

INITIATIVE
MONDIALE POUR
L'ERADICATION DE LA

POLIO

RAPPORT
ANNUEL

2012

© 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) (téléphone : +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 par le Service de production des documents de l'OMS, Genève (Suisse)

Photo en première de couverture : Unicef Pakistan/K. Mahmood

Conception et mise en page : Paprika (Annecy, France)

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

**RAPPORT
ANNUEL**

2012

CE RAPPORT EST
DÉDIÉ À TOUS LES
AGENTS DE SANTÉ
DE PREMIÈRE LIGNE
QUI ONT CONSACRÉ
LEUR EXISTENCE À
PROTÉGER LES ENFANTS
CONTRE LA PARALYSIE
À VIE QU'ENTRAÎNE LA
POLIOMYÉLITE.

TABLE DES MATIÈRES

Résumé d'orientation.....	1
Les faits marquants de 2012.....	5
Interrompre la transmission des poliovirus	8
Nigéria.....	9
Pakistan	13
Afghanistan	17
Protéger les acquis	21
Libérer définitivement le monde de la poliomyélite : la phase finale	27
Financer l'urgence	29
Annexe Rapport de situation sur les étapes mondiales et les indicateurs de processus du Plan stratégique 2010-2012 de l'IMEP	35
Acronymes et abréviations	37

RÉSUMÉ D'ORIENTATION

L'année 2012, qui était la dernière du Plan stratégique 2010-2012 de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP), a vu naître une approche fondée sur l'action d'urgence pour terminer l'éradication de la poliomyélite. Il faut se souvenir qu'au début du Plan, il y a trois ans, la poliomyélite sévissait encore dans 23 pays et que plus de 1500 enfants avaient été paralysés à vie cette année-là. La maladie était alors encore très répandue dans les derniers pays d'endémie, et la transmission continuait de se rétablir dans quatre pays. Fait le plus inquiétant sans doute, la poliomyélite endémique restait solidement implantée dans deux régions d'Inde, alors que des activités massives de vaccination supplémentaire étaient menées de manière systématique et régulière.

Dans le cadre du Plan stratégique 2010-2012, de nouveaux outils et des approches sur mesure, y compris le nouveau vaccin antipoliomyélitique oral bivalent (VPOb) ont commencé d'être utilisés dans tous les pays d'endémie restants et dans les zones réinfectées. Et à la fin de cette période, même si l'objectif d'interruption de toute transmission du poliovirus d'ici à la fin 2012 n'était pas atteint, le Plan avait pratiquement éradiqué le fléau de la surface du globe.

Toutes les flambées persistantes ont été interrompues avec succès et les nouvelles flambées ont été enrayerées dans les six mois. La transmission rétablie du poliovirus a été interrompue dans trois pays sur quatre (Angola, République démocratique du Congo et Soudan du Sud) et, fin 2012, le dernier (Tchad) était en bonne voie pour y parvenir. Au Nigéria, au Pakistan et en Afghanistan, le périmètre de la maladie a été de mieux en mieux circonscrit. Et l'Inde, longtemps considérée comme le pays où l'éradication serait la plus difficile, a réussi dans cette entreprise, montrant qu'elle était techniquement possible.

Jamais le nombre de cas et de zones touchées n'a été aussi faible

« S'agit-il de la dernière bataille contre la poliomyélite ? » s'est interrogé le Comité de suivi indépendant pour l'éradication de la poliomyélite en octobre 2012. Compte tenu de l'évolution du nombre de cas au cours de l'année, il n'a sans doute pas été le seul à se poser la question.

Jamais le nombre de cas, de districts et de pays touchés n'a été aussi faible que fin 2012. Ainsi, 223 cas ont été enregistrés sur l'année, soit une baisse de plus de 60 % par rapport à 2011. Tout au long de l'année, grâce à l'engagement sans faille des héros de l'éradication sur le terrain, plus de deux milliards de doses de vaccin ont été distribuées à 429 millions d'enfants dans le monde. Et même si de nouveaux risques sont apparus, y compris l'insécurité suite aux attaques tragiques survenues fin 2012 et début 2013 contre des agents de santé au

Pakistan et au Nigéria, les possibilités de succès n'ont jamais été aussi grandes.

L'année 2013 marque le début d'une nouvelle ère. L'IMEP, en effet, va désormais œuvrer dans le cadre du Plan stratégique 2013-2018 pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale. Ce Plan a pu être établi sur la base des succès, des progrès et des enseignements de la période 2010-2012. Ces trois années ont permis de réunir les conditions nécessaires pour parvenir rapidement à un monde durablement libéré de la poliomyélite – un monde sans poliovirus sauvage ni poliovirus dérivé de souche vaccinale.

Après le succès de l'Inde, il est urgent de terminer le travail

En 2012, l'Inde a quitté la liste des pays d'endémie poliomyélitique tandis que l'Angola et la République démocratique du Congo parvenaient à interrompre le rétablissement de la transmission.

Dès le début de l'année, la structure de l'IMEP et ses modalités d'action ont été modifiées en profondeur. Les organismes partenaires sont passés en « mode urgence », avec l'objectif d'agir plus rapidement, plus intelligemment et de manière plus innovante pour vacciner jusqu'au dernier enfant.

La responsabilisation a été un axe clé, à tous les niveaux, depuis les dirigeants des principaux organismes partenaires jusqu'aux vaccinateurs sur le terrain. Et des processus ont été mis en place pour favoriser une plus grande coopération, non seulement entre les organismes, mais aussi entre les bureaux de pays, les bureaux régionaux et les sièges.

Ce passage en « mode urgence » a été officialisé à Genève en mai 2012, à l'Assemblée mondiale de la Santé, lorsque les 194 États Membres ont déclaré que l'éradication de la poliomyélite était une « urgence programmatique pour la santé publique mondiale ». La résolution adoptée à cette occasion a montré que la communauté mondiale était déterminée à mettre un

terme à la maladie et à empêcher sa résurgence. Les trois derniers pays d'endémie (Nigéria, Pakistan, Afghanistan) ont lancé des plans nationaux d'action d'urgence contre la poliomyélite, supervisés à chaque fois par le chef de l'État, et renforcé les mesures de responsabilisation afin de s'atteler sans tarder aux défis opérationnels à long terme. Les organismes partenaires de l'IMEP se sont eux aussi placés dans une perspective d'urgence, dans le cadre général du Plan d'action mondial d'urgence 2012-2013, en vue de soutenir rapidement les efforts des pays en renforçant instamment l'aide technique jusque dans les districts. Une structure de supervision, de coordination et de gestion a été mise en place en vue de maximiser l'efficacité et la responsabilisation à tous les niveaux du partenariat.

Comblent un grave déficit de financement et combattent la propagation internationale

Tout au long de l'année, le risque de nouvelles flambées a placé de nombreuses personnes dans une situation délicate : certaines tournées de vaccination ont en effet été réduites ou annulées par manque de fonds, ce qui a eu pour effet d'accroître le nombre d'enfants vulnérables dans des zones à haut risque. En fin d'année, une nouvelle flambée a frappé le Niger, rappelant le coût humain de la propagation du poliovirus. Si l'on ne lève pas les fonds suffisants pour couvrir les coûts de l'éradication et empêcher la propagation en 2013 et au-delà, le monde risque d'assister à une résurgence de la poliomyélite.

Les progrès accomplis et la voie vers le succès

Les progrès accomplis en 2012 tiennent largement à une plus grande prise en main du programme par les pays. Dans les trois pays d'endémie restants, les pleins moyens de l'administration ont été mobilisés et les chefs d'État ont usé de toute leur influence, passant d'une démarche centrée sur le secteur de la santé à une approche englobant la société dans son ensemble. Également, de nouveaux mécanismes de surveillance et de responsabilisation ont été mis en place pour obliger les responsables locaux à rendre compte des résultats obtenus au titre du programme. Au bout du compte, il faudra maintenir cette approche et ce degré d'intensité pour réussir.

L'engagement solide affiché au plus haut niveau par les principaux partenaires de l'IMEP et l'appui sans faille apporté tout au long de l'année par le Secrétaire général des Nations Unies, la Fondation pour les Nations Unies

et la Fondation Bill & Melinda Gates, ont joué un rôle décisif dans les avancées réalisées en 2012.

À l'Assemblée générale des Nations Unies en septembre, dans une manifestation historique de solidarité et d'engagement, les dirigeants de la planète (y compris les chefs d'État de l'Afghanistan, du Nigéria et du Pakistan, des représentants des gouvernements donateurs et de nouveaux donateurs des secteurs public et privé) ont promis de faire fond sur les progrès accomplis en 2011 et au début 2012, et de passer à l'action pour faire face à la situation d'urgence évoquée dans la déclaration de l'Assemblée mondiale de la Santé. Quelques jours plus tard, des millions de personnes ont assisté depuis leur ordinateur au concert organisé à Central Park (New York) pour mobiliser les citoyens contre la poliomyélite. Cet événement était accueilli par le Global Poverty Project avec un appui solide du Rotary International.

L'innovation a joué un rôle central en 2012, de nouveaux microplans fondés sur les foyers ciblés se révélant par exemple particulièrement efficaces dans le nord du Nigéria. Au Pakistan, la mise en place d'un mécanisme de décaissement direct a permis de garantir que les agents de santé soient payés directement et sans retard. Les délégations envoyées par l'Inde dans les derniers pays d'endémie ont contribué au transfert de connaissances essentielles en matière de microplanification et de responsabilisation et concernant les stratégies à adopter pour les populations spéciales, et la collecte de données.

Tous ces efforts se sont traduits par une augmentation du nombre d'enfants vaccinés dans les réservoirs du poliovirus. Jamais auparavant la maladie n'avait atteint de si bas niveaux, et la transmission du PVS3 a été presque totalement éliminée. Au cours de cette année, le Nigéria a été le seul pays où le nombre de cas a augmenté. Mais, même là, davantage d'enfants ont été vaccinés au deuxième semestre qu'au premier, et le nombre de nouveaux cas a commencé à baisser fortement en fin d'année.

Des pertes inacceptables

D'extraordinaires sacrifices sont consentis pour vacciner les enfants. Au Pakistan et en Afghanistan, plusieurs agents de terrain ont perdu la vie en 2012 alors qu'ils s'efforçaient de protéger les enfants de la poliomyélite. Au Pakistan, l'année s'est achevée par une terrible série d'attaques meurtrières et 2013 a commencé au Nigéria par l'assassinat de plusieurs agents de santé. Ces pertes mettent en exergue l'engagement et le courage de ceux qui risquent leurs vies pour que les enfants de leurs communautés puissent recevoir les services de santé qu'ils sont en droit d'attendre, c'est-à-dire la vaccination antipoliomyélique mais aussi d'autres services essentiels.

Le public pakistanais a été profondément choqué par ces assassinats et les Gouvernements du Nigéria et du Pakistan ont réaffirmé leur engagement à garantir la sécurité des établissements, des agents et des services de santé, et à en préserver le caractère sacré. Même si, dans les trois pays d'endémie, certaines régions étaient encore inaccessibles en fin d'année, les autorités sanitaires ont œuvré sans relâche pour s'adapter aux nouvelles réalités de la situation politique et sécuritaire, et enregistré à cet égard plusieurs petites victoires décisives. Au Pakistan, les négociations ont ainsi permis en 2012 de pénétrer pour la première fois depuis trois ans dans la vallée de Tirah, où 30 000 enfants ont pu être vaccinés.

Éradication et phase finale

Le partenariat s'est efforcé de tirer les enseignements de 25 années d'éradication de la poliomyélite, et notamment du programme fructueux mis en place en Inde, pour formuler un plan visant à supprimer la poliomyélite et à garantir que cela soit définitif. Ce Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale 2013-2018 fournit un schéma directeur pour interrompre la transmission du poliovirus sauvage et du poliovirus dérivé de la souche vaccinale et pour renforcer la couverture vaccinale systématique dans les principaux pays ciblés. Il prévoit des mesures pour confiner en toute sécurité les poliovirus en laboratoire, et présente une feuille de route pour utiliser les actifs, les ressources et les connaissances du programme de lutte antipoliomyélique à l'appui d'autres interventions et services de santé. En novembre 2012, dans une décision historique, le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination (SAGE) a recommandé de procéder au retrait mondial synchronisé des VPO ayant une composante de type 2 (ce qui nécessite que les programmes de vaccination systématique passent

du VPO trivalent au VPO bivalent) et d'introduire au moins une dose de vaccin antipoliomyélique inactivé (VPI) dans les programmes de vaccination systématique.

Alors que le poliovirus sauvage autochtone se réfugie dans les régions à faible couverture vaccinale des trois pays, le programme se trouve confronté à de nouveaux problèmes. Dans ces poches, la non-vaccination des enfants s'explique par une combinaison dramatique de facteurs : marginalisation et rupture avec le reste de la société, insécurité, troubles politiques et civils (voire conflits). Les pays d'endémie restants ne sont pas seuls à connaître cette nouvelle réalité. De la Corne de l'Afrique à l'Afrique de l'Ouest et à l'Afrique centrale, comme dans le fragile ensemble que constituent la Syrie et les pays fragiles voisins, le spectre de la poliomyélite plane sur les situations d'urgence complexes. Le risque associé au virus y est particulièrement aigu cependant que les soins de santé et le système de santé se détériorent fortement. Les enfants qui vivent dans ces zones ne doivent pas être oubliés. Pour atténuer le risque, le programme de lutte antipoliomyélique travaille de plus en plus souvent en étroite coordination avec les actions humanitaires d'urgence de portée plus générale.

Maintenant que l'Inde a démontré qu'il est techniquement possible d'éradiquer la poliomyélite, et que de nouvelles approches fondées sur l'action d'urgence démontrent leur efficacité, le moment est venu pour chacun de redoubler d'efforts, y compris la communauté internationale du développement. Le choix est le suivant : d'un côté, un monde durablement libéré de la poliomyélite, où aucun enfant ne connaîtra jamais plus les souffrances de la paralysie poliomyélique, avec un bénéfice économique de US \$50 milliards ; de l'autre, la résurgence de la maladie avec 200 000 cas chaque année au cours de la prochaine décennie. Tous les pays ont autant à gagner d'un succès mondial. Il s'agit là d'une responsabilité planétaire.



LES FAITS MARQUANTS DE 2012

Janvier

Pour la première fois de l'histoire, **l'Inde a passé un an sans cas de poliomyélite**. Rukhsar Khatoon, une petite fille du Bengale occidental, est le dernier cas à avoir été enregistré.

Février



Le 23 février, jour anniversaire de leur organisation, les Rotariens du monde entier projettent le slogan « End Polio Now » sur des sites célèbres pour sensibiliser la population à la question de l'éradication.

Mars

Un déficit aigu de financement oblige à réduire des activités essentielles dans 24 pays à haut risque, y compris dans certaines régions d'Afrique de l'Ouest, exposant davantage d'enfants au risque de poliomyélite.

Avril



Le président du Nigéria, Goodluck Jonathan (à droite) reçoit le prestigieux prix attribué aux champions de la lutte contre la poliomyélite des mains de l'ancien Président du Rotary International, Wilfrid Wilkinson.

Le Rotary International remet au Président du Nigéria Goodluck Jonathan et à l'acteur indien Amitabh Bachchan le prestigieux Prix de « Champion de la lutte contre la poliomyélite ».

Au Pakistan, un cas dû au poliovirus sauvage de type 3 (PVS3) est signalé. **Ce sera le dernier cas de PVS3 sur le continent asiatique en 2012 – la souche est sur le point d'être éliminée.**

Mai

L'Assemblée mondiale de la Santé déclare l'éradication de la poliomyélite « urgence programmatique pour la santé publique mondiale » et demande que soit établi un plan d'action complet pour l'éradication et la phase finale jusqu'en 2018.

Juin

La Région européenne de l'Organisation mondiale de la Santé célèbre les 10 années écoulées depuis qu'elle a été certifiée exempte de poliomyélite.

