles que la Somalie, des AVS seront menées afin de réduire les conditions qui favorisent l'émergence et la propagation des PVDV. Le Tableau 4 et la Figure 11 montrent quelles sont les AVS planifiées pour ces régions. Les plans spécifiques concernant les AVS pour l'ensemble de la période 2013-2018 sont disponibles dans le document concernant les ressources financières nécessaires pour 2013-2018.

Tableau 4 : Cadre de planification pour les programmes de campagne par le VPO

Pays/Statut/Risques	Pays/Zones (exemples)	Campagnes annuelles d'AVS, 2013-2018
Pays d'endémie pour la poliomyélite	Nord du Nigéria, Pakistan, sud de l'Afghanistan	6-8
Importations répétées de poliomyélite	Afrique de l'Ouest, Tchad, Soudan, Soudan du Sud	2-4
Émergence répétée de PVDVc	Nord de l'Inde, Somalie, Éthiopie, est de la République démocratique du Congo	2-4

Figure 11 : Plans de campagne par le VPO en Afrique, 2013-2018, à titre indicatif



5. OBJECTIF 1

Activité 3 : Améliorer la qualité des campagnes de vaccination par le VPO pour interrompre la transmission endémique

5.15 Pour que la transmission de la poliomyélite soit interrompue, il faut que l'immunité de la population atteigne un niveau tel que le poliovirus est incapable de trouver un nombre suffisant d'individus sensibles pour maintenir la transmission. Cet objectif a été atteint dans tous les pays du monde à l'exception des trois pays d'endémie restants. Même dans ces pays, le virus ne persiste que dans des populations qui sont à la marge de la société, dans des zones où les services de santé font largement défaut et où la supervision et la gestion des opérations sont insuffisantes. La couverture par la vaccination systématique dans ces zones est médiocre et les campagnes répétées d'AVS n'ont pas permis de vacciner suffisamment d'enfants par le VPO, autant de fois que nécessaire. Pour parvenir à interrompre la transmission du poliovirus dans ces zones, les AVS et la gestion et la qualité de la vaccination seront améliorées.

Amélioration de la gestion et de la qualité des AVS

5.16 Pour surmonter les obstacles dans les dernières poches de transmission du poliovirus, il faut que les gouvernements nationaux, les chefs locaux et leurs partenaires de l'IMEP pèsent de tout le poids de leur longue expérience et de leur autorité dans ces zones. Pour réussir, il est indispensable de combiner les enseignements tirés des succès obtenus dans d'autres régions difficiles à un engagement en faveur de solutions novatrices pour résoudre les problèmes locaux. Les sept principaux domaines mis en exergue dans la section ci-après doivent retenir tout particulièrement l'attention. Pour chacun des pays d'endémie restants, des informations plus détaillées sur l'application de ces approches sont disponibles à l'annexe A.

Microplanification

5.17 Le microplan local est le projet qui cartographie tous les éléments nécessaires – les habitations, les équipes de vaccination et leurs tâches quotidiennes, les principales personnes d'influence, les agents de mobilisation sociale, les dates et la logistique – pour veiller à ce que les vaccinateurs atteignent tous les enfants et les vaccinent au moyen du VPO. La mauvaise qualité des microplans, souvent incomplets, dans les zones où la poliomyélite persiste, est l'une des raisons premières de la mauvaise qualité des campagnes et des lacunes dans la responsabilisation. Malgré des années de campagnes et de conseils, les microplans sont encore grossièrement inappropriés dans certaines zones de chacun des pays d'endémie restants. Toutefois, des efforts d'envergure sont actuellement déployés pour remédier à ce problème fondamental.

5.18 Au Nigéria, le programme a introduit des microplans basés sur les habitations pour la première fois en 2012, s'inspirant largement du succès obtenu dans les régions de l'Inde qui avaient réussi à surmonter des problèmes similaires de zones et de populations inatteignables. La mise au point de microplans basés sur les habitations requiert un déplacement physique des autorités et des superviseurs locaux dans toutes les zones afin de déterminer les zones de travail quotidiennes des vaccinateurs en fonction des habitations recensées. Ces microplans sont étroitement liés aux feuilles de décompte des vaccinateurs ; ils donnent un aperçu du travail des équipes par foyer et permettent les vérifications croisées. Il s'agit d'un changement notable par rapport aux microplans précédents qui

Les principaux domaines d'attention pour l'amélioration de la qualité des AVS sont au nombre de sept :

- Microplanification
- Sélection et soutien des agents de vaccination
- Mobilisation communautaire
- Suivi efficace
- Soutien renforcé
- Innovations techniques
- Stratégies opérationnelles

La mauvaise qualité des microplans, souvent incomplets, dans les zones où la poliomyélite persiste, est l'une des raisons premières de la mauvaise qualité des campagnes et des lacunes dans la responsabilisation. Des efforts d'envergure sont faits actuellement pour remédier à ce problème fondamental.

se contentaient de désigner une zone, d'établir une estimation du nombre d'enfants que l'équipe devait vacciner et permettaient aux équipes d'enregistrer simplement le décompte global de leurs résultats, d'où la difficulté de les tenir pour responsables des enfants non vaccinés ou des zones omises.

5.19 En Afghanistan, on s'efforce d'améliorer encore les microplans dans la région sud, particulièrement instable, afin de définir dans quelle mesure le programme a accès à chaque zone et de recenser les individus ou les groupes qui disposent de cet accès. L'approche s'inspire du principe selon lequel toutes les zones peuplées sont accessibles à certaines personnes. Les microplans basés sur la communauté, qui visent un accès accru, permettent au programme d'identifier de manière précise quel type de personne est acceptable dans chaque contexte afin de guider la planification et de veiller à ce que les personnes qui se présenteront à chaque porte inspireront confiance. Au Pakistan, les actes de violence qui ont visé des agents de santé à la fin de 2012 ont demandé des modifications beaucoup plus extrêmes dans la microplanification. La sécurité des agents de santé est devenue primordiale et les évaluations des autorités de police locales et des forces de sécurité font désormais partie intégrante des microplans au niveau local.

5.20 Dans les trois pays d'endémie, les microplans sont désormais élargis pour veiller à l'intégration des activités de mobilisation sociale – en incluant les coordonnées des personnes d'influence au niveau local – et pour atteindre de manière plus efficace les enfants en dehors de leur foyer. Des plans suivis, plus solides, sont mis au point pour les équipes qui seront présentes sur les marchés et aux principaux points de transit ; ils intègrent la cartographie détaillée des groupes nomades, de leurs routes traditionnelles de déplacement et des zones de campement temporaires. Les nouvelles techniques sont également utilisées dans certaines zones pour améliorer la microplanification des campagnes moyennant la cartographie numérique afin de valider et d'affiner les plans et de recenser les zones oubliées.

Les agents de vaccination de première ligne

5.21 Les agents de vaccination de première ligne, qui veillent à ce que les vaccins contre la poliomyélite atteignent chaque enfant, sont au cœur du Programme d'éradication de la maladie à l'échelle mondiale. Lorsque ce sont des vaccinateurs et des superviseurs ayant le bon profil qui sont recrutés, formés et soutenus moyennant un encadrement efficace, même les zones les plus difficiles parviennent à un taux de couverture très élevé. Dans les zones où le virus continue à circuler, on trouve inévitablement des faiblesses dans cet aspect du programme. La situation n'est pas différente dans les zones de transmission persistante du poliovirus en Afghanistan, au Nigéria et au Pakistan. Reconnaisant l'importance de ces agents de première ligne, dont beaucoup mettent leur vie en danger, les trois pays ont relevé les salaires journaliers des vaccinateurs en 2012.

Les agents de vaccination de première ligne [27] qui veillent à ce que les vaccins contre la poliomyélite atteignent chaque enfant sont au cœur du Programme d'éradication de la maladie à l'échelle mondiale.

5.22 Dans chacun des pays d'endémie restants, on s'attachera avant tout à établir des comités de sélection des vaccinateurs réunissant des personnalités locales dont la tâche consistera à trouver des agents de vaccination qui soient à la fois acceptables pour la communauté locale et capables, dans la mesure du possible, de rendre des comptes aux autorités locales. Les critères de composition des équipes seront définis et diffusés, et feront l'objet d'un contrôle pour veiller à ce que cette composition reflète un juste équilibre entre les membres qui pourront être acceptés par les communautés locales, ceux qui pourront pénétrer dans les foyers pour vacciner tous les enfants disponibles et ceux qui pourront rendre des comptes pour les résultats obtenus.

5.23 Ces programmes chercheront aussi à fidéliser une plus grande proportion de vaccinateurs et s'efforceront de revoir les procédures de formation en mettant l'accent sur une formation interactive, fondée sur les compétences, dans le cadre de laquelle il est demandé aux membres de l'équipe de faire la démonstration de leurs capacités avant de se rendre sur le terrain. Les données émanant de nombreux pays, et tout récemment du Pakistan, indiquent une forte corrélation entre la satisfaction éprouvée par la personne qui s'occupe de l'enfant à l'égard de l'équipe de vaccination et l'acceptation du vaccin ; les personnes qui s'occupent des enfants sont davantage susceptibles de refuser la vaccination par le VPO lorsque la façon de procéder de l'équipe leur déplaît. Il est fondamental pour le succès des opérations de veiller à la présence d'un personnel de terrain formé et motivé, qui comprenne la dynamique de la communauté, s'exprime dans la langue locale, soit culturellement acceptable pour l'administration du VPO et puisse établir des relations avec les mères. De nouveaux matériels pédagogiques sur les compétences de communication interpersonnelle sont en cours d'élaboration et une formation spéciale est menée dans plusieurs zones à haut risque du Nigéria et du Pakistan afin de garantir que les vaccinateurs sont en mesure de se présenter aux personnes qui s'occupent des enfants à la fois de manière courtoise et professionnelle. En Afghanistan, un module similaire a été utilisé pour la première fois dans certains districts de Kandahar au cours du dernier trimestre de 2012. À l'avenir, la priorité consistera à appliquer ces stratégies plus largement et de manière plus constante, en particulier tout au long des années 2013 et 2014.

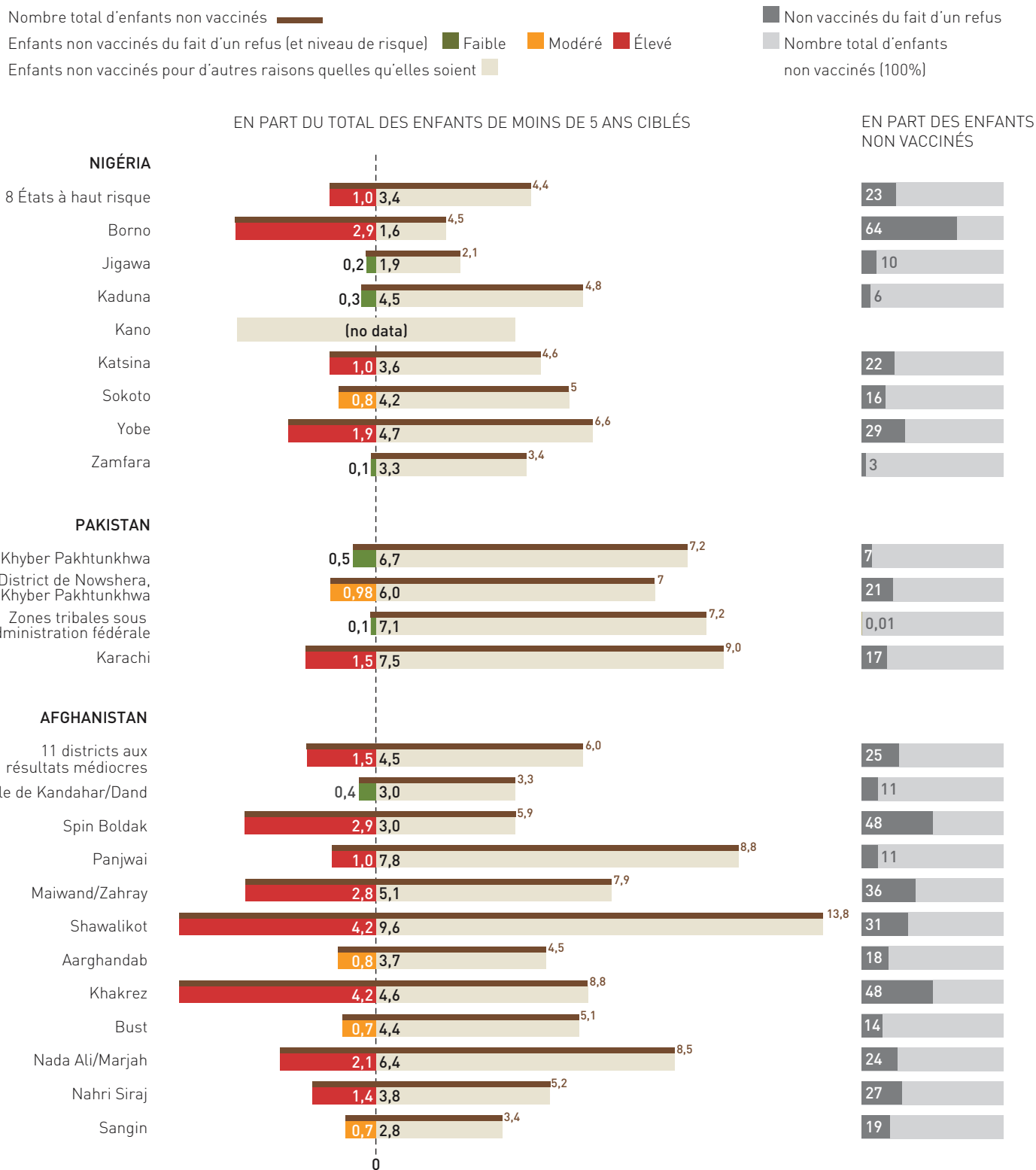
Veiller à la présence d'un personnel de terrain formé et motivé qui comprenne la dynamique de la communauté, s'exprime dans la langue locale et soit acceptable socialement pour l'administration du VPO et puisse établir des relations avec les mères, est un élément fondamental du succès des opérations.



UNICEF 2011/Jawad Jalali

Au cœur du programme d'éradication de la poliomyélite figure l'agent de première ligne, qui doit faire en sorte que chaque enfant ciblé de sa zone soit vacciné.

Figure 12: Enfants non vaccinés du fait d'un refus dans les sanctuaires mondiaux (%), mars 2013



Source : UNICEF Polio Communications Quarterly Report, May 2013, www.polioinfo.org.

Mobilisation sociale et engagement communautaire

5.24 L'expérience acquise tout au long des années de mise en œuvre de l'IMEP a montré que le poliovirus a peu de risques de continuer à circuler dans les communautés pleinement mobilisées, même dans les contextes les plus difficiles. De nombreux pays ont aussi démontré l'importance de créer une demande pour le VPO afin que les communautés locales s'approprient la vaccination. Dans les zones où la transmission est persistante dans les trois pays d'endémie restants, il existe à la fois des lacunes importantes dans la création d'une demande pour le VPO et de réelles possibilités dans ce domaine. Obtenir l'assentiment des communautés les plus marginalisées et les plus négligées afin qu'elles acceptent le VPO est particulièrement essentiel pour parvenir à éradiquer la maladie. Les stratégies utilisées par le passé se sont avérées fructueuses, comme le démontre la baisse de l'évitement du vaccin dans tous les programmes nationaux (Figure 12). À l'avenir, la principale priorité de l'IMEP consistera à orienter les activités de communication et de mobilisation sociale en fonction du contexte social, culturel et politique spécifique à chaque zone touchée, plutôt qu'en s'appuyant sur l'esprit national ou mondial de la campagne. Les activités de communication seront adaptées à des publics cibles spécifiques, moyennant un engagement plus intense auprès des personnes qui peuvent, de manière crédible, transmettre des messages aux personnes les plus sceptiques à l'égard du programme.

Les activités de communication seront adaptées à des publics cibles spécifiques, moyennant un engagement plus intense auprès des personnes qui peuvent, de manière crédible, transmettre les messages aux personnes les plus sceptiques à l'égard du programme.

5.25 Pour améliorer l'acceptation du VPO, il est fondamental de comprendre les besoins des communautés moyennant des travaux de recherche sociale appropriés et de faire correspondre ces besoins aux capacités du programme à les satisfaire. Ces travaux de recherche peuvent montrer que les communautés souhaitent d'autres interventions sanitaires – par exemple des comprimés vermifuges. Ces constatations seront analysées et, dans la mesure du possible, systématiquement intégrées à la planification opérationnelle et financière. De la même façon, les travaux de recherche sociale peuvent indiquer des besoins en infrastructures et services de base, tels que l'assainissement et la scolarisation. L'IMEP travaillera avec le gouvernement et les partenaires pertinents pour compléter les efforts visant à satisfaire ces besoins en fonction des capacités des programmes.

5.26 Les réseaux de mobilisation sociale (Figure 13, Tableau 5) ont été renforcés dans tous les pays d'endémie restants en 2012, les données les plus récentes montrant que dans les communautés où des volontaires sont déployés à cette fin, on constate des taux plus élevés de prise de conscience à l'égard des campagnes, un recul des comportements de refus et une réduction du nombre des enfants non vaccinés. Ces réseaux incluent deux types d'agents de mobilisation : ceux qui travaillent au niveau des foyers, faisant du porte-à-porte pour mobiliser les parents et les personnes s'occupant des enfants et les convaincre de vacciner leurs enfants contre la poliomyélite, et ceux qui vont s'adresser aux chefs communautaires et aux chefs religieux pour obtenir leur soutien en faveur des campagnes de vaccination par le VPO. Les agents chargés de la mobilisation au niveau des foyers sont formés et bénéficient d'un soutien afin de savoir reconnaître et répondre aux préoccupations des communautés, de fournir des informations précises en utilisant les circuits appropriés au niveau local et de permettre aux parents de prendre leur décision en toute connaissance de cause. En renforçant les capacités de communication interpersonnelle, l'objectif est d'établir une relation de confiance avec les parents et les personnes qui s'occupent des enfants afin qu'ils vaccinent leurs enfants par le VPO chaque fois que la vaccination est proposée. Au niveau communautaire, les personnes d'influence au niveau local, telles que les imams, les prêtres, les chefs de

Les réseaux de mobilisation sociale ont été renforcés dans tous les pays d'endémie restants en 2012, les données les plus récentes montrant que dans les communautés où des volontaires sont déployés à cette fin, on constate des taux plus élevés de prise de conscience à l'égard des campagnes, un recul des comportements de refus et une réduction du nombre des enfants non vaccinés.

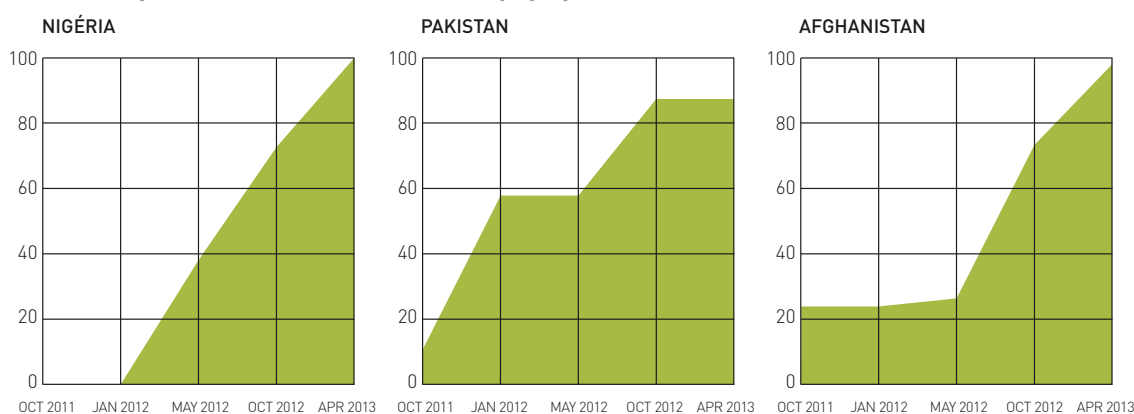


Un facteur clé pour l'éradication réside dans les efforts de mobilisation locaux visant à renforcer et à préserver la demande et la confiance des personnes et des communautés vis-à-vis de la vaccination antipoliomyélitique.

village, les instituteurs, les commerçants et les propriétaires terriens, sont identifiées et incitées à agir en tant que membres influents lors des réunions communautaires, à faire des annonces dans les lieux de culte ou même du porte-à-porte pour encourager les personnes s'occupant des enfants ou les parents réticents à accepter le VPO. Ces personnes d'influence sont très efficaces pour créer un environnement propice et sûr, et pour instaurer un climat de confiance dans la population à l'égard de la sécurité et de l'efficacité du vaccin.

5.27 Pour ce qui est de la conception des messages, on s'efforcera d'utiliser les données sociales pour concevoir un contenu approprié, transmettre les informations par l'intermédiaire de sources crédibles et identifier les moyens de communication qui permettent d'atteindre toutes les communautés. La sensibilisation politique et les médias continueront à jouer un rôle important en renforçant les possibilités d'atteindre les populations locales. Étant donné que la poliomyélite endémique est désormais restreinte à des communautés où les populations sont en grande majorité musulmanes, on s'attache davantage à trouver le juste équilibre entre les voix qui se font entendre pour soutenir les efforts d'éradication. Le soutien dont nous disposons aux niveaux international et régional contribuera à garantir que les plans et les partenariats visant à sensibiliser les populations fassent appel à la contribution de groupes divers, et parfois opposés, tels que les partis politiques, les milieux universitaires et les groupes religieux et culturels. Des partenariats avec un large éventail d'institutions religieuses et médicales sont mis en place et seront élargis dans toutes les zones prioritaires pour la lutte contre la poliomyélite tout au long de l'année 2014.

Figure 13 : Élargissement des réseaux de mobilisation sociale, en proportion des zones à haut risque cibles couvertes dans les pays prioritaires, octobre 2011-avril 2013



Source: UNICEF Polio Communications Quarterly Report, May 2013, www.polioinfo.org.

Tableau 5 : Agents de mobilisation sociale en place sur le terrain, avril 2013

Pays	Cible (nombre de personnes)	Agents de mobilisation en place (nombre de personnes)	Agents de mobilisation en place (nombre de cibles, %)
Afghanistan	3436	3436	100%
RDC	18 688	18 688	100%
Inde Uttar Pradesh	5634	5491	97%
Bihar	1353	1306	97%
Bengale occidental ^a	1320	1320	100%
Nigéria	2600	2127	81,8%
Pakistan	1182	1059	90%

^a Au Bengale occidental, les agents de mobilisation sont déployés par l'intermédiaire des ONG.
Source : UNICEF Polio Communications Quarterly Report, 2013, www.polioinfo.org.

Suivi

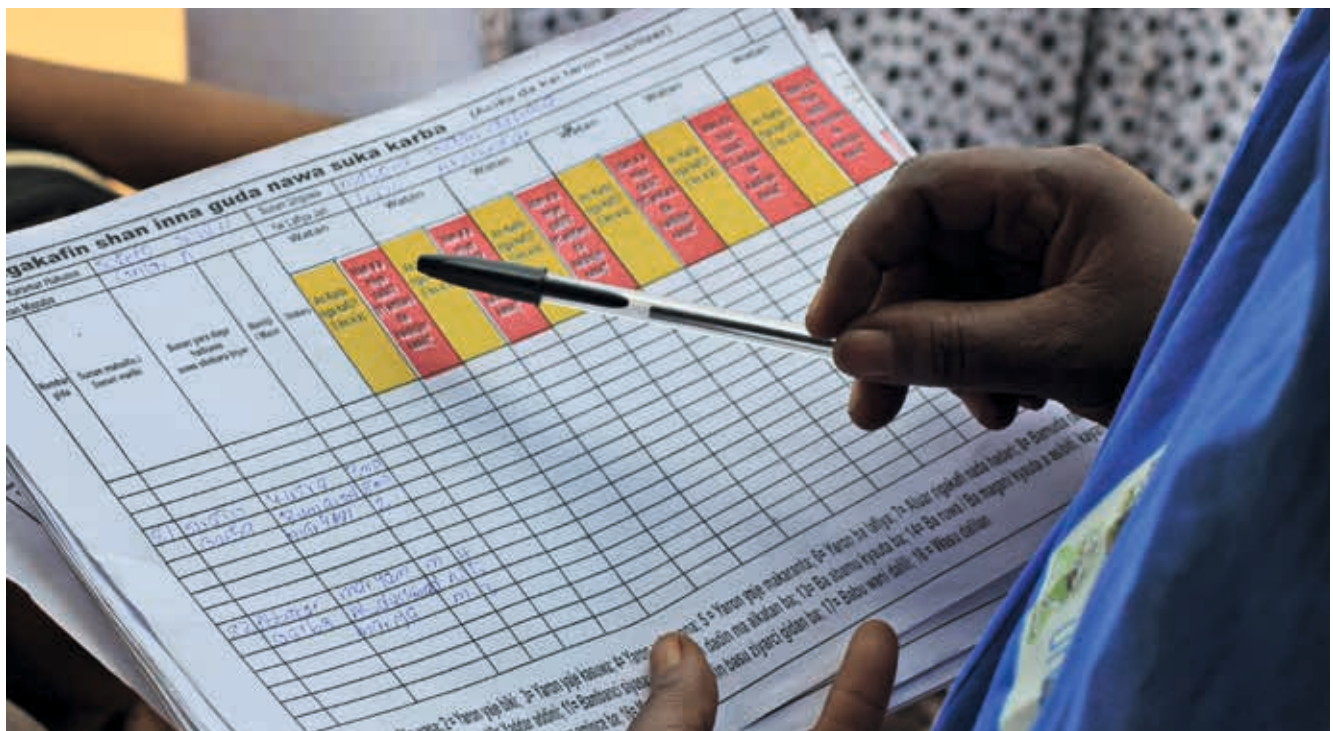
5.28 En 2012, des progrès notables ont été accomplis dans le suivi des résultats des campagnes de vaccination par le VPO dans les pays d'endémie restants. Un cadre de suivi standard couvre désormais les trois phases des activités des campagnes – depuis la planification jusqu'à l'évaluation de fin de campagne en passant par la mise en œuvre. Les progrès techniques de la transmission des données par l'intermédiaire des réseaux mobiles ont aidé ces pays à améliorer la rapidité des flux d'informations transmis. Les trois pays ont établi des centres d'intervention d'urgence au niveau national et au niveau des circonscriptions locales prioritaires afin d'examiner les informations normalisées, souvent transmises à une vitesse proche du temps réel, sur la préparation et la mise en œuvre de la campagne. Les normes pour la préparation des campagnes ont été communiquées aux autorités locales dans les zones infectées des trois pays. Le respect de ces normes est désormais mesuré à des intervalles déterminés à l'avance pour chaque campagne, et s'accompagne de critères permettant de décider quand une activité doit être reportée en raison d'un manque de préparation.

Dans les pays d'endémie restants, un cadre de suivi standard couvre désormais les trois phases des activités des campagnes – depuis la planification jusqu'à l'évaluation de fin de campagne en passant par la mise en œuvre.

5.29 Une fois que les campagnes ont commencé, l'attention porte davantage sur le suivi en cours d'opération. La réunion locale de l'équipe de vaccination qui se tient chaque soir revêt une importance essentielle pour recenser les lacunes dans la mise en œuvre et prendre des mesures correctives immédiates. Tous les pays d'endémie revoient leurs procédures de suivi afin de veiller à ce que les enfants non vaccinés soient chaque jour identifiés, d'examiner les raisons pour lesquelles ils n'ont pas été vaccinés et les progrès réalisés dans la couverture. Les indicateurs relatifs aux résultats quotidiens sont également transmis aux centres d'intervention d'urgence où ils sont analysés et signalés en vue d'une action éventuelle, en particulier au Nigéria et au Pakistan. Lorsque la mise en œuvre est achevée, les évaluations finales sont utilisées pour apprécier la qualité globale de la campagne et recenser les zones nécessitant un travail ou une attention supplémentaire au cours des AVS suivantes. Les études de marché et le suivi indépendant fournissent des données pour toutes les zones où ont lieu les campagnes. Fait particulièrement important, les pays d'endémie restants ont également adopté la nouvelle norme pour évaluer la qualité d'une campagne – l'échantillonnage par lots pour l'assurance de la qualité (LQAS). Cette méthode représente le meilleur équilibre entre la facilité de mise en œuvre sur le terrain et des résultats statistiquement fiables pouvant être utilisés pour suivre l'évolution au cours du temps dans les zones les plus sensibles.

5.30 Pour les interventions de mobilisation sociale, on a recours au suivi préalablement à la campagne, au cours de celle-ci et après celle-ci pour garantir que des corrections en temps réel sont apportées à la planification, à la mise en œuvre et à l'évaluation dans toutes les zones infectées. Pour faciliter ces travaux, l'IMEP a commencé à affiner la méthode LQAS et les processus de suivi indépendants afin de produire des données sociales plus cohérentes pour comprendre pourquoi certains enfants ne sont pas vaccinés. Ces données permettent de guider les activités de rattrapage et de planification des communications au cours des campagnes afin d'augmenter l'acceptation du VPO. En 2013-2014, ces mesures sont complétées par des enquêtes spéciales utilisant un outil normalisé dont l'objectif est de répondre à des questions spécifiques concernant, par exemple, les raisons pour lesquelles la transmission persiste dans des zones où on signale une couverture élevée, les problèmes sociaux et opérationnels dans les zones où il existe des groupes de cas de PFA non poliomyélitique n'ayant reçu aucune dose de vaccin, et les zones où les foyers refusent de manière chronique la vaccination.

5.31 Les systèmes de suivi des communications continueront à évoluer tout au long de la phase finale vers l'éradication de la maladie. Le système PolioInfo – désormais mis en œuvre en Afghanistan, en Inde, au Nigéria et au Pakistan – permet d'ores et déjà un suivi régulier des activités de terrain, en liaison avec une base de données mondiale. Des indicateurs standard sont régulièrement contrôlés et présentés sous forme de tableau afin de mesurer l'efficacité des communications, d'identifier les problèmes, de mettre au point des méthodes de transmission des messages plus performantes et de démontrer les résultats du programme. Le suivi des médias comme d'autres stratégies seront renforcés pour veiller à ce que, dans la sphère publique, le climat reste favorable aux efforts d'éradication.



UNICEF 2012/L. Andriamasinoro

À l'échelle locale, le suivi de la performance des campagnes va de la planification à l'évaluation post-campagne en passant par la mise en œuvre.

Soutien renforcé

5.32 Le niveau de rigueur et d'attention requis pour parvenir à mener de manière répétée des campagnes de vaccination par le VPO de grande qualité dans les zones où la transmission de la poliomyélite persiste pèse souvent très lourd sur les fragiles infrastructures des systèmes de santé de ces régions. Un facteur qui contribue systématiquement à la poursuite de la transmission du poliovirus dans les poches où la maladie persiste est l'absence drastique de ressources humaines qualifiées et de compétences techniques – les postes d'agents de santé restent parfois vacants pendant des années, lorsqu'ils existent. L'IMEP compte remédier à ce problème de deux façons : d'une part, en quantifiant la pénurie de personnels de santé et en travaillant avec les autorités pour trouver une solution ; et, d'autre part, en palliant à la pénurie moyennant un renfort en ressources humaines au niveau du sous-district afin de compléter les capacités existantes jusqu'à ce que les postes vacants soient pourvus. Le succès obtenu en Inde a montré que cette méthode peut permettre d'apporter le niveau de présence sur le terrain et de responsabilisation requis pour obtenir relativement rapidement des campagnes de qualité. Avant 2012, aucun des trois pays d'endémie ne disposait de ce type de soutien. En 2012, la situation a été inversée, l'OMS et l'UNICEF ayant recruté plus de 5000 agents de mobilisation technique et sociale sur le terrain au nom des gouvernements afin de contribuer aux efforts d'éradication au niveau local.

5.33 En 2013-2014, la priorité consiste à optimiser le nombre, la répartition et les compétences de ces renforts en ressources humaines et de pérenniser les progrès obtenus en pourvoyant les postes d'agents de santé vacants. Une attention particulière est accordée à l'équipement et à la formation de ces personnels de terrain afin qu'ils apportent le soutien le plus efficace possible à leurs homologues relevant des autorités locales afin d'interrompre la poliomyélite et d'améliorer les taux de couverture vaccinale.

