

Rapport annuel 2011



© Organisation mondiale de la Santé 2012

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 ou de se les procurer auprès des Éditions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; adresse électronique : bookorders@who.int).

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

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

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

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

Imprimé par le Service de production des documents de l'OMS, Genève (Suisse).

Photo en première de couverture : OMS/ R. Curtis

Conception et mise en page : Services Concept, Meyrin, Suisse

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

Rapport annuel
2011



2012 **INDE
SANS
POLIO**



*Ce rapport est dédié
aux vaccinateurs.*

Table des matières

Résumé d'orientation	4
Les faits marquants de 2011	5
Interrompre la transmission des poliovirus	7
1 En bonne voie	7
Inde	
Soudan du Sud	
Flambées	
2 De nouveau sur la bonne voie	13
Angola	
Tchad	
République démocratique du Congo	
3 Pays en retard	19
Nigéria	
Pakistan	
Afghanistan	
4 Protéger les zones libérées de la poliomyélite	27
Prévenir et juguler la propagation internationale du virus vers les zones exemptes	
Débusquer le virus	
Renforcer les systèmes de vaccination	
L'éradication de la poliomyélite : une urgence	32
Financement	35
La riposte : une hausse sans précédent des financements en 2011	
Autres types de financement	
Contributions	
Annexe 1 : 2011 Rapport de progression des principaux indicateurs de processus de l'IMEP Plan Stratégique 2010-2012	40
Annexe 2 : Données à l'appui du rapport d'étape	45
Sigles et acronymes	48

Résumé d'orientation

Le bilan de la seconde année du Plan stratégique 2010-2012 de l'IMEP est contrasté : des avancées significatives ont été réalisées, mais plusieurs revers sont à déplorer.

La réussite de l'Inde, jugée « prodigieuse » par le Comité de suivi indépendant de l'IMEP, a été le jalon le plus notable. Considérée longtemps comme un des pays où l'éradication était la plus difficile, elle s'est attelée, selon les termes du Comité, à une « application systématique des meilleures pratiques » qui lui a permis de vacciner plus de 98 % des enfants. Le pays s'est libéré de la poliomyélite endémique et a démontré que l'éradication était techniquement réalisable.

À l'échelle mondiale, les cas de poliomyélite ont diminué de moitié par rapport à l'année précédente. En République du Soudan du Sud et en Angola – deux des quatre pays où la transmission de la poliomyélite s'est rétablie –, aucun cas n'a été notifié depuis juin 2009 et juillet 2011, respectivement. S'agissant des deux autres pays, le Tchad a circonscrit géographiquement la poliomyélite au second semestre de l'année et le nombre de cas s'est effondré en République démocratique du Congo, après la riposte résolue engagée contre les graves flambées du début 2011. Les huit flambées survenues dans des pays auparavant exempts ont été interrompues avec succès en l'espace de six mois, à une exception près.

En revanche, les trois pays d'endémie restants ont connu une recrudescence inattendue et marquée de la maladie. La circulation continue de deux sérotypes de poliovirus sauvage, au Nigéria et au Pakistan, et d'un poliovirus dérivé de souche vaccinale, au Nigéria, a favorisé la propagation vers deux voisins. En Afghanistan, le nombre de cas a également augmenté, le programme national n'ayant pas atteint suffisamment d'enfants pour stopper les flambées dans la région du sud, à la sécurité précaire. À la fin de 2011, les trois pays étaient en mauvaise voie pour éradiquer la poliomyélite.

En octobre 2011, le Comité de suivi indépendant a averti que l'objectif d'éradication ne serait pas atteint si la tendance d'alors se confirmait. En novembre, inquiet de cette situation, le Groupe consultatif stratégique d'experts de la vaccination (SAGE) a déclaré que cela constituerait un échec pour la santé publique. Et en janvier 2012, le Conseil exécutif de l'Organisation mondiale de la Santé a demandé

que l'éradication de la poliomyélite soit déclarée urgence programmatique pour la santé publique mondiale.

Achever l'éradication de la poliomyélite est désormais une urgence mondiale au vu conséquences évidentes – et, selon les termes du SAGE, « inacceptables » – de tout échec. Les enfants du Nigéria, du Pakistan et de l'Afghanistan sont les principales victimes de la transmission, mais ses répercussions vont bien au-delà. La propagation internationale de la poliomyélite s'est, en effet, faite plus meurtrière ces dernières années. Les récentes flambées survenues sur trois continents – au Tadjikistan, au Congo et en Chine, pays pourtant éloignés des zones endémiques – ont principalement paralysé des adultes. Au cours de certaines d'entre elles, la moitié des adultes sont décédés. Lorsque le virus touche des adultes qui ont grandi dans des pays auparavant exempts et qui n'ont jamais été vaccinés ou ont reçu des doses insuffisantes, il tue bien plus souvent.

Les conséquences que l'on vient d'évoquer ont poussé les pays et les partenaires internationaux à prendre des mesures d'urgence. Le Plan mondial d'action d'urgence contre la poliomyélite 2012-2013, comme les plans nationaux révisés d'action d'urgence qui l'accompagnent, décrivent les changements fondamentaux de stratégie et de structure que les pays ont commencé à engager pour éradiquer enfin la maladie.

Cette urgence est d'autant plus criante que 50 % des fonds manquent pour exécuter intégralement les activités nécessaires en 2012-2013 (données d'avril 2012). Au premier trimestre 2012, ces difficultés ont déjà contraint à réduire les activités dans 24 pays d'Asie et d'Afrique, accentuant le risque d'observer une propagation incontrôlée si le poliovirus est importé dans ces pays depuis les zones d'endémie.

Le programme d'éradication d'urgence s'articule autour de trois axes : rapidité, clarté des orientations, mais surtout obligation redditionnelle. Des chefs d'États aux directeurs d'organismes multilatéraux, des parents aux vaccinateurs, en passant par les donateurs, chaque maillon de la chaîne doit être renforcé pour libérer le monde de la poliomyélite.



Les faits marquants de 2011

Janvier

Rukhsar Khatoon devient le seul enfant qui, en 2011, a été paralysé par la poliomyélite en Inde.

Février

Le monde perd une figure de premier plan dans le combat pour l'éradication de la poliomyélite: Bill Sergeant, ancien Président du Comité PolioPlus du Rotary International s'éteint le 13 février à son domicile du Tennessee aux États-Unis.



Bill Sergeant, ici avec le prix que lui a décerné en 2006 l'Assemblée mondiale de la Santé pour son engagement en faveur de l'éradication de la poliomyélite.

Le Rotary International célèbre son cent-sixième anniversaire en illuminant plusieurs monuments célèbres, notamment la fontaine de Trevi en Italie, la Bourse de New York et le Charminar en Inde.



Bruce Aylward, Sous-Directeur général, Poliomyélite, situations d'urgence et collaboration avec les pays à l'Organisation mondiale de la Santé, fait un exposé sur l'éradication de la poliomyélite à l'occasion des conférences TED.

Mars

Le comité national d'experts de la poliomyélite confirme que 317 cas ont été enregistrés lors de la flambée mortelle qui a frappé en 2010 la République démocratique du Congo (aucun échantillon prélevé).

Le Directeur exécutif de l'UNICEF, M. Anthony Lake, est invité en République démocratique du Congo pour aborder avec le Premier Ministre et le Ministre de la Santé le rôle central du gouvernement pour mettre fin à la maladie.

Avril

Au cours de la semaine de la vaccination, des campagnes sont organisées dans toute l'Inde, en Asie centrale et en Afrique de l'Ouest.

Mai

Le Directeur général de l'OMS, Margaret Chan, et Bill Gates, co-président de la Fondation Bill & Melinda Gates, organisent une réunion sur l'éradication de la poliomyélite à l'occasion de l'Assemblée mondiale de la Santé.

L'Assemblée mondiale de la Santé fait part de son inquiétude quant au déficit de financement de l'IMEP.

Le Secrétaire général des Nations Unies Ban Ki-moon fait la déclaration suivante lors du Forum des gouverneurs du Nigéria, à Abuja: « Vous avez fait des avancées formidables au cours de l'année qui vient de s'écouler. Mais si nous relâchons la garde ne serait-ce qu'un instant, la poliomyélite peut ressurgir. Nous ne pouvons le tolérer. Œuvrons ensemble pour éradiquer définitivement cette maladie invalidante. »

Les dirigeants du G8 réaffirment de manière unanime leur engagement pour l'éradication de la poliomyélite lors du sommet de Deauville (France)

Juin

Le *New England Journal of Medicine* publie un article présentant les perspectives pour l'après-poliomyélite, intitulé Endgame.

Juillet

Un cas de poliovirus sauvage de type 3 est détecté au Pakistan. Il s'agit du premier enregistré en Asie en 2011.

Le personnel financé au titre de la lutte contre la poliomyélite est mobilisé dans l'intervention déployée face à la sécheresse dans la Corne de l'Afrique, la plus grave depuis 60 ans.

Le FC Barcelone s'engage dans le combat pour éradiquer la poliomyélite.

Août

Un comité d'experts indépendant confirme que la flambée de 2010 en Asie centrale et en Russie a été interrompue avec succès et déclare que la Région européenne de l'OMS restera certifiée exempte de poliomyélite.

Les autorités chinoises notifient à l'IMEP quatre cas de poliomyélite. La Chine n'avait pas connu de cas de poliovirus sauvage depuis 1999.

Un attentat meurtrier frappe la Maison de l'ONU à Abuja (Nigéria). Vingt-trois personnes, dont trois fonctionnaires de l'OMS et deux membres du personnel de l'UNICEF, y perdent la vie.



La Maison de l'ONU à Abuja (Nigéria), cible d'une attaque meurtrière

Septembre

La Région des Amériques de l'OMS célèbre 20 années sans cas autochtone de poliovirus sauvage.

Octobre

Des bénévoles du monde entier témoignent leur soutien à l'occasion de la Journée mondiale contre la poliomyélite

Le Comité de suivi indépendant publie son quatrième rapport dans lequel il souligne que le temps ne suffira pas à éradiquer la poliomyélite. Le document entraîne des évolutions importantes au sein de l'IMEP.

Lors de leur sommet en Australie, les chefs de gouvernement du Commonwealth s'engagent à soutenir l'éradication de poliomyélite VISUAL : Photo of CHOGM.



Au centre, Mme le Premier ministre de l'Australie, Julia Gillard, entourée (de gauche à droite) du Premier ministre canadien Stephen Harper, du Président du Nigéria, Goodluck Jonathan, du Premier ministre du Royaume-Uni, David Cameron, et du Premier ministre du Pakistan, Yousuf Raza Gilani.

Novembre

Le Groupe consultatif stratégique d'experts de la vaccination (SAGE) avertit que le risque de ne pas éradiquer la poliomyélite de la surface du globe constitue une urgence programmatique mondiale pour la santé publique.

Décembre

Amitabh Bachchan, Ambassadeur de l'UNICEF pour l'éradication de la poliomyélite, lance la nouvelle campagne de communication de l'Inde.



Mumbai, décembre 2011 : Amitabh Bachchan, la grande vedette de Bollywood, également Ambassadeur de l'UNICEF, lance la nouvelle campagne de communication pour l'éradication de la poliomyélite qui vise à responsabiliser les parents en les incitant à faire vacciner leurs enfants.