Le Comité de suivi indépendant conclut que les mesures d'urgence commencent à produire leurs effets alors que les niveaux de la poliomyélite n'ont jamais été aussi bas. Il estime que le problème du financement présente le risque le plus élevé pour l'éradication de la poliomyélite.

Juillet

Le meurtre d'un agent de terrain à Gadap (Pakistan) rappelle de manière tragique les risques auxquels les agents de première ligne sont exposés et le courage dont ils font preuve pour protéger les enfants de la paralysie poliomyélitique à vie. Un membre du personnel de l'OMS et un consultant international sont blessés dans une autre attaque, leur véhicule étant pris pour cible par des hommes armés. Ces attaques forcent le programme à s'adapter à la situation et un nouveau cadre est mis en place en matière de sécurité.

Le renforcement du personnel technique se poursuit, avec l'envoi de renforts pour soutenir les plans nationaux d'urgence dans les districts à haut risque.

L'Angola a passé une année sans poliomyélite.

Le pays est officiellement supprimé de la liste des pays touchés par une transmission rétablie du poliovirus sauvage.

Août

Journée humanitaire mondiale : les équipes et les infrastructures de lutte antipoliomyélitique continuent de soutenir l'action humanitaire générale, en particulier au Mali et dans la région du Sahel.



La vaccination par le VPO est ajoutée aux autres activités d'intervention humanitaire en Afrique de l'Ouest, en Afrique centrale et dans la Corne de l'Afrique.

Septembre

Les dirigeants du monde entier, y compris les chefs d'État des derniers pays d'endémie, s'engagent en faveur de l'approche fondée sur l'action d'urgence lors de l'événement de haut niveau sur l'éradication de la poliomyélite organisé à l'Assemblée générale des Nations Unies sous l'égide du Secrétaire général des Nations Unies, Ban Ki-moon.

Plus de 50 000 personnes se rassemblent dans Central Park, à New York, pour le Global Citizen Festival. Organisé par le Global Poverty Project, ce concert rend hommage aux progrès accomplis en vue de vaincre la poliomyélite et l'extrême pauvreté.



Octobre

Journée mondiale de la poliomyélite : des activités de sensibilisation sont menées dans le monde entier pour soutenir l'éradication de la poliomyélite.

Au Pakistan, un vaccinateur est tué par balles au Baloutchistan.

Novembre

Le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination (SAGE) approuve les principaux objectifs du nouveau Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale 2013-2018, et recommande à tous les pays d'introduire au moins une dose de VPI avant la suppression échelonnée des VPO.

Décembre

Une série d'attaques cible des agents de santé au Pakistan, suscitant une vague d'indignation chez ceux qui œuvrent à l'éradication de la poliomyélite et au-delà. L'IMEP condamne ces attaques contre des personnes qui consacrent leur vie à fournir des interventions sanitaires salvatrices, et s'engage à honorer la mémoire des défunts en terminant leur travail. Les opérations de sécurité sont intensifiées face à la nouvelle réalité pour les agents de santé de première ligne.

La République démocratique du Congo a passé 12 mois sans enregistrer de cas.

Une importation transfrontières est détectée au Niger (en lien avec le Nigéria). En Égypte, dans le cadre de la surveillance environnementale, le PVS1 est isolé dans des eaux usées en lien avec des souches circulant au Pakistan.

Alors que l'année s'achève, jamais le nombre de cas et de zones touchées n'a été aussi faible.

Janvier 2013

L'Inde a passé deux années sans notifier de cas de poliovirus sauvage.

L'IMEP a 25 ans : que nous réserve l'avenir ? C'est à nous d'agir...



Kick Polio out of Nigeria
forever



INTERROMPRE LA TRANSMISSION DES POLIOVIRUS

Le Plan stratégique 2010-2012 de l'IMEP a permis de réunir les conditions nécessaires pour libérer durablement le monde de la poliomyélite. Même si toute transmission n'était pas interrompue à la fin de l'année 2012, jamais le nombre de cas et le nombre de districts et de pays touchés n'ont été aussi faibles que cette année. Il reste aujourd'hui trois pays d'endémie (le Nigéria, le Pakistan et l'Afghanistan), chiffre le plus bas de l'histoire. Et au total, seuls cinq pays ont notifié des cas dus au poliovirus sauvage (PVS).

Reconnaissant aussi bien l'opportunité épidémiologique actuelle que les risques et conséquences d'un échec éventuel, l'Assemblée mondiale de la Santé a déclaré que l'éradication de la poliomyélite était une « urgence programmatique pour la santé publique mondiale ». Partant, l'IMEP dans son ensemble est passée en « mode urgence ».

Au niveau international, ce sont les plus hauts niveaux de direction des principaux organismes partenaires qui ont supervisé l'action d'urgence. Les cinq principaux organismes chargés de collaborer pour éradiquer la poliomyélite ont créé le Conseil de surveillance de la poliomyélite (POB), qui rassemble les chefs des quatre principaux partenaires (l'OMS, le Rotary International, les CDC et l'UNICEF), ainsi que la Fondation Bill & Melinda Gates. Le POB a commencé à tenir des réunions trimestrielles en vue de garantir une responsabilisation à haut niveau dans tout le partenariat de l'IMEP. Les centres d'urgence et les procédures d'urgence de tous les organismes partenaires ont été activés et de nouveaux mécanismes de surveillance et de responsabilisation ont été mis en place. Le personnel d'urgence a été également renforcé dans les districts à haut risque. Le Comité de suivi indépendant (IMB) a continué de suivre et d'orienter les progrès, tandis que le SAGE a poursuivi son action en qualité de principal groupe consultatif technique de l'OMS sur les vaccins et la vaccination.

Dans les trois pays d'endémie, les programmes de lutte antipoliomyélitique ont été conduits dans le cadre de plans nationaux d'action d'urgence, supervisés à chaque fois par le chef de l'État, et une approche mobilisant l'ensemble des pouvoirs publics a été adoptée pour relever les défis opérationnels à long terme, tandis que les équipes techniques de district étaient étoffées pour faire face à l'urgence. En septembre, les dirigeants des

trois pays se sont réunis avec les responsables mondiaux à New York, durant l'Assemblée générale des Nations Unies, pour présenter leurs programmes d'éradication de la poliomyélite.

En fin d'année, les plans d'urgence des trois pays avaient eu des effets perceptibles sur la circulation du virus comme sur la couverture vaccinale des enfants (en particulier dans les réservoirs historiques). Les nouvelles étaient particulièrement encourageantes sur le front du PVS3. Ainsi, dans toute l'Asie, aucun cas lié à cette souche n'avait été signalé depuis celui enregistré en avril dans l'Agence de Khyber (Pakistan), et à l'échelle mondiale, aucun cas de PVS3 n'avait été notifié après celui indiqué au mois de novembre à Yobe (Nigéria). La transmission du PVS3 était donc sur le point d'être éliminée.

Mais un nouveau risque s'est matérialisé en fin d'année sous une forme tragique : l'insécurité. Au Pakistan, en décembre 2012, des attaques ciblées ont eu lieu dans l'agglomération de Karachi (Sindh) et dans le Khyber Pakhtunkhwa, au cours desquelles neuf vaccinateurs ont été assassinés. Ces événements ont incité les pays à redoubler d'efforts. Car s'ils ont fait l'objet d'une large condamnation internationale rappelant la nécessité de préserver le caractère sacré du travail de ces agents, ils ont aussi – fait important – suscité l'indignation dans les pays concernés. Toutes les franges du public et de la société civile ont condamné fermement ces actes et sont désormais résolues à mener à bien l'éradication de la poliomyélite.

Début 2013, tous les pays ont actualisé leurs plans d'action d'urgence nationaux en se fondant sur les progrès et les enseignements de 2012 et en les adaptant au nouveau risque sécuritaire.

NIGÉRIA

L'augmentation des cas dus au poliovirus sauvage (PVS), amorcée en 2011, s'est poursuivie en 2012, avec 122 cas notifiés par le pays (contre 62 cas en 2011). Les cas sont survenus dans 13 États, à 90 % dans les huit États d'endémie persistante de Katsina, Kano, Kaduna, Borno, Jigawa, Sokoto, Yobe et Zamfara. Les trois sérotypes ont continué de circuler dans le pays : PVS de type 1 (103 cas), PVS de type 3 (19 cas, mais aucun depuis novembre) et poliovirus circulant de type 2 dérivé de souche vaccinale (PVDVc2, 8 cas). En décembre 2012, un PVS1 d'origine nigériane a été détecté dans un pays voisin, le Niger.

Après de solides progrès en 2010, l'année 2011 s'est révélée décevante pour les efforts d'éradication du Nigéria. Le nombre de cas a fortement augmenté dans tout le nord du pays, tandis que l'insécurité s'est aggravée dans certaines régions, compliquant encore les opérations de lutte.

Un nouveau plan national d'urgence contre la poliomyélite a été lancé en 2012 pour régler les problèmes opérationnels de longue date liés au manque de responsabilisation et d'appropriation. Même si le nombre de cas a continué d'augmenter par rapport à 2011, jamais le programme n'a eu une assise aussi ferme. L'engagement du monde politique et de la société a atteint des niveaux sans précédent. Les opérations se sont améliorées, y compris dans les circonscriptions locales à haut risque. Globalement, une base solide a été mise en place et permet de centrer l'action sur les lacunes restantes.

La version finale du plan national d'urgence contre la poliomyélite a été officiellement présentée en mars 2012 par son Excellence le Président Goodluck Jonathan. Un groupe de travail présidentiel a été créé – avec à sa tête le Dr Mohammad Pate, Ministre d'État chargé de la Santé – pour superviser sa mise en œuvre. Au niveau des États, des groupes de travail ont été mis en place en parallèle des structures fédérales, sous la supervision des gouverneurs adjoints.

Plan d'action d'urgence : les éléments clés

- Accent mis sur les zones à haut risque connues : les ressources techniques, financières et humaines disponibles ont été centrées sur l'amélioration des opérations dans les 107 circonscriptions locales (LGA) à haut risque connues.
- Centres opérationnels d'urgence : plusieurs centres nationaux et locaux de ce type ont été créés pour faciliter la planification, la mise en œuvre et le suivi des activités. Des tableaux de suivi des données et

des points sur l'avancement des programmes ont permis de surveiller régulièrement les activités, y compris le degré de préparation local aux campagnes de vaccination. Fin 2012, des centres opérationnels d'urgence fonctionnaient à Abuja ainsi que dans cinq États à haut risque, dont Kano.

- Suivi de l'engagement local : la participation des présidents de LGA aux activités de lutte antipoliomyélique a fait l'objet d'un suivi actif et de rapports soumis aux groupes spéciaux de l'État.
- Intensification de la mobilisation sociale : l'UNICEF a lancé un réseau de mobilisateurs volontaires dans les communautés, actif dans 22 000 zones de peuplement situées dans les LGA à haut risque, en vue de mobiliser l'ensemble de la société et de la communauté par l'intermédiaire notamment des personnalités religieuses et des chefs traditionnels. Une stratégie de communication axée sur les ménages a été mise en œuvre dans les wards à haut risque, en particulier dans le nord-ouest, et le réseau de mobilisateurs volontaires continue de se développer.
- Révision de la structure et de la composition de l'équipe : la composition des équipes de vaccination et de supervision a été évaluée et restructurée et celles-ci comprennent désormais un chef de communauté. Les charges de travail quotidiennes ont été revues.
- Amélioration de la microplanification des AVS : de nouvelles lignes directrices sur l'élaboration des microplans ont été établies et mises en œuvre. Fait important, les nouveaux microplans se fondent désormais sur les habitations ciblées plutôt que sur les communautés. Le nouveau processus de microplanification axé sur les ménages a été pleinement appliqué dans les États d'endémie, avec l'appui de la technologie SIG dans certaines zones, et mené dans sept États. Le suivi des équipes de vaccination par SIG a débuté en juillet, et il a couvert 70 LGA situés dans cinq États.

- Intensification du suivi : l'échantillonnage par lots pour l'assurance de la qualité (LQAS) est devenu la norme de référence pour évaluer la qualité de l'exécution, avec un suivi parallèle des activités de vaccination.
- Renforcement de la surveillance : les efforts se sont poursuivis pour combler les carences locales de surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA), avec en parallèle une surveillance environnementale dans les zones urbaines à haut risque.
- Couverture des groupes isolés et mal desservis : des stratégies spéciales ont été déployées pour atteindre ces populations, y compris les nomades et, dans certaines régions, les personnes vivant dans un contexte d'insécurité.
- Renforcement des équipes d'urgence : du personnel technique a été affecté aux LGA à haut risque en veillant à en optimiser le potentiel. L'OMS a continué d'apporter un appui aux 2500 agents déployés en renfort, tout en veillant à améliorer les processus de gestion du personnel 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.
- Alignement étroit de la vaccination antipoliomyélitique sur la vaccination systématique : lancée par Son Excellence Goodluck Jonathan, Président de la République, en octobre 2012, l'initiative « Sauver un million de vies » s'est attachée à créer des synergies entre le programme de lutte antipoliomyélitique et les systèmes de santé publique dans leur ensemble, en particulier la vaccination systématique. Le Plan vise à sauver un million de vies d'ici à 2015 en faisant porter l'effort sur l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant, la lutte contre le paludisme, la nutrition de l'enfant, la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, la vaccination systématique

et l'éradication de la poliomyélite. Les agents de lutte antipoliomyélitique ont activement soutenu les efforts de vaccination systématique en privilégiant l'approche « Atteindre chaque ward ». En particulier, des plans d'activités ont été établis pour l'ensemble des activités de vaccination, ce qui a permis de créer des synergies dans les domaines de la formation, de la microplanification, de la communication, de la logistique et de la collecte de données, mais aussi sur le plan de l'évaluation des indicateurs de performance et de la remise en état des infrastructures de la chaîne du froid.

Impact à la fin de l'année 2012

Fin 2012, l'impact du plan d'action d'urgence était clairement perceptible. Même si le pays a notifié davantage de cas en 2012 qu'en 2011, les chiffres ont commencé à rapidement reculer en fin d'année et début 2013. Sur les 122 cas signalés en 2012, seuls 21 sont survenus au dernier trimestre (dont seulement deux en décembre). La transmission du PVS3 a été presque éliminée, le cas le plus récent remontant à novembre. Les cas dus au PVDVc2 ont également touché leurs plus bas niveaux depuis 2005.

Qui plus est, les améliorations épidémiologiques ont été corrélées à une évolution favorable du statut vaccinal des enfants, attestée par l'échantillonnage par lots pour l'assurance de la qualité (LQAS). La part de LGA à haut risque atteignant la couverture ciblée (80 %) est passée de 10 % au début de l'année à 64 % en fin d'année, et de nouvelles améliorations ont été notées début 2013. Fin 2012, 80 % des enfants étaient pleinement vaccinés (avec plus de trois doses de VPO).

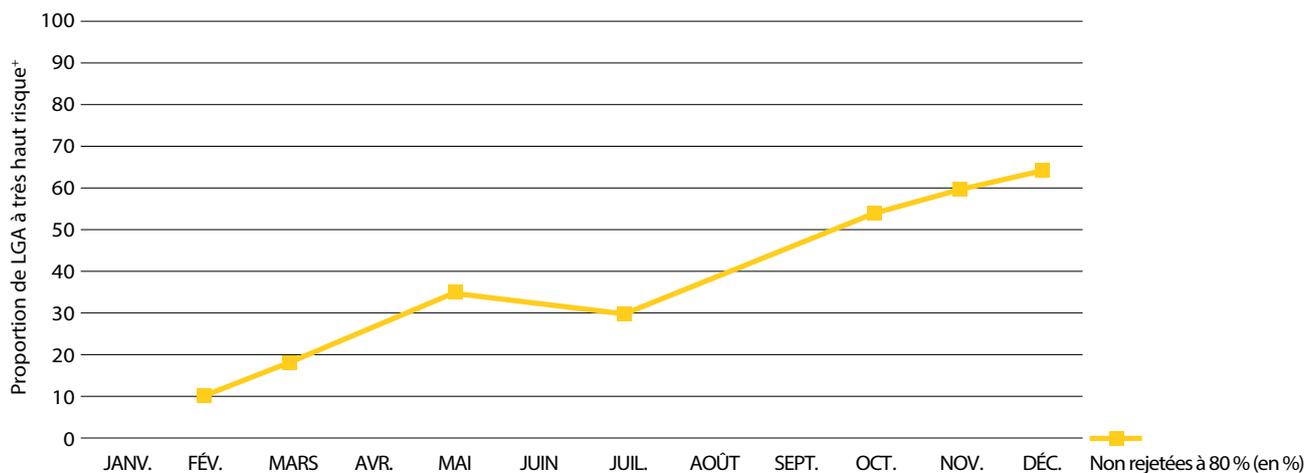
La sensibilité de la surveillance continue de s'améliorer. Dans tous les États, l'indicateur de PFA non poliomyélitique s'établit à $\geq 2/100\ 000$ enfants de moins de 15 ans. La surveillance environnementale continue d'être élargie et ce système fonctionne aujourd'hui dans trois États (Kano, Lagos et Sokoto).