Innovations techniques

5.34 Les vaccins restent l'instrument principal de l'IMEP et ils sont au centre de l'innovation technique et de la recherche. La mise au point et l'usage élargi du VPO bivalent (VPOb) en 2009-2010 ont permis au programme d'accroître au maximum l'immunogénicité à l'égard des deux sérotypes de poliovirus sauvages restants (types 1 et 3) pour chaque contact avec des enfants vulnérables. Cela s'est traduit par les niveaux les plus bas jamais atteints de poliovirus sauvages de type 1 et 3 circulant à l'échelle mondiale en 2012, les données suggérant que les PVS de type 3 peuvent désormais être considérés quasiment éradiqués. L'IMEP a également été le fer de lance de la mise au point d'autres produits vaccinaux, notamment les VPO monovalents, et a mené des travaux de recherche essentiels pour réduire les coûts de l'utilisation du VPI et pour mieux comprendre son impact dans certaines zones des pays en développement. Au fur et à mesure que seront franchies les différentes étapes sur la voie de l'éradication de la poliomyélite au niveau mondial, l'IMEP adaptera son utilisation de ces vaccins afin qu'elle corresponde au mieux au contexte épidémiologique et aux objectifs de l'éradication.

5.35 L'IMEP fait aussi preuve d'innovation dans le suivi des programmes en tirant parti des progrès réalisés dans les systèmes d'information géographique et la transmission des données par l'intermédiaire des réseaux de téléphones mobiles. Au Nigéria comme au Pakistan, les données relatives aux campagnes de vaccination, qui auparavant étaient laborieusement compilées sur papier puis transmises de la main à la main ou par télécopie, circulent de plus en plus souvent en temps réel grâce aux smartphones. Au Nigéria, le lieu précis des cas de poliomyélite est établi et cartographié au moyen des appareils de localisation mondiaux (GPS) et des systèmes d'information

géographique (GIS) qui permettent une analyse plus précise des lieux où la poliomyélite continue à sévir. Le Nigéria montre aussi la voie en faisant un effort sans précédent pour utiliser les outils numériques d'information géographique pour identifier les zones où les enfants n'ont pas eu la possibilité d'être vaccinés et permettre une analyse en temps réel des zones qui ont été omises ou oubliées de façon à ce qu'elles puissent être couvertes. C'est la première fois que ces outils sont utilisés de cette façon et à une telle échelle.

Tactiques opérationnelles

5.36 Comme il est précisé dans la section sur les «enseignements tirés», l'IMEP continue à remettre en question et à tester ses principales stratégies opérationnelles afin de trouver les meilleurs moyens de parvenir à ses objectifs. Citons par exemple l'usage élargi de la stratégie d'administration d'une dose supplémentaire dans un intervalle court (SIAD), qui tire parti d'intervalles plus courts entre les campagnes pour améliorer plus rapidement l'immunité. Cette approche est particulièrement pertinente dans les zones où la sécurité est précaire et permet de tirer pleinement avantage des possibilités d'action, dans les situations de flambée pour renforcer rapidement l'immunité, et dans les zones où les faiblesses persistantes dans la gestion des opérations ont laissé les enfants sans protection pendant une longue période de temps. Le recours à la stratégie SIAD sera envisagé dans chacune de ces situations dans tous les pays où la poliomyélite est endémique et dans les pays où sévissent des flambées, selon les besoins.

5.37 Parmi les autres exemples d'innovations opérationnelles, citons aussi l'étude par le programme des meilleurs moyens de rémunérer les agents de première ligne. Le paiement de milliers de vaccinateurs volontaires, déployés sur de vastes étendues géographiques et dans des lieux où les infrastructures et les systèmes de responsabilité gestionnaire sont insuffisants, représente un important défi et un risque considérable dans le cadre de la réalisation d'AVS de grande qualité. Dans les pays d'endémie restants, des mécanismes pour le versement direct des fonds aux agents de première ligne sont désormais en place dans de nombreuses zones afin de réduire le nombre des transactions entre la source des fonds et le vaccinateur, de réduire au minimum les défauts de paiements et d'éliminer les équipes fantômes et les vaccinateurs mineurs. Des discussions sont actuellement en cours au Nigéria afin d'aller encore plus loin en étudiant la possibilité d'utiliser les téléphones mobiles des vaccinateurs comme moyen de paiement.

Priorités de recherche pour améliorer l'impact de la campagne

5.38 Dans le cadre de cette activité, la recherche visant à identifier et à évaluer les stratégies qui peuvent encore améliorer l'impact de chaque campagne est un autre domaine de travail. Les priorités des travaux actuels sont les suivantes :

- élargir les groupes d'âge cibles : l'expérience tirée des activités de riposte aux flambées de grande envergure en 2010-2011 permet de penser qu'élargir le groupe d'âge cible pour la vaccination par le VPO au-delà de l'âge de cinq ans dans le cadre des AVS peut permettre d'accélérer l'interruption de la transmission du poliovirus du fait d'un certain nombre de facteurs, et en particulier de l'amélioration de la couverture parmi les très jeunes enfants ;
- utiliser le vaccin antipoliomyélique inactivé : des données de plus en plus solides indiquent qu'une dose supplémentaire de VPI peut renforcer de manière substantielle l'immunité mucoale dans les populations vaccinées par le VPO, facteur potentiel d'accélération de l'éradication.

Bien que l'extension de ces approches aux zones d'endémie restantes ait des incidences notables en matière de communication et de logistique, elles font toutes deux l'objet d'une évaluation plus approfondie en vue de leur utilisation dans les zones réservoirs d'endémie.



UNICEF 2012/Muhammad Idrees

Certains zones où la poliomyélite subsiste sont des zones d'insécurité et les activités qui y sont menées doivent être adaptées à chaque contexte.

5.39 Au Pakistan, le programme de lutte contre la poliomyélite collabore avec l'Université Aga Khan afin de tester l'utilisation du VPI avec le VPO en 2013, en tant qu'instrument supplémentaire susceptible d'induire rapidement une réponse immunitaire chez les enfants qui n'ont pu être couverts facilement par des campagnes régulières de vaccination contre la poliomyélite ou de vaccination systématique. Le Pakistan étudiera la faisabilité opérationnelle de l'utilisation du VPI avec le VPO lors des campagnes menées dans les districts des FATA et du Baloutchistan, où les difficultés d'accès et de gestion des opérations n'ont pas permis au programme de parvenir à un niveau d'immunité suffisant pour interrompre la transmission. Ces efforts seront combinés à d'autres activités de promotion de la santé et à la mobilisation des pédiatres afin de répondre aux autres préoccupations des familles en matière de santé.

Activité 4 : Améliorer la sécurité des opérations de vaccination par le VPO dans les zones où règne l'insécurité

5.40 Bien que l'IMEP travaille depuis longtemps dans les zones où prévaut l'insécurité, ce n'est qu'à la fin de 2012 que les agents de vaccination contre la poliomyélite ont été la cible de plusieurs attaques violentes, coordonnées, lors de campagnes de vaccination, au cours desquelles des agents ont été blessés ou tués. Cette aggravation de la situation représente une nouvelle réalité dans certaines des zones infectées restantes, à laquelle les programmes nationaux doivent s'adapter alors qu'ils s'efforcent d'atteindre les dernières populations et les dernières zones où le poliovirus sauvage reste endémique ou, dans le cas de la Somalie, où les flambées du PVDVc persistent. Ces zones et populations sont souvent caractérisées par un long passé de négligences, n'ayant reçu que très peu d'aide ou de services extérieurs, voire aucun, d'où un environnement favorable aux suspicions, aux théories de la conspiration, et à d'autres problèmes qui semblent sous-tendre les réactions violentes auxquelles le programme a été confronté dans ses activités pour atteindre certaines de ces zones.

5.41 Pour faire face à cette nouvelle réalité, il a fallu établir un nouveau cadre de référence pour travailler dans les zones dangereuses moyennant des approches adaptées à chaque zone d'insécurité prioritaire. Les principaux éléments de ce cadre sont notamment les suivants :

- **ajustements opérationnels des campagnes d'éradication de la poliomyélite :** des ajustements opérationnels sont apportés aux AVS afin de réduire l'exposition du programme et des vaccinateurs aux éventuelles menaces (par exemple campagnes progressives ou peu visibles, site fixe, etc.), en fonction de l'évaluation des risques dans chaque district ;

Nouveau cadre de référence en matière de sécurité :

- ajustements opérationnels des campagnes d'éradication de la poliomyélite ;
- sûreté et sécurité du programme ;
- demande de la communauté ;
- plaidoyer des chefs religieux ;
- mesures de prévention de la propagation des poliovirus.

- **sûreté et sécurité du programme** : la coordination entre les services civils, les services sanitaires et les services de sécurité est améliorée pour assurer une plus grande sécurité physique des vaccinateurs et la sûreté des installations lorsque cela est nécessaire (par exemple moyennant des comités de coordination de la sécurité au niveau des provinces, des escortes de police, etc.), à nouveau en fonction de l'évaluation des risques dans chaque district ;
- **demande de la communauté** : une attention particulière est accordée aux activités visant à accroître la demande des communautés locales en faveur de l'accès à la vaccination et aux services de base moyennant différentes activités de sensibilisation portant sur la maladie, ses conséquences et la prévention et, si on le juge utile, en associant la vaccination par le VPO à la prestation d'autres services ou interventions ;
- **plaidoyer des chefs religieux** : les actions de sensibilisation menées par les dignitaires musulmans aux niveaux international et local sont intensifiées pour renforcer l'appropriation du programme d'éradication de la poliomyélite et la solidarité dans le monde musulman, pour encourager la protection des enfants contre la poliomyélite, défendre le caractère sacré des agents de santé et la neutralité des services de santé ;
- **mesures de prévention de la propagation des poliovirus** : une plus grande priorité est accordée à la réduction du risque de propagation depuis les zones d'insécurité en poursuivant une stratégie intense d'AVS dans les zones environnantes et en veillant dans la mesure du possible à la vaccination des voyageurs entrant ou sortant des zones infectées. Des équipes permanentes de vaccination ont été établies à la périphérie des zones dont l'accès est compromis afin d'augmenter les possibilités de vacciner tout enfant entrant ou sortant de ces zones. Ces équipes opèrent également 24 heures sur 24 aux postes frontières importants entre le Pakistan et l'Afghanistan, afin de protéger les voyageurs se rendant d'un pays à l'autre et de réduire la propagation internationale du virus.

Si le programme de lutte antipoliomyélique et les communautés locales sont dans l'incapacité de remédier aux menaces contre la sécurité, ou d'accéder à un nombre suffisant d'enfants pour arrêter la transmission, une série de stratégies et de tactiques d'urgence seront mises en œuvre.

5.42 Cette approche globale ainsi que les stratégies adoptées au niveau national seront officiellement revues et ajustées tous les six mois pour dresser un bilan de situation et adopter des mesures correctives ou complémentaires, si nécessaire. Si le programme de lutte contre la poliomyélite et les communautés locales sont dans l'incapacité de remédier aux menaces contre la sécurité dans certaines zones, ou de vacciner un nombre suffisant d'enfants pour arrêter la transmission, une série de stratégies et de tactiques d'urgence seront mises en œuvre. Les mesures supplémentaires envisagées pourraient alors inclure diverses nouvelles mesures visant à réduire encore le risque de propagation à

partir de la/des éventuelle(s) zone(s) infectée(s) restante(s) (par exemple envisager une recommandation permanente de vaccination des voyageurs au titre du Règlement sanitaire international) ; des mesures visant à accroître l'impact de chaque contact avec les enfants dans le cadre d'une vaccination dans ces zones (par exemple l'élargissement des groupes d'âge cibles, l'administration du VPI en pratiquant le porte-à-porte, l'utilisation potentielle des injecteurs sous pression à usage manuel) ; des négociations extraordinaires pour accéder aux enfants moyennant des cessez-le-feu, des jours de trêve ou des mesures similaires lorsque la transmission du virus est restreinte à une zone très limitée ; et des mesures exceptionnelles pour garantir la sécurité et la sûreté des vaccinateurs dans des zones très restreintes.

Activité 5 : Prévenir les flambées de poliomyélite et réagir face à celles-ci

5.43 La stratégie première pour réduire le risque de flambées de poliomyélite dues aux importations de poliovirus sauvages ou à l'émergence d'un PVDVc consistera à renforcer rapidement les services de vaccination, comme le prévoit l'objectif 2 du présent Plan. Elle sera complétée par des AVS régulières dans les zones où le risque d'importation et/ou d'émergence d'un PVDVc est le plus élevé, comme il est résumé sous l'activité 2 ci-dessus.

5.44 En outre, pour réduire encore la propagation internationale des poliovirus, tous les pays seront appelés instamment à mettre pleinement en œuvre les recommandations existantes de l'OMS pour la vaccination des voyageurs, qui figurent au chapitre 6 de la publication de l'OMS intitulée *Voyages internationaux et santé*, et qui ont été renforcées par le Conseil exécutif de l'OMS en janvier 2013.¹⁸ En 2014, il est possible que le Directeur général de l'OMS convoque une réunion du Comité d'examen, dans le cadre du Règlement sanitaire international (2005), afin de donner un avis sur la nécessité d'une recommandation permanente qui serait applicable en 2015 et porterait sur la vaccination des voyageurs se rendant dans une zone où la transmission du poliovirus persiste ou en provenance d'une telle zone.

5.45 Une approche plus vigoureuse à l'égard des flambées de PVS comme de PVDV sera mise en œuvre dans l'objectif de mettre un terme à toute nouvelle flambée de poliovirus dans les 120 jours qui suivent le cas indicateur. S'inspirant de l'expérience acquise lors de plus de 100 flambées de PVS et de PVDV au cours des 10 dernières années, les nouvelles tactiques de riposte comprendront la mise en œuvre de cinq campagnes de riposte au minimum (chacune couvrant un million de personnes au minimum), en élargissant le groupe d'âge cible pour les deux premières campagnes (par exemple à tous les moins de 15 ans ou à l'ensemble de la population, en fonction de l'épidémiologie), et en réduisant l'intervalle entre les trois premières campagnes (par exemple en passant de quatre à six semaines à deux à trois semaines). Des évaluations conjointes rapides seront menées aux niveaux national et international trois et six mois après la notification du cas indicateur afin d'évaluer la qualité de la riposte à la flambée et de planifier les éventuelles mesures correctives à apporter.

5.46 Alors que, traditionnellement, les activités de riposte aux flambées ont été menées à partir de l'isolement d'un poliovirus provenant d'un enfant paralysé, au cours de la période de l'éradication et de la phase finale, les données environnementales seront aussi utilisées de manière plus systématique pour orienter les activités de planification et de mise en œuvre de la riposte aux flambées. Pour les zones d'endémie et les autres zones à haut risque, la détection d'un échantillon environnemental positif contribuera à définir la portée géographique ainsi que la durée d'une riposte. Dans les zones qui étaient auparavant exemptes de poliomyélite, la détection d'un échantillon environnemental positif déclenchera à la fois une enquête virologique et une enquête épidémiologique afin de guider la surveillance renforcée et, le cas échéant, les activités de vaccination de riposte.

5.5 QUI SUPERVISE CES TRAVAUX ?

Le Comité de suivi indépendant

5.47 Le Comité de suivi indépendant (IMB) assume de manière indépendante la supervision des activités d'éradication de la poliomyélite.

¹⁸ *Voyages internationaux et santé* 2012. Voir <http://www.who.int/ith/chapters/fr/index.html>.

Pour réduire encore la propagation internationale des poliovirus, tous les pays seront appelés instamment à mettre pleinement en œuvre les recommandations existantes de l'OMS pour la vaccination des voyageurs, qui figurent au chapitre 6 de la publication de l'OMS intitulée *Voyages internationaux et santé*, et qui ont été renforcées par le Conseil exécutif de l'OMS en janvier 2013.

Une approche plus vigoureuse à l'égard des flambées de PVS comme de PVDV sera mise en œuvre dans l'objectif de mettre un terme à toute nouvelle flambée de poliovirus dans les 120 jours qui suivent le cas indicateur.



Pour réduire au minimum les risques immédiats et à long terme de la poliomyélite, les piliers de la phase finale sont le renforcement de la couverture vaccinale et la modification des vaccins utilisés dans les activités de vaccination systématique et supplémentaire.

Objectif 2 : Renforcement des systèmes de vaccination et retrait du VPO

RENFORCEMENT DES SYSTÈMES DE VACCINATION ET RETRAIT DU VPO		
Principaux objectifs	Indicateurs de réalisation	Principales activités
Renforcer les services de vaccination dans les «pays cibles», introduire le VPI et retirer le VPO2 à l'échelle mondiale	Retrait mondial du VPO de type 2 d'ici à la fin de 2016 De 2014 à 2018, augmentation annuelle de 10% au moins de la couverture du DTC3 dans 80 % des districts à haut risque de tous les pays cibles	1. Augmenter la couverture vaccinale 2. Veiller à ce que les produits VPI, VPOb et VPOm soient adaptés 3. Introduire le VPI
Contrôlé par le SAGE		

6.1 INTRODUCTION

6.1.1 Une forte couverture vaccinale est une stratégie importante de l'IMEP depuis ses débuts. S'agissant de la phase finale, une couverture élevée est essentielle pour optimiser la gestion des risques liés au poliovirus dans l'immédiat et à long terme. En plus de faciliter l'interruption de la transmission du PVS et de réduire le risque d'importation et de propagation, une forte couverture vaccinale représente la meilleure stratégie pour diminuer le risque d'émergence de PVDVc avant, pendant et après le retrait des vaccins antipoliomyélitiques oraux.

Une forte couverture vaccinale est essentielle pour atteindre les buts de la phase finale. Avec ce Plan, l'IMEP s'engage à collaborer avec les partenaires de la vaccination pour renforcer les systèmes de vaccination.

6.2 Outre la diminution des risques de poliomyélite dans l'immédiat et à long terme, cet impératif constitue pour l'IMEP une occasion importante de contribuer efficacement au renforcement des systèmes de vaccination. Dans le monde, la plupart des enfants qui ne sont pas suffisamment vaccinés vivent dans des pays où la poliomyélite reste endémique ou qui ont connu à de multiples reprises des importations de poliovirus et des flambées épidémiques. L'IMEP a acquis une vaste expérience pour vacciner les enfants les plus difficiles à atteindre dans ces pays, elle déploie actuellement des ressources humaines et matérielles conséquentes dans les pays d'endémie et ceux exposés à un risque élevé et, dans les pays comme auprès des partenaires de la vaccination, notamment l'Alliance GAVI, un vif intérêt se manifeste pour mener une action concertée avec l'IMEP en vue d'améliorer les systèmes de vaccination dans ces pays. Dans de nombreux pays, en particulier ceux qui ont des calendriers chargés d'AVS, il s'est avéré jusqu'à présent relativement difficile de saisir cette occasion.

6.3 Des bases solides existent pour que l'IMEP puisse s'aligner rapidement sur les efforts plus larges visant à renforcer les systèmes de vaccination. Du point de vue stratégique, l'éradication de la poliomyélite est un des objectifs essentiels du Plan d'action mondial pour les vaccins (GVAP), le cadre que l'Assemblée mondiale de la Santé a approuvé en mai 2012 pour réaliser la vision de la Décennie de la vaccination en offrant un accès universel à ces services.¹⁹ Sur le plan opérationnel, au moins certaines des activités pour l'éradication sont entrées dans les programmes de vaccination de tous les pays, et les agents financés dans le cadre de la lutte

Des bases solides existent pour que l'IMEP puisse s'aligner rapidement sur les efforts plus larges visant à renforcer les systèmes de vaccination.

¹⁹ Pour en savoir plus sur la collaboration pour la Décennie de la vaccination, consulter : http://www.who.int/immunization/newsroom/press/decade_of_vaccines_commitment_every_woman_child_october_2012/en/index.html.

antipoliomyélique contribuent déjà à des activités plus larges de vaccination, à des degrés divers selon les pays cependant. C'est là la base de l'alignement plus stratégique et ciblé de l'IMEP sur les buts du GVAP et de l'Alliance GAVI pour la période 2013–2018. Les administrateurs de l'éradication de la poliomyélite et de la vaccination collaboreront pour créer des synergies entre programmes à l'appui des plans et stratégies nationales.

6.4 Le fait qu'en 2012 les pays ont été plus nombreux à notifier des flambées dues à des PVDVc que des flambées à PVS montre combien il est important de renforcer la couverture de vaccination antipoliomyélique. Un certain nombre de pays à la couverture vaccinale systématiquement faible ont connu des émergences répétées de PVDVc, provoquant souvent des flambées prolongées.

6.5 Pour réduire le plus possible les risques de poliomyélite dans l'immédiat et à long terme, les éléments essentiels de la phase finale incluent donc le renforcement de la couverture vaccinale et le changement des vaccins utilisés à la fois pour la vaccination systématique et les activités supplémentaires. En mai 2008, conformément aux orientations données par le SAGE, l'Assemblée mondiale de la Santé a approuvé le principe d'un arrêt synchrone de l'utilisation du VPO dans le monde entier. Reconnaissant que le PVS2 a été éradiqué en 1999 et que plus de 90% des cas impliquant un PVDVc ces dernières années étaient dus à des virus dérivés d'une souche vaccinale de type 2, le SAGE a aussi recommandé en 2012 de retirer le VPO2 en tant que première étape du retrait complet de tous les vaccins antipoliomyéliquiques oraux. En novembre 2012, il a recommandé à tous les pays d'introduire au moins une dose de VPI dans leurs programmes de vaccination afin d'atténuer les risques inhérents au retrait du VPO2.

L'IMEP utilisera systématiquement ses infrastructures pour renforcer plus efficacement les services de vaccination.

6.2 LE BUT

6.6 L'objectif 2 vise à utiliser systématiquement les infrastructures de l'IMEP pour renforcer plus efficacement les services de vaccination, en particulier dans un groupe de «pays cibles», contribuant ainsi à élargir les cibles mondiales de vaccination, à faciliter l'introduction du VPI, à en accroître

l'impact et à réduire les risques d'émergence des PVDVc avant, pendant et après le retrait des sérotypes du VPO par les programmes de vaccination du monde entier. Les principales étapes sur la voie de cet objectif sont une augmentation annuelle d'au moins 10% de la couverture de la troisième dose du vaccin antidiphthérique, antitétanique et anticoquelucheux (DTC3) dans la majorité des districts ayant les moins bons résultats dans les pays cibles à partir de 2014, l'introduction en 2015 d'au moins une dose de VPI dans tous les pays utilisant le VPO et le retrait mondial du VPO2 en 2016.

6.3 QUELLES SONT LES MESURES REQUISES ?

6.7 Pour introduire le VPI et remplacer le VPOt par le VPOb (types 1 et 3) dans le monde entier, l'IMEP et les partenaires de la vaccination prêteront leur concours aux 145 pays utilisant actuellement le VPOt dans leurs programmes de vaccination, en accordant une attention particulière à l'amélioration de la couverture vaccinale dans un certain nombre de pays cibles où l'on trouve les enfants non vaccinés en plus grand nombre et où le risque d'émergence et de persistance de PVDVc est souvent le plus fort. Dans ces pays, il faudra probablement que les personnels de vaccination, notamment ceux financés dans le cadre de la lutte antipoliomyélique, recherchent ensemble de nouveaux moyens de collaborer et définissent comment joindre leurs forces le plus efficacement possible pour soutenir les plans nationaux.

6.4 QUELLES ACTIVITÉS VONT ÊTRE ENGAGÉES ?

Principales activités

1. Augmentation de la couverture vaccinale
2. Efforts visant à garantir que les produits VPI, VPOb et VPOm sont adaptés
3. Introduction du VPI
4. Retrait du VPO de la vaccination systématique et des activités de vaccination supplémentaires

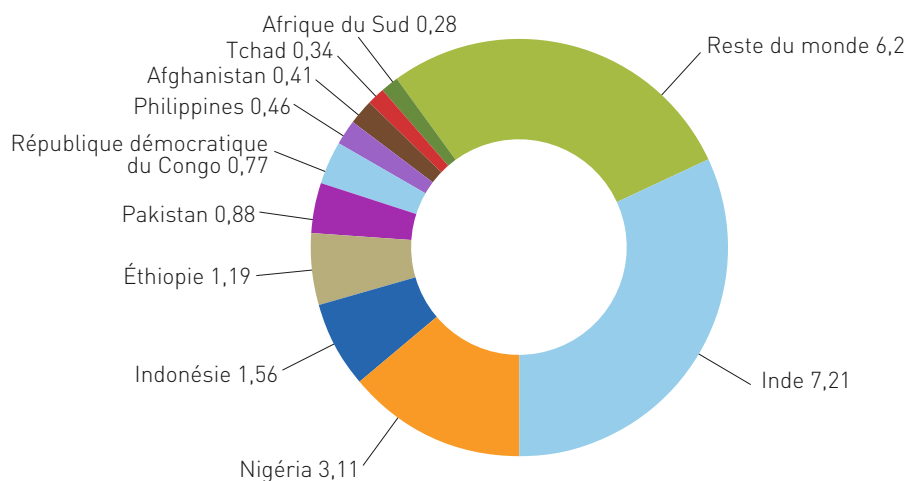
Activité 1 : Augmentation de la couverture vaccinale

6.8 L'augmentation de la couverture vaccinale aura des retombées favorables directes sur les efforts d'éradication de la poliomyélite en réduisant au maximum le risque, la fréquence et l'étendue des flambées ; en contribuant à endiguer la transmission de la poliomyélite si l'éradication prend du retard dans les dernières zones d'endémie ; en diminuant l'émergence des PVDV ; et en renforçant l'impact du VPI et du VPOb après le retrait du VPO2.

6.9 Sur le plan géographique, l'IMEP est la mieux placée pour aider au renforcement des systèmes de vaccination dans les pays où elle a déployé des agents en plus grand nombre au niveau local, dans le cadre de l'intensification de l'effort mondial pour l'éradication. En raison de la corrélation étroite entre la transmission persistante de la poliomyélite et la faiblesse des services de vaccination, c'est dans ces pays que l'on retrouve la plupart des enfants sous-vaccinés dans le monde (Figure 14). Dans la majorité des cas, l'Alliance GAVI, l'OMS et l'UNICEF ont déjà jugé que ces pays étaient prioritaires pour recevoir un appui, sur la base de la faiblesse nationale de la couverture vaccinale (DTC3 <70%). Les pays cibles sur lesquels l'IMEP concentre ses efforts de renforcement des systèmes de vaccination sont l'Afghanistan, l'Éthiopie, l'Inde, le Nigéria, le Pakistan, la République démocratique du Congo, la Somalie, le Soudan du Sud et le Tchad, ainsi que l'Angola. À l'exception de l'Éthiopie, de l'Inde et de l'Angola, tous ces pays ont été reconnus dans le cadre de la politique de l'Alliance GAVI comme des États fragiles, ce qui permet d'adapter davantage l'aide à la situation du pays.

L'augmentation de la couverture vaccinale aura des retombées favorables directes sur les efforts d'éradication de la poliomyélite : en réduisant au maximum le risque, la fréquence et l'étendue des flambées ; en contribuant à endiguer la transmission de la poliomyélite ; en diminuant l'émergence des PVDV ; et en renforçant l'impact du VPI et du VPOb.

Figure 14 : 22,4 millions de nourrissons sous-vaccinés ou non vaccinés dans le monde en 2011



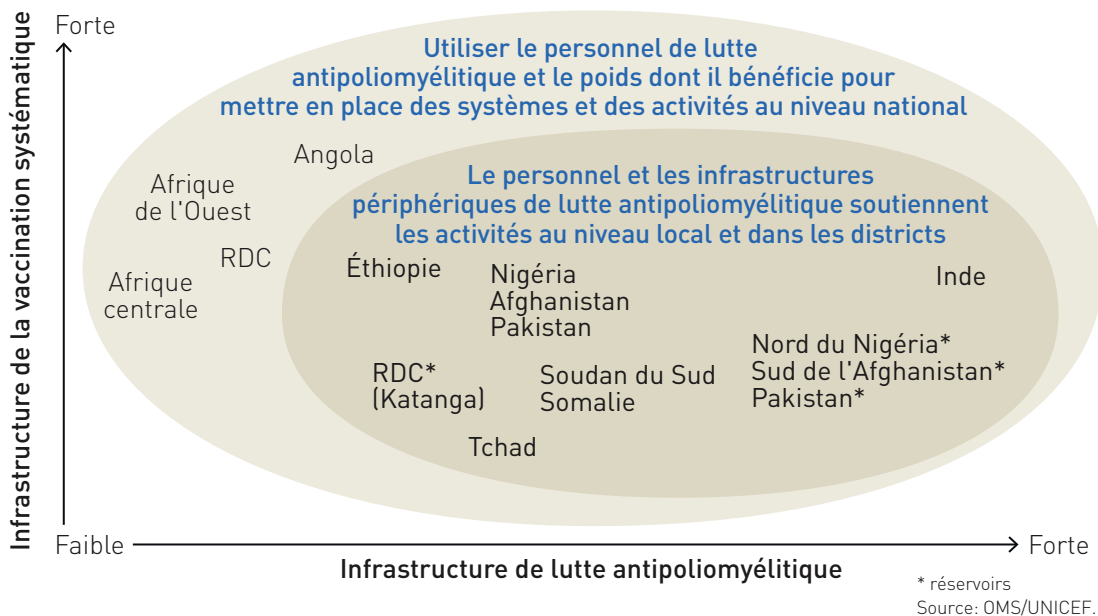
Sources: Revision 2011 des estimations de couverture de l'OMS/UNICEF, 25 Juillet 2012; Vaccination, vaccins et produits biologiques (IVB); Organisation mondiale de la Santé, 194 États membres de l'OMS.

6.10 Les programmes de vaccination dans les pays cibles sont confrontés à des difficultés dans un certain nombre de domaines où l'IMEP a la possibilité d'apporter une aide, notamment :

- gestion du programme et responsabilisation
- capacités et supervision en matière de ressources humaines
- suivi du programme, surveillance des maladies évitables par la vaccination et utilisation des données
- gestion des vaccins, approvisionnement et chaîne du froid
- communication, éducation sanitaire et mobilisation sociale
- appui politique, financement et plaidoyer.

6.11 L'IMEP, l'Alliance GAVI et d'autres partenaires de la vaccination vont élaborer une approche coordonnée pour aider les autorités nationales à rechercher des stratégies de vaccination revitalisées et recentrées, afin d'accroître la couverture dans les pays concernés (Figure 15). Dans ces pays cibles, le but est de contribuer à une amélioration annuelle, à partir de 2014, d'au moins 10 % des taux de couverture par le DTC3 dans les districts les moins performants exposés à un risque élevé de poliomyélite. Les progrès seront suivis au moyen d'évaluations régulières des programmes et d'enquêtes rapides pour évaluer la couverture.

Figure 15 : Pays ayant de faibles systèmes de vaccination systématique et une forte présence de l'IMEP



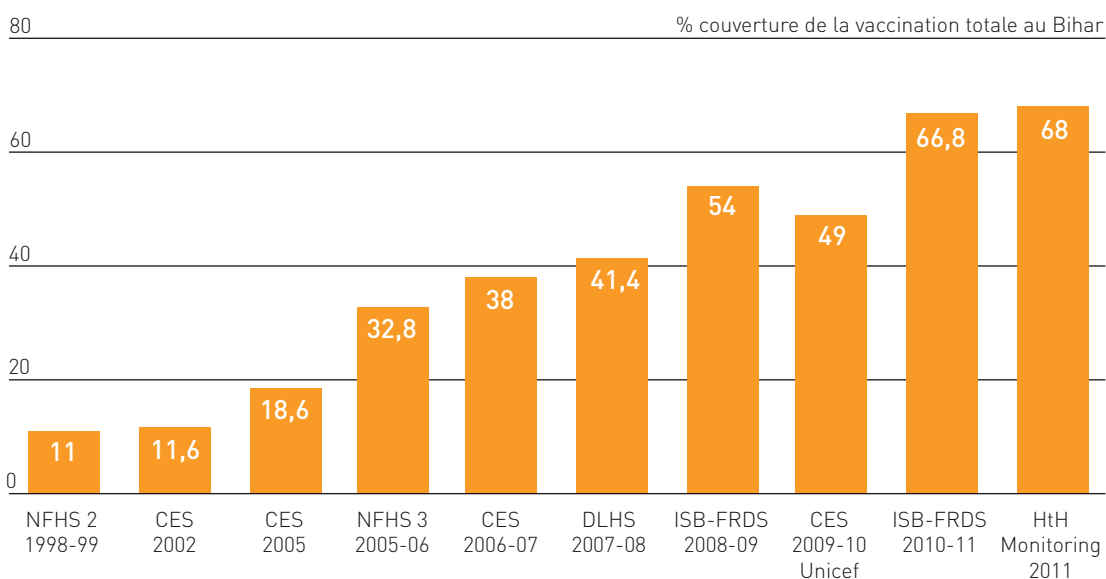
Le personnel de l'IMEP axera le renforcement de la vaccination autour de quatre activités :

- gestion ;
- microplanification ;
- mobilisation ;
- suivi.