Interrompre la transmission des poliovirus

1 | En bonne voie : Inde, République du Soudan du Sud et autres pays ayant connu des flambées

À la fin de l'année 2011, l'Inde, la République du Soudan du Sud et tous les pays exempts de poliomyélite ayant connu des flambées liées à des importations étaient sur la bonne voie pour atteindre les objectifs d'étape du Plan stratégique 2010-2012 de l'IMEP. L'Inde, qui n'a enregistré aucun cas nouveau depuis janvier 2011, semble avoir interrompu la transmission du poliovirus autochtone sauvage. Le Soudan du Sud a enregistré un dernier cas en juin 2009 et, à une exception près (Mali), toutes les nouvelles flambées causées par la propagation depuis une zone d'endémie ont été interrompues en l'espace de six mois.

Inde

Situation

Début 2011, l'Inde s'attelait à éliminer une poche persistante de poliomyélite dans le Bengale occidental. La flambée s'était, en effet, révélée tenace dans cet État, alors même que, depuis avril et septembre 2010, respectivement, aucun cas n'avait été notifié dans l'Uttar Pradesh et le Bihar, les derniers États d'endémie du pays. Le poliovirus, arrivé depuis l'État du Bihar, avait infecté les enfants sous-vaccinés du nord du Bengale occidental, où les activités de vaccination n'avaient pas permis d'atteindre les taux de couverture nécessaires.

Cas dus au poliovirus sauvage en Inde, 2011



Le 13 janvier 2011, Rukhsar Khatoon, une petite fille de la banlieue de Kolkata, a développé une poliomyélite paralytique.

Mesures

Lorsque la petite Rukhsar a été infectée, l'Inde menait déjà des actions ciblées et déterminées d'éradication de la poliomyélite, et les autorités locales devaient à ce titre s'assurer que les activités fréquentes de vaccination profitent à chaque enfant. L'action menée s'est articulée autour des axes suivants :

- mise en œuvre d'une stratégie spéciale pour les franges traditionnellement négligées (populations migrantes, nomades et mobiles) ;
- déploiement du Projet national de surveillance de la poliomyélite, un puissant dispositif conduit conjointement par le gouvernement indien et l'OMS ;
- affectation de personnel expérimenté dans les communautés ciblées en vue d'améliorer l'efficacité opérationnelle et d'élargir la mobilisation au sein de la société.

Rukhsar Khatoon est le seul cas de poliomyélite enregistré en Inde en 2011. Ces bons résultats ont été rendus possibles par l'engagement total de l'Inde dans la mise en œuvre du Plan stratégique 2010–2012 de l'IMEP, dont témoignent les taux de couverture sans précédent (99 %) qui ont été atteints dans l'Uttar Pradesh et le Bihar, confirmés eux-mêmes par une surveillance et des enquêtes sérologiques rigoureuses. L'administration centrale :

- s'est assurée que le financement des activités d'éradication de la poliomyélite, qu'elle assume en grande partie, ne faiblisse pas,
- a surveillé la mise en œuvre du Plan à tous les niveaux, en coopération avec les autorités des États concernés, en persévérant en dépit des obstacles.

Perspectives

Beaucoup reste à faire si l'Inde entend pérenniser sa réussite. Pour que toute la Région de l'Asie du Sud-Est de l'OMS devienne officiellement certifiée exempte de poliomyélite en janvier 2014, il faudra que l'Inde reste épargnée par le virus durant les deux années à venir. Un niveau élevé d'immunité dans la population étant essentiel pour préserver l'acquis, le gouvernement a placé 2012 sous le signe de l'intensification de la vaccination systématique.

« Cela nous permet d'espérer éradiquer enfin la poliomyélite, non seulement d'Inde, mais de la surface du globe ».

Manmohan Singh, Premier ministre de l'Inde, dans une allocution prononcée devant 1 400 personnes lors du Sommet contre la poliomyélite à New Delhi, le 25 février 2012

Il est à noter, dans cette perspective :

- qu'un riche programme de campagnes de vaccination supplémentaires couvrira toute la période ;
- que chaque État devra disposer d'un plan de préparation aux situations d'urgence en cas de résurgence ;
- que la situation continuera de faire l'objet d'une étroite surveillance.

L'Inde est le dernier pays à rejoindre la communauté des nations exemptes de poliomyélite, qui ont tout intérêt à prévenir la propagation internationale du virus et à favoriser son éradication mondiale.

« Les résultats obtenus sont à mettre au crédit des 2,3 millions de bénévoles qui, sans relâche, ont vacciné des enfants jusque dans les zones les plus reculées, souvent dans de mauvaises conditions météorologiques. (...) Je tiens à remercier chacun d'eux pour leur engagement et leur dévouement. »

Manmohan Singh, Premier ministre de l'Inde, lors du Sommet contre la poliomyélite à New Delhi, le 25 février 2012. Summit in New Delhi, 25 February 2012

« L'OMS va supprimer le nom de l'Inde de la liste des pays connaissant une transmission endémique active du poliovirus sauvage. »

Lettre du Directeur général de l'OMS, Margaret Chan, au Ministre indien de la santé et des affaires familiales, Shri Ghulam Nabi Azad, en date du 25 février 2012

Malgré les formidables obstacles rencontrés – taille et diversité de la population, facteurs environnementaux et comportementaux, etc. –, l'Inde a montré qu'elle était en mesure d'éradiquer la poliomyélite quand d'autres estimaient que cela serait particulièrement difficile dans ce pays. Ce succès témoigne de l'opiniâtreté du gouvernement et des millions de personnes qui ont rendu cela possible, notamment les travailleurs de santé et les rotariens.

Ce succès profite non seulement au peuple indien, mais au reste du monde. Jusqu'à une date récente, l'Inde était l'un des principaux exportateurs du poliovirus sauvage, qui se propageait aussi loin qu'en Angola, en République démocratique du Congo et au Tadjikistan. C'est donc aujourd'hui le principal réservoir mondial de poliovirus qui a été supprimé.

Dans son rapport de janvier 2012, le Comité de suivi indépendant affirmait que « la réussite de l'Inde [...] montre qu'il est possible de mettre un terme à la poliomyélite en associant engagement sans faille des autorités politiques, leadership fort en santé publique, répartition claire des responsabilités, recherche de l'efficacité et mise en œuvre systématique des meilleures pratiques ». Il reste encore à s'inspirer de l'expérience du programme indien d'éradication de la poliomyélite dans les trois derniers pays d'endémie.

Rukhsar, image du succès indien



Rukhsar Khatoon, trois ans, ici portée par sa mère à Howrah près de Kolkata (Bengale occidentale), est le dernier cas de poliovirus sauvage autochtone connu en Inde.

Rukhsar Khatoon est le symbole du succès de l'éradication de la poliomyélite en Inde : elle est le dernier enfant à avoir été paralysé par le PVS autochtone. Après des séances de physiothérapie à l'hôpital, Rukhsar peut désormais marcher presque normalement et n'éprouve pas de douleur même si elle ne peut plus courir avec ses frères et sœurs.

Rukhsar a toujours été de santé assez fragile, ce qui explique pourquoi ses parents étaient réticents à la faire vacciner. « Je ne savais pas ce qu'était la poliomyélite – je croyais que les gouttes servaient à renforcer la santé globale de l'enfant », explique sa mère, Sabera Bibi. Alors que ses autres enfants avaient reçu le vaccin antipoliomyélitique oral, Rukhsar, elle, n'en avait jamais pris une seule goutte.

Sabera s'inquiète aujourd'hui pour l'avenir de sa fille. Elle-même mariée à l'âge de 15 ans, elle s'interroge sur la scolarité future de Rukhsar et sur son éventuel mariage. Abdul, qui travaille dans le secteur des sari (broderie) comme la plupart de ses voisins, s'alarme du coût du traitement de Rukhsar. « Les docteurs ont été très gentils, mais nous devons penser à l'avenir et à nos autres enfants », ajoute Sabera.

On oublie souvent que derrière les tableaux et statistiques se cache une personne dont la vie ne sera plus jamais la même. La grande majorité des cas de poliomyélite touche des enfants, qui, bien souvent, vivent dans les franges les plus pauvres et précaires de la population, où il n'existe bien souvent aucune infrastructure pour ceux souffrant d'incapacités.

En éradiquant la poliomyélite, nous aidons des milliers d'enfants qui, sinon, auraient été paralysés, à atteindre leur plein potentiel et à occuper la place productive qui leur revient dans leurs communautés.

République du Soudan du Sud



Situation

À l'aube de 2011, dans ce qui allait bientôt devenir la République du Soudan du Sud, le programme d'éradication de la poliomyélite était en état d'alerte. En décembre 2010, en effet, un prélèvement environnemental réalisé dans un égout à Aswan (Égypte) avait révélé la présence d'un poliovirus sauvage de type 1 (PVS1) apparenté à un virus observé pour la dernière fois en 2008 dans l'actuel Soudan du Sud. Le Soudan, qui avait mis fin à la transmission du poliovirus autochtone en 2004, avait été réinfecté en 2008 par un PVS1 en provenance du Nigéria, rejoignant alors la liste des pays connaissant un « rétablissement de la transmission ». Plusieurs cas avaient été ensuite signalés dans le nord du Soudan jusqu'en juin 2009, d'où le caractère préoccupant de la détection, à peine 18 mois plus tard, d'un virus très proche dans un égout en Égypte.

Mesures

En mai 2011, le groupe consultatif technique (TAG) de la Région OMS de la Méditerranée orientale a jugé peu probable que la transmission du virus de la poliomyélite reste inaperçue au Soudan, des évaluations rapides ayant montré que la surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA) y était suffisamment sensible, même parmi les populations mobiles. Le groupe s'est en revanche inquiété de voir le virus continuer à circuler dans le Soudan du Sud. Par conséquent :

- Il a été conseillé au Soudan du Sud et aux autres pays de la Corne de l'Afrique de répertorier systématiquement les populations susceptibles d'avoir été omises dans le cadre de la surveillance de la PFA, des tournées de vaccination antipoliomyélitique et de la vaccination systématique en 2011.
- Des mesures complémentaires ont été prises pour améliorer la qualité des activités de vaccination supplémentaires (AVS) et la surveillance.

Perspectives

À nouveau réuni en juin 2011, le groupe consultatif a fait part de sa satisfaction à l'égard des mesures adoptées et des journées de vaccination locales subséquentement organisées dans le Soudan du Sud.

Presque 18 mois après que le PVS1 fut détecté à Aswan, le Soudan du Sud est toujours exempt de poliomyélite et les prélèvements d'égouts en Égypte sont restés négatifs. Parallèlement, malgré une situation politique incertaine à court terme, le gouvernement s'est engagé à :

- poursuivre les activités de vaccination supplémentaires et
- établir des systèmes solides de vaccination systématique.

Interrompre la transmission dans le nord du Nigéria reste néanmoins le meilleur moyen de protéger le Soudan du Sud contre la poliomyélite.

Nouvelles flambées

Situation

En 2011, 79 cas de poliomyélite ont été signalés au cours des flambées, contre 961 en 2010. La transmission a été interrompue dans l'un des principaux pays exportateur de poliovirus, l'Inde, supprimant ainsi une source de propagation.

La Chine, le Congo, la Côte d'Ivoire, le Gabon, la Guinée, le Mali, le Niger et la République centrafricaine ont tous connu des flambées imputables au déplacement du virus depuis des zones d'endémie, et le Kenya a signalé un cas. Seul le Mali n'a pas réussi à endiguer la flambée en six mois, durée limite définie par le Plan stratégique 2010-2012 de l'IMEP.