« 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. »

Déclaration de S.E. Goodluck Jonathan, Président du Nigéria, aux délégués présents lors de l'Événement de haut niveau sur la poliomyélite de l'Assemblée générale des Nations Unies, New York, septembre 2012

Amélioration de la qualité des AVS dans les circonscriptions locales (LGA) du Nigéria^a, 2012^b

Nigéria



^a LGA : circonscriptions locales.

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

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

Source : OMS.

Perspectives pour 2013

« Je souhaite réaffirmer l'engagement indéfectible du Nigéria en vue d'éradiquer la poliomyélite. Nous pensons que c'est une nécessité, et nous avançons sur cette voie. » C'est ainsi que Son Excellence Goodluck Jonathan, Président de la République du Nigéria, s'est exprimé devant les délégués de l'événement de haut niveau sur l'éradication de la poliomyélite organisé en septembre 2012, à New York, lors de l'Assemblée générale des Nations Unies.

En 2013, l'accent continuera d'être mis sur les problèmes opérationnels présents de longue date. Cependant, les nouveaux risques seront également pris en compte, notamment l'insécurité dont témoignent en particulier les attaques meurtrières qui ont ciblé les centres de santé de Kano en février 2013.

Le plan national d'action d'urgence 2013 a été adapté à la lumière des enseignements tirés du passé. Moyennant des approches ciblées, il cherche à régler les problèmes :

- dans les LGA où l'efficacité des opérations stagne ;
- dans les LGA où celle-ci a diminué ;
- dans les zones où, du fait de l'insécurité, l'accès s'est dégradé pour les populations.

Cette démarche ciblée se fonde sur un nouveau système de classification des risques qui vise à affecter les ressources là où elles sont le plus nécessaires. En 2013, dans les États à haut risque, 129 LGA ont été jugées « très fortement exposées au risque », « fortement exposées au risque » ou « en situation difficile » (LGA touchées par l'insécurité dans les États de Borno et de Yobe).

Dans toutes les zones, on veillera à suivre plus attentivement la participation directe des présidents de LGA, et la supervision qu'ils exercent, par l'intermédiaire des centres opérationnels d'urgence mis en place dans les États et à l'échelle nationale. De nouveaux centres opérationnels d'urgence seront établis sur le plan local.

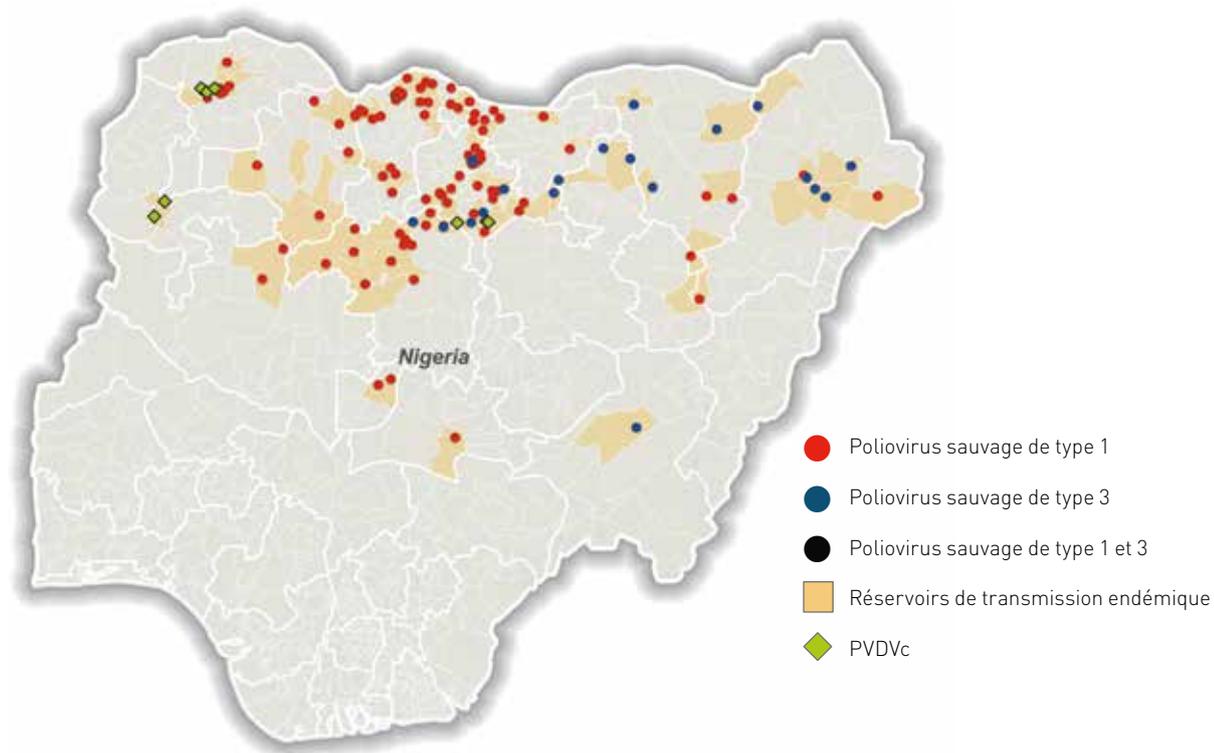
La participation des communautés, des chefs traditionnels et des personnalités religieuses, continuera d'être encouragée. Le réseau de mobilisateurs volontaires dans les communautés continue d'être étoffé, et l'analyse des données sociales devrait permettre de mieux comprendre qui sont les enfants systématiquement omis lors des campagnes.

Les plans opérationnels pour les zones dangereuses prévoient de mettre en place des équipes de santé permanentes ; de mener des campagnes visant à créer un mur de protection vaccinal autour de ces zones ;

d'étendre la vaccination des personnes en transit ; d'administrer des doses supplémentaires dans des intervalles courts (SIAD) ; et de mobiliser les partenaires non traditionnels.

Un Nigéria sans poliomyélite serait un accomplissement notable en santé publique, avec des répercussions allant bien au-delà des frontières de ce pays. Celui-ci étant le seul d'Afrique où persiste une transmission endémique du virus, ce résultat reviendrait pratiquement à éradiquer le virus du continent.

Cas de PVS et de PVDVc2, Nigéria – 2012



PAKISTAN

En 2012 au Pakistan, les cas dus au poliovirus sauvage (PVS) ont reculé de plus de 70 % par rapport à 2011, avec 58 cas signalés (contre 198 cas en 2011). La transmission a principalement concerné les trois zones d'endémie connues que sont le Khyber Pakhtunkhwa, les zones tribales sous administration fédérale (FATA) et le grand Karachi (Sindh). Des importations sporadiques ont été observées depuis ces zones vers des régions exemptes du pays, ce qu'a confirmé l'isolement de PVS dans des échantillons environnementaux. Un poliovirus circulant de type 2 dérivé de souche vaccinale (PVDVc2) a sévi dans la zone du grand Quetta, entraînant 16 cas et une propagation vers l'Afghanistan voisin. Fait notable, le pays n'a signalé que deux cas de PVS3, à chaque fois dans la même zone (Agence de Khyber, dans les FATA), le dernier datant d'avril 2012. Cette zone constitue le dernier réservoir connu de PVS3 dans toute l'Asie et la souche est sur le point d'être éliminée du continent.

Des progrès sans précédent ont été accomplis en 2012 vers l'éradication de la poliomyélite : un plan national renforcé d'action d'urgence a permis de s'attaquer à des problèmes opérationnels présents de longue date dans certaines zones clés, et, ainsi, d'augmenter le nombre d'enfants primovaccinés et de faire fortement reculer le nombre de cas. Mais le programme s'est aussi trouvé confronté à des risques inédits.

En décembre, des agents de santé engagés en première ligne dans les activités d'éradication ont subi des attaques dans deux régions du Pakistan. Neuf vaccinateurs ont été tués et plusieurs autres blessés. Ces actes ont été très largement condamnés, et tous les secteurs se sont dits déterminés à ce qu'ils ne viennent pas entraver les progrès accomplis et n'empêchent pas d'atteindre le but d'un Pakistan exempt de poliomyélite.

En juillet, dans le nord et le sud du Waziristan (FATA), les dirigeants locaux ont interdit les campagnes de vaccination pour la fin de l'année et en 2013. Cette décision empêche actuellement les équipes d'atteindre environ 200 000 enfants qui ont donc un risque particulièrement élevé de contracter la poliomyélite.

Le plan national d'action d'urgence renforcé établi pour 2012 s'appuie sur le plan initial lancé en 2011. Il traite également plusieurs problèmes connus de longue date : responsabilisation insuffisante à l'échelle locale, qualité médiocre de l'exécution tactique et, dans certaines régions, difficultés d'accès aux enfants en raison de l'insécurité.

La mise en œuvre nationale du plan a été supervisée par le cabinet du Premier Ministre, Mme Shahnaz Wazir Ali en assumant la responsabilité générale en sa qualité d'agent de liaison spécial pour l'éradication de la poliomyélite. Deux caractéristiques principales sont à noter : 1) la démarche adoptée a consisté à mobiliser également

les autres secteurs de l'administration publique ; et 2) on retrouve les mêmes fonctions administratives dans les provinces, les districts et les municipalités (Union Councils), l'accent étant résolument porté sur les nouveaux mécanismes de responsabilisation en matière d'exécution programmatique. Dans ce cadre, les commissaires de district sont désormais responsables de l'exécution générale du plan et les responsables médicaux des Union Councils sont chargés de la planification et de l'exécution au niveau local.

Plan d'action d'urgence : les éléments clés

- Des salles de commande à tous les niveaux : des salles de commande pour la lutte antipoliomyélitique ont commencé à fonctionner dans les districts à haut risque afin d'évaluer le degré de préparation aux campagnes et d'en assurer le suivi, de prendre des mesures correctives et de contrôler la qualité de l'exécution par le personnel des districts et des municipalités (Union Councils). De telles salles ont également été mises en place dans les provinces et à l'échelle nationale où elles ont permis d'évaluer les progrès et les problèmes rencontrés.
- Renforcement d'urgence des équipes : le soutien technique a été augmenté dans les districts à haut risque et municipalités clairement identifiés comme peu performants. L'OMS et l'UNICEF ont envoyé en renfort de plus de 1300 agents techniques supplémentaires pour soutenir les activités.
- Comprendre les communautés : des activités systématiques et ciblées de mobilisation sociale ont continué d'être menées pour évaluer la perception des communautés, et des stratégies pour obtenir leur appui ont été élaborées en fonction. Des efforts

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

Son Excellence Asif Ali Zardari, Président du Pakistan, lors de l'Événement de haut niveau sur la poliomyélite, Assemblée générale des Nations Unies, New York, septembre 2012

ont également continué d'être déployés pour obtenir systématiquement le soutien des responsables religieux, communautaires et traditionnels.

- Stratégies ciblées : plus de 80 % des cas sont enregistrés dans des populations de langue pachtou vivant dans des zones aux résultats médiocres, et des stratégies spéciales ont donc été mises en œuvre pour identifier et vacciner les groupes mobiles ou mal desservis, en particulier les populations ayant cette langue en commun.
- Optimiser l'efficacité des équipes : les résultats des équipes de vaccination et de supervision, ainsi que leur composition, ont été régulièrement examinés, et des mesures ont été prises pour les adapter et en optimiser l'efficacité. Des mécanismes de décaissement directs ont été établis pour rémunérer les vaccinateurs, ce qui permet de mieux sélectionner les agents de santé de première ligne et de les payer au moment voulu.
- Dose supplémentaire dans un intervalle court (SIAD) : cette stratégie est devenue un axe clé des AVS, en particulier dans les zones de transmission ou à haut risque connues. En outre, dans les zones ou groupes de population nouvellement accessibles, le groupe ciblé a été étendu à tous les enfants de moins de 15 ans afin d'y élever plus rapidement les niveaux d'immunité, y compris chez les enfants plus âgés qui n'ont peut-être jamais été vaccinés.
- Un meilleur suivi : l'échantillonnage par lots pour l'assurance de la qualité (LQAS), devenu l'outil d'évaluation de référence, a permis d'apprécier plus clairement la qualité des opérations.

- Amélioration de l'accès : tirant parti de l'expérience acquise en 2011, des négociations locales ont permis de vacciner dans l'Agence de Khyber (FATA) des enfants qui n'avaient pas été atteints depuis 2009.
- Renforcement de la surveillance : la sensibilité de la surveillance a été renforcée avec une surveillance environnementale complémentaire dans certaines zones clés (dont cinq nouveaux sites en 2012).

Impact à la fin de l'année 2012

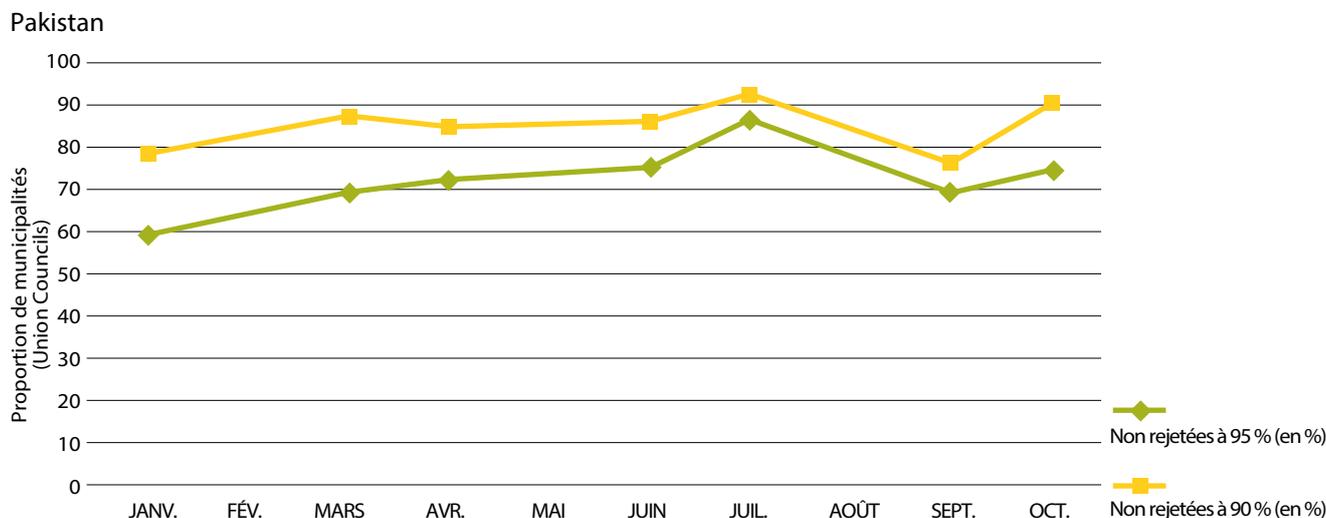
Les cas dus au PVS ont reculé de plus de 70 % par rapport à l'année précédente.

