

INITIATIVE  
MONDIALE POUR  
L'ERADICATION DE LA

# POLIO

## Rapport annuel 2010

# JUSQU'AU DERNIER ENFANT



Organisation  
mondiale de la Santé



unicef 

© Organisation mondiale de la Santé 2011

Tous droits réservés. Il est possible d'accéder aux publications de l'Organisation mondiale de la Santé sur le site Internet de l'OMS à l'adresse [www.who.int](http://www.who.int) ou de se les procurer auprès des Editions 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; adresse électronique: [bookorders@who.int](mailto: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 Editions de l'OMS, par l'intermédiaire du site Internet de l'OMS à l'adresse ([http://www.who.int/about/licensing/copyright\\_form/en/index.html](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)

Sauf spécification contraire, toutes données sont au 29 mars.

Photo en première de couverture: Indemne de polio, un jeune Népalais en bonne santé joue avec une bicyclette. Les liens étroits qui existent entre le Népal et l'Inde ont conduit à plusieurs cas d'importation au cours des cinq dernières années. Mais le pays a réagi rapidement au dernier cas d'importation et aucun poliovirus sauvage n'a été détecté depuis août 2010. Chris Wolff, OMS.

Photo en quatrième de couverture: À la suite de l'importation d'un poliovirus sauvage qui a causé des centaines de cas de paralysie, un enfant du Tadjikistan a été vacciné contre la poliomyélite. Sodikov, UNICEF.

Conception et mise en page: philippecasse.ch

JUSQU'AU  
DERNIER  
ENFANT

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

Rapport annuel 2010



*Un enfant du Bengale occidental (Inde) porte un masque qu'on lui a remis après l'avoir vacciné contre la polio. Ces masques sont donnés par le Rotary International. Rod Curtis, UNICEF Inde.*

# Table des matières

<b>1</b>   Résumé d'orientation .....	2
<b>2</b>   Les faits marquants de 2010 .....	7
<b>3</b>   <i>Plan stratégique 2010-2012</i> .....	9
Les innovations à l'œuvre .....	10
<b>4</b>   Interrompre la transmission du poliovirus .....	13
4.1 Étape 1 du <i>Plan stratégique</i> : arrêt des flambées .....	15
4.2 Étape 2 du <i>Plan stratégique</i> : arrêt de toute transmission rétablie du poliovirus .....	23
Soudan, Angola, Tchad, République démocratique du Congo	
4.3 Étape 3 du <i>Plan stratégique</i> : pays d'endémie .....	31
India, Nigéria, Afghanistan, Pakistan	
<b>5</b>   Détection du poliovirus.....	42
Réseau mondial des laboratoires de la poliomyélite .....	46
<b>6</b>   Gestion des risques à long terme après l'éradication de la poliomyélite .....	50
<b>7</b>   Renforcement des systèmes de vaccination .....	55
<b>8</b>   Financement .....	61
Contributions .....	63
<b>Annexe A: rapport de progression des principaux indicateurs de processus de l'IMEP pour l'année 2010</b> .....	66
<b>Annexe B: cartes et données à l'appui du rapport de l'OMS</b> .....	70
<b>Sigles et acronymes</b> .....	72

# 1 | Résumé d'orientation

Les activités mondiales d'éradication de la polio menées en 2010 ont porté leurs fruits puisqu'elles ont obtenu quatre résultats marquants: une baisse de 95% du nombre d'enfants paralysés par la poliomyélite au Nigéria, une baisse de 94% du nombre d'enfants paralysés par la poliomyélite en Inde, une diminution de 92% des cas de polio dus au poliovirus sauvage de type 3 (PVS3) dans le monde, et enfin l'interruption en 2009 de l'importation de poliovirus sauvages dans tous les pays réinfectés. Considérés globalement, ces résultats montrent que si l'on utilise pleinement les outils et les méthodes présentés dans le *Plan stratégique 2010-2012* de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP) nous pourrions vivre dans un monde où tous les enfants, «jusqu'au dernier enfant», seront protégés de la poliomyélite.

Ce rapport présente un résumé des activités d'éradication de la poliomyélite menées en 2010, première année d'application du *Plan stratégique 2010-2012*, et évalue les progrès accomplis au regard des étapes définies dans ce plan. Mandatée par l'Assemblée mondiale de la Santé (WHA), l'IMEP a élaboré ce plan pour qu'à fin 2012 au plus tard, la poliomyélite soit éradiquée de toutes les régions où le virus est toujours en circulation.

Au début de l'année 2010, les principales régions des quatre pays d'endémie constataient toujours la circulation des deux types survivants de poliovirus sauvages, la transmission de poliovirus était rétablie dans quatre pays du centre et du sud de l'Afrique auparavant exempts de poliomyélite et des flambées survenaient de façon récurrente en Afrique de l'ouest et dans la Corne de l'Afrique.

En 2010, des progrès ont pu être obtenus grâce à l'engagement des gouvernements. Ainsi, l'Inde et le Nigéria ont mobilisé tous les échelons de leurs gouvernements respectifs ainsi que les chefs traditionnels et religieux pour superviser et soutenir les activités d'éradication; ils ont par ailleurs affecté d'importantes ressources nationales à ces activités. Les niveaux très bas de transmission du poliovirus dans ces pays et du PVS3 dans le monde ont démontré l'impact du nouveau vaccin antipoliomyélique oral bivalent (le VPOb) et des nouvelles méthodes d'administration des vaccins. La forte chute du nombre de cas

d'infection par le PVS3 constatée en 2010 dans le monde a sans doute été le résultat le plus significatif de l'introduction du VPOb. En 2010, 87 cas de poliomyélite dus au virus de type 3 ont été notifiés, contre 1122 cas en 2009 – le plus petit nombre de cas dus au PVS3 enregistrés dans l'histoire de l'IMEP. Même si l'on s'attendait à réduire le nombre de cas dus au PVS3 grâce au VPOb tout en limitant la transmission du PVS1, les résultats ont dépassé les espérances. L'introduction du VPOb et les nouvelles méthodes d'administration du vaccin ont été pour beaucoup dans la réduction de 50% du nombre total de districts infectés par les poliovirus sauvages dans le monde: au nombre de 481 en 2009, les districts infectés n'étaient plus que 241 à la même période en 2010.

Dans le *Plan stratégique*, des étapes ont été fixées pour mesurer les progrès obtenus sur trois axes: 1) arrêt des flambées dans les pays nouvellement infectés; 2) interruption de la transmission rétablie du poliovirus et 3) réduction des cas dans les pays d'endémie. Pour évaluer les avancées vers ces étapes et orienter les mesures correctives, l'Assemblée mondiale de la Santé a mandaté un Comité de suivi indépendant qui s'est réuni pour la première fois en décembre 2010.

## Avancées concrètes vers deux des trois premières étapes

Des avancées concrètes importantes ont été réalisées vers les première et troisième étapes du *Plan stratégique*.

Pour atteindre l'objectif de la première étape, les pays confrontés à des importations de poliovirus ont combiné plusieurs méthodes: campagnes coordonnées de vaccination antipoliomyélique à grande échelle, suivi indépendant de la couverture des campagnes de vaccination, surveillance rigoureuse et



CORNELIA WALTHER, UNICEF

*Jalalabad, Afghanistan, 2010 : pendant des journées nationales de vaccination, une fillette attend son tour pour être vaccinée dans un centre de santé, avec sa mère et sa jeune sœur.*

poids politique. À la fin du premier semestre 2010, les importations de poliovirus notifiées en 2009 étaient interrompues dans les 15 pays et les nouvelles importations survenues en 2010 ont été interrompues dans 11 pays dans un délai de six mois.

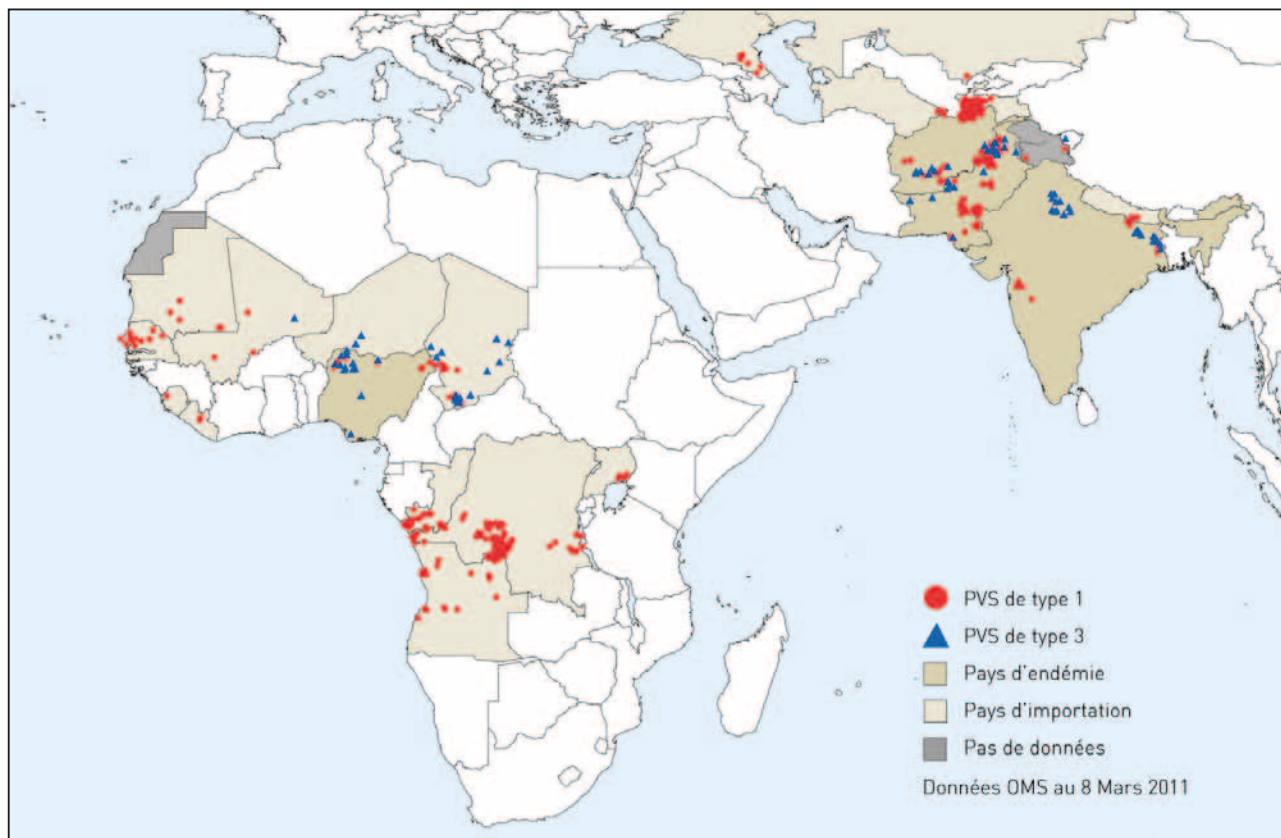
Aucun compte n'est achevé pour l'année 2010 mais il n'a pas été nécessaire de rappeler les conséquences désastreuses de la poliomyélite, même dans les endroits où elle n'est plus qu'un souvenir: des centaines de personnes ont été atteintes de paralysie après l'importation au Tadjikistan, en février 2010, d'un poliovirus sauvage et une importation en République du Congo, en septembre, s'est révélée encore plus meurtrière. La riposte à ces flambées a confirmé deux enseignements essentiels pour l'éradication de la poliomyélite: il est impératif d'agir rapidement et lorsqu'on le juge nécessaire, il faut vacciner les enfants plus âgés et les adultes.

Concernant la troisième étape dans les pays d'endémie, les pays en bonne voie d'atteindre l'objectif de 2010 sont l'Inde et le Nigéria qui ont enregistré des baisses respectivement de 94 % et de 95 % dans le nombre de cas. Les conséquences de ces baisses sont particulièrement significatives pour les activités d'éradication de la poliomyélite dans le monde dans la me-

sure où tous les poliovirus sauvages importés dans des régions exemptes de poliomyélite depuis quelques années étaient originaires du Nigéria ou de l'Inde. En marge de cette avancée remarquable, les risques persistent. En Inde, un cas de PVS a été détecté début 2011 dans l'État du Bengale occidental et les opérations de ratissage d'urgence sont maintenues dans tout le pays. Des cas de poliomyélite persistent également dans des États du nord-est et du nord-ouest du Nigéria et des signes avant-coureurs indiquent qu'il subsiste d'importantes lacunes dans la surveillance. La situation au Nigéria se trouve compliquée par la transmission du poliovirus dérivé d'une souche vaccinale qui persiste dans le nord du pays depuis plus de quatre ans.

Malgré le climat d'insécurité qui pèse sur l'Afghanistan, on a constaté en 2010 une baisse de 34 % du nombre total de cas par rapport à 2009, et en avril 2011, aucun PVS3 n'avait été détecté depuis 12 mois. Constat tout aussi important, l'Afghanistan a réussi à prévenir de nouvelles flambées après avoir constaté des importations de poliovirus depuis le Pakistan voisin.

### Nombre de cas dans le monde dus à un PVS en 2010



Alors que les activités d'éradication de la poliomyélite gagnaient du terrain dans ces trois pays d'endémie, le virus a resserré son étai au Pakistan. L'augmentation du nombre de cas de poliomyélite au Pakistan (62 % en 2009) a refroidi l'optimisme des autres pays. En 2010, le Pakistan a enregistré plus de cas de poliomyélite que les trois autres pays d'endémie réunis. Il faut reconnaître qu'il a eu beaucoup moins de chance. Les violentes inondations qui ont dévasté le pays ont détruit 600 000 maisons, pollué des milliers d'hectares de terres arables et bouleversé la vie de 18 millions de personnes. Parallèlement à cette catastrophe, les principales zones du Pakistan touchées par la poliomyélite – notamment les régions tribales sous administration fédérale – ont continué d'être secouées par les conflits et l'insécurité, et jusqu'à 250 000 enfants vivant dans ces zones n'ont pas pu être vaccinés. Même dans les zones du Pakistan parfaitement accessibles, des enfants ont toujours échappé à la vaccination – et se retrouvent de ce fait paralysés par la poliomyélite. Alarmé par cet état de fait, en octobre 2010, le Président a dirigé la mise en place rapide d'un plan national d'urgence pour rattraper le retard pris dans les mesures d'éradication de la poliomyélite et a lancé ce plan en personne en janvier 2011.

#### La deuxième étape est manquée

Pour la deuxième étape applicable aux pays où la transmission est rétablie, la situation est plus alarmante puisque trois des quatre pays concernés n'ont pas atteint l'objectif de cette étape à fin 2010.

La plupart des signes semblent indiquer que la transmission rétablie du poliovirus a été interrompue dans le Sud Soudan. A l'inverse, elle s'est poursuivie tout au long de l'année 2010 en Angola, en République démocratique du Congo et au Tchad. La République démocratique du Congo s'est trouvée harcelée par de nouvelles importations dans les provinces du sud et dans sa capitale, et à l'est, la transmission rétablie du poliovirus s'est poursuivie.

Au cours du premier semestre 2010, d'importantes lacunes dans la qualité des campagnes menées en Angola ont permis au poliovirus de se propager à l'intérieur du pays et à l'extérieur, en République démocratique du Congo et en République du Congo. Face à cette situation, l'Angola a lancé en juin 2010 un plan national d'urgence dont une composante essentielle était le plein engagement des gouverneurs des provinces et des administrateurs municipaux. L'appui technique



### Comparaison entre les cas dus à un PVS 2009 et 2010

Cas dus au PVS de type 1*	PVS1-2009	PVS1-2010
Pakistan	61	120
Afghanistan	16	17
Inde	80	18
Nigéria	75	8
Pays où la transmission est rétablie	74	144
Pays réinfectés**	176	896

Cas dus au PVS de type 3	PVS3-2009	PVS3-2010
Pakistan	28	24
Afghanistan	22	8
Inde	661	24
Nigéria	313	13
Pays où la transmission est rétablie	67	15
Pays réinfectés	31	3

renforcé de la communauté internationale a permis d'améliorer la surveillance dans les principales régions du pays. Début 2011, des campagnes de plaidoyer de haut niveau ont permis au Président de placer la poliomyélite au rang des priorités nationales. L'une des concrétisations de cette décision a été l'ouverture d'une importante ligne de crédit dans le budget national pour couvrir les coûts d'exploitation des campagnes d'éradication de la poliomyélite.

Sur invitation des gouvernements de l'Angola et de la République démocratique du Congo, les directeurs généraux des organismes partenaires engagés dans le programme d'éradication de la poliomyélite se sont rendus dans ces pays pour discuter avec les chefs d'État respectifs de l'application des plans d'action correctifs.

En mars 2010, le Président du Tchad a annoncé qu'il «déclarait la guerre à la poliomyélite». Toutefois, la couverture des campagnes de vaccination des enfants ne s'est étendue que graduellement et la transmission rétablie du PVS3 s'est poursuivie dans l'est du pays. De nouveaux fronts de lutte ont été engagés lorsque le PVS1 – importé du Nigéria en septembre – a profité du fait que l'on ne se fiait qu'au vaccin antipoliomyélitique oral monovalent de type 3 et a provoqué rapidement une nouvelle flambée.

CLASSEMENT DES PAYS	PVS1		PVS3	
	2009*	2010	2009	2010
<b>Pays d'endémie</b>				
Afghanistan	16	17	22	8
Inde	80	18	661	24
Nigéria	75	8	313	13
Pakistan	61	120	28	24
<b>Total</b>	<b>232</b>	<b>163</b>	<b>1024</b>	<b>69</b>
<b>Pays où la transmission est rétablie</b>				
Angola	29	33		
Tchad		11	64	15
RD Congo		100	3	
Soudan	45			
<b>Total</b>	<b>74</b>	<b>144</b>	<b>67</b>	<b>15</b>
<b>Pays confrontés à des flambées</b>				
Bénin	20			
Burkina Faso	15			
Burundi	2			
Cameroun			3	
Congo**		382		
Côte d'Ivoire	26			
Guniée	42			
Kazakhstan		1		
Kenya	19			
Libéria	11	2		
Mali	2	3		1
Mauritanie	13	5		
Népal		6		
Niger	1		14	2
Fédération de Russie		14		
Sénégal		18		
Sierra Leone	11	1		
Tadjikistan		458		
Togo	6			
Turkménistan		3		
Ouganda	8	4		
<b>Total</b>	<b>176</b>	<b>896</b>	<b>31</b>	<b>3</b>
<b>Total général</b>	<b>482</b>	<b>1 203</b>	<b>1 122</b>	<b>87</b>

Données OMS au 11 mai 2011.

\* Comprend les cas associant PVS1/PVS3 en Afghanistan, en Inde et au Pakistan.

\*\* Les 317 cas liés à la flambée de PVS1 et dont les échantillons n'ont pas été prélevés dans les conditions requises ont été exceptionnellement classés comme cas confirmés de poliomyélite compte tenu de leur association temporelle et géographique avec des cas de PVS1 confirmés par les analyses virologiques, et de leur classification en tant que cas poliomyélitiques par le comité national d'experts de la poliomyélite.

### Innovations

Les avancées significatives contre la poliomyélite obtenues en 2010 dans la plupart des pays d'endémie et des pays confrontés à des flambées ont pu être réalisées grâce à une série d'innovations dans la planification et le suivi du programme. Des plans adaptés aux districts ont permis de meilleures campagnes de vaccination. Un suivi systématique des actions des dirigeants au niveau infranational a permis une meilleure responsabilisation au niveau opérationnel. Les autres innovations appliquées plus largement en 2010 ont été notamment la stratégie SIAD (administration d'une dose supplémentaire dans un intervalle court) et l'élaboration de plans ciblés pour atteindre les populations à forte mobilité ou en transit. Pour évaluer plus clairement la qualité des campagnes de vaccination, des indicateurs types ont été introduits dans tous les pays pour assurer un suivi indépendant de chaque campagne; lorsque c'est jugé nécessaire, les résultats sont affinés par des enquêtes de type LQAS (échantillonnage par lots pour l'assurance de la qualité) et par des études sérologiques. La sensibilité de la surveillance de la maladie a été renforcée en 2010 par l'élargissement de la surveillance environnementale et par la mise en place d'études de terrain rapides.

### Perspectives

La réussite de toutes les étapes du *Plan stratégique* exigera que l'on utilise ces innovations de façon systématique et rationnelle dans tous les districts infectés et que l'on effectue rapidement des ajustements dans la mise en œuvre du programme lorsque le Comité signalera des régions qui ont manqué – ou risquent de manquer – une étape. En 2011, les priorités sont triples. Les pays qui sont en bonne voie de réussir leur étape doivent maintenir les stratégies pour interrompre toute transmission. Ceux dans lesquels l'étape est considérée à risque chercheront à officialiser les meilleures pratiques pour l'application de leurs nouveaux plans d'urgence. Enfin, l'innovation et la recherche continues permettront d'orienter les étapes suivantes et de préparer le terrain pour l'après-poliomyélite.

En 2010, on a calculé que les retombées financières de l'éradication s'élèveront au minimum à US\$ 40-50 milliards pour les 25 prochaines années, essentiellement dans les pays à faible revenu. Et encore ce chiffre ne tient-il pas compte des retombées considérables déjà acquises dans les pays à revenu élevé, des avantages supplémentaires de la distribution de vitamine A et d'autres interventions intégrées aux campagnes ni, plus largement, du renforcement des capacités des systèmes de santé qui en résulte.

Le budget de l'IMEP pour la période 2011-2012 est estimé à US\$ 1,87 milliard mais à fin mars 2011, il manquait encore US\$ 665 millions. La baisse encourageante des cas de poliomyélite en Inde et au Nigéria a catalysé les appels lancés d'urgence par le Rotary International et la Fondation Bill & Melinda Gates à d'autres donateurs et a incité le Royaume-Uni à doubler sa participation financière à l'IMEP pour la période 2011-2012, en la subordonnant à l'alignement d'autres donateurs dans un rapport de cinq à un.

Les enseignements tirés de l'Afghanistan, de l'Inde, du Nigéria et des pays qui ont interrompu de nouvelles flambées en 2010 seront appliqués en 2011 aux défis qui restent à relever dans ces pays mais aussi à l'Angola, au Pakistan, à la République démocratique du Congo et au Tchad. A l'issue de la première année d'application du *Plan stratégique 2010-2012*, le monde a en mains les outils et les méthodes nécessaires pour éradiquer la poliomyélite une fois pour toutes; il s'agit désormais de faire en sorte que ces outils et ces méthodes soient appliqués systématiquement partout.

## 2 | Les faits marquants de 2010

### Janvier

**10** L'Inde utilise pour la première fois le vaccin antipoliomyélique oral bivalent (VPOb). Le Nigéria devient le premier pays africain à utiliser le VPOb à l'occasion des journées de vaccination Plus du 30 janvier organisées au niveau national.

### Février

**23** Le message «End Polio Now» (Éradiquer la polio maintenant) a été projeté sur certains des sites et monuments les plus emblématiques au monde afin de marquer le 105<sup>e</sup> anniversaire du Rotary International. Le message a été projeté entre autres sur le château Eilean Donan, en Écosse.



MIKE PHIMISTER, ROTARY INTERNATIONAL

### Mars

**06** Dans plusieurs pays de l'ouest et du centre de l'Afrique, les dirigeants ont lancé une vaste campagne de vaccination synchronisée.

### Avril

**23** Début du plan de riposte à la flambée survenue en Asie centrale, la première importation d'un poliovirus dans la Région européenne de l'Organisation mondiale de la Santé depuis qu'elle a été déclarée exempte de poliomyélite en 2002. Ce plan a bénéficié de subventions d'urgence du Rotary International, du Fonds central d'intervention d'urgence des Nations Unies et du Gouvernement japonais. Cette importation de virus depuis l'Inde démontre une fois de plus que les régions exemptes de poliomyélite resteront vulnérables tant que la poliomyélite n'aura pas été totalement éradiquée.

### Mai

**01** Des joueurs de cricket des équipes d'Afghanistan et d'Inde ont échangé des bats de cricket en soutien à l'initiative «Mettre la polio hors jeu». Leurs matches à grand retentissement sont regardés par des milliers de passionnés de cricket et cette manifestation a permis de sensibiliser le grand public aux activités d'éradication de la poliomyélite.



CORNELIA WALTHER, UNICEF

**11-14** Lors de sa visite dans l'État de Bihar (Inde), Bill Gates a été frappé par la qualité et l'ampleur du programme indien d'éradication de la poliomyélite; il a traversé le fleuve Kosi pour constater de visu les efforts considérables qui ont été déployés. M. Gates s'est rendu également à Kano (Nigéria) en juin dans le cadre de son soutien indéfectible aux pays touchés par la poliomyélite: «Tous les Nigériens doivent être fiers des progrès accomplis par leur pays contre la poliomyélite» a-t-il déclaré.



PRASHANT PANJARI, FONDATION BILL & MELINDA GATES

### Juin

**18** Le *Plan stratégique 2010-2012* est officiellement lancé à Genève (Suisse), un mois après son adoption par l'Assemblée mondiale de la Santé. Les ministres de la santé de l'Angola, du Nigéria et du Sénégal, parmi un certain nombre d'autres hauts fonctionnaires des ministères de la santé, de bailleurs de fonds existants et potentiels, de fabricants de vaccins et des principales organisations partenaires se sont exprimés lors de la manifestation accueillie conjointement par le Dr Margaret Chan, Directeur général de l'OMS et M. Anthony Lake, Directeur exécutif de l'UNICEF.



CHRISTINE MCNAB

**21** Le ballon de football de la campagne «Bouter la polio hors d'Afrique» est arrivé à Montréal (Canada) à la Convention du Rotary International. Ce ballon a traversé 22 pays africains infectés par le poliovirus où il a été dédié par 22 dignitaires, en exemple de l'unité africaine dans la lutte contre la poliomyélite – parmi lesquels des chefs religieux et traditionnels du nord du Nigéria.

## Août

**04** Le personnel et les ressources du programme d'éradication de la poliomyélite sont mobilisés pour soutenir les mesures d'urgence à la suite des inondations qui ont dévasté le Pakistan.

**22** M. Osman Hussein Ibrahim, responsable de la lutte contre la poliomyélite au niveau du district, est tué par une balle perdue dans l'exercice de ses fonctions à Mogadishu (Somalie). Cette tragédie nous rappelle brutalement les dangers auxquels sont confrontés les agents de santé qui travaillent en première ligne.

**24** Le Président russe Dimitry Medvedev et Bono, le chanteur leader du groupe de rock U2, ont discuté de la poliomyélite et Bono a déclaré que l'éradication de la poliomyélite était à portée de main, «comme un fruit prêt à être cueilli».

## Octobre

**12** En Angola, le Dr José Van-Dúnem, Ministre de la Santé, en compagnie du Gouverneur et du vice-gouverneur de la Province de Luanda, ont accompagné les agents chargés de la vaccination pendant une campagne nationale de vaccination contre la poliomyélite.



JOSÉ CHETANG, OMS ANGOLA

**24** Pour célébrer la Journée mondiale de la Polio, tous les clubs du Rotary dans le monde se sont montrés créatifs pour mobiliser des fonds en faveur de l'éradication de la poliomyélite. Entre autres manifestations, ils ont vendu et planté en Grande Bretagne et en Irlande 4,6 millions de bulbes de crocus violets – la couleur utilisée pour marquer les doigts des enfants que l'on vient de vacciner – qui viendront à éclosion au printemps suivant.

**28** Le Directeur général de l'OMS et le Directeur régional de la Méditerranée orientale ont lancé les journées nationales de vaccination dans les zones tribales du Pakistan, en compagnie du Premier Ministre de la Province du Khyber Pakhtunkhwa (Pakistan).



DGS PAKISTAN

## Novembre

**11** Une flambée de poliomyélite en République du Congo, due à l'importation d'un poliovirus, a frappé mortellement des adolescents et des adultes, rappel glaçant du pouvoir meurtrier de la poliomyélite.

## Décembre

**16** Une étude publiée dans la revue *Vaccine* sur les retombées économiques de l'éradication de la poliomyélite estime que le programme de l'IMEP pourrait générer un bénéfice net d'au moins US\$ 40 à 50 milliards jusqu'en 2035, essentiellement dans les pays à faible revenu, si l'on parvient à interrompre la transmission des poliovirus sauvages dans les cinq prochaines années.

**21-22** Première réunion du Comité de suivi indépendant des progrès réalisés vers l'éradication de la poliomyélite

## 3 | Plan stratégique 2010-2012

«Ce nouveau plan va rayer de la carte les derniers réservoirs de poliovirus et ces effroyables virus seront relégués à jamais dans le passé.»

Déclaration de Bill Gates, co-président de la Fondation Bill & Melinda Gates, dans son allocution au Congrès des États-Unis en mars 2010.

Peu après le lancement de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP) en 1988, le monde a rapidement progressé vers l'objectif d'éradication de la poliomyélite. Le nombre de cas a commencé à chuter, trois Régions de l'Organisation mondiale de la Santé ont été certifiées exemptes de poliomyélite, la transmission de l'un des trois sérotypes de poliovirus sauvages a été interrompue avec succès dans le monde – et au début du nouveau millénaire, on enregistrait une baisse stupéfiante de 99% de l'incidence de la maladie. Le monde s'attendait à ce que la poliomyélite appartienne sous peu au passé.

En 2005, la lutte contre la poliomyélite s'est trouvée au point mort. La poliomyélite endémique a persisté dans des zones limitées de quatre pays: l'Inde (Uttar Pradesh et Bihar), le Nigéria (États du nord), le Pakistan (quelques zones de la province de Sindh, Balochistan et la Province de la Frontière

du Nord-Ouest et les zones tribales sous administration fédérale - NWFP et FATA), et l'Afghanistan (Région Sud). Dans un monde majoritairement sans poliomyélite, la propagation internationale du poliovirus depuis les zones d'endémie a provoqué des flambées récurrentes dans des pays exempts de poliomyélite. Malgré la mise au point de nouveaux moyens en 2005 destinés à assécher les réservoirs restants – notamment le vaccin antipoliomyélique oral monovalent (VPOm) – il est devenu évident que les méthodes qui avaient permis d'éradiquer la poliomyélite de 99% du monde seraient inefficaces pour éliminer le un pour cent restant. C'est la raison pour laquelle en 2008, l'Assemblée mondiale de la Santé (WHA) a demandé l'élaboration de nouvelles approches stratégiques pour finir le travail une fois pour toutes. En 2008 et 2009, un certain nombre d'activités essentielles ont été expérimentées et évaluées. Les résultats devaient apporter les éléments à l'appui du nouveau *Plan stratégique 2010-2012 de l'IMEP*.

Une importante étude indépendante d'évaluation a cherché les raisons précises pour lesquelles la poliomyélite a persisté dans ces zones clés et les outils ou méthodes supplémentaires qu'il faudrait utiliser pour assurer la réussite de l'initiative. Une chose était claire, le principe du modèle unique n'était pas applicable car les obstacles à la réussite dans ces zones étaient propres à chacune d'elles. De nouvelles approches et de nouveaux produits – d'un nouveau VPO bivalent (VPOb contenant les sérotypes 1 et 3) à des plans adaptés aux districts – ont été introduits et évalués.

Toutes ces nouvelles approches et ces nouveaux outils ont été officialisés dans le *Plan stratégique 2010-2012*, tel qu'il a été adopté par l'Assemblée mondiale de la Santé, en mai 2010. Ce plan a été lancé officiellement le 18 juin 2010 à l'occasion d'une conférence des partenaires de l'IMEP, accueillie conjointement par le Dr Margaret Chan, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et M. Anthony Lake, Directeur exécutif du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF).

Moins de 12 mois après le lancement du *Plan stratégique*, le monde a commencé à constater des résultats sans précédent dans des zones où les stratégies d'éradication restaient depuis longtemps sans effet: plus particulièrement dans les principales poches de réservoirs de l'Inde et du Nigéria et dans des contextes de flambées dans les pays exempts de poliomyélite. Les résultats ont montré que les nouvelles approches sont opérantes mais à l'unique condition qu'elles soient pleinement mises en application.



Lancement du Plan stratégique 2010-2012 de l'IMEP au Siège de l'OMS à Genève, Suisse, en juin 2010.