58 cas supplémentaires de poliovirus circulant dérivé de souche vaccinale (PVDVc) – tous de sérotype 2, sauf deux – ont été signalés en Afghanistan, au Niger (où le cas notifié était génétiquement lié à la flambée survenue au Nigéria), au Nigéria, en République démocratique du Congo, en Somalie et au Yémen. La plupart d'entre eux était concentrée au Nigéria où la transmission du PVDVc de type 2 se poursuit depuis 2006. Les flambées de PVDVc sont soumises aux mêmes mesures de surveillance que celles de poliovirus sauvage et des interventions rapides ont été déployées avec succès dans tous les pays touchés, à l'exception du Nigéria. Les ripostes face aux flambées se sont poursuivies jusqu'à la fin 2011 en République démocratique du Congo et au Yémen.

Mesures

- Au total, en 2011, 66 campagnes de vaccination ont été menées dans les pays touchés.
- Si on estimait au 12 avril 2012 que les flambées se poursuivaient dans deux pays – République centrafricaine et Niger, où les cas les plus récents ont été signalés les 8 et 12 décembre 2011, respectivement –, la transmission n'y a pas duré plus de six mois.
- Selon le rapport de janvier 2012 du Comité de suivi indépendant, toutes les flambées ont « de manière générale fait l'objet d'une action vigoureuse ».

Perspectives

Au cours des trois dernières années, la moitié environ du total des cas de PVS sont apparus dans des pays auparavant exempts du fait d'importations depuis des pays endémiques. Plusieurs lignes de défense existent pour réduire le risque de propagation internationale de la poliomyélite et en contrer les effets s'il y a lieu :



La Chine fait face à une flambée de poliomyélite – Un élève reçoit le vaccin antipoliomyélitique oral sous la forme d'un enrobage sucré.

- la première d'entre elles est la vaccination préventive, pour renforcer en amont l'immunité de la population ;
- une fois la propagation enclenchée, les protocoles de riposte convenus au niveau international doivent être pleinement mis en œuvre afin d'en réduire les conséquences ;
- des stratégies innovantes comme la SIAD, qui consiste à administrer deux doses de vaccin à des intervalles courts, ont été mises en place en 2011 pour étayer ces protocoles ; élaborée d'abord pour vacciner les enfants dans les zones d'insécurité en profitant de chaque occasion donnée, la SIAD s'est également révélée efficace contre les flambées ;
- vacciner, en plus du groupe habituel (enfants de moins de cinq ans), les enfants jusqu'à 15 ans et les adultes jusqu'à 30 ans, est une autre stratégie qui semble renforcer rapidement l'immunité de la population là où elle est sensiblement réduite chez les enfants plus âgés ou les jeunes adultes, comme en Chine et en République démocratique du Congo. Cette stratégie réduit vraisemblablement la durée des flambées et le nombre de personnes infectées.
- une nouvelle stratégie innovante de gestion du PVDV est en cours d'achèvement, cependant que sont intensifiés les efforts d'éradication des souches restantes de transmission du PVS. Elle constitue une avancée par rapport aux précédentes stratégies, qui prévoyaient d'agir sur les risques à long terme liés au PVDV une fois seulement obtenue la certification de l'éradication de la poliomyélite. Pour plus d'informations, voir la section « L'éradication de la poliomyélite : une urgence ».

L'éradication de la poliomyélite sous l'angle de la parité hommes-femmes

Le calendrier vaccinal chargé et les taux de couverture élevés requis pour éradiquer la poliomyélite ont permis d'obtenir une situation vaccinale équitable entre filles et garçons. Une étude plus complète de cette question se révèle néanmoins instructive.

Dans les quelques zones où la transmission endémique persiste, la maladie se concentre souvent dans les franges les plus conservatrices de la société. Lorsqu'ils font du porte-à-porte, les vaccinateurs se heurtent en effet souvent aux normes locales qui interdisent aux vaccinateurs de sexe masculin d'entrer dans une maison et de vacciner des enfants ou aux superviseurs et contrôleurs d'interroger les femmes du foyer. La vaccination, la mobilisation sociale et le suivi reposent souvent sur les femmes.

Les vaccinatrices ont comme atout de pouvoir s'exprimer dans un rapport femme/femme, mère/mère ou grand-mère/mère. En s'affirmant disposées à ce que leurs propres enfants soient vaccinés contre la poliomyélite, elles montrent aux parents récalcitrants qu'elles ont à cœur d'agir dans le meilleur intérêt des enfants. Dans certaines régions du Nigéria, intégrer aux équipes de vaccination des femmes plus âgées, dont l'avis est respecté de la communauté, a permis d'augmenter le nombre de parents acceptant de faire vacciner leur enfant.

En Inde, on estime que 80 à 85 % des 2,3 millions de vaccinateurs qui participent aux tournées des Journées nationales de vaccination (JNV) sont des femmes. Ce chiffre comprend des sages-femmes et des infirmières auxiliaires, des agents de santé accrédités – les ASHA –, des fonctionnaires du département de la protection sociale (les Anganwadis) et des bénévoles. Près de 70 % des 155 000 superviseurs qui contrôlent le travail de ces vaccinateurs sont également de sexe féminin. Dans les États du Bihar et de l'Uttar Pradesh, autrefois des réservoirs traditionnels de poliomyélite, plus de 92 % des 128 000 équipes de vaccination comportent au moins une femme.

Le vaste réseau de mobilisation sociale de l'UNICEF en Inde, qui compte 8 000 personnes, est presque entièrement féminin. Il conduit son action par le biais du porte-à-porte, informant la population sur la poliomyélite et la vaccination systématique, l'allaitement exclusif, la nutrition, le lavage des mains et le traitement de la diarrhée. Au Nigéria, dans les localités des États de Kano, de Kebbi et de Sokoto, les 970 mobilisateurs sociaux bénévoles du réseau Volunteer Community Mobilizer sont des femmes.

Mais les équipes contre la poliomyélite ne sont pas uniquement constituées en fonction d'objectifs chiffrés. Les femmes sont recrutées uniquement lorsque cela est approprié à la fois sur le plan social et de la sécurité. En Afghanistan, 12 % des personnes recrutées pour les campagnes de vaccination antipoliomyélitique sont des femmes, et elles travaillent principalement comme bénévoles et superviseurs. Dans de nombreuses régions du pays, il peut être très dangereux pour une femme de travailler à l'extérieur de chez elle. Au Pakistan, dans les zones tribales sous administration fédérale (FATA) de Khyber Pakhtunkhwa et dans certaines parties du Baloutchistan, les familles préfèrent que ce soient des femmes qui vaccinent leurs enfants mais refusent que celles de leurs foyers travaillent à l'extérieur comme vaccinatrices. Ainsi, en 2011, tandis que la proportion des équipes comportant au moins une vaccinatrice atteignait 88 % au Pendjab, elle n'a jamais été supérieure à 31 % et à 57 % dans le Khyber Pakhtunkhwa et le Baloutchistan, respectivement.

La présence de personnel féminin est également déterminante pour évaluer la qualité des activités de vaccination. Dans les 12 États du Nigéria les moins performants, un suivi de qualité est mené pendant et après les campagnes par des équipes presque exclusivement féminines. Dans l'État de Kano, par exemple, on compte 352 contrôleurs indépendants de sexe féminin et pas un seul de sexe masculin.

La participation des femmes à l'éradication de la poliomyélite est bénéfique non seulement du point de vue des parents et des soigneurs mais également pour les femmes elles-mêmes. Le programme a ouvert à beaucoup d'entre elles des perspectives uniques d'épanouissement professionnel, comme le montre le statut des agents sanitaires féminins au Pakistan, qui jouissent, au sein des communautés, d'un grand respect en leur qualité de dispensateurs de soins.



Renforcer la position des femmes leur ouvre des perspectives professionnelles et accroît le respect à leur égard.

2 | De nouveau sur la bonne voie : Angola, Tchad et République démocratique du Congo

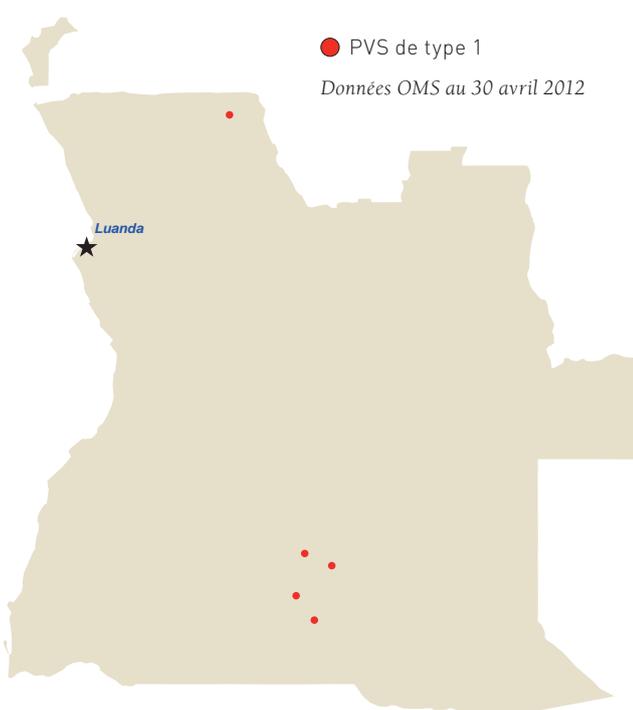
L'Angola, la République démocratique du Congo et le Tchad affichent des signes encourageants dans la lutte contre le rétablissement de la transmission, après une année passée au point mort, voire, dans certains cas, émaillée d'échecs. Aucun cas n'a été signalé en Angola depuis juillet 2011, et même si la République démocratique du Congo et le Tchad ont connu d'importantes flambées début 2011, la maladie a depuis été circonscrite et la transmission a semblé ralentir durant le second semestre.

Angola

Situation

En 2011, l'Angola n'a signalé que cinq cas de PVS, chiffre très inférieur à celui de 2010, où il était de 33. Quatre d'entre eux sont survenus lors du premier trimestre du fait du rétablissement de la transmission du poliovirus sauvage de type 1 (PVS1) dans le sud-est du pays. Cette lignée particulière n'a plus été détectée depuis mars 2011. En juillet, un seul cas de PVS1 a été signalé dans la province d'Uige, dans le nord du pays. Il était issu des provinces voisines de Bandundu et du Bas Congo, en République démocratique du Congo, où la transmission de la poliomyélite était active à ce moment-là.

Cas dus au poliovirus sauvage en Angola, 2011



Mesures

Cette chute de 85 % du nombre de cas enregistrés entre 2010 et 2011 est le résultat direct des efforts considérables déployés pour améliorer la couverture et la qualité des activités d'éradication. Les neuf AVS (quatre JNV et cinq JLV) menées consécutivement en 2011 ont permis de vacciner plus d'enfants que jamais auparavant, ce qui tient à plusieurs raisons :

- l'administration centrale a donné une forte impulsion, tandis que la décentralisation des ressources financières a permis de mener des activités supplémentaires au niveau municipal ; de surcroît, les chefs traditionnels et les dirigeants locaux ont plus systématiquement participé aux efforts dans les provinces de Luanda et de Benguela ;
- le solide partenariat noué avec les responsables communautaires a contribué à améliorer la microplanification ;
- des stratégies innovantes et flexibles ont été déployées pour vacciner tous les enfants ciblés ; et
- les services de vaccination systématique ont été tous renforcés dans 29 municipalités.