La transmission du PVS3 a été presque éliminée dans le pays (et dans toute l'Asie) : seuls deux cas ont été signalés, à chaque fois dans la même zone (Agence de Khyber, dans les FATA), le dernier datant d'avril 2012.

La diversité génétique de la transmission du poliovirus a pour sa part décliné (quatre lignées contre 11 en 2011).

La couverture vaccinale s'est améliorée, y compris dans les principaux réservoirs. La proportion de districts à haut risque atteignant le seuil cible jugé nécessaire pour interrompre la transmission (95 %) a touché un pic de 74 % en octobre (contre 59 % en début d'année).

Amélioration de la qualité des AVS dans certains districts du Pakistan,^a 2012^b



^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 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.

Source : OMS.

Perspectives pour 2013

Début 2013, le Gouvernement du Pakistan avait déjà élaboré et lancé son plan national actualisé d'action d'urgence, fondé sur les enseignements tirés et les progrès réalisés en 2012 et adapté au nouveau risque d'insécurité apparu en décembre 2012.

Les AVS se sont poursuivies début 2013, ce qui a été rendu possible par les évaluations de la situation sécuritaire menées conjointement avec les organismes chargés de l'application de la loi, dans les districts et les municipalités, en vue de prendre des décisions locales sur la mise en œuvre des campagnes et la sécurité. Des plans spéciaux pour la conduite d'opérations en zones dangereuses ou inaccessibles ont été élaborés et sont actuellement appliqués. Des négociations plus fermes seront menées pour améliorer l'accès dans les zones où les AVS ont été interrompues.

Le public et la société civile, à tous les niveaux, sont largement convaincus non seulement que l'éradication de la poliomyélite est possible, mais aussi qu'il est

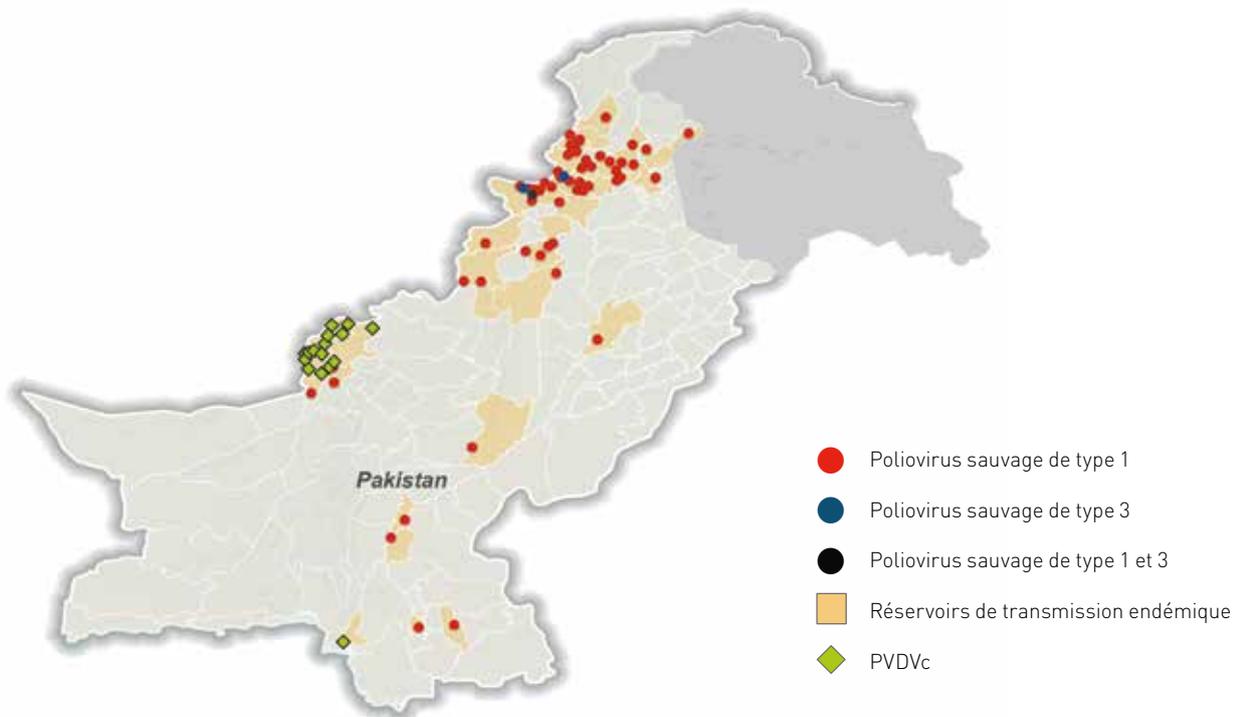
réaliste du point de vue opérationnel d'y parvenir à très court terme. L'année 2013 est très souvent considérée comme une occasion à saisir et un calendrier intensif sera suivi en matière de SIAD.

On s'attachera en particulier à ce que les nouvelles autorités fédérales et provinciales continuent de soutenir pleinement les opérations et d'y participer, en vue de garantir une supervision et une mise en œuvre appropriées du plan national d'action d'urgence.

De nouvelles stratégies de communication ciblées par zone viseront à renforcer l'appui des communautés et des chefs religieux, en particulier compte tenu des nouvelles réalités.

« L'éradication de la poliomyélite est une priorité nationale pour le Pakistan, mais également une mission personnelle pour ma famille ». Son Excellence Asif Ali Zardari, Président du Pakistan, durant le Sommet spécial de haut niveau sur l'éradication de la poliomyélite organisé en septembre 2012 lors de l'Assemblée générale des Nations Unies.

Cas de PVS et de PVDVc2, Pakistan – 2012



Décembre 2012 – Des agents de santé de première ligne attaqués au Pakistan

Du 17 au 19 décembre 2012, plusieurs attaques ont été menées dans le grand Karachi, à Sindh et dans plusieurs zones du Khyber Pakhtunkhwa, au cours desquelles neuf agents de santé de première ligne ont été tués et deux blessés.

Ces attaques ont suscité une vague d'indignation et une condamnation très larges, dans toutes les franges du public et de la société civile, non seulement au Pakistan, mais aussi dans le monde entier. Toute attaque contre un agent de santé est inacceptable. La sécurité des agents de santé doit être assurée, et les services de santé doivent pouvoir être prodigués en toute neutralité sans être perturbés par les conflits. De tels actes privent des populations comptant parmi les plus vulnérables (enfants en particulier) d'interventions de santé essentielles qui permettraient de sauver des vies.

De nouvelles mesures ont été prises pour créer un environnement dans lequel les agents de santé de première ligne peuvent fournir aux enfants les interventions essentielles.



Les attaques ont suscité une vive indignation et ont été largement condamnées. De nouvelles mesures ont été prises pour garantir la sécurité des agents de santé, appuyées par une campagne sur le thème « Les femmes sont la force de nos équipes, respectez-les ».

AFGHANISTAN

En 2012, en Afghanistan, les cas dus au poliovirus sauvage (PVS) ont reculé de plus de 50 % par rapport à 2011, avec 37 cas notifiés (contre 80 en 2011). La transmission endémique du PVS s'est poursuivie dans la région du sud, principalement dans les provinces de Kandahar et de Hilmand. Des importations sporadiques ont été observées depuis ces zones vers des régions du pays exemptes de poliomyélite, en particulier la province de Farah dans l'ouest du pays. Des cas isolés sont survenus dans la région orientale à la suite d'importations depuis le Pakistan. Des efforts concertés ont permis d'empêcher la poliomyélite de se rétablir dans d'autres régions du pays. Un poliovirus circulant de type 2 dérivé de souche vaccinale (PVDVc2) est apparu localement en raison d'une propagation depuis le Pakistan, entraînant huit cas au second semestre.

Après une année 2011 décevante où le nombre de cas de poliomyélite a bondi en raison du recul constant de la couverture vaccinale dans la région du sud, les efforts d'éradication sont passés à la vitesse supérieure, avec une impulsion aux plus hauts niveaux de l'État.

Son Excellence Hamid Karzai, Président de l'Afghanistan, a lancé personnellement le plan national d'action d'urgence. Sa mise en œuvre est supervisée par le Dr Suraya Dalil, Ministre de la Santé publique, et par Faizullah Kakar, agent de liaison au cabinet du Président. Un groupe interministériel spécial appuie le Plan dans le cadre d'une approche mobilisant l'ensemble des pouvoirs publics.

Les efforts concertés se concentrent sur la région du sud, tant pour améliorer l'accès que pour régler les problèmes de gestion locaux.

Il y a eu au total quatre journées nationales de vaccination (JNV) en 2012. Quatre journées locales de vaccination (JLV) ont également eu lieu dans les zones de transmission et dans les zones à haut risque. De la vitamine A et des comprimés vermifuges ont été coadministrés à deux reprises au cours de l'année.

Le plan national d'action d'urgence a été établi pour combler rapidement des lacunes de longue date en matière de gestion et de responsabilisation et pour améliorer l'accès aux populations dans les zones d'insécurité. De nouvelles approches ont été engagées et les ressources ont été affectées en priorité aux 13 districts à haut risque recensés. Des « salles de commande » ont été mises en place dans tous les districts à risque, dans les provinces et au niveau national pour effectuer un suivi en temps réel et prendre les mesures correctives nécessaires.

Plan d'action d'urgence : les éléments clés

- Équipes permanentes de lutte antipoliomyélitique : des équipes permanentes de vaccination issues des communautés locales ont été mises en place dans les districts à haut risque ou touchés par l'insécurité, pour administrer par roulement des doses supplémentaires de VPO entre les AVS de grande envergure.
- Renforts techniques : plus de 300 agents supplémentaires ont été déployés dans les districts à haut risque. Une formation à la gestion a été dispensée à 80 agents. Des équipes fonctionnelles de gestion de district, dirigées par des responsables à temps plein, ont été créées dans les districts à haut risque.
- Extension de la stratégie SIAD : la stratégie axée sur l'administration d'une dose supplémentaire dans un intervalle court (SIAD) a commencé à être appliquée à plus grande échelle pour élever plus rapidement les niveaux d'immunité des populations des zones difficiles d'accès.
- Amélioration du suivi post-AVS : pour mieux évaluer l'efficacité programmatique (et prendre des mesures correctives), de nouvelles activités indépendantes de suivi en temps réel ont été déployées.
- Renforcement de la microplanification : les zones et les populations (ainsi que les mouvements de population) ont été plus clairement définis, et un nombre suffisant d'agents locaux a été recruté pour les équipes de vaccination et pour la supervision, en vue de vacciner plus systématiquement l'ensemble des populations.

« L'Afghanistan fera tout son possible pour combattre la poliomyélite. »

Hamid Karzai, Président de l'Afghanistan, lors de l'Événement de haut niveau sur la poliomyélite, septembre 2012

- Évaluer la perception des communautés : des enquêtes approfondies ont été menées de manière continue sur la perception de la vaccination, et les stratégies de mobilisation sociale ont été ciblées en conséquence. Le soutien des responsables religieux, traditionnels et communautaires a été obtenu. Une nouvelle stratégie globale de mobilisation sociale (« Vaincre la poliomyélite : ma responsabilité ») a été déployée, y compris par l'intermédiaire des médias.
- Négociations sur l'accès : des négociateurs locaux et des organisations humanitaires actives dans les zones de conflit ont été mobilisés à cette fin dans les districts et sous-districts où sévit l'insécurité.
- Responsabilisation à tous les niveaux : la mise en œuvre du nouveau Plan s'est fondée sur une responsabilisation systématique des acteurs de l'exécution programmatique, à tous les niveaux, au moyen d'une évaluation et d'un suivi par les équipes de lutte des provinces. Un suivi est réalisé pour s'assurer que les gouverneurs de province et de district collaborent et rendent compte de leur action, et les autres ministères et les partenaires internationaux fournissent un appui.

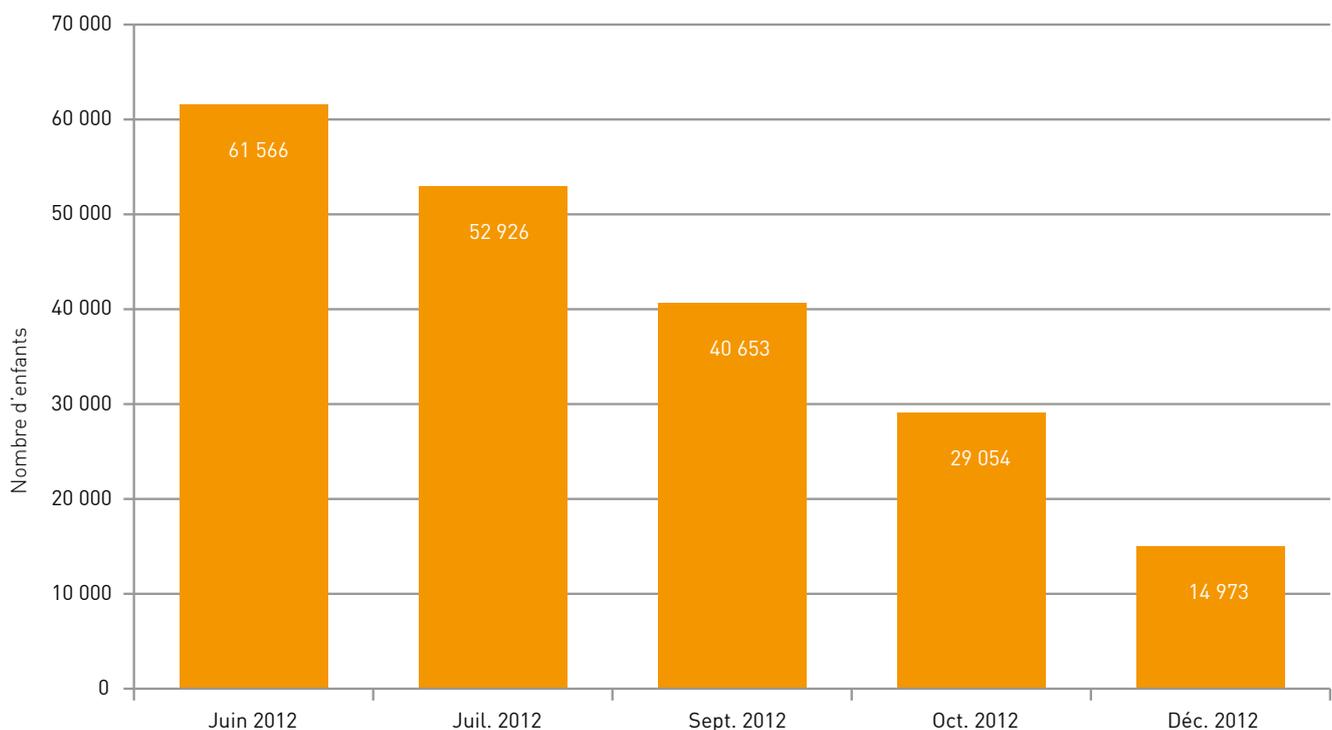
Impact à la fin de l'année 2012

Ces efforts ont eu un impact épidémiologique manifeste, avec une réduction de plus de 50 % des cas dus au PVS par rapport à 2011.

Dans les 13 districts à haut risque de la région du sud, le nombre d'enfants non vaccinés lors des AVS a chuté, passant de plus de 80 000 fin 2011 à 15 000 en décembre 2012.

Dans les zones sans transmission, la couverture de la vaccination a été systématiquement supérieure à 90 %. Toutefois, les résultats ont été généralement moins bons dans les districts à haut risque. En début d'année, on estime que 39 % des enfants qui y vivent avaient reçu plus de trois doses de VPO, ce chiffre étant néanmoins passé à 67 % en fin d'année.

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.

Perspectives pour 2013

Dans une allocution à la communauté mondiale prononcée lors du Sommet spécial de haut niveau sur l'éradication de la poliomyélite organisé en septembre 2012 durant l'Assemblée générale des Nations Unies, Son Excellence Hamid Karzai, Président de l'Afghanistan, a réaffirmé l'engagement de son pays pour la cause de la lutte antipoliomyélitique : « L'Afghanistan fera tout son possible pour combattre la maladie dans ses frontières ».