## Les innovations à l'œuvre

Le *Plan stratégique 2010-2012 de l'IMEP* s'appuie sur un certain nombre de méthodes ou produits innovants pour surmonter les derniers obstacles qui empêchent l'éradication de la poliomyélite dans les zones d'endémie restantes, pour favoriser une riposte aux flambées plus rapide et plus approfondie, et enfin pour limiter la reprise de la propagation de la poliomyélite dans le monde. Ces approches sont régulièrement évaluées et affinées.

### Le VPO bivalent change la donne

Évalué et mis au point en un temps record, le nouveau VPO bivalent administré en dose unique s'attaque simultanément aux deux sérotypes restants des poliovirus sauvages (type 1 et type 3). Les tests cliniques et les essais sur le terrain réalisés en 2010 ont confirmé que l'efficacité de ce vaccin était supérieure à celle du VPO trivalent habituellement administré, tout en offrant une immunité semblable à celle obtenue par le VPO monovalent correspondant.

La mise à disposition de ce nouveau vaccin a changé la donne puisqu'il a permis de simplifier la logistique dans le déroulement des activités de vaccination supplémentaire (AVS). Depuis sa première utilisation en décembre 2009 (en Afghanistan), l'utilisation du VPOb a été intensifiée en 2010 et 179 millions d'enfants ont été vaccinés dans 17 pays. Un vaccin quel qu'il

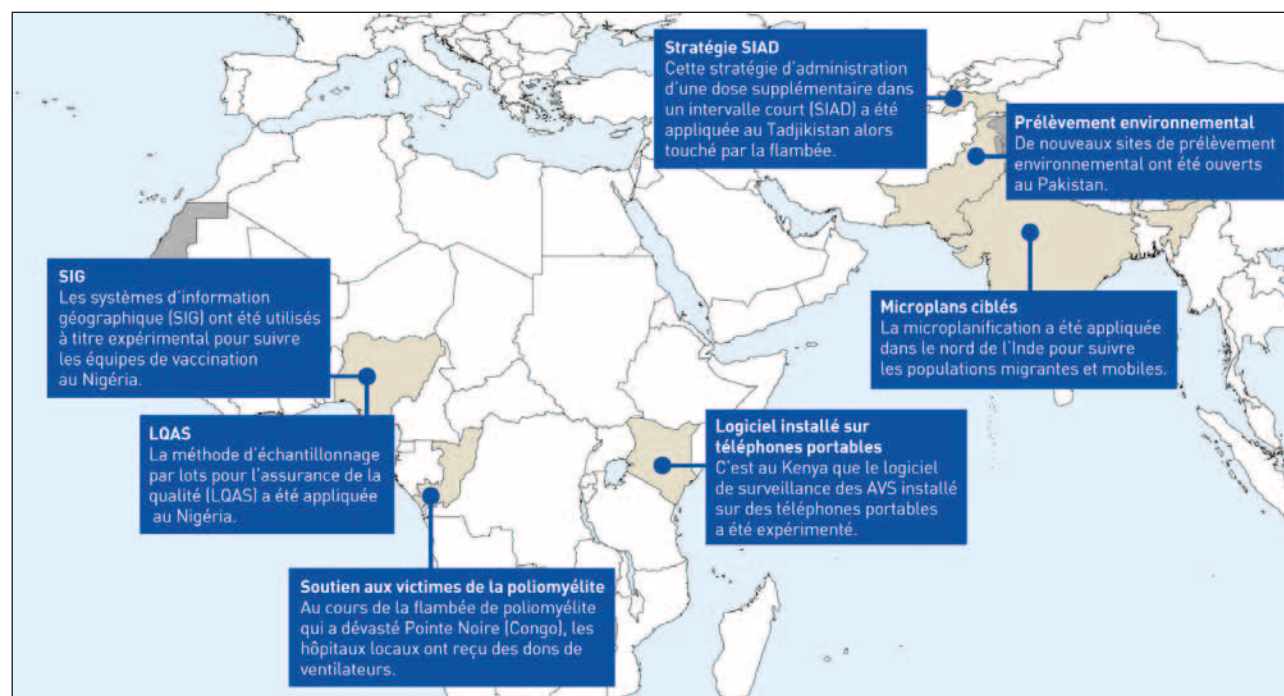
soit n'est opérant que s'il est administré aux enfants: l'administration largement répandue du VPOb a été combinée à des activités de vaccination supplémentaire plus opérationnelles en 2010, ce qui a permis de réduire au plus bas niveau jamais atteint la transmission du PVS3 dans le monde et dans le même temps, de limiter considérablement la transmission du PVS1 dans les principales zones d'endémie.

### Des microplans opérationnels ciblés touchent davantage d'enfants, où qu'ils se trouvent

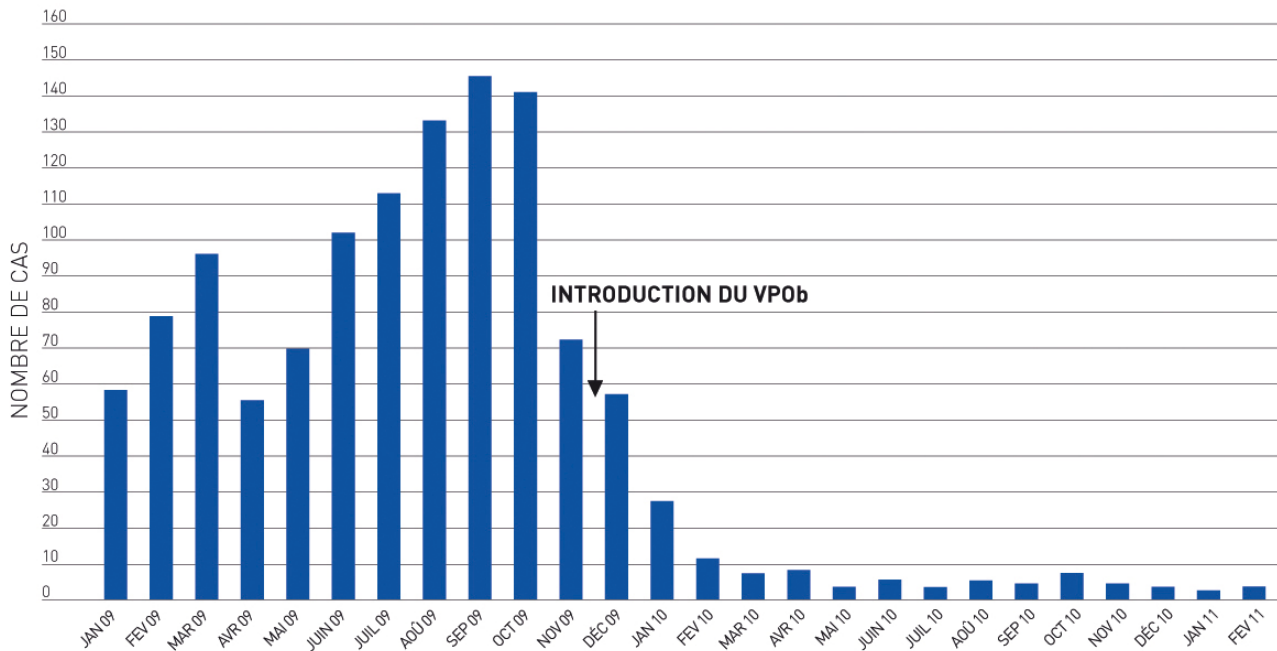
La transmission du poliovirus ne persiste désormais que dans quelques zones où vivent les populations les plus vulnérables et souvent déplacées. Pour atteindre les groupes d'enfants les plus marginalisés, les efforts d'éradication de la poliomyélite doivent se focaliser sur les dernières souches du virus, en les ciblant le plus précisément possible.

Cela implique que l'on identifie les zones où le virus persiste, d'un point de vue géographique mais aussi sociodémographique, puis que l'on imagine le meilleur moyen d'atteindre ces groupes, compte tenu des facteurs en jeu propres à chaque lieu et à chaque population. Dans certains cas, cela signifie qu'il faudra se centrer sur les districts identifiés comme étant les plus à risque et utiliser les infrastructures locales sanitaires et civiles existantes pour atteindre les enfants (dans le sud de l'Afgha-

### Nouvelles stratégies en 2010



## Les effets du vaccin antipoliomyélitique oral bivalent sur le PVS3



nistan par exemple). Dans d'autres cas, cela signifie qu'il faudra mettre en place des stratégies spécifiques pour vacciner les enfants qui vivent au sein de groupes de populations mobiles ou migrants (comme dans le nord de l'Inde).

### La stratégie SIAD confère rapidement une immunité dans les situations de conflits et de flambées

Les enfants qui vivent dans des zones de conflit ou dans des régions restées longtemps exemptes de poliomyélite sont souvent particulièrement vulnérables face au poliovirus. Dans le premier cas, l'obstacle à la vaccination sera la difficulté d'accès ; dans le second cas, la vaccination peut ne pas être perçue comme une priorité si aucun cas de poliomyélite ne s'est déclaré pendant un certain temps. La vulnérabilité de ces groupes – pas vaccinés ou insuffisamment vaccinés – qui en résulte crée un environnement favorable au poliovirus s'il est présent ou introduit.

La stratégie SIAD (Administration d'une dose supplémentaire dans un intervalle court) a été élaborée pour immuniser plus rapidement les populations dans de tels contextes. La stratégie SIAD tire parti de la disponibilité des VPO monovalents pour réduire l'intervalle habituellement nécessaire entre les doses consécutives. Les doses de VPO trivalent doivent être administrées à des intervalles de quatre à six semaines du fait de l'interférence entre les différents sérotypes contenus dans ce vaccin et spécialement le type 2. Avec les VPO monovalents, ce problème d'interférence entre les doses consécutives ne se pose plus (puisque ces vaccins ne contiennent qu'une seule souche de poliovirus) et l'intervalle entre les doses consécutives peut donc être réduit à une semaine.

Cette approche qui a été évaluée pour la première fois en 2007 en Somalie, était une composante de la riposte organisée contre la série de flambées de nature explosive survenues en 2010 au Tadjikistan et en République du Congo. Elle continue d'être appliquée pour élever les niveaux d'immunité dans les districts du sud de l'Afghanistan dont la sécurité sanitaire se trouve compromise par la transmission persistante du poliovirus, et devrait être utilisée dans plusieurs régions difficiles et notamment dans les zones tribales sous administration fédérale, au Pakistan.

### Un échantillonnage par lots pour l'assurance de la qualité (LQAS) et un suivi indépendant renforcé pour évaluer l'impact des activités

Combien d'enfants ont pu être vaccinés et dans quelles zones? Les activités de vaccination supplémentaires (AVS) de grande envergure sont une méthode éprouvée pour interrompre la transmission des poliovirus, mais leur efficacité est subordonnée à l'excellente qualité de leur mise en œuvre. Lorsque des enfants échappent à la vaccination, cela laisse au poliovirus un espace lui permettant de survivre et de circuler.

En 2010, un suivi indépendant renforcé associé à un échantillonnage par lots pour l'assurance de la qualité (LQAS) a été mis en place pour donner une image plus claire de l'efficacité des AVS. De nouveaux protocoles et de nouveaux critères ont été créés pour aider un réseau de suivi indépendant en temps réel, validé si nécessaire par une enquête de type LQAS (un système standard d'assurance de la qualité selon lequel des domaines d'intérêt regroupés par catégories correspondant à des «lots» font l'objet d'un échantillonnage pour déterminer si la

couverture vaccinale est jugée «acceptable» ou «inacceptable»). En identifiant rapidement une zone insuffisamment couverte, on peut dès lors ajuster les activités à mi-parcours et faire intervenir de nouveau les équipes de vaccination secondaire dans la zone concernée, y compris pendant une même AVS.

### **Surveillance environnementale, études sérologiques et modélisation mathématique permettent de suivre et de prédire les déplacements des poliovirus**

Les poliovirus se trouvant de plus en plus refoulés dans des zones isolées ou dans des communautés marginalisées, il devient désormais urgent de les rechercher pour trouver où ils se cachent, où ils iront peut-être ensuite, et quels groupes de population sont les plus exposés. La surveillance active des cas de paralysie flasque aiguë (PFA) est le principal moteur de recherche des cas de poliomyélite. Pour compléter cette surveillance, l'utilisation d'outils supplémentaires a été intensifiée en 2010, en particulier dans les zones où les données programmatiques et épidémiologiques sont incohérentes.

La surveillance environnementale, étendue en 2010 aux zones urbaines à forte densité de population en Inde et au Pakistan, a apporté des données supplémentaires sur l'ampleur de la transmission des virus. Parallèlement, des études sérologiques ont déterminé plus précisément le niveau d'immunité des populations et ont identifié les lacunes qui doivent être comblées. Enfin, la modélisation mathématique des zones à haut risque a permis de prévoir quelles zones exemptes de poliomyélite ou quels groupes marginalisés sont le plus exposés à un risque de réinfection ou de flambées.

Ces innovations permettent une évaluation plus approfondie des risques et donc l'estimation précise des ressources qui doivent être allouées aux zones qui en ont désespérément besoin.

### **Une technologie du quotidien utilisée différemment pour vacciner un plus grand nombre d'enfants contre la poliomyélite**

L'omniprésence des téléphones portables a été exploitée en 2010 pour contrôler la qualité des activités de vaccination supplémentaire (AVS). La collecte et l'analyse des données en temps réel ont été effectuées dans ce but par des contrôleurs indépendants au moyen de téléphones portables et du logiciel EpiSurveyor. Les données sont transmises en temps réel à un serveur à distance où elles peuvent être visualisées et téléchargées sur n'importe quel ordinateur disposant d'un accès à Internet. Évaluée pendant des activités de vaccination supplémentaire au Kenya, cette méthode pourrait contribuer à développer les efforts de suivi indépendant et les enquêtes de type LQAS. Un deuxième essai est en cours au Pakistan. Selon les résultats obtenus, cette méthode pourrait être officialisée en 2011.

En novembre 2010 au Nigéria, une étude pilote a été réalisée pour déterminer s'il serait possible d'utiliser les systèmes d'information géographique (GIS) à l'appui de la mise en œuvre et du suivi des activités de vaccination supplémentaire. Les systèmes d'information géographique servent à recueillir, stocker, analyser et présenter des données se rapportant à un lieu. Au Nigéria, ces systèmes ont permis de suivre et de cartographier les déplacements des équipes de vaccination dans le cadre des microplans qui étaient préparés. L'analyse des données en temps réel a permis d'identifier immédiatement les zones manquées et d'envoyer des équipes pour combler le déficit de vaccination. À la suite d'autres évaluations, l'application de cette méthode sera peut-être étendue en 2011.

### **Les survivants d'une poliomyélite ne sont pas laissés de côté dans les activités d'éradication**

L'année 2010 a été celle où l'on a mis un point final aux discussions sur la question de savoir s'il s'agissait de «lutte» contre la poliomyélite plutôt que d'«éradication», car les flambées explosives survenues en République du Congo et au Tadjikistan ont fait comprendre à quel point il était urgent d'éradiquer totalement ce virus pour éviter qu'à l'avenir, des flambées massives ne surviennent à intervalles réguliers même dans les endroits les plus inattendus.

Les flambées survenues en République du Congo et au Tadjikistan ont été particulièrement meurtrières, puisque le taux de létalité en République du Congo a été supérieur à 30%. Même si l'éradication représente l'ultime protection contre la poliomyélite, il est évident qu'il reste encore beaucoup à faire pour soutenir les victimes de la poliomyélite qui ont survécu.

Confrontés à l'augmentation brutale et à la gravité des cas de paralysie qui ont surchargé les capacités nationales lors des flambées survenues en Asie centrale et au Congo, les professionnels de l'OMS chargés des questions d'incapacités et de réadaptation et les ONG ont participé aux opérations de riposte aux flambées de poliomyélite pour évaluer la capacité des pays à assurer des services de soutien et de réadaptation aux cas de détresse respiratoire aiguë et à mettre en place des programmes de réadaptation en faveur du grand nombre de victimes. En République du Congo, une équipe spéciale de l'Initiative mondiale pour les soins d'urgence et les soins chirurgicaux essentiels de l'OMS a été détachée en novembre pour appuyer les actions humanitaires de riposte à la flambée. Elle était chargée d'une mission claire: réduire la mortalité associée à cette flambée. Des unités spéciales ont été créées pour apporter une assistance respiratoire aux patients gravement malades souffrant d'une détresse respiratoire. Une telle collaboration facilitera la mise en place de procédures standard de riposte aux flambées aiguës de poliomyélite et l'application de directives pour un meilleur accès des survivants de la poliomyélite aux services de réadaptation.



## 4 | Interrompre la transmission du poliovirus

### Épidémiologie du poliovirus en 2010 : l'essentiel

En 2010, le poliovirus sauvage (PVS) a été détecté dans 20 pays. Des quatre pays où la transmission du PVS autochtone n'a jamais été interrompue, trois ont enregistré une diminution du nombre de cas (Afghanistan, Inde et Nigéria) et un pays (Pakistan) a constaté une augmentation des cas.

Des quatre pays considérés comme entrant dans la catégorie des pays où la transmission du PVS est rétablie, un pays (le Soudan) n'a enregistré aucun cas et semble avoir interrompu la transmission alors que les trois autres pays (l'Angola, la République démocratique du Congo et le Tchad) ont continué à détecter des cas liés à la transmission rétablie jusqu'à la fin de l'année 2010. Détail intéressant, les deux derniers pays ont également constaté de nouvelles importations.

Des cas dus à une importation de poliovirus ont été détectés en 2010 dans 13 pays : la République démocratique du Congo, le Tchad et 11 autres pays<sup>1</sup>.

Un poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale (PVDVc<sup>2</sup>) a été détecté dans huit pays : le type 2 en Afghanistan, en Inde, au Niger, au Nigéria, en République démocratique du Congo, en Somalie et au Tchad, et le type 3 en Éthiopie.

<sup>1</sup> Congo, Fédération de Russie, Kazakhstan, Libéria, Mali, Népal, Niger, Ouganda, Sénégal, Tadjikistan, Turkménistan.

<sup>2</sup> Les poliovirus dérivés d'une souche vaccinale sont des souches rares de poliovirus obtenues par mutation de la souche utilisée dans le vaccin antipoliomyélique oral. Très rarement, si une population est très insuffisamment immunisée, il y a assez d'enfants vulnérables pour que les poliovirus dérivés d'une souche vaccinale qui seront excrétés acquièrent de nouveau la capacité de circuler dans la communauté et deviennent de ce fait des « poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale » (PVDVc).



*Un enfant du Tadjikistan est vacciné  
contre la poliomyélite à la suite d'une  
forte flambée. Alexander Sodiqov,  
UNICEF Tadjikistan.*

## 4.1 Étape 1 du *Plan stratégique*: arrêt des flambées

ÉTAPE	MESURE	RÉFÉRENCE	SITUATION <sup>3</sup>	REMARQUES
<b>D'ici à mi-2010: Arrêt de toutes les flambées de polio-myélite survenues en 2009</b>	Nombre de pays <sup>4</sup> confrontés à des flambées en 2009 qui ont signalé un cas génétiquement lié au PVS après juin 2010	15 pays confrontés à une importation de PVS en 2009	Aucun pays n'a signalé de PVS après le 30 juin 2010	Les pays confrontés à une flambée en 2009 et qui ont signalé un cas génétiquement lié au PVS en 2010 sont: Mauritanie: dernier cas 28 avr. 2010 Mali: dernier cas le 30 mar. 2010 Sierra Leone: dernier cas le 28 fév. 2010
<b>En cours: Arrêt des nouvelles flambées dans les six mois qui suivent la confirmation du cas initial</b>	Nombre de pays <sup>5</sup> confrontés à une nouvelle importation de PVS (sans lien génétique avec le virus qui avait circulé précédemment) qui a persisté plus de 6 mois après la confirmation du cas initial	11 pays confrontés à une importation de PVS en 2010 2 pays confrontés à une importation de PVS en 2011 <sup>6</sup> (Gabon, Niger)	Aucun pays confronté à une importation de PVS qui a persisté plus de 6 mois	Pays confrontés à des flambées en 2010-11 qui ont détecté le PVS au cours des 6 derniers mois (cas le plus récent): Rép. du Congo: 22 janv. 2011 Niger: 19 janv. 2011 Gabon: 15 janv. 2011 Ouganda <sup>7</sup> : 15 nov. 2010 Fédération de Russie: 25 sept. 2010

PRINC. INDIC. DE PROCESS. IMEP 2010	MESURE	RÉFÉRENCE	BILAN FINAL	REMARQUES
<b>À fin 2010</b> 100 % des pays confrontés à des importations de PVS et de PVDVc dans des zones auparavant exemptes de poliomyélite ont riposté conformément aux directives internationales de riposte aux flambées.	% de pays confrontés à des flambées de PVS et de PVDVc qui ont riposté conformément aux directives internationales de riposte aux flambées.	<b>2009</b> PVS: 87 %, 13/15 pays confrontés à des importations ont riposté conformément aux directives internationales. La durée médiane de la riposte a été de 27 jours, sur une fourchette de 9 à 43 jours.	<b>2010</b> PVS: 82 %, 9/11 pays confrontés à des importations ont riposté conformément aux directives internationales. La durée médiane de la riposte a été de 14 jours, sur une fourchette de 2 à 33 jours.	<b>Pays qui n'ont pas satisfait aux critères de riposte en 2010</b> Russie : pas de données disponibles sur la durée des campagnes de ratissage, Kazakhstan : seulement 2 AVS réalisées après la notification du cas lié au PVS1.
		<b>2009</b> PVDVc : Sans objet. Données pas recueillies de façon systématique.	<b>2010</b> PVDVc : Aucun pays (0%) auparavant exempt de poliomyélite n'a détecté de PVDVc.	
Évaluation internationale réalisée dans 75% des pays confrontés à des importations qui ont persisté plus de 6 mois.	Évaluation internationale réalisée dans 75% des pays confrontés à des importations qui ont persisté plus de 6 mois.	Évaluation internationale réalisée dans 75 % des pays confrontés à des importations.	Sans objet.	Toutes les flambées ont été interrompues dans les 6 mois.

3 Calculé à partir de données au 30 mars 2011 transmises au Siège de l'OMS.

4 Exception faite des pays d'endémie et des pays où la transmission est rétablie (analysés séparément).

5 Exception faite des pays d'endémie et des pays où la transmission est rétablie (analysés séparément).

6 Le Niger a notifié un cas lié au PVS3 survenu le 19 janvier 2011; résultats du séquençage attendus.

7 Le PVS détecté en Ouganda en 2010 est lié au PVS détecté au Kenya en 2009 et sans lien avec le virus précédemment en circulation en Ouganda, ce qui confirme la poursuite de la flambée de 2009 au Kenya et en Ouganda.

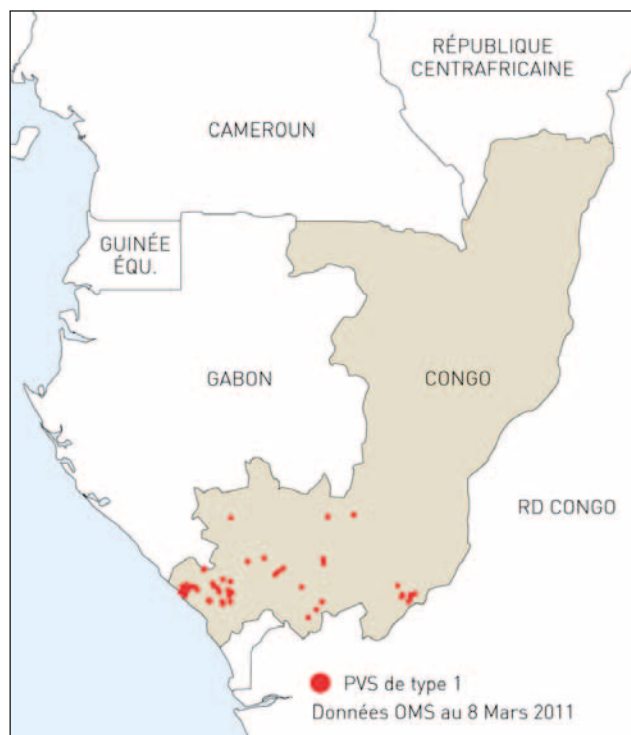
# Flambées dues au poliovirus sauvage

## République du Congo

Le 2 novembre 2010, après dix années sans poliomyélite, la République du Congo a confirmé le premier cas d'une flambée massive de poliomyélite. Le poliovirus, importé de l'Angola, s'est propagé rapidement et s'est révélé meurtrier: 446 personnes ont été touchées<sup>8</sup> et 203 d'entre elles sont décédées. Les jeunes adultes ont constitué 70% des cas mortels. L'épicentre de la flambée se situait dans les districts de Pointe Noire et de Kouilou, une région proche de la province angolaise de Cabinda riche en pétrole, et qui constitue un centre économique névralgique pour le Congo.

La rapidité et la violence de l'épidémie ont pris le monde par surprise. La transmission du poliovirus était interrompue depuis l'année 2000, les indicateurs de la surveillance étaient acceptables, le pays avait réalisé des activités de vaccination supplémentaire (AVS) à intervalles réguliers et la couverture déclarée des activités de vaccination systématique était de l'ordre de 90%.

### Cas liés au PVS au Congo en 2010



Qu'est-ce qui expliquait cette flambée? La région est frontalière avec deux pays confrontés à de violentes flambées de poliomyélite (l'Angola et la République démocratique du Congo) tout en étant relativement isolée faute de moyens de communication satisfaisants. Presque tous les cas sont survenus dans des quartiers surpeuplés et défavorisés, sans accès à une eau propre et sans réseaux d'assainissement. Quelques adultes avaient été pleinement vaccinés en même temps que les enfants. Dix ans plus tôt, le pays se trouvait dans une situation de conflit et les services de santé n'étaient pas fiables.

Le Ministère congolais de la Santé a réagi en organisant dans l'ensemble du pays quatre campagnes de vaccination supplémentaire couvrant toutes les tranches d'âge. La première campagne a commencé le 12 novembre, soit 10 jours après la confirmation du premier cas. La flambée a atteint son paroxysme vers la mi-novembre et mi-décembre, après la deuxième campagne, il ne restait que quelques cas sporadiques. Le cas le plus récent a été la survenue d'une paralysie le 22 janvier 2011; la flambée a été interrompue en 83 jours seulement, avant qu'elle puisse se propager à l'ensemble du pays. Au cours du premier trimestre de 2011, un seul cas lié à cette flambée a été notifié au Gabon.

Une fois terminées les investigations sur la flambée, une riposte efficace a été menée sous l'égide du Ministère de la Santé, en partenariat avec l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) et les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis d'Amérique, le Rotary International, la Fondation Bill & Melinda Gates et Médecins Sans Frontières. Cette riposte montre que les stratégies existantes de riposte aux flambées de poliomyélite sont efficaces lorsqu'elles sont adaptées aux besoins du pays et appliquées d'urgence par un gouvernement déterminé, soutenu par des partenaires nationaux et internationaux.

### Congo

382 cas : tous dus au PVS1

3 JNV (journées nationales de vaccination)

13 districts infectés sur 27

8 Seulement 65 cas ont été confirmés dus au PVS1 par des analyses virologiques car il n'était pas prévu que la poliomyélite touche des adultes, et des échantillons n'ont été prélevés que dans 20% des cas environ; 66% des patients sont morts dans les 24 heures qui ont suivi leur hospitalisation. Cependant, le comité national d'experts a pris la décision de qualifier 317 cas de «poliomyélitiques», compte tenu de leur compatibilité clinique, et cela a porté à 382 le nombre total de personnes touchées par cette flambée.



ASSELIN, UNICEF

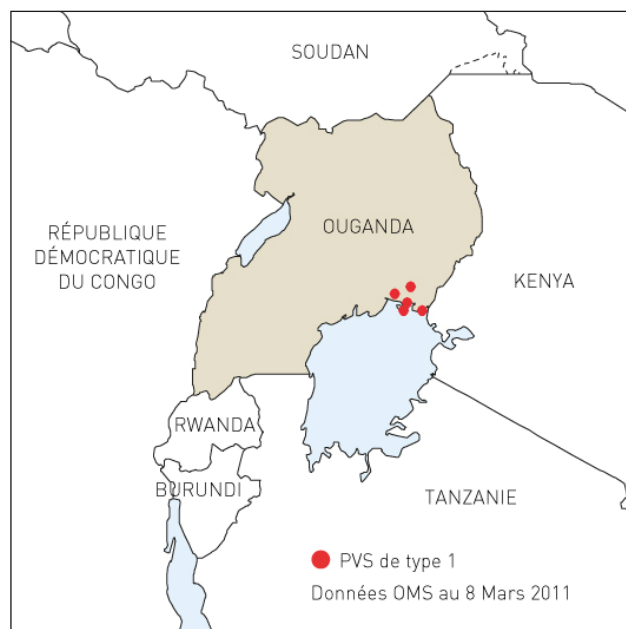
Fait inhabituel, la plupart des personnes touchées par la poliomyélite au cours de la flambée survenue au Congo sont de jeunes adultes, et non pas des enfants de moins de cinq ans. « Quand je suis arrivé, je pouvais encore remuer mes bras » nous a dit Tony Boussana, âgé de 24 ans.

## Ouganda, Kenya et Corne de l'Afrique

Sur un total de 27 cas liés au poliovirus sauvage de type 1 (PVS1) notifiés par le Kenya et l'Ouganda en 2009, la Corne de l'Afrique a compté quatre cas en 2010 – tous dus au PVS1 – issus de l'est de l'Ouganda. A la fin du premier trimestre de 2011, la Somalie n'avait détecté aucun PVS depuis quatre ans.

Ce ralentissement dans la transmission du poliovirus sauvage contredit le constat d'importantes lacunes dans les indicateurs de surveillance à l'échelon infranational, tant en Ouganda qu'au Kenya. En effet, c'est la surveillance médiocre le long de la frontière entre l'Ouganda et le Kenya qui a permis au poliovirus sauvage de circuler pendant 18 mois entre 2009 et 2010 sans jamais être détecté. Dans l'étude qu'il a menée en 2010 au Kenya, le comité national d'experts a classé neuf cas de paralysie flasque aiguë (PFA) comme cliniquement compatibles avec la poliomyélite. Deux de ces cas sont survenus dans la zone de la flambée et les cas de paralysie sont apparus respectivement en mars et en septembre. Cela explique qu'au vu des faits actuels, il n'est pas possible de mettre un terme à la transmission persistante du poliovirus sauvage.

### Cas liés au PVS dans la Corne de l'Afrique en 2010





BEN NKOMANE, DMS

*Une fillette somalienne montre le bout de son doigt marqué. Pendant les AVS, une fois que les enfants sont vaccinés contre la poliomyélite, on leur marque le bout du doigt.*

L'Ouganda et le Kenya ont entrepris une subdivision politique des régions administratives, ce qui a inévitablement conduit à un flou dans la délimitation géographique des responsabilités à l'échelon infranational. De plus, la zone qui s'étend le long de la frontière entre les deux pays se trouve dans une situation de forte insécurité, ce qui rend très difficiles les activités de vaccination, de surveillance et de supervision. La leçon tirée de l'expérience ougandaise est que les pays dont certaines régions sont à haut risque, dont certaines zones frontalières ont été récemment infectées et dont la population est mobile et difficile à atteindre doivent rester particulièrement vigilants, maintenir une surveillance active en plus des efforts déployés pour renforcer l'immunité de la population et cela, même en l'absence d'activités de vaccination supplémentaire contre la poliomyélite.