Le suivi en extérieur des résultats de ces campagnes indique qu'environ 8 % des enfants n'ont pas été vaccinés. À Luanda, le foyer historique de la transmission de la poliomyélite, de 9 % à 20 % des enfants n'ont pas été vaccinés sur cinq campagnes.

Perspectives

Malgré ces avancées, le risque qu'une circulation modérée se poursuive dans certaines parties du pays, ou que le virus soit réintroduit, est très élevé. En 2012, le programme s'articule donc autour des volets suivants :

- mettre en place de nouvelles stratégies de microplanification impliquant davantage la communauté, ce qui a déjà permis d'augmenter le nombre d'enfants vaccinés dans les communautés à haut risque ;
- faire intervenir des personnes influentes et favoriser la communication interpersonnelle pour soutenir les efforts de mobilisation sociale et de sensibilisation de la population ;
- poursuivre la décentralisation de la coordination et de la supervision de sorte à garantir un niveau de préparation optimal pour les AVS, et renforcer la participation, le suivi et l'évaluation.



Anthony Lake, Directeur exécutif de l'UNICEF, discute avec des enfants dans la municipalité de Cacuaco, dans les faubourgs de la capitale Luanda, durant les activités de vaccination antipoliomyélitique.

La situation future de l'Angola dépendra largement de sa capacité à maintenir une bonne participation au niveau local et à innover. Les aspects suivants revêtent à cet égard une importance particulière :

- le rôle moteur des administrateurs municipaux, qui contribueront à la bonne mise en œuvre des stratégies d'éradication de la poliomyélite et à l'intensification des interventions de vaccination systématique ;
- la logistique, en cela qu'elle peut aider à vacciner les populations dispersées de certaines localités reculées et zones inondables.

Pour réussir définitivement, le déficit de financement doit être comblé. Le gouvernement prend actuellement en charge plus de 88 % des coûts opérationnels des campagnes de vaccination contre la poliomyélite. Les coûts de la supervision et du suivi dans les provinces et municipalités, comme ceux de la logistique et de la mobilisation sociale, ne sont néanmoins pas financés. S'il continue sur cette voie, et avec des ressources financières adéquates, l'Angola peut finir l'année 2012 libéré du poliovirus.

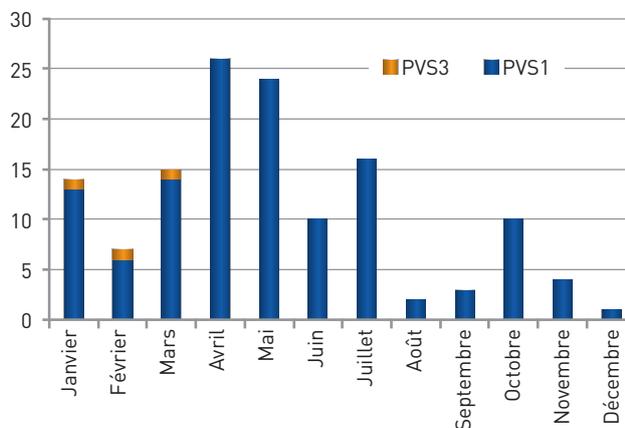
Tchad

Situation

L'année 2011 a été difficile pour le Tchad. Le pays a enregistré 132 cas de poliomyélite, soit près d'un cinquième de ceux notifiés à l'échelle mondiale, le chiffre annuel le plus élevé depuis 2003. Le virus a également pénétré au Niger et en République centrafricaine, peu de temps après que l'OMS a informé ses États Membres du risque de propagation internationale depuis le Tchad.

Le Tchad a été touché par deux épidémies : une flambée de PVS1 survenue à N'Djamena en septembre 2010 et une flambée de PVS3 dans l'est du pays, dans le district d'Am Dam, qui a commencé en novembre 2007 et a rétabli la transmission. Toutes deux s'expliquent par des importations depuis le Nigéria. Même si la seconde épidémie semble maîtrisée (aucun cas n'a été signalé depuis mars 2011), la surveillance n'est pas optimale et la prudence s'impose donc.

Au Tchad, les cas de poliomyélite ont reculé au second semestre 2011



Chefs de cantons et de villages à Am Dam

Après le premier semestre 2011 marqué par une transmission importante, la situation épidémiologique s'est améliorée et le nombre de cas a diminué de 75 % au second semestre. Au cours des six derniers mois, la transmission est devenue beaucoup plus localisée grâce aux AVS successives du quatrième trimestre 2011 et du premier

trimestre 2012. Même si les problèmes sociaux et de communication ont également leur importance, en particulier dans les principales zones à haut risque, ce sont surtout les difficultés d'ordre opérationnel qui expliquent pourquoi certains enfants n'ont toujours pas pu être vaccinés.



ROTARY/M. BIBOUX

Des stratégies ciblées s'attachent désormais à ce que toutes les populations, où qu'elles vivent, soient couvertes, y compris les groupes nomades.

Mesures

Au vu de l'ampleur de l'épidémie, le président Déby Itno a demandé, au mois d'août, que le point soit fait chaque mois sur la situation de l'éradication de la poliomyélite lors des réunions ordinaires touchant au secteur de la santé. En septembre, Bill Gates, co-président de la Fondation Bill & Melinda Gates, a demandé aux responsables nationaux et sanitaires de donner la priorité à l'éradication de la poliomyélite et à la vaccination systématique.

Confronté à cette urgence sanitaire, le Tchad a mené six journées nationales (JNV) et trois journées locales (JLV) de vaccination et suivi la recommandation formulée en septembre 2011 par le groupe consultatif technique d'établir un plan d'urgence élargi allant de janvier à juin 2012. Conformément aux orientations du groupe consultatif technique :

- les campagnes des mois de septembre et d'octobre ont favorisé une participation accrue et une plus grande prise en main des responsables des administrations centrales et des gouverneurs de provinces ;
- la stratégie de vaccination sur trois jours a été rétablie ;
- l'OMS et l'UNICEF ont intensifié leur soutien technique en établissant six centres à travers le pays et en détachant près de 100 spécialistes de la poliomyélite et de la communication pour améliorer la planification, la coordination et l'exécution des campagnes ;
- la surveillance post-campagnes a été renforcée et la méthode LQAS d'échantillonnage par lots a servi à évaluer la qualité des tournées d'octobre et de novembre.

Perspectives

Six JNV et deux JLV à grande échelle sont prévues en 2012. Plus de 100 nouveaux agents travaillant pour différents partenaires y participeront. Une gestion efficace et une responsabilisation accrue sont à cet égard essentielles. Le plan d'urgence présente une série d'étapes destinées à améliorer la mise en œuvre dans les districts et sous-districts :

- renforcement des ressources humaines des organismes partenaires ;
- formation complémentaire et réaffectation des agents de santé gouvernementaux dans les provinces ;
- participation des organisations non-gouvernementales opérant dans les provinces ;
- renforcement de la communication et de la mobilisation sociale, et
- attention particulière accordée à la composition des équipes de vaccination et à leur formation.

En 2012, le Tchad s'équipera de technologies novatrices telles que le GPS pour appuyer ses efforts d'éradication et améliorer la microplanification dans les principales zones à haut risque.

Le Tchad est déjà parvenu dans le passé à interrompre la transmission de la poliomyélite. Il le pourra de nouveau si la dynamique insufflée par le gouvernement et les partenaires internationaux est préservée.

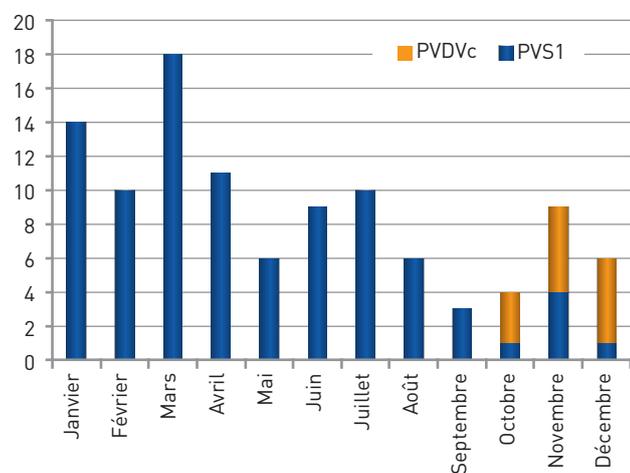
République démocratique du Congo

Situation

Même si le niveau de transmission n'a pas beaucoup varié entre 2010 et 2011, avec 100 et 93 cas signalés respectivement, les zones touchées par le virus sont aujourd'hui beaucoup plus restreintes. Sur les 93 cas, 76 % ont été enregistrés à l'ouest, dans les provinces de Kinshasa, de

Bandundu (dans une zone circonscrite) et au Bas Congo, ainsi que dans la capitale Kinshasa qui, à elle seule, a signalé 33 cas.

Cas de poliomyélite en RDC : recul du PVS au second semestre 2011, mais flambée de PVDVc



La transmission la plus forte a été observée au premier semestre, tandis qu'elle a diminué de 70 % au second. Elle est également davantage concentrée, et fin 2011, la dernière zone de transmission active était vraisemblablement circonscrite au sud-est de la province de Katanga et aux zones voisines de Maniema. Fin 2011, une flambée due au PVDVc de type 2 a de nouveau démontré la mauvaise couverture vaccinale de Katanga.

La persistance de la flambée dans l'ouest du pays et les cas recensés dans l'est s'expliquent par différents facteurs : mauvaise qualité des campagnes dans certaines zones, poches de villages non vaccinés dans des zones isolées et difficiles d'accès (Katanga, Bandundu) ou encore le refus opposé par les groupes religieux de certaines communautés du nord de la province de Katanga (même si presque toute la population a accepté la vaccination une fois le contact établi).



Un agent de mobilisation sociale s'adresse à la population de Popokabaka (Bandundu). Lors des campagnes de vaccination contre la poliomyélite, les agents de mobilisation sociale vont de ville en ville et, à l'aide d'un mégaphone, informent les parents de l'importance de la vaccination et du calendrier des tournées.

Mesures

Plusieurs mesures ont été prises pour améliorer la qualité des AVS menées en 2011, notamment :

- déploiement de consultants dans les zones infectées prioritaires, avec un rayon géographique très clair (30 spécialistes étaient à l'œuvre en fin d'année) ;
- relèvement de l'âge de la vaccination dans les zones où des enfants plus âgés et des jeunes adultes ont été affectés par la maladie ;
- hausse du nombre d'équipes dans les zones à haut risque et meilleure qualité du transport ;
- intensification des actions de sensibilisation et campagnes d'information à destination des responsables religieux et organismes d'inspiration religieuse opposés à la vaccination.

À l'invitation du président Kabila, le Directeur général de l'OMS, Margaret Chan, et le Directeur exécutif de l'UNICEF, Anthony Lake, se sont rendus dans le pays pour discuter du soutien de leurs organismes respectifs au gouvernement.