Les conditions semblent en effet aujourd'hui réunies pour éradiquer rapidement la poliomyélite. Les progrès accomplis en 2012 seront poursuivis et les approches stratégiques, renforcées et affinées.

En 2013, l'accent sera porté sur la mise en œuvre d'approches ciblées dans les régions du sud et de l'est

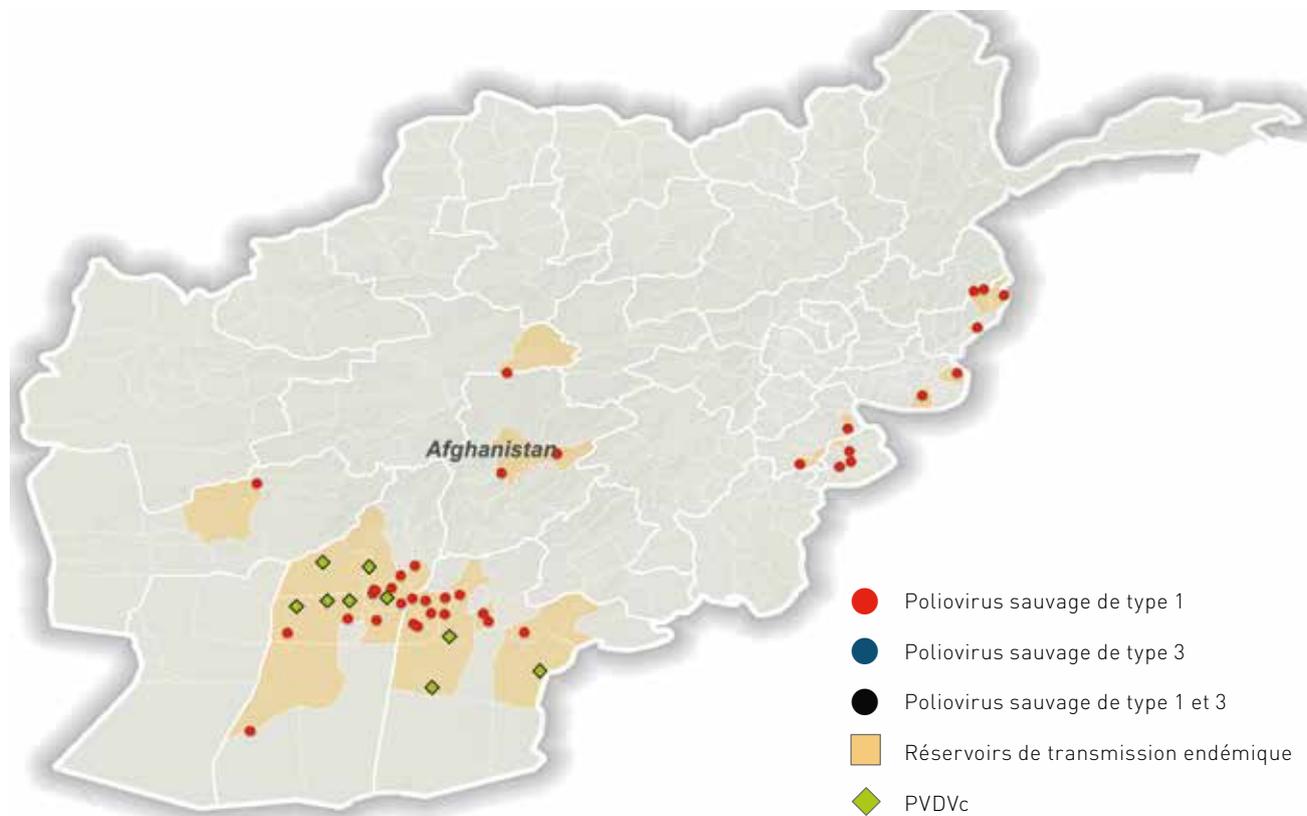
(cette dernière étant particulièrement à risque en raison des difficultés pour y accéder et de sa proximité avec le Pakistan).

Dans la région du sud, l'accès continuera d'être amélioré en réglant les problèmes de gestion qui demeurent, en réduisant le nombre d'enfants omis lors des campagnes dans les zones accessibles, en renforçant la surveillance des AVS, en augmentant la demande de la communauté et en s'attaquant au risque actuel de PVDVc2.

Dans la région de l'est, une stratégie complète de riposte sera élaborée et mise en œuvre de même qu'un plan opérationnel pour vacciner les enfants dans les zones d'insécurité et difficiles d'accès.

Avec une telle approche ciblée, un Afghanistan sans poliomyélite devrait rapidement devenir réalité.

Cas de PVS et de PVDVc2, Afghanistan – 2012





PROTÉGER LES ACQUIS

Un objectif clé du Plan stratégique 2010-2012 de l'IMEP était de maintenir les acquis épidémiologiques en protégeant les zones exemptes. Pour y parvenir, il était essentiel de mieux surveiller le poliovirus et de riposter plus efficacement aux flambées. Les partenaires de l'IMEP ont réalisé des évaluations de risque trimestrielles, fondées sur l'évolution de l'épidémiologie, et mis en place des mécanismes pour réduire les risques au minimum.

Tout au long de l'année 2012, les enseignements de 2010 et de 2011 ont été exploités, et de nouvelles mesures ont été engagées pour identifier clairement les populations les plus exposées au risque de réinfection ; allouer les ressources de manière à élever les niveaux d'immunité dans ces zones ; renforcer la surveillance afin de détecter plus rapidement une éventuelle épidémie ; et améliorer les capacités d'action face aux flambées, pour en réduire la durée et diminuer le nombre de cas associés.

Par conséquent, les pays ayant notifié des cas de poliomyélite n'ont jamais été aussi peu nombreux qu'en 2012. En réalité, hormis les pays d'endémie et les pays de transmission rétablie, seul un pays a signalé un cas de poliomyélite (le Niger, avec une notification en décembre suite à une importation du Nigéria voisin). Des progrès importants continuent d'être accomplis dans les pays à transmission rétablie. Mais l'augmentation du nombre de flambées de poliovirus circulant de type 2 dérivé de souche vaccinale (PVDVc2) montre bien qu'il faut cesser l'utilisation du VPO contenant du type 2.

La transmission rétabli est sur le point d'être interrompue

Un des grands succès du Plan stratégique 2010-2012 de l'IMEP est d'avoir interrompu la transmission rétablie du poliovirus dans les quatre pays concernés qui avaient été recensés au début de la période : le Soudan du Sud, l'Angola, la République démocratique du Congo et le Tchad. Au commencement du Plan stratégique, en 2010, tous étaient touchés depuis au moins 12 mois par la transmission du poliovirus, à la suite d'importations, et devaient donc faire l'objet d'une attention particulière.

Le Soudan du Sud a été supprimé de la liste de pays à transmission rétablie dès 2010 et les progrès se sont ensuite poursuivis dans les trois autres pays.

Suite à des efforts concertés supervisés par leurs chefs d'État respectifs, l'Angola et la République démocratique

du Congo ont réussi à stopper le rétablissement de la transmission, et aucun nouveau cas n'a été signalé dans ces pays depuis juillet 2011 et décembre 2011, respectivement.

Le Tchad, dernier pays à transmission rétablie, était également en bonne voie fin 2012, n'ayant pas signalé de cas depuis le mois de juin de cette année. Toutefois, ce pays reste exposé au risque de réimportation du PVS, en raison de sa proximité avec le Nigéria et des mouvements de population fréquents entre ces deux pays. Il est également touché par une flambée de PVDVc2, qu'il faut combattre d'urgence.

Des efforts concertés sont déployés afin de continuer de mettre pleinement en œuvre les activités de riposte ; d'établir des plans de préparation adaptés ; de mettre en place des stratégies ciblées pour les populations difficiles d'accès et les nomades ; et d'assurer une étroite coordination avec les pays voisins, notamment le Nigéria, le Cameroun et le Soudan. On continue d'optimiser l'assortiment de vaccins en vue, d'une part, de combattre la flambée de PVDVc2 et, d'autre part, de maintenir les niveaux d'immunité face à la poliomyélite de type 1, l'objectif étant de réduire au minimum les risques et conséquences d'une éventuelle réinfection depuis le Nigéria.

Les flambées ont été stoppées dans les pays exemptes, mais le risque de reprise de la propagation internationale reste élevé

En 2011, 16 pays ont notifié des cas dus au PVS. En 2012, ils n'étaient plus que cinq (les trois pays d'endémie plus le Tchad et le Niger).

Il est à noter qu'une flambée dans plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale a été interrompue avec succès, ainsi qu'une flambée en Chine occidentale.

L'Afrique de l'Ouest reste exposée à un risque particulièrement élevé de réinfection en raison de sa proximité géographique avec le Nigéria. Dans le passé, le virus du nord du Nigéria a réinfecté à plusieurs reprises la région, avec des flambées dans plusieurs pays. Ce risque s'est accentué en 2012, en raison d'une intense transmission du virus dans le nord du Nigéria et de mouvements de population de grande envergure dus à l'insécurité au Mali et à la crise du Sahel.

D'importantes mesures ont été prises pour réduire au minimum le risque d'une reprise de la propagation. Une série de campagnes de vaccination ont été simultanément menées dans plusieurs pays tout au long de l'année 2012, en vue d'élever les niveaux d'immunité de manière concertée. Dans le même temps, la vaccination par VPO a été intégrée à l'action humanitaire globale menée dans la région. L'UNICEF, en particulier, a dirigé un travail stratégique pour que le VPO soit administré dans le cadre d'un ensemble intégré d'interventions au Mali et dans le Sahel en crise. Menées avec le Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR), le Programme alimentaire mondial (PAM) et les organisations non gouvernementales (ONG), ces activités étaient axées sur la nutrition et la santé et sur la communication dans une perspective de modification des comportements (promotion de l'hygiène et de l'assainissement, alimentation du nourrisson et du jeune enfant). Les campagnes de vaccination se sont poursuivies dans les camps de réfugiés des pays situés à la frontière du Mali. Les mouvements de population ont fait l'objet d'un suivi attentif et ont été cartographiés, et des postes de santé ont été mis en place aux principaux points de passage frontaliers, dans les lieux de rassemblement et dans les zones difficiles d'accès.

Ces mesures ont permis de maintenir la région largement exempte de poliomyélite en 2012. En décembre, toutefois, un nouvel événement est venu rappeler le risque de reprise de la propagation : un cas de poliomyélite (le seul survenu en 2012 dans la région) a été confirmé au Niger en relation avec un virus circulant dans le nord du Nigéria. En définitive, la région continuera d'être exposée à un risque élevé jusqu'à ce l'on parvienne à éradiquer la poliomyélite endémique au Nigéria. Une propagation internationale du poliovirus sauvage a également touché l'Égypte en décembre 2012, lorsque le PVS1 a été isolé dans des échantillons environnementaux issus des égouts du grand Caire. Aucun cas de paralysie poliomyélitique n'a été associé à cette importation qui, comme le séquençage génétique l'a confirmé, venait du Pakistan. Au Niger et en Égypte, une riposte globale a été engagée face à la flambée début 2013.

Importance croissante de la lutte contre les poliovirus circulants dérivés de souches vaccinales (PVDVc)

Même si la transmission du PVS n'a jamais été aussi limitée qu'en 2012, on a vu cette année l'importance croissante de la lutte contre les flambées de poliovirus

circulants dérivés de souches vaccinales (PVDVc), en particulier de type 2. À l'échelle mondiale, on a recensé 68 cas dus au PVDVc, dont 66 étaient dus au type 2, dans sept pays (Afghanistan, Tchad, République démocratique du Congo, Kenya, Nigéria, Pakistan et Somalie). En 2012, davantage de pays ont notifié des cas de PVDVc que des cas de PVS, même si la charge de morbidité demeure bien plus faible.

La flambée de PVDVc2 en cours dans le centre-sud de la Somalie est particulièrement inquiétante. Elle sévit depuis 2009 et s'est propagée au-delà des frontières nationales en 2012, causant trois cas à Dadaab (Kenya). Il est resté difficile de mener les activités de riposte dans le centre-sud du pays, une interdiction des campagnes de vaccination de masse ayant été décidée dans les zones contrôlées par les militants d'Al-Shabaab. Dans le même temps, au Tchad, une flambée survenue en septembre 2012 continuait de sévir début 2013.

Ailleurs, les flambées de PVDVc2 ont été rapidement endiguées en appliquant pleinement les lignes directrices internationales sur la riposte aux flambées épidémiques (les mêmes recommandations valent pour les flambées de PVDVc et de PVS). En République démocratique du Congo, une flambée a débuté en novembre 2011, mais aucun cas ne lui a été associé depuis avril 2012. Fait notable, en raison des progrès opérationnels au Nigéria, la flambée de PVDVc2 qui touche le pays depuis 2005 a fortement reculé, avec seulement huit cas notifiés en 2012 (contre 34 en 2011) et aucun cas depuis novembre 2012. Il faut également relever que de nouvelles mesures de riposte ont été appliquées à grande échelle en 2012, y compris l'élargissement des groupes d'âge ciblés par les activités de riposte, en vue d'élever plus rapidement les niveaux d'immunité globaux de la population et de réduire au minimum le risque de propagation continue du virus qui pourrait être associé aux enfants infectés plus âgés.

Malgré ces progrès, le fait que des cas de PVDVc2 ont été détectés dans sept pays en 2012 (soit deux pays de plus que ceux ayant notifié des cas de PVS) montre qu'il est urgent de retirer la composante de type 2 du VPO trivalent, en passant du VPO trivalent au VPO bivalent dans les programmes de vaccination systématique. Le renforcement des niveaux de vaccination systématique sera particulièrement important à cet égard. Cette stratégie fait partie intégrante des objectifs du nouveau Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale 2013-2018 (voir la section « Libérer définitivement le monde de la poliomyélite : la phase finale »).