6.12 Pour l'IMEP, l'Alliance GAVI et les autres partenaires de la vaccination, la première étape dans les pays cibles consistera à aider leurs autorités nationales respectives à mettre sur pied des plans d'action annuels intégrés pour renforcer les services de vaccination. Les modalités seront élaborées et un plan de travail, avec de grandes étapes et des dates butoirs, sera finalisé d'ici à la fin de 2013. À l'intérieur de ce cadre, les activités du personnel de l'IMEP seront axées sur le renforcement des capacités nationales et locales dans les quatre domaines suivants :

- **gestion**, ce qui comprend l'utilisation systématique de cadres de responsabilisation, le renforcement de la gestion des données, la planification sur des bases factuelles, la formation et la gestion de l'approvisionnement en vaccins ;
- **microplanification**, ce qui comprend la cartographie de la population, l'harmonisation des microplans de la vaccination systématique avec ceux des AVS pour permettre une planification plus complète des séances, la gestion de l'approvisionnement en vaccins et la logistique de la chaîne du froid ;
- **mobilitation**, y compris les efforts de plaidoyer au plus haut niveau, l'engagement des responsables des communautés locales et les actions de proximité auprès des ménages. Les activités de mobilisation sociale viseront à susciter la demande de vaccination, en donnant des indications sur le lieu et le moment où les séances sont organisées, en incitant ceux qui s'occupent des enfants à aller aux séances et en répondant aux inquiétudes des parents et des personnes s'occupant d'enfants concernant l'innocuité et l'utilité des vaccins ;
- **suivi** des séances de vaccination, de la couverture dans la communauté locale, de l'acceptation des vaccins, des efforts de mobilisation sociale, de la disponibilité des agents de santé, de l'administration des vaccins, des autres aspects de la logistique pour les séances de vaccination et de la qualité générale, ainsi que de l'impact des services. L'application du principe de collecte et d'analyse en temps réel produira des données locales utiles pour prendre immédiatement des mesures correctives et accroître la responsabilisation.

Figure 16 : Couverture de la vaccination au Bihar (Inde), 1998-2011



Source : OMS.

NFHS : National Family Health Survey (Enquête nationale sur la santé familiale).

CES : Coverage Evaluation Survey (Enquête d'évaluation de la couverture).

DLHS : District Level Household and Facility Survey (Enquête en district sur les ménages et les établissements).

ISB-FRDS : Immunization Survey-Bihar, Formative Research and Development Service (Enquête sur la vaccination au Bihar, Service de recherche formative et de développement).

HtH Monitoring : House to House Monitoring (Suivi porte à porte).

6.13 La meilleure illustration de l'impact de ces activités de l'IMEP sur les taux de couverture de la vaccination, lorsqu'elles s'associent à une volonté politique et à l'appui des autorités locales, nous vient de l'expérience de l'État du Bihar en Inde (Figure 16) où, lors de la période des activités les plus intenses d'éradication de la poliomyélite, la proportion d'enfants totalement vaccinés est passée, selon les estimations, de 30% environ à près de 70%. Dans les 41 blocs (unités administratives équivalentes à des sous-districts) à haut risque les plus problématiques, sur lesquels les ressources du programme contre la poliomyélite ont été le plus ciblées, la couverture de la vaccination totale a même atteint un niveau plus élevé que la moyenne de l'État.

6.14 En Afrique, l'IMEP finance actuellement 90% des 1000 personnes travaillant pour IVD (Vaccination et mise au point de vaccins). Ce personnel consacre déjà 53% de son temps à de multiples maladies et 47% seulement est réservé à la poliomyélite. Nombre des personnes travaillant pour IVD sont désormais profondément engagées dans des activités de soutien direct aux systèmes de vaccination, en se chargeant de rôles et d'actions allant de la mise en œuvre de la stratégie «Atteindre chaque district» (RED) à l'assistance à la planification, en passant par la contribution à la mise au point d'applications GAVI pour l'appui au renforcement des systèmes de santé.

6.15 Les contributions de l'IMEP aux initiatives des pays cibles pour renforcer les systèmes de vaccination seront soutenues et coordonnées au niveau international par ses principaux partenaires (l'OMS, Rotary International, les CDC et l'UNICEF) et par la Fondation Bill & Melinda Gates. Parmi ces organisations, l'OMS, l'UNICEF, les CDC et la Fondation Bill & Melinda Gates ont du personnel consacré à l'appui au renforcement des systèmes de vaccination au niveau des pays, tandis que le Rotary International contribue à la vaccination en tant qu'élément clé de son Programme PolioPlus. Le Secrétariat de l'Alliance GAVI aidera à la coordination avec les membres de l'Alliance, renforçant aussi l'appui fourni par l'IMEP et par l'Alliance en faveur d'un effort uni au niveau des pays. Le développement de la collaboration pour la vaccination, entre ces organisations et avec l'Alliance GAVI, est fondamental pour le Plan.

En décembre 2012, le Conseil de l'Alliance GAVI s'est engagé à collaborer avec l'IMEP pour le renforcement des systèmes de vaccination.

6.16 En décembre 2012, le Conseil de l'Alliance GAVI s'est engagé à collaborer avec l'IMEP pour le renforcement des systèmes de vaccination, déclarant qu'il acceptait que l'Alliance joue un rôle complémentaire à celui de l'IMEP dans l'effort pour éradiquer la poliomyélite, en particulier au moyen de la vaccination systématique dans le cadre de la stratégie et de la mission de l'Alliance GAVI, en utilisant les structures, procédures et

processus existants. Il a aussi accepté que l'Alliance étudie la pertinence et l'utilisation possible de l'IFFI (Facilité internationale de financement pour la vaccination) en tant que mécanisme potentiel de financement, pour soutenir cette activité dans le cadre de la stratégie et de la mission de l'Alliance GAVI, en utilisant les structures, procédures et processus existants.²⁰ Suite à cette décision, les partenaires de l'IMEP et l'Alliance GAVI ont entrepris des travaux pour renforcer les approches complémentaires dans leur aide aux pays cibles. Ce soutien se retrouvera dans les plans de travail nationaux devant être finalisés en 2013.

²⁰ Voir le procès-verbal de la réunion du Conseil de l'Alliance GAVI des 4 et 5 décembre 2012. Disponible sur : <http://www.gavialliance.org/library/minutes/searchtext/board%20decisions/>.

Tableau 6 : Activités sélectionnées dans les principaux domaines pour le renforcement de la vaccination

Gestion
<ul style="list-style-type: none"> • Agents de l'IMEP sur le terrain : Actualisation des missions du personnel dans les pays d'endémie pour y intégrer des activités mesurables essentielles en faveur du renforcement de la vaccination systématique ; le personnel aidera les gouvernements à surveiller les séances de vaccination fixes ou de proximité, à suivre l'approvisionnement en vaccins/leur disponibilité, à soutenir la formation des agents de santé, à développer des mécanismes pour repérer les enfants échappant à la vaccination systématique pendant les visites de supervision dans les ménages et au cours du suivi des AVS (notamment celles auprès des nouveau-nés), et à accroître la demande et la participation des communautés en matière de vaccination systématique • Amélioration des performances par la supervision positive et la formation continue : Amélioration des compétences essentielles des administrateurs de la vaccination et des agents de santé au niveau des districts et des sous-districts • Systèmes d'approvisionnement (notamment la chaîne du froid) : Collecte et suivi plus réguliers des données sur la gestion des vaccins pour repérer les problèmes d'approvisionnement (dont les ruptures de stocks et les pertes) et prendre des mesures correctives ; organisation de formations si nécessaire pour instruire les fournisseurs sur la manipulation, l'utilisation et l'élimination correctes des vaccins et des consommables
Microplanification
<ul style="list-style-type: none"> • Harmonisation des microplans pour la vaccination systématique avec ceux de lutte antipoliomyélitique : Coordination au niveau local sur les microplans pour obtenir plus de détails sur les populations et les peuplements difficiles à atteindre pour les services de vaccination systématique de proximité • Nouveaux outils : Extension de l'utilisation des outils SIG et GPS pour améliorer la microplanification et le suivi de la poliomyélite au Nigéria, en vue d'un usage par les programmes de vaccination systématique • Approche «Atteindre chaque district» (RED) : Application des meilleures pratiques de l'approche «Atteindre chaque district» (et communauté) à la planification programmatique locale
Mobilisation
<ul style="list-style-type: none"> • Engagement des communautés : Appui de l'IMEP aux partenaires gouvernementaux/organisations communautaires/organisations non gouvernementales (ONG) pour utiliser les circuits et meilleures pratiques existants en matière de lutte antipoliomyélitique en vue de mobiliser les communautés et de les faire participer à la vaccination • Mobilisation sociale sur une base factuelle : Mobilisation sociale et communication adaptées aux obstacles locaux à la vaccination systématique, sur la base d'un suivi des données obtenues localement
Suivi
<ul style="list-style-type: none"> • Suivi systématique : Suivi des séances de vaccination, disponibilité du personnel de la vaccination, logistique, vaccins, chaîne du froid ; évaluations rapides de la couverture locale et raisons de la sous-vaccination • Indicateurs de performance : Rationalisés, standardisés et largement utilisés par les administrateurs de programme et les partenaires du développement afin d'améliorer les résultats du programme de vaccination • Nouveaux outils : Élaborés et testés sur le terrain pour améliorer la capacité à vérifier le statut vaccinal et pour confirmer les données de la couverture • Qualité des dossiers : Recensement de mécanismes permettant d'améliorer la conservation et la conception des dossiers vaccinaux à domicile et dans les établissements de santé • Systèmes de données locaux et mondiaux : élaborés avec le déploiement initial des systèmes améliorés d'information sur la vaccination dans les pays cibles • Importance accrue donnée à la qualité des données : échanges d'expertises sur la qualité et l'utilisation des données, comme les fiches/dossiers à domicile, les méthodologies d'enquête ; aide aux pays dans la transition des systèmes d'information • Surveillance des MPV : aide pour développer davantage la surveillance des maladies évitables par la vaccination en vue de suivre la lutte contre les maladies et l'évolution de l'épidémiologie et d'orienter les actions du programme

6.17 Pour planifier l'augmentation du soutien de l'IMEP au renforcement des systèmes de vaccination, le programme pour la poliomyélite a défini des activités essentielles au sein des domaines susmentionnés (Tableau 6) à consolider en 2013. Pour soutenir ces activités, la cible est que, d'ici à la fin de 2014, au moins 50% du temps du personnel de terrain financé au titre de la lutte antipoliomyélitique soit consacré à des activités spécifiques et mesurables pour aider les autorités nationales à renforcer les systèmes et les services de vaccination.

Activité 2 : Efforts visant à garantir que les produits VPI, VPOb et VPOm sont adaptés

6.18 À la fin des années 1990, au moment même où s'accéléraient les progrès vers l'éradication du PVS, un nouveau risque est apparu pour un monde exempt de poliomyélite. Dans de rares cas et dans des zones où il y a des lacunes importantes de l'immunité, des PVDV ont été capables de muter à tel point qu'ils ont acquis les caractéristiques du PVS. Ces PVDV, notamment de type 2, sont à l'origine de flambées de PVDVc, auxquelles on associe, comme pour des flambées de PVS, des paralysies définitives, dont la poliomyélite bulbaire, et des décès. Plus rarement, on a montré que les PVDV pouvaient persister pendant des années chez certains sujets présentant des syndromes d'immunodéficience primaire.

Pour remédier aux risques associés aux poliovirus dérivés d'une souche vaccinale, il faut interrompre l'usage des vaccins antipoliomyélitiques oraux (VPO) dans le monde entier en passant, dans un premier temps, du VPOt au VPOb.

6.19 En 2005, les organismes consultatifs spécialisés dans l'éradication de la poliomyélite et la vaccination ont conclu que, pour remédier complètement à ces risques et éliminer tous les cas de paralysie poliomyélitique, il faudrait *in fine* interrompre l'usage des VPO dans le monde entier dans le cadre de la phase finale de l'éradication de la poliomyélite.²¹

6.20 Actuellement, 145 pays administrent le VPOt pour vacciner les enfants contre la poliomyélite dans le cadre de leurs programmes de vaccination systématique. Le VPOt renferme les sérotypes 1, 2 et 3 du poliovirus.

L'utilisation de ce vaccin a permis d'éradiquer avec succès le PVS2 en 1999. Or, fin 2012, 90% des cas dus à un PVDVc sont imputables à des virus dérivant du sérotype 2 du VPO. En 2012, on a détecté cinq flambées dues à des PVDVc de type 2, en Afghanistan, au Kenya, au Nigéria, au Pakistan, en République démocratique du Congo, en Somalie et au Tchad (au Nigéria et en Somalie, les flambées résultent d'une transmission continue pendant plus de 36 mois). Compte tenu de ces éléments et des risques de PPAV et de PVDVi à long terme, l'utilisation de certains sérotypes spécifiques du VPO sera progressivement arrêtée dans le monde entier, pour toutes les activités et dans tous les programmes de vaccination, à commencer par le retrait du VPO2 et le remplacement de tous les VPOt par des VPOb (types 1 et 3) dans les programmes de vaccination systématique du monde entier d'ici à mi-2016.

6.21 Pour se protéger d'éventuelles conséquences du retrait du sérotype 2, le SAGE a recommandé en novembre 2012 d'introduire au moins une dose de VPI dans tous les programmes de vaccination systématique avant de passer du VPOt au VPOb. Cette dose de VPI devrait :

- éviter une poliomyélite paralytique chez les sujets exposés à un PVDVc de type 2 ou à un PVS2 ;
- améliorer la réponse immunologique au VPOm de type 2 si son administration est requise en riposte à une flambée de PVS2 ou de PVDVc2 après l'arrêt du VPOt ;

²¹ Résolution WHA61.1, «Poliomyélite : dispositif de gestion des risques susceptibles de compromettre l'éradication».



WHO/Bachir Chaibou

L'expertise et les capacités issues de l'éradication de la poliomyélite contribueront au renforcement des systèmes de vaccination en apportant un soutien dans des domaines tels que la gestion des programmes et l'approvisionnement en vaccins.

- réduire la transmission du PVDVc2 ou du PVS2, si jamais l'un des deux était introduit après l'arrêt du VPOt ;
- stimuler l'immunité contre le PVS1 et le PVS3 chez les sujets vaccinés, ce qui pourrait encore accélérer l'éradication du PVS.

6.22 L'introduction du VPI dans tous les pays à revenu faible ou intermédiaire, tranche inférieure, utilisant le VPO nécessitera d'acheter de gros volumes de VPI existants, ce qui pourrait entraîner une baisse générale du prix par dose, et d'élaborer des options de remplacement à faible coût dont le prix pourrait éventuellement être inférieur à un dollar la dose. Deux options à faible coût sont aujourd'hui en cours d'élaboration pour le court ou moyen terme :

- l'homologation d'une dose intradermique fractionnée de VPI (un cinquième de la dose) ;
- l'élaboration de nouveaux produits VPI adjuvés, économes en antigènes, pour la voie intramusculaire.²²

6.23 Vu que les pays pourront préférer soit l'option par voie intradermique, soit l'option du VPI adjuvé par voie intramusculaire et que, pour l'instant, on ne dispose pas de données probantes suffisantes pour recommander plutôt une approche que l'autre, les travaux concernant les deux options sont menés de front. Début 2013, elles ont été confrontées à des difficultés réglementaires et/ou liées à leur développement. On pourrait y remédier à court terme (24 à 48 mois) au moyen d'une collaboration active avec les fabricants et les autorités nationales de réglementation ; avec l'appui énergétique de la communauté internationale ; par l'élaboration d'une politique d'administration de doses multiples de VPI ; et avec une cartographie rapide des voies réglementaires.

²² Resik S et al. dans une étude à Cuba, Journal of Infectious Diseases, en 2010, ont démontré qu'une fraction de dose (un cinquième de la dose complète) peut être suffisante, après de multiples doses de VPO, pour établir une immunité de base (séroconversion et amorce). Voir Resik S et al., «Randomized controlled clinical trial of fractional doses of inactivated poliovirus vaccine administered intradermally by needle-free device in Cuba». Journal of Infectious Diseases, 2010, 201(9) : 1344-1352.



WHO/Thomas Moran

Dans leur préparation à l'introduction du VPI, les pays devront s'attacher tout particulièrement à la formation des agents de santé de première ligne.

6.24 Reconnaissant que le développement de nouvelles options à faible coût pour le VPI pourrait ne pas entrer dans les délais pour le « passage du VPOt au VPOb », l'IMEP travaille avec les fabricants et d'autres parties prenantes en vue d'élaborer d'ici à fin 2013 une stratégie permettant d'introduire le VPI dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, tranche inférieure, en utilisant les produits existants à des prix sensiblement réduits, la transition vers les produits à plus faible coût se faisant à mesure qu'ils seront disponibles. L'Alliance GAVI envisagera d'apporter une aide pour le VPI dans les pays remplissant les conditions requises, dans le cadre de sa stratégie d'investissements pour les vaccins, d'ici à la fin de 2013. De plus, d'ici à 2018, des moyens devraient être disponibles pour produire en toute sécurité le VPI dans les pays en développement (par exemple un vaccin VPI-Sabin), afin de garantir que tous les pays aient la possibilité de produire le VPI pour leurs programmes de vaccination.²³

6.25 La disponibilité récente (depuis 2009) et l'efficacité avérée du VPOb contre les sérotypes restants PVS1 et PVS3 sont essentielles pour la stratégie de retrait du VPO2. Il y aura d'ici début 2015 un approvisionnement international suffisant et garanti pour ce produit en vue du passage du VPOt au VPOb pour les pays qui se procurent du VPO préqualifié auprès de l'OMS. Les pays s'appuyant actuellement sur une production nationale de VPO devront mettre au point et homologuer un VPOb d'ici à la fin de 2015. L'IMEP donnera la priorité à la collaboration avec les fabricants de ces pays pour s'assurer que, partout, il y ait un accès suffisant au VPOb avant le retrait du VPO2.

6.26 Suite au passage du VPOt au VPOb, ce dernier sera le vaccin de choix pour riposter à toute flambée de PVS1 ou de PVS3, et le VPOm de type 2 sera utilisé pour riposter à toute flambée de PVDVc de type 2 ou à la dissémination d'un PVS2 à partir d'un laboratoire ou d'une installation de production. Une réserve de 500 millions de doses de VPOm de type 2 en vrac sera disponible fin 2015 à cet effet. Après le passage du VPOt au VPOb, l'IMEP assurera un accès rapide au VPI seul (jusqu'à 10 millions de doses) pour les pays et les territoires adjacents à une zone de flambée, mais en dehors de celle-ci, l'objectif étant de renforcer rapidement l'immunité de la population. Dans

²³ Réunion du SAGE, 10-12 avril 2012 : voir http://www.who.int/immunization/sage_conclusions/en/index.html.

Tous les pays devraient introduire au moins une dose de VPI dans leurs programmes de vaccination systématique.

l'idéal, ce résultat peut être obtenu en gérant soigneusement le stock tampon mondial de VPI. La détection d'un poliovirus ambigu dérivé d'une souche vaccinale (PVDVa) de type 2 pourrait déclencher une riposte préventive au moyen du VPI dans la zone immédiate.²⁴

6.27 Après l'arrêt du VPOb (d'ici à la date butoir fixée en 2019), une association de VPOm et de VPI sera employée pour riposter à toute flambée de PVS ou de PVDV, quel que soit le sérotype. Une réserve internationale de 300 millions de doses de VPOm de type 1 et de VPOm de type 3 sera créée à cet effet d'ici à la fin de 2017.

Activité 3 : Introduction du VPI

6.28 Pour renforcer l'immunité de la population contre les poliovirus de type 2 avant le retrait du VPO2 et pour maintenir une sensibilisation/protection de la population contre la poliomyélite de type 2 ensuite, le SAGE a recommandé en novembre 2012 à tous les pays d'introduire au moins une dose de VPI dans leurs programmes de vaccination systématique. Comme nous l'avons résumé plus haut, cela contribuera à maintenir l'immunité de la population contre les poliovirus de type 2, améliorera la réponse au VPOm de type 2 ou à une dose supplémentaire de VPI en cas de flambée de poliomyélite de type 2, et réduira la transmission de poliovirus de type 2 réintroduits, ce qui diminuera ainsi sensiblement les conséquences de la circulation subséquente de poliovirus du point de vue de la maladie paralytique et facilitera l'endigement des flambées.²⁵ Les faits démontrent que cela pourrait aussi accélérer l'éradication du PVS en renforçant l'immunité contre le PVS1 et le PVS3. Pour les pays exposés à un risque particulier d'émergence de PVDVc, il faudra peut-être compléter cette approche par des mesures telles que des campagnes de VPOt avant l'arrêt du VPO2, afin de renforcer l'immunité ou l'introduction de deux doses de VPI dans la vaccination systématique. Reconnaissant que les risques liés au retrait ultime du VPOb pourraient être semblables à ceux associés au retrait du VPO2, il est recommandé aux pays de prévoir de continuer à administrer au moins une dose de VPI dans leurs programmes de vaccination pendant au moins cinq ans après l'arrêt du VPOb.

6.29 Les enseignements tirés de l'introduction de nouveaux vaccins dans les pays à revenu faible ou intermédiaire ces 10 dernières années (par exemple les vaccins anti-*Haemophilus influenzae* type b, antipneumococcique ou antirotavirus) seront utiles pour l'introduction du VPI. Les pays devront effectuer la planification qui convient et faire leurs préparatifs en s'appuyant sur les listes de contrôle existantes pour la chaîne du froid, la logistique et la gestion des vaccins, la formation et la supervision des agents de santé, la gestion des déchets, la sécurité des injections et le suivi des manifestations postvaccinales indésirables (MAPI). Les partenaires de l'IMEP, notamment l'OMS et l'UNICEF, en conjonction avec l'Alliance GAVI et d'autres partenaires de la vaccination, aideront les pays à se préparer à l'introduction du VPI. Les activités d'aide en question comporteront la formation des agents de santé, le développement de la communication, la gestion de la chaîne du froid et l'élaboration de stratégies de gestion des vaccins.

Les partenaires de l'IMEP, notamment l'OMS et l'UNICEF, en conjonction avec l'Alliance GAVI et d'autres partenaires de la vaccination, aideront les pays à se préparer à l'introduction du VPI.

²⁴ Les PVDVa sont des poliovirus dérivés d'une souche vaccinale qui sont isolés soit à partir de personnes n'ayant pas d'immunodéficience connue, soit d'eaux usées et l'origine première est alors inconnue.

²⁵ Sutter RW, Kew OM, Cochi SL, Aylward RB. Poliovirus Vaccine-Live. In: Plotkin SA, Orenstein WA, eds. Vaccines, 6th ed. Philadelphia, PA, W.B. Saunders Company, 2012 (in press); Alexander LN et al. Vaccine policy changes and epidemiology of poliomyelitis in the United States. Journal of the American Medical Association, 2004, 292 (14):1696-1701; Estivariz CF et al. Paralytic poliomyelitis associated with Sabin monovalent and bivalent oral polio vaccines in Hungary. American Journal of Epidemiology, 2011, 174 (3):316-325. Epub 2011 Jun 17.

Activité 4 : Retrait du VPO de la vaccination systématique et des activités de vaccination supplémentaires

6.32 Avant de retirer le VPO2 – en remplaçant le VPOt par le VPOb dans tous les pays utilisant le VPO, six conditions préalables doivent être réunies :

1. validation de l'élimination des PVDVc persistants de type 2 et confirmation de l'éradication du PVS2 ;
2. réserve de VPOm de type 2 et capacité de riposte ;
3. capacité de surveillance et exigences de notification internationale pour tous les virus Sabin, type Sabin et PVDVc de type 2 ;
4. produits VPOb en quantités suffisantes pour tous les pays utilisant le VPO ;
5. option(s) abordable(s) pour le VPI dans tous les pays utilisant le VPO ;
6. phase II de confinement biologique de tous les PVDVc de type 2 et de tous les PVS.

6.33 En plus de ces conditions, il faudra résoudre un ensemble de difficultés au niveau de la logistique, de la communication, de l'approvisionnement en vaccins et des programmes pour parvenir au retrait mondial du VPO2. Des défis logistiques importants devront être relevés pour assurer le passage synchrone du VPOt au VPOb dans les 145 pays utilisant le VPO (Figure 17), retirer les stocks de VPOt sur le terrain et détruire ou confiner en toute sécurité les virus Sabin résiduels de type 2.

6.34 En gardant ces défis à l'esprit, le retrait du VPO2 s'appuiera sur quatre principes de base :

- l'arrêt complet de l'utilisation de tous les VPOt dans le monde doit intervenir d'ici à une date fixée ;
- l'arrêt doit être coordonné entre tous les pays utilisant le VPOt ;
- tous les stocks de VPOt restants au moment de l'arrêt doivent être collectés et détruits ;
- le processus doit être documenté.

En pratique, il faut comprendre qu'une date butoir indicative doit être fixée au niveau international trois ans avant l'arrêt du type 2 et que la date définitive est établie au moins 12 mois avant le passage au VPOb et l'arrêt de l'utilisation du VPOt. Cela permettra aux fabricants de vaccins, aux fournisseurs et aux autorités sanitaires nationales de faire les plans qui conviennent. Les plans nationaux doivent comporter les éléments suivants :

- des plans logistiques décrivant en détail les quantités de VPOb requises pour remplacer le VPOt, les exigences de transport et de stockage pour le retrait des stocks restants de VPOt et la désignation de points de collecte sûrs pendant la phase de retrait ;
- des plans de formation et de communication à l'intention des agents de santé pour s'assurer qu'ils comprennent bien les raisons et le processus du changement de vaccins et qu'ils puissent communiquer efficacement à ce sujet avec les communautés qu'ils servent ;
- des plans pour la formation, la logistique et la communication en ce qui concerne l'introduction d'une dose de VPI dans les calendriers de la vaccination systématique (voir plus haut).

Les principaux éléments pour l'arrêt de l'utilisation du VPOt et le retrait des stocks restants devraient idéalement être les suivants :

- veiller à ce que les dernières expéditions de VPOt aux niveaux national et local soient gérées très attentivement durant les six mois précédant la date fixée pour l'arrêt de ce vaccin ;
- faire des inventaires nationaux des vaccins à tous les niveaux six mois et un à deux mois avant l'arrêt du VPOt, puis un mois après celui-ci ;
- désigner des points sûrs de collecte du VPOt qui accepteront ces vaccins à partir d'un mois avant jusqu'à un mois après la date de l'arrêt de son utilisation.

Le retrait du VPO2 s'appuiera sur quatre principes de base :

- **l'arrêt complet de l'utilisation de tous les VPOt dans le monde doit intervenir d'ici à une date fixée ;**
- **l'arrêt doit être coordonné entre tous les pays utilisant le VPOt ;**
- **tous les stocks restants au moment de l'arrêt doivent être collectés et détruits ;**
- **le processus doit être documenté.**

Après le passage du VPOt au VPOb, tous les stocks restants au niveau national doivent, dans un délai de trois mois, être détruits ou conservés dans des conditions suffisantes de sécurité. La description documentée du processus de retrait du VPOt, de la collecte et de la destruction des stocks restants sera cruciale pour les comités nationaux de certification et pour la Commission mondiale et les commissions régionales de certification. Comme il s'agira là du premier retrait mondial d'un sérotype de VPO, il sera essentiel d'évaluer constamment le processus pour valider les hypothèses et mettre en évidence les meilleures pratiques pour le retrait ultérieur du VPOb.

Une stratégie globale de communication visant l'entourage ou les parents d'enfants accompagnera l'introduction du VPI et le retrait du VPO2.

6.35 Ce travail logistique sera accompagné, d'une part, d'une stratégie globale de communication visant l'entourage ou les parents des enfants qui bénéficieront du nouveau calendrier de vaccination et, d'autre part, de formations à l'intention des agents de santé qui le mettront en œuvre. L'introduction du VPI a été un succès dans tous les pays qui sont passés à ce vaccin, souvent avec peu ou pas d'actions de proximité auprès du public à propos de ce changement.

Les études sur l'acceptation sociale du VPI dans les États d'Uttar Pradesh et du Bihar en Inde laissent à penser que le VPI sera accepté si les communautés sont clairement informées des raisons du changement et reçoivent l'assurance de l'innocuité et de l'efficacité du vaccin. Toutefois, la réaction à l'introduction du VPI couplée au passage au VPOb nécessitera davantage d'études sociales, notamment dans les communautés où la confiance dans le VPO ou la vaccination est faible en général. Une justification claire pour l'administration du VPO et du VPI sera donnée aux personnes s'occupant d'enfants, et la communication autour de ce changement expliquera qu'il s'agit là d'une amélioration et d'une accélération du programme existant d'éradication de la poliomyélite et non d'une mesure pour résoudre un échec de la vaccination. Les efforts de communication mobiliseront des réseaux de mobilisateurs sociaux, des dirigeants locaux et religieux crédibles et passeront par une promotion massive dans la presse, à la radio, à la télévision et dans les nouveaux médias.

Après la certification mondiale de l'éradication totale des sérotypes du PVS, le VPOb sera retiré de la vaccination systématique partout dans le monde, garantissant ainsi l'élimination de tous les poliovirus.

6.36 Après la certification mondiale de l'éradication totale des sérotypes du PVS, le VPOb sera retiré de la vaccination systématique partout dans le monde, garantissant ainsi l'élimination de tous les poliovirus. Comme pour le retrait du VPOt, des défis logistiques importants devront être relevés pour permettre l'arrêt synchrone de l'utilisation systématique du VPOb, le retrait des stocks restants de VPO sur le terrain et la destruction ou le confinement en toute sécurité des virus résiduels de souche Sabin. L'expérience acquise lors du retrait du VPOt sera d'une très grande utilité pour cette étape finale du retrait de tous les vaccins antipoliomyélitiques oraux.

6.5 QUI SUPERVISE CE TRAVAIL ?

Le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination

6.37 Les activités dans le cadre de l'objectif 2 sont supervisées par le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination (SAGE).

7



Pour améliorer à long terme la sécurité mondiale vis-à-vis du poliovirus, l'éradication et le confinement de tous les poliovirus doivent être certifiés d'ici à 2018.

Objectif 3 : Confinement et certification

CONFINEMENT ET CERTIFICATION		
Principaux objectifs	Indicateurs de réalisation	Principales activités
Certifier l'éradication et le confinement de tous les poliovirus sauvages d'ici à la fin de 2018 et améliorer la protection mondiale à long terme contre la poliomyélite	Certification de l'éradication de la poliomyélite d'ici à la fin de 2018	1. Confiner les stocks de poliovirus 2. Certifier l'éradication des PVS
Contrôlé par la Commission mondiale de certification (GCC)		

7.1 INTRODUCTION

7.1 Pour réduire au maximum le risque de réintroduction dans la population, il sera essentiel que, dans les laboratoires comme dans les établissements de production de vaccins, la manipulation et le confinement des matériels infectieux ou potentiellement infectieux contenant du PVS se fassent en toute sécurité. Une réintroduction du PVS à partir d'un établissement détenant ce virus pourrait avoir comme grave conséquence de rétablir la poliomyélite. Après l'arrêt de l'utilisation du VPO dans le monde entier, la réintroduction d'une souche virale VPO/Sabin à partir d'un établissement pourrait entraîner un risque d'émergence de PVDVc et aurait de nouveau comme conséquence grave potentielle le rétablissement de la poliomyélite. La plupart des risques associés aux établissements peuvent être éliminés en détruisant les matériels infectieux ou potentiellement infectieux contenant du PVS ou une souche VPO/Sabin. Pourtant, il sera nécessaire de maintenir des établissements détenant du poliovirus dans un certain nombre de pays afin de continuer à assurer certaines fonctions essentielles, dont la production de VPI, la gestion des réserves de VPO, l'assurance de la qualité des vaccins, la production de réactifs de diagnostic, des fonctions de référence et de recherche sur le virus. En réduisant le plus possible le nombre d'établissements essentiels dans le monde, on réduit le risque de réintroduction, on facilite la supervision à l'échelon national et international, et on s'assure du respect des normes mondiales pour le confinement.

7.2 Les principales conditions pour certifier qu'une Région OMS est exempte de PVS sont les suivantes :

- l'absence de tout PVS pendant au moins trois ans dans tous les pays de la Région ;
- l'existence d'une surveillance répondant aux normes de la certification dans tous les pays au cours de cette période de trois ans ;²⁶
- l'achèvement de la phase I des activités de confinement biologique pour tous les stocks de PVS présents dans des établissements.

Au niveau régional, la certification est du ressort de commissions régionales de certification indépendantes qui, à leur tour, présentent un rapport à la Commission mondiale de certification (GCC). Les commissions régionales de certification s'appuient sur les comités nationaux de certification indépendants qui évaluent, vérifient et présentent à la commission régionale concernée la documentation nationale requise sur le statut de pays exempt de poliomyélite. Les membres des commissions régionales de certification et des comités nationaux de certification sont des sommités indépendantes dans les disciplines concernées (santé publique, épidémiologie, virologie), œuvrant à titre personnel, sans responsabilité directe pour l'éradication de la poliomyélite dans leur pays ou leur Région.