Après la détection du PVS1 dans l'est de l'Ouganda, trois séries d'activités de vaccination supplémentaires ont été organisées en novembre et décembre 2010 et en janvier 2011, et ont couvert une zone contiguë le long de la frontière commune entre l'Ouganda et le Kenya. La couverture, vérifiée par un comité de suivi indépendant qui a procédé au marquage des doigts a montré des résultats insuffisants mais en progression:

au Kenya, le pourcentage d'enfants non vaccinés a baissé de 23% à 14%. En Ouganda, les résultats du suivi indépendant ont montré une amélioration semblable, avec une baisse du nombre d'enfants non vaccinés de 11% à 6%. Des analyses détaillées du risque de transmission du poliovirus sauvage ont été réalisées en février 2011 dans ces deux pays et les résultats obtenus ont conduit à l'élaboration de plans de relance de la surveillance accompagnés d'une amélioration de la supervision et de la formation, au déploiement d'équipes nationales et internationales du programme STOP (Stop Transmission of Polio) chargées des zones difficiles d'accès. De plus, de nouvelles occasions d'améliorer la couverture du VPO grâce aux Journées de la Santé de l'Enfant ont été identifiées et ces journées ont pu être organisées grâce à des ressources extrabudgétaires des gouvernements et à des ressources de l'UNICEF.

Ces quatre dernières années, la Somalie a satisfait aux exigences définies dans les principaux indicateurs en matière de surveillance de la PFA et a préservé cet acquis au-delà des critères de certification. Aucun cas lié au poliovirus sauvage n'a été détecté en Somalie depuis mars 2007 et toutes les activités déployées, notamment les Journées de la santé de l'enfant (JSE) et la négociation pour des Journées de la tranquillité, sont poursuivies pour préserver ce statut de pays exempt de poliomyélite, malgré le climat d'insécurité et l'instabilité politique qui règnent actuellement. Le profil d'immunité de la population est surveillé étroitement et pour préserver voire améliorer cette immunité, deux séries de Journées nationales de vaccination (JNV) et deux séries de Journées de la santé de l'enfant (JSE) ont lieu chaque année.

Le principal sujet de préoccupation pour la Somalie en 2011 concerne les régions du centre et du sud du pays qui regroupent 70% de la population et où le climat d'insécurité a obligé à restreindre fortement les activités de vaccination. À la fin de l'année 2010, les autorités locales ont autorisé l'accès à deux régions (Bay et Bakool) ce qui a permis de vacciner 210 000 enfants supplémentaires. Les efforts et les négociations avec les autorités locales se poursuivent pour améliorer l'accès à ces régions.

#### Ouganda, Kenya et Corne de l'Afrique

Éthiopie : 0 cas, 2 JLV, 1 JSE

Kenya : 0 cas, 1 JLV, 1 campagne de ratissage

Somalie : 0 cas, 1 JNV, 4 JLV, 4 JSE

Ouganda : 4 cas : tous dus au PVS1, 2 JLV,  
1 campagne de ratissage, 2 districts infectés sur 80

## Afrique de l'ouest

La flambée survenue en Afrique de l'Ouest a été maîtrisée et des cas ont été notifiés uniquement dans sept des 24 pays infectés précédemment en 2010. La première année d'application du *Plan stratégique 2010-2012 de l'IMEP* a abouti à une nette amélioration de la qualité des activités de vaccination supplémentaire et tout au long de l'année 2010, une série de campagnes multipays a eu lieu dans l'ouest et le centre de l'Afrique, avec le soutien des plus hautes instances gouvernementales.

Alors que le Libéria était exempt de poliomyélite depuis près de six mois, la confirmation de cas a mis en évidence la nécessité d'améliorer (et de pérenniser) la surveillance de la maladie, de mener à bien des campagnes de vaccination d'excellente qualité, complétées par des activités de vaccination systématique plus efficaces. Les cas les plus récents au Libéria ont mis en péril la réussite de l'étape 1 du *Plan stratégique* (arrêt de toutes les flambées de poliomyélite survenues en 2009) mais le pays a réussi à interrompre la transmission dans le délai de six mois demandé.

La flambée qui a infecté 24 pays de l'Afrique subsaharienne entre 2008 et 2010 a été considérablement réduite, à défaut d'être interrompue, et six pays seulement<sup>9</sup> ont notifié des cas en 2010. Parmi eux, le Sierra Leone n'a enregistré aucun cas depuis février 2010; le Sénégal et la Mauritanie n'ont enregistré aucun cas depuis avril 2010 et les cas détectés au Niger ont été des importations de cas isolés depuis le Nigéria. Cette flambée, pourtant très étendue dans un premier temps, a été circonscrite au cours du second semestre 2010, grâce à des campagnes synchronisées menées dans plusieurs pays de l'ouest et du centre de l'Afrique, ce qui a élevé le niveau d'immunité et a permis de faire bloc contre le poliovirus sauvage. En mars et avril 2010, 19 pays ont uni leurs efforts pour vacciner jusqu'à 85 millions d'enfants de moins de cinq ans en

### Afrique de l'ouest

Libéria : 2 cas liés au PVS1, 7 JNV, 2 districts infectés sur 15

Mali : 4 cas : 3 liés au PVS1 et 1 lié au PVS3, 3 JNV, 2 JLV et 4 campagnes de ratissage, 4 districts infectés sur 59

Mauritanie : 5 cas : tous liés au PVS1, 7 JNV, 1 campagne de ratissage, 4 districts infectés sur 53

Niger : 2 cas liés au PVS3, 2 JNV, 1 JLV, 1 campagne de ratissage, 1 district infecté sur 42

Sénégal : 18 cas liés au PVS1, 6 JNV, 1 campagne de ratissage, 11 districts infectés sur 65

Sierra Leone : 1 cas lié au PVS1, 6 JNV, 1 district infecté sur 13

une semaine. En octobre, 15 pays ont répété l'exercice, et les Présidents du Libéria, du Mali, du Sierra Leone et de Guinée, le Premier ministre de Mauritanie et les ministres de la santé du Sénégal et de Côte d'Ivoire ont lancé les campagnes en personne. Plus de 400 000 volontaires et agents de santé ont participé à ces campagnes qui n'auraient pu avoir lieu sans les fonds d'urgence débloqués rapidement par la Fondation Bill & Melinda Gates et le Rotary International.

Alors qu'en 2009, des campagnes précédentes n'avaient pas permis de vacciner suffisamment d'enfants pour interrompre la flambée dans tous les pays, les nouvelles approches adoptées en 2010 ont abouti à une augmentation significative de la couverture vaccinale. Ces approches consistaient notamment à assurer un suivi indépendant normalisé pour déterminer si des enfants avaient été vaccinés, à mieux former les vaccinateurs, à redéployer le personnel expérimenté pour qu'il dirige les travaux de préparation de microplans avant les campagnes, et enfin à appliquer la nouvelle stratégie SIAD (Administration d'une dose supplémentaire dans un intervalle court) pour élever rapidement le niveau d'immunité dans les régions du Libéria et du Mali où la transmission persistait. Dans des régions où le suivi indépendant des activités synchronisées du mois de mars a montré que de nombreux enfants avaient manqué la vaccination, l'accent a été mis plus fortement sur

### Cas liés au PVS en Afrique de l'ouest en 2010



9 Sénégal, Niger, Sierra Leone, Mali, Mauritanie et Libéria.

l'engagement du gouvernement, à tous les niveaux, à soutenir les activités de vaccination en lançant les campagnes et en y participant, en participant à la création de plans exhaustifs adaptés au contexte d'une région et à faire en sorte que les agents de santé, mieux formés, se sentent responsables de la qualité des vaccinations. Ces facteurs ont apporté des améliorations immédiates dans les campagnes de vaccination du mois d'avril. Ainsi, au Sénégal, le nombre d'enfants qui ont manqué une vaccination a chuté de 12% à 7% d'une campagne à la suivante.

Les approches réussies du *Plan stratégique 2010-2012* continueront d'être appliquées en 2011, et l'accent sera mis tout particulièrement sur l'amélioration de la surveillance, sur la qualité des campagnes de vaccination et sur les niveaux de vaccination systématique. Une étude approfondie de la surveillance en Afrique de l'ouest est prévue ; elle sera centrée sur les régions dont on sait que la surveillance est insuffisante et portera plus particulièrement sur les populations mobiles, migrantes ou défavorisées dans lesquelles la transmission peut rester indétectable pendant de longues périodes, laissant le poliovirus circuler sur de longues distances.

Par ailleurs, les progrès obtenus par le Nigéria contre la poliomyélite ne se répercuteront que sur les activités d'éradication en Afrique de l'Ouest car depuis 2003, le Nigéria a été le principal réservoir des PVS1 et PVS3 en circulation dans l'ouest et le centre de l'Afrique.



NEHEMIE MBAKULIYEMO, RÉGION AFRICAINE DE L'OMS

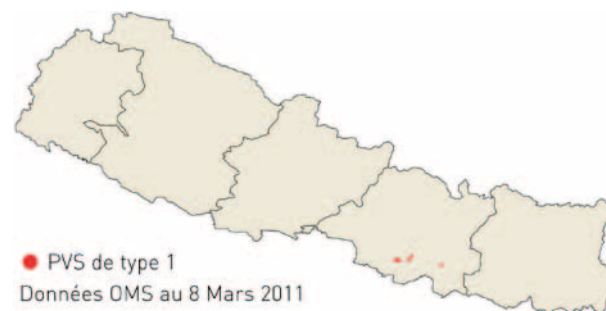
Une jeune Malienne paralysée par la poliomyélite en 2010.

## Népal

Les relations étroites entre les communautés népalaises et indiennes et les liens commerciaux que le Népal entretient avec l'Inde ont conduit à des importations répétées de poliovirus sauvage (PVS) durant ces cinq dernières années. En 2010, le PVS a été importé à deux reprises dans les districts népalais du Térai, frontaliers avec l'État indien du Bihar où la poliomyélite est endémique. La première réintroduction du virus s'est produite en janvier dans le district de Mahottari mais n'a entraîné aucune détection de nouveaux cas. La deuxième est survenue en mai dans le district de Rautahat et a provoqué une flambée locale de cinq cas qui se sont propagés de part et d'autre de la frontière indo-népalaise et trois cas supplémentaires ont été détectés au Bihar. Le Gouvernement du Népal a demandé que l'on prenne des mesures d'urgence et a réalisé neuf activités de vaccination supplémentaire en 2010, dont deux Journées nationales de vaccination (JNV). Une étude conjointe nationale et internationale de la surveillance des maladies à prévention vaccinale a été réalisée. Cette étude était centrée sur l'efficacité et sur la sensibilité du système de surveillance de la PFA, sur la localisation des populations mobiles de l'Inde et sur la cou-

verture par le VPO des activités de vaccination systématique et supplémentaire. Une attention particulière a été apportée à la région du Térai. Le Népal n'a enregistré aucun cas après le mois d'août.

### Cas liés au PVS au Népal en 2010



#### Népal

6 cas dus au PVS1, 2 JNV, 8 JLV, 2 districts infectés sur 75



## Tadjikistan et Asie centrale

Tant qu'elle n'est pas totalement éradiquée, la poliomyélite reste une menace partout dans le monde: il n'est pas de rappel plus poignant de ce message que le cas de cet enfant qui s'est trouvé paralysé par la poliomyélite le 1er février 2010 au Tadjikistan. La Région européenne de l'OMS, certifiée exempte de poliomyélite depuis 2002, a été la première Région à se trouver réinfectée. Importé d'Inde, le poliovirus a provoqué une vaste flambée qui s'est ensuite propagée au Turkménistan, au Kazakhstan et en Fédération de Russie. La Commission régionale européenne de certification avait signalé le risque d'une telle flambée dans son évaluation de 2009 qui avait mis en évidence des taux très bas de vaccination dans les pays d'Asie centrale – ce qui en faisaient des terrains propices aux importations de poliovirus.

La Région a mis en place une riposte massive à la flambée, en menant des campagnes de vaccination de grande envergure pour renforcer l'immunité des populations le plus rapidement possible, en élevant dans certains cas l'âge de la population cible à 15 ans voire quelques années de plus dans certaines régions.

### Cas liés au PVS en 2010 au Tadjikistan et en Asie centrale



### Tadjikistan et Asie centrale

Kazakhstan : 1 cas lié au PVS1, 1 JNV, 2 JLV,  
1 district infecté sur 201  
Kirghizistan : 0 cas, 2 JNV, 1 JSE  
Fédération de Russie : 14 cas liés au PVS1, 4 JLV,  
2 campagnes de ratissage, 7 districts infectés sur 83  
Tadjikistan : 458 cas liés au PVS1, 6 JNV, 1 campagne  
de ratissage, 35 districts infectés sur 65  
Turkménistan : 3 cas liés au PVS1, 3 JNV,  
2 districts infectés sur 61  
Ouzbékistan : 0 cas, 4 JNV, 1 JLV

Au Tadjikistan – l'épicentre de la flambée où l'on a enregistré 458 cas de paralysie – aucun cas n'a été notifié depuis le 4 juillet 2010. Toutefois, le risque d'une propagation à l'échelle mondiale est resté élevé au début de 2011, en particulier dans la Fédération de Russie (où un enfant a été paralysé récemment par la poliomyélite, le 25 septembre 2010).

Dans la plupart des pays touchés par cette flambée, la riposte par la vaccination a été rapide avec l'application fréquente de la stratégie SIAD (Administration d'une dose supplémentaire dans un intervalle court) qui prévoit l'administration de doses successives de vaccin à de courts intervalles. Le suivi indépendant de ces campagnes a attesté de la très large couverture vaccinale (>95%) et la diminution rapide du nombre de cas à la suite de ces campagnes a confirmé qu'appliqués judicieusement, les principes directeurs de riposte aux flambées, universellement reconnus, permettent véritablement d'interrompre la transmission très rapidement. Et la leçon que l'on peut en tirer est amère: tant que le dernier poliovirus ne sera pas éradiqué, aucun pays ne sera à l'abri. Une infrastructure de surveillance efficace et une large couverture vaccinale sont les moyens de défense indispensables d'un pays, quel qu'il soit.

## Flambées de poliovirus dérivés d'une souche vaccinale

Au cours de l'année 2010, un PVDVc a été détecté dans huit pays: six d'entre eux ont été confrontés à des flambées dues à un nouveau PVDV émergent ou à un PVDV qui avait circulé auparavant<sup>10</sup>; dans deux de ces pays (le Tchad et le Niger), un PVDVc a été importé depuis une flambée voisine (au Nigéria). Toutes les flambées étaient dues à un PVDVc de type 2 à l'exception de l'Éthiopie où la flambée était due à un PVDVc de type 3. Deux séries d'activités de vaccination supplémentaire par le VPOt ont été réalisées en Éthiopie; le cas le plus récent est survenu en novembre 2010, dans une zone couverte deux semaines auparavant par une campagne nationale de vaccina-

tion antirougeoleuse de rattrapage à laquelle on avait intégré le VPO. En 2010, la Somalie a signalé un PVDVc de type 2, génétiquement lié aux PVDVc apparus en 2009. La flambée est localisée dans le sud de la Somalie où les efforts se poursuivent pour atteindre davantage d'enfants (comme indiqué dans le chapitre sur la transmission du poliovirus sauvage).

Des détails sur la situation du PVDVc dans les pays d'endémie et dans les pays où la transmission est rétablie sont donnés dans les chapitres du présent rapport qui portent sur les pays concernés.

<sup>10</sup> Afghanistan, Éthiopie, Inde, Nigéria, République démocratique du Congo et Somalie.



*La petite Georgina Lusía de Deus Nzongo, paralysée par la poliomyélite, est portée par son frère. Leonie Marinovich, UNICEF Angola.*

## 4.2 Étape 2 du *Plan stratégique*: arrêt de toute transmission rétablie de poliovirus

ÉTAPE	MESURE	RÉFÉRENCE	SITUATION <sup>11</sup>	REMARQUES
<b>Avant fin 2010: Arrêt de toute transmission rétablie de poliovirus</b>	Nombre de pays où la transmission du PVS est rétablie qui ont signalé un cas génétiquement lié au PVS après le 31 décembre 2010	4 pays où la transmission du poliovirus est rétablie	2 pays confrontés en 2011 à une persistance de la transmission rétablie du PVS (Angola, Tchad)	Angola: le cas déclaré le 4 février 2011 est lié au PVS rétabli  Tchad: le cas déclaré le 30 janv. 2011 est lié au PVS rétabli
			1 pays à haut risque d'une persistance de la transmission rétablie du PVS (RDC)	RDC: Un PVS1 rétabli a été détecté récemment, le 22 nov. 2010, à Katanga, en même temps que 2 PVS1 détectés en décembre (à Katanga également) Les résultats du séquençage sont attendus

PRINCIPAUX INDICATEURS DE PROCESSUS IMEP 2010	RÉSULTATS	BILAN FINAL
<b>Angola</b>		
<10% d'enfants non vaccinés pour chaque AVS menée dans tous les districts de Luanda, Benguela et Kwanza Sul	Données satisfaisantes pour 5 districts sur 22 (pas de données disponibles pour 8 districts dans les 3 provinces spécifiées)	Étape manquée
<b>Tchad</b>		
<10 % d'enfants non vaccinés pour chaque AVS menée au second semestre de 2010 dans le grand N'Djamena et dans les zones de transmission du PVS du sud et de l'est du pays	Objectif atteint dans aucune des 3 zones	Étape manquée
<b>République démocratique du Congo</b>		
>80% d'échantillons prélevés dans de bonnes conditions dans toutes les provinces	Objectif atteint dans 2 des 11 provinces	Étape manquée
Taux de PFA >2 dans toutes les provinces	Objectif atteint dans 11 des 11 provinces	Étape réussie
<10% d'enfants non vaccinés pour chaque AVS menée dans la province orientale et dans celles du Nord et du Sud-Kivu	Objectif atteint dans aucune des 3 provinces	Étape manquée
<b>Sud Soudan</b>		
>80% d'échantillons prélevés dans de bonnes conditions dans tous les États	Objectif atteint dans 10 des 10 États	Étape réussie
Taux de PFA NP >2 dans tous les États	Objectif atteint dans 10 des 10 États	Étape réussie
<10% d'enfants non vaccinés pour chaque AVS menée dans chaque État	Objectif atteint dans 2 des 10 États	Étape manquée

11 Calculé à partir des données au 30 mars 2011 transmises au Siège de l'OMS.

## Soudan

Le Soudan est le seul des quatre pays où la transmission du poliovirus est rétablie du poliovirus à n'avoir notifié aucun cas de poliomyélite en 2010. La transmission rétablie du poliovirus sauvage de type 1 (PVS1) dans le Sud Soudan n'avait pas été détectée depuis le 27 juin 2009. Dans le Nord Soudan, les activités de surveillance ont été renforcées dans les États frontaliers avec le Tchad et voisins du Sud Soudan. Au cours de l'année, tous les États se sont conformés aux normes internationales pour la surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA). Les taux de vaccination systématique ont été élevés (91% en 2009).

Toutefois, selon le Groupe consultatif technique pour la Corne de l'Afrique réuni en mars 2010, les écarts constatés dans la qualité de la surveillance selon les subdivisions d'un même État signifient que le risque de ne pas détecter le poliovirus sauvage et donc de ne pas en interrompre la transmission sont

CHRIS OFFER, ROTARY INTERNATIONAL



Un enfant en bonne santé à Rumbek, dans le Sud Soudan.

### Soudan

0 cas  
1 JNV  
5 JLV  
1 JSE  
1 CHDs

considérés au Soudan comme relativement faibles. Au cours de l'année, le Nord Soudan a réalisé trois campagnes de vaccination supplémentaires et a administré le vaccin antipoliomyélitique oral à l'occasion de Journées de la santé de l'enfant.

Dans le Sud Soudan gravement touché par la flambée de poliovirus sauvage de 2008-2009, plusieurs stratégies ont été appliquées. Des équipes de terrain ont été mobilisées pour renforcer le personnel national et international dans les zones sensibles. Les membres de l'équipe internationale du programme STOP (Stop Transmission of Polio) ont été déployés tout au long de l'année dans tous les États et dans les zones à haut risque. Ces équipes ont formé et supervisé les agents de liaison chargés de la surveillance dans les districts, ont mis à jour les principes directeurs applicables aux campagnes et ont collaboré avec des partenaires locaux pour mettre en place des activités d'éradication et appuyer les campagnes accélérées du Programme élargi de vaccination (PEV). Quatre activités de vaccination supplémentaires ont été réalisées dans le Sud Soudan au cours de l'année 2010.

Il convient de rester prudents sur ce programme du Soudan, compte tenu notamment de la détection de cas dus au poliovirus sauvage fin 2010 en Ouganda, de la détection de cas début 2011 à proximité du Tchad et du fait qu'un poliovirus sauvage a été isolé dans une décharge en Egypte en mars 2011 – virus étroitement lié à la flambée de PVS1 de 2009.

# Angola

En Angola, un système de santé inopérant, une couverture insuffisante des vaccinations systématiques et le manque de moyens pour appliquer pleinement les recommandations relatives à la riposte aux flambées ont conduit à une transmission rétablie du PVS1 depuis 2007.

Jusqu'à fin 2009, la transmission du PVS1 était essentiellement concentrée sur la côte Atlantique, le long du couloir de Luanda-Benguela. Toutefois, en 2010, compte tenu d'importantes lacunes opérationnelles (avec une moyenne nationale d'au moins 17 % d'enfants régulièrement non vaccinés au cours des AVS), la flambée s'est propagée en 2010 à sept provinces de l'Angola jusqu'alors exemptes de poliomyélite et jusqu'en République démocratique du Congo et en République du Congo. Le séquençage génétique d'un PVS1 isolé le 7 janvier 2011 à Kuando Kubango a confirmé qu'il était génétiquement lié au PVS1 ré-établi en Angola, ce qui signifie qu'à fin 2010, le pays a manqué l'étape 2 du *Plan stratégique 2010-2012 de l'IMEP*.

En juin 2010, le Ministère de la Santé soutenu par des partenaires a lancé un examen approfondi des stratégies des campagnes de vaccination supplémentaire et a élaboré un plan d'urgence pour interrompre la transmission de la poliomyélite. En 2011, le Programme élargi de vaccination (PEV) a élaboré un nouveau plan dans lequel il a incorporé l'objectif d'éradication de la poliomyélite et s'est fixé comme objectif d'interrompre la transmission du poliovirus avant fin juin 2011. Reconnaisant que de nombreuses difficultés opérationnelles ne relèvent pas des seules autorités sanitaires, le plan est fortement remanié et met désormais l'accent sur une approche de la vaccination qui s'appuie sur les municipalités et les communautés. Désormais, la planification et la mise en œuvre des activités de vaccination supplémentaire (AVS) relèvent de la responsabilité des administrations provinciales et municipales, le secteur de la santé apportant l'appui technique nécessaire; le Président rendra les gouverneurs comptables des résultats. Les premiers résultats obtenus en 2011 ont fait apparaître une amélioration de la qualité des AVS dans la plupart des provinces (et particulièrement à Luanda) où le pourcentage d'enfants non vaccinés, pour la première fois en cinq ans, est passé à 10% en octobre 2010 et à 7% lors des campagnes nationales de février 2011.

## Angola

33 cas: tous dus à la transmission rétablie du PVS1

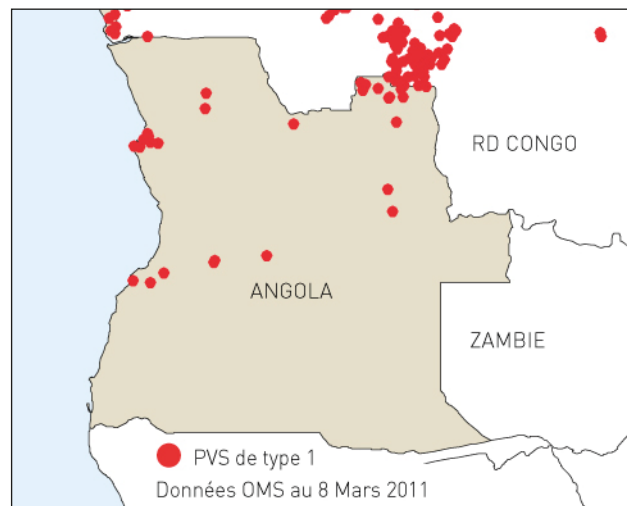
4 JNV

1 JLV

5 campagnes de ratissage

19 districts infectés sur 164

## Cas dus au PVS en Angola en 2010



Le Ministère de la Santé a présenté personnellement les principaux éléments du nouveau plan du PEV au nouveau Comité de suivi indépendant à la réunion d'inauguration du groupe, les 21 et 22 décembre 2010, à Genève (Suisse). Le Président de l'Angola a annoncé son intention de superviser lui-même la mise en œuvre du plan en 2011 et de s'assurer du plein engagement des gouverneurs des provinces. Sur son invitation, des hauts responsables du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et de la Fondation Bill & Melinda Gates se sont rendus à Luanda pour discuter de l'aide attendue des partenaires internationaux de l'éradication de la poliomyélite. Pour donner un signe clair du renouvellement de son engagement, le Gouvernement angolais a annoncé son intention de prendre en charge les coûts d'exploitation des activités d'éradication de la poliomyélite prévues dans le plan de 2011.

Sous la direction des responsables administratifs des provinces et des municipalités et avec l'appui technique du secteur de la santé et des différents partenaires, le but visé est de résoudre les difficultés opérationnelles préjudiciables au bon déroulement des AVS en officialisant systématiquement les meilleures pratiques dans tous les domaines. Ces meilleures pratiques sont notamment: l'élaboration et la mise à jour régulière de microplans spécifiques au voisinage; la responsabilisation systématique de l'administration locale; le financement des coûts d'exploitation sur le budget local; l'intensification du suivi indépendant (avec reprise immédiate des activités dans les zones où la couverture est jugée insuffisante); la mobilisation sociale spécifique à une zone et enfin, le développement de la surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA) pour assurer la détection précoce de toute transmission résiduelle et riposter rapidement par des campagnes de ratissage. Il est essentiel d'appliquer pleinement ces pratiques si l'on veut interrompre la transmission de la poliomyélite en Angola.

## Tchad

Le Tchad est confronté à une transmission rétablie du PVS3 depuis novembre 2007 avec une propagation intermittente au Soudan et dans d'autres régions de la Corne de l'Afrique. Début 2010, le Tchad était considéré comme l'un des plus grands obstacles à l'éradication de la poliomyélite en Afrique. Malgré la mise en place d'activités d'éradication, le Tchad a manqué l'étape qui prévoit d'interrompre la transmission avant la fin de l'année 2010.

En mars 2010, à la suite de longues campagnes de sensibilisation, réalisées notamment par le Rotary International, le Président Idriss Deby Itno a déclaré «la guerre à la poliomyélite» à l'occasion du lancement des Journées nationales de vaccination (JNV) au cours desquelles il a vacciné un enfant en présence de personnalités politiques du pays et des médias. La visite du Directeur régional de l'UNICEF qui accompagnait l'actrice de cinéma Mia Farrow, ambassadrice de l'UNICEF, a donné l'occasion au Président Itno d'en appeler à tous les échelons et à tous les secteurs du gouvernement pour qu'ils supervisent les mesures d'amélioration de la qualité des campagnes. Tous les gouverneurs des 22 provinces ainsi que les chefs traditionnels et religieux, les hauts gradés de l'armée et des représentants de la société civile venus de tout le pays, se sont réunis peu après pour passer en revue et revoir les mesures d'éradication de la poliomyélite prises dans le pays. Pour réaffirmer leur engagement à éradiquer la poliomyélite, ils ont signé la *Déclaration de N'Djamena pour l'éradication de la poliomyélite au Tchad*. Le Président a promis également d'augmenter la contribution financière du pays aux activités de vaccination. Pour rendre hommage à cet engagement personnel, le Rotary International a remis au Président, en août, le prix prestigieux du «Champion de la lutte contre la poliomyélite».

### Tchad

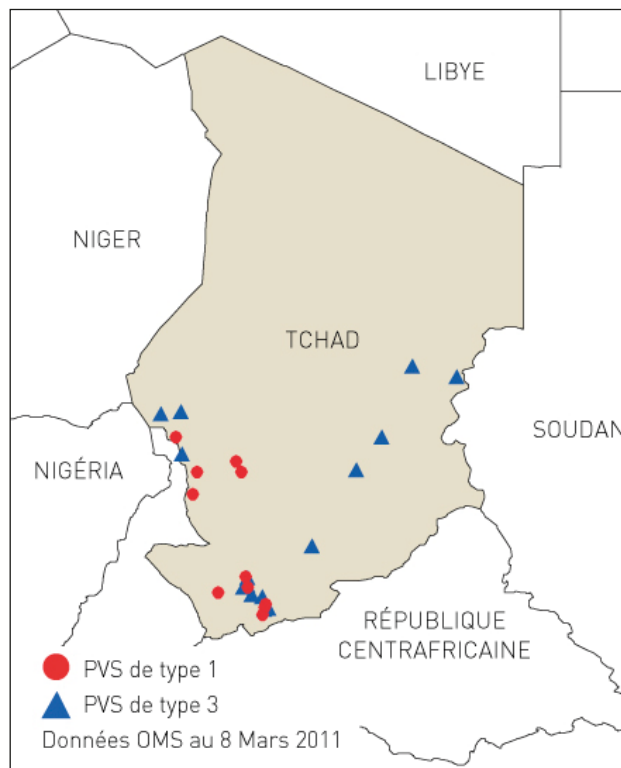
26 cas : 14 cas dus à la transmission rétablie du PVS3 ;  
11 cas dus à une nouvelle propagation du PVS1  
et 1 cas dû à une nouvelle propagation du PVS3,  
tous deux importés du Nigéria.

6 JNV

12 JLV

14 districts infectés sur 61

### Cas dus au PVS au Tchad en 2010



Cet engagement renouvelé a abouti à des améliorations opérationnelles dans certaines régions mais d'importantes difficultés subsistent et compromettent la qualité et la surveillance des activités de vaccination supplémentaire. La fragilité des progrès a été démontrée lorsque le Tchad s'est trouvé réinfecté par le PVS1 importé du Nigéria voisin; le virus a rétabli son emprise dans l'ouest du pays au cours du second semestre. Parallèlement, la transmission rétablie du PVS3 s'est poursuivie dans l'est du pays. Constat particulièrement préoccupant: l'un des PVS3 détectés très récemment (en décembre) est génétiquement lié au virus détecté dans le pays en mai 2009, ce qui indique que la transmission est passée inaperçue pendant 18 mois. Une autre indication de la faible immunité de la population tchadienne est la détection en décembre 2010 d'un poliovirus circulant de type 2 dérivé d'une souche vaccinale (PVDVc) importé de l'État voisin de Borno, au Nigéria.



JEAN-MARC BIBOUX

*Une équipe de vaccinateurs visite un camp de réfugiés dans l'État de Ouaddai, à l'est du Tchad.*

Début 2011, le Gouvernement du Tchad a commencé à élaborer un plan opérationnel pour mettre un terme à cette situation. Ce plan prévoit qu'un soutien technique sera apporté aux zones prioritaires, sur la base d'une évaluation des risques épidémiologiques et programmatiques en cours de réalisation, dans l'optique d'une série d'activités de vaccination supplémentaire à grande échelle. Des stratégies de communication particulières sont en cours d'élaboration en vue d'atteindre les groupes de population les plus vulnérables. L'accent est mis sur une amélioration des niveaux d'immunité de la population vivant dans l'est du pays, notamment par un accroissement des ressources humaines et techniques, pour réduire au minimum le risque d'une propagation du virus au Soudan. La sensibilité de la surveillance infranationale sera contrôlée tous les trimestres et des visites de terrain seront effectuées, si nécessaire, dans les zones où des lacunes sont identifiées. Outre le renforcement du soutien technique pour renforcer la surveillance dans les zones où elle est jugée insuffisante, les aspects logistiques du transport des échantillons rapidement et dans les conditions exigées (du terrain au laboratoire) seront examinés et améliorés si nécessaire.

Les efforts déployés pour responsabiliser davantage les acteurs de la mise en oeuvre sont une composante indispensable du plan. Les chefs de districts seront chargés personnellement de superviser les bilans qui suivent chaque activité de vaccination supplémentaire et de présenter dans un résumé clair les résultats et les recommandations destinées aux gouverneurs des provinces, dont les bureaux superviseront directement la mise en oeuvre du plan. À l'échelon national, le Ministère de la Santé établira des rapports d'exécution mensuels qu'il transmettra au Bureau du Premier ministre.

À la fin de l'année 2010, le Tchad risquait toujours de manquer l'étape correspondante du plan d'éradication de la poliomyélite en Afrique. La mise en oeuvre du nouveau plan – et la vérification de cette mise en oeuvre – sont essentielles si l'on veut obtenir des progrès concrets.