Surveillance de la poliomyélite : débusquer le virus

Indicateurs de surveillance en 2012 et 2011

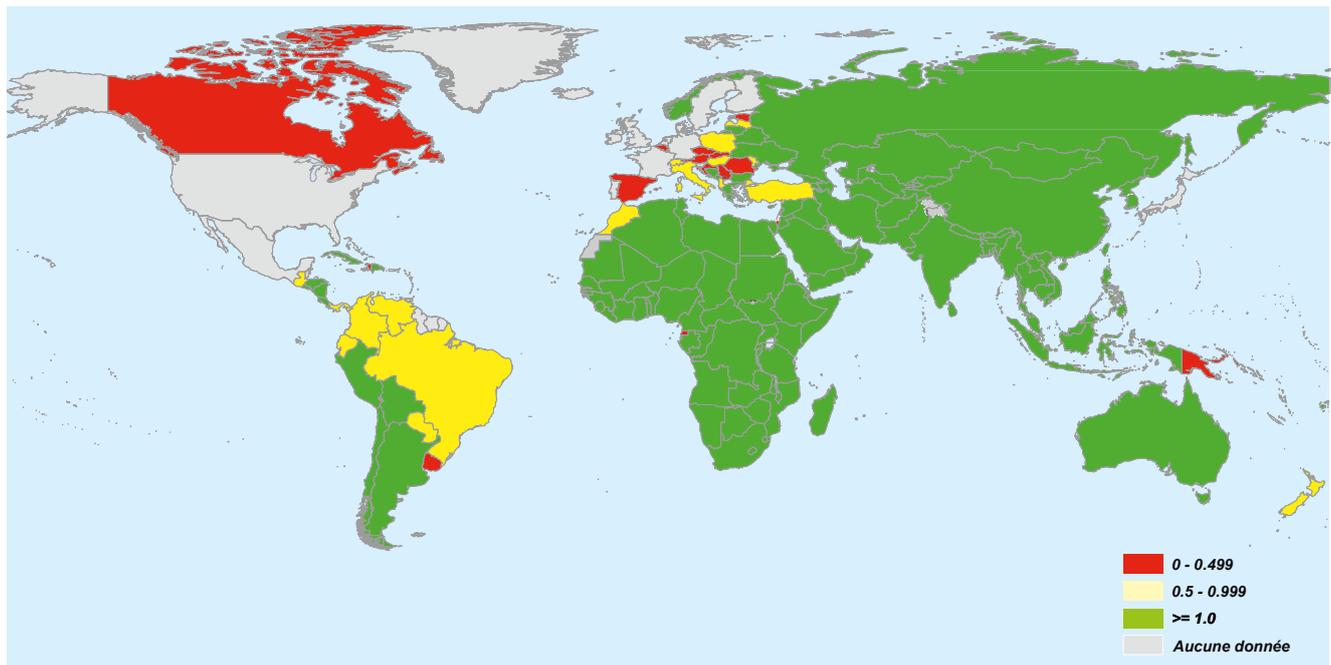
RÉGION	CAS DE PFA SIGNALÉS		TAUX DE PFA NON POLIOMYÉLITIQUE		CAS DE PFA AVEC PRÉLÈVEMENTS ADÉQUATS (%)	
	2012	2011	2012	2011	2012	2011
Afrique	18 115	16 650	4,8	4,4	90 %	88 %
Amériques	1 411	1 748	1,0	1,3	77 %	80 %
Méditerranée orientale	11 040	11 675	5,2	5,7	91 %	90 %
Europe	1 527	1 540	1,3	1,3	89 %	87 %
Asie du Sud-Est	66 152	65 550	12,2	12,1	87 %	85 %
Pacifique occidental	7 617	7 302	2,2	2,1	90 %	90 %
Total mondial	105 862	104 465	6,1	6,0	88 %	86 %

En 2012, la sensibilité de la surveillance a continué de s'améliorer à l'échelle mondiale (voir le tableau sur les indicateurs de surveillance pour une synthèse des résultats par Région). Les efforts ont en particulier visé à la renforcer dans les zones infectées et à haut risque, y compris au niveau local. En plus d'assurer des niveaux élevés d'immunité dans la population, une surveillance solide réduit au minimum les risques et conséquences de la transmission du poliovirus. Plus vite la poliomyélite est détectée, plus vite on pourra la combattre. Une réaction rapide se traduit par des flambées plus courtes et une réduction du nombre de cas.

La surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA) reste la principale stratégie employée pour détecter rapidement le poliovirus, qu'il soit sauvage ou dérivé

d'une souche vaccinale. En 2012, des examens du système de surveillance de la PFA ont été réalisés dans 33 pays des Régions africaine et européenne et des Régions de la Méditerranée orientale et de l'Asie du Sud-Est. Les activités ont notamment consisté à mener des évaluations rapides (à partir de 2010) et des évaluations ciblées de flambées (avec un premier projet pilote mené début 2012 en République centrafricaine). Les évaluations de flambées sont conduites trois mois après la notification du cas indicateur pour suivre la riposte engagée, puis six mois après le dernier cas déclaré afin de voir dans quelle mesure on peut établir que la transmission du virus a été interrompue. Ces activités aident également à mieux cerner certaines lacunes locales, que l'on peut ensuite rapidement traiter au moyen de plans d'action correctifs.

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



Pour s'assurer de l'efficacité des programmes de surveillance, l'échantillonnage environnemental a continué d'être développé en 2012. Cet outil de surveillance additionnel fournit des données supplémentaires essentielles sur la dynamique de transmission et sur la sensibilité globale de la surveillance, ce qui permet d'obtenir un tableau épidémiologique plus clair. Cette approche continue d'être privilégiée dans les réservoirs connus et dans les principales zones urbaines à forte densité de population. En 2012, la surveillance environnementale a été étendue à huit nouveaux sites d'échantillonnage au Nigeria (quatre sites à Lagos et quatre autres à Sokoto) et au Pakistan (cinq sites dans trois zones urbaines des provinces de Sindh et du Pendjab).

En 2012, les CDC ont fortement renforcé leur soutien à la surveillance. Ils ont fourni un appui à la surveillance et aux gestionnaires de données en Afghanistan, au Tchad, en Angola et en Somalie, pour améliorer le flux de données, et ont collaboré avec l'OMS pour soutenir les examens externes de la surveillance dans les pays à haut risque, y compris en République centrafricaine et en République démocratique du Congo. Les CDC se sont attachés à fournir des ressources et des compétences techniques pour améliorer les capacités nationales dans les zones à haut risque du Nigeria et du Pakistan, avec la mise en place de programmes nationaux N-STOP (Stop Transmission of Polio). Le premier programme national N-STOP a affecté 40 professionnels chargés d'améliorer la surveillance dans les LGA à haut risque du nord du Nigeria ; 16 professionnels de la santé publique ont ensuite été déployés au titre du programme

national N-STOP du Pakistan. Le programme STOP, mené conjointement par l'OMS et les CDC, continue d'appuyer les efforts d'éradication, en particulier afin de renforcer la surveillance par la formation et l'affectation de plus de 380 professionnels de la santé publique dans les pays prioritaires de la lutte antipoliomyélitique.

Le réseau mondial de laboratoires redouble d'efforts

Les activités de surveillance mondiale reposent sur le Réseau mondial de laboratoires pour la poliomyélite, composé de 145 laboratoires accrédités par l'OMS. En 2012, celui-ci a continué de se mobiliser pour soutenir l'effort mondial d'éradication et assurer une surveillance active de la maladie.

Les principales responsabilités du Réseau mondial demeurent l'analyse et la caractérisation des poliovirus à partir des cas de PFA, même si l'on accorde une attention croissante aux tests sur les échantillons de sources non-PFA (eaux usées, échantillons fécaux d'enfants en bonne santé ou de personnes ayant été en contact avec des cas de PFA et prélèvements sanguins), en particulier dans les derniers pays d'endémie poliomyélitique. Parallèlement, le Réseau mondial joue un rôle accru pour mieux comprendre la dynamique de transmission du poliovirus, ce qui permet ensuite de cibler plus précisément la riposte vaccinale. En préparation du retrait du VPO trivalent et de l'utilisation du VPO bivalent dans la vaccination systématique, il continue d'appuyer la modification des procédures d'analyse en vue de renforcer la surveillance des virus Sabin de type 2.

En 2012, le Réseau mondial a entrepris des tests et analyses virologiques sur des échantillons de plus de 105 000 cas de PFA détectés au niveau mondial. Sans ce travail colossal, il serait tout simplement impossible de cibler les interventions d'éradication.

Protéger les acquis : l'avenir

On ne saurait protéger réellement les zones exemptes tant que la poliomyélite n'aura pas été éradiquée des zones d'endémie restantes et que l'on n'aura pas cessé d'utiliser le VPO. D'ici là, les pays doivent maintenir des niveaux élevés d'immunité dans la population et une solide surveillance de la maladie afin de réduire au minimum le risque et les conséquences de toute introduction de virus potentielle. Si un virus est détecté, les lignes directrices internationales sur la riposte aux flambées épidémiques doivent être pleinement mises en œuvre en les complétant, le cas échéant, avec des approches novatrices (comme le ciblage de groupes d'âge supérieurs). De nouvelles activités sont menées pour renforcer la sensibilité de la surveillance, priorité étant donnée là aussi aux zones ayant un risque de réinfection élevé.

Pour faciliter la mise en œuvre de cette approche axée sur les risques, l'IMEP resserre ses liens avec les programmes de vaccination systématique, en particulier dans les zones où l'on sait que le risque de réinfection

est élevé. Les solides acquis de l'IMEP en matière d'infrastructures, de personnel, d'expertise technique et de connaissances locales servent déjà à la planification et à l'exécution des services de vaccination systématique. À lumière des enseignements du programme de l'Inde, on exploite aujourd'hui plus à fond les infrastructures de lutte antipoliomyélitique des pays d'endémie et des pays à risque, en particulier pour : identifier les lacunes des systèmes de vaccination systématique ; promouvoir la vaccination systématique en utilisant les réseaux de mobilisation sociale ; collecter des données sociales pour éclairer les stratégies de communication du Programme élargi de vaccination (PEV) ; utiliser les microplans de lutte antipoliomyélitique pour harmoniser les plans de vaccination systématique ; et aider au suivi et à l'évaluation des séances de vaccination systématique.

Pour réduire les risques à long terme du poliovirus, on se prépare actuellement au retrait échelonné de l'ensemble des VPO. En vue d'améliorer l'accessibilité économique et la disponibilité du VPI (condition préalable à un retrait échelonné du VPO selon la recommandation de la réunion de novembre du SAGE), l'IMEP poursuit ses travaux sur les stratégies de VPI économiquement accessibles.

Toutes ces activités font partie intégrante du nouveau Plan stratégique 2013-2018 pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale.



LIBÉRER DÉFINITIVEMENT LE MONDE DE LA POLIOMYÉLITE : LA PHASE FINALE

Un nouveau Plan pour quoi faire ?

Le Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale 2013-2018 établit pour la première fois une approche globale pour éradiquer la poliomyélite. Il comporte cinq éléments nouveaux par rapport aux précédents plans :

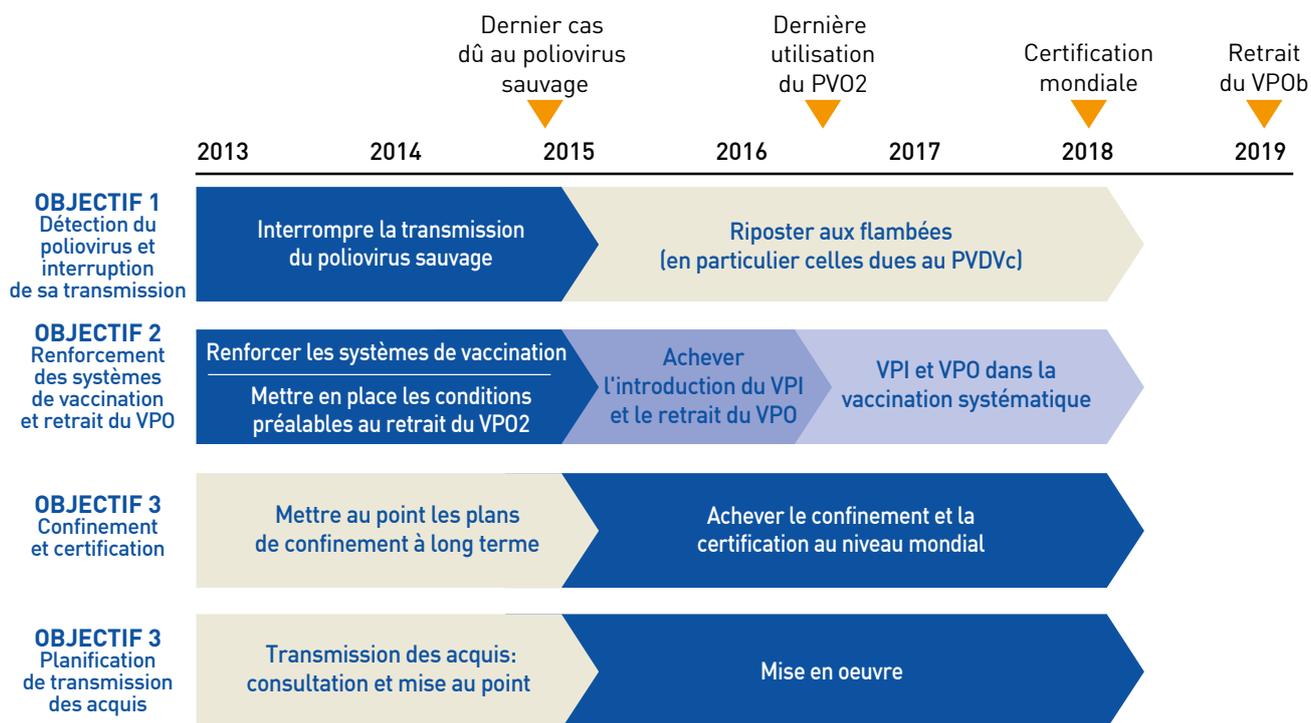
- des approches stratégiques pour toutes les formes de poliomyélite (poliovirus sauvage ou PVDV) ;
- l'urgence accordée à l'amélioration des systèmes de vaccination systématique dans certaines zones clés ;
- l'introduction de nouvelles options de VPI pour réduire les risques à long terme associés au poliovirus et éventuellement pour accélérer l'éradication du poliovirus sauvage ;
- des stratégies d'atténuation des nouveaux risques qui se développent dans certaines zones d'endémie, en particulier l'insécurité, et des plans d'urgence en cas de retard dans l'interruption de la transmission dans ces réservoirs ; et
- un calendrier concret pour aider l'IMEP à achever sa mission.

Le Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale 2013-2018 comporte quatre grands objectifs et domaines d'activité :

1. **Détection du poliovirus et interruption de sa transmission** : Il s'agit d'interrompre la transmission de tous les poliovirus sauvages avant fin 2014 (cible pratique) 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 garantissant une riposte rapide face aux flambées.
2. **Renforcement des systèmes de vaccination et retrait du VPO** : Cet objectif contribuera à accélérer l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage, réduira le risque d'importation et de propagation du poliovirus sauvage et du PVDV et aidera à construire un système solide pour l'administration d'autres vaccins salvateurs. Il suppose de renforcer les systèmes de vaccination systématique, d'introduire au moins une dose de VPI dans les programmes de vaccination systématique à l'échelle mondiale et de remplacer le VPO trivalent par le VPO bivalent dans tous les pays utilisant le VPO.
3. **Confinement et certification** : Il s'agit de 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, ce pour la production de vaccins et de produits diagnostiques et pour la recherche.
4. **Planification de la transmission des acquis** : À mesure que le programme avance 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 soient utiles à d'autres objectifs de développement et priorités sanitaires mondiales.

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 besoins financiers pour les activités financées au titre des six années du Plan stratégique pour l'éradication et la phase finale 2013-2018 devraient se monter à US \$5,5 milliards. Ils seront présentés dans un document intitulé « Besoins de ressources financières »

où ils seront associés aux coûts correspondants et aux hypothèses de base et décomposés par grande catégorie budgétaire. Ces informations seront examinées et mises à jour tous les quatre mois et disponibles à l'adresse www.polioeradication.org.

FINANCER L'URGENCE

Dans le prolongement du soutien politique et financier sans précédent dont elle a bénéficié en 2011, l'IMEP a reçu des contributions pour un montant total de US \$1,16 milliard en 2012, qui ont permis de satisfaire à tous les besoins de financement et de commencer l'année 2013 sur des bases financières solides. Toutefois, au cours du premier semestre 2012, le déficit de financement de US \$405 millions a posé de graves problèmes et entraîné la réduction ou le report de certaines activités de vaccination supplémentaires (AVS) dans 24 pays exempts de poliomyélite mais à haut risque en Afrique occidentale, en Afrique centrale et dans la Corne de l'Afrique ainsi qu'en Asie centrale. En octobre, la communauté des donateurs internationaux et les pays touchés par la maladie ont rassemblé leurs forces sous l'étendard de l'urgence et obtenu les ressources nécessaires pour mettre en œuvre de manière efficace le Plan d'action mondial d'urgence 2012 contre la poliomyélite.

Le 17 janvier 2012, le Rotary International a annoncé que les clubs Rotary du monde entier avaient réussi à rassembler US \$200 millions, somme identique à celle promise par la Fondation Bill & Melinda Gates pour financer l'éradication de la poliomyélite – atteignant cette étape majeure dans la collecte de fonds avec six mois d'avance ! Cette annonce a été faite la semaine même où le Conseil exécutif de l'Organisation mondiale de la Santé déclarait que l'achèvement de l'éradication de la poliomyélite était une urgence programmatique pour la santé publique mondiale. L'incroyable réussite du Rotary International a ouvert la voie à un soutien continu et sans précédent de la part des donateurs.