²⁶ Voir la note de bas de page 16 pour la définition des normes conformes à la certification.

Pour réduire au maximum le risque de réintroduction dans la population, il sera essentiel que, dans les laboratoires comme dans les établissements de production de vaccins, la manipulation et le confinement des matériels infectieux ou potentiellement infectieux contenant du PVS se fassent en toute sécurité.

Les principales conditions pour certifier qu'une Région OMS est exempte de PVS sont les suivantes :

- l'absence de tout PVS pendant au moins trois ans dans tous les pays de la Région ;
- l'existence d'une surveillance répondant aux normes de la certification dans tous les pays au cours de cette période de trois ans ;
- l'achèvement de la phase I des activités de confinement biologique pour tous les stocks de PVS présents dans des établissements.

les établissements s'occupant de la production de vaccins, de la recherche ou du diagnostic); les inventaires nécessaires et les activités de destruction et de confinement devront ensuite être mises en œuvre et contrôlées dans tous les pays. De plus, un consensus international sera requis quant aux critères et aux procédures de réintroduction des vaccins à base de poliovirus vivants atténués en riposte à la réintroduction ou à l'émergence de poliovirus après l'arrêt du VPO.

7.4 QUELLE EST LA SITUATION ACTUELLE ?

7.5 Le premier Plan d'action mondial (GAP) pour le confinement du PVS a été élaboré en 1999 en reconnaissant qu'il fallait traiter cette question avant celle de la certification de l'éradication. La mise en œuvre du premier Plan partait du principe qu'une enquête nationale et un inventaire des laboratoires étaient une première étape essentielle en vue du confinement. Ces activités ont démarré en 2000 dans la Région OMS du Pacifique occidental, puis se sont ensuite étendues à d'autres Régions. Suite à la flambée de PVDVc sur l'île d'Hispaniola (en 2000-2001), le GAP a été actualisé pour inclure le confinement des PVDV en plus des PVS (GAPII). Les enquêtes et inventaires nationaux ont été achevés dans tous les pays des Régions OMS du Pacifique occidental, de l'Europe et des Amériques en 2008.

7.6 Les nouvelles discussions sur l'arrêt du VPO, suscitées par la confirmation de PVDVc, ont à leur tour débouché sur une troisième édition du GAP. Le Plan d'action mondial OMS visant à réduire au minimum le risque d'exposition au poliovirus associé aux établissements après l'éradication des poliovirus sauvages (GAPIII) décrit les niveaux de sécurité biologique et les mesures de protection nécessaires pour la manipulation des virus sauvages, des souches Sabin et des virus dérivés de souches Sabin après l'éradication et, en bout de chaîne l'arrêt du VPO.

7.2 LE BUT

7.3 L'objectif 3 consiste à certifier l'éradication et le confinement de tous les PVS d'ici à la fin de 2018, afin de renforcer à long terme la sécurité mondiale vis-à-vis de la poliomyélite.

7.3 QUELLES SONT LES MESURES REQUISES ?

7.4 La certification mondiale de l'éradication du PVS et la vérification de l'élimination des virus liés à des souches vaccinales supposeront la mise en place d'une surveillance très sensible des poliovirus et la pleine application des exigences en matière de confinement biologique des poliovirus à l'échelle mondiale. Il faudra combler les lacunes chroniques au niveau de la sensibilité de la surveillance, à la fois dans les pays où il y a eu des infections récentes et dans ceux qui sont certifiés exempts de poliomyélite depuis longtemps, en veillant à ne pas relâcher la vigilance et en s'attaquant à la faiblesse des systèmes de santé, aux problèmes liés à la géographie, à l'insécurité et à d'autres difficultés pour identifier les enfants paralysés et enquêter sur ces cas. Il faudra parvenir à un consensus international concernant les délais et les phases de la mise en application des exigences de confinement biologique relatives à la manipulation sans danger des poliovirus résiduels (par exemple dans

7.7 Les activités de confinement ont commencé dans les six Régions de l'OMS. Dans celles des Amériques, de l'Europe et du Pacifique occidental, tous les États Membres ont achevé la phase I des enquêtes et des inventaires sur les matériels contenant du PVS. Dans les trois Régions OMS qui ne sont pas encore certifiées (Afrique, Méditerranée orientale et Asie du Sud-Est), 40 États Membres ont achevé la phase I des activités de confinement. Au total, 155 États Membres sur 194 (80 %) ont enquêté conjointement sur plus de 200 000 établissements biomédicaux (dont certains sont de grandes institutions dotées de multiples laboratoires) pour recenser ceux qui détiennent des matériels infectieux ou potentiellement infectieux contenant du PVS. Jusqu'à présent, environ 550 établissements avec ce type de matériel ont été identifiés dans 46 pays. Parmi eux, il y a six établissements produisant le vaccin antipoliomyélique inactivé Salk (VPI). La majorité des 39 États Membres devant encore achever la phase I se situent en Asie du Sud-Est et en Afrique subsaharienne ; il semble cependant improbable que l'Afrique subsaharienne compte un nombre important d'établissements détenant des matériels contenant du PVS, en raison des problèmes d'infrastructures. Il est cependant prévu que ces pays achèvent les travaux de la phase I dans un proche avenir.

7.8 Les commissions régionales de certification ont accepté la documentation finale du statut de pays exempt de poliomyélite pour 86% des États Membres (167 sur 194). On y trouve tous les États Membres des Régions OMS déjà certifiées, Amériques (Organisation panaméricaine de la Santé), Europe et Pacifique occidental. Dans leur majorité, les derniers pays n'ayant pas encore soumis de documentation finale se trouvent en Afrique ; dans la Région OMS de l'Asie du Sud-Est, il ne reste plus que l'Inde et, dans la Région de la Méditerranée orientale, seulement l'Afghanistan et le Pakistan, pour lesquels la commission régionale de certification n'a pas encore accepté la documentation finale. La Région de l'Asie du Sud-Est devrait être certifiée d'ici le milieu ou la fin de l'année 2014. Si l'Afghanistan, le Nigéria et le Pakistan interrompent toute transmission du PVS d'ici à la fin de 2014, selon la cible fixée, il serait possible de certifier les dernières Régions de l'OMS, l'Afrique et la Méditerranée orientale, d'ici à la fin de 2017, ce qui signifie que la certification mondiale pourrait intervenir dès l'année suivante.

7.5 QUELLES SONT LES ACTIVITÉS PRÉVUES ?

Principales activités

1. Confinement des stocks de poliovirus
2. Certification de l'éradication des PVS

Activité 1 : Confinement des stocks de poliovirus

7.9 GAPIII doit être révisé en apportant deux modifications à la voie stratégique adoptée : la première concerne le calendrier du VPO2 et la seconde l'obligation d'un accès mondial au VPI. Le calendrier et les phases des activités au titre du GAPIII seront finalisés à la lumière des risques et jalons correspondants. Le processus pour s'occuper de ces questions commencera par l'élaboration d'un calendrier révisé, suivie d'une large consultation publique et de consultations spéciales avec les fabricants de vaccins. L'étape finale de l'établissement de la politique de confinement postéradication sera son adoption par l'Assemblée mondiale de la Santé dans le cadre de la stratégie globale de la phase finale post-éradication. Dans l'idéal, un accord international sur le calendrier et la mise en

GAPIII doit être révisé en apportant deux modifications à la voie stratégique adoptée : la première concerne le calendrier du VPO2 et la seconde l'obligation d'un accès mondial au VPI.

Dans l'idéal, un accord international sur le calendrier et la mise en œuvre de la politique de confinement sera trouvé d'ici à fin 2014 avec, éventuellement, une résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé à ce sujet en 2015.



WHO/Rudolf Tangermann

La première étape du confinement biologique consiste à mener à bien dans tous les pays exempts des enquêtes dans les laboratoires ainsi que des inventaires, et à préparer la mise en œuvre des activités de confinement avant la certification mondiale.

œuvre du Plan sera trouvé d'ici à la fin de 2014 avec, éventuellement, une résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé à ce sujet en 2015.

7.10 Le premier stade du confinement biologique consiste à achever l'enquête sur les laboratoires ainsi que les inventaires dans tous les pays exempts de poliomyélite et à se préparer à la mise en œuvre des activités de confinement avant la certification mondiale. À l'échelle mondiale, ces efforts ont en grande partie été menés à bien, sauf dans les pays où persiste la poliomyélite et ceux qui ont connu des infections récurrentes. Après confirmation de l'interruption de la transmission du PVS pendant un an, tous les pays devront commencer à adopter des législations et réglementations appropriées en préparation du confinement de tous les PVS dans un délai de six mois. Au moment du passage du VPOt au VPOb, les obligations seront renforcées pour la manipulation en toute sécurité de tous les poliovirus Sabin de type 2, préalablement à leur confinement total.

7.11 Les pays gardant des PVS pour la production de VPI-Salk et/ou des fonctions essentielles d'assurance/contrôle de la qualité, de laboratoire ou de recherche pourraient représenter les plus grands risques pour les PVS résiduels. Fin 2012, cinq pays avaient des sites actifs de production de VPI-Salk : la Belgique, le Danemark, la France, les Pays-Bas et la Suède. Le nombre et la localisation des pays gardant des PVS aux fins des fonctions nécessaires d'assurance/contrôle de la qualité, de laboratoire et de recherche seront arrêtés après l'achèvement de la phase 1 des activités de confinement à l'échelle mondiale (c'est-à-dire l'inventaire et la destruction des virus et des matières infectieuses). Dans ces domaines, il faudra appliquer pleinement les mesures de protection *primaires, secondaires et tertiaires* du confinement décrites dans le GAPIII pour réduire au maximum le risque de réintroduction du PVS délibérée ou par inadvertance. Ces mesures de protection sont une bonne conception et une bonne gestion des établissements (mesures primaires), la localisation des établissements essentiels dans des zones à degré élevé d'immunité (mesures secondaires) et la localisation dans des zones où il y a de bonnes normes d'hygiène personnelle, domestique et environnementale (mesures tertiaires). On attendra des établissements essentiels utilisant ou



WHO/Christopher Black

Les comités nationaux de certification, avec les commissions régionales et la Commission mondiale de certification de l'éradication de la poliomyélite, sont responsables en dernier ressort de la certification de l'éradication du poliovirus sauvage.

conservant des matériels contenant du PVS après l'éradication qu'ils respectent toutes les mesures de protection *primaires, secondaires et tertiaires*, alors que ceux qui ne font que conserver du matériel avec du VPO après l'arrêt de ce vaccin pour la vaccination systématique devront respecter les mesures de protection *primaires et secondaires*. Les mesures de protection devront être en place d'ici 2015 pour le PVS2 et d'ici 2018 pour le PVS1 et le PVS3.

Activité 2 : Certification de l'éradication des PVS

7.12 Une quatrième Région de l'OMS – l'Asie du Sud-Est – pourrait être certifiée exempte de poliomyélite en 2014, si tous les comités nationaux de certification concernés soumettent en temps voulu toute la documentation et que celle-ci est acceptée par la commission régionale de certification de l'Asie du Sud-Est.

7.13 Lors de sa réunion à la mi-2012, la Commission mondiale de certification (GCC) a relevé qu'avant l'arrêt du VPO2 elle devra «conclure» formellement à l'éradication mondiale du PVS2. Dans un premier temps, les commissions régionales de certification de toutes les Régions de l'OMS devront fournir à la GCC des données probantes tendant vers cette conclusion, en se basant sur l'absence de PVS2 depuis plus de 10 ans et sur la qualité de la surveillance régionale. La GCC pourrait passer en revue ces données dès le milieu de l'année 2014, si elle a réuni les membres supplémentaires qui conviennent et si les six Régions de l'OMS sont dotées de commissions régionales de certification pleinement opérationnelles.

Une quatrième Région de l'OMS – l'Asie du Sud-Est – pourrait être certifiée exempte en 2014.

Pour les trois Régions de l'OMS qui ont été certifiées exemptes de poliomyélite – les Amériques, l'Europe et le Pacifique occidental –, la priorité immédiate consistera à atteindre et à maintenir des performances répondant aux normes de la certification dans toutes les zones avec, d'ici 2015, une politique de surveillance des PFA.

Pour les trois Régions OMS qui n'ont pas encore été certifiées exemptes de poliomyélite (fin 2012), la priorité sera de combler les lacunes restantes en matière de surveillance de la PFA, préalablement au passage du VP0t au VP0b à l'échelle mondiale.

7.14 Préalablement à la certification mondiale de l'éradication de tous les PVS, la GCC devra décider quelles seront les données à fournir par les trois Régions certifiées exemptes de poliomyélite, éclaircir le rôle de la surveillance de l'environnement en tant que stratégie supplémentaire de surveillance, et établir les mécanismes pour passer en revue et vérifier la documentation sur le confinement des stocks des laboratoires et l'introduction du VPI.

7.15 Pour les trois Régions de l'OMS qui ont été certifiées exemptes de poliomyélite – les Amériques, l'Europe et le Pacifique occidental –, la priorité immédiate consistera à atteindre et à maintenir des performances répondant aux normes de la certification dans toutes les zones avec, d'ici 2015, une politique de la surveillance des PFA garantissant qu'elles sont en mesure de déceler toute émergence d'un PVDVc après le passage prévu du VPOt au VPOb et d'y riposter. Elles y parviendront en s'appuyant sur les efforts constants déployés par les commissions régionales et les comités nationaux de certification en vue de surveiller le statut des pays exempts de poliomyélite dans ces Régions, en mobilisant un appui renforcé et un engagement politique en faveur des buts mondiaux de la phase finale, en allouant des ressources supplémentaires où elles sont nécessaires, notamment pour renforcer les moyens des laboratoires, et en fournissant l'aide des bureaux régionaux de l'OMS aux pays afin qu'ils redynamisent leur surveillance de la PFA.

7.16 Pour les trois régions OMS qui n'ont pas été encore certifiées exemptes de poliomyélite (fin 2012), la priorité sera de combler les lacunes restantes en matière de surveillance de la PFA d'ici à 2014 (en particulier au nord du Nigéria, en Afrique de l'Ouest, en Afrique centrale, dans la Corne de l'Afrique, au Pakistan et en Afghanistan) préalablement au passage du VPOt au VPOb à l'échelle mondiale. Il faudra particulièrement veiller à ce qu'une surveillance active soit menée et documentée au moins une fois par mois dans tous les principaux sites de notification, à développer les réseaux d'informateurs locaux et, éventuellement, à fixer un système de récompense pour tout cas confirmé de PFA poliomyélitique. Comme dans les Régions certifiées, on attend des commissions régionales et des comités nationaux de certification qu'ils jouent un rôle important pour garantir que la surveillance de la PFA continue de répondre aux normes de la certification aux niveaux national et local.

7.6 QUI SUPERVISE CE TRAVAIL ?

La Commission mondiale de certification et les commissions régionales de certification

7.17 La Commission mondiale supervise la procédure générale de certification. Les commissions régionales lui fournissent la documentation sur les activités de certification qui sont de leur ressort.



Les investissements engagés pour éradiquer la poliomyélite, et les leçons tirées des difficultés rencontrées pour identifier, atteindre et vacciner certains enfants parmi les plus vulnérables au monde, peuvent servir à soutenir d'autres services de santé prioritaires.

Objectif 4 : Planification de la transmission des acquis

PLANIFICATION DE LA TRANSMISSION DES ACQUIS		
Principaux objectifs	Indicateurs de réalisation	Principales activités
Élaborer un plan visant à garantir que les investissements dans la lutte contre la poliomyélite contribuent à la réalisation des objectifs sanitaires futurs, en recensant les enseignements tirés de l'initiative mondiale d'éradication de la poliomyélite ainsi que ses processus et ses actifs et en assurant la transition à cet égard	Arrêt de toute transmission du poliovirus sauvage d'ici à la fin de 2014 Interruption de toute nouvelle flambée de PVDVc dans les 120 jours	1. Intégration des fonctions de la lutte antipoliomyélitique 2. Tirer parti des connaissances et des enseignements tirés de l'expérience 3. Assurer la transition pour les actifs et les infrastructures
Contrôlé par l'Assemblée mondiale de la Santé		

8.1 INTRODUCTION

8.1.1 La réalisation des trois premiers objectifs du *Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale 2013-2018* conduira à la clôture de l'IMEP, qui aura mené à bien sa mission. Arrivée aux dernières étapes, l'IMEP élaborera avec la communauté mondiale de la santé des plans visant à garantir que les investissements réalisés pour l'éradication de la poliomyélite servent à d'autres objectifs de développement.

Le travail de transmission des acquis repose sur trois grands axes :

- intégration des fonctions essentielles du programme de lutte contre la poliomyélite ;
- partage des connaissances et des enseignements ;
- transmission des ressources en vue d'autres priorités sanitaires.

8.2 LE BUT

8.2 L'objectif 4 est que les investissements consentis pour éradiquer la poliomyélite contribuent aux futurs objectifs de la santé, au moyen d'un programme de travail assurant systématiquement une transmission documentée des connaissances de l'IMEP, des enseignements à en tirer et de ses ressources. Pour cet objectif, un jalon fondamental sera l'élaboration d'un plan global de transmission des acquis, au plus tard d'ici à la fin de 2015.

8.3 QUELLES SONT LES MESURES REQUISES ?

8.3 Les trois grands axes des efforts de transmission des acquis de la poliomyélite sont les suivants :

- intégrer les fonctions essentielles à long terme de la vaccination antipoliomyélitique, de la surveillance, de la communication, de la riposte et du confinement dans d'autres programmes de santé publique en cours afin de maintenir un monde exempt de poliomyélite ;
- veiller à partager avec d'autres initiatives pour la santé les connaissances obtenues et les enseignements tirés pendant plus de 20 ans d'activités au service de l'éradication de la poliomyélite ;
- lorsque c'est faisable, souhaitable et approprié, transmettre les capacités, les processus et les ressources créés par l'IMEP pour soutenir d'autres priorités sanitaires.

8.4 QUELLE EST LA SITUATION ACTUELLE ?

8.4 Pendant 25 années de fonctionnement, l'IMEP a mobilisé et formé des millions de bénévoles, de mobilisateurs sociaux et d'agents de santé. Elle a touché des familles qui ne l'avaient pas été par d'autres initiatives de santé, elle a cartographié des communautés chroniquement laissées pour compte et leur a fait bénéficier d'interventions sanitaires ; elle a établi une surveillance mondiale standardisée, en temps réel et elle a mis en place des capacités de riposte. Alors que toutes ces activités ont été menées en premier lieu aux fins de l'éradication de la poliomyélite, elles ont dans le

Ces 25 dernières années, l'IMEP a pu créer un accès aux populations les plus régulièrement laissées pour compte, marginalisées et vulnérables et, ce faisant, elle leur a apporté toute une gamme de services de santé, en plus de la vaccination antipoliomyélique.

même temps bénéficié à d'autres actions pour la santé, principalement grâce aux capacités de surveillance et de riposte de l'IMEP mises à profit pour d'autres maladies évitables par la vaccination et grâce à la fourniture d'autres services de santé de base par les équipes de vaccination antipoliomyélique.

8.5 Une réalisation majeure ressort du tableau : ces 25 dernières années, l'IMEP a créé un accès aux populations les plus régulièrement laissées pour compte, marginalisées et vulnérables dans le monde. Ce faisant, des enseignements précieux ont été tirés et le programme de lutte contre la poliomyélite

a développé des connaissances, des capacités et des systèmes pour surmonter les obstacles logistiques, géographiques, sociaux, politiques, culturels, ethniques, liés aux discriminations hommes-femmes, financiers et autres pour travailler avec les enfants et les communautés les plus marginalisées et démunies, qui vivent souvent dans l'insécurité. Les agents de lutte antipoliomyélique ont ainsi eu la possibilité de dispenser ou de soutenir d'autres services de santé fondamentaux, comme la délivrance d'anthelminthiques et de suppléments de vitamine A, des activités de réduction de la mortalité par rougeole, la distribution de moustiquaires et des vaccinations systématiques. Les principaux éléments qui ont permis à l'IMEP de s'occuper des enfants qui échappaient régulièrement aux autres actions sanitaires ont été la microplanification et la cartographie détaillées du programme, le suivi des groupes de populations nomades et migrants, les programmes de mobilisation sociale, ainsi que la formation et le déploiement systématiques des équipes de vaccination.

8.6 Le vaste champ d'action de l'IMEP a permis de mettre en place une capacité mondiale de surveillance des maladies évitables par la vaccination ainsi que des moyens de riposte pour les situations d'urgence tant sanitaires qu'humanitaires, et ce dans certains cadres d'opérations les plus difficiles au monde. Grâce à ses moyens intégrés de surveillance de la PFA et de laboratoires, l'IMEP reçoit des rapports réguliers et crédibles sur tous les cas de PFA et elle est capable d'y réagir de manière appropriée. Cette capacité de surveillance sans précédent a été établie en réponse à la nécessité d'identifier et de notifier des dizaines de milliers de cas de PFA dans le monde chaque année et de mener les investigations nécessaires. Elle a facilité la surveillance et la riposte pour d'autres maladies, parmi lesquelles la rougeole, le tétanos, la méningite, la fièvre jaune et d'autres maladies évitables par la vaccination, et a soutenu l'action mondiale face à des urgences de santé publique ou des urgences humanitaires, comme la flambée de syndrome respiratoire aigu sévère, les inondations au Pakistan en 2010-2011 et le tsunami en Asie du Sud-Est en 2004.

8.7 Le partage des ressources de l'IMEP et de ses enseignements avec d'autres initiatives mondiales pour la santé est un élément essentiel de la transmission des acquis. Il doit inclure l'expérience de l'IMEP en matière de renforcement des systèmes de vaccination (y compris avec la modification des outils d'éradication de la poliomyélite et des innovations profitables aux systèmes de vaccination), la définition des meilleures pratiques en matière de gestion de données, d'engagement des communautés et de cartographie, et la constitution de ressources humaines sanitaires motivées et formées pour le bien public mondial. Le personnel de la poliomyélite contribue déjà à ce travail et continuera à le faire pendant toute la phase finale. Le resserrement des liens entre l'IMEP et les activités du programme contre la rougeole et la rubéole ont des avantages reconnus pour les deux parties. Le SAGE, le Comité de suivi indépendant et les donateurs ont tous recommandé aux pays et aux partenaires mondiaux de la vaccination d'évaluer les synergies potentielles et de prendre des mesures résolues pour assurer la transmission des infrastructures de la poliomyélite et de ses enseignements afin de soutenir d'autres priorités sanitaires, comme la réalisation des cibles pour l'élimination de la rougeole et de la rubéole ou encore le renforcement des systèmes de vaccination.

8.5 QUELLES ACTIVITÉS VONT ÊTRE ENGAGÉES ?

Principales activités

1. Intégrer les fonctions de la lutte antipoliomyélitique
2. Exploiter les connaissances et les enseignements qui ont été tirés
3. Transférer les ressources et les infrastructures

Activité 1 : Intégrer les fonctions de la lutte antipoliomyélitique

8.8 Les pays et organisations participant à l'éradication de la poliomyélite devront planifier l'intégration des activités entreprises dans leurs structures opérationnelles permanentes et le transfert du personnel pour autant que de besoin. Cette intégration des opérations techniques jouera un rôle essentiel pour assurer la transmission des acquis. Elle couvre un certain nombre d'aspects :

- veiller à l'intégration continue des activités de vaccination antipoliomyélitique (VPI) et de communication dans les programmes de vaccination nationaux et internationaux ;
- intégrer complètement la surveillance de la poliomyélite et les activités de riposte dans les dispositifs nationaux et mondiaux d'alerte et de riposte aux maladies ;
- veiller au confinement suffisant des poliovirus conformément aux normes internationales et nationales, aux réglementations et aux protocoles dans les pays conservant des stocks de poliovirus.

Pour maintenir un monde exempt de poliomyélite, les fonctions essentielles de la lutte antipoliomyélitique devront être intégrées dans les structures organisationnelles permanentes.

Activité 2 : Exploiter les connaissances et les enseignements qui ont été tirés

8.9 Pendant plus de 20 années de fonctionnement, l'IMEP a tiré un certain nombre d'enseignements et mis sur pied des meilleures pratiques qui pourraient profiter à d'autres programmes et priorités de la santé. En examinant les domaines opérationnels à la fois aux niveaux national et international, on devrait pouvoir définir les enseignements essentiels qui pourraient être utiles à toute la communauté de la santé. Cet exercice comportera un examen des domaines indicatifs suivants :

- planification stratégique et élaboration des politiques ;
- gestion des partenariats et coordination des donateurs ;
- opérations et tactiques des programmes ;
- supervision et suivi.

Ce processus sera entrepris par les principaux partenaires de l'IMEP en consultation avec les gouvernements nationaux et d'autres parties prenantes essentielles. Il sera davantage axé sur les connaissances de l'IMEP que sur ses ressources tangibles.

Les enseignements tirés pendant les 20 années de l'éradication seront mis en commun au bénéfice d'autres priorités de la santé.

Activité 3 : Transférer les ressources et les infrastructures

8.10 Pour décrire les ressources tangibles créées par l'initiative d'éradication de la poliomyélite, pour établir quelles sont les activités et les contributions du personnel financé au titre de la lutte antipoliomyélitique au-delà des efforts d'éradication de la poliomyélite et pour voir les capacités qui pourraient courir un risque avec la clôture définitive du programme d'éradication, il est nécessaire de commencer par faire une cartographie complète des ressources pour la poliomyélite. Cet exercice débutera en 2013.

Au moyen d'une large consultation, un plan sera élaboré pour le transfert du personnel de la poliomyélite et des autres ressources à d'autres priorités sanitaires, selon qu'il conviendra.



L'intégration des efforts antipoliomyélitiques dans les programmes nationaux et internationaux de vaccination consolidera les systèmes de santé et permettra de déceler et de combattre la maladie à l'échelle mondiale.

8.11 Le processus consultatif est un autre élément majeur de la planification de l'ère postpoliomyélite. Il a un triple but. Premièrement, il s'agit d'évoquer l'histoire de la poliomyélite à une communauté plus large qui comprend ce que signifie l'éradication, mais n'appréhende peut-être pas tout à fait la portée complète des bénéfices potentiels que le programme peut apporter à d'autres initiatives pour la santé. Cet exercice inspire le deuxième but, qui consiste à organiser une large consultation avec les parties prenantes pour déterminer comment utiliser par la suite les ressources créées dans le cadre des efforts d'éradication de la poliomyélite. Il ne s'agit pas là de donner des instructions mais bien plutôt de stimuler un débat sur les avantages potentiels de ces ressources pour d'autres programmes et initiatives. Le troisième but est de consulter les gouvernements nationaux afin de savoir quels avantages tirer des ressources de la lutte antipoliomyélitique pour leurs propres priorités sanitaires (par exemple le renforcement des systèmes de vaccination, la surveillance des maladies et la lutte contre la rougeole). Ces consultations auront lieu en 2013 et en 2014. Cette étape aura pour objet d'examiner comment les ressources de la poliomyélite et les enseignements tirés peuvent apporter une contribution à d'autres priorités sanitaires, parmi lesquelles la vaccination et la surveillance d'autres maladies évitables par la vaccination.

8.12 Un des axes majeurs du processus consultatif consistera à examiner les questions de financement et de gestion pertinentes pour le transfert des ressources de l'IMEP et des enseignements à en tirer, y compris au moyen d'une consultation avec les donateurs mondiaux, les gouvernements nationaux, les organes directeurs de l'OMS et la direction des institutions partenaires de l'IMEP. Le processus consultatif sur une utilisation plus large des ressources et infrastructures de l'IMEP portera sur des aspects relatifs à la gestion des ressources tangibles, le transfert et/ou l'intégration du personnel dans d'autres programmes et le financement des ressources humaines et/ou d'autres ressources ayant une utilité plus large pour les maladies évitables par la vaccination et d'autres priorités sanitaires.

8.6 QUI SUPERVISE CE TRAVAIL ?

L'Assemblée mondiale de la Santé

8.13 Le processus de planification de la transmission des acquis sera supervisé dans ses premiers stades par les organes directeurs de l'OMS, qui prendront des décisions sur la supervision et la gestion à mesure que le Plan sera appliqué.



Une identification et une maîtrise rapide du risque sont essentielles pour que le programme de lutte antipolio-myélitique puisse réagir face aux problèmes tout en protégeant les gains durement acquis.

Risques, atténuation des risques et plans d'urgence

9.1 Le *Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale 2013-2018* a été conçu pour éradiquer la poliomyélite tout en tenant compte des défis spécifiques propres à chacun des quatre grands objectifs. Des facteurs inattendus ou des risques externes peuvent retarder ou saper la capacité de l'IMEP à atteindre les objectifs du Plan. En reconnaissant les risques, en définissant les options pour leur atténuation et en énonçant des plans d'urgence, l'IMEP renforce sa capacité à réagir rapidement aux problèmes.

9.2 Six grands risques prospectifs ont été identifiés et regroupés dans deux catégories :

Risques liés aux moyens d'action

1. Financement insuffisant
 2. Incapacité à recruter et à fidéliser les personnes appropriées
 3. Approvisionnement insuffisant en vaccins appropriés
-

Risques liés à la mise en œuvre du Plan

4. Incapacité à intervenir dans les zones d'insécurité
 5. Volonté moins ferme des politiques et/ou de la société
 6. Responsabilisation insuffisante nuisant à des activités de qualité
-

9.1 FINANCEMENT INSUFFISANT

9.3 **Risque :** Toutes les activités du Plan doivent être financées, suffisamment à l'avance, pour pouvoir être mises en œuvre dans le calendrier prévu et en appliquant des normes élevées. Comme il est indiqué à la section 10.3, l'IMEP prévoit que ses besoins de financement se monteront à US \$5,5 milliards pour la période 2013-2018.²⁷ Plus le déficit de financement sera important, plus nombreuses seront les activités prévues à supprimer et plus l'éradication sera compromise.

9.4 **Activités pour atténuer le risque :** Pour assurer le financement complet, les donateurs doivent avoir l'assurance que l'IMEP obtiendra les résultats voulus et que les avantages d'un monde exempt de poliomyélite valent bien les investissements consentis. Les apports des donateurs ont été intégrés à la stratégie de l'IMEP de manière continue. En plus des bailleurs de fonds traditionnels, des mécanismes novateurs et de nouvelles sources de financement, parmi lesquelles de nouveaux donateurs, sont à l'étude dans le cadre de l'effort constant de mobilisation des ressources. L'accent est mis sur les engagements d'avance à long terme, de façon à obtenir une plus grande certitude quant à la probabilité d'un financement complet de l'IMEP. Au cours du temps, si des déficits de financement apparaissent, de nouvelles possibilités de mobilisation des fonds auprès des donateurs traditionnels ou non seront étudiées.

9.5 De multiples options sont en cours d'élaboration afin qu'un effort substantiel de mobilisation des ressources interinstitutions soit engagé après le Sommet mondial sur les vaccins²⁸ à Abu Dhabi en avril 2013, de sorte à concrétiser les engagements de financement et à combler les déficits éventuels. D'ici à la mi-juin 2013, de nouvelles structures de mobilisation des ressources devraient être en place pour canaliser cette dynamique.

²⁷ Voir la section sur les ressources financières et la gestion.

²⁸ Voir <http://globalvaccinesummit.org/>.

9.6 L'administration prudente des fonds levés, la maîtrise active des coûts et la transparence permanente vis-à-vis des donateurs sont tout aussi importantes. Il sera indispensable d'améliorer constamment les opérations de l'IMEP, en particulier à la lumière de l'évolution des approches applicables aux vaccins et à la vaccination de 2013 à 2018. L'IMEP maintiendra aussi une transparence accrue vis-à-vis de ses parties prenantes, parmi lesquelles les donateurs, sur l'origine et l'utilisation des fonds, ainsi que sur la façon de gérer d'éventuels écarts dans ces deux aspects.

9.7 **Mesures d'urgence** : Sans la nécessaire confiance des donateurs et leur financement, le programme n'éradiquera pas la maladie dans les délais prévus et ses priorités comme ses activités devront se limiter en proportion de l'ampleur du déficit de financement. À l'extrême, cette restriction pourrait entraîner l'abandon d'activités, selon un schéma de priorités prédéterminé par l'IMEP. Cela oblige à dresser la liste des cinq principales priorités que l'IMEP s'efforce le plus de protéger : le personnel essentiel, le Réseau de surveillance et de laboratoires, les AVS dans les pays d'endémie, la riposte aux flambées et les AVS dans les pays à haut risque/d'autres pays. Tous les autres aspects du programme risqueraient la suppression.