## République démocratique du Congo

La République démocratique du Congo (RDC) est confrontée à trois crises sanitaires distinctes liées à la poliomyélite – deux flambées résultant de nouvelles importations et la transmission rétablie du poliovirus – et le pays a constaté en 2010 un pic dramatique des cas de poliomyélite, puisque 100<sup>12</sup> cas ont été confirmés.

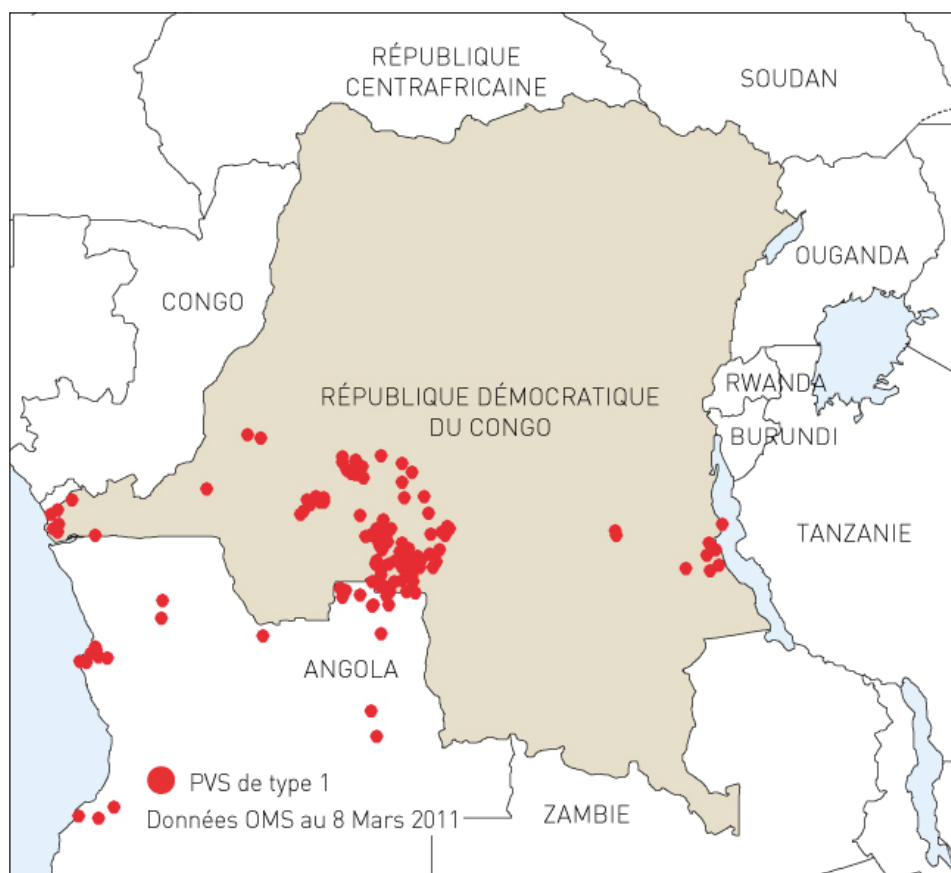
Depuis 2007, la transmission du PVS1 a repris au Katanga, à l'est du pays. Bien que cette flambée n'ait donné lieu à aucun cas après décembre 2010, il est trop tôt pour exclure toute poursuite de la transmission. Le pays risque toujours de manquer l'étape dont l'objectif est fixé à fin 2010.

La flambée aiguë survenue à Kinshasa et dans les provinces du Kasai occidental et du Bandundu découle de la nouvelle propagation internationale du poliovirus depuis l'Angola survenue en 2010. La flambée dans le Bas-Congo est liée à l'épidémie qui a frappé la République du Congo et qui est due également au poliovirus originaire de l'Angola.

Bien que dans certaines régions, le terrain difficile complique les opérations logistiques nécessaires à la réalisation des activités de vaccination supplémentaire, des lacunes fondamentales dans le fonctionnement compromettent toujours autant les efforts d'éradication et environ 10% des enfants restent non vaccinés ou insuffisamment vaccinés. Compte tenu des lacunes dans la surveillance infranationale, il n'est pas improbable que d'autres transmissions passent inaperçues, en particulier dans l'est du pays. Ce sont ces lacunes qui ont permis le développement de trois souches distinctes de poliovirus dans le pays, souches qui devront être éliminées d'urgence en 2011.

Le Gouvernement de la RDC a mis en œuvre un plan d'urgence dans le premier semestre de 2011 pour mettre très rapidement un terme à cette situation. Ce plan sera supervisé par les plus hautes instances de l'État. Le Président Joseph Kabila a invité le Dr Margaret Chan, Directeur général de l'OMS, et le Dr Luís Gomes Sambo, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique, à le rencontrer à Kinshasa en février 2011. Les discussions

### Cas dus au PVS en République démocratique du Congo en 2010



12 Au 4 mai 2011.



ont porté sur les différentes façons d'appliquer au mieux les plans de riposte d'urgence du pays et d'en assurer le suivi. Lors d'une réunion avec des donateurs, des partenaires et des fonctionnaires du Gouvernement, le Président Kabila a fait part de la détermination indéfectible de son Gouvernement à mettre un terme à la flambée actuelle de poliomyélite. Cette visite a été suivie d'une réunion entre le Directeur exécutif de l'UNICEF, M. Anthony Lake, le Premier Ministre et le Ministre de la Santé pour discuter de la façon dont les partenaires de l'éradication de la poliomyélite pourront appuyer les efforts du Gouvernement.

Les priorités sont le développement de la sensibilité de la surveillance pour déterminer dans quelle direction le virus poursuit sa course et la poursuite à grande échelle les activités de vaccination supplémentaire en vue de renforcer l'immunité de la population et d'interrompre à la fois les nouvelles importations et la transmission rétablie du virus. Le plan d'urgence doit être un plan national cohérent et détaillé d'éradication de la poliomyélite qui identifie chaque obstacle soulevé par les trois flambées et présente des stratégies distinctes de lutte contre chacune d'elles, y compris des plans rigoureux adaptés aux districts qui seront appliqués et supervisés par les autorités nationales et locales.

Dans les trois provinces du Bandundu, du Kasai occidental et du Katanga, les campagnes de vaccination sont rendues extrêmement difficiles. Une évaluation sur le terrain de la sécurité au Katanga a conclu que, même si toutes les zones infectées par la poliomyélite sont accessibles aux équipes de vaccination, la prudence sera de rigueur compte tenu du risque d'être tué ou pillé pendant un déplacement par la route. Les autorités procèdent également à une adaptation de la stratégie de vaccination à Kinshasa. En effet, de jeunes adultes ayant été infectés par le virus dans certaines zones, les campagnes de vaccination ont été étendues à l'ensemble de la population (et ne seront pas limitées aux moins de cinq ans).

L'application intégrale de ce plan d'urgence permettra d'interrompre la propagation de la poliomyélite en République démocratique du Congo. Entre-temps, le pays reste confronté au risque de propagation de la poliomyélite à l'intérieur de ses frontières et à l'extérieur.

*Une jeune fille en bonne santé porte une marmite remplie d'eau sur la tête.*



### République démocratique du Congo

100 cas<sup>12</sup>: tous liés au PVS1

9 JLV

31 districts infectés sur 508



*Rukhsar Khatoon dort sur les genoux de sa mère alors qu'il est hospitalisé pour une physiothérapie. Rukhsar est le seul enfant indien paralysé par la poliomyélite au cours du premier trimestre 2011. C'est le résultat des actions menées inlassablement par le pays en 2010 pour éradiquer la poliomyélite. S. Bari, OMS.*

## 4.3 Étape 3 du *Plan stratégique*: arrêt de toute transmission de la poliomyélite dans les pays d'endémie

ÉTAPE	MESURE	RÉFÉRENCE	SITUATION <sup>13</sup>	REMARQUES
<b>Avant fin 2011: arrêt de toute transmission de la poliomyélite dans au moins 2 des 4 pays d'endémie</b>	Nombre de cas de PVS notifiés sur une même période pour 2009 et pour 2010	PVS janv.-déc. 2009 <sup>11</sup> : Afghanistan: 38 Inde: 741 Nigéria: 388 Pakistan: 89	% de changement de 2009 à 2010: Afghanistan: -34% Inde: -94 % Nigéria: -95 % Pakistan: +62 %	PVS janv.-déc. 2010 <sup>11</sup> : Afghanistan: 25 Inde: 42 Nigéria: 21 Pakistan: 144

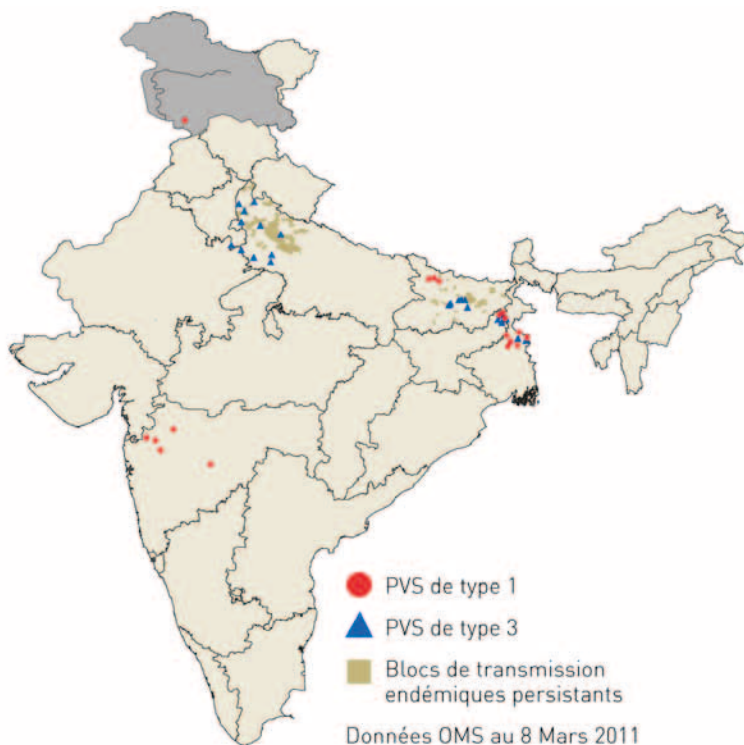
13 Calculé à partir des données au 30 mars 2011 transmises au Siège de l'OMS.

PRINCIPAUX INDICATEURS DE PROCESSUS IMEP 2010	RÉSULTAT	BILAN FINAL
Inde		
Niveau d'immunité contre le poliovirus de type 1 >95 % dans les zones où la transmission persiste: l'ouest de l'Uttar Pradesh et le centre du Bihar.	Objectif atteint dans 2 des 2 États <i>Bihar = 98 % et UP = 98 % contre le poliovirus de type 1. A titre de référence pour le principal indicateur de processus de 2011, les résultats de 2010 pour le poliovirus de type 3 ont été de 78 % au Bihar et de 76% dans l'Uttar Pradesh.</i>	Étape réussie
Nigéria		
<10 % d'enfants n'ayant jamais reçu aucune dose de vaccin («0-dose selon des données sur la PFA NP) dans chacun des douze États à haut risque (y compris dans les huit États où la transmission persiste).	Objectif atteint dans 11 États sur 12.	Étape manquée
Afghanistan		
<10 % d'enfants non vaccinés dans le cadre d'au moins quatre AVS conduites dans chacun des 13 districts de la région du sud touchés par les conflits et où la transmission est persistante.	Objectif atteint dans aucun des 13 districts.	Étape manquée
Pakistan		
<15 % d'enfants non vaccinés dans le cadre d'au moins huit AVS dans tous les districts de la zone de Quetta et dans les districts et agences de la Province de la Frontière du Nord-Ouest et des zones tribales sous administration fédérale où la transmission persiste.	Objectif atteint dans 4 des 7 districts (données issues de 9 campagnes de riposte).	Étape manquée
<10% d'enfants non vaccinés dans le cadre d'au moins quatre AVS menées dans chaque localité de Karachi.	Objectif atteint dans 18 des 18 localités .	Étape réussie

## Inde

À la fin de l'année 2010, c'est l'Inde qui illustre le mieux l'incidence des nouvelles approches présentées dans le Plan stratégique 2010-2012 de l'IMEP. En 2010, ce pays a obtenu une baisse de 94 % des nouveaux cas par rapport à 2009, le poliovirus sauvage de type 1 (PVS1) et le poliovirus sauvage de type 3 (PVS3) ayant régressé simultanément grâce à l'administration de masse du nouveau vaccin antipoliomyélique oral bivalent (VPOb). Et malgré la survenue d'une forte vague de transmission de poliomyélite au cours du second semestre, le pays continue de présenter des niveaux records à la baisse dans les réservoirs des zones d'endémie traditionnelles de l'Uttar Pradesh (aucun cas déclaré depuis le 21 avril 2010) et du Bihar (aucun cas déclaré depuis le 1er septembre 2010). Cependant, le PVS1 isolé dans un échantillon d'eaux usées prélevé à Mumbai en novembre 2010 et la transmission persistante du PVS1 dans certaines régions du Bengale occidental nous rappellent que les risques qui subsistent sont bien réels. Pourtant, l'Inde n'a jamais été aussi près de réussir à obtenir le statut de pays exempt de poliomyélite.

### Cas dus au PVS en Inde en 2010



C'est sans doute pour l'Inde la meilleure occasion qu'elle ait jamais eue d'interrompre la transmission de la poliomyélite, comme le montrent des données épidémiologiques incontestables et les approches stratégiques dont l'efficacité est avérée. Mais à ce stade, le plus grand risque serait de sous-estimer le danger. Le constat de la persistance d'un faible niveau de transmission souligne le risque bien réel que le virus puisse encore mettre en échec les efforts d'éradication de l'Inde. Dans les principales régions à haut risque et notamment dans l'État du Bengale occidental actuellement réinfecté, il reste de graves lacunes à combler dans la couverture vaccinale et particulièrement auprès de certains groupes de population mal desservis.

À tous les niveaux d'autorité, du gouvernement aux chefs religieux, du Premier ministre aux chefs des villages, tous se sont engagés à surveiller et à appuyer les mesures d'éradication et il en a résulté une adhésion incomparable de la société aux activités de vaccination supplémentaire (AVS).

L'identification et la vaccination des populations mobiles dans les régions exemptes de poliomyélite ont constitué en 2010 deux axes stratégiques essentiels dans le programme indien. Les régions de destination des groupes migrants – telles que Delhi, le Punjab, Mumbai et le Bengale occidental – ont entrepris de dresser la liste des zones d'installation de groupes itinérants et de revoir les microplans pour parvenir à administrer le VPO aux personnes installées avec leur famille dans des endroits tels que des sites de construction ou des fours à briques.

La stratégie qui vise les migrants est complétée par la mise en place au niveau des districts de plans ciblés où les quartiers les plus exposés sont sélectionnés pour faire l'objet de campagnes intensives de vaccination, étayées par le renforcement du personnel technique.

Les progrès réalisés en Inde ont montré l'efficacité du VPO bivalent dans des zones où le PVS1 et le PVS3 sont en circulation. Plus important encore, ces progrès devraient avoir de grandes conséquences. L'Inde et le Nigeria ont toujours été les

#### Inde

42 cas : 18 dus au PVS1, 24 dus au PVS3

2 JNV

14 JLV

5 campagnes de ratissage

17 districts infectés sur 627



ROD CURTIS, UNICEF INDE

*Un enfant reçoit le vaccin antipoliomyélitique oral à Kolkata.*

deux sources les plus importantes de propagation du poliovirus sauvage depuis que l'IMEP existe. En 2010, le virus indien a réinfecté le Népal, le Tadjikistan, la Fédération de Russie, le Kazakhstan et le Turkménistan. De plus, le PVS1 angolais qui s'est propagé en 2010 à la République démocratique du Congo et à la République du Congo est d'origine indienne et représente désormais la plus grande menace contre l'éradication de la poliomyélite en Afrique.

Pour l'Inde, les six prochains mois vont être les plus décisifs depuis le début du programme d'éradication de la poliomyélite. Les niveaux élevés d'immunité dans les principaux réservoirs de l'Uttar Pradesh et du Bihar ont offert, du point de vue épidémiologique, une chance certaine d'éradiquer la poliomyélite avant fin juin 2011. Compte tenu du risque qui se pose toujours pour le programme d'éradication mondiale (toutes les PVS importés récemment dans des régions exemptes de poliomyélite étaient originaires de l'Inde et du Nigéria) l'éradication de la poliomyélite en Inde est pour l'IMEP une priorité absolue.

Le groupe consultatif d'experts indiens pour l'éradication de la poliomyélite, réuni en novembre 2010 a recommandé que l'on procède dans l'immédiat à des campagnes énergiques de ratissage autour de chaque cas notifié. Dans le cadre de cette stratégie exhaustive de riposte à la transmission, des cam-

pagne de ratissage ont été menées en décembre 2010 à New Delhi et à Mumbai après que des prélèvements dans des eaux usées se soient révélés positifs, et dans le lieu d'origine génétique du virus, dans le centre du Bihar. Cette stratégie devra être maintenue tout au long de l'année 2011. Il sera essentiel d'intégrer des stratégies auprès des populations mobiles qui consisteront à suivre et à atteindre des petits groupes mobiles de travailleurs migrants, de nomades et les habitants de bidonvilles parmi lesquels un nombre disproportionné de cas ont été déclarés en 2010: c'est en atteignant ces communautés isolées que l'Inde parviendra à éradiquer la poliomyélite.



HANS EBERTS, UNICEF

*Des enfants jouent à côté des voies ferrées dans le Bihar, Inde.*

## Nigéria

En 2010, le Nigéria a enregistré 21 cas dus au poliovirus sauvage, ce qui représente la plus faible incidence des deux sérotypes du PVS sur une période de 12 mois que le pays n'avait jamais enregistré auparavant et une diminution de 95% du nombre de cas par rapport à 2009. L'ampleur de ces avancées a suscité un plus grand optimisme, même prudent, jamais ressenti auparavant au Nigéria, malgré la subsistance de lacunes dans la surveillance et la couverture vaccinale.

L'incidence du poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale (PVDVc) a également fortement chuté en 2010 puisque 26 cas ont été enregistrés cette année-là dans quelques districts contre 154 cas identifiés dans une large zone en 2009.



CHRISTINE McNAB

Alors que la situation épidémiologique, étayée par une surveillance relativement serrée, montre que le Nigéria se trouve indubitablement plus proche que jamais de l'objectif d'éradication de la poliomyélite, un certain nombre de risques mettent toujours en péril la réalisation de cet objectif, comme le nombre inacceptable d'enfants qui n'ont jamais été vaccinés par le VPO.

L'augmentation du nombre de cas de poliomyélite constatée dans le dernier trimestre de 2010 et des grèves des agents de santé dans les principaux États ont révélé la fragilité des progrès obtenus au Nigéria et ont fait craindre une éventuelle flambée de cas en 2011, à moins que l'on comble rapidement les dernières lacunes du programme.

Alors qu'il existe d'importantes poches d'enfants non vaccinés ou insuffisamment vaccinés dans les régions d'endémie, leur concentration est plus forte dans certaines zones: ainsi, les États de Kano et de Yobe n'ont-ils pas atteint le premier objectif de 2010 pour le Nigéria – parvenir à moins de 10% d'enfants qui n'ont jamais été vaccinés (0 dose) – puisqu'ils ont obtenu respectivement 18% et 12%. Des enquêtes menées auprès des communautés à propos de ces cas ont confirmé qu'une certaine méfiance à l'égard du vaccin a contribué à la persistance de la transmission du poliovirus. Presque tous les cas de poliomyélite enregistrés en 2010 sont survenus soit dans l'une des 85 zones d'administration locales (LGA) identifiées comme étant à haut risque soit dans des zones voisines. Malgré une amélioration globale dans la couverture vaccinale, on a pu constater dans les LGA à haut risque une couverture vaccinale nettement inférieure à celle obtenue dans des LGA à moindre risque dans les mêmes États du nord du pays.

Au fur et à mesure que la transmission diminue, la qualité de la surveillance prend de l'importance. Les lacunes constatées dans la surveillance ont été confirmées par la forte proportion de virus (14 sur 21) détectés en 2010 et dont l'analyse génétique a montré qu'ils appartenaient à une chaîne de transmission restée longtemps inaperçue.

La transmission du VPS est concentrée dans les États du nord-est (Borno) et du nord-ouest (Kebbi, Sokoto, Zamfara) du pays. Tant qu'il subsistera des lacunes dans les activités de vaccination, la poliomyélite pourra réinfecter ces zones à risque ou les pays voisins. En 2010, le poliovirus originaire du

*Umar Amino, âgé de sept ans, a la jambe droite paralysée par la poliomyélite. Son genou est douloureux parce qu'il est plus facile pour lui de se traîner au sol plutôt que de se tenir debout à l'aide de ses béquilles. Malgré ses difficultés, Umar est un élève assidu et bien qu'il ne sache pas ce qu'il fera quand il sera grand, il aime l'école.*

Nigéria a réinfecté le Niger, le Mali et le Tchad, et le virus présent dans l'État de Borno a été à l'origine du seul cas identifié à Kano en 2010.

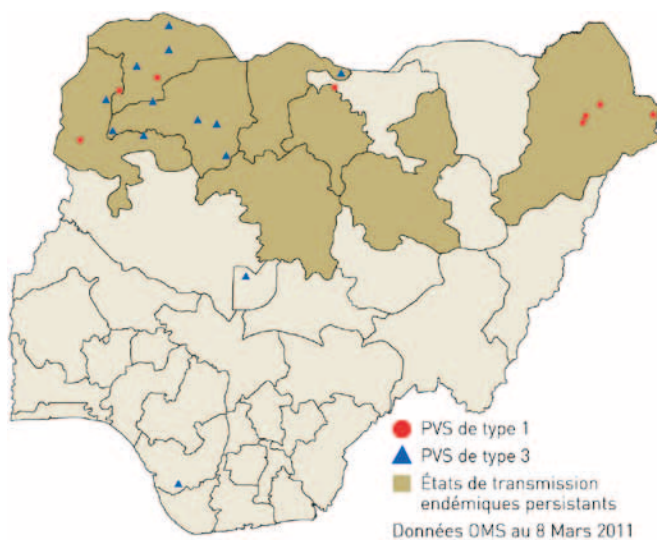
### Incidence des nouvelles approches stratégiques

En 2010, les autorités nationales, les gouverneurs des États et les autorités locales ont continué à jouer un rôle de premier plan et ont déployé des efforts soutenus pour renforcer la responsabilisation. Les *Engagements d'Abuja* – signés par les gouverneurs des États en 2009 pour témoigner de leur détermination à éradiquer la poliomyélite – ont fait l'objet d'une évaluation trimestrielle dont les résultats sont publiés dans la presse nationale. Critère justifiant l'utilité de cet outil, les États dans lesquels le poliovirus a continué de circuler dans le dernier trimestre de 2010 sont aussi ceux qui se sont montrés les moins déterminés à appliquer ces engagements, en particulier les États de Kebbi, de Zamfara et de Borno.

La Commission des chefs traditionnels et religieux du nord a dirigé les mesures d'éradication en présidant les réunions de bilan en fin de journée, en lançant des campagnes de vaccination supplémentaire et en veillant à ce que les dirigeants de chaque district, circonscription et village convainquent les parents de la nécessité de la vaccination. Même si le degré d'engagement n'était pas le même partout, l'engagement de la Commission est resté très encourageant.

Leur engagement effectif et manifeste a abouti à des résultats tangibles. Au quatrième trimestre de 2010, la proportion d'enfants qui n'avaient jamais été vaccinés dans les 12 États les plus à risque a chuté pour la première fois en-dessous des 5% (3,4%).

### Cas dus au PVS au Nigéria en 2010



TOM MORAN, DMS

*Un agent de santé apporte un nourrisson de trois jours pour le faire vacciner.*

L'élaboration en 2010 de plans opérationnels spécifiques aux 85 LGA à haut risque a permis de canaliser les mesures renforcées vers les zones les plus vulnérables. Grâce à ces plans, les efforts d'éradication de la poliomyélite ont été rendus plus visibles dans ces zones et ont permis de mieux coordonner la supervision et la surveillance assurées par les États, le gouvernement national et les partenaires. Les améliorations progressives font l'objet d'un suivi dans la plupart des zones. Le suivi indépendant élargi mis en place en novembre 2010 dans les 12 États les plus à risque permet à ces zones d'espérer un plus haut niveau de qualité.

Les méthodes innovantes en matière de communication et de mobilisation sociale et notamment l'intensification réussie des «Majigi» – un spectacle audio-visuel local – et l'engagement de groupes de femmes ont commencé à porter leurs fruits puisqu'il en a résulté une augmentation de la demande de vaccins. La «méthode Majigi» permet aux dirigeants locaux de projeter des films produits localement qui montrent clairement ce qu'est la poliomyélite, comment elle se propage et ce que les parents peuvent faire pour protéger leurs enfants. Ces manifestations donnent aux communautés l'occasion de discuter ouvertement de certaines de leurs préoccupations concernant la vaccination tout en encourageant les solutions locales.

#### Nigéria

21 cas : 8 dus au PVS1, 13 dus au PVS3

2 JNV

6 JLV

1 campagne de ratissage

1 JSE

21 districts infectés sur 774

Pour vérifier les améliorations apportées dans le programme, un nouveau dispositif de suivi accéléré a été étendu à tous les États situés au nord du Nigéria au cours du quatrième trimestre. D'autres études pilotes réalisées au Nigéria ont porté notamment sur l'utilisation de téléphones portables équipés d'un système d'information géographique (SIG) dans les opérations de suivi et sur la création d'équipes locales multi-fonctions pour évaluer et améliorer rapidement les activités de vaccination supplémentaire.

Une politique dynamique prévoyant des examens périodiques de la surveillance par des pairs au niveau des États a permis d'améliorer la cohérence de la surveillance d'une LGA à l'autre. S'il ne fait aucun doute que des lacunes subsistent dans la surveillance, et la détection en 2010 de longues chaînes de transmission du PVS le démontre, il est tout aussi évident que la qualité de la surveillance s'est améliorée ces douze derniers mois. À fin 2010, 92% des LGA ont déclaré avoir atteint les objectifs de surveillance au regard des principaux indicateurs, soit une augmentation de 6% comparé à 2009.

Les douze prochains mois permettront de déterminer si le Nigéria a réussi à interrompre la transmission du poliovirus. Le nombre de cas de poliomyélite n'a jamais été aussi bas et des plans sont en cours de parachèvement qui garantiront l'application intégrale des opérations intensives et énergiques de ratissage et permettront de combler les lacunes dans la couverture vaccinale obtenue dans les LGA à haut risque où la qualité des activités de vaccination supplémentaire reste médiocre. L'identification et la couverture des populations mobiles par les activités de vaccination et de surveillance sont un axe central de la stratégie 2011. Mais les actions qui visent à identifier et à

*Une famille se tient devant sa maison. Sur le mur derrière eux, une inscription à la craie indique que les 10 enfants du foyer ont été vaccinés contre la poliomyélite.*

combler les lacunes de la surveillance sont tout aussi importantes puisqu'elles permettent de détecter les poliovirus rapidement et de façon fiable et de maintenir des niveaux élevés d'immunité de la population.

Des équipes d'États ont piloté en 2010 l'examen approfondi toujours en cours des stratégies locales qui ont réussi, pour déterminer les méthodes qui méritent d'être étendues pour combler les lacunes opérationnelles restantes et renforcer la mobilisation et la pleine adhésion des communautés locales. L'utilisation de téléphones portables équipés d'un SIG sera étendue aux zones où cela sera jugé utile. On continuera de procéder à un échantillonnage par lots pour l'assurance de la qualité (LQAS) lorsque les résultats de l'évaluation indépendante ne seront pas clairs. Une étude de séroprévalence, la première au Nigéria concernant la poliomyélite, permettra de repérer plus précisément les lacunes subsistant à Kano dans la couverture vaccinale.

En 2011, il est prévu de réaliser un examen international exhaustif de la surveillance pour identifier et combler les lacunes existantes et des échantillons seront prélevés dans l'environnement à Kano, et seront étendus à d'autres sites pour améliorer la sensibilité de la surveillance.

L'éradication de la poliomyélite en 2011 est à portée de main pour le Nigéria. Étant le seul pays d'Afrique à n'avoir jamais interrompu la transmission du poliovirus, le Nigéria ne doit pas passer à côté de sa chance de gagner une victoire historique – pas seulement pour les enfants nigériens mais pour toute l'Afrique.

TOM MORAN, OMS





# Afghanistan

En 2010, le poliovirus était cantonné dans la région du sud de l'Afghanistan et dans la province voisine de Farah, principalement dans 13 districts à haut risque touchés par les conflits. Comparé à 2009, le nombre de cas a baissé de 34% et aucun PVS3 n'a été signalé dans le pays après avril 2010. Ce qui a distingué les mesures d'éradication de la poliomyélite mises en place par l'Afghanistan dans des zones d'insécurité a été la participation active de toutes les parties au conflit par l'intermédiaire d'organisations non gouvernementales locales travaillant dans le secteur de la santé (ONG), des dirigeants de communautés et des chefs religieux, pour assurer des campagnes d'excellente qualité. En dehors de cette zone de transmission endémique, l'Afghanistan a réussi à prévenir des flambées après l'importation de PVS depuis son voisin fortement infecté – et ce, malgré les quatre différentes importations enregistrées – et à maintenir le reste du pays exempt de poliomyélite.

Dans la région sud de l'Afghanistan et dans les zones limitrophes de la région ouest, en 2010, le conflit a empêché les équipes d'accéder aux enfants pour les vacciner. Sur les 25 cas dus au PVS enregistrés dans le pays, 21 étaient issus de ces zones. Un autre indicateur de la nécessité d'élever le niveau d'immunité a été la survenue, entre juin et décembre 2010, de cinq cas dus à un poliovirus circulant de type 2 dérivé d'une souche vaccinale (PVDVc2) à Nad Ali – un district régulièrement inaccessible de la province de Hilmand dans le sud du pays. Les activités d'éradication de la poliomyélite ont été axées sur la nécessité de garantir l'accès des vaccinateurs et d'assurer leur sécurité.

L'autre difficulté a consisté à maintenir une large couverture vaccinale dans le reste du pays pour atténuer les risques de propagation du virus depuis l'intérieur du pays (de la région sud par exemple) ou depuis l'extérieur (du Pakistan notamment).

Pour surmonter les obstacles liés à l'insécurité, le Comité international de la Croix-Rouge a étendu son aide aux zones



SIRGUN ROESEL/OMS

*Des enfants afghans lèvent le doigt pour montrer qu'ils ont été vaccinés contre la poliomyélite.*

touchées par le conflit pour obtenir des groupes d'opposants qu'ils acceptent la venue des prestataires de santé. Une étroite coordination a été maintenue avec les forces militaires internationales, tout en protégeant la neutralité du programme. Des négociateurs d'accès locaux ont été recrutés pour aider les équipes de vaccinateurs à accéder plus facilement et à moindre risque aux enfants. Grâce à ces mesures, la proportion d'enfants de moins de cinq ans vivant dans le sud du pays qui ne pouvaient pas être atteints est passée de 19% en janvier 2009 à 6% à la fin de l'année 2010.

La volonté politique a été le moteur de ces innovations. Un groupe de haut niveau sur la politique et la stratégie d'éradication de la poliomyélite – présidé par le Ministre de la Santé publique – s'est réuni chaque mois pour évaluer les progrès accomplis et suggérer des moyens d'amélioration.