Perspectives

Si le gouvernement et les partenaires de la lutte contre la poliomyélite inscrivent l'année 2012 sous le signe de l'urgence, la maladie pourrait bien être éradiquée de la RDC d'ici à la fin de l'année. Deux JNV et six JLV sont prévues en 2012 :

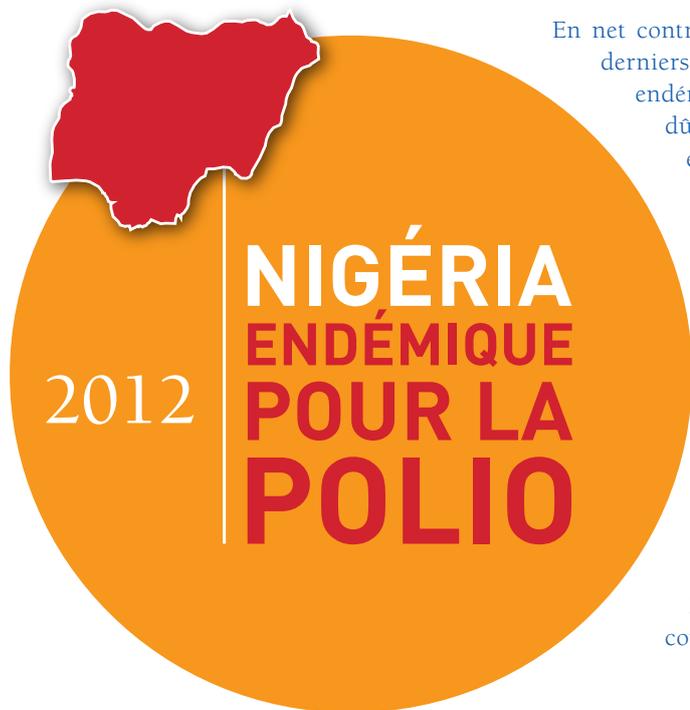
- un vaccin trivalent oral sera utilisé dans au moins une tournée nationale et une tournée infranationale ;
- dans les zones ayant connu récemment une transmission du PVDVc, un VPO trivalent sera utilisé au cours de plusieurs tournées ;
- le VPO bivalent sera utilisé pour les tournées restantes afin de garantir des niveaux d'immunité élevés contre les deux sérotypes de PVS.



Certaines zones sont difficilement accessibles, en particulier durant la saison des pluies.

OMS
DRC

3 | Pays en retard : Nigéria, Pakistan et Afghanistan



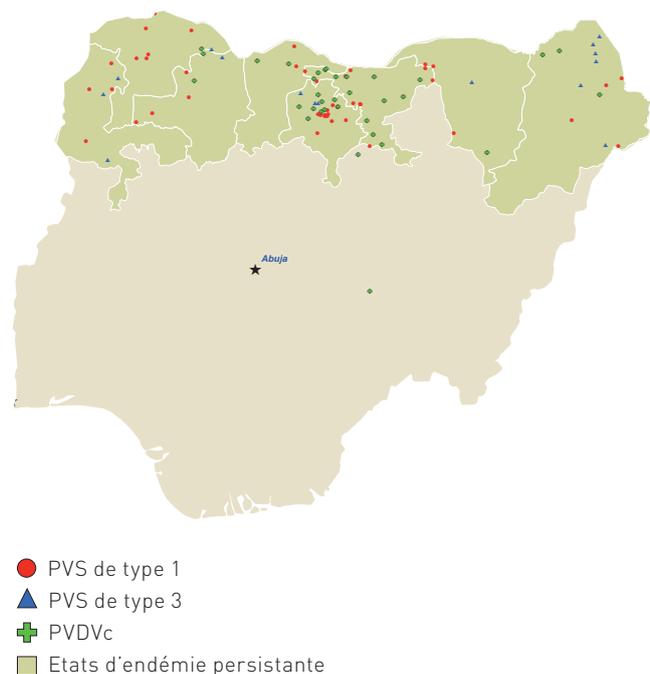
En net contraste avec les bons résultats obtenus en Inde, les trois derniers pays dans lesquels la transmission du PVS est endémique – l'Afghanistan, le Nigéria et le Pakistan – ont dû faire face en 2011 à une hausse à la fois inattendue et marquée du nombre de cas notifiés. Le Nigéria et le Pakistan ont été les seuls pays du monde à connaître une circulation avérée du poliovirus sauvage de type 3 (PVS3) tandis que le Nigéria a été confronté à une flambée de poliovirus circulant de type 2 dérivé d'une souche vaccinale. Les poliovirus sauvages détectés au Nigéria et au Pakistan étaient également liés à des flambées déclarées dans des pays auparavant exempts. Dans son rapport de février 2012, le Comité de suivi indépendant a indiqué que le Pakistan et le Nigéria représentaient la plus grande menace pour l'éradication de la poliomyélite. La lutte contre la transmission dans ces trois pays doit être considérée comme une urgence en 2012. C'est depuis eux, en effet, que le virus pourrait continuer de se propager vers des pays exempts.

Nigéria : des progrès en 2010, mais une année 2011 décevante malgré la hausse de la couverture vaccinale

Situation

En 2011, le Nigéria a notifié 62 cas de PVS, dont 47 de type 1 et 15 de type 3, soit trois fois plus qu'en 2010. 33 autres cas dus au PVDVc de type 2 ont été signalés, ce qui fait du Nigéria le seul pays du monde touché par les trois sérotypes. Plus de 95 % du total des cas sont survenus dans les huit États d'endémie persistante de Borno, Jigawa, Kano, Katsina, Kebbi, Sokoto, Yobe et Zamfara (68 % dans les seuls États de Borno, Kano et Jigawa). Le Nigéria continue de représenter un danger important pour ses voisins : en 2011, des poliovirus en sa provenance ont été détectés dans cinq pays d'Afrique de l'Ouest et centrale.

Cas dus au poliovirus sauvage au Nigéria, 2011



Données OMS au 30 avril 2012

Trois événements ont fortement ralenti les efforts d'éradication de la poliomyélite dans le pays. Au premier trimestre, tout d'abord, les élections nationales ont détourné l'attention des responsables politiques et civils de l'éradication de la maladie. Au deuxième trimestre, un attentat meurtrier à la voiture piégée a frappé la Maison de l'ONU à Abuja, ce qui a porté un coup terrible au système des Nations Unies (voir encadré). Enfin, l'insécurité croissante observée au troisième trimestre, en particulier à Abuja et dans les États de Borno et de Kano, a beaucoup compliqué les opérations d'éradication de la poliomyélite en cours.

La couverture vaccinale a néanmoins augmenté dans les zones clés des États du nord du pays. Dans les 109 zones d'administration locale (LGA) à haut risque, la proportion d'enfants ayant reçu trois doses ou plus de VPO a augmenté, passant de 51 % en 2010 à 60 % en 2011. Ce chiffre a atteint 79 % dans les LGA non jugées à haut risque. Toutefois, dans les principales catégories de population et régions géographiques, de trop nombreux enfants ne sont toujours pas couverts par le programme d'éradication de la poliomyélite. Malgré les dizaines de campagnes de vaccination menées ces dernières années, les enfants ayant reçu quatre doses ou plus de VPO ne sont pas plus de 65 % dans les États de Borno (62 %), Kano (64 %), Sokoto (65 %) et Yobe (63 %). À Borno, 11 % des enfants n'ont jamais reçu une seule dose.

La situation est également contrastée sur le plan de la surveillance. Au niveau national, la surveillance de la para-

lysie flasque aiguë (PFA) reste solide, avec un taux de PFA non poliomyélitique de la population de 8,8/100 000 et un taux de recueil d'échantillons de 94 % en 2011 (voir la section « Surveillance de la poliomyélite : débusquer le virus »). Même si tous les États ont atteint leurs objectifs opérationnels, quelques LGA continuent de poser problème, comme en témoigne la détection périodique de « virus orphelins » (virus attestant génétiquement de longues périodes de circulation non détectées). Bien que leur nombre ait reculé entre 2010 et 2011, leur présence indique des lacunes dans la surveillance infranationale de zones et/ou catégories de population clés.

Mesures

Diverses dispositions ont été prises pour agir sur les facteurs extérieurs affectant le programme et maintenir les activités de vaccination et de surveillance :

- la situation de la sécurité a été évaluée de manière continue pour adapter au quotidien la gestion logistique des opérations ;
- des travaux préparatoires ont été réalisés pour établir un nouveau plan d'action d'urgence traitant plus particulièrement des problèmes opérationnels ;
- les activités se sont attachées à améliorer l'exécution des stratégies de base d'éradication de la poliomyélite, en particulier dans les zones les moins performantes ;
- des efforts supplémentaires ont été déployés pour améliorer l'efficacité des agents de santé de première ligne et les motiver.



La Maison de l'ONU à Abuja, Nigéria : cible d'une attaque meurtrière

Parallèlement, des méthodes innovantes ont été mises en place pour compléter les stratégies d'éradication de base, en optimisant le recours aux nouvelles technologies lorsque possible :

- les systèmes d'information géographique (SIG) ont permis de mieux cartographier et exécuter les AVS tandis que les systèmes GPS ont aidé à suivre la progression des équipes de vaccination ;
- des stratégies spéciales ont été élaborées pour vacciner les populations mal desservies et nomades ;
- des efforts ciblés de mobilisation sociale ont été déployés pour déterminer les raisons de l'opposition persistante à la vaccination observée dans certaines zones et adapter les stratégies en conséquence ;
- des examens rapides des activités de surveillance ont permis d'améliorer la surveillance infranationale dans les zones où des lacunes ont été constatées, l'accent étant porté sur les zones et populations particulièrement vulnérables (groupes nomades et migrants) ;
- un système de surveillance environnementale a été mis en place dans l'État de Kano pour contrôler l'efficacité du programme et éclairer la situation épidémiologique.

Perspectives

Le Nigéria considère que le recul observé en 2011 et la propagation tenace de la poliomyélite en 2012 nécessitent une action urgente. La version finale du plan national d'urgence contre la poliomyélite a été officiellement présentée en mars 2012 par son Excellence le Président Goodluck Jonathan. Ce dernier a également annoncé que US \$30 millions seraient

affectés chaque année aux activités d'éradication, un signe clair de l'engagement du pays à interrompre définitivement la transmission.

Un groupe de travail présidentiel, dirigé par le ministre délégué à la santé, Dr Mohammad Pate, supervisera la mise en œuvre du plan, dont les principaux axes sont les suivants :

- la création dans les États de groupes de travail reflétant les structures administratives au niveau fédéral ;
- la formation de liens étroits entre les groupes de travail nationaux et des États pour définir clairement les indicateurs à tous les niveaux ;
- un suivi actif, par le biais de ces groupes, de l'engagement des responsables des LGA à assumer leurs responsabilités quant à l'exécution du programme ;
- un examen approprié, par les groupes de travail des États, des indicateurs du degré de préparation à chaque AVS, un report étant prévu lorsqu'ils ne sont pas satisfaisants.

En mars 2012, le comité d'experts de l'éradication de la poliomyélite et de la vaccination systématique a conclu que le Nigéria disposait de tous les outils pour améliorer rapidement la qualité des opérations de vaccination et éradiquer la maladie, mais que cela dépendait désormais entièrement de la mise en œuvre complète et cohérente du plan d'urgence. Il s'agit d'une chance que le Nigéria ne doit pas rater, non seulement pour l'avenir de ses enfants, mais pour celui de tous les enfants d'Afrique.