9.2 INCAPACITÉ À RECRUTER ET À FIDÉLISER LES PERSONNES APPROPRIÉES

9.8 **Risque** : Pour achever l'éradication, il faut des personnes ayant une expertise technique, des compétences de gestion et la capacité à agir en fonction des dynamiques locales, sociales et politiques. En leur absence, la qualité en pâtira. On a déjà connu des pénuries de compétences. De plus, alors qu'approche la date prévue pour l'interruption du PVS – fin 2014 –, le risque de départ des personnels augmente, les personnes cherchant de nouvelles opportunités en partant du principe qu'il sera mis fin aux activités contre la poliomyélite, sans parler du risque accru d'incitations perverses à ne pas mener à bien l'éradication.

9.9 **Activités pour atténuer le risque** : Premièrement, l'IMEP évaluera systématiquement les consultants et les ressources de l'équipe Stop Transmission Of Polio (STOP)²⁹ et axera ses efforts sur la fidélisation de ceux qui donnent les meilleurs résultats. Deuxièmement, le programme recrutera dans une perspective de long terme, rappelant aux agents en poste ou potentiellement engagés qu'ils ont la possibilité de s'assurer un emploi de longue durée, notamment dans le cadre des dispositions prises pour la transmission future des acquis. Troisièmement, l'IMEP entreprendra un nouvel effort de recrutement pour établir une liste mondiale de personnes dotées d'un ensemble de qualifications essentielles.

9.10 **Mesures d'urgence** : Dans des cas très limités, l'IMEP envisagera des mesures plus fortes pour avoir les personnes qu'il faut là où elles sont nécessaires. Parmi elles figurent une augmentation de la rémunération ou des avantages et/ou des mesures d'incitation pour obtenir des agents les plus talentueux qu'ils travaillent dans des zones géographiques difficiles. De même, le personnel international pourrait être réaffecté dans des zones difficiles. En outre, l'externalisation sera envisagée.

²⁹ Les participants du programme STOP sont des consultants qualifiés, engagés à court terme, qui apportent un appui sur le terrain pour les programmes de vaccination contre la poliomyélite.

9.3 APPROVISIONNEMENT INSUFFISANT EN VACCINS APPROPRIÉS

9.11 **Risque :** À cause de divers facteurs incluant la nécessité de réagir rapidement à l'évolution de l'épidémiologie, on a connu périodiquement des pénuries d'approvisionnement qui ont mis en danger les programmes et, dans certains cas, entraîné des interruptions. En 2012, des flambées de PVDVc de type 2 qui n'avaient pas été anticipées en Somalie, au Kenya et au Tchad ont entraîné une demande inattendue (et urgente) de VPOt. De plus, le retrait de la liste des VPOb et VPOt préqualifiés provenant de deux fournisseurs majeurs de VPO a contribué à une pénurie généralisée de VPO à l'échelle mondiale en 2012.

9.12 **Activités pour atténuer le risque :** Pour le passage du VPOt au VPOb, l'IMEP fera appel à de nouveaux fournisseurs, continuera à soutenir la possibilité de réinscrire les produits retirés de la liste et maintiendra la production (en évitant les arrêts) pour garantir un approvisionnement suffisant. Pour inciter à la fiabilité de la production et de l'approvisionnement, le programme proposera des contrats de production à long terme jusqu'en 2016 inclus et donnera la priorité à l'aide aux fabricants nationaux de sorte que tous les pays aient accès au VPOb avant le retrait du VPO2.

9.13 Pour l'introduction du VPI, en plus de l'achat en grandes quantités des produits existants, l'IMEP poursuit le développement de deux options à faible prix de revient : le VPI intramusculaire avec un adjuvant et le VPI intradermique en doses fractionnées. L'IMEP travaillera aussi en étroite collaboration avec les fabricants et les autorités de réglementation pour instaurer les bases de l'autorisation et de l'homologation réglementaires. Comme pour l'approvisionnement en VPO, l'IMEP cherchera à stimuler la production au moyen de contrats à plus long terme.

9.14 **Mesures d'urgence :** Sans un approvisionnement suffisant en vaccins, l'éradication n'interviendra probablement pas dans les délais prévus. En partant de l'hypothèse d'un approvisionnement insuffisant, les priorités pour la délivrance des vaccins se fonderont sur l'épidémiologie existante. À court terme, cela voudrait dire que l'accent serait mis sur les pays d'endémie et sur l'interruption de la transmission. Une pénurie dans l'approvisionnement en VPI pourrait être gérée en subventionnant les VPI à dose complète jusqu'à ce que l'on dispose des vaccins à faible dose.

9.4 INCAPACITÉ À INTERVENIR DANS LES ZONES D'INSÉCURITÉ

9.15 **Risque :** Pendant de nombreuses années, le programme d'éradication de la poliomyélite est intervenu avec succès dans des pays connaissant des situations sécuritaires difficiles. Toutefois, les menaces se sont accrues sensiblement en 2012, ainsi que les assassinats d'agents de l'éradication de la poliomyélite au Pakistan l'ont bien démontré. En 2013-2014, dans les trois pays d'endémie restants, des problèmes complexes de sécurité échappant au contrôle du programme pourraient retarder les progrès escomptés dans les zones de transmission persistante. Dans le nord du Nigéria, il s'agit des meurtres d'agents de lutte antipoliomyélitique et de la menace croissante de kidnapping du personnel international, en plus des ramifications du conflit en cours (bien que la situation semble s'améliorer, les autorités ayant réussi à traiter avec les militants, ce qui a abouti à réduire le nombre et la gravité des attaques). Au Pakistan, les menaces se traduisent par des assassinats d'agents de lutte antipoliomyélitique et par l'interdiction de la vaccination décidée par les Talibans pakistanais dans le Waziristan du Nord et du Sud. En Afghanistan, le risque d'instabilité croissante provient du retrait à terme des forces de la coalition. Ces situations difficiles pourraient se compliquer davantage avec les prochaines élections et le potentiel de tensions croissantes.

9.16 **Activités pour atténuer le risque:** L'IMEP introduit de multiples stratégies au niveau international pour aider à garantir la sécurité des personnels et la possibilité d'avoir accès aux enfants. Il s'agit d'investir dans des analyses de la politique et de la sécurité pour mieux comprendre l'évolution des situations ; de renforcer la coordination de la sécurité et la communication entre les partenaires de l'IMEP ; de développer les capacités en matière d'analyse des politiques et des conflits ; et de continuer à étudier les meilleures pratiques pour faire face aux menaces sur la sécurité dans un contexte humanitaire. Reconnaissant que chaque situation est unique, l'IMEP a défini toute une gamme de tactiques pour améliorer la qualité de l'exécution. Il est d'une importance primordiale de gagner l'acceptation des communautés. La création de nouvelles alliances et partenariats avec les institutions musulmanes et islamiques à vocation financière, sociale et de développement améliorera la confiance du public dans les régions où la poliomyélite continue de sévir. L'IMEP approfondit sa collaboration avec l'Organisation de la Coopération islamique et d'autres institutions islamiques afin de développer l'appui, l'accès et la demande du public pour la vaccination antipoliomyélitique.

9.17 Pour les trois pays d'endémie restants et la Somalie, l'IMEP a institué un Cadre stratégique pour l'éradication de la poliomyélite en présence de menaces complexes sur la sécurité. Il décrit les menaces existant dans chaque pays et définit des stratégies clés pour les atténuer et maintenir la continuité des interventions du programme. Les éléments fondamentaux du Cadre sont les suivants :

- ajustements opérationnels apportés aux campagnes contre la poliomyélite
- sûreté et sécurité du programme
- demande des communautés
- sensibilisation des dignitaires religieux
- mesures pour prévenir la propagation du virus.

9.18 La capacité du gouvernement hôte et la puissance de l'action sont les facteurs les plus importants pour atténuer le risque, en s'appuyant sur une évaluation de la menace locale, la planification de la sécurité, la coordination et le déploiement stratégique des moyens de sécurité. Un axe clé du Cadre stratégique consiste à élaborer des plans opérationnels pour la sécurité d'accès fondés sur le principe Stay and Deliver (rester et mener à bien la mission) en veillant à ce que le programme d'éradication de la poliomyélite conserve un rang de priorité élevé dans tout le système des Nations Unies, en garantissant que les dispositifs de sûreté et de sécurité aillent au-delà du matériel lourd et d'une approche «bunkérisée», et en instituant une capacité locale puissante d'évaluation des menaces, d'analyse des conflits et de négociations avec toutes les parties. Le Cadre cherchera aussi à optimiser le recours à des personnels locaux, au lieu de personnels internationaux, qui devraient avoir une expertise en matière de conflits, de cartographie politique et les qualifications qui s'y rapportent. Tout cela sera complété par des structures et des pratiques favorisant la transparence et la responsabilisation.

9.19 Le renforcement des moyens de sécurité, en mettant l'accent sur la formation des administrateurs de la poliomyélite à la gestion de la sécurité, à la responsabilisation et aux stratégies d'engagement, aidera à préparer les personnels à affronter les problèmes quand ils surviennent. À l'avenir, le modèle d'engagement sera axé sur le renforcement de la coordination et des échanges d'informations, y compris en faisant participer le Département de la sûreté et de la sécurité des Nations Unies, le service de sécurité des Nations Unies, les coordonnateurs résidents, les équipes des Nations Unies dans les pays et les forces de sécurité des autorités locales.



Des facteurs politiques et sociaux, souvent indépendants de la santé publique, peuvent engendrer des risques pour l'éradication de la poliomyélite. C'est le cas notamment de l'insécurité ou des conflits et de l'opposition locale au programme. Une planification attentive et des actions de sensibilisation adaptées et réfléchies sont nécessaires pour surmonter ces risques et les réduire.

9.20 L'analyse de la sécurité sera également conduite à une échelle plus localisée pour identifier et mobiliser des partenaires et des décideurs non traditionnels et pour pouvoir cerner efficacement les problèmes et élaborer des stratégies propres à la zone concernée. Cette approche a été utilisée de manière limitée en Afghanistan et a permis d'obtenir des perspectives utiles sur la nature, le calendrier et la durée des conflits et des trêves.

9.21 Enfin, l'IMEP étudie la viabilité et le potentiel du regroupement des services de santé dispensés, les «plus». La lassitude associée aux campagnes et la défiance envers le programme peuvent être surmontées en proposant un plus grand nombre de services répondant à d'autres besoins aigus (par exemple l'eau potable).

9.22 **Mesures d'urgence :** Plusieurs pourraient être déployées dans les Régions où l'on n'arrive pas à gérer l'insécurité et où l'accès aux enfants est restreint malgré tous les efforts des autorités nationales et de la communauté internationale. Suite aux délibérations du Conseil exécutif et aux orientations qu'il a données en janvier 2013, un comité du Règlement sanitaire international se réunira pour conseiller le Directeur général de l'OMS sur les mesures supplémentaires à mettre en œuvre pour réduire le risque de propagation internationale, ce qui peut inclure des recommandations sur la vaccination des voyageurs à destination ou en provenance des zones inaccessibles et, le cas échéant, des restrictions aux voyages à destination de ces zones. Les efforts d'éradication dépendront fortement des points de vaccination à l'entrée et à la sortie des zones inaccessibles, l'accent étant mis sur l'amélioration de la couverture vaccinale dans les zones limitrophes. Les structures mixtes civiles et militaires seront réexaminées pour voir comment elles pourraient être utiles et l'IMEP envisagera une augmentation substantielle des incitations pour obtenir des périodes de calme ; elle investira dans le plaidoyer et la médiation pour instaurer des corridors de paix pour la vaccination. En outre, les infrastructures de la poliomyélite seront utilisées pour appuyer une extension rapide des services de vaccination dans certaines zones en y adjoignant le VPI et, lorsqu'on peut en saisir la chance, pour étendre la tranche d'âge des enfants à vacciner (jusqu'à 15 ans).

9.5 VOLONTÉ MOINS FERME DES POLITIQUES ET/OU DE LA SOCIÉTÉ

9.23 **Risque** : Trois problèmes différents relatifs à la volonté des politiques et de la société peuvent menacer le succès des efforts d'éradication. Le premier a trait à un affaiblissement souvent durable de la dynamique durant les périodes de changement politique, telles que les élections et les transitions gouvernementales. Le deuxième vient du risque que des entités politiques locales résistent à la volonté d'éradication des autorités nationales, ce qui complique la coopération. Le troisième apparaît lorsque les communautés ont un intérêt réduit ou limité pour les activités d'éradication. Les raisons de ce déclin d'intérêt varient selon les situations locales, mais on peut citer la lassitude, des problèmes avec le personnel de lutte antipoliomyélitique ou les agents de santé, des incompréhensions, un manque d'information, des pratiques religieuses ou locales, la vulnérabilité et la marginalisation de certains groupes, et la mobilité ou le nomadisme d'autres.

9.24 **Activités pour atténuer le risque** : Des structures et des dispositifs ont été et continueront d'être mis en place dans chacun des pays d'endémie pour veiller à ce qu'un appui puissant aux efforts d'éradication persiste au niveau national et qu'une volonté similaire existe au niveau des États et des districts. Il faut impérativement institutionnaliser les efforts d'éradication et les séparer des acteurs politiques individuels. Dans certaines circonstances, les partenaires de l'IMEP pourraient envisager d'assumer une responsabilité accrue par rapport aux programmes nationaux en leur apportant des talents supplémentaires, expérimentés et venant de l'extérieur, jusqu'à ce que la transition au niveau fédéral soit achevée. On recherchera l'appui d'organisations bilatérales ou multilatérales pour aider à influencer sur les situations de ce type. Pour remédier au désintérêt des communautés et des agents de santé, des stratégies adaptées seront élaborées dans le but de favoriser une appropriation locale et de stimuler un leadership qui aide les communautés à embrasser les buts de l'éradication, en répondant à leurs besoins et demandes particuliers.

9.25 **Mesures d'urgence** : Si une résistance politique vient entraver les efforts d'éradication et si le plaidoyer des responsables nationaux, régionaux et internationaux ne se traduit pas par des actions en temps voulu, l'IMEP pourrait ne pas avoir d'autres choix que de différer les activités et de laisser à la situation le temps de s'améliorer avant de reprendre les opérations.

9.6 RESPONSABILISATION INSUFFISANTE NUISANT À DES ACTIVITÉS DE QUALITÉ

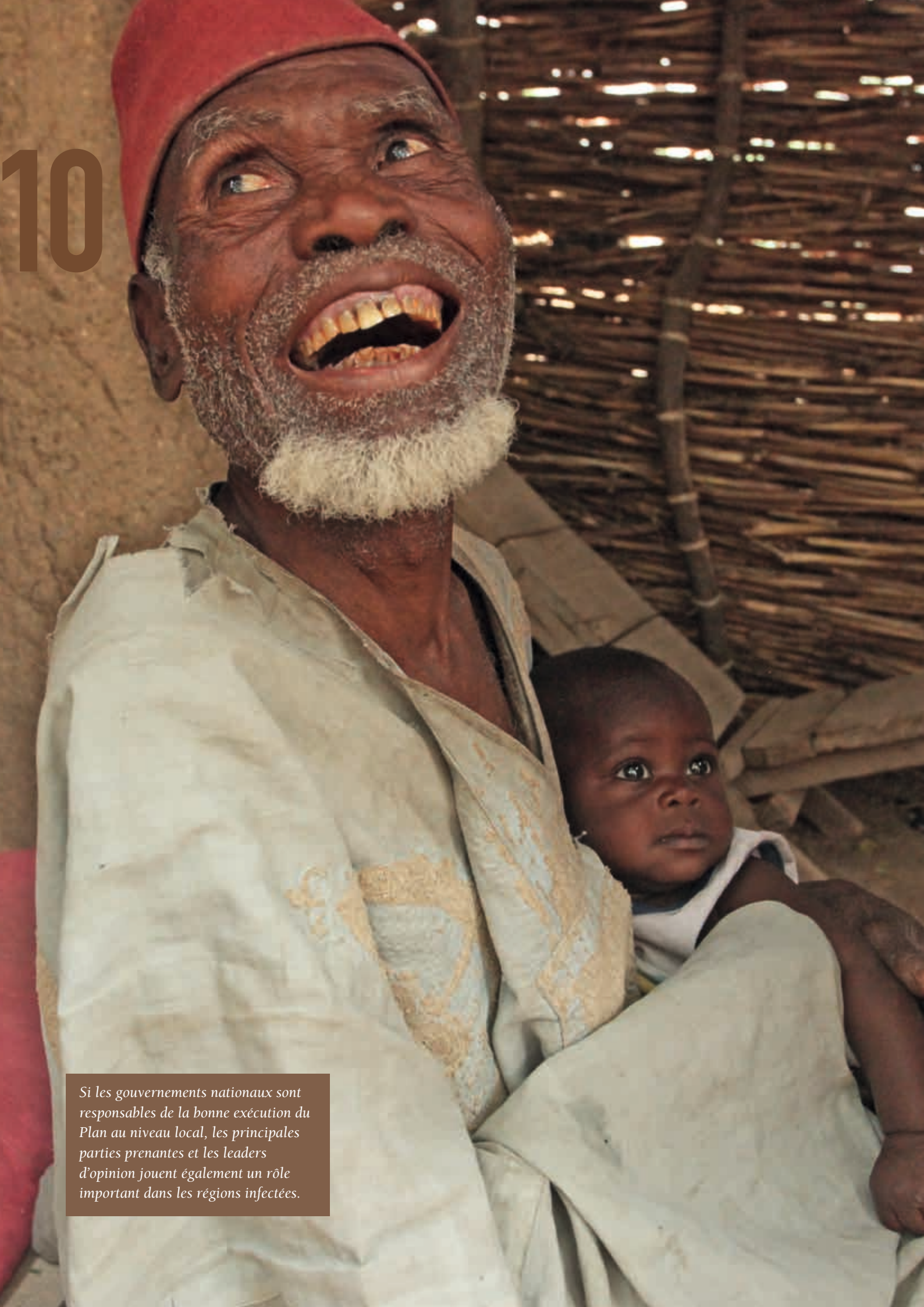
9.26 **Risque** : Devant les cibles et résultats établis pour le programme, la responsabilisation à tous les niveaux (mondial, national, régional, districts, organisations, individuel) est cruciale pour atteindre les jalons essentiels de l'éradication. Alors qu'il existe des plans détaillés pour atteindre ces cibles et résultats au niveau national, il n'y a pas de cadre juridique demandant aux partenaires de l'IMEP et aux pays de rendre des comptes. L'impossibilité d'imposer des conséquences significatives lorsque les cibles ont été manquées fait peser des menaces sur l'exécution complète du Plan.

³⁰ Le lecteur trouvera au chapitre 11 davantage de détails sur la gouvernance et la gestion.

9.27 **Activités pour atténuer le risque :** Le Plan stratégique décrit en détail des cibles et indicateurs clés pour les différents objectifs, en précisant qui en est responsable, ce qui favorisera la transparence et la responsabilisation et permettra à l'IMEP de comprendre clairement, à n'importe quel moment, si des progrès ont été accomplis, quelle était leur ampleur et à qui les attribuer. En outre, l'IMEP poursuit ses efforts pour consolider la structure de sa gouvernance, par exemple en portant des questions à l'attention de l'Assemblée générale des Nations Unies et en maintenant constamment la poliomyélite à l'ordre du jour de l'Assemblée mondiale de la Santé, ainsi qu'en insistant sur la responsabilisation au niveau mondial et en réfléchissant à un règlement international en cas de non-respect. L'Assemblée mondiale de la Santé régit la portée des travaux et l'orientation de l'IMEP au niveau mondial. Au niveau administratif, l'IMEP a affiné sa structure pour veiller à une plus grande responsabilisation des groupes de gestion faisant rapport au Conseil de surveillance de la poliomyélite. Au niveau national, les administrateurs du programme de lutte antipoliomyélique dépendent directement de groupes spéciaux à la Présidence ou au Bureau du Premier Ministre.³⁰ Le Comité de suivi indépendant assure une fonction cruciale de surveillance indépendante et sera maintenu et utilisé pour apporter un éclairage sur les problèmes impliquant un risque.

9.28 **Mesures d'urgence :** Si les plans ne sont pas suivis et si les cibles et les résultats ne sont pas atteints, il pourra être nécessaire de faire remonter les problèmes auprès des organismes internationaux. De plus, bien que placée au défi d'organiser les choses d'une manière qui ne soit pas contre-productive, l'IMEP pourrait envisager en dernier ressort le recours à des sanctions.

L'IMEP poursuit ses efforts pour consolider la structure de sa gouvernance, par exemple en portant des questions à l'attention de l'Assemblée générale des Nations Unies et en maintenant constamment la poliomyélite à l'ordre du jour de l'Assemblée mondiale de la Santé.



Si les gouvernements nationaux sont responsables de la bonne exécution du Plan au niveau local, les principales parties prenantes et les leaders d'opinion jouent également un rôle important dans les régions infectées.

Fonctions d'appui

10.1 La bonne exécution du *Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale 2013–2018* nécessitera une collaboration entre les partenaires de l'IMEP, les gouvernements nationaux, les donateurs et d'autres organisations et institutions concernées. Tandis que les gouvernements nationaux auront principalement la charge d'une exécution fructueuse du Plan au niveau local, l'IMEP et ses partenaires dirigeront un ensemble de fonctions d'appui pour faciliter une exécution réussie dans les pays. Ces fonctions sont les suivantes :

-
1. Planification stratégique et détermination des priorités
 2. Mobilisation des ressources et plaidoyer
 3. Ressources financières et gestion
 4. Sécurité des vaccins et approvisionnement
 5. Recherche et élaboration des politiques
-

L'IMEP assume un ensemble de fonctions d'appui pour faciliter une exécution réussie dans les pays :

- Planification stratégique et détermination des priorités
- Mobilisation des ressources et plaidoyer
- Ressources financières et gestion
- Sécurité des vaccins et approvisionnement
- Recherche et élaboration des politiques.

10.1 PLANIFICATION STRATÉGIQUE ET DÉTERMINATION DES PRIORITÉS

10.2 Les principaux partenaires de l'IMEP (l'OMS, Rotary International, les CDC et l'UNICEF) ainsi que la Fondation Bill & Melinda Gates sont chargés de donner les orientations techniques générales et d'assurer la planification stratégique pour la gestion et la coordination de l'IMEP, et notamment d'élaborer les plans stratégiques pour l'IMEP et de veiller à l'exécution des budgets correspondants. Les plans stratégiques mondiaux sont élaborés par les gouvernements nationaux, conjointement avec la communauté des partenaires et des donateurs, de façon à y retrouver les priorités nationales et celles des parties prenantes. Après finalisation, les principaux partenaires et la Fondation Bill & Melinda Gates veillent à ce que toutes les composantes des plans stratégiques soient mises en œuvre. À ce titre, ils supervisent l'aide technique apportée à la mise en œuvre de la stratégie et assument un rôle directeur dans le suivi et l'évaluation des plans dans tous leurs aspects.

10.3 L'assistance technique est déployée pour combler des lacunes lorsque les qualifications nécessaires sont absentes du système national de santé, pour renforcer les capacités et pour faciliter les échanges d'informations au niveau international. Elle permet de garantir que des ressources humaines suffisantes soient disponibles pour la planification des campagnes de vaccination (y compris la microplanification, la logistique, les prévisions et la gestion des approvisionnements) et de maintenir le réseau de surveillance de la PFA.

10.4 Dans le passé, l'IMEP a dû modifier des plans qui avaient été acceptés et annuler des campagnes de vaccination à cause de l'imprévisibilité des financements. Si les fonds disponibles sont insuffisants pour financer la totalité du budget de l'IMEP en 2013 et en 2014, années pendant lesquelles l'accent est mis sur l'interruption de la transmission du PVS1 et du PVS3, les ressources seront affectées selon les priorités suivantes :

Priorité 1	personnel essentiel (12 mois de financement)
Priorité 2	Réseau de surveillance et de laboratoires (6 mois)
Priorité 3	AVS dans les pays d'endémie (6 mois)
Priorité 4	riposte aux flambées (3 mois)
Priorité 5	AVS dans les pays à haut risque/dans les autres pays.

À partir de 2015, les priorités pour l'affectation des ressources seront revues en mettant davantage l'accent sur les objectifs 2 et 3, notamment le développement de produits et la préparation à l'introduction du VPI.

La stratégie intégrée de mobilisation des ressources, de plaidoyer et de communication vise :

- au maintien, voire à l'accroissement des engagements des donateurs traditionnels ;
- à l'activation de nouveaux donateurs non traditionnels ;
- à l'augmentation des contributions financières intérieures dans les pays affectés par la poliomyélite ;
- à l'identification et à l'exploitation de mécanismes novateurs de financement.

10.2 MOBILISATION DES RESSOURCES ET PLAIDOYER

10.5 Les principaux partenaires de l'IMEP et la Fondation Bill & Melinda Gates ont élaboré une stratégie en vue d'obtenir un financement prévisible à long terme pour la période 2013-2018. Cela permettra de lever l'obstacle du manque de financement pour l'exécution du Plan et donc pour l'éradication de la poliomyélite. La stratégie intégrée de mobilisation des ressources, de plaidoyer et de communication vise :

- à maintenir, voire à accroître les engagements des donateurs traditionnels ;
- à mobiliser de nouveaux donateurs non traditionnels ;
- à augmenter les contributions financières intérieures dans les pays touchés par la poliomyélite ;
- à trouver et exploiter des mécanismes novateurs de financement.

10.6 Un financement durable supposera, de la part des gouvernements et des partenaires de développement, un renouvellement de leurs engagements, ainsi que le recrutement d'aides supplémentaires dans les pays. La participation des organisations de la société civile est cruciale, de même que les dons des personnes physiques et du secteur privé sont importants, notamment ceux du Rotary International. Certains pays touchés par la poliomyélite apportent déjà un appui financier substantiel qui doit être encore renforcé. Les gouvernements nationaux devraient continuer à jouer un rôle directeur pour déterminer les besoins en ressources et les sources d'autofinancement et pour rechercher un usage efficace et efficient des ressources en coordination avec les partenaires de la vaccination.

10.7 La mobilisation des ressources est de plus en plus couplée à des activités de plaidoyer et de communication pour assurer les donateurs que l'IMEP tiendra ses promesses et que les avantages d'un monde sans poliomyélite valent la peine d'être obtenus. Un élément essentiel est de veiller à ce que les partenaires, les pays, les donateurs, les personnes d'influence et le public engagé maintiennent leur confiance, de façon à ce que chaque acteur reste un appui pour l'IMEP et s'engage pour la stratégie à long terme. En matière de plaidoyer, l'IMEP collabore avec un éventail plus large de partenaires ayant la capacité de toucher des publics plus jeunes et de nouveaux marchés, par exemple le *Global Poverty Project*.³¹ De plus, le partenariat a investi en vue de toucher un groupe plus large de personnes influentes – anciens politiciens, éminents scientifiques et techniciens, chefs d'entreprises renommés, universitaires, etc. – pour les informer des possibilités immédiates qui s'ouvrent pour éradiquer la poliomyélite et pour utiliser leurs voix et leurs réseaux en appui au programme.

10.8 En vue de soutenir le Plan, des efforts coordonnés de plaidoyer seront élaborés et mis en œuvre ciblant les pays d'endémie, les pays fortement exposés au risque et les zones exemptes de poliomyélite. Il s'agira notamment :

³¹ Voir <http://www.globalpovertyproject.com/>.



Le grand Imam d'Al-Azhar reçoit des érudits musulmans pour discuter des droits de l'enfant que la vaccination permettrait de protéger.

- d'obtenir un engagement durable et à haut niveau de la part des gouvernements nationaux dans les pays d'endémie et les pays exposés à un risque élevé, afin qu'ils assurent la supervision et rendent des comptes pour l'exécution totale de leurs plans d'action d'urgence nationaux et pour l'affectation des ressources nationales ;
- de veiller à l'engagement régulier et à l'appropriation par les autorités locales (au niveau provincial, à celui des États ou à des niveaux inférieurs si nécessaire) pour évaluer attentivement la planification, la mise en œuvre et le suivi des activités d'éradication et prendre des mesures immédiates et adaptées pour relever les défis locaux ;
- de s'assurer du soutien de la communauté mondiale, y compris gouvernements donateurs, organisations multilatérales, organisations du secteur privé, partenaires de la société civile, médias et institutions religieuses concernées, pour plaider auprès des autorités et des communautés touchées par la poliomyélite. Cela suppose de mobiliser des forums multilatéraux, comme l'Union africaine, l'Organisation de la Coopération islamique, le Commonwealth, l'Assemblée générale des Nations Unies, la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest, les pays BRICS (Brésil, Russie, Inde, Chine et Afrique du Sud) et le Conseil de Coopération du Golfe, pour encourager les pays touchés par la poliomyélite et les pays exposés à un risque élevé à mettre en œuvre efficacement leurs plans nationaux et, si nécessaire, à instaurer la confiance dans les communautés pour soulager leurs craintes quant à la vaccination antipoliomyélitique.

10.9 Des dignitaires islamiques et des techniciens experts musulmans, sous l'égide de l'Université Al-Azhar, ont formé un groupe consultatif islamique pour exploiter le rôle historiquement puissant joué par les dirigeants islamiques dans l'éradication mondiale. Ce groupe évaluera périodiquement les difficultés socioreligieuses et politiques restantes ou émergentes dans les régions du monde islamique encore affectées par la poliomyélite et proposera des solutions. Les membres plaideront auprès de ceux dont ils s'occupent habituellement et expliqueront les responsabilités sociales et religieuses qui sont associées à la protection des enfants contre les maladies évitables par la vaccination et à l'éradication de la poliomyélite. Les travaux de ce groupe orienteront les efforts des acteurs concernés, comme l'Organisation de la Coopération islamique, le Conseil de Coopération du Golfe, la Banque islamique de Développement, d'autres grands dignitaires islamiques, ainsi que les organismes partenaires et les parties prenantes de l'IMEP.

10.10 Une action substantielle sera également nécessaire pour engager les 145 États Membres de l'OMS à assurer un passage coordonné du VPOT au VPOb dans leurs programmes de vaccination systématique, à mettre en œuvre efficacement les éléments postéradication du Plan et à soutenir le processus de planification de la transmission des acquis aux niveaux national, régional et mondial pour garantir que soient atteints les résultats voulus par l'Assemblée mondiale de la Santé.

10.3 RESSOURCES FINANCIÈRES ET GESTION

10.11 Selon les projections, les besoins financiers pour mener les activités contenues dans le Plan s'élèveront à US \$5,5 milliards. Ce chiffre n'inclut pas le financement de l'Inde, d'un montant approximatif de US \$1,23 milliard, ni aucune autre contribution nationale ou en nature (voir le rapport sur les ressources financières). Cette projection prend en compte divers scénarios et a été

Selon les projections, les besoins financiers pour mener les activités contenues dans le Plan s'élèveront à US \$5,5 milliards.

établie en consultation avec les parties prenantes concernées aux niveaux mondial, régional et dans les pays.³² Une stratégie interinstitutions de mobilisation des ressources est en cours de mise en œuvre avec un suivi hebdomadaire rigoureux pour aider à mobiliser les engagements financiers sur la période 2013-2018. Cette stratégie sera examinée et révisée après le Sommet mondial sur la vaccination pour veiller à la coordination continu-

elle des activités de plaidoyer et de mobilisation des ressources. Le modèle fondé sur un coût de US \$5,5 milliards repose principalement sur les hypothèses suivantes :

- interruption de la transmission résiduelle du PVS d'ici à la fin de 2014 ;
- campagnes complémentaires de VPO pour stimuler l'immunité de type 2 avant le passage du VPOt au VPOb et couverture supplémentaire si besoin entre 2014 et 2015, baisse postinterruption ;
- introduction d'au moins une dose de VPI dans la vaccination systématique avant le passage du VPOt au VPOb ;
- capacités de montée en puissance des ressources humaines pour soutenir les efforts d'éradication dans les derniers pays d'endémie et les pays exposés à un risque élevé ;
- maintien des capacités de riposte aux flambées jusqu'en 2018 inclus ;
- maintien jusqu'en 2018 inclus des niveaux de 2013 pour ce qui est de l'aide technique, de la mobilisation sociale, des exigences mondiales en matière de laboratoire et de la recherche et développement de produits ;
- maintien de la surveillance environnementale jusqu'en 2018 inclus ;
- projections des réserves pour 2014 et 2016 sur la base des contrats existants.