Ce soutien a été complété par l'accent mis au niveau local. Des plans d'éradication de la poliomyélite, spécifiques à chacun des 13 districts hautement prioritaires, ont été élaborés et des «directeurs de district» chargés des campagnes d'éradication de la poliomyélite ont été nommés dans chacun de ces 13 districts pour renforcer la gestion des activités de vaccination supplémentaire. Ce programme a lancé également des campagnes de mobilisation des communautés, en faisant intervenir des personnalités locales influentes (des anciens des villages, des chefs de tribus, des enseignants, des mollahs et

## Afghanistan

25 cas : 17 dus au PVS1, 8 dus au PVS3

4 JNV

8 JLV

15 districts infectés sur 329



SIBRIN ROSEEL, WHO

*Pendant les JNV de mars 2010, des agents de santé passent de maison en maison pour vacciner les enfants.*

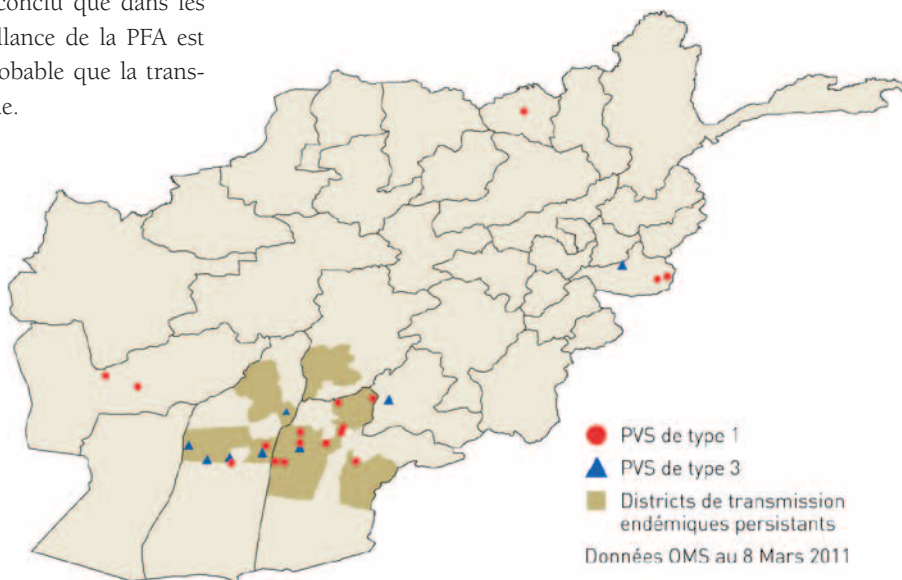
des agents de santé locaux) pour faciliter les négociations au niveau local avec des militants pour avoir accès aux enfants pendant les activités de vaccination supplémentaire (AVS). Les ONG chargées par le gouvernement d'assurer les soins de santé primaires ont été systématiquement embauchées pour organiser des AVS dans les districts sélectionnés de Hilmand et de Kandahar, car ces organisations disposent de réseaux efficaces qui assurent les soins de santé primaires dans les communautés.

Une évaluation de la surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA) par une équipe internationale a été réalisée en septembre 2010 dans toutes les régions à l'exception du sud et du sud-est pour évaluer la sensibilité du système de surveillance de la PFA et identifier et signaler tout enfant présentant des symptômes de paralysie. Cette étude a conclu que dans les régions examinées, le système de surveillance de la PFA est extrêmement sensible et qu'il est peu probable que la transmission d'un virus puisse passer inaperçue.

La couverture globale déclarée des AVS est restée supérieure à 90% dans la plupart des cas, sauf dans les 13 districts touchés par le conflit, au sud du pays, où la qualité des campagnes est restée inférieure au niveau jugé indispensable pour interrompre la circulation du virus. Un plan de préparation et de riposte a été élaboré pour réagir à des cas de poliomyélite dans les régions du pays exemptes de poliomyélite. Une campagne de ratissage de grande envergure a été menée à bien dans quatre provinces en l'espace d'une semaine dès réception de la confirmation d'un cas de la région nord-est importé du nord-ouest du Pakistan. Aucun cas secondaire n'a été détecté à la suite de cette importation. En réponse à la flambée survenue au Tadjikistan, l'Afghanistan a implanté des postes de vaccination à la frontière, a coordonné ses activités de vaccination supplémentaire avec celles de son voisin et a préservé le niveau d'immunité dans les communautés frontalières.

L'Afghanistan a été capable de circonscrire la circulation du poliovirus à des zones réduites et à maintenir les niveaux d'immunité suffisamment élevés dans les autres régions pour prévenir la propagation du virus à d'autres régions du pays et ce, même dans un contexte d'extrême insécurité. Près de 85% de la population afghane vit dans des zones où rien n'indique une circulation du poliovirus. La stratégie SIAD qui consiste à administrer des doses supplémentaires de VPO dans des intervalles courts, chaque fois que la situation de conflit le permet, et l'attention portée systématiquement sur l'engagement et les opérations des communautés, ont placé l'Afghanistan au rang de chef de file dans la lutte contre la poliomyélite dans cette région. Tout comme le Niger a absorbé les importations répétées depuis le Nigéria et a réussi à interrompre la transmission des virus autochtones, l'Afghanistan pourrait bien devenir exempt de poliomyélite plus tôt que prévu.

### Cas dus au PVS en Afghanistan en 2010



## Pakistan

Le nombre de cas de poliomyélite notifiés par le Pakistan en 2010 (144) est supérieur au nombre de cas enregistrés chaque année depuis 2000 et supérieur au total cumulé des cas dans les trois autres pays d'endémie – le Nigéria, l'Inde et l'Afghanistan. Le Pakistan est également le seul pays d'endémie qui a enregistré une augmentation du nombre de cas de poliomyélite depuis l'année 2009. Il a donc manqué l'étape du Plan stratégique de l'IMEP qui prévoit l'arrêt de toute transmission du poliovirus sauvage avant fin 2012. Déchiré par le conflit dans sa région nord-ouest et dévasté par les inondations les plus catastrophiques de son histoire, le Pakistan a traversé une année intolérablement difficile. Le programme d'éradication de la poliomyélite déjà fragilisé – incapable d'atteindre suffisamment d'enfants pour les vacciner – a été mis à rude épreuve.

Et pourtant, les ressources et le personnel alloués au programme d'éradication de la poliomyélite se sont révélés inappréciables dans les opérations de secours qui ont suivi les inondations ; la propagation des cas de poliomyélite et les progrès obtenus dans d'autres pays d'endémie ont incité les principaux dirigeants politiques et les responsables de la santé à l'échelon national et infranational à s'engager résolument en faveur de l'éradication. En décembre 2010, le Comité de suivi indépendant a discuté de cette situation alarmante avec les autorités sanitaires nationales. Dès la nouvelle année 2011, le Président du Pakistan a lancé un plan national d'urgence pour l'éradication de la poliomyélite.

Bien que chaque province du Pakistan enregistre des cas de poliomyélite, la très grande majorité des cas surviennent dans les parties des zones tribales sous administration fédérale (FATA) touchées par les conflits et dans les zones voisines de la province de Khyber Pakhtunkhwa. Le poliovirus en circulation au Pakistan survit dans un nombre limité de districts à haut risque. Ces 14 districts classés «à haut risque» ou «à transmission persistante» sont situés à proximité de 19 autres

districts classés comme «à haut risque élargi». Ensemble, ces 33 districts constituent le principal terrain de transmission du poliovirus au Pakistan dont sont issus plus de 80% des cas déclarés en 2010.

Les principaux obstacles à l'éradication de la poliomyélite dans les parties des zones tribales sous administration fédérale (FATA) et dans la province de Khyber Pakhtunkhwa sont les difficultés auxquelles se heurtent les équipes de vaccination pour accéder aux enfants dans un contexte d'insécurité et les problèmes de gestion à l'origine de campagnes de mauvaise qualité. Dans le centre du Pakistan, le principal risque est l'irrégularité constatée dans la qualité des campagnes d'éradication de la poliomyélite. Dans cette région, l'accès aux enfants est rendu encore plus compliqué par les problèmes de maintien de l'ordre dans certaines zones reculées de la Vallée de l'Indus. Le centre du Pakistan a été par ailleurs dévasté par les inondations de 2010 qui ont amplifié le risque de transmission du poliovirus du fait des exodes de populations, des infrastructures sanitaires endommagées, des pressions accrues exercées sur les dirigeants et des mauvaises conditions d'assainissement et d'approvisionnement en eau.

Au nord-ouest du Pakistan touché par les conflits, les demandes sans cesse réitérées pour obtenir un accès aux enfants ont obtenu gain de cause sous la direction des autorités des FATA et de la province de Khyber Pakhtunkhwa, grâce à l'application de stratégies adaptées spécifiquement aux agences tribales touchées par le conflit. Des équipes d'intervention ont été créées mi-2010 pour résoudre les problèmes d'inaccessibilité. Elles étaient constituées de fonctionnaires du gouvernement et de militaires. Dans la province de Khyber Pakhtunkhwa,

*Zahid, 6 ans, s'entraîne à marcher à l'aide de barres métalliques, dans la ville de Karachi, Province de Sindh.*

*Ces barres métalliques ont été fabriquées par l'oncle de Zahid qui travaille dans une usine d'appareils médicaux destinés aux hôpitaux. La poliomyélite de Zahid a été diagnostiquée en novembre 2010, après qu'il ait chuté dans une allée sanspouvoir se relever. «C'est arrivé si brutalement!» a dit le père de Zahid.*

ZAHID, UNICEF



SYED HAIDER, OMS



*Un homme couvert de boue fouille les décombres de sa maison après les graves inondations qui ont ravagé le Pakistan en 2010.*

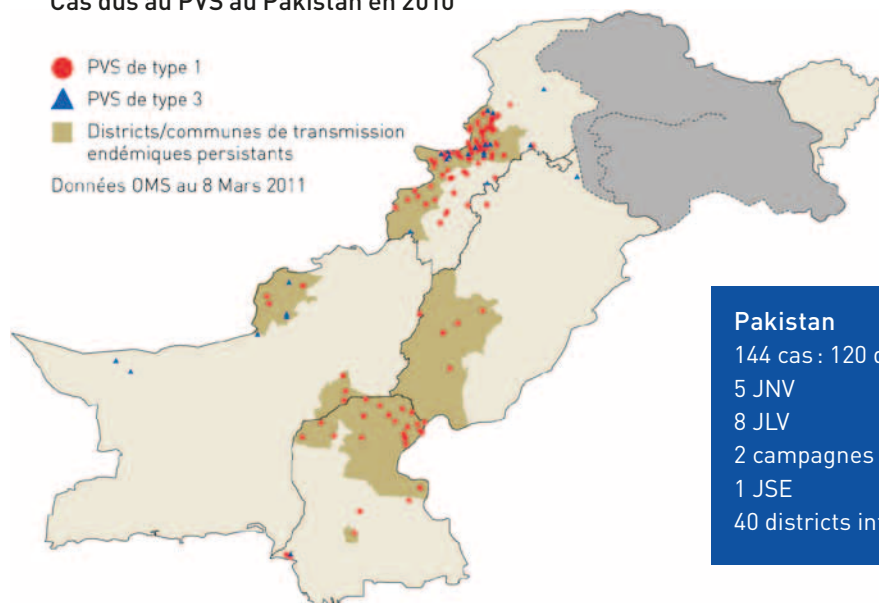
le nombre d'enfants vivant dans les zones inaccessibles a chuté: ils étaient 100 000 en février – soit 2% de la population cible – et n'étaient plus qu'une poignée en décembre 2010. Dans les FATA cependant, ce nombre est passé à un peu plus de 350 000 lors des journées nationales de vaccination de septembre et octobre et n'a jamais baissé sous le seuil des 225 000 – soit 20% de la population cible. Il reste à espérer que les activités de ces équipes d'intervention des agences puissent aboutir à des améliorations dans la couverture et la qualité des AVS en 2011 pour égaler les chiffres de couverture (généralement supérieurs à 80-85%) régulièrement atteints dans la région transfrontalière à l'est de l'Afghanistan exempte de poliomyélite.

L'extension de la surveillance environnementale à d'autres sites dans les quatre provinces a révélé la véritable ampleur de la transmission et cela a permis la mise en place d'interventions plus énergiques et à plus grande échelle. Des prélèvements effectués dans des eaux usées dans toutes les provinces du pays ont permis d'isoler le poliovirus. Les responsables sociaux et politiques ont utilisé les outils qu'ils avaient à leur

disposition : les ministres de la santé à l'échelon fédéral et provincial ont conseillé aux coordonnateurs dans les districts de superviser personnellement les améliorations apportées dans les AVS dans les zones touchées par une flambée de cas. La coordination entre les différents secteurs s'est poursuivie dans le but de vacciner des enfants à chaque occasion; sont intervenus notamment la police des routes et des autoroutes, les autorités nationales d'enregistrement et les médias. Le Conseil interreligieux de la santé a sensibilisé plus de 16 000 chefs religieux à l'importance de la vaccination et de l'éradication de la poliomyélite; les dirigeants ont ensuite préparé eux-mêmes les supports d'information destinés à sensibiliser les communautés.

La communauté internationale du développement a apporté une aide soutenue et a mené des plaidoyers lorsque le Pakistan s'est trouvé de nouveau confronté à de violentes flambées. Ainsi, le Dr Margaret Chan, Directeur général de l'OMS (Organisation mondiale de la Santé) et M. Hussein A. Gezairy, Directeur du Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, se sont rendus dans la province de Khyber Pakhtun-

### Cas dus au PVS au Pakistan en 2010



#### Pakistan

144 cas : 120 dus au PVS1, 24 dus au PVS3

5 JNV

8 JLV

2 campagnes de ratissage

1 JSE

40 districts infectés sur 135

khwa à l'occasion d'une visite officielle, pour lancer des campagnes de vaccination antipoliomyélitique et ont discuté avec le Président Asif Ali Zardari. Au début de l'année 2011, le Président a également discuté de l'éradication de la poliomyélite avec Bill Gates, co-président de la Fondation Bill & Melinda Gates.

Le Pakistan représente désormais le plus grand risque d'échec pour le programme mondial d'éradication de la poliomyélite, puisque deux sérotypes du poliovirus y circulent en même temps, la frontière nord-ouest avec l'Afghanistan est confrontée à une violente flambée, la transmission subsiste dans de multiples zones, les régions à haut risque se trouvent prises dans un conflit ouvert et le poliovirus s'infiltré dans des zones exemptes de poliomyélite de l'Afghanistan.

Les principales cibles du Plan national d'urgence sont les 33 districts/agences/villes à haut risque du pays qui se trouvent régulièrement infectés, où la couverture insuffisante des campagnes de vaccination par le VPO favorise la transmission du poliovirus et où la responsabilisation des autorités des districts reste faible. Des plans semblables spécifiques aux districts ont réussi en 2010 à Karachi et dans la grande zone de Quetta (Balûchistân). Les mesures ont été lancées au cours du premier trimestre 2011 pour étendre le concept de la planification dans les zones à haut risque aux sous-districts, grâce à l'identification des sous-division administratives des districts les plus exposées et pour lesquelles des plans sont en cours d'élaboration. L'OMS et le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) ont commencé à revoir et à aligner leur plan de dotation en personnel pour rendre leur aide à l'application du Plan national d'urgence plus efficace. Dans une nouvelle initiative soutenue par les CDC des Etats-Unis d'Amérique, un nombre supplémentaire de cadres de la stratégie STOP (Stop Transmission of Polio) ont été formés pour travailler dans les 16 districts les plus exposés.

Dans les poches de flambée des zones tribales sous administration fédérale (FATA), le programme se poursuit pour améliorer la qualité des AVS, grâce notamment à une supervision plus étroite des AVS dans les zones accessibles et dans lesquelles vit 75% de la population des FATA. Dans les zones inaccessibles – contrôlées soit par l'armée soit par des opposants au gouvernement – les équipes d'éradication de la poliomyélite ont réalisé des campagnes de plaidoyer pour obtenir l'accès aux zones, sous la direction de l'armée et avec l'appui de la communauté locale et des chefs religieux. De plus en plus souvent, les campagnes de vaccination seront menées chaque fois qu'une occasion se présentera et les équipes appliqueront la stratégie SIAD (Administration d'une dose supplémentaire dans un intervalle court).

Une composante centrale du plan est l'application de stratégies destinées à suivre et à atteindre les groupes migrants, les personnes déplacées dans leur propre pays, les réfugiés et les nomades qui contribuent à la transmission de la poliomyélite à l'intérieur du Pakistan et jusqu'en Afghanistan. Ces stratégies qui ciblent les migrants se sont révélées inappréciables en Inde et il faut espérer que des actions semblables permettront d'aider ces communautés.

Il est clair qu'à chaque échelon administratif du Pakistan, une surveillance cohérente assurée par le gouvernement, sa pleine adhésion au programme de lutte antipoliomyélitique et sa responsabilisation à l'égard du bon déroulement des activités sont essentielles pour que le pays puisse suivre le rythme des avancées obtenues ailleurs. La décentralisation de la responsabilité sanitaire de l'échelon national à l'échelon des provinces, même si elle induit certains risques, permet de renforcer la responsabilisation des autorités. L'efficacité des responsables politiques et sanitaires dans les districts dans l'application du Plan national d'urgence est surveillée de près et les administrations des provinces commencent à sanctionner sévèrement les fonctionnaires des districts dont le travail est jugé peu satisfaisant (par l'élimination ou le transfert du personnel concerné).



*Dans le village d'Adilpur, district de Ghotki, Province de Sindh, Rasheeda porte son fils Wajid, âgé de 1 an, atteint de poliomyélite. La maladie se propage au lendemain des inondations.*

## 5 | Détection du poliovirus

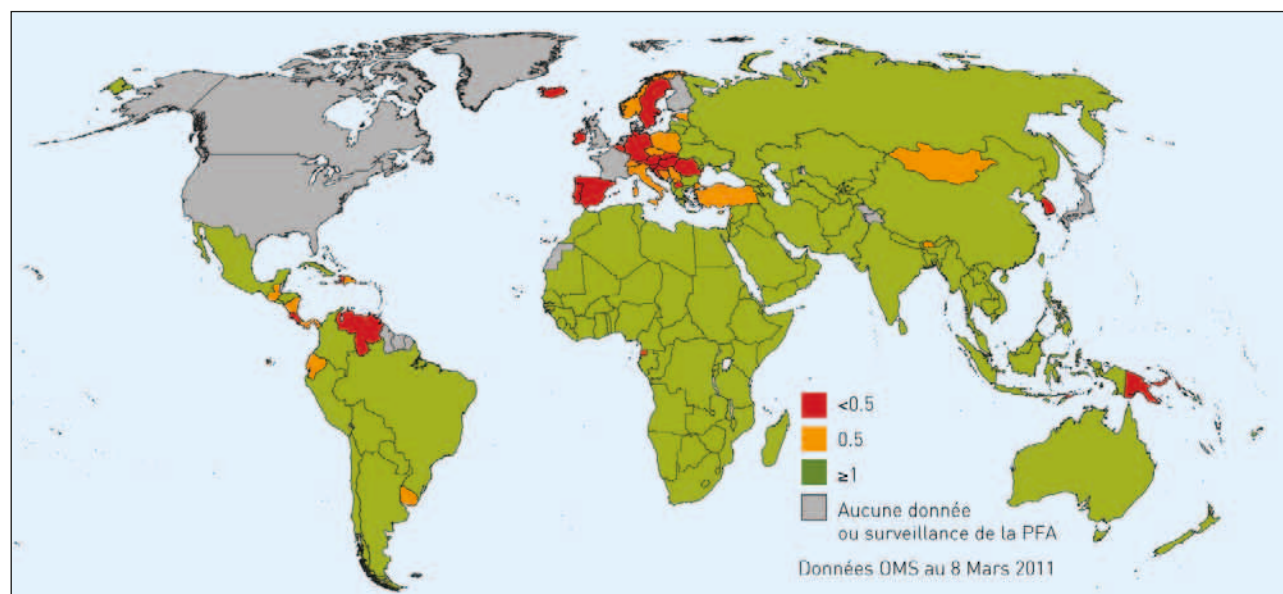
PRINCIPAUX INDICATEURS DE PROCESSUS IMEP 2010	RÉSULTATS	BILAN FINAL	
Plus de 2 cas de PFA non poliomyélitique signalés au niveau infranational dans tous les pays d'endémie, dans les pays où la transmission est rétablie et dans les pays de la «ceinture d'importation du poliovirus sauvage».	Pays d'endémie.	Objectif atteint dans 2 des 4 pays.	Étape manquée
	Pays où la transmission est rétablie.	Objectif atteint dans 3 des 4 pays.	
	Pays de la «ceinture d'importation du poliovirus sauvage».	Objectif atteint dans 6 des 19 pays.	
	Pays situés à l'extérieur de la «ceinture d'importation du poliovirus sauvage», confrontés à des flambées en 2009 ou en 2010.	Objectif atteint dans 2 des 9 pays.	

La surveillance des cas de paralysie flasque aiguë (PFA<sup>14</sup>) est la principale méthode utilisée pour détecter une transmission de poliovirus, qu'il s'agisse de poliovirus sauvages (PVS) ou de poliovirus dérivés d'une souche vaccinale (PVDV). Elle permet d'orienter les activités de vaccination supplémentaire (AVS) et, à l'issue du processus, aura contribué à la certification de l'éradication du PVS.

En 2010, comme indiqué dans le nouveau Plan stratégique 2010-2012 de l'IMEP, un certain nombre de dispositifs supplémentaires de surveillance ont été utilisés pour développer

la surveillance du poliovirus, en particulier l'extension de la surveillance environnementale, la réalisation d'études de séroprévalence et le renforcement de l'appui technique dans les zones où les lacunes dans la surveillance infranationale sont bien connues. Dans un même temps, des mesures ont été prises pour redynamiser la surveillance de la PFA dans les Régions déjà certifiées exemptes de poliomyélite et l'importance de ces mesures s'est trouvée mise en lumière en 2010 lorsqu'une violente flambée de cas s'est déclarée au Tadjikistan et s'est propagée dans toute l'Asie centrale et dans la Fédération de Russie.

### Surveillance de la PFA au niveau national en 2010



14 Trois indicateurs de performance sont utilisés pour déterminer si le niveau de surveillance de la PFA correspond à la norme requise pour la certification: la détection de plus de 1 cas de PFA non-poliomyélitique pour 100 000 habitants de moins de 15 ans et l'investigation qui en découle; le prélèvement d'échantillons dans les conditions requises pour au moins 80% des cas de PFA notifiés et enfin l'analyse de 100% des échantillons dans l'un des 145 laboratoires de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP) accrédités par l'OMS.

## Qualité de la surveillance dans les Régions de l'OMS

En 2010<sup>15</sup>, dans la Région africaine de l'Organisation mondiale de la Santé (AFR), 87% des pays (42/48) ont notifié un nombre de cas de PFA non-poliomyélitique supérieur à 1 pour 100 000 habitants, dont 75% (36/48) ont déclaré un taux de prélèvements effectués dans les conditions requises supérieur à 80%. Dans la Région de la Méditerranée orientale (EMR), les taux correspondants ont été de 95% (22/23) et de 78% (18/23) et enfin dans la Région de l'Asie du Sud-Est (SEAR), ces taux ont été de 90% (10/11) et de 63% (7/11). Bien que la Région de l'Europe (EUR) soit certifiée exempte de poliomyélite, elle s'est trouvée réinfectée en 2010, lorsque des flambées se sont déclarées en Fédération de Russie, au Kazakhstan, au Tadjikistan et au Turkménistan. Même si, à ce stade, ces flambées n'ont pas remis en cause le statut de certification de la Région, des raisons opérationnelles obligent à la considérer comme réinfectée. En 2010, 47% des pays dotés de systèmes de notification de cas de PFA (21/44) dans la Région Europe ont notifié un nombre de cas de PFA supérieur à 1 pour 100 000 habitants, dont 45% (20/44) ont déclaré un taux de prélèvements effectués dans les conditions requises de 80%.

Dans les pays prioritaires (tous les pays d'endémie, les pays où la transmission est rétablie et les pays de la «ceinture d'importation du PVS») le taux recommandé de détection des cas de PFA, au niveau infranational, fixé pour des raisons opérationnelles à plus de 2 pour 100 000 habitants de moins de 15 ans, a été atteint dans deux des quatre pays d'endémie (pas atteint en Inde et au Pakistan), dans trois des quatre pays où la transmission est rétablie (pas atteint en Angola) et dans six des 19 pays de la «ceinture d'importation du PVS» (pas atteint au Bénin, au Burkina Faso, au Cameroun, en Côte d'Ivoire, en

Érythrée, en Éthiopie, au Ghana, au Libéria, au Mali, en Mauritanie, au Niger, en Somalie et au Togo).

Même si globalement, les pays des Régions infectées par la poliomyélite présentaient de bons indicateurs au niveau national, des lacunes persistaient dans la surveillance des principales zones prioritaires à l'échelon infranational. Ces lacunes signifiaient que la transmission du poliovirus risquait de passer inaperçue, comme ce fut le cas dans la zone transfrontalière entre l'Ouganda et le Kenya, puisqu'en septembre 2010 le poliovirus sauvage de type 1 (PVS1) détecté en Ouganda était génétiquement lié à la flambée survenue au Kenya en 2009. À l'est de la République démocratique du Congo et au nord-est de l'Angola, alors que les indicateurs disponibles indiquaient une surveillance de la PFA de qualité satisfaisante, des cas survenus en 2010 ont apporté la preuve d'une transmission non détectée (pendant plus de 12 mois dans le cas de la République démocratique du Congo).

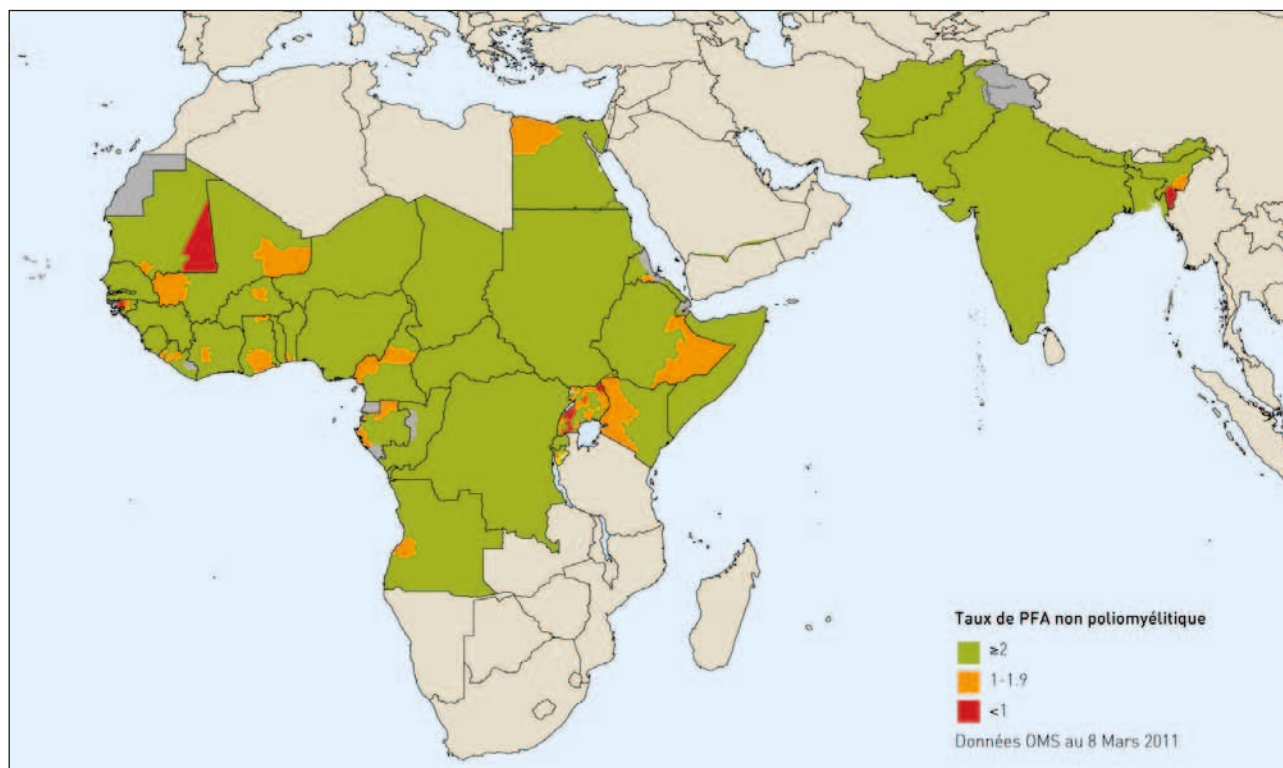
Compte tenu des risques considérables qu'une transmission non détectée représente pour le programme d'éradication des pays, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP) s'est attachée en 2010 à créer des dispositifs permettant d'identifier et de combler ces lacunes infranationales. En 2010, des évaluations et des études de la surveillance ont été réalisées dans la Région de l'Europe (au Kirghizistan, en Ouzbékistan, au Tadjikistan et au Turkménistan), dans la Région de l'Asie du Sud-Est (quatre études menées au niveau infranational dans des États de l'Inde et une menée au Népal), dans la Région Méditerranée orientale (en Afghanistan, à Djibouti et en Égypte) et enfin dans la Région Afrique (au Cameroun et au Mozambique, et d'autres sont prévues début 2011 au

### Indicateurs de surveillance de 2009 comparés à 2010

RÉGION	CAS DE PFA NOTIFIÉS		TAUX DE PFA NP		CAS DE PFA AVEC PRÉLÈVEMENT DANS LES CONDITIONS REQUISES (%)	
	2009	2010	2009	2010	2009	2010
AFR	15 127	16 511	3,9	4,2	89	87
AMR	1 873	1 983	1,1	1,2	79	79
EMR	10 611	11 330	4,4	4,6	91	91
EUR	1 363	2 083	0,9	1,2	84	86
SEA	54 962	60 551	8,8	9,5	84	83
WPR	6 291	6 410	1,8	1,8	87	89
<b>Total mondial</b>	<b>90 227</b>	<b>98 868</b>	<b>4,9</b>	<b>5,4</b>	<b>86</b>	<b>85</b>

<sup>15</sup> En 2010, les pays suivants dans les Régions infectées par la poliomyélite n'ont pas atteint le niveau de surveillance requis pour la certification. Il s'agit de l'Algérie, de Bahreïn, du Bhoutan, du Botswana, du Cap-Vert, de la Côte d'Ivoire, de Djibouti, de la Guinée équatoriale, de la Guinée-Bissau, du Liban, du Malawi, des Maldives, du Maroc, du Qatar, de la République du Congo, de Sao Tomé-et-Principe, du Sénégal, des territoires occupés de la Palestine, de la Thaïlande et du Timor-Leste. Le Réunion, les Seychelles et Ste Hélène n'ont transmis aucune donnée puisqu'aucune surveillance de la PFA n'est réalisée.

### Surveillance de la PFA au niveau infranational, en 2010, dans les pays d'endémie



Nigéria, en Ouganda, en République démocratique du Congo et au Tchad). Un nouvel «outil d'évaluation rapide de la surveillance» a été utilisé pour la première fois en Ouzbékistan et au Tadjikistan, et a permis de réaliser une étude intéressante de surveillance sur le terrain en cinq à sept jours seulement au lieu des 10 à 14 jours nécessaires auparavant.

Pour valider les données épidémiologiques factuelles au moyen des activités de vaccination supplémentaire (AVS) et compléter la surveillance de la PFA, l'intensification de la surveillance environnementale s'est poursuivie en 2010. Un seul des prélèvements réalisés en 2010 dans des eaux usées de Mumbai (Inde) a permis d'isoler un poliovirus en novembre 2010. À partir de mai 2010 ces prélèvements ont été étendus à de nouveaux sites à Delhi, où les échantillons prélevés ont été positifs pour le PVS de mai à août et sont négatifs depuis lors.

Les prélèvements environnementaux effectués chaque semaine dans des eaux usées ont été étendus en 2010 à six villes du Pakistan (Karachi, Lahore, Multan, Peshawar, Rawalpindi et Quetta): 80/157 (51%) des échantillons prélevés en 2010 dans ces six villes ont été positifs pour le PVS, y compris les échantillons prélevés à Karachi et à Lahore où aucun cas de PFA lié au PVS n'a été détecté. La surveillance environnementale s'est révélée un outil particulièrement important au Pakistan pour compléter la surveillance de la PFA. Certaines régions du pays étant rendues inaccessibles par les conditions

d'insécurité, la surveillance environnementale réalisée fin 2010 et début 2011 a confirmé une transmission du poliovirus sauvage dans l'ensemble du pays. Au Nigéria, le comité d'experts sur l'éradication de la poliomyélite et la vaccination systématique a recommandé que des prélèvements dans l'environnement soient opérationnels à Kano au plus tard début 2011. Patna (Bihar), en Inde, prévoit de commencer les prélèvements en 2011.