In memoriam : Johnson Awotunde, Ahmed Abiodun Adewale-Kareem, Edward Dede, Musa Ali, Prince Abraham A Osunsanya

Le 26 août 2011, une terrible explosion a frappé la Maison de l'ONU à Abuja. Le bâtiment abritait les bureaux de l'OMS et de l'UNICEF ainsi que d'autres organismes des Nations Unies. L'OMS et l'UNICEF ont toutes deux perdu des membres de leur personnel dans cette attaque.

M. Johnson Awotunde était spécialiste du suivi de l'évaluation pour l'UNICEF. M. Ahmed Abiodun Adewale-Kareem occupait la fonction de logisticien, également pour l'UNICEF. Le docteur Edward Dede, recruté au niveau national, travaillait avec l'OMS en qualité d'administrateur chargé de la vaccination systématique. Musa Ali, ingénieur, était employé par l'OMS comme assistant logistique pour la zone Nord-Ouest et était basé dans l'État de Kano. Prince Abraham A. Osunsanya travaillait lui aussi pour l'OMS. Il a aidé à affermir la confiance des donateurs en améliorant la gestion des programmes de vaccination déployés pour sauver et améliorer la vie des enfants du Nigéria.

Au total, 23 personnes ont péri dans l'explosion et beaucoup d'autres ont été blessées.

Le jour de l'attentat, les bureaux de l'OMS et de l'UNICEF au Nigéria avaient réaffirmé qu'ils poursuivraient leur travail dans le pays. Cet événement tragique illustre une nouvelle fois la dangerosité des conditions de travail auxquelles sont bien souvent confrontés nos collègues pour protéger les enfants de la poliomyélite, partout dans le monde.

Pakistan – une transmission étendue du fait de la réduction de la couverture vaccinale dans le dernier réservoir de PVS3 en Asie

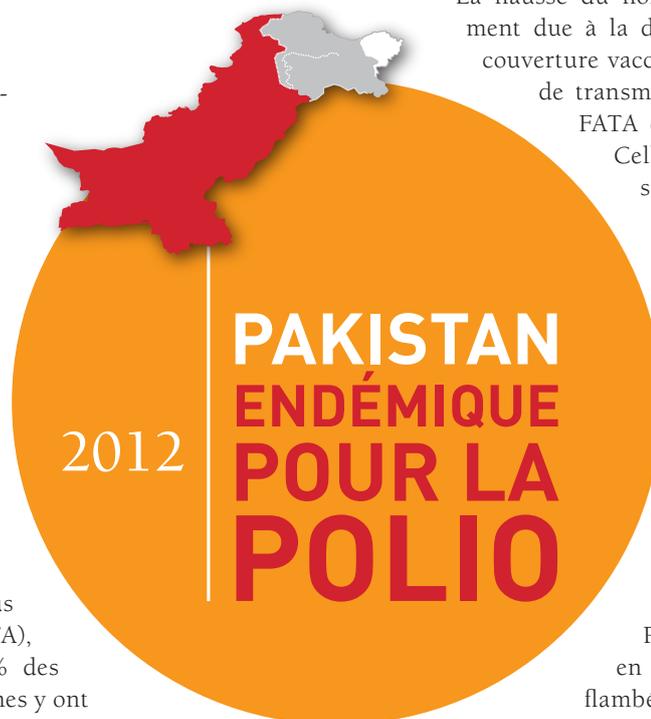
Situation

En 2011, le Pakistan a signalé une hausse de 22 % du nombre de cas dus au poliovirus sauvage, passant de 144 cas en 2010 à 198 en 2011 (196 PVS1 et deux PVS3). Le Pakistan est le seul pays d'Asie où la transmission du PVS3, une souche sur le point d'être éradiquée de ce continent, a été confirmée.

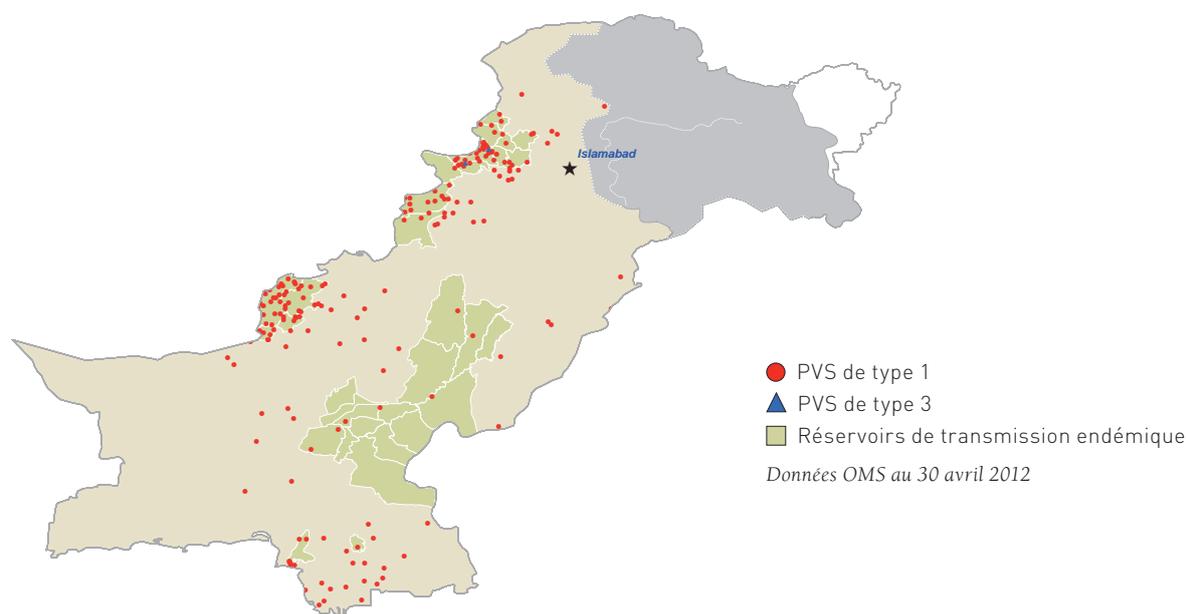
Deux tiers des cas sont survenus dans des districts à haut risque du Baloutchistan et des zones tribales sous administration fédérale (FATA), ces dernières totalisant 70 % des cas. Les populations pachtounes y ont été particulièrement touchées. Le Baloutchistan (districts de Killa Abdullah, de Pishin et de Quetta), la province de Sindh (Karachi et nord du

Sindh) ainsi que certaines zones des FATA et de la province de Khyber Pakhtunkhwa constituent des réservoirs de transmission endémique. L'Agence de Khyber, dans les FATA, semble être le dernier réservoir de PVS3 de toute l'Asie.

La hausse du nombre de cas est essentiellement due à la diminution progressive de la couverture vaccinale dans les grandes zones de transmission du Baloutchistan, des FATA et de Khyber Pakhtunkhwa. Celle-ci a commencé en 2006, sans jamais s'interrompre depuis. L'utilisation de vaccins plus efficaces, en particulier le VPO bivalent lancé en 2010, a permis d'éviter de trop lourdes conséquences, mais la réduction de la couverture vaccinale a fait fortement baisser les niveaux d'immunité, en particulier face au PVS1. Cela a favorisé la transmission étendue du PVS1 au Pakistan, puis sa propagation en Chine, où il a provoqué une flambée dans la province de Xinjiang, dans l'ouest du pays.



Cas dus au poliovirus sauvage au Pakistan, 2011



Mobiliser de nouveaux partenaires

De nouveaux partenaires se sont engagés à soutenir en 2012 les efforts d'éradication dans le cadre du plan national d'urgence renforcé. Ils comprennent un large éventail d'associations et de communautés d'inspiration religieuse, de chefs religieux et d'organismes humanitaires. Parmi ces nouveaux acteurs figure un éminent travailleur social, Abdul Sattar Edhi, créateur de la Fondation Edhi.

Cet organisme à but non lucratif de confiance, basé au Pakistan, est spécialisé dans les services sociaux et les soins médicaux en faveur des populations les plus défavorisées du pays. La Fondation apporte une contribution décisive à l'éradication de la poliomyélite en mettant à disposition des véhicules de son parc d'ambulances ainsi que des centres permanents pour promouvoir et faciliter la vaccination. La renommée de la Fondation Edhi permettra d'insuffler un élan indispensable aux opérations de vaccination dans tout le pays.



L'éminent travailleur social, Abdul Sattar Edhi, créateur de la Fondation Edhi, rencontre le Directeur régional pour la Région OMS de la Méditerranée orientale, Ala Alwan, dans les bureaux de la Fondation à Karachi (Pakistan) en mars 2012.

Mesures

Certains problèmes opérationnels continuent de dégrader la qualité des activités de vaccination et de surveillance dans les zones de transmission endémique, empêchant le Pakistan d'administrer le VPO à tous les enfants :

- les autorités des districts et des conseils municipaux ont une gestion déficiente, leur engagement est insuffisant et ils n'assument pas correctement leurs responsabilités, et
- l'insécurité rend l'accès difficile dans certaines zones, notamment dans les FATA.

Un plan national d'action d'urgence contre la poliomyélite a été lancé début 2011 pour y faire face. Même si les autorités nationales l'ont largement soutenu, son impact est resté limité dans les districts et le transfert de pouvoirs depuis le ministère fédéral de la santé vers les autorités provinciales a compliqué son exécution.

Perspectives

Pour lutter contre l'intensification de la transmission, le gouvernement fédéral a modifié en profondeur ses efforts d'éradication. C'est ainsi que son Excellence le Premier ministre Syed Yusuf Raza Gilani a désigné Mme Shahnaz Wazir Ali coordinatrice des activités d'éradication de la poliomyélite. Elle est chargée de contrôler l'élaboration et l'exécution d'un plan national d'action d'urgence renforcé pour 2012. Celui-ci vise à :

- s'assurer qu'un nombre suffisant d'agents est disponible, en particulier aux plus bas échelons de l'administration des districts et conseils municipaux les moins performants ;
- responsabiliser le personnel ;
- renforcer les travaux préparatoires des AVS ;
- reproduire, au niveau des provinces, la structure nationale de surveillance et d'obligation redditionnelle, puisque les activités y seront contrôlées par les plus hautes instances provinciales.

Plusieurs changements majeurs ont également été apportés pour améliorer l'efficacité et l'exercice des responsabilités dans les districts et conseils municipaux :

- les commissaires de districts sont chargés de la mise en œuvre opérationnelle générale ;
- les agents de santé des conseils municipaux doivent surveiller la planification locale et la qualité de l'exécution ;
- les superviseurs de zone, auparavant responsables des activités locales, ont été supprimés en raison de mauvais résultats chroniques et de la corruption ;
- dans les districts et les conseils municipaux les moins performants, les travaux préparatoires des AVS et le degré de participation des autorités locales sont contrôlés avant chaque tournée ; et
- pour maintenir la qualité du programme, les AVS sont retardées lorsque les activités préparatoires sont jugées inadéquates.

Le poliovirus sauvage de type 3 se propage dans un district d'Asie

L'Agence de Khyber, dans les FATA, constitue sans doute le dernier réservoir de PVS3 de toute l'Asie. Deux cas de PVS3 y ont été notifiés en 2011 et un autre début 2012.

Une grande priorité de l'IMEP en 2012 sera d'y interrompre rapidement et définitivement toute transmission résiduelle du sérotype. Éradiquer d'Asie le deuxième des trois sérotypes donnerait une forte impulsion aux efforts mondiaux d'éradication.