Les principaux facteurs pesant sur le budget sont :

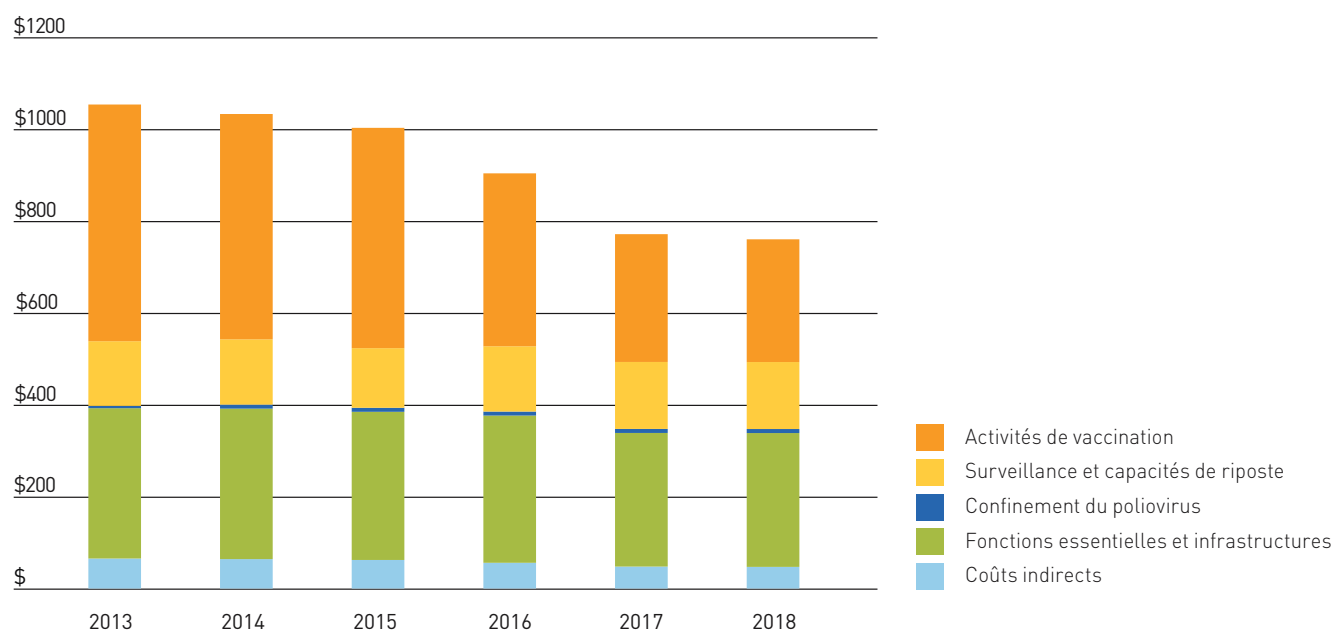
- le nombre de campagnes d'administration de VPO ;
- le coût des vaccins ;
- l'assistance technique aux pays ;
- les coûts de la surveillance et des laboratoires ;
- la capacité de riposte aux flambées et les réserves ;
- l'utilisation du VPI pour la vaccination systématique.

Les principaux postes de dépenses (Figure 18) sont les suivants :

- activités de vaccination (campagnes VPO et VPI dans la vaccination systématique) : 44% ;
- surveillance, laboratoires, capacités de riposte, confinement et certification : 16% ;
- assistance technique : 19% ;
- fonctions essentielles (dont la capacité de montée en puissance, la recherche et le développement, l'amélioration permanente de la qualité) et d'autres coûts indirects : 21%.

³² Une année ajustée d'interruption de la transmission augmenterait/diminuerait les coûts en conséquence ; une certaine flexibilité a néanmoins été intégrée dans le budget.

Figure 18 : Planification du budget selon les catégories, 2013-2018
(en millions de US \$)



Source : IMEP, Key Elements of the Financial Resource Requirements 2013-2018, 14 février 2013.
Disponible sur : <http://www.polioeradication.org/financing.aspx>.

10.12 Pendant l'éradication et la phase finale, les campagnes d'administration de VPO se maintiendront à un niveau élevé jusqu'à la fin de 2015 puis ralentiront progressivement. Les coûts relatifs à l'assistance technique et à la surveillance resteront relativement stables. Certaines dépenses, comme celles pour l'innovation et l'amélioration de la qualité des campagnes, diminueront après l'interruption de la transmission. D'autres coûts, comme l'utilisation du VPI seul dans la vaccination systématique, se maintiendront longtemps après l'interruption mondiale de la transmission du PVS.

10.13 Les besoins financiers pour la période seront présentés dans un document complémentaire – rapport sur les ressources financières (*Financial Resource Requirements – FRR*) – avec les coûts correspondants et les hypothèses de départ pour les principales catégories budgétaires. Ces besoins financiers seront réexaminés et réactualisés tous les trimestres et la proportion des obligations au titre des principales catégories sera ajustée au fur et à mesure de l'évaluation des progrès par rapport aux grands jalons.

10.14 Bien que les coûts n'aient pas été modélisés au-delà de 2018, il faudra maintenir des niveaux réduits de financement au-delà de la certification de l'éradication de la poliomyélite en 2018, avec des campagnes limitées d'administration du VPO et la continuation de l'aide technique jusqu'en 2020 avec le retrait mondial du VPOb. De plus, l'IMEP s'attend à ce que certains coûts liés au confinement, à la surveillance et aux dépenses de laboratoire perdurent jusqu'à cinq ans après la certification.

10.15 L'IMEP a évalué les coûts pendant toute la mise en œuvre des activités d'éradication de la poliomyélite et s'est efforcée de saisir les occasions d'assurer une bonne gestion des ressources disponibles. Une étude indépendante sur le rapport qualité/prix a été faite pour l'IMEP de la mi-2012 au début de l'année 2013. Elle a mis en évidence différentes possibilités pour réaliser des gains d'efficacité et opérer des transferts de ressources vers d'autres domaines, améliorer les mesures d'atténuation des risques, renforcer la planification, discuter du partage des coûts avec d'autres initiatives et développer le recours aux meilleures pratiques afin d'améliorer le rapport qualité/prix.

10.16 Les résultats de l'étude définissent des opportunités à court terme pour améliorer la gestion des stocks tampons de VPO et la qualité et la fréquence des formations destinées aux agents de la vaccination ces 12 prochains mois ; des opportunités à moyen terme pour ajuster l'échelle des opérations à mesure que les zones deviennent exemptes de poliomyélite (en améliorant les estimations des populations à cibler et en optimisant la fréquence des AVS) d'ici un à deux ans ; des opportunités à long terme à saisir au cours du processus de planification de la transmission des acquis dans les deux à six ans ; et des opportunités relatives aux bonnes pratiques, lorsqu'il y a déjà un bon rapport qualité/prix sur lequel s'appuyer et que l'on peut développer (c'est-à-dire le partage des coûts, l'accès aux personnes difficiles à atteindre, l'exploitation des nouvelles technologies). Les opportunités à court terme représentent des économies potentielles maximales pouvant aller jusqu'à 6% des coûts du VPO (gestion des stocks tampons) et 3% des coûts opérationnels (fréquence des formations). À moyen terme, les économies potentielles maximales dans le domaine des AVS peuvent aller jusqu'à 11%, en améliorant les estimations des populations ciblées ou jusqu'à 8% en optimisant la fréquence des AVS. À long terme, on pourrait faire jusqu'à 13% d'économies dans le domaine de l'assistance technique en optimisant les dépenses en matière de personnel, ou jusqu'à 21% en évitant des augmentations du coût de l'aide technique (réduction du risque) grâce à une planification à long terme améliorée pour l'utilisation des infrastructures et des activités de l'IMEP. On estime que l'aide technique bénéficiant à d'autres initiatives ou domaines a une valeur pouvant aller jusqu'à 21%.

10.17 L'étude sur le rapport qualité/prix a amélioré la compréhension qu'a l'IMEP de ses principaux facteurs de dépenses (lesquels sous-tendent ses besoins en ressources financières), des défis essentiels pour maîtriser les coûts et des risques potentiels qui pourraient entraîner une hausse des coûts s'ils n'étaient pas maîtrisés. Globalement, le processus d'établissement des besoins en ressources financières et la réalisation de l'étude sur le rapport qualité/prix ont montré que la date de l'interruption de la transmission était le facteur ayant le plus grand impact sur le budget global. Les résultats de l'étude donnent des recommandations utiles sur les outils, les processus de planification et les mesures d'atténuation du risque que l'IMEP peut appliquer pour que l'enveloppe budgétaire soit respectée, en particulier au cours de la période qui aboutira à l'interruption de la transmission du PVS.

10.4 SÉCURITÉ DES VACCINS ET APPROVISIONNEMENT

10.18 L'approvisionnement suffisant en VPO (VPOb et VPOt) pour répondre à la demande mondiale en AVS et aux besoins de vaccination systématique dans les pays est une priorité essentielle du programme. Celui-ci doit avoir les moyens de réagir à l'évolution de la demande due à des modifications épidémiologiques du virus, des flambées de quelque type que ce soit et l'augmentation des populations ciblées, tout en répondant à la demande mondiale pour la vaccination systématique. En tant que partenaire d'achat pour l'IMEP, l'UNICEF a pris des dispositions à long terme avec de multiples fournisseurs pour satisfaire la demande prévue, et s'efforcera de maintenir continuellement un stock tampon de 70 millions de doses de VPO pour assurer la riposte à des flambées et faire face à d'autres demandes imprévues en vaccins.

10.19 La projection de la demande en VPO se fonde sur le calendrier annuel des AVS et sur une estimation des besoins de la vaccination systématique, dans les pays qui se procurent les vaccins par l'intermédiaire de l'UNICEF et dans les autres pays. Des dispositions pour l'approvisionnement à long terme ont été prises en fonction des AVS prévues et de la demande pour la vaccination systématique dans les pays s'approvisionnant par le biais de l'UNICEF, en appui à l'exécution du Plan.

L'approvisionnement fait l'objet d'un suivi continu, avec des examens mensuels et trimestriels pour s'assurer que la fourniture par type corresponde aux AVS prévues et soit suffisante pour satisfaire les besoins de la vaccination systématique. En appui aux activités au titre de l'objectif 2 (le retrait du VPO2, en veillant au passage du VPOt au VPOb et en fournissant une dose de VPI), les demandes d'approvisionnement seront soigneusement planifiées à l'avance, y compris en veillant à ce qu'il y ait suffisamment de VPOb et de VPI pour soutenir le passage du VPOt au VPOb. Parallèlement, l'approvisionnement mondial en vaccins sera pris en considération pour garantir que les pays ne passant pas par l'UNICEF ont accès à des quantités suffisantes de VPO pour le passage du VPOt au VPOb.

La projection de la demande en VPO se fonde sur le calendrier annuel des AVS et une estimation des besoins de la vaccination systématique.

10.5 RECHERCHE ET ÉLABORATION DES POLITIQUES

10.20 Bien des approches décrites dans le Plan s'appuient sur un programme intensifié de recherche, crucial pour la mise en œuvre. Guidés stratégiquement par le Comité de recherche sur la poliomyélite (PRC) et le SAGE, les éléments fondamentaux des travaux de recherche sont conçus pour accélérer l'éradication des derniers foyers de transmission du PVS et pour faire en sorte que les stratégies et produits nécessaires soient en place pour gérer les risques du poliovirus à long terme, associés à la phase finale.

10.21 Pour faciliter le passage du VPOt au VPOb (et aider à préparer le retrait ultime de tous les VPO de la vaccination systématique), le programme de recherche aidera à mener les stratégies de gestion du risque par la mise en place des conditions préalables nécessaires à la transition (validation de l'élimination des PVDVc de type 2 persistants et éradication du PVS2 ; réserves de VPOm de type 2 et capacités de riposte ; surveillance et notification internationale des souches Sabin, de type Sabin et des PVDVc de type 2 ; disponibilité de VPOb homologués dans tous les pays administrant le VPO ; options abordables pour l'utilisation du VPI dans tous les pays administrant le VPO ; et confinement en phase II pour les PVDVc de type 2, les PVS2 et en phase I pour les souches Sabin de type 2). Les travaux pour garantir la disponibilité d'options abordables pour le VPI comportent la réalisation d'alternatives à faibles coûts pour ce vaccin (c'est-à-dire de nouvelles doses fractionnées intradermiques et des formulations avec adjuvant, des formulations de VPI Sabin et, éventuellement, de nouvelles techniques d'administration, par exemple sans aiguilles).

10.22 Des projets de recherche, en cours ou nouveaux, évaluent des méthodes novatrices pour améliorer les opérations [65] – en particulier pour contribuer à combler les lacunes persistantes au niveau de la couverture des AVS et de la surveillance. Un groupe de travail et d'innovation interinstitutions créé à cet effet coordonne les travaux pour que des solutions innovantes aident à répondre aux difficultés systémiques recensées. On citera en exemple l'évaluation de technologies comme le SIG pour identifier plus précisément les zones ou les groupes de population qui ont été manqués au cours des AVS ; l'évaluation de la façon dont les stratégies de communication sont perçues par les communautés ; l'examen du rôle des groupes plus âgés dans les situations de flambée ; l'évaluation de l'utilisation des téléphones cellulaires pour la transmission des données pour le LQAS et pour aider à susciter une surveillance active de la PFA ; et l'extension du rôle des prélèvements d'échantillons dans l'environnement.

Des projets de recherche, en cours ou nouveaux, évaluent des méthodes novatrices pour améliorer les opérations – en particulier pour contribuer à combler les lacunes persistantes au niveau de la couverture des AVS et de la surveillance.

11

Une gouvernance et une responsabilisation claires sont indispensables pour vacciner tous les enfants contre la poliomyélite et libérer le monde de cette maladie.

Gouvernance, suivi, supervision et gestion

11.1 GOUVERNANCE

11.1 En tant qu'organe de décision suprême de l'OMS, l'**Assemblée mondiale de la Santé**, composée de la totalité des 194 États Membres de l'OMS, constitue le plus haut niveau de gouvernance de l'IMEP (Figure 19). L'Assemblée mondiale de la Santé adopte les résolutions qui déterminent la portée et l'orientation générale des activités mondiales de l'IMEP et scelle l'engagement de l'ensemble des États Membres à soutenir la pleine mise en œuvre du Plan stratégique de l'IMEP. Les **comités régionaux de l'OMS** permettent aux États Membres d'approfondir les débats. Ils adoptent des résolutions sur l'éradication de la poliomyélite et son impact régional et éclairent les délibérations du **Conseil exécutif de l'OMS**, lesquelles guident ensuite les discussions de l'Assemblée mondiale de la Santé, qui se tient chaque année..

En tant qu'organe de décision suprême de l'OMS, l'**Assemblée mondiale de la Santé**, composée de la totalité des 194 États Membres de l'OMS, constitue le plus haut niveau de gouvernance de l'IMEP.

11.2 FONCTIONS CONSULTATIVE ET DE SUIVI

11.2 Plusieurs groupes dotés de fonctions de conseil, de suivi ou techniques guident les prises de décisions des organes directeurs de l'OMS et assurent un contrôle des organes de direction.

11.3 Le **Comité de suivi indépendant (IMB)** est un organisme indépendant dont les membres sont nommés par le Directeur général de l'OMS sur proposition des principaux partenaires de l'IMEP (c'est-à-dire l'OMS, Rotary International, les Centers for Disease Control and Prevention et l'UNICEF) et de la Fondation Bill & Melinda Gates. Il est chargé de superviser l'IMEP du point de vue programmatique, en particulier pour la mise en œuvre de l'objectif 1 du Plan. Le Comité de suivi indépendant se réunit tous les quatre à six mois pour évaluer de manière indépendante les progrès en se fondant sur l'épidémiologie de la poliomyélite, la virologie du poliovirus, les indicateurs standard de résultats et d'autres données du programme. De plus, le Comité évalue les risques qui pèsent sur le programme et informe le Conseil de surveillance de la poliomyélite. Composé d'experts mondiaux d'un large éventail de domaines intéressant les activités de l'IMEP, il continuera d'exercer ses fonctions jusqu'à la fin de l'année 2015. L'IMEP donne suite aux recommandations du Comité de suivi indépendant et aux avis qu'il lui soumet concernant la gestion des efforts d'éradication.³³

Plusieurs groupes aux fonctions consultatives et de surveillance éclairent la mise en œuvre des activités de l'IMEP, y compris :

- Le Comité de suivi indépendant ;
- Le Groupe stratégique consultatif d'experts de la vaccination (SAGE) ;
- Les groupes consultatifs techniques régionaux et nationaux.

11.4 Le **Groupe stratégique consultatif d'experts de la vaccination (SAGE)**, avec l'appui de son **groupe de travail sur la poliomyélite** et de son **groupe de travail sur le Plan d'action mondial pour les vaccins**, assure la supervision technique de toutes les décisions stratégiques mondiales de l'IMEP en matière de vaccination. Le SAGE sera l'organe consultatif chargé de superviser la mise en œuvre de l'objectif 2 du Plan. Il donne des orientations à l'Assemblée mondiale de la Santé et informe le Conseil de surveillance de la poliomyélite. Les **groupes consultatifs techniques régionaux et nationaux** sont composés d'experts de domaines connexes intéressant l'éradication de la poliomyélite. Ils se réunissent régulièrement afin d'examiner l'épidémiologie de la poliomyélite dans une région ou dans un pays et de recommander des stratégies adaptées pour accélérer l'éradication.

³³ Les rapports du Comité de suivi indépendant sont disponibles à l'adresse : <http://www.polioeradication.org/Aboutus/Governance/independentmonitoringboard/Reports.aspx>.

Pour franchir les différentes étapes nationales, les pays touchés par la poliomyélite doivent veiller à la responsabilisation aux niveaux national, sous-national et des districts et œuvrer avec les partenaires de l'IMEP en vue de planifier, de mettre en œuvre et de superviser les activités visant à vacciner chaque enfant.

11.5 La **Commission mondiale de certification de l'éradication de la poliomyélite (GCC)**, un organe indépendant nommé par le Directeur général de l'OMS, supervise le processus de certification mondiale et supervisera la mise en œuvre de l'objectif 3 du Plan. Les **commissions régionales de certification (RCC)**, des organes indépendants nommés par les Directeurs régionaux de l'OMS, seront chargées de certifier que

leurs Régions respectives sont exemptes. Il faudra pour cela que la transmission du PVS y apparaisse interrompue (c'est-à-dire que 36 mois se soient écoulés après la détection du dernier PVS en circulation). Elles communiqueront également à la Commission mondiale de certification des documents essentiels sur l'éradication de la poliomyélite. Les **comités nationaux de certification** font rapport aux commissions régionales de certification dont ils dépendent.

11.3 SUPERVISION

Autorités nationales

11.6 Les gouvernements sont à la fois les propriétaires et les bénéficiaires de l'IMEP. Les pays touchés par la poliomyélite devraient entreprendre toute la gamme d'activités qui est précisée dans leurs plans nationaux et résumée dans ce Plan, et assumer la responsabilité première pour la réalisation des trois principaux objectifs du Plan. Pour franchir les différentes étapes nationales, les pays touchés par la poliomyélite doivent veiller à la responsabilisation aux niveaux national, sous-national et des districts et œuvrer avec les partenaires de l'IMEP en vue de planifier, de mettre en œuvre et de superviser les activités visant à vacciner chaque enfant. Dans le même temps, les gouvernements nationaux des trois Régions de l'OMS certifiées exemptes et les États Membres exempts des trois Régions d'endémie restantes ont un rôle important à jouer pour maintenir un haut niveau d'immunité dans la population et une surveillance sensible de la PFA. Il incombe également aux autorités nationales d'assurer la pleine mise en œuvre des processus convenus au plan international pour gérer les risques à long terme après l'éradication du PVS, y compris l'application de mesures de confinement biologique et l'intégration des fonctions de lutte antipoliomyélitique dans le cadre de la transmission des acquis.

Le **Conseil de surveillance de la poliomyélite (POB)**, composé des dirigeants des principaux partenaires de l'IMEP, assure une supervision étroite de l'IMEP, assume des fonctions de gestion programmatique et veille à une responsabilisation à haut niveau à l'échelle du partenariat.

11.7 Le **Conseil de surveillance de la poliomyélite (POB)**, composé des dirigeants des principaux partenaires de l'IMEP, assure une supervision étroite de l'IMEP, assume la gestion programmatique et veille à une responsabilisation à haut niveau à l'échelle du partenariat. Le Conseil de surveillance de la poliomyélite centralise et examine les contributions de différents organes consultatifs et de suivi (Comité de suivi indépendant, SAGE, Commission mondiale de certification) ainsi que les données opérationnelles du **Comité d'orientation sur la poliomyélite (PSC)**. Les directives du Conseil de surveillance de la poliomyélite sont mises en œuvre par le Comité d'orientation sur la poliomyélite par l'intermédiaire des différents organes de gestion programmatique. Le Conseil

de surveillance de la poliomyélite se réunit tous les trois mois. Ses délibérations s'appuient également sur les contributions du Groupe mondial des partenaires pour l'éradication de la poliomyélite.

11.8 Le **Groupe des partenaires pour l'éradication de la poliomyélite (PPG)**, de portée mondiale, permet aux parties prenantes de l'IMEP de s'exprimer sur l'élaboration et la mise en œuvre des plans stratégiques d'éradication. Il renforce la participation des pays touchés par la poliomyélite, des donateurs et des autres partenaires en vue de garantir que l'IMEP bénéficie de l'engagement

politique et des ressources financières nécessaires pour éradiquer la poliomyélite. Les réunions du Groupe mondial se tiennent à haut niveau (ambassadeurs/hauts responsables) et leurs conclusions sont communiquées au Conseil de surveillance de la poliomyélite.

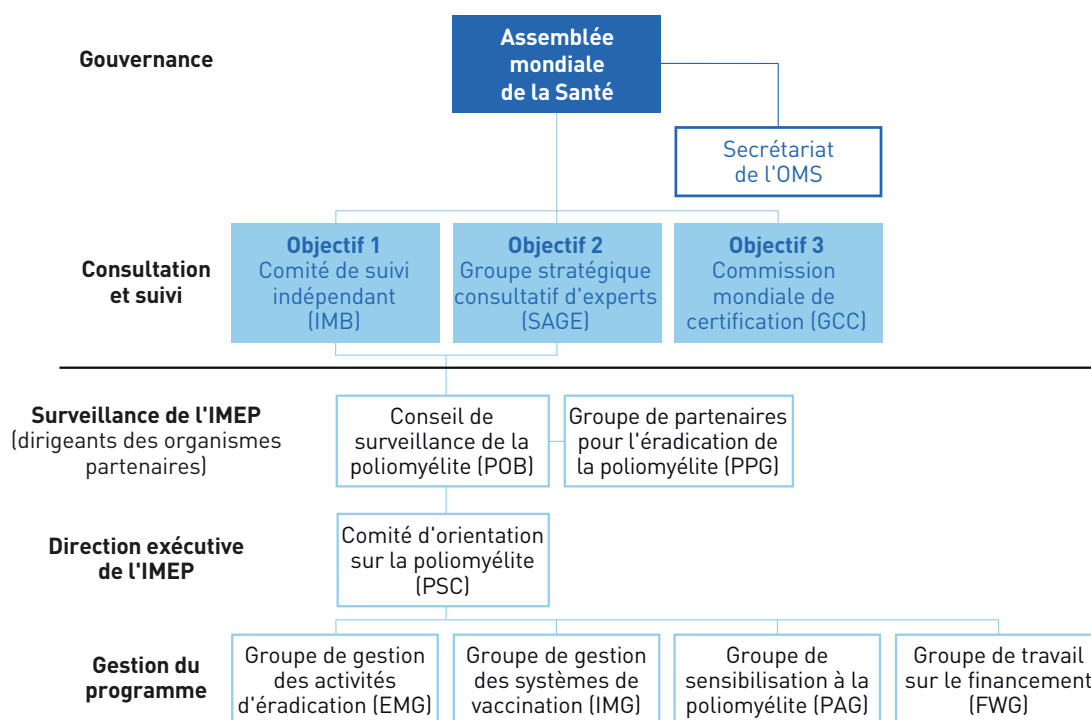
11.4 DIRECTION EXÉCUTIVE

Partenaires de l'IMEP

11.9 La gestion des activités décrites dans la section sur les fonctions d'appui (Chapitre 10) incombe au premier chef aux principaux partenaires de l'IMEP et à la Fondation Bill & Melinda Gates. Ils sont notamment chargés de prêter un concours technique aux pays dans la mise en œuvre de leurs efforts d'éradication de la poliomyélite et d'augmenter les effectifs à l'appui des efforts nationaux. Dans le cadre de la transmission des acquis, l'OMS et l'UNICEF seront chargés d'intégrer les fonctions techniques aux structures existantes ainsi qu'aux structures nouvelles ou refondues. L'IMEP sera chargée de coordonner les aspects consultatifs de ce processus.

11.10 Le **Comité d'orientation sur la poliomyélite (PSC)**, composé de hauts responsables des organismes partenaires de l'IMEP, sert d'organe de direction exécutive de l'IMEP. Il est chargé de suivre attentivement les différentes fonctions techniques, financières et de plaider du Programme mondial, d'imprimer un cap aux travaux des organes de direction et de leur apporter une contribution, et de mettre en œuvre les directives du Conseil de surveillance de la poliomyélite. Le Comité d'orientation sur la poliomyélite dirigera la mise en œuvre des objectifs du Plan et communiquera également des informations aux organes consultatifs et de suivi. Les décisions stratégiques et de politique générale du Comité d'orientation sur la poliomyélite sont appliquées par les groupes de gestion de l'IMEP présentés ci-dessous.

Figure 19: Gouvernance et supervision de l'IMEP



Source: IMEP, <http://www.polioeradication.org/>.

11.5 GESTION DU PROGRAMME

11.11 Quatre groupes de gestion rattachés au Comité d'orientation sur la poliomyélite sont chargés de la mise en œuvre générale du Plan et travaillent avec les bureaux régionaux de l'OMS et de l'UNICEF, les gouvernements nationaux, d'autres parties prenantes et les partenaires dans les pays.

11.12 Il incombe au **Groupe de gestion des activités d'éradication (EMG)** de conduire les activités relevant de l'objectif 1 : il s'agit d'éradiquer la maladie dans les pays d'endémie et dans ceux où le risque d'importation est le plus élevé et d'atteindre un niveau élevé de qualité pour les activités de vaccination supplémentaires (AVS) et de surveillance tout en maîtrisant les risques pour la sécurité. Les activités du Comité de suivi indépendant, du SAGE, de la Commission mondiale de certification, des commissions régionales de certification et des groupes consultatifs techniques régionaux et nationaux éclairent et soutiennent les travaux du Groupe de gestion des activités d'éradication.

11.13 Le **Groupe de gestion des systèmes de vaccination (IMG)** est chargé de la direction générale des activités relevant de l'objectif 2, à savoir le renforcement des systèmes de vaccination et l'introduction du VPI et du VPOb. Les activités du Comité de suivi indépendant, du SAGE, de la Commission mondiale de certification, des commissions régionales de certification et des groupes consultatifs techniques régionaux et nationaux éclairent et soutiennent les travaux du Groupe de gestion des activités d'éradication. Le Groupe de gestion des systèmes de vaccination travaille également en étroite concertation avec le Réseau mondial de laboratoires pour la poliomyélite et le Comité de recherche sur la poliomyélite.

11.14 Le **Groupe de sensibilisation à la poliomyélite (PAG)** est chargé d'élaborer et de mettre en œuvre une stratégie interinstitutions de mobilisation des ressources afin de garantir la disponibilité des financements nécessaires à la pleine mise en œuvre du Plan. Par l'intermédiaire du groupe de travail sur le financement, le Groupe de sensibilisation à la poliomyélite travaille également en étroite collaboration avec les équipes de communication des organismes partenaires et avec le personnel chargé du financement et de la gestion des ressources, qui lui communiquent des informations.

11.15 Le **groupe de travail sur le financement de la lutte contre la poliomyélite (FWG)** est chargé de suivre étroitement les besoins de financement à court et à long terme du programme, de produire des informations financières cohérentes et précises pour la prise de décisions stratégiques et de mettre en place des processus améliorant la prévisibilité du financement.

11.16 D'autres groupes rattachés aux trois groupes de gestion seront formés en tant que de besoin pour prêter un concours dans certains domaines clés et assurer des fonctions d'appui. Les structures de direction de l'IMEP seront présentées en détail sur le site Web de l'Initiative à l'adresse : <http://www.polioeradication.org/>. Ces structures seront réexaminées et modifiées régulièrement selon l'évolution des besoins de l'Initiative. De plus, les mandats des groupes de gestion et d'appui fonctionnel de l'IMEP figureront sur le site Web.

12

Suivi

12.1 CADRE DE SUIVI

12.1 L'IMEP a mis au point un Cadre de suivi de haut niveau en vue d'évaluer les progrès accomplis au regard des grandes étapes et cibles énoncées dans le Plan. Il comporte des indicateurs de résultat et de réalisation correspondant aux objectifs majeurs du Plan. Compte tenu de la durée du Plan, le Cadre de suivi n'a pas pour objet de constituer un plan complet de suivi et d'évaluation, mais vise

plutôt à donner une vue d'ensemble des progrès accomplis au regard des principaux objectifs du Plan. Des plans de travail détaillés étant élaborés pour chaque objectif, il faudra également mettre au point des plans approfondis de suivi et d'évaluation. Il y a lieu, également, de se référer aux responsabilités, cibles et indicateurs énoncés dans les plans nationaux. À intervalles convenus, l'IMEP établira à l'intention de ses organes de supervision et de gouvernance des rapports détaillés sur les progrès accomplis à l'aune des principaux indicateurs. Le Cadre complet est présenté à l'annexe B.

L'IMEP a mis au point un Cadre de suivi de haut niveau assorti d'indicateurs de résultat et de réalisation en vue d'évaluer les progrès accomplis au regard des grandes étapes et cibles énoncées dans le Plan.

Annexe A : Qualité des AVS dans les pays d'endémie

Chacun des trois pays d'endémie restants met en œuvre un plan d'action d'urgence axé sur l'éradication. Les stratégies d'éradication détaillées qu'ils ont adoptées, qui reflètent l'évolution des situations nationales et de l'épidémiologie, sont disponibles dans leurs plans nationaux à l'adresse <http://www.polioeradication.org/>. La présente annexe décrit les plans visant à renforcer les systèmes de vaccination et à répondre aux problèmes de sécurité de chaque pays. Le Cadre stratégique de l'IMEP pour l'éradication de la poliomyélite en présence de menaces complexes sur la sécurité est disponible sur demande.

AFGHANISTAN

«L'Afghanistan fera tout son possible pour combattre la poliomyélite à l'intérieur de ses frontières, mais aussi dans les autres pays où la maladie continue de sévir.»

HAMID KARZAI, PRÉSIDENT DE L'AFGHANISTAN, ÉVÉNEMENT DE HAUT NIVEAU SUR LA POLIOMYÉLITE, ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DES NATIONS UNIES, NEW YORK, 27 SEPTEMBRE 2012

Vue d'ensemble

1. L'Afghanistan est parvenu à interrompre la transmission du PVS autochtone dans toutes les régions du pays sauf une – le sud. Dans celle-ci, ce sont les provinces de Kandahar et de Helmand qui ont maintenu une transmission endémique continue du PVS, réinfectant de manière répétée les autres provinces du pays et exportant le poliovirus vers le Pakistan voisin. Pour que l'Afghanistan devienne exempt de poliomyélite, il faut que toutes les provinces de la région du sud surmontent les obstacles qui les empêchent de mettre en œuvre les stratégies qui se sont avérées efficaces ailleurs dans le pays, tout en continuant de mener des activités de qualité dans les zones exemptes et d'y prendre des mesures rapides en cas de flambée. L'engagement en faveur de l'éradication récemment pris au plus haut niveau de l'État par le Président Hamid Karzai ; la solidité de l'expérience acquise en matière de résolution de problèmes et d'innovation ; et l'étroite coordination entre les partenaires et le Gouvernement indiquent que les principaux ingrédients du succès sont en place pour atteindre rapidement le but encore lointain d'un Afghanistan exempt.

Épidémiologie

2. Depuis 2010, tous les cas de PVS notifiés en Afghanistan étaient de type 1. Le dernier cas de poliomyélite dû au PVS3 a été signalé en avril 2010. Le dernier cas de PVS2 remonte pour sa part à 1997, même si des cas dus à l'émergence du PVDVc de type 2 ont été notifiés depuis (pour la dernière fois en février 2013).

3. Depuis 2010, plus de 70% de l'ensemble des cas de poliomyélite survenus en Afghanistan ont été enregistrés dans seulement deux des 34 provinces du pays (Kandahar et Helmand). Celles-ci abritent moins de 10% de la population totale de l'Afghanistan. Cette tendance s'est poursuivie en 2012, où les deux provinces ont notifié 22 cas sur 37 (soit 59%). Les 15 cas restants de 2012 ont été signalés dans sept autres provinces : Kunar, 4 ; Khost, 3 ; Nangarhar, 2 ; Paktya, 2 ; Uruzgan, 2 ; Ghor, 1 ; et Farah, 1. Selon l'analyse des données génétiques du PVS réalisée par le laboratoire de référence régional pour la poliomyélite d'Islamabad, la diversité génétique n'a cessé de se réduire, ce qui indique que les souches de poliovirus en circulation sont en train d'être éliminées, et confirme

que la zone d'endémie du sud est la principale source de transmission continue du PVS dans le pays, avec uniquement des cas sporadiques dus à la transmission transfrontières depuis le Pakistan.