La combinaison des données de surveillance de la PFA et de surveillance environnementale a été complétée également dans certaines zones par les résultats d'études de séroprévalence, pour permettre une triangulation des données et dresser un tableau encore plus clair de la situation épidémiologique et programmatique dans les principales zones. Des études de séroprévalence ont été menées à bien dans l'Uttar Pradesh et au Bihar (Inde) et sont prévues dans ces mêmes zones en 2011, ainsi qu'à Kano (Nigéria).

La flambée qui a touché l'Asie centrale et la Fédération de Russie en 2010 a montré clairement qu'il était impératif de poursuivre une surveillance étroite et de transmettre des rapports rapidement et de façon transparente. Même si tous les pays d'Asie centrale ont réalisé des AVS de grande envergure, il est indispensable de disposer de données fiables des laboratoires et de la surveillance pour démontrer l'absence durable de poliovirus sauvages et obtenir ainsi la certitude que la transmis-



sion est interrompue. En 2011, tous les échantillons prélevés sur des cas de PFA doivent impérativement être analysés dans des laboratoires accrédités par l'OMS.

L'axe central des activités de 2011 restera l'application de nouvelles approches stratégiques, en particulier dans les zones à haut risque où l'on a identifié des lacunes dans les activités de surveillance infranationale. Ayant tiré un enseignement du constat que des poches de transmission sont passées inaperçues en 2010, l'IMEP exige désormais une présence exhaustive sur le terrain et des examens approfondis de la surveillance pour valider les données disponibles, en particulier dans les zones de conflit et dans les zones où la transmission du PVS est récente, et ce, en portant une attention particulière aux groupes de population mobiles, migrants et défavorisés. Dès qu'un pays infecté par la poliomyélite est resté un mois sans notifier aucun cas, il faut envoyer une équipe sur place pour valider les avancées.

Les efforts se sont poursuivis dans les trois Régions de l'OMS certifiées exemptes de poliovirus sauvage autochtone (la Région des Amériques, la Région de l'Europe et la Région du Pacifique occidental) pour maintenir la qualité des activités de surveillance de la PFA dans les États Membres à des niveaux qui permettront la détection précoce d'éventuelles importations de PVS et la mise en place de la riposte nécessaire. Dans les Amériques, 47% des pays disposant de systèmes de notification de la PFA (10/21) ont déclaré un nombre de cas de PFA supérieur à un pour 100 000 habitants, et 33% (7/21) ont

obtenu un nombre d'échantillons prélevés dans les conditions requises supérieur à 80%. Dans le Pacifique occidental, les taux correspondants ont été 56% et 31%.

En Europe et dans le Pacifique occidental, les commissions régionales de certification, soutenues par les comités nationaux de certification, ont poursuivi leur examen détaillé annuel de la qualité de la surveillance des cas de PFA et des activités de vaccination pour identifier les zones où, à cause de lacunes, un éventuel PVS pourrait passer inaperçu ou la détection d'importations et la riposte risqueraient de survenir trop tard.

Pour mieux identifier les pays exposés à un risque de flambée par suite d'une importation, les trois Régions exemptes de poliomyélite – en particulier l'Europe et le Pacifique occidental par suite de la flambée survenue au Tadjikistan – ont exploité les résultats des études supplémentaires d'évaluation des risques réalisées par les secrétariats de l'OMS. D'autres études analogues d'évaluation des risques dans les pays et territoires exempts de poliomyélite sont en cours de réalisation dans les Régions de l'OMS où la poliomyélite est toujours endémique, notamment dans la Méditerranée orientale. Des travaux ont été entrepris pour normaliser les méthodes d'évaluation des risques utilisées dans ces études, comme l'élaboration de principes directeurs applicables à la planification et à la mise en place de mesures correctives pour améliorer l'efficacité de la surveillance des cas de PFA dans les zones où les systèmes de surveillance ont révélé des lacunes.

Les différentes évaluations se sont poursuivies aux niveaux national et international, dans certains pays des Régions d'endémie et dans la Région de l'Europe pour évaluer la qualité de la surveillance de la PFA et identifier les zones à risque.

### Nouveaux sites de surveillance environnementale en 2010



## Réseau mondial des laboratoires de la poliomyélite

Le réseau mondial des laboratoires de la poliomyélite (GPLN) se compose de 145 laboratoires accrédités par l'OMS, chargés principalement d'analyser et de caractériser les poliovirus. Bien que les poliovirus soient issus principalement des cas de paralysie flasque aiguë (PFA), le réseau des laboratoires de la poliomyélite analyse de plus en plus d'échantillons et de virus provenant d'autres sources que les cas de PFA comme les prélèvements environnementaux, les échantillons de selles d'enfants en bonne santé ou de contacts de cas de PFA et des échantillons sanguins, en particulier dans les pays toujours confrontés à une infection endémique ou à haut risque de transmission. Ces analyses permettent une compréhension déterminante de la dynamique de transmission des poliovirus et permettent de mieux cibler les campagnes de vaccination.

En 2010, le GPLN a analysé au total 193 374 échantillons issus de cas de PFA et 17 438 issus d'autres sources que la PFA. En 2010, le réseau a notifié au total 975 cas de PFA positifs pour le PVS<sup>16</sup> provenant de 20 pays. Le rapport des cas dus au PVS1 aux cas dus au PVS3 est de 10 à 1. Ces deux types de poliovirus, le PVS1 et le PVS3, ont été détectés dans six pays (Afghanistan, Inde, Mali, Nigéria, Pakistan et Tchad); le Niger n'a détecté que le PVS3 et 13 autres pays<sup>17</sup> n'ont détecté que le PVS1.

Comme indiqué dans le chapitre précédent, l'extension de la surveillance environnementale s'est poursuivie. Le poliovirus sauvage de type 2 (PVS2) n'a été détecté nulle part depuis 1999.

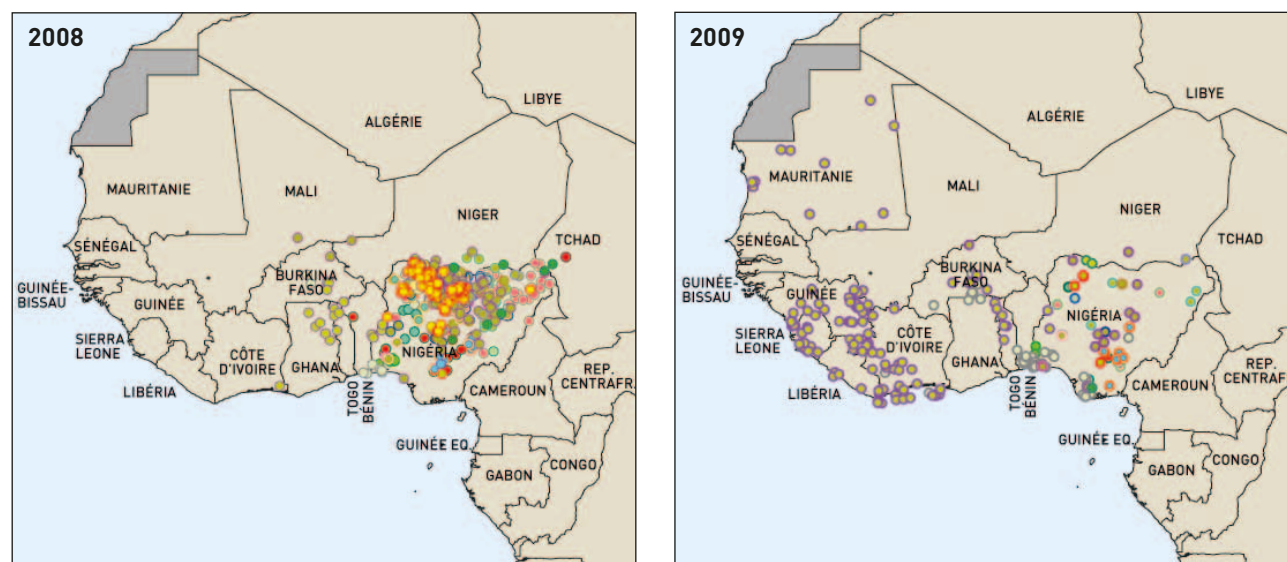
### Analyse génétique du poliovirus

L'analyse génétique est toujours utilisée dans la recherche des liens génétiques et des liens de transmission entre isolats de PVS. En 2010, le réseau de laboratoires a détecté quatre génotypes de virus : West Africa B (WEAF-B) pour le poliovirus sauvage de type 1 (PV1), WEAF-B type 3 (PV3), South Asia (SOAS) type 1 et SOAS type 3.

### Génotypes WEAF-B type 1 et type 3 en Afrique

Tous les cas associés à ces deux génotypes WEAF-B se sont déclarés en Afrique. La transmission de ces deux génotypes n'a jamais été interrompue au Nigéria; au contraire, ils ont été exportés dans de nombreux autres pays durant les cinq à huit dernières années. Cependant, la plupart des virus de la famille WEAF-B détectés à l'extérieur du Nigéria en 2010 résultaient de la transmission ininterrompue des virus importés auparavant dans des pays individuels ou résultaient d'importations par des pays intermédiaires et non d'importations directes du Nigéria.

### Réduction dans les chaînes de transmission au Nigéria entre 2008 et 2011



16 317 cas supplémentaires de PFA importés du Congo, dont les échantillons n'ont pas été prélevés dans les conditions requises, ont été exceptionnellement classés comme PFA poliomyélitique compte tenu de leur lien avec la flambée de cas dus au PVS1 dans ce pays.

17 Angola, Congo, Fédération de Russie, Kazakhstan, Libéria, Mauritanie, Népal, Ouganda, République démocratique du Congo, Sénégal, Sierra Leone, Tadjikistan et Turkménistan.

Le génotype WEAFF-B type 1 a été trouvé également dans sept autres pays: Libéria, Mali, Mauritanie, Ouganda, Sénégal, Sierra Leone et Tchad. Le génotype WEAFF-B type 3 a été signalé dans trois autres pays (Mali, Niger and Tchad).

### Génotypes SOAS type 1 et type 3 liés à l'Inde

Des génotypes SOAS type 1 et type 3 ont été détectés en Inde en 2010. La transmission de ces deux génotypes a fortement baissé par rapport à 2009, d'après le nombre total de cas notifiés liés au PVS. En 2010, les virus issus des provinces nord de l'Uttar Pradesh et du Bihar ont représenté 45% du total des PVS détectés en Inde, alors qu'ils représentaient 97% en 2009. Toutefois, le PVS1 a été exporté de l'Uttar Pradesh et du Bihar et s'est propagé en 2010 à quatre autres États indiens, au Népal voisin et au Tadjikistan en Asie centrale; de là, il a été importé en Fédération de Russie, au Kazakhstan et au Turkménistan.

Les PVS3 détectés en 2010 dans l'Haryana, le Jharkhand et le Bengale occidental en Inde étaient génétiquement liés à ceux signalés dans l'Uttar Pradesh en 2009. Des prélèvements dans des eaux usées à Delhi ont permis d'isoler les génotypes SOAS type 1 et type 3 et de signaler au moins trois importations de ces virus depuis le Bihar, alors qu'aucun cas n'a été confirmé à Delhi en 2010. À Mumbai, le PVS1 au Bihar a été isolé à la fois dans les prélèvements d'eaux usées et dans des échantillons de cas notifiés en 2010.

Des virus de la famille SOAS type 1 se sont également transmis en 2010 dans trois pays africains: l'Angola, la République du Congo et la République démocratique du Congo.



Les couleurs représentent différentes chaînes de transmission génétique.

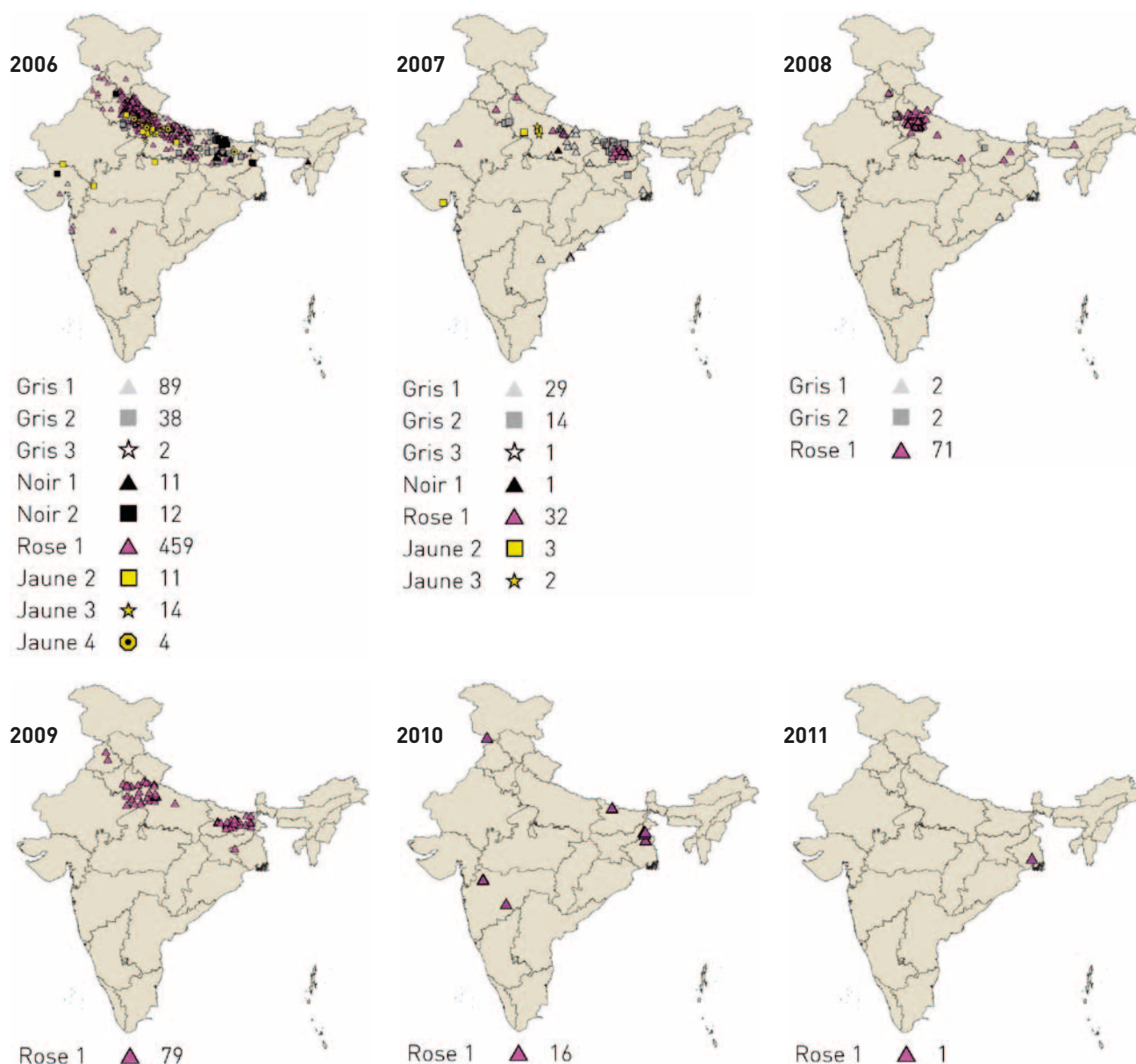
Les géotypes SOAS type 1 et SOAS type 3 détectés en Afghanistan et au Pakistan sont génétiquement distincts des géotypes issus d'autres lieux. Le SOAS type 1 dans les provinces du sud de l'Afghanistan et dans les provinces de Sindh et de Khyber Pakhtunkhwa au Pakistan représentait une transmission endémique ininterrompue. La transmission du SOAS type 3 s'est poursuivie sans interruption en Afghanistan et au Pakistan, et la diversité génétique s'en est trouvée accrue.

### Détection du PVDV

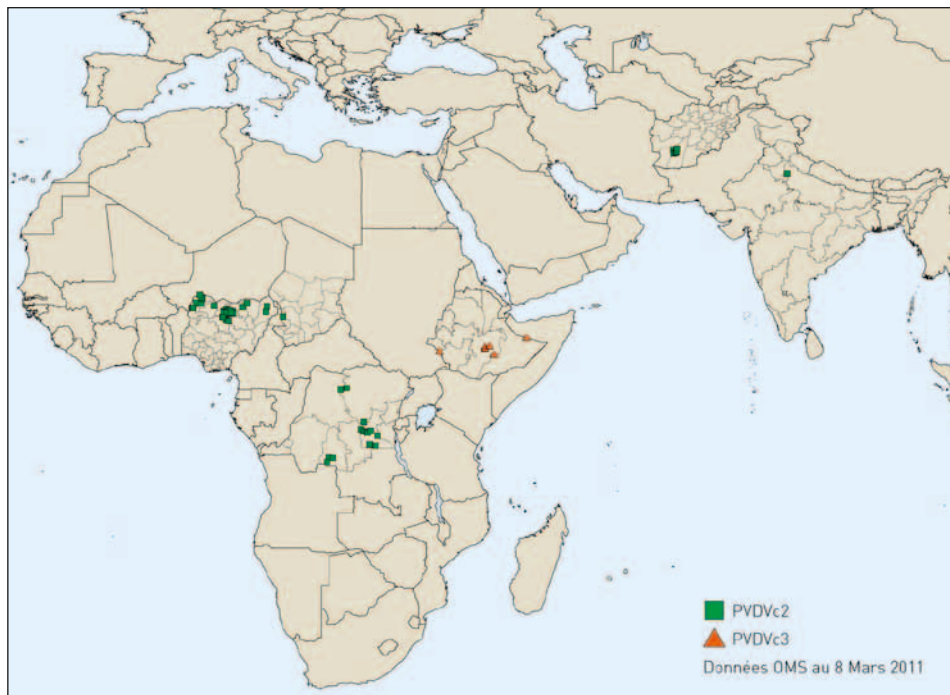
Des flambées de poliovirus circulant de type 2 dérivé d'une souche vaccinale (PVDVc2) ont été détectées récemment en Afghanistan et en Éthiopie et se sont propagées en Inde au

cours du premier trimestre 2010. En Éthiopie, le PVDVc détecté en 2010 était de type 3. Le PVDVc de type 2 détecté précédemment s'est propagé en République démocratique du Congo, au Nigéria et en Somalie. Les isolats de PVDV de type 2 issus de cas de PFA au Niger et au Tchad en 2010 étaient génétiquement liés à la flambée de PVDVc du Nigéria. En 2010, des PVDV de type 1 et de type 2 ont été isolés chacun sur une personne présentant une immunodéficience au Tamil Nadu et sur une autre à Delhi, en Inde. Un certain nombre de PVDV ambigus ont été détectés (sans lien avec des flambées) en Afghanistan, en Chine et en Inde. Dans la suite logique des tendances observées les années précédentes, un certain nombre de PVDV ambigus ont été isolés notamment

### Réduction dans les chaînes de transmission en Inde entre 2006 et 2010



### Cas de PVDV circulant en 2010



en Afghanistan, en Chine, en Inde et en Israël, issus de diverses sources (y compris de la surveillance environnementale). Comme dans les années précédentes, aucun cas secondaire n'a été associé à ces isolats.

#### Accréditation de laboratoires du GPLN et extension de la PCR en temps réel

L'OMS continue de coordonner un programme d'assurance de la qualité pour le réseau de laboratoires, en utilisant une combinaison d'évaluation de l'efficacité sur site, des tests annuels d'aptitude et d'examen hebdomadaires des résultats pour évaluer la précision et la rapidité de communication des rapports de notification. Globalement, 140 laboratoires (95,8 %) ont été pleinement accrédités par l'OMS en 2010.

Introduite en 2009, la nouvelle méthode reposant sur l'amplification génique (PCR) en temps réel pour la différenciation intratypique des poliovirus et le dépistage des PVDV a été appliquée à plus grande échelle en 2010. Cette méthode a joué un rôle déterminant puisqu'elle a permis d'intensifier la détection de tous les poliovirus et donc de riposter rapidement aux flambées. L'accent a été mis sur l'aide apportée aux quelques laboratoires qui ont eu des difficultés à appliquer la nouvelle méthode, au travers de formations sur le terrain ou à distance. Un séminaire de formation sur la méthode PCR en temps réel a fait l'objet d'une aide à la Région de l'Asie du Sud-Est en 2010: 35 laboratoires réalisent désormais en tant que procédure standard une PCR en temps réel, ce qui représente une augmentation de 66% par rapport à 2009.

#### PVDV en circulation en 2009 comparé à 2010

PAYS		2009	2010
Afghanistan	PVDV 2		5
Tchad	PVDV 2		1
RD Congo	VDPV 2	4	14
Ethiopie	PVDV 2	1	
Ethiopie	PVDV 3	1	6
Inde	PVDV 2	15	1
Niger	PVDV 2		1
Nigéria	PVDV 2	153	27
Somalie	PVDV 2	4	1
<b>Total général</b>		<b>178</b>	<b>55</b>

## 6 | Gestion des risques à long terme après l'éradication de la poliomyélite

Compte tenu des avancées obtenues vers l'éradication de la poliomyélite dans le monde, les pays commencent à réfléchir à la nécessité de se préparer à la période qui suivra l'éradication de la poliomyélite et l'arrêt de l'utilisation du VPO. Une fois la transmission du poliovirus sauvage (PVS) interrompue dans le monde, les stocks de PVS confinés en labo-

ratoire et l'éradication certifiée, des risques à long terme d'une résurgence de la poliomyélite subsisteront par la poursuite de cas de poliomyélite paralytique associée à la vaccination (PPAV) et par les poliovirus dérivés d'une souche vaccinale (PVDV) dus à l'utilisation continue du vaccin antipoliomyé- litique oral (VPO) dans les programmes de vaccination systématique. Durant l'année 2010, la recherche a généré de nouvelles connaissances sur le PVDV et sur les différents moyens de rendre le vaccin antipoliomyé- litique inactivé (VPI) moins dangereux à fabriquer et d'utilisation moins coûteuse. Chacun des outils actuellement disponibles pour l'après-poliomyélite reste perfectible. Toutefois, en combinant ces nouveaux outils de façon judicieuse, le rapport de risques se modifie de telle sorte que le maintien de la vaccination systématique par le VPO après l'éradication du poliovirus sauvage, constituera une méthode beaucoup plus risquée que l'arrêt synchronisé de l'administration du VPO dans le monde et l'élimination de tout PVDV résiduel.

HANS EVERETS, OMS



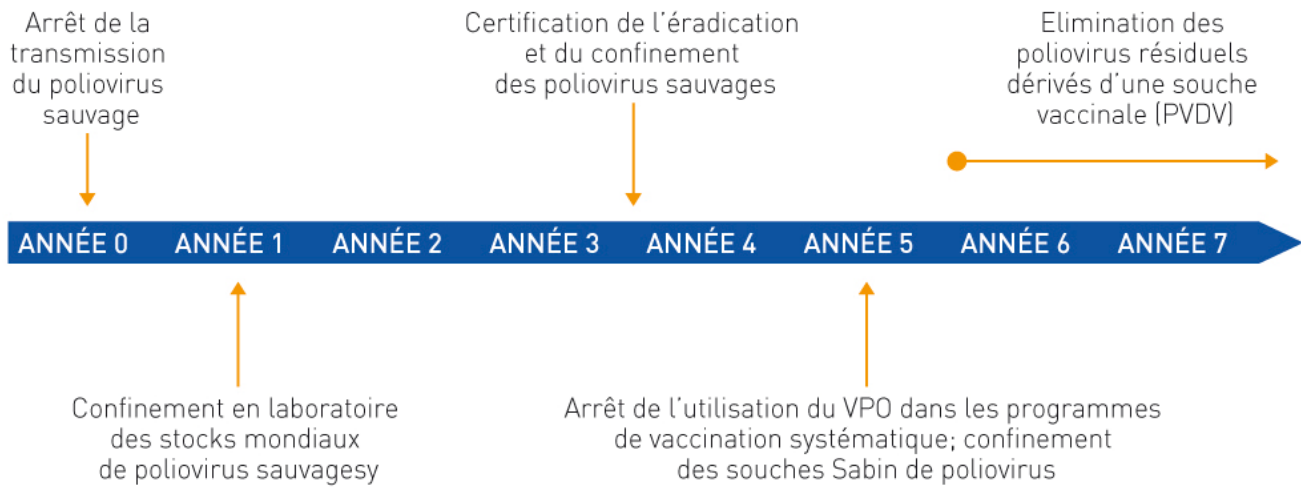
### Arrêt de l'utilisation du VPO

En 2008, reconnaissant la prise de conscience croissante des risques posés par la PPAV et par les PVDV au fur et à mesure que la transmission du poliovirus sauvage parviendra à son terme, l'Assemblée mondiale de la Santé (WHA) a prié le Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) d'accélérer le programme de travail sur la gestion des risques qui subsisteront une fois le poliovirus éradiqué et de préparer un calendrier pour l'arrêt de l'utilisation du VPO.

Avec l'arrêt de l'utilisation du VPO, le risque d'émergence de nouveaux cas de PPAV ou associés à un PVDV sera quasiment éliminé. L'enjeu sera la synchronisation de l'arrêt de l'utilisation du VPO dans le monde et la gestion des risques dans la période transitoire entre l'arrêt de l'utilisation du VPO et l'élimination de tout PVDV résiduel. La réussite de cette période transitoire dépendra d'une bonne compréhension des risques associés à l'arrêt définitif de l'utilisation du VPO, de l'élaboration d'une nouvelle méthode pour riposter à l'émergence d'un PVDV ou la prévenir et enfin de la mise en place d'une politique de gestion des risques.

*Une mère heureuse brandit la moustiquaire qu'elle a reçue pendant des Journées de vaccination «Plus» au Niger.*

### Calendrier de l'arrêt de l'utilisation du VPO et au-delà



#### Mise au point d'une nouvelle méthode contre les PVDV

Alors que le risque de l'émergence de cas de poliomyélite paralytique associée à la vaccination (PPAV) est déjà bien maîtrisé (environ 1 cas pour 2,7 millions de doses administrées, presque exclusivement à la première dose), les mesures ont été accélérées en 2010 pour caractériser et mieux comprendre les risques associés aux PVDV. En utilisant les procédures de diagnostic introduites en 2009, on a pu se faire une idée plus claire de la situation épidémiologique liée à l'émergence des PVDV et, dans certains cas, de leur circulation (PVDVc). Une étude essentielle de Jenkins et al, publiée en juin 2010 dans le *New England Journal of Medicine*, a consisté à analyser la plus importante flambée de PVDVc jamais enregistrée qui s'est déclarée au Nigéria. Pour la première fois, une analyse a démontré sans équivoque possible que, contrairement à ce que l'on pensait, les PVDVc pouvaient donner lieu à une même fréquence et une même virulence de cas que ceux associés aux flambées de PVS. Les implications de cette nouvelle compréhension de l'impact potentiel des PVDVc pour la période post-éradication sont considérables. Il est très clair désormais que la planification de cette période doit prévoir et gérer l'éventualité de l'émergence de PVDVc tout aussi neurovirulents que les PVS, et qu'elle doit donc être gérée de la même manière.

Des études sur la prévalence des PVDV associés à une immunodéficience (PVDVi) au Bangladesh, en Chine, dans la Fédération de Russie, au Sénégal, au Sri Lanka et en Tunisie ont apporté en 2010 des données factuelles supplémentaires déterminantes sur la prévalence et sur l'échelle des risques associés aux PVDVi. Encore plus rares que les PVDVc et jamais associés auparavant à des cas secondaires, la répllication intestinale intensive des virus du VPO a été observée chez 33 sujets présentant des symptômes rares d'immunodéficience (et deux seulement des 33 sujets pouvaient continuer à excréter).

#### Vaccin antipoliomyélitique inactivé

La capacité à assurer une immunité contre la poliomyélite pour un prix abordable dans les pays qui ont choisi cette option sera déterminante pour gérer sans risque la période de transition après l'arrêt de l'utilisation du VPO, lorsque le vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI) sera le seul vaccin approprié. Reconnaissant que le prix actuel du VPI est considérablement plus élevé que celui du VPO, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP) a intensifié son programme de travail pour envisager différentes méthodes permettant d'obtenir un VPI plus abordable. Les quatre axes de ce travail sont: alléger le calendrier vaccinal (en évaluant l'utilisation d'une ou de deux doses de VPI pour immuniser complètement et/ou amorcer une réponse immunitaire chez les enfants; réduire les doses (en évaluant le VPI en doses fractionnées administrées par projection intradermique sans aiguille ou par patches à micro-aiguilles pour économiser l'antigène); réduire la dose d'antigènes (en utilisant des adjuvants pour réduire la quantité d'antigènes par dose) et enfin, réduire les coûts de production (en optimisant les processus de fabrication et en produisant le VPI dans des pays en développement à partir de souches atténuées ou de souches Sabin).

En 2010, l'IMEP a obtenu des avancées prometteuses dans l'évaluation de ces stratégies. Sonia Resik et al. a publié dans le *Journal of Infectious Diseases* les résultats d'essais cliniques par l'administration de doses fractionnées de VPI à Cuba. Cette étude a permis de constater qu'une dose fractionnée (1/5<sup>e</sup> d'une dose complète) a obtenu un effet d'amorce de la réponse immunitaire chez 90% des enfants et que deux doses fractionnées peuvent obtenir une séroconversion chez 94% des enfants. Ces essais ont donc démontré, sur une large échelle, qu'il est possible d'alléger le calendrier vaccinal et de réduire la dose de VPI en l'administrant par voie intradermique.

Les résultats d'une étude menée sur des animaux et achevée en 2010 ont montré qu'il était possible de diviser par dix la dose d'antigènes dans le VPI en ajoutant une émulsion huile et eau en guise d'adjuvant. Cette méthode est actuellement en cours d'évaluation sur des sujets humains.

Compte tenu des conditions rigoureuses de confinement exigées après l'éradication de la poliomyélite, le VPI produit dans des pays en développement doit être fabriqué à partir de souches Sabin ou d'autres souches atténuées. En 2008, l'OMS a instauré une collaboration avec l'Institut néerlandais des vaccins pour la mise au point d'un VPI à partir de souches Sabin. À fin 2010, cette collaboration a permis d'achever les études précliniques et de sélectionner les deux premiers bénéficiaires du transfert de technologie.

Par ailleurs, des collaborations dans six protocoles de recherche sont en cours pour évaluer d'autres souches de poliovirus plus atténuées, en particulier avec l'Université de Californie à San Francisco, les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis d'Amérique, le National Institute for Biological Standards and Control (NIBSC) au Royaume Uni et l'Université de Leeds, et deux projets sont en cours avec l'Université de l'État de New York (SUNY).

Ce domaine d'activité devrait permettre de réduire le prix du VPI de 3 USD actuellement pour une dose complète à moins de 0,50 USD pour une dose de vaccination.

### Antiviraux

Une autre option pour maîtriser les risques de PVDV émergents est le traitement par antiviraux. Des douzaines d'associations d'antiviraux ont été testées pour vérifier leur efficacité contre les poliovirus et actuellement, au stade préclinique, deux candidats sont prometteurs. Ces antiviraux pourraient jouer un rôle déterminant en garantissant le traitement rapide des infections chez les sujets immunodéficients qui pourraient être porteurs chroniques d'un poliovirus. En même temps, les antiviraux pourraient offrir une protection aux personnes exposées au poliovirus (par exemple une exposition involontaire en laboratoire) et aux communautés exposées au PVDVc.

### Stock de VPO

Enfin, l'OMS a progressé dans la constitution d'un stock de VPO pour riposter aux PVDVc résiduels. A la fin de 2010, neuf VPO monovalents (pour les génotypes 1 et 3) ont été brevetés et une procédure d'appel d'offres est en cours pour la constitution d'un stock mondial. Le stock mondial de VPO monovalents et les processus agréés par la communauté internationale pour sa gestion et son utilisation, seront essentiels pour riposter rapidement à tout PVDVc résiduel dans la période post-éradication.