La seule autre zone de transmission connue du type 3 semble être le nord du Nigéria.

Avec seulement sept cas de PVS3 notifiés en 2011, le type 3 pourrait bientôt disparaître, tout comme le type 2. Le PVS1 serait alors le dernier sérotype existant de poliovirus sauvage.

Les innovations opérationnelles suivantes sont actuellement généralisées :

- activités de mobilisation sociale systématiques et ciblées, fondées sur le sentiment de la communauté ;
- stratégies spéciales visant à identifier et vacciner les populations mobiles et négligées, en particulier les Pachtounes ; et
- examen attentif des résultats et de la composition des équipes de vaccination et nouveau système permettant de repérer les vaccinateurs les plus efficaces.

Enfin, en vue d'étendre la couverture vaccinale aux zones ou groupes de populations récemment accessibles :

- le groupe d'âge cible va désormais jusqu'à 15 ans ;
- la stratégie SIAD est généralisée pour rehausser plus rapidement les niveaux d'immunité ; et
- le suivi des campagnes est amélioré grâce à un contrôle indépendant accru et un recours ciblé à l'échantillonnage par lots pour l'assurance de la qualité (LQAS).

Ces mesures ont déjà fait leurs preuves : entre fin 2011 et début 2012, le nombre d'enfants vaccinés a augmenté, et grâce à la bonne composition des équipes, la couverture de certaines zones à haut risque s'est améliorée, en particulier à Karachi, Sindh et Quetta.

L'histoire de l'éradication de la poliomyélite au Pakistan montre qu'avec une solide prise en main du gouvernement, une étroite supervision et l'engagement de toute la communauté, les enfants peuvent être vaccinés où qu'ils se trouvent. Les dernières mesures du gouvernement sont précisément celles qui permettront d'obtenir rapidement à un succès durable.

Le groupe consultatif technique, après examen des données, a conclu en mars 2012 que le plan national d'action d'urgence renforcé comportait toutes les mesures nécessaires à l'éradication. C'est sa mise en œuvre complète et cohérente qui fera la différence.

Afghanistan – un nouveau recul de la couverture vaccinale dans la région du sud entraîne une forte augmentation des cas de poliomyélite

Situation

Avec 80 cas de PVS1 signalés (un chiffre plus de 3 fois supérieur à celui de 2010), les efforts d'éradication de la poliomyélite ont subi en 2011 un sérieux revers en Afghanistan. La plupart des cas (85 %) sont survenus dans les zones d'endémie habituelles de la région du sud et de la province de Farah dans la région de l'ouest. Les autres cas ont été notifiés dans neuf provinces auparavant exemptes et tiennent à des importations depuis cette zone d'endémie et depuis le pays voisin, le Pakistan. Ils sont toutefois restés isolés et n'ont pas provoqué de rétablissement du virus.

Dans la zone d'endémie, la qualité des AVS s'est constamment dégradée au cours des trois dernières années, si bien que le statut vaccinal des enfants était moins bon en 2011 qu'en 2008. La proportion d'enfants qui n'ont jamais reçu une seule dose du vaccin a augmenté, passant de 9 % en 2010 à 21 % en 2011.

S'ajoutant à la difficulté de vacciner les enfants dans les zones d'insécurité, la gestion programmatique et l'exercice des responsabilités sont restés très déficients en 2011. Les actions de sensibilisation ont de surcroît été insuffisantes, notamment pour ce qui est d'informer les parents et communautés de l'importance de l'éradication de la poliomyélite.

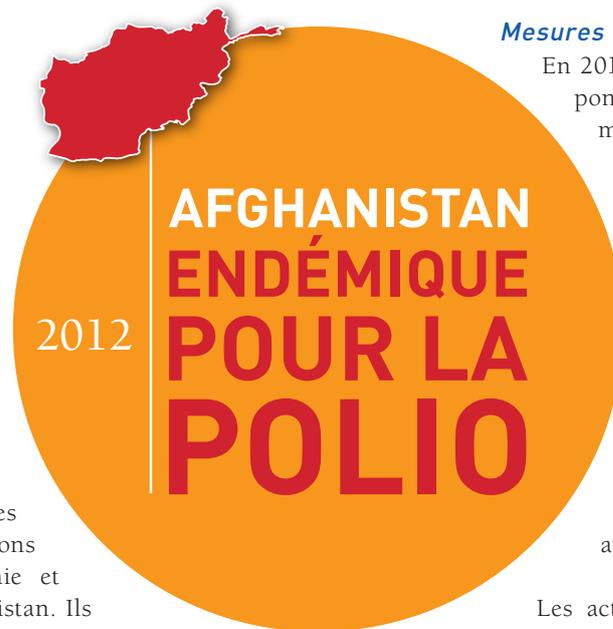
Mesures

En 2011, la plupart des ressources disponibles a été affectée aux activités menées dans les 28 districts les moins performants des provinces d'Hilmand, de Kandahar, d'Uruzgan et de Farah, l'objectif étant :

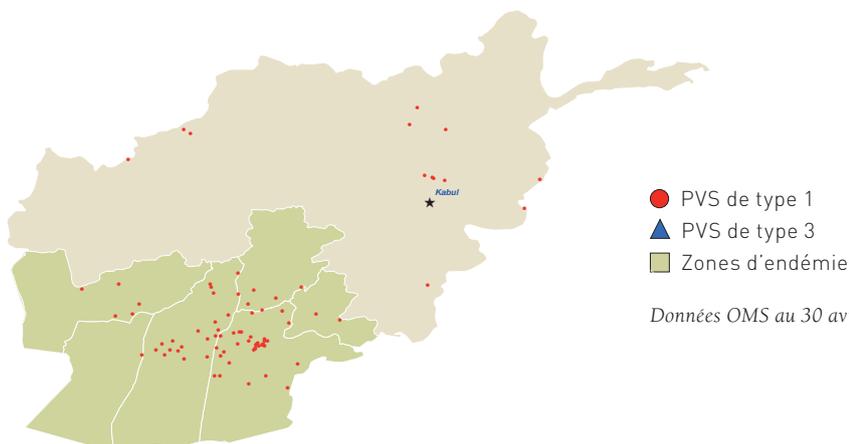
- de mettre en œuvre lorsque possible la stratégie SIAD (administration d'une dose supplémentaire dans un intervalle court) en vue de rehausser plus rapidement les niveaux d'immunité ;
- de négocier un meilleur accès aux populations négligées.

Les activités ont eu un succès mitigé selon les districts. Certaines campagnes de vaccination ont été efficaces, mais pas toutes : par exemple, 20 % des enfants n'ont pas été vaccinés durant celle de septembre.

Le programme a néanmoins été plus efficace pour empêcher le rétablissement du poliovirus sauvage dans les zones non endémiques. Bien que des cas isolés aient été notifiés dans d'autres provinces, des niveaux d'immunité préexistants élevés, associés à des mesures de riposte efficaces en cas de flambées, leur ont permis de demeurer exemptes.



Cas dus au poliovirus sauvage en Afghanistan, 2011



Données OMS au 30 avril 2012

Perspectives

En 2012, le programme s'attachera :

- à améliorer la qualité des AVS dans ces 28 districts de la zone d'endémie et
- à garantir des niveaux d'immunité élevés dans les zones libérées de la maladie pour empêcher son rétablissement en cas de réinfection.

Début 2012, le gouvernement et ses partenaires ont parachevé le plan national d'action d'urgence pour l'éradication de la poliomyélite, l'objectif étant de cerner et d'examiner les principaux facteurs qui empêchent tant d'enfants d'être vaccinés.

Face aux problèmes d'accès dans les zones de conflits, le Plan d'urgence entend :

- renouveler les efforts dans les districts les moins performants afin que les responsables locaux et les parties prenantes s'impliquent davantage ;
- faire participer les organisations humanitaires opérant dans les zones de conflits ;
- mobiliser des négociateurs d'accès locaux ;
- continuer de généraliser les méthodes opérationnelles éprouvées telles que le SIAD ; et
- déployer de nouvelles méthodes opérationnelles innovantes à l'instar des équipes permanentes de vaccination (voir l'encadré).

Équipes permanentes de vaccination dans les districts où la sécurité est fragile

Les «équipes permanentes» de vaccination sont composées de membres respectés des communautés et opèrent dans les districts durant trois mois. Au cours de cette période, elles peuvent participer aux JNV et JLV à grande échelle et administrer des doses de VPO supplémentaires dans les communautés vivant dans des zones difficiles d'accès et peu sûres. Il s'agit de l'une des nombreuses méthodes nouvelles déployées en Afghanistan pour éradiquer définitivement la poliomyélite.

Pour améliorer la gestion et l'obligation redditionnelle, le Plan :

- renforcera les moyens du programme en nommant dans chacun des 28 districts d'endémie des responsables à temps plein de la lutte contre la poliomyélite ;
- surveillera et évaluera étroitement les activités par le biais des équipes de province ; et
- affinera la surveillance post-campagnes pour dresser en temps quasi-réel un bilan clair des résultats du programme et prendre des mesures correctives.

Pour améliorer la gestion de la planification, de la mise en œuvre et du suivi des AVS et des activités de surveillance, le Plan d'urgence va :

- accroître le nombre d'agents techniques ;
- renforcer la microplanification locale ; et
- recruter davantage de personnel local dans les équipes de vaccination et de supervision et les former correctement.

Enfin, pour accroître la demande de vaccination dans les différentes communautés, le Plan d'urgence :

- intensifiera les activités de communication et
- évaluera régulièrement le sentiment des communautés par le biais d'études de type KAP (c'est-à-dire, portant sur les connaissances, les attitudes et les pratiques), dont les résultats inspireront les stratégies de mobilisation sociale.

Parmi les trois derniers pays d'endémie, l'Afghanistan est probablement celui dans lequel interrompre la transmission serait le plus simple du point de vue technique. Un seul sérotype demeure, il est circonscrit géographiquement et les raisons de sa circulation sont connues. Seule une exécution résolue et sans relâche du plan national d'action d'urgence permettra au pays de se libérer de la poliomyélite.

4 | Protéger les zones exemptes

Prévenir et juguler la propagation internationale du virus vers les zones exemptes

La plupart des pays sont parvenus à arrêter la transmission de la maladie, au prix d'efforts financiers, politiques et sociaux considérables. Pourtant, près de la moitié des personnes paralysées par la poliomyélite ces trois dernières années vivaient dans des pays exemptes et ont été infectées par un virus importé depuis un pays d'endémie. Tant que le virus n'est pas éradiqué de ces pays réservoirs, il continuera de se propager et de réinfecter des zones exemptes, comme cela a été le cas en 2011, où un virus d'origine pakistanaise a provoqué une flambée dans la province chinoise de Xinjiang. Toutes les Régions de l'OMS, mise à part celle des Amériques, ont dû faire face à des importations de poliovirus alors qu'elles en étaient indemnes.

Les dernières zones touchées par la poliomyélite menacent les parties du monde qui en sont libérées.