4. En Afghanistan, la poliomyélite continue de paralyser principalement les jeunes enfants. Soixante-dix pour cent des cas en 2012 concernaient des enfants de moins de deux ans ; pour eux, la maladie signifie une vie entière de handicap et un risque accru de décès précoce. La poliomyélite sévit chez ces enfants car ils sont largement sous-vaccinés par rapport à la population générale ; plus de 57% des cas en 2012 avaient reçu moins de trois doses de VPO et environ 33% n'en avaient jamais reçu une seule («zéro dose»). Cela indique que le programme n'a su couvrir cette population ni en services de vaccination systématique, ni en campagnes répétées de vaccination supplémentaire. Pour libérer l'Afghanistan de la poliomyélite, il faut comprendre pourquoi ces enfants et communautés échappent aux interventions, et prendre en conséquence les mesures correctives nécessaires.

Raisons de la transmission continue du poliovirus

5. Les provinces de Kandahar et de Helmand constituent le seul réservoir restant de transmission endémique du poliovirus en Afghanistan. Ces deux provinces sont souvent au cœur de l'actualité mondiale en raison des graves conflits et de l'insécurité qui y sévissent ; beaucoup se demandent s'il ne sera jamais possible, dans un contexte aussi incertain, d'atteindre suffisamment d'enfants pour interrompre la transmission. Cette situation complique indéniablement beaucoup l'application des stratégies du programme de lutte antipoliomyélitique. Les données de programme indiquent néanmoins que la plupart des enfants qui échappent à la vaccination sont omis *non pas* en raison des conflits ou de l'insécurité, mais plutôt des carences qui sont toujours observées dans l'administration de VPO à des communautés pourtant relativement accessibles.

6. Une analyse menée par le Gouvernement de l'Afghanistan, avec le soutien de l'OMS et de l'UNICEF, a montré que 80% des enfants désignés par les vaccinateurs comme «omis» lors d'une campagne étaient issus de zones de la région du sud ne connaissant ni graves conflits, ni insécurité. L'étude indique plusieurs raisons à ces omissions : l'équipe de vaccination ne s'est pas rendue au domicile (30%), l'enfant était absent au moment de la visite (50%), les parents ou les autres personnes en charge de l'enfant ont indiqué qu'il était malade ou dormait au moment de la visite (15%), ou les personnes en charge de l'enfant ont refusé qu'il soit vacciné (5%). Sur l'ensemble des enfants omis, les 20% restants *étaient* situés dans des zones difficiles d'accès en raison de l'insécurité et des conflits. Si les enfants n'y ont pas été vaccinés, c'est principalement car les travailleurs de terrain éprouvaient des réticences à mener l'activité du fait du sentiment d'insécurité et de l'opposition des éléments antigouvernementaux. Doté de ressources humaines fortement étoffées en Afghanistan, le programme examine attentivement les raisons pour lesquelles les enfants n'ont pas été vaccinés et utilise ces informations pour élaborer les stratégies à mettre en œuvre en 2013-2014 pour faire en sorte que les enfants soient vaccinés chaque fois que possible.

Dernières évolutions : stratégies de succès en Afghanistan

7. Les stratégies en Afghanistan visent à augmenter au maximum le nombre d'enfants vaccinables couverts par le programme durant chaque AVS et lors de la vaccination systématique (en particulier dans la région endémique du sud) et à réduire à chaque campagne le nombre d'enfants non vaccinés. Ces stratégies sont mises en œuvre dans un cadre de supervision et de responsabilisation à haut niveau, avec le soutien d'un personnel de terrain toujours plus nombreux et toujours mieux

formé. Leur cap est fixé dans le Plan d'urgence national mis au point par le Gouvernement afghan avec l'appui de ses partenaires, document qui a été officiellement présenté par Son Excellence le Président de l'Afghanistan.

Atteindre les enfants chroniquement omis lors des AVS et de la vaccination systématique

8. Amélioration de la microplanification des AVS : Le programme de lutte contre la poliomyélite afghan étoffe actuellement ses microplans afin d'améliorer les opérations. Tout d'abord, compte tenu de l'imprévisibilité qui est observée dans les zones prioritaires du point de vue de la sécurité et des conflits, tous comprendront une analyse détaillée des réalités de l'accès dans chaque zone. Des négociations seront menées directement ou par des tiers dans les zones connaissant la plus grande insécurité afin d'examiner comment des conditions satisfaisantes pourraient être mises en place pour la conduite des activités. Ces discussions pourraient notamment porter sur la flexibilité du calendrier des campagnes, le type de vaccinateurs concernés et les modalités mêmes de la vaccination, qui peut être effectuée dans un centre fixe ou se limiter au porte-à-porte. Lorsque des activités peuvent être menées dans des zones où des campagnes de VPO n'ont pas été menées depuis longtemps, on cherchera à administrer immédiatement une série de plusieurs doses dans des intervalles courts (SIAD) et à saisir cette occasion pour fournir un large éventail d'interventions de santé. Dans toutes les zones, des équipes mobiles supplémentaires seront déployées afin de pouvoir vacciner les enfants à l'extérieur du foyer (dans la rue, sur les terrains de jeux ou sur les marchés). Enfin, la procédure utilisée pour recenser les enfants omis et retourner dans leurs foyers durant la campagne ou immédiatement après sera régulièrement examinée, révisée, et étroitement suivie, de sorte que le maximum soit fait pour atteindre chaque enfant.

9. Des agents de première ligne mieux sélectionnés et bénéficiant d'une formation, d'un suivi et d'un soutien améliorés : Une stratégie essentielle consistera à créer des comités adéquats pour la sélection des vaccinateurs. Ces comités, composés de membres locaux et supervisés par le personnel des organismes partenaires, devront trouver des agents qui puissent être acceptés par la population locale et qui soient aussi fiables que possible. En Afghanistan, les coutumes locales font qu'il est difficile de pénétrer dans les foyers et les équipes de vaccination devront être revues pour comprendre des femmes chaque fois que possible. Dans les zones où l'on s'y oppose, d'autres possibilités seront examinées telles que le recrutement de femmes accompagnées de membres de la famille de sexe masculin, ou encore le recours aux accoucheuses locales, etc. Des efforts accrus seront déployés pour doter toutes les équipes de moyens d'incitation efficaces, y compris pour les nouveau-nés et les autres enfants, afin d'encourager la vaccination de tous les enfants, dont ceux qui jouent dans la rue ou qui sont endormis ou malades au moment de la visite. Enfin, le dispositif de renforcement des capacités des agents de première ligne est en train d'être révisé. Il s'agit de l'axer davantage sur la pratique et d'y intégrer l'amélioration des compétences interpersonnelles, de sorte que les équipes puissent intervenir efficacement dans les ménages.

10. Mobilisation des communautés : L'engagement des communautés est une stratégie essentielle au succès. Un réseau de mobilisation communautaire à temps plein est en train d'être constitué dans les districts prioritaires d'Afghanistan. Il comprend deux types d'agents de mobilisation : ceux qui interviennent dans les ménages, et ceux qui peuvent nouer un dialogue avec les responsables communautaires. Au niveau des ménages, les agents de mobilisation engageront avec les personnes ayant la charge d'enfants un dialogue sur la vaccination et sur les autres interventions intégrées de santé ; ils les encourageront à les faire vacciner dans le cadre de la vaccination systématique et lors de chaque tournée des campagnes antipoliomyélitiques. Au niveau des communautés, les respon-

sables religieux et sanitaires et les autres chefs locaux seront recensés et encouragés à soutenir le programme ; on s'attachera également à identifier systématiquement les rassemblements importants où des vaccins pourraient être distribués. Toutes les activités seront soutenues par une campagne médiatique globale avec la diffusion de messages à la radio et sur d'autres supports.

11. Suivi, supervision et mesures correctives prises en conséquence : L'expérience acquise en Inde montre que le suivi est le plus efficace lorsqu'il permet de prendre des mesures correctives immédiates. Les procédures de suivi du programme afghan sont en cours de révision. L'objectif est que les résultats du suivi soient disponibles durant les réunions qui se tiennent chaque soir durant les activités de vaccination antipoliomyélitique, et que l'on puisse ainsi déterminer immédiatement les mesures à prendre et les personnes responsables. Également, l'échantillonnage par lots pour l'assurance de la qualité (LQAS)³⁴ deviendra le système de référence pour évaluer l'efficacité des campagnes et les données en provenant seront utilisées pour suivre l'évolution de la qualité des campagnes de vaccination.

12. Combattre les flambées de poliomyélite dans les zones extérieures à la zone de transmission endémique : Pour préserver les acquis dans les zones qui sont parvenues à interrompre la transmission endémique du poliovirus, toutes les provinces d'Afghanistan conduiront chaque année au moins quatre campagnes de vaccination supplémentaires en vue de renforcer l'immunité obtenue par la vaccination systématique. De plus, une équipe nationale de riposte aux flambées sera créée. Elle sera chargée de se rendre dans toute province située à l'extérieur de la zone d'endémie du sud où un cas de poliomyélite a été signalé, et de prêter son concours au gouverneur de la province pour mener l'action vaccinale de riposte qui est nécessaire, notamment moyennant un soutien technique. Au moins trois actions vaccinales de grande ampleur et à intervalles courts seront lancées dans les deux semaines suivant la notification de chaque cas signalé à l'extérieur de la zone d'endémie du sud.

13. Autres innovations : Le programme afghan a montré à de nombreuses reprises qu'il était possible de trouver des solutions novatrices à des problèmes en apparence insolubles. Parmi ces possibilités figure le recours à des équipes permanentes de lutte, qui sera étendu. Dans les zones d'insécurité, les vaccinateurs sont recrutés à titre permanent et il leur est demandé de se rendre régulièrement dans les ménages en dehors de la période des campagnes. Les équipes permanentes sont constituées de personnes de confiance issues de la population locale. Elles sont régulièrement réapprovisionnées en vaccins et bénéficient d'une supervision. Des efforts renforcés seront déployés en vue de vacciner les voyageurs aux principaux points de transit et postes-frontières, y compris au moyen de modes opératoires normalisés sur la coordination transfrontalière district par district et sur l'échange systématique de renseignements. À tous les principaux points de passage, les équipes de vaccination poursuivront leurs activités des deux côtés de la frontière avec le Pakistan.

Vaccination systématique

14. En concertation avec les partenaires de la vaccination, l'IMEP soutiendra l'action nationale engagée par le Gouvernement pour intensifier les efforts de vaccination systématique dans tout le pays. Des réunions trimestrielles sur le Programme élargi de vaccination (PEV) seront organisées avec les ONG afin d'examiner les progrès accomplis, et des réunions mensuelles se tiendront dans

³⁴ La méthode d'échantillonnage par lots pour l'assurance de la qualité (LQAS) classe les zones concernées (les «lots») en fonction du niveau de la couverture vaccinale, qui est soit acceptable, soit inacceptable. Elle permet de détecter des poches de faible couverture vaccinale et donc de mieux cibler les efforts de vaccination.

les zones prioritaires, y compris dans la région du sud. Des liens plus clairs seront établis entre la vaccination antipoliomyélitique et la vaccination systématique. Ainsi, les données de surveillance de la PFA et les visites de surveillance active de la poliomyélite serviront également à suivre la vaccination systématique. Enfin, les équipes et les systèmes de lutte antipoliomyélitique seront mobilisés en vue de faire mieux connaître les services de vaccination systématique à la population locale et de stimuler la demande pour ceux-ci.

Assurer l'efficacité de la supervision et de la responsabilisation

15. L'obligation de rendre compte des activités menées et l'obtention de résultats concrets sont indispensables pour mettre en œuvre les principales stratégies nationales. En Afghanistan, la responsabilisation doit englober les agents de première ligne, les partenaires internationaux qui soutiennent les activités et, enfin, les représentants officiels des districts et des provinces, qui sont soumis à la plus haute tutelle, celle du Bureau du Président. Un cadre de responsabilisation a été élaboré. Il fixe un mandat clair pour chaque responsable de la lutte antipoliomyélitique, tant au niveau des provinces que des districts, établit des chaînes hiérarchiques, définit des processus pour évaluer la performance au regard de résultats clairement définis et prévoit des mesures de suivi fondées sur les résultats de l'évaluation.

16. Afin de garantir le plein engagement des structures gouvernementales, le Président de l'Afghanistan a nommé un agent de liaison pour l'éradication de la poliomyélite chargé d'assurer la liaison entre le cabinet du Ministre de la Santé publique et le Président, de mobiliser et de responsabiliser les gouverneurs des provinces et des districts prioritaires, et d'appuyer et de superviser l'assistance fournie par les autres ministères et par les partenaires internationaux. Il sera demandé aux gouverneurs de province – en particulier ceux de Kandahar, Helmand, Uruzgan, Kunar et Farah – de collaborer avec les gouverneurs de districts et les membres du Conseil consultatif (Choura) pour contrôler la qualité des campagnes de vaccination. Les gouverneurs de province soumettront au Bureau du Président et au Ministère de la Santé publique des rapports sur chaque tournée de vaccination, et des réunions trimestrielles sur l'éradication de la poliomyélite se tiendront entre les gouverneurs de province et le Président.

17. Des salles de contrôle seront créées au niveau national et dans tous les districts et provinces hautement prioritaires. Elles permettront d'assurer en temps réel la liaison entre les districts, les provinces et l'échelon national afin de suivre la campagne et de fournir aux équipes de terrain des orientations en cours d'intervention.

Renforcement des ressources humaines et de l'assistance technique

18. Les partenaires du Gouvernement de l'Afghanistan pour l'éradication de la poliomyélite soutiendront ces activités en augmentant fortement le nombre d'agents de terrain dans les zones prioritaires. L'UNICEF appuie le réseau de communication sur la vaccination³⁵ afin que les mobilisateurs sociaux (tant ceux à temps plein que ceux qui interviennent le temps d'une campagne) couvrent au moins 90% des districts prioritaires ou enregistrant des résultats insatisfaisants. L'OMS et le Gouvernement de l'Afghanistan recrutent conjointement des responsables supplémentaires de la lutte antipoliomyélitique dans tous les districts aux résultats insatisfaisants. Les deux partenaires

³⁵ Le réseau de communication sur la vaccination est un réseau de mobilisation sociale qui intervient dans les régions de l'est, de l'ouest et du sud de l'Afghanistan. La plupart des agents de première ligne sont déployés dans la région à haut risque du sud.

organiseront une série de formations techniques et gestionnaires pour les équipes de direction du PEV et d'autres agents dans les districts, afin d'améliorer les capacités.

Résultats

19. La pleine mise en œuvre des activités ci-dessus permettra de renforcer la responsabilisation, de traiter à la racine les problèmes de qualité des AVS et d'intensifier l'engagement communautaire dans les zones affichant les moins bons résultats. Afin de garantir que le programme reste en bonne voie sur ce plan, le Groupe consultatif technique pour l'éradication de la poliomyélite en Afghanistan se réunira au moins deux fois par an pour évaluer les progrès accomplis et recommander des mesures correctives au Gouvernement. Il devrait en résulter une meilleure qualité des campagnes, telle que mesurée au moyen de l'échantillonnage par lots pour l'assurance de la qualité (LQAS), avec à la clé une augmentation de l'immunité dans la population de la région du sud et, en bout de chaîne, l'interruption de la transmission endémique du PVS dans le pays d'ici à la fin de 2014.

PAKISTAN

«L'éradication de la poliomyélite est une priorité nationale pour le Pakistan, mais également une mission personnelle pour ma famille.»

ASIF ALI ZARDARI, PRÉSIDENT DU PAKISTAN, ÉVÉNEMENT DE HAUT NIVEAU SUR LA POLIOMYÉLITE, ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DES NATIONS UNIES, NEW YORK, 27 SEPTEMBRE 2012

Vue d'ensemble

1. En dépit de la complexité et de la précarité de la situation sécuritaire, avec notamment plusieurs attaques contre des agents de santé, des améliorations majeures ont été apportées en 2012 aux approches stratégiques et opérationnelles du programme d'éradication de la poliomyélite au Pakistan. La plus cruciale a été la transformation du niveau, de l'intensité et de la structure des systèmes de supervision gouvernementale, de gestion programmatique opérationnelle et de responsabilisation. Ces mesures, associées à l'intensification du soutien des partenaires au moyen de ressources humaines accrues, ont permis d'inverser spectaculairement la tendance alors que le programme perdait du terrain face à la série de flambées toujours plus graves de la période 2008-2011. Sur la base des progrès accomplis et de l'expérience acquise en 2012, le programme a identifié ses priorités stratégiques, s'est recentré sur elles, et a actualisé son plan national d'action d'urgence 2013, intitulé «Last Low Season».

2. Les actes de violence perpétrés en 2012 à l'encontre des agents de santé, y compris les vaccinateurs contre la poliomyélite, et l'escalade des troubles sociaux avant les élections nationales prévues au printemps 2013 constituent assurément des problèmes de taille pour le programme au Pakistan. Alors que les priorités stratégiques et la feuille de route pour interrompre la transmission du poliovirus sont claires, des mesures sont prises au titre du programme pour maintenir la continuité opérationnelle, consolider les progrès et réduire au minimum l'incidence sur les gains obtenus en 2012, même s'il s'avère impossible d'accéder à certaines zones ou d'y conduire des activités de vaccination.

Épidémiologie

3. Plusieurs grandes évolutions encourageantes sont intervenues en 2012 sur le plan épidémiologique, indiquant des progrès importants vers l'éradication de la poliomyélite. Sur les trois réservoirs auparavant bien établis (la région tribale des FATA et la province voisine de Khyber Pakhtunkhwa, certaines banlieues de Karachi, et les trois districts du Baloutchistan formant le « bloc de Quetta »), la transmission ne s'est poursuivie cette année que dans le réservoir FATA-Khyber Pakhtunkhwa. Le nombre de cas de poliomyélite a lui-même été divisé par trois, passant de 198 en 2011 à 58 en 2012. En outre, le nombre de zones où des cas de poliovirus sont enregistrés est passé à 28 districts (contre 60 en 2011), et le programme a permis d'observer une forte réduction de la diversité génétique du PVS1 (quatre groupes génétiques ont été isolés en 2012, contre 11 en 2011). De surcroît, le nombre de cas enregistrés durant la saison de forte transmission du poliovirus a reculé dans toutes les provinces sauf dans le Khyber Pakhtunkhwa. Enfin, aucun PVS3 n'a été décelé depuis plus de deux ans au titre de la surveillance environnementale au Pakistan, et le cas le plus récent de poliomyélite de type 3 remonte à avril 2012.

4. La réduction du nombre d'enfants non vaccinés, qui tient à la meilleure qualité des campagnes, est le principal facteur expliquant les progrès accomplis en 2012. L'échantillonnage par lots pour l'assurance de la qualité (LQAS) – le moyen le plus objectif d'estimer directement la qualité des campagnes antipoliomyélitiques – a montré une amélioration importante et constante de la couverture des campagnes. En utilisant cette méthode, il apparaît qu'alors que, lors des campagnes de janvier 2011, 18% des lots seulement étaient acceptés avec une couverture vaccinale de 95%, durant l'AVS d'octobre 2012, 78% des lots ont été acceptés avec une couverture de 95%. Même dans la province de Khyber Pakhtunkhwa, où une flambée est survenue en 2012, la méthode LQAS indique une amélioration significative de la situation (en mai 2011, 35% des lots étaient acceptés avec une couverture de 95% ; ils étaient 90% en octobre 2012). Dans la lignée de ces données, la proportion d'enfants n'ayant reçu aucune dose de VPO (« zéro dose ») a baissé dans toutes les zones du Pakistan entre 2011 et 2012, exception faite des FATA. Grâce à la mise en œuvre du plan national d'action d'urgence et au solide processus mené à bien en 2012, le programme pakistanais est en situation d'engager un effort concerté pour interrompre la transmission de la poliomyélite en 2013-2014.

Raisons de la transmission continue du poliovirus

5. La poursuite de la transmission du poliovirus au Pakistan tient à une combinaison de facteurs : impossibilité d'accéder aux FATA et à certains quartiers de Karachi ; carences persistantes dans la gestion des programmes ; problèmes de transparence et de responsabilisation ; mauvaise sélection des membres des équipes de vaccination ; participation insuffisante des communautés locales ; et lacunes dans le suivi des enfants non vaccinés et sur le plan des mesures correctives. Ces facteurs ont été exacerbés par la complexité et l'instabilité de la situation sécuritaire et par la chute rapide que la couverture de la vaccination systématique a connue ces deux dernières années dans toutes les provinces du Pakistan, une évolution qui menace l'immunité antipoliomyélitique de la population, en particulier pour le poliovirus de type 2 (dans le bloc de Quetta, une flambée de PVDVc de type 2 est survenue fin 2012 et s'est propagée dans les zones frontalières d'Afghanistan).

6. Malgré ces difficultés, l'accès aux enfants s'est beaucoup amélioré dans certaines zones. Dans les FATA, par exemple, le nombre d'enfants inaccessibles est passé de 327 000 fin 2009 à 64 000 en mars 2012. Néanmoins, l'inaccessibilité a persisté dans certaines zones de l'Agence de Khyber, et des chefs militants ont annoncé mi-2012 une interdiction de la vaccination antipoliomyélitique des enfants dans le nord et dans le sud du Waziristan, privant ainsi quelque 260 000 enfants de cette

intervention. Ces développements ont une nouvelle fois souligné combien la mobilisation sociale, l'engagement à grande échelle des parties prenantes, le plaidoyer politique et la coopération entre civils et militaires sont importants dans les zones d'accès difficiles.

7. D'importants enseignements ont été tirés sur la manière de gérer les problèmes de sécurité dans des contextes tels que celui qui prévalait à Gadaap (Karachi), où un agent de la lutte contre la poliomyélite a été tué en juillet 2012. À la suite de cet incident, l'administration du district a pris le contrôle de la situation et a mené des campagnes de vaccination bien planifiées, y compris en déployant stratégiquement le personnel de sécurité, en mobilisant des vaccinateurs compétents et en collaborant de manière constante avec la population locale et ses dirigeants.

8. Plusieurs éléments montrent que le programme ne parvient toujours pas à couvrir, mobiliser et servir comme il se doit les Pachtounes : la représentation disproportionnée de cette population parmi les cas de poliomyélite (85% en 2012) ; l'isolement, via la surveillance environnementale, de poliovirus associés à une circulation dans le Khyber Pakhtunkhwa et dans les FATA ; et, enfin, le fait que les taux de vaccination, mais aussi la sensibilisation à la vaccination antipoliomyélitique, soient moindres chez les Pachtounes par rapport à d'autres populations. La grande mobilité de cette ethnie, vers l'Afghanistan mais aussi vers des zones telles que Gadaap (Karachi), souligne l'impérieuse nécessité de collaborer avec les Pachtounes pour les inciter à se vacciner contre la poliomyélite. Comme le Pakistan et l'Afghanistan constituent un même bloc épidémiologique du fait de la transmission continue des poliovirus d'un côté à l'autre de la frontière (au niveau du Baloutchistan au sud et des FATA au nord), il sera toujours plus essentiel que les avancées soient synchrones dans les deux pays si l'on veut interrompre avec succès le poliovirus.

Dernières évolutions : stratégies de succès au Pakistan

9. Malgré les grandes difficultés actuellement rencontrées au Pakistan, la mise en œuvre du plan national d'action d'urgence continue de fournir des enseignements et un éclairage utiles. À la lumière de l'impact obtenu par le déploiement d'un plan d'urgence renforcé en 2012, des leçons tirées de cette expérience et des difficultés programmatiques qu'il reste à résoudre, le Gouvernement du Pakistan a élaboré un plan national d'action d'urgence 2013 en concertation avec ses partenaires. Son objectif général est d'interrompre la transmission du poliovirus d'ici à la fin de 2013. Son axe majeur consiste à mettre en œuvre vigoureusement les principales priorités stratégiques du plan national d'action d'urgence au cours de la saison 2013 de faible transmission du poliovirus.

Atteindre les enfants chroniquement omis lors des AVS et de la vaccination systématique

10. **Vaccination ciblée (AVS et SIAD) des groupes et zones à haut risque :** Une approche plus approfondie des contextes de risque élevé définit clairement les principaux réservoirs de poliomyélite et précise quels sont les districts à haut risque et, en leur sein, les Union Councils les moins performants.³⁶ Un calendrier très intensif de campagnes de vaccination est mis en place pour ces zones (situées dans les FATA, dans le centre du Khyber Pakhtunkhwa, dans le bloc de Quetta et dans certains quartiers de Karachi) et pour les populations qui sont issues de ces réservoirs, mais vivent ailleurs dans le pays (zones de peuplement pachtounes à Lahore, Rawalpindi, Faisalabad et Hyderabad), avec jusqu'à six campagnes de vaccination dans la basse saison 2012-2013. Le pilier de

³⁶ Les Union Councils sont des unités administratives inférieures au district.

la stratégie des AVS consiste à administrer une dose supplémentaire dans un intervalle court (SIAD) dans les réservoirs et dans les zones à haut risque. Comme les taux de vaccination sont plus faibles parmi les enfants pachtounes, et l'incidence de la poliomyélite étant disproportionnellement élevée dans cette population, une cartographie détaillée de la situation de ces communautés à l'extérieur des FATA et du Khyber Pakhtunkhwa est établie dans le cadre du programme et l'on élabore également des stratégies spéciales pour le déploiement opérationnel et la communication en vue de faire coopérer et de vacciner les enfants de ces communautés. La stratégie de transit est elle aussi renforcée en augmentant le nombre de postes de vaccination aux principaux points de transit et dans les couloirs de déplacement fréquentés par les Pachtounes.

11. Intégration des microplans opérationnels et relatifs à la communication: La responsabilité de la planification et de la mise en œuvre des campagnes de vaccination antipoliomyélitique incombe désormais au Commissaire de district, qui est l'administrateur principal à cet échelon. Le Commissaire de district confiera au médecin-conseil de l'Union Council la charge de la microplanification et de la sélection des membres et du superviseur de l'équipe de vaccination. Cette fonction revenait auparavant aux coordonnateurs paramédicaux de zones, mais nombre d'entre eux avaient systématiquement enregistré de mauvais résultats et/ou mal affecté les ressources. La pleine intégration des microplans opérationnels et relatifs à la communication est une priorité centrale afin de sensibiliser les populations à risque et d'en assurer la couverture. Même si l'appui apporté à la microplanification opérationnelle et à la mobilisation communautaire a été renforcé dans les zones à haut risque, il reste encore à intégrer pleinement ces deux axes de planification en vue, d'une part, d'agir sur les facteurs opérationnels et sociaux responsables de la non-vaccination de certains enfants lors des campagnes et, d'autre part, de favoriser un suivi systématique permettant de les vacciner. Des microplans seront élaborés en concertation avec l'ensemble des parties intéressées de l'Union Council avec des activités intégrées par zones dans le domaine opérationnel et dans celui de la mobilisation communautaire.

12. Suivi en temps réel: Pour pouvoir prendre des mesures correctives immédiates durant la mise en œuvre de la campagne, il est essentiel de réaliser un suivi lors des campagnes et d'examiner les données aux réunions organisées en soirée dans la «salle de commande» du district. Des indicateurs clairs ont été fixés concernant le niveau de préparation des campagnes, avec la création d'un «tableau de bord» qui retarde automatiquement les campagnes dans les Union Councils ne répondant pas aux critères. Le large usage fait de l'échantillonnage par lots pour l'assurance de la qualité (LQAS) dans les zones les moins performantes s'est également avéré très utile pour apprécier les progrès dans la vaccination des enfants, illustrant la nécessité constante d'accroître la qualité du suivi indépendant. Afin de planifier les campagnes et d'améliorer ainsi le niveau de préparation, le suivi et les mesures correctives, des «salles de commande» sont créées dans les districts. Le but est de permettre aux comités d'éradication de la poliomyélite nouvellement créés dans les districts et les Union Councils de se réunir pour assurer une coordination intersectorielle.

Vacciner les enfants dans les zones exposées à l'insécurité

13. Une priorité majeure de la période 2013-2014 consiste à intensifier et à rendre plus efficace la coopération entre civils et militaires. La coordination avec les autorités locales a été institutionnalisée en matière de sécurité, dans le but de produire de manière continue des évaluations de risques par zone, avec la création en urgence de comités provinciaux de coordination de la sécurité pour l'éradication de la poliomyélite. Ces comités sont composés de hauts responsables des services de maintien de l'ordre et des forces de sécurité. À ce titre, les chefs locaux des organismes de sécurité sont désormais membres des comités d'éradication de la poliomyélite dans les districts. À la lumière de l'évaluation de la situation sécuritaire locale, la mise en œuvre des campagnes est ajustée en modifiant les tactiques opérationnelles, en adoptant une microplanification souple (consistant à moduler la rapidité des opérations, à échelonner l'exécution, à favoriser les sites fixes plutôt que le porte-à-porte et à tenir compte du niveau de visibilité), et en personnalisant la communication. L'objectif est d'optimiser la sécurité des agents en fonction du contexte local.

14. L'engagement des responsables communautaires, des imams, des parents et des groupes de jeunes est renforcé en vue de soutenir le programme, de favoriser la vigilance au sein de la population et d'assurer la protection des agents de santé. Des nouvelles alliances et de nouveaux partenariats ont été établis avec les institutions islamiques, et des stratégies de communication adaptées au contexte local ont été mises au point, avec notamment des matériels testés sur le terrain destinés à faire accepter le VPO. Le programme examine également la viabilité de la fourniture de services sanitaires supplémentaires afin de lutter contre la lassitude ou la défiance que peuvent susciter les campagnes dans certaines zones.

15. Les deux partenaires d'exécution, l'OMS et l'UNICEF, ont pris plusieurs mesures afin de pouvoir intensifier leur appui au programme en dépit de l'augmentation des menaces de sécurité. Ils ont élaboré des plans opérationnels sur l'accès et la sécurité assortis de stratégies propres à chaque réservoir pour pouvoir rester et mener à bien la mission («Stay and Deliver»). Fait important, les deux organismes vont recourir au maximum au personnel local plutôt qu'international. Les agents doivent posséder une expertise en matière de gestion de conflits et de cartographie politique, ainsi que des compétences connexes.

Vaccination systématique

16. L'IMEP va œuvrer en étroite concertation avec les partenaires de la vaccination afin d'élargir la couverture de la vaccination systématique, y compris au sein des populations pachtounes. Le personnel de terrain, appuyé par l'IMEP, contribuera à l'harmonisation des microplans pour les AVS et la vaccination systématique en vue de déterminer quelles franges de la population échappent aux services de routine. Pour mettre en place des services de vaccination au sein des populations les plus vulnérables, l'IMEP apportera son concours aux autorités locales et mènera une action de sensibilisation à leur intention. Les séances de vaccination, de même que la disponibilité des ressources logistiques et humaines, feront l'objet d'un suivi systématique, et les zones à faible couverture de vaccination systématique seront cartographiées. Parmi les actions de communication menées en vue d'éradiquer la poliomyélite figurent des messages sur mesure adressés aux populations à haut risque afin de les sensibiliser et d'augmenter la demande vaccinale. Les responsabilités et les tâches incombant au personnel de l'IMEP dans le soutien aux services de vaccination systématique seront clairement définies et soumises à un examen suivi.

Assurer l'efficacité de la supervision et de la responsabilisation

17. Des évolutions majeures sont intervenues au Pakistan en vue d'assurer une supervision et une responsabilisation efficaces. Au plus haut niveau, l'éradication de la poliomyélite a été déclarée urgence nationale par le Président du Pakistan en 2012, ce qui a débouché sur la création d'un Groupe spécial national sur l'éradication de la poliomyélite, présidé par le Premier Ministre et composé des ministres principaux et secrétaires généraux des provinces, et sur la nomination d'un responsable de cabinet chargé d'occuper les fonctions de correspondant du Premier Ministre sur l'éradication de la poliomyélite et de diriger la cellule de suivi de la poliomyélite, nouvellement créée au sein du cabinet du Premier Ministre. En outre, une salle de commande de lutte contre la poliomyélite a été créée dans chaque province. Le Gouvernement a lancé le plan national d'action d'urgence 2013 ; la supervision de sa mise en œuvre incombe directement au Groupe spécial national sur l'éradication de la poliomyélite.

18. Grâce aux orientations données par le Groupe spécial national sur l'éradication de la poliomyélite, et du fait de l'efficacité croissante de la cellule de suivi du cabinet du Premier Ministre, le soutien et la supervision des provinces continuent de s'améliorer de même que l'engagement des commissaires de district, tandis que les comités d'éradication sont de plus en plus nombreux dans les districts et les Union Councils. Des critères objectifs et normalisés de responsabilisation opérationnelle ont été appliqués en pratique au moyen d'un cadre de suivi qui permet d'informer en temps réel les plus hauts niveaux de l'État sur les résultats obtenus dans les districts. Beaucoup reste à faire cependant pour que les salles de commande des provinces et districts soient pleinement opérationnelles et pour qu'au niveau des Union Councils, les comités d'éradication de la poliomyélite fonctionnent de manière optimale. C'est la raison pour laquelle un haut responsable (secrétaire) sera chargé de superviser et de gérer la salle de commande au cabinet du secrétaire général de chaque province.