Toutefois, en avril, la crise financière qui se profilait à nouveau été source de graves préoccupations. Les 11 et 12 avril, au cours de la réunion des Ministres des Affaires étrangères du G8 tenue à Washington D.C. (États-Unis d'Amérique), les nations du G8 ont réaffirmé leur soutien en faveur de l'IMEP et demandé l'appui politique et financier nécessaire pour mettre en œuvre le Plan d'action mondial d'urgence 2012-2013 contre la poliomyélite.

En mai, l'Assemblée mondiale de la Santé a appelé tous les États Membres à « fournir d'urgence les ressources financières nécessaires pour la mise en œuvre pleine et constante (...) des approches stratégiques nécessaires pour interrompre la transmission du poliovirus sauvage au niveau mondial ». Cet appel a été suivi par le rapport de juin 2012 du Comité de suivi indépendant (IMB), qui soulignait les possibles conséquences liées au manque de financement, considérant celui-ci comme n'étant « tout

simplement pas compatible avec son objectif ambitieux de faire cesser la transmission de la poliomyélite dans le monde » et le décrivant comme le « risque principal » pour l'objectif d'éradication.

Le 27 septembre, le Secrétaire général des Nations Unies, Ban Ki-moon, a accueilli, lors de l'Assemblée générale des Nations Unies, une manifestation de haut niveau intitulée « Notre engagement envers la prochaine génération : l'héritage d'un monde libéré de la polio », au cours de laquelle les leaders mondiaux, notamment le Premier Ministre australien et les chefs d'État de l'Afghanistan, du Nigéria et du Pakistan se sont joints aux autorités des gouvernements donateurs ainsi qu'aux nouveaux donateurs du secteur privé pour rappeler ce qui était nécessaire pour éliminer la polio à tout jamais : un engagement à long terme en termes de ressources, la mise en place des meilleures pratiques novatrices, et un leadership et une responsabilisation à tous les niveaux de gouvernement dans les pays d'endémie.

Le Groupe des partenaires pour l'éradication de la poliomyélite (PPG), coprésidé par l'Ambassadeur et Représentant permanent du Canada auprès des Nations Unies à Genève et la Fondation Bill & Melinda Gates, a également joué un rôle essentiel en motivant les partenaires du développement et en lançant des appels pressants au financement du Plan d'action mondial d'urgence 2012-2013 contre la poliomyélite. Un exemple marquant est ainsi la collaboration établie entre les Gouvernements du Japon et du Pakistan et les organismes chargés de la mise en œuvre afin de fournir les fonds requis de toute urgence pour mener à bien les activités liées à la situation d'urgence au Pakistan. Complétant le financement novateur fourni en 2011-2012 par le Japon en partenariat avec la Fondation Bill & Melinda Gates (conversion de prêts de l'Agence japonaise de Coopération internationale), les Gouvernements du Pakistan et du Japon ont débloqué plus de US \$8 millions provenant du fonds de contrepartie, une forme d'aide accordée par le Japon hors projet.¹

Les « appels à l'action » pour financer la situation d'urgence ont été entendus. La communauté internationale des donateurs a fourni plus de US \$48 millions, qui –

¹ L'aide hors projet est utilisée pour importer des produits de base et des équipements tels que l'essence, les médicaments, les engrais et les tracteurs, etc. Le Pakistan dépose ensuite l'ensemble des recettes provenant des ventes de la session, les marchandises et de l'équipement importés en monnaie locale sous la forme d'un fonds de contrepartie. Le fonds de contrepartie doit être utilisé pour le développement économique et social au Pakistan, notamment la construction d'écoles, les bourses pour les étudiants universitaires et la distribution de médicaments aux populations à faible revenu.

combinés aux fonds nationaux – ont permis de satisfaire pleinement les besoins jusqu'à la fin 2012. Outre les contributions importantes provenant des Nations du G8, du Rotary International, de la Fondation Bill & Melinda Gates et de l'UNICEF, de nouvelles promesses de dons ont été reçues de l'Autriche, du Fonds central pour les interventions d'urgence (CERF), de Chevron (Angola), du fonds humanitaire commun (Soudan du Sud), de l'Estonie, du Liechtenstein, de la Norvège, de la Pologne, de la Turquie, de Total E&P (Angola) et de la Banque mondiale (République démocratique du Congo). Au total, 33 donateurs ont contribué au financement extérieur de l'IMEP en 2012.

Alors que le soutien financier provenant des partenaires du développement atteignait à la fin de l'année des niveaux jusque-là inégalés, les fonds débloqués au niveau national par les pays touchés par la poliomyélite et les pays à haut risque sont restés à un niveau élevé. Ce financement national représentait 24 % de l'ensemble des contributions de l'IMEP en 2012. Il convient de noter le ferme engagement de l'Inde en faveur de l'autofinancement, puisqu'elle a – selon les estimations – fourni US \$240 millions pour protéger son nouveau statut de pays exempt de la poliomyélite. Jusqu'à ce que la Région de l'Asie du Sud-Est soit certifiée exempte de poliomyélite, les pays se sont engagés à mener et à cofinancer les activités de vaccination contre la poliomyélite : le Bangladesh a ainsi apporté US \$10,6 millions et le Népal US \$700 000. Le Nigéria a versé approximativement US \$24 millions à la suite de la déclaration prononcée par le Président Goodluck Jonathan en 2011 lors de la réunion des Chefs de gouvernement du Commonwealth à Perth, lequel s'engageait à fournir US \$30 millions par an en 2012 et 2013. L'Angola a apporté US \$5,6 millions pour contribuer au financement du coût des opérations dans le pays et préserver ses résultats positifs afin d'être à nouveau exempt de poliomyélite. Quant au Yémen, il a cofinancé les activités de lutte contre la flambée de PVDVc, apportant une contribution de US \$880 000.

L'**Autriche** a poursuivi le soutien qu'elle apporte de longue date et fournit US \$70 000 à l'UNICEF pour les activités de mobilisation sociale en Éthiopie. Depuis 2001, l'Autriche a apporté une contribution de US \$3,22 millions.

L'**Australie** a débloqué AU \$15 millions sur le montant de AU \$50 millions représentant les fonds promis sur quatre ans (approximativement US \$49 millions). L'Australie a aussi continué à apporter son soutien à la province d'Uruzgan en Afghanistan, ce qui porte son engagement financier total jusqu'en 2014 à US \$67,35 millions.

La **Fondation Bill & Melinda Gates** a octroyé un financement supplémentaire de US \$158 millions en 2012 sous la forme de subventions complémentaires à l'OMS et à l'UNICEF et d'un financement tiers pour les rachats de crédits de la Banque mondiale au Nigéria et au Pakistan, ce qui porte l'engagement total de la Fondation en 2012 à plus de US \$297 millions. Compte tenu de ces subventions, la contribution totale de la Fondation à l'IMEP jusqu'en 2015, y compris les subventions de contrepartie aux dons du Rotary International, s'établit à US \$1,7 milliard.

Le **Brunei Darussalam** a fourni US \$50 000 dans le cadre du deuxième versement d'un engagement pluriannuel s'élevant à US \$150 000 pour la période allant de 2011 à 2013. La contribution totale du Sultanat pour la période 2008-2013 s'établit à US \$300 000.

Le **Canada** a déboursé US \$27,43 millions pour l'Afghanistan et l'Afrique subsaharienne dans le cadre d'un engagement pluriannuel annoncé en novembre 2010 suite à l'initiative de Muskoka pour la santé de la mère et de l'enfant. Un montant supplémentaire de C \$18 millions a été promis pour le Nigéria pour la période 2012-2015, C \$13 millions étant débloqués en janvier 2013. Le Canada, qui se place au cinquième rang des donateurs publics de l'IMEP, aura fourni plus de US \$361,71 millions d'ici à 2014.

Le **Fonds central pour les interventions d'urgence (CERF)** a répondu rapidement aux appels au financement pour le VPO au Soudan du Sud, versant US \$430 000 à l'UNICEF. À ce jour, la contribution du CERF s'établit à US \$5,56 millions.

Pour compléter le financement apporté par l'Angola, **Chevron** et **Total E&P** ont fourni US \$1,38 million pour soutenir les activités de mobilisation sociale dans le pays.

Outre leur rôle de partenaire majeur de l'IMEP, les **Centers for Disease Control & Prevention (CDC)** des États-Unis d'Amérique ont débloqué des fonds à l'intention de l'OMS et de l'UNICEF pour financer le VPO, les coûts opérationnels et l'appui aux programmes. En décembre 2011, les CDC ont fait appel à leur centre des opérations d'urgence (EOC) afin d'élargir les activités d'éradication de la poliomyélite des CDC dans le cadre d'une riposte d'urgence permettant d'augmenter l'assistance technique et l'assistance en matière de gestion dans les pays prioritaires pour l'éradication de la maladie. Les CDC ont par ailleurs continué à détacher leurs épidémiologistes, leurs virologues et leurs techniciens dans les pays touchés par la poliomyélite pour les aider à mettre en œuvre les activités d'éradication de la maladie. Les crédits budgétaires octroyés par le Congrès américain aux CDC pour l'éradication de

la poliomyélite au cours de l'année budgétaire 2012 se sont élevés à US \$111,29 millions, portant ainsi le montant total des contributions des CDC à plus de US \$1,7 milliard.

L'**Estonie** a apporté sa première contribution à l'IMEP, pour un montant total de US \$25 000, dans le cadre de son partenariat avec la Fondation pour les Nations Unies.

La **Commission européenne** a libéré des fonds au titre de sa contribution de € 20 millions pour les activités menées au Nigéria en 2011 et 2012. La Commission européenne se place au sixième rang des donateurs publics de l'IMEP, ses contributions s'élevant à US \$224 millions.

La **Finlande** a fourni US \$462 000, deuxième tranche d'un versement s'étalant sur trois ans et représentant une contrepartie de 10 pour un avec les dons du Rotary International pour les activités menées en Afghanistan, ce qui porte son soutien total à US \$2,1 millions.

L'**Allemagne** a débloqué € 15 millions/US \$20 millions pour le Nigéria dans le cadre de son engagement pluriannuel auprès de l'IMEP. Bien qu'il ne s'agisse pas d'un soutien direct à l'IMEP, l'Allemagne a également fourni € 5 millions au Tadjikistan pour la réadaptation des victimes de l'importante flambée de poliomyélite survenue en 2010. Le soutien total de l'Allemagne à l'IMEP a atteint US \$417,55 millions, faisant d'elle le quatrième plus important donateur du secteur public.

À la fin de 2006, l'**Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (Alliance GAVI)**, a approuvé l'investissement visant à constituer un « stock pour lutter contre la poliomyélite » pour un montant de US \$181 millions (2007-2010 pour les opérations et 2012-2014 pour le stock de VPO). Cet investissement est fourni par la Facilité de financement pour la vaccination (IFFIm), mécanisme novateur initialement destiné à apporter les fonds de départ nécessaires pour constituer partiellement un stock de VPO monovalent auquel les pays auront accès (selon les besoins) après avoir cessé d'utiliser le VPO trivalent et dès que possible après confirmation de l'interruption de la transmission de tous les poliovirus sauvages à l'échelle mondiale. La portée du projet a ensuite été élargie pour contribuer à l'intensification des activités d'éradication. L'OMS comme l'UNICEF ont bénéficié des fonds. En 2012, un montant de US \$12,92 millions a été débloqué pour la constitution de ce stock.

La **Fondation Google**, dans le cadre de la subvention de contrepartie de US \$4 millions promise en 2011, a versé US \$370 000 pour l'achat de PVO.

Le **Japon** a continué à démontrer son vif attachement à l'éradication de la poliomyélite. En 2012, le Japon a fourni plus de US \$24,72 millions via l'UNICEF pour les efforts d'éradication de la poliomyélite dans neuf pays, à savoir l'Afghanistan, la Côte d'Ivoire, la Guinée, l'Inde, le Libéria, le Niger, le Nigéria, la République démocratique du Congo et le Tchad. Cette aide a porté sur l'achat du VPO, le renforcement de la chaîne du froid, la diffusion de messages clés, le renforcement des capacités et les coûts des opérations. Le Japon a également versé US \$8,03 millions à l'OMS pour les opérations menées dans le cadre des campagnes de vaccination en utilisant le mécanisme du fonds de contrepartie avec le Gouvernement du Pakistan. L'OMS a également reçu US \$60 000 pour les activités de recherche liées à de nouveaux vaccins antipoliomyélitiques, ce qui porte le total des contributions du Japon pour 2012 à US \$33,35 millions. Le Japon occupe le troisième rang des donateurs du secteur public de l'IMEP, ses contributions s'établissant à plus de US \$460 millions. Lors de la réunion de haut niveau sur l'éradication de la poliomyélite qui s'est tenue parallèlement à la soixante-septième de l'Assemblée générale des Nations Unies en septembre, le Ministère japonais des Affaires étrangères a réitéré l'importance d'une diplomatie de tous les instants pour tirer le meilleur parti possible de l'ensemble des ressources et des compétences disponibles pour éradiquer la poliomyélite. C'est dans un tel contexte que le Gouvernement du Japon étudie, avec l'Agence japonaise de coopération internationale (JICA) et la Fondation Bill & Melinda Gates, la faisabilité d'une réplique du modèle de conversion de prêts de la JICA pour le Nigéria, suite au succès rencontré par ce mécanisme au Pakistan en 2011.

Pour la seconde année consécutive, la **Principauté du Liechtenstein** a apporté une contribution de CHF 15 000, qui porte son soutien total à US \$60 000.

Le **Luxembourg** a versé US \$700 000 dans le cadre d'un engagement pluriannuel couvrant la période 2009-2013. Le Luxembourg est le deuxième plus important donateur par habitant, sa contribution totale s'élevant à US \$15,06 millions.

Monaco est resté le plus important donateur par habitant de l'IMEP et a débloqué US \$190 000 dans le cadre de l'accord pluriannuel portant sur la période 2011-2013 pour les activités au Niger. À la fin de 2013, le financement total de Monaco aux activités d'éradication de la poliomyélite au Niger dépassera les US \$1,06 million. Monaco a également joué un rôle majeur au sein du Groupe des partenaires pour l'éradication de la poliomyélite et dans le cadre des discussions tenues lors du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la Santé de l'OMS.

La **Norvège** a continué à fournir des contributions à objet non désigné essentielles pour l'IMEP. En 2012, elle a versé US \$8 millions dans le cadre de son engagement pluriannuel pour la période 2012-2013, ses contributions totales s'établissant à US \$101,80 millions.

La **Pologne** a apporté sa première contribution à l'IMEP, pour un montant de US \$7000, dans le cadre de son partenariat avec la Fondation pour les Nations Unies.

Le **Rotary International**, outre son rôle de partenaire principal de l'IMEP, est également le deuxième plus important donateur du secteur privé. En janvier 2012, le Rotary International a annoncé que les clubs Rotary du monde entier avaient réussi à rassembler US \$200 millions, somme identique à celle promise par la Fondation Bill & Melinda Gates pour financer l'éradication de la poliomyélite – atteignant cette étape majeure dans la collecte de fonds avec six mois d'avance. En 2012, le Rotary International a déboursé US \$95,73 millions pour l'IMEP. D'ici à 2014, la contribution du Rotary International aura dépassé US \$1,23 milliard.

La **Fédération de Russie** a déboursé US \$1 million au titre du montant pluriannuel de US \$5 millions (2010-2012) qu'elle s'est engagée à verser en réponse au communiqué de 2010 du G8. Depuis 2003, la Russie a versé US \$33 millions à l'IMEP.

La **Turquie** a poursuivi son soutien, apportant une contribution de US \$50 000, ce qui porte son appui total à US \$830 000.

Lors de la manifestation tenue parallèlement à l'Assemblée générale des Nations Unies, le **Royaume-Uni** a annoncé £ 25 millions dans le cadre de sa promesse de contribution quinquennale à l'IMEP. En 2012, le Département du Développement international du Royaume-Uni (DFID) a déboursé US \$63,15 millions, y compris la subvention de contrepartie promise en 2011. Le Royaume-Uni est le deuxième donateur public, ses contributions totales s'élevant à US \$1,002 milliard.