### Coordination internationale dans la période qui suivra l'éradication

Grâce à des connaissances plus étendues et à de nouveaux outils, le besoin impératif de mettre en place une politique applicable à la période post-éradication est devenu plus évident, particulièrement en ce qui concerne les aspects qui exigent une coordination internationale: abandon synchronisé du VPO, confinement de tous les poliovirus et procédés convenus pour utiliser le VPO dans les opérations de riposte. Un certain nombre d'experts et de groupes consultatifs continuent d'orienter ces activités: notamment le Comité de recherche sur la poliomyélite (PRC) et le groupe de travail sur le vaccin anti-poliomyélique inactivé (VPI) du Groupe consultatif stratégique d'experts de la vaccination (SAGE).

Créé fin 2008, le groupe de travail sur le VPI de SAGE constitue un forum essentiel qui apporte des conseils sur l'élaboration de principes directeurs détaillés sur les politiques de vaccination dans la période qui suivra l'éradication de la poliomyélite dans les pays à revenu faible et à revenu intermédiaire, de même qu'il continue à aider à identifier les lacunes qui subsistent dans la recherche et dans les connaissances. Après discussions et consultations, le groupe de travail sur le VPI de SAGE a publié en 2010 le document d'information de l'OMS justifiant la politique sur *les vaccins et la vaccination anti-poliomyélitiques dans la période qui suit l'éradication*. Durant sa réunion de mars 2011, le groupe a discuté de la faisabilité, de la raison d'être et des implications du remplacement du VPO trivalent dans les programmes de vaccination systématique par le nouveau VPO bivalent (contenant les sérotypes 1 et 3). Ces discussions découlent des données factuelles de plus en plus nombreuses qui prouvent que les PVDV sont davantage associés au sérotype 2 qui compose le vaccin. La transmission du poliovirus sauvage de type 2 (PVS2) ayant été interrompue dans le monde depuis 1999, le débat s'est ouvert sur la question de savoir si le risque d'émergence du PVDV de type 2 découlant de l'utilisation continue du VPO trivalent l'emporte désormais sur les bienfaits pour la santé publique de ce vaccin au début de son administration.



### Intensification de la préparation à l'après-poliomyélite

Même si de nouveaux outils – certains existants et d'autres en cours de mise au point – peuvent aider dans une large mesure à éliminer tout PVDV résiduel après l'arrêt de l'utilisation du VPO, il est nécessaire de poursuivre la recherche et de mettre au point des produits et des politiques. En 2011, les recherches en cours continueront d'apporter de nouvelles solutions et de nouvelles recherches seront entreprises pour apporter à l'IMEP des outils supplémentaires pendant la période qui suivra l'éradication de la poliomyélite. Ces projets impliquent que l'on en apprenne davantage sur la fréquence et la nature des PVDV et que l'on trouve des méthodes pour développer une immunité mucosale et de nouvelles stratégies de vaccination. Au fur et à mesure que l'on progressera dans l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage dans le monde, la préparation à l'après-poliomyélite sera intensifiée.

### Arrêt de l'utilisation du VPO

## Nouvelle feuille de route mondiale en 2011

La pierre angulaire de la stratégie qui vise à réduire au minimum les risques à long terme d'une résurgence de la poliomyélite après son éradication est l'arrêt de l'utilisation du VPO dans les programmes de vaccination systématique. Mais comment s'y prendre?

Au fur et à mesure que l'on progresse vers l'éradication de la poliomyélite, l'attention se porte davantage sur la préparation à l'arrêt définitif de l'utilisation du VPO. Grâce aux nouvelles connaissances et aux outils disponibles, nous savons plus clairement quels produits et quelles politiques doivent être mis en place pour réduire au minimum les risques associés à l'arrêt de l'utilisation du VPO.

À cette fin, 2011 verra la mise au point d'une nouvelle «feuille de route détaillée vers l'arrêt de l'utilisation du VPO». Cette feuille de route présentera un résumé des connaissances acquises et de la stratégie adoptée pour protéger le monde de la poliomyélite pendant tout le processus d'arrêt de l'utilisation du VPO et au-delà. Même si des cadres d'action ont déjà été définis par le passé pour que l'on se prépare à l'après-poliomyélite, la nouvelle feuille de route est conçue pour rassembler dans un plan unique tous les concepts de base émis auparavant. Le but est de donner aux responsables des politiques dans le monde, au niveau national ou régional, un aperçu des étapes nécessaires et des outils indispensables pour préparer l'après-poliomyélite, et d'exposer des critères de justification à l'intention de la communauté internationale des donateurs pour les inciter à investir dans l'IMEP.



*Un agent de santé, une mère et son enfant. En 2010 au Nigéria, le vaccin antipoliomyélitique oral est administré en même temps que le vaccin antirougeoleux pendant les Journées de la Santé de l'enfant. Thomas Moran, OMS.*

## 7 | Renforcement des systèmes de vaccination

Le renforcement des systèmes de vaccination pour assurer la vaccination de tous les enfants a été l'un des quatre principaux axes stratégiques de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP) depuis son lancement en 1988. Les activités de l'IMEP pour renforcer les services de vaccination sont essentielles en ce qu'elles optimisent les retombées positives plus larges des tâches dans lesquelles l'IMEP s'est investie. Dans son Plan stratégique 2010-2012, l'IMEP s'est fixé pour objectif d'élargir davantage ce domaine d'activité.

PRINCIPAUX INDICATEURS DE PROCESSUS IMEP 2010	MESURE	BILAN FINAL
Fin 2010: mise en place d'un plan pluriannuel englobant tous les services de vaccination (y compris contre la poliomyélite) dans plus de 80% des pays où des équipes internationales de l'IMEP sont présentes.	Rapports des Bureaux régionaux sur les pays qui ont mis en place un plan pluriannuel englobant tous les services de vaccination.	Fin 2010: plus de 80% des pays où des équipes internationales de l'IMEP sont présentes ont mis en place un plan pluriannuel englobant tous les services de vaccination (y compris contre la poliomyélite). 100% des pays où des équipes internationales de l'IMEP sont présentes ont mis en place un plan pluriannuel englobant tous les services de vaccination (y compris contre la poliomyélite).
Les équipes de terrain chargées de la poliomyélite consacrent plus de 25% de leur temps au renforcement des systèmes de vaccination dans les pays de la «ceinture d'importation du PVS».	Résultats des enquêtes de l'équipe du Bureau régional de l'Afrique.	Les équipes de terrain chargées de la poliomyélite ont consacré plus de 25 % de leur temps au renforcement des systèmes de vaccination.

## Le personnel et les compétences affectés à l'éradication de la poliomyélite contribuent au renforcement des systèmes de santé

Depuis la création de l'IMEP en 1988, le personnel de terrain financé sur le budget du programme d'éradication de la poliomyélite a travaillé dans le cadre des systèmes nationaux de vaccination. Leurs principales activités, notamment les prestations de service, la chaîne du froid et la logistique, le contact avec les communautés, la surveillance et le suivi, la gestion et la supervision, sont indispensables dans le programme d'éradication de la poliomyélite.

Pour déterminer la nature de leurs activités et le temps consacré aux différents domaines d'action, une enquête a été réalisée en 2010 auprès du personnel dans la Région Afrique de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Des questionnaires ont été envoyés au Bureau régional et au personnel affecté aux activités d'éradication de la poliomyélite dans plusieurs pays ou à l'échelon national ou infranational. Au total, 407 personnes ont répondu (97%) depuis 38 pays, notamment de l'Angola, de l'Éthiopie, du Nigéria et de la République démocratique du Congo.

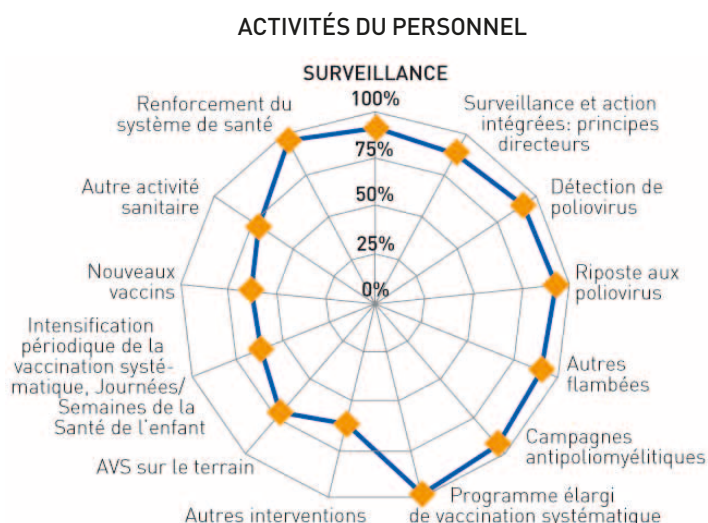
Cette enquête a montré que tout le personnel a pris part au renforcement des systèmes de santé au travers d'activités très diverses, comme indiqué dans le schéma ci-dessous.

Les répondants ont déclaré que 61% de leur temps n'était pas consacré uniquement à la poliomyélite; 39% du temps portent sur la lutte contre diverses maladies (y compris la poliomyélite) et 22% sont consacrés à des activités non liées à la poliomyélite. Le personnel a souvent travaillé sur des flam-

**Le personnel chargé de l'éradication de la poliomyélite contribue au renforcement des systèmes de vaccination par:**

- La collecte et l'analyse des statistiques de vaccination systématique
- L'accent mis sur des campagnes plus intensives d'information auprès des groupes marginalisés
- La microplanification de la stratégie RED («Atteindre chaque District»)
- L'aide apportée pour assurer la sécurité des injections et par les investigations menées en cas de réactions indésirables à une vaccination
- L'aide apportée dans la gestion des stocks de vaccins, la chaîne du froid et la logistique
- La prise en charge de l'évacuation sans risque des aiguilles
- L'estimation des besoins en vaccins
- L'élaboration de stratégies pour élargir l'accès à tous les groupes de population
- L'appui aux activités et aux applications de GAVI
- Le suivi de la couverture vaccinale
- La compilation des plans pluriannuels
- La surveillance des maladies à prévention vaccinale

bées d'autres maladies : rougeole, méningite, choléra, grippe H1N1, fièvre jaune et paludisme, entre autres. L'enquête a apporté également des éléments sur les tâches qui suivent les campagnes de vaccination systématique et qui consistent notamment à assurer des formations sur la santé de la mère et de l'enfant et sur la survie de l'enfant et à procéder à des examens sur les soins de santé primaires.



Ces relations entre l'éradication de la poliomyélite et les vaccinations systématiques contribuent au renforcement de l'ensemble des systèmes de vaccination. Les microplans de vaccination systématique peuvent être examinés au regard des microplans d'activités de vaccination supplémentaire (AVS) préparés contre la poliomyélite, pour faire en sorte que les enfants – en particulier ceux vivant parmi des migrants ou dans les groupes les plus marginalisés – puissent être localisés géographiquement et vaccinés. Les doses de vaccin administrées dans le cadre des vaccinations systématiques font l'objet d'un suivi régulier pendant les AVS et les enquêtes de surveillance, pour valider la collecte systématique de données. Dans certaines régions et en particulier dans l'Uttar Pradesh

en Inde, les nouveau-nés identifiés pendant les AVS sont enregistrés pour faire en sorte qu'ils soient bien inclus dans les listes des services de vaccination systématique. Le personnel technique assure des formations cruciales au personnel travaillant au niveau des districts, et des examens et séances de porte-à-porte effectués à intervalles réguliers aident à évaluer les principales lacunes qui subsistent. Toutes ces activités permettent d'administrer des vaccins indispensables à un plus grand nombre d'enfants, même à ceux vivant dans les zones les plus reculées. Une analyse des services de vaccination systématique au Bihar, en Inde, par exemple, indique qu'avec l'appui de l'infrastructure de l'IMEP sur le terrain, les niveaux de vaccination systématique ont été considérablement accrus au cours des cinq dernières années puisqu'ils sont passés de 18 à 54%.

Parallèlement, le personnel de l'IMEP a été pour beaucoup dans l'aide apportée à la planification et à l'estimation des besoins de vaccination au niveau national. Dans tous les pays où le personnel de l'IMEP est présent, les plans pluriannuels de vaccination sont désormais parachevés et s'étendront jusqu'en 2014. Dans la plupart des pays, ces plans ont été soumis en 2010 à l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI) en vue de l'obtention d'un financement de l'Alliance. Les plans des pays prévoient des activités visant à maintenir la surveillance de la PFA aux niveaux recommandés, pour l'intégrer dans la surveillance d'autres maladies et réaliser des AVS dans les zones à haut risque.

## Intégration d'interventions sanitaires plus larges

De nombreux pays intègrent d'autres interventions sanitaires dans les campagnes de vaccination contre la poliomyélite. Pendant les activités de vaccination supplémentaire antirougeoleuse menées auprès des moins de cinq ans, le vaccin antipoliomyélitique oral (VPO) est souvent administré en même temps que le vaccin antirougeoleux. De la vitamine A a été largement distribuée pendant de nombreuses années pendant les activités de vaccination supplémentaire antipoliomyélitiques et il en a résulté de notables améliorations dans les indicateurs d'avitaminose A dans de nombreux pays. Une autre intervention simple ajoutée ces dernières années est le traitement vermifuge par des comprimés de mébendazole ou d'albendazole. L'anatoxine tétanique et le vaccin anti-amaril ciblent différents groupes de population et il n'est donc pas évident de les ajouter aux vaccinations antipoliomyélitiques alors que les moustiquaires imprégnées d'insecticide exigent des moyens de transport et de logistique de grande envergure, au-delà de la capacité de la chaîne du froid des vaccins. Néanmoins, toutes ces interventions supplé-

mentaires ont été des réussites puisque des enfants ont pu en bénéficier en 2010, comme le montre le tableau ci-dessous.

Le Nigéria ajoute régulièrement d'autres interventions sanitaires dans ses Journées de vaccination «Plus» contre la poliomyélite – cette méthode a été utilisée avec succès pour inciter les communautés locales et les autorités administratives à participer davantage aux activités d'éradication de la poliomyélite. Pendant les Journées de vaccination «Plus», un certain nombre de suppléments sanitaires sont offerts aux communautés pendant les activités de vaccination supplémentaire (AVS) antipoliomyélitiques, notamment des traitements vermifuges, la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide, de sels de réhydratation orale, de savon, de bonbons et de biscuits. D'autres antigènes sont aussi offerts aux nourrissons pendant les Journées de vaccination «Plus»; ils sont signalés dans les rapports de vaccination systématique.

### Interventions sanitaires plus larges intégrées aux AVS antipoliomyélitiques

INTERVENTION	NOMBRE D'ENFANTS QUI EN ONT BÉNÉFICIÉ EN 2010*
VPO (TOUS TYPES)	400 millions
Vaccin antirougeoleux	27 millions
Comprimés vermifuges	34 millions
Moustiquaires imprégnées d'insecticide	4 millions
Anatoxine tétanique (TT)	5 millions
Vitamine A	82 millions
Vaccin anti-amaril	7 millions

PAYS	TRAITEMENT VERMIFUGE	MOUSTIQUAIRES IMPRÉGNÉES	VACCIN ANTIROUGEOLEUX	TT	VITAMINE A	VACCIN ANTIAMARIL	ACIDE FOLIQUE
Afghanistan							
Angola	✓		✓	✓	✓	✓	
Cap Vert			✓				
RD Congo	✓	✓	✓		✓		
Erythrée			✓		✓		
Ethiopie			✓				
Cameroun	✓		✓		✓	✓	
Tchad	✓		✓		✓		
Côte d'Ivoire	✓				✓		
Ghana	✓				✓		
Guinée	✓				✓		
Kenya			✓		✓		
RDP Lao	✓			✓			
Mozambique	✓				✓		
Pakistan				✓			
Rwanda	✓	✓	✓		✓		✓
Sierra Leone	✓				✓		
Ouganda							
Yémen			✓				

\*Données au 21 mars 2010

## Éradication de la poliomyélite et équité

Dans tous les pays, les derniers cas de poliomyélite sont toujours localisés chez les plus pauvres et les plus défavorisés de la communauté. Ils peuvent vivre dans des taudis ou dans des logements provisoires ou encore sur des bateaux. Ce sont souvent des travailleurs migrants, ou des membres des minorités ethniques ou des personnes qui vivent et travaillent dans les pires conditions, dans les fours à briques ou les décharges par exemple. Ce qui est sûr, cependant, c'est que si l'on veut éradiquer la poliomyélite, ils doivent bénéficier de la même protection contre la poliomyélite que n'importe qui d'autre dans la société.

L'histoire montre que ce «manque d'équité» n'est pas toujours reconnu immédiatement lorsqu'un pays s'engage dans un processus d'éradication de la poliomyélite. Les défavorisés n'apparaissent généralement dans aucune «liste de bénéficiaires», qu'il s'agisse de vaccination, de soins prénatals, d'éducation

sanitaire ou de compléments alimentaires ou de l'un des nombreux autres services de base. Il n'est donc pas surprenant que la transmission de la poliomyélite se poursuive dans les communautés défavorisées alors qu'elle a été interrompue partout ailleurs.

Au fur et à mesure que les pays élaborent des plans spécifiques leur permettant d'atteindre les populations défavorisées, ils progressent vers l'élimination des dernières chaînes de transmission. De nombreux exemples montrent de quelle façon atteindre ces groupes défavorisés: les communautés de pêcheurs qui vivent sur leurs bateaux au Cambodge et au Viet Nam, les nomades au Pakistan et en Afghanistan, et les sites de construction à Delhi. Sur une large échelle, le Plan pour le fleuve Kosi a ciblé une région d'où partent de nombreux travailleurs migrants qui vont parcourir toute l'Inde à la recherche d'un emploi.

Assurer l'équité dans la vaccination antipoliomyélitique a un effet catastrophique sur la transmission de la poliomyélite. À l'heure où nous rédigeons ce rapport, les États du Bihar et de l'Uttar Pradesh en Inde, où vivent plus de 150 millions de personnes dont beaucoup vivent dans une pauvreté désespérante, sont exempts de poliomyélite depuis plus de six mois.

Bien d'autres témoignages sur les progrès réalisés en matière d'équité ont été obtenus dans des enquêtes menées auprès des ménages. Le tableau à la page 60 présente des données résultant de trois études réalisées en Inde auprès de ménages sur le modèle des enquêtes démographiques et de santé (EDS). Les données concernant le VPO3 montrent qu'à la fin de la période 2005-2006, les plus défavorisés avaient doublé leur capacité d'accès à la vaccination antipoliomyélitique. La couverture de vaccination systématique par le DTP3 (vaccin antidiphthérique-antitétanique-anticoquelucheux) a peu évolué durant cette période, ce qui nous permet de supposer que l'élargissement de la couverture par le VPO est dû aux activités de vaccination supplémentaire réalisées dans le cadre de l'éradication de la poliomyélite.



TOM MORAN, WHO

*Les filles ont autant de chances que leurs frères d'être vaccinées contre la poliomyélite. Thomas Moran, OMS.*

## Répartition des vaccinations d'enfants par sexe\*

PAYS	% VPO3+FILLES	% VPO3+ GARÇONS
Nigéria	85,32	85,57
Afghanistan	97,75	94,78
Pakistan	97,60	97,03
Inde	98,50	98,57
Tchad	63,16	70,73
RD Congo	59,16	58,11
Angola	61,00	59,44
Soudan	88,32	86,81

\*Analyse de cas de PFA non-poliomyélique âgés entre 6 et 59 mois déclarés avoir reçu 3 doses ou plus de VPO pendant les activités de vaccination supplémentaire.

Le tableau ci-dessus montre que les campagnes de vaccination antipoliomyélique atteignent les enfants quel que soit leur sexe, une réussite qui ne doit pas être considérée comme un fait acquis dans un monde où les filles bénéficient systématiquement de moins bons services de santé que leurs frères.

En ce qui concerne l'accès au vaccin antipoliomyélique, l'écart entre riches et pauvres s'est resserré mais il est resté inchangé pour les autres interventions, comme l'illustrent les taux de mortalité infantile. L'enquête EDS a montré également que l'accès à la vitamine A et aux traitements vermifuges est inférieur de 50% pour les plus bas revenus, comparé aux revenus les plus élevés.

## EDS en Inde

	DTP3			VPO3			MORTA. INFANTILE
	1992-1993	1998-1999	2005-2006	1992-1993	1998-1999	2005-2006	2005-2006
<b>Plus haut niveau d'instruction</b>							
Pas d'instruction	38	38	37	40	48	74	70
École primaire	66	62	58	68	67	77	66
École secondaire ou lycée	82	81	77	83	77	84	26
<b>Indice de revenu des foyers</b>							
Le plus bas	31	34	34	33	44	70	70
Deuxième tranche	36	42	47	39	50	77	69
Intermédiaire	53	57	58	54	63	81	58
Quatrième tranche	66	71	69	68	71	81	44
Le plus élevé	83	83	82	84	78	87	29
<b>Lieu de résidence</b>							
Urbain	69	73	69	71	72	83	42
Rural	47	50	50	49	56	77	62

L'initiative pour l'éradication de la poliomyélie a amorcé une démarche de réduction des inégalités dans l'accès au vaccin antipoliomyélique au profit des communautés marginalisées, en cherchant délibérément à atteindre les plus défavorisés. Ainsi, dans le district de Gurgaon, une zone de sites de construction à forte densité de population à la périphérie de Delhi, des équipes OMS affectées à l'éradication de la poliomyélie se sont rendues auprès de familles installées dans 750 sites migratoires, ont recueilli des données factuelles, ont ajouté leurs enfants aux listes des bénéficiaires des microplans puis les ont vaccinés par le VPO pendant les activités de vaccination supplémentaire.

Les enseignements tirés dans ce contact avec les populations marginalisées ont été intégrés dans la stratégie RED (Atteindre chaque district) dont l'application dans les campagnes de vaccination systématique depuis 2002 est une réussite. Cependant, pour tirer parti des bienfaits de tous les vaccins, anciens ou nouveaux, les programmes nationaux de vaccination devront s'inspirer des activités d'éradication de la poliomyélie. Les équipes de vaccination devront atteindre chaque communauté et chaque village, et déployer des efforts particuliers pour toucher ceux qui sont souvent négligés.

Les effets positifs de l'éradication de la poliomyélie s'étendent bien au-delà de la simple suppression des coûts immédiats économiques et sociaux de la seule poliomyélie. Les véritables retombées à long terme sont une plus grande équité et un meilleur accès aux plus pauvres et aux plus défavorisés dans une société.



## 8 | Financement

L'année 2010 nous a rappelé le risque considérable que d'importants déficits de financements font peser sur la bonne exécution du *Plan stratégique 2010-2012 de l'IMEP* – et finalement sur la réussite de deux décennies d'efforts déployés dans le monde qui s'est trouvé si près d'éradiquer la poliomyélite. En février 2010, le déficit de financement s'élevait à US\$ 330 millions pour l'année 2010, sur un budget de US\$ 933 millions. En mai, l'insuffisance de fonds a obligé à annuler les activités prévues au Burundi, au Congo, à Djibouti, en Érythrée, au Kenya, en Ouganda, au Rwanda et au Yémen, à limiter la portée des activités prévues en Éthiopie et en République démocratique du Congo et à réduire les budgets de surveillance et des campagnes de vaccination dans la Région africaine de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Ces réductions ont porté le budget 2010 à US\$ 896 millions et en septembre, le déficit de financement était de US\$ 100 millions. Une combinaison de nouveaux financements et de transferts de fonds pour les activités de 2011 a permis de combler le déficit restant de financement.

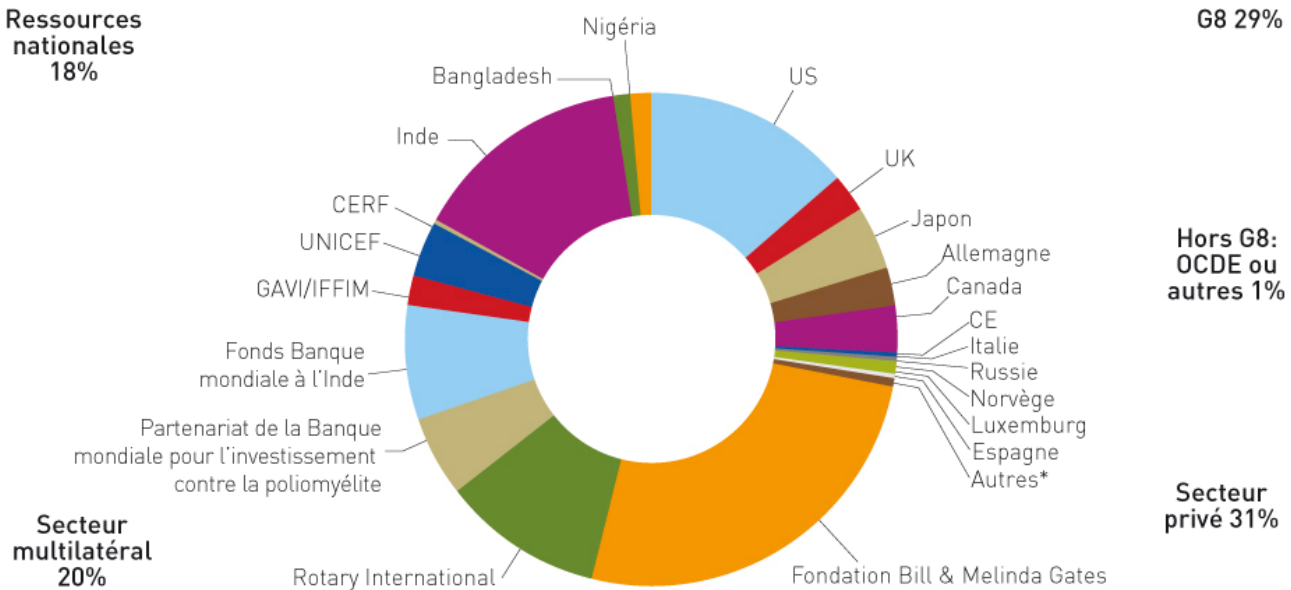
### «Pas à cause d'un manque de fonds»...

Le 18 juin 2010, la version définitive du *Plan stratégique 2010-2012 de l'IMEP* a été présentée à l'occasion d'une réunion des principaux partenaires, à Genève. Les partenaires ont déclaré haut et fort que l'éradication de la poliomyélite n'allait pas – ne pouvait pas – échouer si près du but à cause d'un manque de fonds. À la suite de cette réunion, US\$ 495 millions de nouvelles contributions et de projections de financement ont permis de réduire le déficit de financement de US\$ 1,3 milliard à US\$ 810 millions en septembre pour la période 2010-2012, les engagements de financement les plus importants étant ceux de la Fondation Bill & Melinda Gates (\$311,95 millions) et du Rotary International (\$79,35 millions).

### Contributions financières pour 2010

Ressources nationales  
18%

G8 29%



\* «Autres» inclut l'Angola, l'Australie, l'Autriche, le Fonds central d'urgence, le Congo, l'Inde, le Kazakhstan, la Nouvelle-Zélande, la Finlande, Monaco, les Pays-Bas, le BCAH, le Portugal, le Qatar, Shinyo-en, la Turquie, la Société du Croissant Rouge des Émirats Arabes Unis, la Fondation pour les Nations Unies.

Reconnaissant que le programme se trouvait à un stade crucial, le Directeur exécutif de l'UNICEF a alloué US\$ 20 millions sur les fonds discrétionnaires prévus dans le budget ordinaire de l'Organisation pour l'achat de vaccins antipoliomyélitiques oraux (VPO) destinés aux activités de vaccination dans les pays de l'ouest et du centre de l'Afrique. Par ailleurs, il convient de signaler la forte augmentation de la contribution annuelle du Japon; les engagements de 2010 de l'Autriche, de l'Espagne, de la Finlande, du Maroc et de la Nouvelle-Zélande; l'engagement pluriannuel de la Norvège et enfin le financement supplémentaire en fin d'année du Luxembourg.

### **Le G8 réaffirme son soutien pour 2010:**

#### **le Japon montre la voie**

Le 26 juin 2010, soit une semaine après le lancement du Plan stratégique par les partenaires, les dirigeants du G8 ont réaffirmé leur soutien à l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP) lors du Sommet de Muskoka, au Canada. Dans leur Déclaration de Muskoka, ils précisent que «les donateurs du G8 demeurent également déterminés à éradiquer la poliomyélite partout dans le monde.» Malgré les déclarations politiques des dirigeants du G8, on constate encore des différences marquées entre les niveaux de financement des pays. Le Japon est le seul donateur du G8 à avoir augmenté sa contribution de façon significative. L'Allemagne, le Canada, les États-Unis d'Amérique et le Royaume-Uni ont confirmé également l'allocation de fonds supplémentaires à l'IMEP.

Les financements nationaux à la hauteur des promesses du G8  
Le financement apporté par les partenaires du développement est toujours complété par un financement national des pays où la poliomyélite reste endémique et des pays confrontés à des flambées en raison d'importations du poliovirus. En septembre 2010, les financements nationaux égalaient les promesses de fonds du G8, soit, de part et d'autre, 28% du total des contributions à l'IMEP et des projections pour la période 2010-2012. Fait qui mérite d'être souligné, l'Inde a complété son autofinancement de US\$ 200 millions à la fin de 2010, et prévoit des niveaux équivalents de financement pour 2011 et 2012. Le Gouvernement du Nigéria s'est engagé à verser US\$ 13 millions en 2010 et a annoncé son intention de contribuer à hauteur de \$20 millions en 2011.

# Contributions

**Sauf spécification contraire, la devise utilisée dans ce chapitre est le dollar des États-Unis d'Amérique.**

L'**Australie** a versé 1,2 million de dollars pour la période 2010-2012 en faveur de la province d'Oruzgan en Afghanistan. Cette contribution porte à 17,31 millions le total des fonds versés par l'Australie.

L'**Autriche** a versé 270 000 dollars pour les activités d'éradication de la poliomyélite en Éthiopie, ce qui porte le total de son aide à 3,15 millions de dollars.

La **Fondation Bill & Melinda Gates** a annoncé en septembre un financement pluriannuel de 311 millions de dollars pour la période 2010-2012 avec une subvention supplémentaire de 100 millions de dollars pour la période comprise entre mi-2010 et mi-2011. Ces subventions portent à 1,27 milliards de dollars la contribution totale de la Fondation, compte tenu des subventions de contrepartie versées au Rotary International.

Le **Canada** a maintenu son aide à l'IMEP en versant 29,18 millions de dollars pour l'Afghanistan et l'Afrique subsaharienne. En novembre, à la suite de l'Initiative de Muskoka en faveur de la santé de la mère et de l'enfant, le Canada a annoncé un nouvel engagement pluriannuel de 58,5 millions de dollars canadiens (environ 61 millions de dollars des États-Unis) sur trois ans, intensifiant ainsi l'engagement du pays à éradiquer la maladie en Afghanistan et à renforcer la surveillance et les systèmes de vaccination. Cette contribution devrait normalement être opérationnelle vers mi-2011. Le Canada qui a déjà versé plus de 272 millions de dollars, est le cinquième donateur public de l'IMEP.

Le **Fonds central pour les interventions d'urgence** a répondu rapidement à l'appel de fonds lancé à la suite des violentes flambées survenues en Asie centrale et en République du Congo et a versé respectivement 1,93 million de dollars et 2,0 millions de dollars. À ce jour, la contribution du Fonds central s'élève au total à 4,67 millions de dollars.

Outre leur rôle de partenaires majeurs de l'IMEP, les **Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis d'Amérique** ont fourni en 2010 des fonds à l'UNICEF et à l'OMS pour financer le VPO, les coûts opérationnels et l'appui aux programmes. Ils ont par ailleurs continué à détacher leurs épidémiologistes, virologues et techniciens dans les pays touchés par la poliomyélite pour les aider à mettre en place des activités d'éradication. Le crédit budgétaire accordé par le Congrès des États-Unis aux CDC pour l'exercice 2010 en

faveur de l'éradication de la poliomyélite, s'est élevé au total à 101,8 millions de dollars, ce qui a porté à plus de 1,5 milliard de dollars le montant total des contributions des CDC.