Renforcement des ressources humaines et de l'assistance technique

19. Afin de soutenir la pleine mise en œuvre du plan national renforcé d'action d'urgence et de dynamiser les efforts locaux déployés pour interrompre la circulation du poliovirus en 2013, le Pakistan a recruté des milliers de nouveaux agents de terrain chargés de soutenir les autorités locales des Union Councils et des districts. À ceux-ci sont venus s'ajouter les nouvelles ressources humaines affectées par l'UNICEF et l'OMS, avec plus de 1350 nouveaux agents déployés dans les districts à haut risque et les Union Councils.

20. Après plusieurs projets pilotes fructueux en 2012, le mécanisme de paiement direct sera généralisé dans le cadre du programme de lutte contre la poliomyélite. Il consiste à rémunérer directement les vaccinateurs et les autres agents de terrain, par transfert bancaire. Cette stratégie de première importance garantit que les vaccinateurs sont payés intégralement et rapidement, et encourage également à sélectionner des agents compétents pour cette fonction, plutôt que des enfants ou des vaccinateurs «fantômes». Des stratégies spéciales sont utilisées pour recruter des femmes de la communauté afin de vacciner les enfants dans les zones à risque, en veillant si nécessaire à ce qu'elles soient accompagnées par des membres de la famille de sexe masculin. Des initiatives de renforcement des capacités sont mises au point pour améliorer les résultats, y compris la formation des agents de première ligne, en vue d'optimiser l'efficacité des échanges avec les personnes qui s'occupent d'enfants. Dans le même temps, il est désormais possible d'assurer une responsabilisation opérationnelle au moyen de critères objectifs et normalisés, grâce à un cadre qui englobe les salles de commande des districts et des provinces, la cellule de suivi de la poliomyélite du Premier Ministre et le Groupe spécial national sur l'éradication de la poliomyélite.

Résultats

21. La pleine mise en œuvre des activités ci-dessus permettra de renforcer la responsabilisation, de traiter à la racine les problèmes de qualité des AVS et d'améliorer l'accès et la participation communautaire dans les zones affichant les moins bons résultats. Afin de garantir que le programme garde le cap dans la mise en œuvre de ces activités, le Groupe consultatif technique pour l'éradication de la poliomyélite au Pakistan se réunira au moins deux fois par an pour évaluer les progrès accomplis et recommander des mesures correctives au Gouvernement. Il devrait en résulter une meilleure qualité des campagnes, telle que mesurée au moyen de l'échantillonnage par lots pour l'assurance de la qualité (LQAS), avec à la clé une augmentation de l'immunité dans les populations du Khyber Pakhtunkhwa et des FATA et, en bout de chaîne, l'interruption de la transmission endémique du PVS dans le pays d'ici à la fin de 2014.

NIGÉRIA

«Je souhaite réaffirmer l'engagement indéfectible du Nigéria à éradiquer la poliomyélite. Nous pensons qu'il faut absolument y arriver et avançons sur cette voie.»

GOODLUCK JONATHAN, PRÉSIDENT DU NIGÉRIA, ÉVÉNEMENT DE HAUT NIVEAU SUR LA POLIOMYÉLITE, ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DES NATIONS UNIES, NEW YORK, 27 SEPTEMBRE 2012

Vue d'ensemble

1. Le Nigéria est le seul pays d'Afrique qui n'a pas encore interrompu la transmission autochtone du PVS. Ces quatre dernières années, néanmoins, il a accompli des progrès remarquables pour modifier le cours de la maladie : au lieu d'un cycle récurrent de flambées nationales de grande ampleur, on observe une transmission plus focale dans des réservoirs bien définis des États du nord. Le pays est donc bien placé pour intensifier ses efforts et canaliser ses ressources de sorte à vacciner les enfants non protégés tout en préservant les progrès réalisés depuis 2008 dans l'amélioration globale de l'immunité de la population.

Épidémiologie

2. Le Nigéria a signalé en 2012 la circulation de trois sérotypes de poliovirus : PVS1, PVS3 et PVDVc de type 2. Des avancées historiques ont été réalisées entre 2009 et 2010 pour juguler la transmission du virus, auparavant généralisée à tout le pays, en la cantonnant à certaines zones localisées du nord du Nigéria ; le nombre de cas de poliovirus sauvage est passé dans la période de 388 à seulement 21. Malgré la progression notable du nombre total de cas de PVS signalés depuis lors (de 62 en 2011 au double de ce chiffre en 2012), la transmission se concentre désormais principalement dans les grands réservoirs du nord du Nigéria. En 2012, 97% des cas de poliomyélite étaient situés dans seulement 100 des 9555 wards que compte le pays.

3. En outre, de début 2011 à novembre 2012, la diversité génétique a diminué tant pour le PVS1 que pour le PVS3, malgré l'augmentation du nombre de cas. Comme l'ont indiqué les CDC, le nombre de groupes de PVS1 en cocirculation est passé de huit en 2011 à quatre au deuxième semestre 2012. Pour les PVS3, ce nombre est passé de quatre à un seulement. Le recul de la diversité génétique est corrélé à une diminution de la propagation géographique : les deux types semblent à nouveau cantonnés au nord du Nigéria. L'État de Kano, en particulier, joue un rôle pivot dans

la transmission de l'ensemble des sérotypes, et il a déclaré plus de cas cumulés que tout autre État depuis 2010. Plusieurs États du nord – Katsina, Kaduna, Borno, Sokoto, Jigawa et Zamfara – ont également constitué ces trois dernières années des poches localisées de transmission continue. Fin 2012, le PVS s'est propagé depuis ces principaux réservoirs vers quatre États auparavant exempts, ce qui montre qu'il faut s'attaquer à la transmission dans ces grands réservoirs si l'on veut préserver les acquis de ces cinq dernières années.

4. Malgré ces difficultés, le Nigéria progresse. Global Good a réalisé une analyse du statut vaccinal (VPO) d'enfants présentant une paralysie ; elle montre que, dans les États à haut risque du nord, il est de plus en plus fréquent que les niveaux d'immunité soient suffisamment élevés pour interrompre la transmission. En 2008, année où le Nigéria a connu sa plus grande flambée (798 cas), l'immunité dans la population était estimée à 42 % environ. Fin 2012, la part de la population immunisée contre la poliomyélite atteignait 64 %. Cette amélioration de l'immunité s'accompagne d'une forte baisse du nombre de cas de poliomyélite notifiés.

5. L'échantillonnage par lots pour l'assurance de la qualité (LQAS), méthode aujourd'hui très largement utilisée par le programme pour évaluer la qualité des campagnes de vaccination, indique également une amélioration de la situation. De mai à décembre 2012, le nombre de zones d'administration locale (LGA) soumises à la méthode LQAS et présentant un taux de couverture vaccinale de >80 % (acceptable), a presque doublé, passant de 35% à 69% du total.

Raisons de la transmission continue du poliovirus

6. Au Nigéria, les enfants atteints de la poliomyélite sont presque tous issus de familles pauvres. Ils vivent au sein de peuplements ruraux isolés, à la frontière d'autres LGA ou États. Ils ne reçoivent pas la visite des équipes de vaccination ou leurs parents refusent qu'ils soient vaccinés. Bien souvent, ces zones frontalières sont très proches des principaux itinéraires des nomades, dont les enfants sont systématiquement omis par le programme. Les cartes SIG du nord du Nigéria établies pour le programme de lutte antipoliomyélitique indiquent qu'en 2012, 80% des cas étaient observés dans les zones frontalières entre LGA et États. Ces nouveaux outils aident le Nigéria à mieux cerner les principaux problèmes auxquels il doit faire face.

7. Dans les villages ruraux comme dans les zones urbaines, l'efficacité des équipes de vaccination est le principal facteur déterminant si l'enfant sera ou non vacciné. Selon des données de suivi indépendantes, la cause majeure de non-couverture (près de 40% des cas) est le fait que les équipes ne cherchent pas à vacciner tous les enfants (octobre 2012). Les familles qui refusent la vaccination sont également un obstacle. Selon les mêmes données, 18% des enfants non vaccinés ont été omis pour cette raison. Les refus tendent à être concentrés géographiquement, en particulier dans les zones urbaines de Katsina, Kaduna, Sokoto et Kano, où les communautés subissent l'influence de religieux qui prétendent que le vaccin rend stérile ou malade. Il arrive également que les communautés refusent la vaccination du fait qu'elle ne figure pas parmi les priorités de leurs dirigeants, ou en raison de la demande pour d'autres services. L'insécurité reste un obstacle important dans certaines régions des États de Borno et de Yobe ; à Kaduna et Kano, la récente escalade de violence a entraîné la mort de plusieurs agents.

Dernières évolutions : stratégies de succès au Nigéria

8. Le programme du Nigéria vise à atteindre d'ici à la fin de 2013 un taux de couverture des AVS de 80% chez les enfants de moins de cinq ans situés dans les zones à haut risque, tout en maintenant exemptes les autres zones. Il s'agit d'améliorer la qualité des activités de vaccination dans les peuplements ruraux et dans les zones urbaines; de vacciner les enfants omis; et d'accélérer l'action engagée pour juguler la propagation du virus dans les zones du pays auparavant exemptes.

9. Plusieurs tendances viennent renforcer le programme nigérian et sont le moteur du changement. Tout d'abord, l'engagement politique en faveur de l'éradication de la poliomyélite est aujourd'hui sans précédent, ce qui favorise la responsabilisation et la coordination à tous les niveaux. Deuxièmement, il est largement reconnu qu'il faut améliorer la qualité des campagnes en vue d'omettre moins d'enfants que dans le passé. Troisièmement, une culture nouvelle de l'innovation permet au programme nigérian de s'adapter aux meilleures pratiques mondiales. Quatrièmement, le Nigéria œuvre avec force pour relancer son programme de vaccination, y compris en tirant parti des efforts massifs contre la poliomyélite pour surmonter certains obstacles systémiques et opérationnels qui entravent la vaccination des enfants. Chacun de ces éléments était déjà dans une certaine mesure présent dans le programme nigérian. Ce qui a changé aujourd'hui, c'est l'ampleur avec laquelle ils y contribuent, la force de la direction et de la supervision assurées par les autorités fédérales et les autorités des États, et la rigueur avec laquelle les données recueillies et administrées par les tiers sont utilisées pour évaluer l'efficacité de la vaccination des enfants.

Atteindre les enfants chroniquement omis lors des AVS et de la vaccination systématique

10. **Amélioration de la microplanification des AVS :** Les microplans de campagne ont été actualisés par les équipes des LGA, qui ont accompli à cette fin un travail considérable appuyé par l'OMS. Ces efforts ont par exemple permis de recenser au Nigéria, à la mi-2012, plus de 3000 peuplements qui avaient été omis lors des précédents exercices de planification. Le Nigéria utilise également certaines tactiques qui avaient été employées pour la première fois dans le cadre du programme de lutte indien, dont on connaît le succès. Le personnel de ce dernier apporte des contributions régulières à l'action menée au Nigéria, y compris en révisant les outils de microplanification. Le Nigéria a également modifié ses modalités de microplanification : plutôt que de donner l'instruction générale de vacciner un village ou un quartier, on affecte les équipes à des ménages particuliers.

11. **Des agents de première ligne mieux sélectionnés et bénéficiant d'une formation, d'un suivi et d'un soutien améliorés :** Le Nigéria poursuivra la restructuration des équipes de vaccination engagée en 2012, l'objectif étant de garantir une supervision adaptée. Les équipes de vaccination sont passées de six à quatre personnes, dont un chef de communauté. Cela accroît leur mobilité et favorise une supervision et une validation des activités plus efficaces. Le suivi simultané permet d'observer la performance des équipes et de prendre des mesures correctives en temps réel : les équipes qui n'ont pas couvert correctement leur zone doivent immédiatement y retourner et renouveler l'opération. Des lignes directrices convenues sur la sélection, la formation et le suivi des vaccinateurs sont désormais rigoureusement appliquées dans toutes les zones. Par exemple, les chefs traditionnels assument des responsabilités croissantes dans la bonne sélection des vaccinateurs et des agents chargés de consigner les données, par l'intermédiaire des comités de sélection des wards. Ainsi, la part des femmes a augmenté parmi les vaccinateurs et les observateurs, et des réunions quotidiennes ont été instituées dans les wards afin de renforcer la supervision des équipes et de favoriser la responsabilisation à l'échelle locale. Les centres d'urgence récemment créés

dans les États à haut risque travailleront avec les autorités locales en vue de tester et de mettre en œuvre des stratégies pour renforcer la motivation des équipes et la gestion de leurs performances, y compris au moyen de programmes de récompenses ou d'incitation à l'intention des vaccinateurs. Ils ont également mis au point un nouveau module de formation amélioré pour les équipes de vaccination. Il comprend des exercices de nature plus pratique visant à renforcer leurs compétences.

12. Mobilisation des communautés : Dans certaines communautés du Nigéria, il a toujours été difficile de faire en sorte que la population locale s'approprie pleinement les programmes et participe aux services de vaccination. Pour répondre à ce problème et augmenter la demande réelle en antigènes poliomyélitiques et autres antigènes vaccinaux, un réseau de mobilisateurs communautaires bénévoles a été lancé par l'UNICEF début 2012. Il a été élargi en 2013 pour cibler les zones à haut risque et mener des activités de plus grande ampleur. Ce réseau permet de sensibiliser les mères des peuplements à haut risque à l'importance de l'éradication de la poliomyélite et de la vaccination antipoliomyélitique. En 2013, les partenariats noués avec les groupes religieux et certains dirigeants (Stratégie des écoles coraniques Tsangaya; liens établis avec les chefs traditionnels, les survivants de la poliomyélite et la Fédération des associations de femmes musulmanes du Nigéria, ou FOMWAN) seront renforcés au niveau communautaire. Ils seront complétés par une vaste stratégie de communication dans les médias, au cœur de laquelle figureront le divertissement et l'éducation. L'UNICEF présentera et évaluera un nouvel ensemble de compétences de communication interpersonnelle en vue d'améliorer la capacité des vaccinateurs à collaborer efficacement avec les membres de la communauté. Des formations spéciales seront lancées à ce titre en 2013. L'UNICEF recueillera également des données sociales afin de comprendre les raisons pour lesquelles certains enfants ne sont pas vaccinés (en particulier l'absence du domicile) et d'élaborer des stratégies pour surmonter ces obstacles. Des mesures sont prises pour assurer une coopération plus systématique des dirigeants religieux, en vue de renforcer le soutien du public au programme et de compléter les mesures prises pour lutter contre les campagnes de désinformation anti-vaccins lancées récemment par certains universitaires et religieux. Le non-respect des obligations et la faible demande en vaccination antipoliomyélitique nuisent à la vaccination dans les centres urbains de Kano, Kaduna, Katsina et Sokoto. Pour améliorer la demande et le recours à la vaccination, les «services complémentaires» à forte demande (par exemple vitamine A, comprimés vermifuges et vaccination systématique) font l'objet d'une attention renouvelée.

13. Suivi, supervision et mesures correctives prises en conséquence – Données et responsabilisation locale : Au Nigéria, des tableaux de bord assortis d'indicateurs clés sur la préparation et la mise en œuvre des campagnes dans les LGA sont utilisés pour améliorer l'efficacité, et le Gouvernement a commencé à reporter les campagnes lorsque le niveau de préparation ne semble pas suffisant pour déployer les activités de vaccination. Il s'agit d'un moteur de responsabilisation locale concernant la qualité des AVS.

14. Des interventions ciblées pour les enfants ayant échappé à la vaccination : En 2012 et 2013, le programme Nigeria STOP (NSTOP) a recensé différents peuplements nomades, disséminés ou frontaliers non couverts par les microplans de campagne. Suite à cette activité, une tournée spéciale de vaccination a été conduite en janvier 2013 dans certains *wards* au bénéfice de ces populations. Les campagnes spéciales de vaccination seront élargies, ciblant les *wards* en vue d'interrompre plus rapidement la transmission du PVS dans des espaces localisés tels que zones frontalières, itinéraires nomades et peuplements isolés. Ces activités seront menées de manière indépendante, à intervalles réguliers entre les différentes tournées, et intégrées aux tournées prévues d'AVS. Le Nigéria utilisera également la stratégie SIAD en vue de conférer rapidement

une protection immunitaire aux communautés qui n'ont pas encore été couvertes ou qui ont été durant longtemps exclues des campagnes (y compris dans les zones d'insécurité). Pour atteindre les enfants ayant échappé à la vaccination, d'importantes activités ont également été mises en place entre les tournées (journées locales de vaccination, stratégies de vaccination sur les marchés, à la naissance ou lors des cérémonies de baptême). Là où l'insécurité rend l'accès problématique (dans certaines zones de Borno, Yobe et Kano), on testera également la mise en place d'équipes permanentes de lutte antipoliomyélitique chargées de vacciner au cours d'une période donnée les habitants de la zone dont elles ont la charge (plutôt que tenues de suivre précisément le calendrier de la campagne). Les équipes du programme travailleront en étroite concertation avec les organismes concernés en vue d'évaluer la sécurité à l'échelle locale. Elles mettront en œuvre les activités avec toute la souplesse voulue dans les LGA et les wards où les conditions de sécurité le permettent. L'engagement des parties prenantes locales (FOMWAN, par exemple) sera encore renforcé en vue de réduire les problèmes de défiance et de suspicion qui se présentent à l'échelle locale, en particulier là où les conflits et l'insécurité entraînent des tensions.

15. Cartographie par SIG : Parmi les pays du Programme mondial de lutte contre la poliomyélite, le Nigéria est celui qui utilise le plus la cartographie par SIG. Ces cartes permettent d'améliorer le recensement des peuplements, l'affectation des ressources et la microplanification ; elles permettent également de localiser les populations nomades et de veiller ainsi à leur participation. Une étude pilote a été menée en juillet 2012 dans 10 LGA situés dans sept États, puis étendue en août 2012 à 41 LGA situés dans 10 États. Elle a permis de recenser plus de 8000 peuplements supplémentaires non couverts dans les microplans ; 15% d'entre eux n'avaient jamais reçu la visite d'une équipe de vaccination. Tous sont désormais couverts par le microplan. Le programme va poursuivre la collaboration étroite avec les chefs traditionnels en vue de suivre la vaccination des enfants au niveau du peuplement.

Vaccination systématique

16. Il est urgent de renforcer les systèmes de vaccination du Nigéria, et le programme de lutte contre la poliomyélite sait qu'il a un rôle important à jouer à cet égard. Les partenaires de l'IMEP (lutte contre la poliomyélite et PEV) et les autres partenaires de développement appuient conjointement le Gouvernement fédéral pour élaborer un cadre national de responsabilisation pour la vaccination, qui prévoira une participation active aux groupes de travail du Comité de coordination interagences en vue de renforcer l'offre et la gestion des vaccins, le suivi et l'évaluation, la formation et la mobilisation sociale. Le Gouvernement et les partenaires ont récemment mis sur pied un plan national harmonisé de vaccination, première étape dans l'établissement d'un plan d'activité annuel intégré du PEV axé sur l'accélération des activités de lutte (campagnes de rattrapage contre la rougeole, campagnes de vaccination contre la fièvre jaune et contre la méningite) et sur la consolidation de la vaccination systématique.

17. L'OMS, en particulier, va mobiliser très largement son réseau national de responsables de la surveillance et le personnel de renfort de la lutte antipoliomyélitique afin de réaliser un suivi et de produire des données sur la disponibilité des vaccins, la mise en œuvre des programmes de vaccination systématique et la surveillance de la maladie. Les CDC s'attacheront à renforcer les moyens du Gouvernement national en matière de gestion et d'analyse de données. Au cours de l'année 2013, l'OMS, l'UNICEF et les CDC appuieront huit États dans la mise en œuvre accélérée d'activités de sensibilisation à la vaccination, en vue de combattre la transmission persistante des PVDVc. En outre, l'OMS et l'UNICEF vont collaborer avec l'État de Kano, la Dangote Foundation et la

Fondation Bill & Melinda Gates en vue de conduire une initiative sur trois ans destinée à redynamiser la vaccination systématique à partir de 2013. Il s'agira en particulier d'améliorer le suivi de l'approvisionnement en vaccins, de soutenir les efforts de gestion des données, de mettre l'accent sur la formation, d'assurer le suivi des séances de vaccination et d'intensifier les activités de mobilisation sociale de sorte à accroître la demande en services de vaccination.

Assurer l'efficacité de la supervision et de la responsabilisation

18. L'éradication de la poliomyélite bénéficie d'un engagement politique sans précédent au Nigéria. Le Président Goodluck Jonathan pilote les efforts nationaux par l'intermédiaire d'un Groupe présidentiel spécial qui examine trimestriellement les progrès accomplis. Le Ministre d'État de la Santé dirige ce Groupe spécial qui comprend des législateurs fédéraux, des commissaires à la santé des États, des chefs traditionnels et les partenaires de l'IMEP. Le Groupe spécial a demandé que soient mis sur pied des centres opérationnels d'urgence à Abuja et à Kano (centres créés) ainsi que dans quatre autres États. Chargés de diriger la planification opérationnelle, le suivi des activités et la rétroinformation, ils améliorent la coordination et le suivi du programme et renforcent la responsabilisation.

19. Les centres opérationnels d'urgence utilisent un nouveau «tableau de bord» afin d'évaluer dans quelle mesure le programme est capable de mettre en œuvre chacune des campagnes de vaccination supplémentaires. Les États et les LGA ont trois semaines pour faire rapport sur une série d'indicateurs permettant d'apprécier leur état de préparation : déblocage des fonds, organisation de réunions de planification, tenue de réunions du comité de sélection des équipes du *ward*, vérification des microplans, efforts de mobilisation sociale, conduite de formations, et mise en place des moyens logistiques. Le Groupe spécial se sert des données du tableau de bord pour juger la qualité du travail des États, des LGA et du personnel de vaccination et les obliger à rendre compte de leur action. Lorsque la préparation est insuffisante, les campagnes sont suspendues et des sanctions administratives sont prises à l'encontre du personnel du Gouvernement et des partenaires. Même si le système de responsabilisation n'est pas encore optimal dans les États et les LGA, il s'agit toujours d'une grande priorité pour laquelle on œuvre par l'intermédiaire du Groupe spécial, des centres opérationnels d'urgence et d'un examen rigoureux des tableaux de bord et des données de suivi.

20. Le Groupe présidentiel spécial veille également à ce que les gouverneurs exécutifs des États et les présidents des LGA assurent la supervision politique prévue au titre des engagements d'Abuja, une déclaration signée par les gouverneurs exécutifs en 2009. Les engagements d'Abuja imposent aux États d'assumer un leadership politique. À ce titre, ils doivent superviser les activités de lutte antipoliomyélique et de vaccination, veiller à ce que les fonds d'État soient débloqués et faire participer les chefs traditionnels à la planification et à la mise en œuvre du programme. Le Président Goodluck Jonathan intervient personnellement si ces engagements ne sont pas satisfaits. Les visites de terrain que les membres du Groupe spécial réalisent dans les États et dans les LGA à haut risque, avant et pendant les campagnes, sont également l'occasion de fournir un retour d'information aux leaders politiques et aux équipes techniques et de les motiver.

21. La Fondation Bill & Melinda Gates a créé en 2012 le Défi vaccination (Immunization Challenge) pour récompenser les États les plus performants au regard des grandes cibles de la lutte antipoliomyélitique et de la vaccination systématique. En 2013, les États récompensés seront ceux qui auront réussi à interrompre la transmission du PVS. Les vainqueurs reçoivent une bourse pour une priorité de santé publique convenue par le gouverneur exécutif de l'État.

Renforcement des ressources humaines et de l'assistance technique

22. L'OMS continuera de soutenir jusqu'en 2018 les 2500 agents qui ont été affectés en soutien à partir de 2012, poursuivant à cet égard les efforts destinés à améliorer les processus de gestion et de responsabilisation. L'UNICEF a étendu ses capacités de communication dans les LGA et dans les États à haut risque. Plus de 1800 agents de mobilisation communautaire bénévoles ont été déployés dans les peuplements les plus à risque, et le mouvement devrait se poursuivre en 2013. Les CDC contribueront à améliorer les capacités d'analyse de données au sein de l'Agence nationale de développement des soins de santé primaires et par l'intermédiaire de leur programme NSTOP. Le programme nigérian poursuivra ses échanges techniques avec l'Inde, y compris en déployant périodiquement des agents de surveillance aux zones à haut risque du Nigéria.

Résultats

23. La pleine mise en œuvre des activités ci-dessus permettra de renforcer la responsabilisation, de traiter à la racine les problèmes de qualité des AVS et d'intensifier l'engagement communautaire dans les zones affichant les moins bons résultats. Afin de garantir que le programme garde le cap dans la mise en œuvre de ces activités, le comité d'experts pour l'éradication de la poliomyélite au Nigéria se réunira au moins deux fois par an pour évaluer les progrès accomplis et recommander des mesures correctives au Gouvernement. Il devrait en résulter une meilleure qualité des campagnes, telle que mesurée au moyen de l'échantillonnage par lots pour l'assurance de la qualité (LQAS), avec à la clé une augmentation de l'immunité dans les populations clés de l'État du nord et, en bout de chaîne, l'interruption de la transmission endémique du PVS dans le pays d'ici à la fin de 2014.

Annexe B : Cadre de supervision de haut niveau 2013-2018

OBJECTIFS DU PLAN STRATÉGIQUE	INDICATEURS DE RÉALISATION	INDICATEURS DE PRODUIT					
		2013	2014	2015	2016	2017	2018
<p>Détection du poliovirus et interruption de sa transmission</p> <p>Achever l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage à l'échelle mondiale et déceler et interrompre plus rapidement toute nouvelle flambée due à des poliovirus dérivés de souches vaccinales</p> <p>Contrôlé par le Comité de suivi indépendant</p>	<p><i>Arrêt de toute transmission du poliovirus sauvage d'ici à la fin de 2014</i></p> <p><i>Interruption de toute nouvelle flambée de PVDVc dans les 120 jours</i></p>	<p>Atteindre et maintenir un taux de PFA de >2/100000 dans tous les États/ provinces des pays à haut risque</p> <p>Atteindre et maintenir une collecte adéquate d'échantillons de selles pour 80% des cas dans tous les États/provinces des pays à haut risque</p> <p>Parvenir à un taux de couverture de > 80% (tel que confirmé par LQAS) dans toutes les zones à haut risque du Nigéria et de l'Afghanistan ; et de > 90% dans les zones à haut risque du Pakistan</p> <p>Mettre en place un cadre complet pour la sécurité et la sûreté dans les trois pays d'endémie</p> <p>Interrompre toutes les flambées actuelles de PVDVc d'ici à la fin de 2013</p>	<p>Créer 10 nouveaux sites d'échantillonnage environnemental dans les pays exposés au risque de flambée de PVDVc et de PVS</p> <p>Maintenir un taux de couverture de > 80% (tel que confirmé par LQAS) dans toutes les zones à haut risque du Nigéria et de l'Afghanistan ; et de > 90% dans les zones à haut risque du Pakistan</p> <p>Convoquer le Comité d'examen du RSI ; établir des recommandations pour l'après-2014</p> <p>Élaborer des plans d'intervention d'urgence complets pour limiter la propagation internationale et interrompre la transmission</p>	<p>Créer 10 nouveaux sites d'échantillonnage environnemental dans les pays dotés de structures nationales pour le VPO</p> <p>Si la transmission persiste, élaborer des plans d'intervention d'urgence complets pour limiter la propagation internationale et interrompre la transmission</p>	<p>Maintenir une surveillance au niveau requis pour la certification, jusqu'au premier niveau infranational, dans tous les pays des régions certifiées et non certifiées</p>	<p>Mettre en œuvre le protocole d'intervention contre le virus de type 2 dans la période post-VPO</p>	<p>Établir des protocoles d'intervention contre les virus de type 1 et 3 dans la période post-VPO</p>

OBJECTIFS DU PLAN STRATÉGIQUE	INDICATEURS DE RÉALISATION	INDICATEURS DE PRODUIT					
		2013	2014	2015	2016	2017	2018
<p>Renforcement des systèmes de vaccination et retrait du VPO</p> <p>Renforcer les services de vaccination dans les «pays cibles», introduire le VPI et retirer le VPO2 à l'échelle mondiale</p> <p>Contrôlé par le SAGE</p>	<p><i>Retrait mondial du VPO de type 2 d'ici à la fin de 2016</i></p> <p><i>De 2014 à 2018, augmentation annuelle de 10% au moins de la couverture du DTC3 dans 80% des districts à haut risque de tous les pays cibles³⁷</i></p>	<p>Élaborer des plans annuels d'amélioration de la couverture vaccinale nationale dans au moins cinq pays cibles</p> <p>Mettre en place une stratégie d'approvisionnement et de financement du VPI en vue de l'introduction de ce vaccin</p>	<p>Consacrer aux tâches de renforcement des systèmes de vaccination > 50% du temps du personnel de terrain financé au titre de la lutte antipoliomyélitique</p> <p>Élaborer des plans annuels d'amélioration de la couverture vaccinale nationale dans tous les pays cibles</p> <p>Garantir que tous les pays ayant des producteurs nationaux ou achetant eux-mêmes leurs produits ont accès à un VPOb homologué</p> <p>Parvenir à une amélioration de 10% en glissement annuel des taux de couverture du DTC3 dans les districts à haut risque, dans au moins cinq pays cibles, avec des plans établis à ce titre en 2013³⁸</p>	<p>Constituer des stocks de PVOM2 (produits vrac et produits finis)</p> <p>Arrêter la date de la fin de l'utilisation du VPO2</p> <p>Faciliter et soutenir l'introduction d'au moins une dose de VPI dans les programmes de vaccination systématique de tous les pays utilisant le VPO</p> <p>Parvenir à une amélioration de 10% en glissement annuel des taux de couverture du DTC3 dans les districts à haut risque de tous les pays cibles</p>	<p>Finaliser la politique mondiale sur le VPI pour la période post-VPO</p> <p>Parvenir à une amélioration de 10% en glissement annuel des taux de couverture du DTC3 dans les districts à haut risque de tous les pays cibles</p>	<p>Parvenir à une amélioration de 10% en glissement annuel des taux de couverture du DTC3 dans les districts à haut risque de tous les pays cibles</p>	<p>Constituer des réserves de VPOm1 et de VPOm3 (produits vrac et produits finis)</p>

³⁷ À l'appui des cibles présentées dans le Plan d'action mondial pour les vaccins.

³⁸ Par exemple taux passant de 50% à 55 % la première année, puis de 55 % à 60,5% la deuxième année, et ainsi de suite.

INDICATEURS DE PRODUIT						
	2013	2014	2015	2016	2017	2018
OBJECTIFS DU PLAN STRATÉGIQUE						
INDICATEURS DE RÉALISATION						
Confinement et certification : Certifier l'éradication et le confinement de tous les poliovirus sauvages d'ici à la fin de 2018 à la fin de 2018 et améliorer la protection mondiale à long terme contre la poliomyélite	Harmoniser GAP/III avec la nouvelle stratégie et le nouveau calendrier de la phase finale	Certifier exempte la Région OMS de l'Asie du Sud-Est Mener à bien la Phase 1 du confinement (enquête et inventaire) (sauf dans les pays d'endémie poliomyélique)	Présenter à l'Assemblée mondiale de la Santé le rapport de l'OMS sur l'éradication du PVS2 Obtenir un consensus international sur le calendrier du confinement et les mesures de protection	Appliquer des mesures de protection pour le confinement biologique de tous les PVS	Veiller à ce que tous les poliovirus Sabin de type 2 soient manipulés en toute sécurité	Achever le processus de certification pour les six Régions de l'OMS, aboutissant à la certification mondiale de l'éradication de la poliomyélite
Contrôlé par la Commission mondiale de certification						
Préparé le confinement de tous les poliovirus Sabin au moment du retrait du VPOb						
Legacy Planning: Develop a plan to ensure polio investments contribute to future health goals, through documentation and transition of lessons learnt, processes and assets of the Global Polio Eradication Initiative	Initiate global legacy planning process, including stakeholder consultations, asset mapping and capturing of lessons learnt	Complete broad consultation process on polio legacy	Establish polio legacy plan	Initiate implementation of the polio legacy plan		
Monitored by the WHA						
The objectives and indicators shown here are indicative						

www.polioeradication.org

INITIATIVE
MONDIALE POUR
L'ERADICATION DE LA **POLIO**