

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 : débloquement 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.