En 2012, l'**UNICEF**, l'un des partenaires principaux de l'Initiative, a continué à considérer l'éradication de la poliomyélite comme une priorité et a apporté un financement important à ses bureaux de pays. Au total, l'UNICEF a versé plus de US \$39,72 millions pour les activités d'éradication de la poliomyélite par

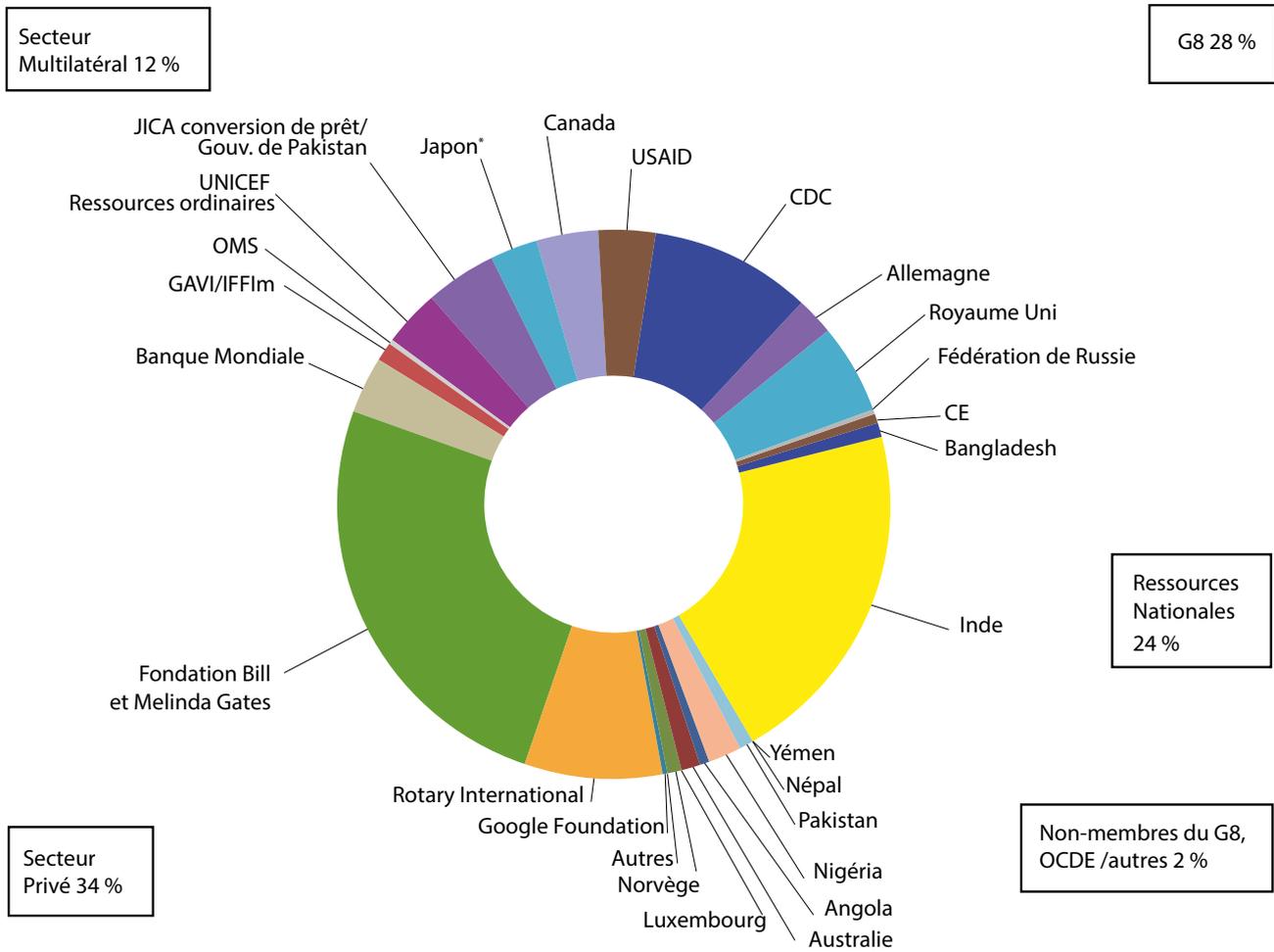
diverses voies : US \$15 millions pour le VPO à partir des fonds essentiels discrétionnaires, US \$17,92 millions pour le VPO et les coûts de personnel à partir des ressources principales des bureaux de pays (budget approuvé par le Conseil) et US \$6,8 millions pour les activités d'éradication de la maladie dans les pays prioritaires sous la forme de fonds collectés par les comités nationaux de l'UNICEF.

La **Fondation pour les Nations Unies** a continué à apporter son soutien aux efforts de mobilisation des ressources de l'IMEP, jouant un rôle essentiel en favorisant les dons venant de donateurs non traditionnels tels que l'Estonie, le Liechtenstein et la Pologne. Le montant total des contributions de la Fondation pour les Nations Unies destinées à l'IMEP s'élève à US \$43,54 millions. La Fondation s'engage également auprès des organisations du secteur privé et des organisations de la diaspora pour mobiliser ressources et soutien.

Pour l'année budgétaire 2012, le Congrès américain a alloué US \$39,5 millions à l'**Agence internationale de Développement des États-Unis d'Amérique (USAID)** pour les activités d'éradication de la poliomyélite. Les fonds ont été utilisés pour soutenir la mobilisation sociale, les activités de surveillance et de laboratoire, la riposte aux flambées et le suivi dans les pays prioritaires. Le soutien total de l'USAID s'élève à US \$483,5 millions.

Un mécanisme de financement novateur en partenariat avec la **Banque mondiale**, connu sous le nom de « IDA buy-downs » (rachat de crédits de l'IDA), a été mis en place pour permettre l'utilisation de crédits accordés par l'Association internationale de Développement (IDA), l'organisme prêteur de la Banque mondiale, pour l'achat du VPO. Le financement fourni par des tiers donateurs (la Fondation Bill & Melinda Gates, les CDC, le Rotary International et la Fondation pour les Nations Unies) sert à « racheter » les crédits de l'IDA et à les transformer en subventions. En 2012, US \$36,25 millions ont été versés au titre de rachats pour le Pakistan et le Nigéria. Le montant total du soutien apporté dans le cadre de ce mécanisme dit de « partenariat avec la Banque mondiale pour l'investissement contre la poliomyélite » est de US \$362,92 millions. En outre, la Banque mondiale a versé une subvention de US \$3 millions pour la République démocratique du Congo.

**Financement de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite en 2012 :
US \$1,16 milliard de contributions**



*Inclut les fonds débloqués par le Gouvernement du Pakistan sur le fonds de contrepartie du Gouvernement du Japon, une forme d'aide accordée hors projet.

Les autres bailleurs de fonds comprennent des gouvernements (Autriche, Brunéi Darussalam, Finlande, Estonie, Liechtenstein, Monaco, Pologne et Turquie) et d'autres institutions (Chevron et Total E&P en Angola, le Fonds central pour les interventions d'urgence (CERF) et le fonds humanitaire commun au Soudan du Sud). Données au 26 juin 2013.

Annexe | Rapport de situation sur les étapes mondiales et les indicateurs de processus du Plan stratégique 2010-2012 de l'IMEP

Étapes mondiales pour la fin 2012

ÉTAPE	Arrêt de la transmission de tous les poliovirus sauvages
SITUATION	Objectif non atteint
OBSERVATIONS	<ul style="list-style-type: none"> Fin de la transmission endémique du poliovirus sauvage en Inde ; transmission endémique du poliovirus sauvage persistant dans certaines parties de l'Afghanistan, du Nigéria et du Pakistan Interruption de la transmission rétablie du poliovirus sauvage en Angola, en République démocratique du Congo et au Soudan du Sud ; interruption en bonne voie au Tchad (cas le plus récent : début de la paralysie le 14 juin 2012) Interruption de nouvelles flambées de poliovirus sauvage dans les six mois de la confirmation du cas indicateur : en bonne voie (un cas au Niger, avec début de la paralysie le 15 novembre 2012)

Indicateurs de processus pour la fin 2012

INDE	Maintien d'un niveau d'immunité de la population >95 % contre les poliovirus de type 1 et de type 3
SITUATION	Objectif partiellement atteint
OBSERVATIONS	Bihar : immunité de 96,61 % contre le poliovirus de type 1 ; immunité de 85,97 % contre le poliovirus de type 3 Uttar Pradesh : immunité de 96,98 % contre le poliovirus de type 1 ; immunité de 87,94 % contre le poliovirus de type 3
PAKISTAN	<ol style="list-style-type: none"> < 10 % d'enfants non vaccinés pendant chaque AVS dans tous les districts > 90 % d'enfants ayant reçu > six doses de VPO dans toutes les provinces
SITUATION	Objectif non atteint
OBSERVATIONS	<ol style="list-style-type: none"> Objectif atteint dans 125 des 162 districts Objectif atteint dans 3 des 8 provinces
AFGHANISTAN	> 90 % d'enfants ayant reçu > 3 doses de VPO dans toutes les provinces du pays
SITUATION	Objectif non atteint
OBSERVATIONS	Objectif atteint dans 21 des 32 provinces
NIGÉRIA	> 90 % d'enfants ayant reçu ≥ 3 doses de VPO dans tous les États
SITUATION	Objectif non atteint
OBSERVATIONS	Objectif atteint dans 21 des 37 États
ANGOLA	< 10 % d'enfants non vaccinés dans tous les districts de Luanda, de Benguela et du Kwanza Sul au cours de chaque AVS
SITUATION	Objectif non atteint
OBSERVATIONS	Objectif atteint dans 10 des 34 districts
TCHAD	< 10 % d'enfants non vaccinés dans le grand N'Djamena et dans les zones de transmission du poliovirus sauvage du sud et de l'est du pays au cours de chaque AVS
SITUATION	Objectif non atteint
OBSERVATIONS	Objectif atteint dans aucune des 3 zones (objectif atteint dans 6 des 11 provinces au sein de ces 3 zones)

RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO	<ol style="list-style-type: none"> 1. < 10 % d'enfants non vaccinés pour chaque AVS menée dans la province orientale et dans les provinces du nord et du sud Kivu (et dans toutes les capitales provinciales) 2. Taux de PFA > 2 avec 80 % des échantillons adéquats dans toutes les provinces
SITUATION	Objectif partiellement atteint
OBSERVATIONS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Objectif atteint dans 2 des 3 provinces (et dans 7 des 9 capitales de province) 2. Objectif atteint dans 10 des 11 provinces
SOUDAN DU SUD	<ol style="list-style-type: none"> 1. < 10 % d'enfants non vaccinés dans chaque État au cours de chaque AVS 2. Taux de PFA > 2 avec 80 % d'échantillons adéquats dans tous les États
SITUATION	Objectif partiellement atteint
OBSERVATIONS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Données non disponibles 2. Objectif atteint
CEINTURE D'IMPORTATION DU PVS	< 10 % d'enfants non vaccinés lors des deux AVS menées dans tous les pays de la ceinture d'importation du PVS relevant des priorités de niveau 1 et 2 (établies fin 2011)
SITUATION	Objectif non atteint
OBSERVATIONS	Objectif atteint dans 10 des 16 pays
SURVEILLANCE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Taux de PFA non poliomyélitique > 2 et > 80 % d'échantillons adéquats au niveau local dans tous les pays d'endémie, les pays où la transmission est rétablie et les pays de la ceinture d'importation du PVS 2. Élargissement de l'échantillonnage environnemental à deux nouvelles zones réservoirs
SITUATION	Objectif partiellement atteint
OBSERVATIONS	<ol style="list-style-type: none"> 1. <ul style="list-style-type: none"> - Pays d'endémie : objectif atteint dans 92 % des provinces - pays où la transmission est rétablie : objectif atteint dans 81 % des provinces - ceinture d'importation du PVS : objectif atteint dans 64 % des provinces 2. Élargissement de l'échantillonnage environnemental à 5 nouveaux sites au Pakistan et 8 nouveaux sites au Nigéria
RIPOSTE AUX FLAMBÉES	<ol style="list-style-type: none"> 1. 100 % des importations de PVS et des cas de PVDVc dans les zones auparavant exemptes ont été traités conformément aux lignes directrices actualisées sur la riposte aux flambées en s'appuyant sur la recherche opérationnelle et les essais cliniques de 2010 2. Évaluation internationale réalisée dans 90 % des pays où les importations ont persisté > 6 mois
SITUATION	Objectif partiellement atteint
OBSERVATIONS	100 % des importations de PVS et 75 % des cas d'émergence de PVDVc dans des zones auparavant exemptes de poliomyélite ont été traités conformément aux lignes directrices actualisées sur la riposte aux flambées en s'appuyant sur la recherche opérationnelle et les essais cliniques de 2010 ; en 2011 et 2012, aucune importation n'a persisté → 6 mois au cours de la période faisant l'objet de l'examen
RENFORCEMENT DES SYSTÈMES DE VACCINATION	<ol style="list-style-type: none"> 1. Stratégie RED (Atteindre chaque district) mise en œuvre dans au moins 80 % des districts où le risque d'importation est élevé dans la ceinture d'importation du PVS en Afrique subsaharienne et en Asie 2. Suivi des indicateurs des « systèmes de vaccination » dans au moins 80 % des pays de la ceinture d'importation du PVS en Afrique subsaharienne et des zones à haut risque en Asie
SITUATION	Objectif partiellement atteint
OBSERVATIONS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Objectif non atteint <ul style="list-style-type: none"> - AFRO : objectif atteint dans 12 pays ; non atteint dans 3 pays (Bénin, Côte d'Ivoire, Mauritanie) ; données non disponibles dans 1 pays (Sénégal) - EMRO : objectif atteint dans 5 pays ; objectif non atteint dans 1 pays (Somalie, objectif atteint dans 75 % des districts) - SEARO : objectif atteint dans 100 % des pays 2. Objectif atteint

ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS

AVS	Activités de vaccination supplémentaires
CDC	Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis d'Amérique (Centres de Lutte contre la Maladie, États-Unis)
FATA	Federally Administered Tribal Areas (Pakistan) – Zones tribales sous administration fédérale
GCC	Global Commission for the Certification of the Eradication of Poliomyelitis – Commission mondiale de certification de l'éradication de la poliomyélite
GIS	Système d'information géographique
GPS	Système de positionnement géographique
IMB	Independent Monitoring Board – Comité de suivi indépendant
IMEP	Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite
JLV	Journée locale de vaccination
JNV	Journée nationales de vaccination
LGA	Local Government Area – Zone d'administration locale
LQAS	Lot Quality Assurance Sampling – échantillonnage par lots pour l'assurance de la qualité
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PEV	Programme élargi de vaccination
PFA	Paralysie flasque aiguë
PPAV	Poliomyélite paralytique associée au vaccin
PPG	Global Polio Partners Group – Groupe des partenaires pour l'éradication de la poliomyélite
PRC	Polio Research Committee – Comité de recherche sur la poliomyélite
PVDV	poliovirus dérivé de souche vaccinale
PVDVc	poliovirus circulant dérivé de souche vaccinale
PVDVc2	poliovirus circulant de type 2 dérivé de souche vaccinale
PVS	poliovirus sauvage
PVS1	poliovirus sauvage de type 1
PVS2	poliovirus sauvage de type 2
PVS3	poliovirus sauvage de type 3
RED	Reaching Every District – « Atteindre chaque district »
RSI	Règlement sanitaire international (2005)
SAGE	Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination
SIAD	Administration d'une dose supplémentaire dans un intervalle court
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VPI	vaccin antipoliomyélitique inactivé
VPO	vaccin antipoliomyélitique oral
VPOb	vaccin antipoliomyélitique oral bivalent
VPOm	vaccin antipoliomyélitique oral monovalent
VPOt	vaccin antipoliomyélitique oral trivalent

JUSQU'AU 
 **DERNIER**
ENFANT