La **Commission européenne** a déboursé 900 000 dollars en 2010, dans le cadre de sa contribution de 1,4 million d'euros (environ 1,8 million de dollars) pour 2009-2010 en faveur du Bangladesh. Elle a également contribué à hauteur de 520 000 dollars aux opérations d'urgence mises en place en République du Congo à la suite de la flambée de poliomyélite. La Communauté européenne qui a déjà versé un total de 193,73 millions de dollars est le sixième donateur public de l'IMEP.

Par un dispositif innovant de financement, le **Finlande** a versé 330 000 dollars par l'intermédiaire du Rotary International en faveur des activités d'éradication en Afghanistan, ce qui a porté le montant de son aide à un total de 1,38 million de dollars.

Conformément à sa promesse faite en janvier 2009 de verser 130 millions de dollars (100 millions d'euros) au cours des trois prochaines années, l'**Allemagne** a continué à soutenir le Nigéria par l'intermédiaire de sa banque de développement (KfW) par une contribution de 20 millions de dollars (15 millions d'euros) pour l'achat de VPO. Elle a également maintenu sa contribution au financement mondial par le versement de fonds non affectés. Au total, l'aide de l'Allemagne à l'IMEP s'élève à 390,94 millions de dollars, ce qui en fait le quatrième donateur du secteur public.

Outre le fait qu'elle autofinance pour une large part ses propres activités d'éradication de la poliomyélite, l'**Inde** a versé pour la première fois en 2010, en tant que donateur, 300 000 dollars pour l'achat de VPO au Tadjikistan.

L'**Italie** a contribué au financement mondial par le versement de 1,35 million de dollars non affecté. L'aide totale de l'Italie à l'IMEP s'élève à 39,27 millions de dollars.

Le **Japon** a renforcé le soutien crucial qu'il apporte à l'effort mondial d'éradication de la poliomyélite. En 2010, il a versé environ 40 millions de dollars pour l'achat de VPO et pour financer d'autres opérations par l'intermédiaire des subventions de l'UNICEF pour la santé maternelle et infantile-juvénile, des subventions d'aide humanitaire et une aide directe au Tadjikistan en réponse à la flambée de cas de poliomyélite. L'IMEP

a accueilli favorablement la nouvelle politique sanitaire mondiale du Japon qui reflète son engagement puisqu'il qualifie la poliomyélite d'«urgence mondiale de santé publique». Le Japon est le troisième donateur public de l'IMEP, sa contribution totale s'élevant à plus de 415 millions de dollars.

**Le Luxembourg** reste le premier donateur par habitant de l'IMEP, compte tenu de sa population. Le Luxembourg a versé 700 000 dollars en 2010 dans le cadre de sa contribution pluriannuelle pour la période 2009-2013, et pour une contribution en fin d'année de 1 million de dollars, ce qui porte le total de son aide à 14,36 millions de dollars.

**Monaco** a continué à apporter une aide substantielle à l'IMEP par le versement de 110 000 dollars en faveur des activités menées au Niger. Cela porte à 500 000 dollars le total de l'aide que Monaco apporte aux activités d'éradication de la poliomyélite au Niger.

En 2010, le ministre de la santé des **Pays-Bas** a alloué 130 000 dollars à l'Institut néerlandais de la Santé publique et de l'environnement pour sa contribution aux activités d'éradication de la poliomyélite. Cela porte à un total de 113,35 millions de dollars la participation des Pays-Bas à l'éradication de la poliomyélite.

**La Nouvelle-Zélande** a augmenté sa contribution en 2010, en contribuant par le versement de 500 000 dollars aux efforts mondiaux d'éradication de la poliomyélite par l'intermédiaire de son partenariat avec les clubs locaux du Rotary International. Cette contribution porte à 2,81 millions de dollars le total de l'aide néozélandaise.

**La Norvège** a continué à verser d'importantes contributions non affectées à l'IMEP. En 2010, son versement de 9,78 millions de dollars a représenté la majeure partie de la part 2010 de la contribution mondiale pour la période 2010-2011. Cela porte à 68,80 millions de dollars le total de ses contributions à l'IMEP.

**Le Bureau de la coordination des affaires humanitaires (BCAH)** a versé 130 000 dollars pour l'achat de VPO nécessaires aux activités de vaccination en Somalie.

**Le Portugal** a participé à hauteur de 140 000 dollars à une aide financière à l'Angola, ce qui porte à 1 million de dollars le total de sa contribution.

À la suite du lancement du nouveau Plan stratégique par les partenaires, **le Qatar** a été le premier à verser des fonds pour aider à combler le déficit de financement. Les 50 000 dollars versés ont porté à 380 000 dollars le total de sa contribution.

**Le Rotary International**, outre qu'il est un partenaire majeur de l'IMEP, est également le deuxième donateur du secteur privé. En 2010, le Rotary International a versé 101,85 millions de dollars à l'IMEP. En 2013, le Rotary International aura contribué pour plus de 1,2 milliard de dollars à l'éradication de la poliomyélite.

**La Fédération de Russie** a déboursé 2 millions de dollars dans le cadre du nouvel engagement pluriannuel de 5 millions de dollars (2010-2012) qu'elle a pris en réponse à l'appel du G8 lancé en 2010. La Fédération de Russie a ainsi financé l'IMEP à hauteur de 33 millions de dollars depuis 2003.

**Shinnyo-en** a versé 100 000 dollars pour soutenir les activités d'assistance technique et de surveillance au Viet Nam pour aider ce pays et la Région du Pacifique occidental à préserver leur statut de pays/région exempt(e) de poliomyélite.

**L'Espagne** a versé 750 000 dollars en 2010 dans le cadre d'un engagement de financement d'activités de surveillance en Afrique sur la période 2009-2011. Cette contribution a été complétée par le versement de fonds supplémentaires non attribués s'élevant à 610 000 dollars. Depuis son adhésion à l'IMEP en 2004, l'Espagne a contribué à hauteur de 13,79 millions de dollars.

Pour la troisième année consécutive, **la Turquie** a contribué au financement de l'IMEP en 2010. Son versement de 80 000 dollars porte à 730 000 dollars le total de ses contributions.

À la suite des inondations qui ont dévasté le Pakistan, **la Société du Croissant Rouge des Émirats arabes unis** a versé 300 000 dollars pour l'achat de VPO nécessaires aux activités de vaccination dans les zones confrontées à de violentes flambées.

En 2010, le **Department for International Development (DFID) du Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord** a déboursé 25,08 millions de dollars au titre d'un soutien mondial et sous forme de fonds affectés au Tadjikistan. Le Royaume-Uni, dont les contributions s'élèvent au total à 898,55 millions de dollars, est le deuxième donateur public de l'IMEP.

En 2010, **la Fondation pour les Nations Unies** a maintenu son soutien à l'IMEP par une contribution de 200 000 dollars à ses efforts de mobilisation des ressources. Ce financement porte à 43,34 millions de dollars le total de l'aide de la Fondation pour les Nations Unies.

Au cours de l'année fiscale 2010, le Congrès américain a alloué 32 millions de dollars à l'**United States Agency for International Development (USAID)** pour appuyer les activités d'éradication de la poliomyélite. Ces fonds ont été utilisés pour soutenir les campagnes de mobilisation sociale, la surveillance et les activités des laboratoires, la riposte aux flambées et le suivi dans les pays prioritaires. La contribution totale de l'USAID s'élève désormais à 412 millions de dollars.

#### **Partenariat de la Banque mondiale pour l'investissement contre la poliomyélite**

En 2001, un dispositif novateur de financement, connu sous l'expression «IDA buy downs» (rachat de crédits), 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 des achats de VPO destinés aux activités d'éradication de la poliomyélite. Un 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 2010, un nouveau rachat de 51,41 millions de dollars a été signé au titre des rachats en cours pour le Pakistan et le Nigéria. Le montant total investi par le Partenariat de la Banque mondiale pour l'investissement contre la poliomyélite s'élève désormais à 316,37 millions de dollars.

# Annexe A | Rapport de progression des principaux indicateurs de processus de l'IMEP pour l'année 2010

## Étape 1

ÉTAPE	MESURE	RÉFÉRENCE	SITUATION <sup>18</sup>	REMARQUES
<b>D'ici à mi-2010: Arrêt de toutes les flambées de poliomyélite survenues en 2009</b>	Nombre de pays <sup>19</sup> confrontés à des flambées en 2009 qui ont signalé un cas génétiquement lié au PVS après juin 2010	15 pays confrontés à une importation de PVS en 2009	Aucun pays n'a signalé de PVS après le 30 juin 2010	Les pays confrontés à une flambée en 2009 et qui ont signalé un cas génétiquement lié au PVS en 2010 sont: <b>Mauritanie:</b> dernier cas le 28 avril 2010 <b>Mali:</b> dernier cas le 30 mars 2010 <b>Sierra Leone:</b> dernier cas le 28 février 2010
<b>En cours: arrêt des nouvelles flambées dans les six mois qui suivent la confirmation du cas initial</b>	Nombre de pays <sup>20</sup> confrontés à une nouvelle importation de PVS (sans lien génétique avec le virus qui avait circulé précédemment) qui a persisté plus de 6 mois après la confirmation du cas initial	11 pays confrontés à une importation de PVS en 2010 2 pays confrontés à une importation de PVS en 2011 <sup>21</sup> (Gabon, Niger)	Aucun pays confronté à une importation de PVS qui a persisté >6 mois	Pays confrontés à des flambées en 2010-11 qui ont détecté le PVS au cours des 6 derniers mois (cas le plus récent): <b>République du Congo:</b> 22 janvier 11 <b>Niger:</b> 19 janv. 11 <b>Gabon:</b> 15 janv. 11 <b>Ouganda<sup>22</sup>:</b> 15 nov. 10 <b>Fédération de Russie:</b> 25 sept. 10

## Indicateurs de processus

PRINC. INDIC. DE PROCESSUS IMEP 2010	MESURE	RÉFÉRENCE	BILAN FINAL	REMARQUES
<b>CEINTURE D'IMPORTATION DU PVS</b>				
<b>À fin 2010: 100% des pays confrontés à des importations de PVS et de PVDVc dans des zones auparavant exemptes de poliomyélite ont riposté conformément aux directives inter. de riposte aux flambées</b>	% de pays confrontés à des flambées de PVS et de PVDVc ont riposté conformément aux directives internationales de riposte aux flambées.	2009: PVS: 87%, 13/15 pays confrontés à des importations ont riposté conformément aux directives internationales. La durée médiane de la riposte a été de 27 jours, sur une fourchette de 9 à 43 jours.	2010: PVS: 8%, 9/11 pays confrontés à des importations ont riposté conformément aux directives internationales. La durée médiane de la riposte a été de 14 jours, sur une fourchette de 2 à 33 jours.	Les pays qui n'ont pas satisfait aux critères de riposte en 2010 sont les suivants: <b>Russie:</b> pas de données disponibles sur la durée des campagnes de ratissage. <b>Kazakhstan:</b> seulement 2 AVS réalisées après la notification du cas lié au PVS1.
		2009: PVDVc: Sans objet. Données pas recueillies de façon systématique.	2010: PVDVc: Aucun pays auparavant exempt de poliomyélite n'a détecté de PVDVc.	
<b>Évaluation internationale réalisée dans 75% des pays confrontés à des importations qui ont persisté plus de 6 mois</b>	Évaluation internationale réalisée dans 75% des pays confrontés à des importations qui ont persisté plus de 6 mois	Évaluation internationale réalisée dans 75% des pays confrontés à des importations	Sans objet	Toutes les flambées ont été interrompues dans les 6 mois

## Étape 2

ÉTAPE	MESURE	RÉFÉRENCE	SITUATION <sup>23</sup>	REMARQUES
<b>Avant fin 2010: Arrêt de toute transmission rétablie de poliovirus</b>	Nombre de pays où la transmission du PVS est rétablie qui ont signalé un cas génétiquement lié au PVS après le 31 décembre 2010	4 pays où la transmission du poliovirus est rétablie	2 pays confrontés en 2011 à une persistance de la transmission rétablie du PVS (Angola, Tchad). 1 pays à haut risque d'une persistance de la transmission rétablie du PVS (RDC)	<b>Angola:</b> le cas déclaré le 4 février 2011 est lié au PVS réintroduit. <b>Tchad:</b> le cas déclaré le 30 janv. 2011 est lié au PVS réintroduit. <b>RDC:</b> Un PVS1 réintroduit a été détecté récemment, le 22 nov. 2010, à Katanga, en même temps que 2 PVS1 détectés en décembre (à Katanga également). Résultats du séquençage en attente.

## Indicateurs de processus

PRINC. INDIC. DE PROCESSUS IMEP 2010	RÉSULTATS	BILAN FINAL
<b>ANGOLA</b>		
< 10% d'enfants non vaccinés pour chaque AVS menée dans tous les districts de Luanda, Benguela et Kwanza Sul	Données satisfaisantes pour 5 districts sur 22 ( <i>pas de données disponibles pour 8 districts dans les 3 provinces spécifiées</i> )	Étape manquée
<b>TCHAD</b>		
< 10% d'enfants non vaccinés pour chaque AVS menée au second semestre de 2010 dans le grand N'Djamena et dans les zones de transmission du PVS du sud et de l'est du pays	Objectif atteint dans aucune des 3 zones	Étape manquée
<b>RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO</b>		
> 80% d'échantillons prélevés dans de bonnes conditions dans toutes les provinces	Objectif atteint dans 2 des 11 provinces	Étape manquée
Taux de PFA > 2 dans toutes les provinces	Objectif atteint dans 11 des 11 provinces	Étape réussie
< 10% d'enfants non vaccinés pour chaque AVS menée dans la province orientale et dans celles du Nord et du Sud-Kivu	Objectif atteint dans aucune des 3 provinces	Étape manquée
<b>SUD SOUDAN</b>		
> 80% d'échantillons prélevés dans de bonnes conditions dans tous les États	Objectif atteint dans 10 des 10 États	Étape réussie
Taux de PFA NP >2 dans tous les États	Objectif atteint dans 10 des 10 États	Étape réussie
< 10% d'enfants non vaccinés pour chaque AVS menée dans chaque État	Objectif atteint dans 2 des 10 États	Étape manquée

18 Calculé à partir des données au 30 mars 2011 transmises au Siège de l'OMS.

19 Exception faite des pays d'endémie et des pays où la transmission est rétablie (analysés séparément).

20 Exception faite des pays d'endémie et des pays où la transmission est rétablie (analysés séparément).

21 Le Niger a notifié un cas lié au PVS3 survenu le 19 janvier 2011; résultats du séquençage en attente.

22 Le PVS détecté en Ouganda en 2010 est lié au PVS détecté au Kenya en 2009 et sans lien avec le virus précédemment en circulation en Ouganda, ce qui confirme la poursuite de la flambée de 2009 au Kenya et en Ouganda.

23 Calculé à partir des données au 30 mars 2011 transmises au Siège de l'OMS.

## Étape 3

ÉTAPE	MESURE	RÉFÉRENCE	SITUATION <sup>24</sup>	REMARQUES
<b>Avant fin 2011: Arrêt de toute transmission de la poliomyélite dans au moins 2 des 4 pays d'endémie</b>	Nombre de cas de PVS notifiés en 2009 et en 2010 sur une même période	PVS janv.-déc. 2009 <sup>11</sup> : Afghanistan : 38 Inde : 741 Nigéria : 388 Pakistan : 89	% de changement de 2009 à 2010: Afghanistan: -34% Inde : -94% Nigéria : -95% Pakistan : +62%	PVS janv.-déc. 2010 <sup>11</sup> : Afghanistan : 25 Inde : 42 Nigéria : 21 Pakistan : 144

## Indicateurs de processus

PRINC. INDIC. DE PROCESSUS IMEP 2010	RÉSULTAT	BILAN FINAL
<b>INDE</b>		
<b>Niveau d'immunité contre le poliovirus de type 1 &gt;95 % dans les zones où la transmission persiste: l'ouest de l'Uttar Pradesh et le centre du Bihar</b>	Objectif atteint dans 2 des 2 États <i>Bihar = 98% et UP = 98% contre le poliovirus de type 1. A titre de référence pour le principal indicateur de processus de 2011, les résultats de 2010 pour le poliovirus de type 3 ont été de 78% au Bihar et de 76% dans l'Uttar Pradesh</i>	Étape réussie
<b>NIGÉRIA</b>		
<b>&lt;10% d'enfants n'ayant jamais reçu aucune dose de vaccin («0-dose selon des données sur la PFA NP) dans chacun des douze États à haut risque (y compris dans les huit États où la transmission persiste)</b>	Objectif atteint dans 11 des 12 États	Étape manquée
<b>AFGHANISTAN</b>		
<b>&lt;10% d'enfants non vaccinés dans le cadre d'au moins quatre AVS conduites dans chacun des 13 districts de la région du sud touchés par les conflits et où la transmission est persistante</b>	Objectif atteint dans aucun des 13 districts	Étape manquée
<b>PAKISTAN</b>		
<b>&lt;15% d'enfants non vaccinés dans le cadre d'au moins huit AVS dans tous les districts de la zone de Quetta et dans les districts et agences de la Province de la Frontière du Nord-Ouest et des zones tribales sous administration fédérale où la transmission persiste</b>	Objectif atteint dans 4 des 7 districts (données issues de 9 campagnes de riposte)	Étape manquée
<b>&lt;10% d'enfants non vaccinés dans le cadre d'au moins quatre AVS menées dans chaque localité de Karachi</b>	Objectif atteint dans 18 des 18 localités	Étape réussie

<sup>24</sup> Calculé à partir des données au 30 mars 2011 transmises au Siège de l'OMS.



## Principaux indicateurs de processus –Tous pays confondus

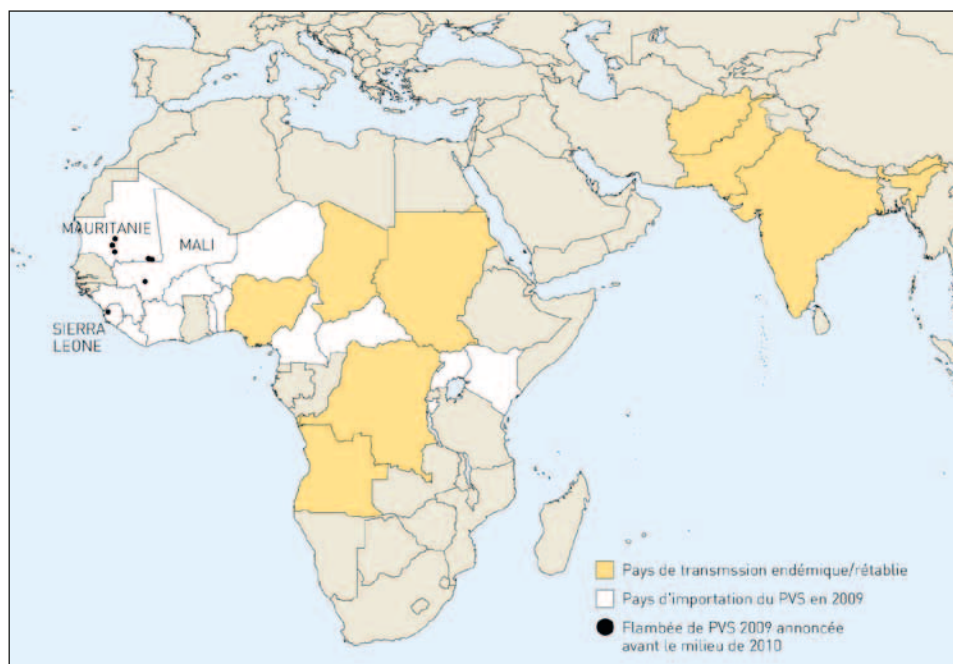
RENFORCEMENT DES SYSTÈMES DE VACCINATION		
PRINC. INDIC. DE PROCESSUS IMEP 2010	RÉSULTAT	BILAN FINAL
<p>Avant fin 2010: Mise en place d'un plan pluriannuel englobant tous les services de vaccination (y compris contre la poliomyélite) dans plus de 80% des pays où des équipes internationales de l'IMEP sont présentes</p>	<p>Rapports des Bureaux régionaux sur les pays qui ont mis en place un plan pluriannuel englobant tous les services de vaccination</p>	<p>Avant fin 2010: Plus de 80% des pays où des équipes internationales de l'IMEP sont présentes ont mis en place un plan pluriannuel englobant tous les services de vaccination (y compris contre la poliomyélite). 100% des pays où des équipes internationales de l'IMEP sont présentes ont mis en place un plan pluriannuel englobant tous les services de vaccination (y compris contre la poliomyélite).</p>
<p>Les équipes de terrain chargées de la poliomyélite consacrent plus de 25% de leur temps au renforcement des systèmes de vaccination dans les pays de la «ceinture d'importation du PVS»</p>	<p>Résultats des enquêtes de l'équipe du Bureau régional de l'Afrique</p>	<p>Les équipes de terrain chargées de la poliomyélite ont consacré plus de 25 % de leur temps au renforcement des systèmes de vaccination</p>

PRINC. INDIC. DE PROCESSUS IMEP 2010	RÉSULTAT	BILAN FINAL
<p>Plus de 2 cas de PFA non poliomyélitique signalés au niveau infranational dans tous les pays d'endémie, dans tous les pays où la transmission est rétablie et dans ceux de la «ceinture d'importation du poliovirus sauvage»</p>	Pays d'endémie	Objectif atteint dans 2 des 4 pays
	Pays où la transmission est rétablie	Objectif atteint dans 3 des 4 pays
	Pays de la «ceinture d'importation du poliovirus sauvage»	Objectif atteint dans 6 des 19 pays
	Pays situés à l'extérieur de la «ceinture d'importation du poliovirus sauvage», confrontés à des flambées en 2009 ou 2010	Objectif atteint dans 2 des 9 pays
		Étape manquée

# Annexe B | Données à l'appui du rapport de progression

## Étape 1a: D'ici à mi-2010: Arrêt de toutes les flambées de poliomyélite survenues en 2009\*

Situation: Aucun pays confronté à des flambées survenues en 2009 n'a signalé de PVS après juin 2010



### DATE DU CAS LE PLUS RÉCENT

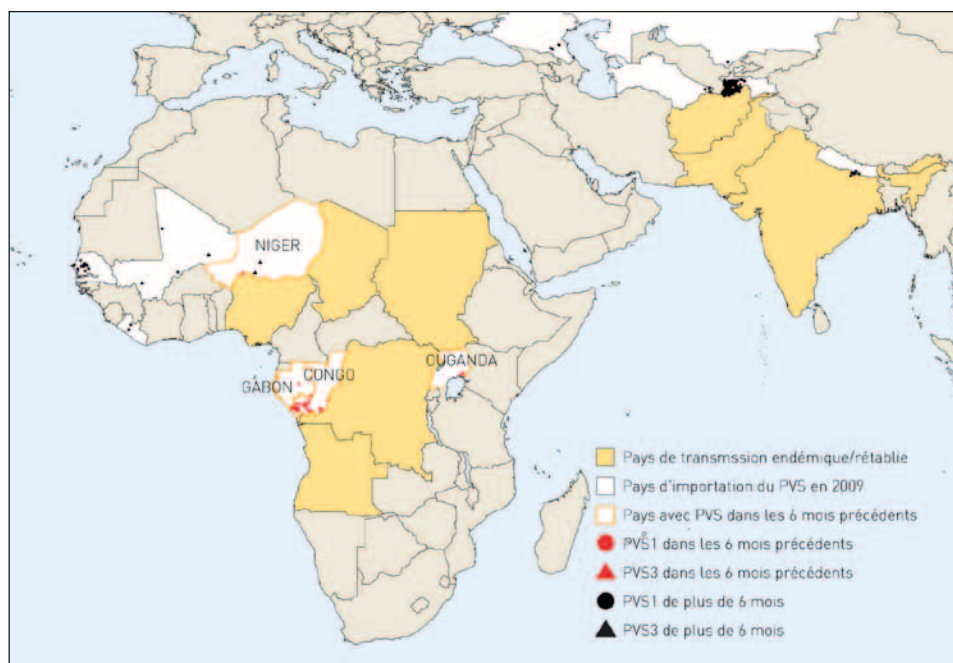
Mauritanie	28 avr. 10
Mali	30 mars 10
Sierra Leone	28 fév. 10

Données du Siège de l'OMS au 30 mars 2011.

\* A l'exception des pays d'endémie et des pays où la transmission est rétablie (étapes distinctes).

## Étape 1b: Arrêt des nouvelles flambées de poliomyélite dans les 6 mois\*

Situation: Aucun pays confronté à une importation de PVS qui a persisté plus de 6 mois



### \*DURÉE

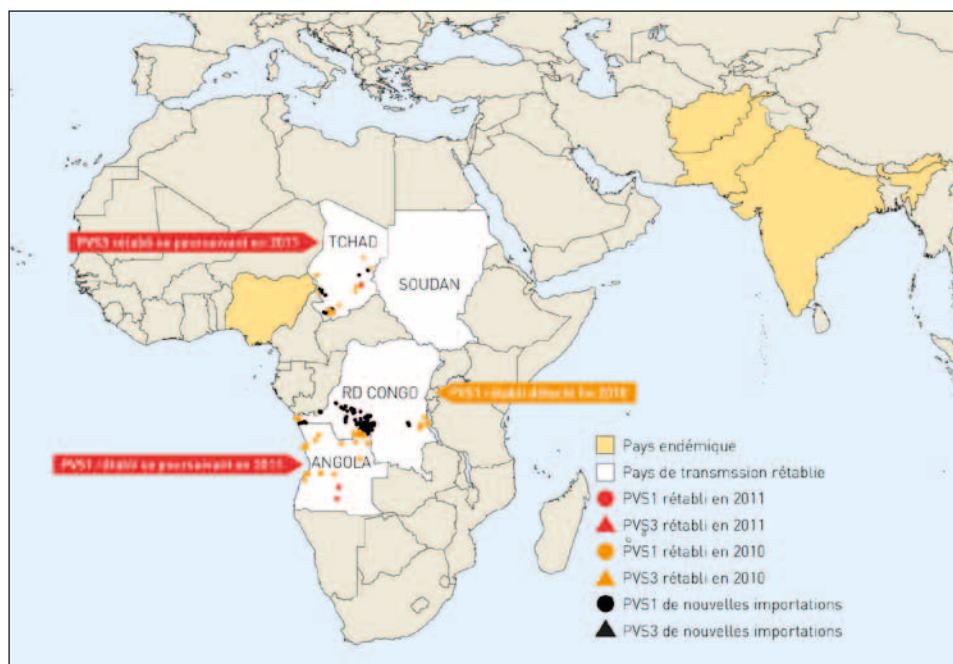
Libéria	5 mois
Sénégal	3 mois
Congo	2 mois
Tadjikistan	2 mois
Népal	2 mois
Russie	1 mois
Ouganda	<1 mois
Mali	<1 mois
Gabon	<1 mois
Kazakhstan	<1 mois
Turkménistan	<1 mois
Niger	<1 mois

Données du Siège de l'OMS au 30 mars 2011.

\* Calculé à partir de la date de notification du dernier cas.

**Étape 2: Avant fin 2010: Arrêt de toute transmission rétablie de poliovirus**

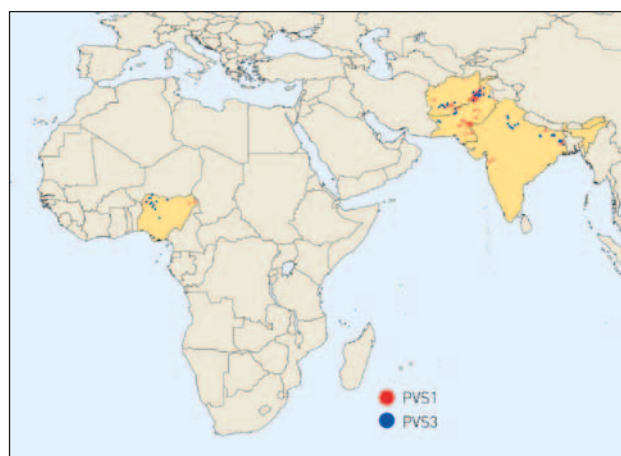
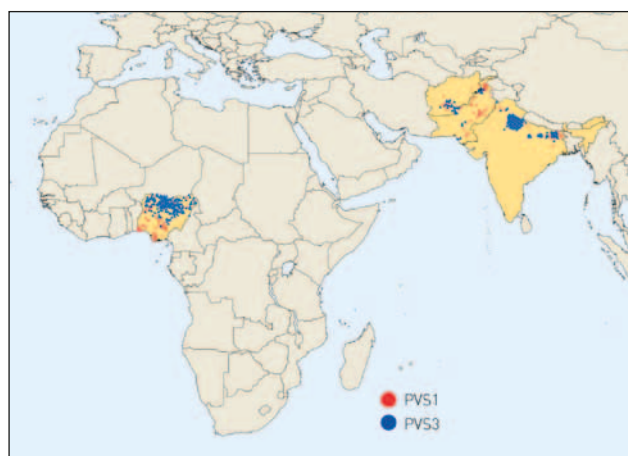
Situation: 2 pays confrontés en 2011 à une persistance de la transmission rétablie du PVS



Données du Siège de l'OMS au 30 mars 2011.

**Étape 3: Avant fin 2011, arrêt de toute transmission de poliovirus dans 2 des 4 pays d'endémie**

Situation: Baisse du nombre de cas dans trois pays en 2010 comparé à 2009



**NB. DE CAS DUS AU PVS EN 2009**

Afghanistan	38
Inde	741
Nigéria	388
Pakistan	89

Données du Siège de l'OMS au 30 mars 2011.

**NB. DE CAS DUS AU PVS EN 2010**

Afghanistan	25 [-34%]
Inde	42 [-94%]
Nigéria	21 [-95%]
Pakistan	144 [+62%]

Données du Siège de l'OMS au 30 mars 2011.

## Sigles et acronymes

<b>AFR</b>	Région OMS de l'Afrique
<b>AMR</b>	Région OMS des Amériques
<b>AVS</b>	Activités de vaccination supplémentaire
<b>CDC</b>	Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis d'Amérique
<b>EMR</b>	Région OMS de la Méditerranée orientale
<b>EUR</b>	Région OMS de l'Europe
<b>GAVI</b>	Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination
<b>GPLN</b>	Réseau mondial des laboratoires de la poliomyélite
<b>IMEP</b>	Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite
<b>JLV</b>	Journées locales de vaccination
<b>JNV</b>	Journées nationales de vaccination
<b>JSE</b>	Journées de la santé de l'enfant
<b>JVP</b>	Journées de vaccination Plus
<b>LGA</b>	Zone d'administration locale
<b>LQAS</b>	Échantillonnage par lots pour l'assurance de la qualité
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la Santé
<b>ONG</b>	Organisation non gouvernementale
<b>PCR</b>	Réaction de polymérisation en chaîne
<b>PEV</b>	Programme élargi de vaccination
<b>PFA</b>	Paralysie flasque aiguë
<b>PPAV</b>	Poliomyélite paralytique associée au vaccin
<b>PVDV</b>	Poliovirus dérivé d'une souche vaccinale
<b>PVDVc</b>	Poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale
<b>PVDVi</b>	Poliovirus dérivé d'une souche vaccinale associé à l'immunodéficience
<b>PVS</b>	Poliovirus sauvage
<b>RED</b>	Stratégie RED («Atteindre chaque district»)
<b>SAGE</b>	Groupe consultatif stratégique d'experts de la vaccination
<b>SEAR</b>	Région OMS de l'Asie du Sud-Est
<b>SIAD</b>	Administration d'une dose supplémentaire dans un intervalle court
<b>UNICEF</b>	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
<b>VPI</b>	Vaccin antipoliomyélitique inactivé
<b>VPO</b>	Vaccin antipoliomyélitique oral
<b>VPOb</b>	Vaccin antipoliomyélitique oral bivalent
<b>VPOm</b>	Vaccin antipoliomyélitique oral monovalent
<b>VPOt</b>	Vaccin antipoliomyélitique oral trivalent
<b>WHA</b>	Assemblée mondiale de la Santé
<b>WPR</b>	Région OMS du Pacifique occidental





[www.polioeradication.org](http://www.polioeradication.org)

**JUSQU'AU**   
 **DERNIER**  
**ENFANT**