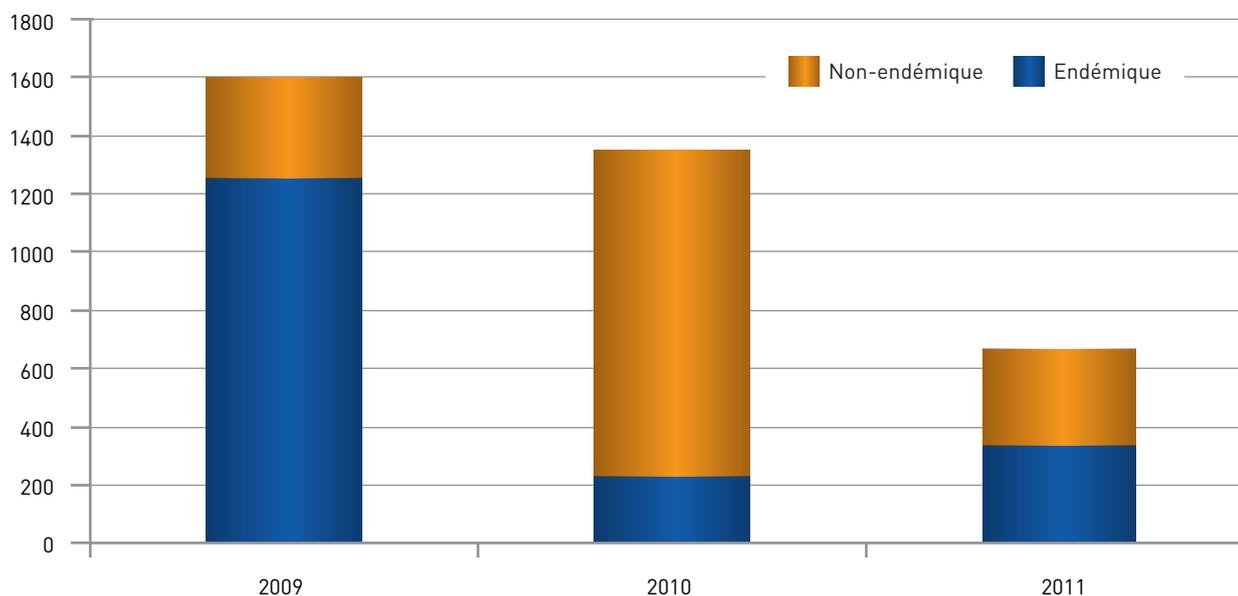
Comme le monde est presque entièrement libéré de la maladie, la couverture vaccinale a reculé dans certaines zones. Ce phénomène a accru le nombre de jeunes adultes immunologiquement sensibles, ce qui tient également au

fait qu'ils n'ont jamais bénéficié de l'immunisation naturelle liée à l'exposition à la circulation endémique du PVS. Les conséquences sont lourdes : hausse des flambées touchant les adultes et augmentation significative du taux de létalité. Lors des récentes flambées survenues en République du Congo (2010) et en Chine (2011), la moitié des personnes touchées était des adultes, et en République du Congo, près de la moitié d'entre elles sont décédées. Le nombre de ces flambées dramatiques continuera d'augmenter si la poliomyélite n'est pas éradiquée.

En 2011, l'expérience des mesures prises face aux flambées dans les zones exemptes a permis de confirmer quatre principes complétant les protocoles de riposte convenus au niveau international.

- Premièrement, les campagnes de vaccination préventives, en particulier lorsqu'elles sont réalisées simultanément dans plusieurs pays, créent un « barrage » immunitaire. Aussi les pays de la « ceinture d'importation » d'Afrique de l'Ouest ont-ils signalé moins de cas en 2010-2011 que durant les flambées de 2003-2005, principalement grâce à une série de campagnes préventives destinées à renforcer l'immunité. En 2011, 128 AVS ont été menées dans 37 pays exemptes menacés d'importation. Néanmoins, ces campagnes ont dû être interrompues ou revues à la baisse dans 24 pays au premier trimestre 2012 en raison de l'insuffisance des financements.

Depuis 2009, près de la moitié des cas de poliomyélite ont découlé de la propagation internationale depuis des zones d'endémie.



- Deuxièmement, la surveillance est indispensable à toute riposte rapide car elle permet de détecter plus rapidement la propagation de la maladie. Cela a été clairement démontré lors de la flambée de 2011 en Chine, où l'amélioration de la qualité de la surveillance a fait partie intégrante des activités de riposte.
- Troisièmement, la riposte doit être rapide. Plus tôt débute la campagne de vaccination, plus courte sera la flambée et plus faible sera le nombre de cas.
- Quatrièmement, la riposte doit être adaptée à la nature de la flambée et au type de population touché. La Chine et la République du Congo ont mis en place avec succès des approches innovantes, notamment la stratégie SIAD, qui prévoit l'administration de doses successives de vaccin à de courts intervalles afin de stimuler l'immunité des enfants, ou encore le report jusqu'à 15 ans voire plus de l'âge de la vaccination, afin d'améliorer rapidement l'immunité générale là où elle est beaucoup plus faible chez les enfants plus âgés ou les jeunes adultes.

En 2011, le coût des ripostes face aux flambées de poliomyélite dans des pays exempts s'est élevé à US \$336 millions

La récente flambée survenue en Chine illustre parfaitement la menace que représente la poliomyélite même dans des pays où la couverture vaccinale nationale est élevée. Le Conseil exécutif de l'OMS recommande par conséquent aux pays :

- de repérer toute zone où la couverture vaccinale est insuffisante et d'y remédier ;
- de renforcer leur surveillance pour détecter plus rapidement toute importation de virus et, partant, riposter plus vite aux flambées, et
- de veiller à ce que tous les voyageurs pénétrant dans une zone infectée par la poliomyélite respectent scrupuleusement les recommandations en matière de vaccination.

Les pays exempts ont également la responsabilité de contribuer au financement des efforts mondiaux d'éradication et d'offrir le soutien technique requis pour y parvenir.

Surveillance de la poliomyélite : débusquer le virus

Situation

Il convient d'assurer simultanément des niveaux d'immunité et de surveillance élevés pour diminuer réellement les risques de réinfection et ses conséquences. Plus tôt la maladie est détectée, plus vite des mesures peuvent être prises. L'expérience a démontré qu'une riposte immédiate se traduisait par des flambées plus courtes, et par une propagation et un nombre de cas réduits. Depuis 2009, les nouvelles procédures du Réseau mondial des laboratoires de la poliomyélite (RMLP) ont permis de diviser par deux le délai nécessaire pour confirmer la présence de poliovirus à partir d'échantillons cliniques, ce qui a nettement réduit l'ampleur et la durée des nouvelles flambées.

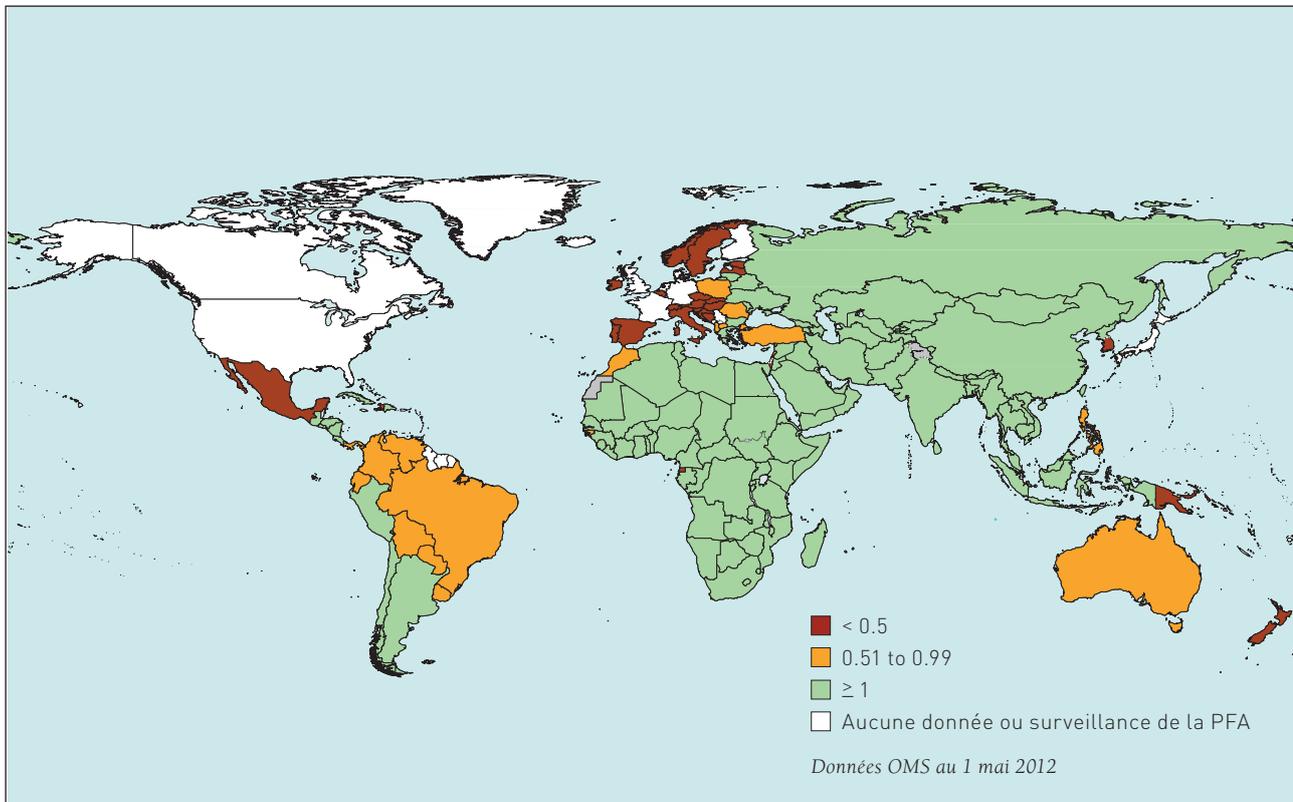
La surveillance de la PFA reste la principale stratégie pour détecter rapidement le poliovirus sauvage et celui dérivé d'une souche vaccinale. Trois indicateurs de performance sont utilisés pour déterminer si le niveau de surveillance de la PFA correspond à la norme requise pour la certification :

- la détection de plus d'un cas de PFA non-poliomyélique pour 100 000 habitants de moins de 15 ans et l'investigation qui en découle (dans les pays prioritaires, l'objectif est de plus de deux cas pour 100 000 habitants) ;
- le prélèvement d'échantillons dans les conditions requises pour au moins 80 % des cas de PFA notifiés ; et
- l'analyse de 100 % des échantillons dans l'un des 145 laboratoires du Réseau mondial des laboratoires de la poliomyélite accrédités par l'OMS.

Indicateurs de surveillance de 2011 comparés à 2010

RÉGION	CAS DE PFA NOTIFIÉS		TAUX DE PFA NP		CAS DE PFA AVEC PRÉLÈVEMENT ADÉQUATS	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011
AFRO	16 500	16 643	4,3	4,4	87	88
AMRO	2 006	1 843	1,2	1,1	79	78
EMRO	11 338	11 686	5,6	5,7	91	90
EURO	2 087	1 542	1,2	1,3	86	87
SEAO	60 456	65 557	11,2	12,1	83	85
WPRO	6 401	7 312	1,8	2,1	89	90
Total mondial	98 788	104 583	5,6	5,9	85	86

Surveillance de la PFA au niveau national – 2011



En 2011, la sensibilité de la surveillance s'est améliorée dans toutes les Régions de l'OMS, à l'exception des Amériques et de l'Europe, où le nombre de cas signalés de PFA non-poliomyélique a légèrement reculé.

Tous les pays prioritaires – les pays d'endémie, ceux où la transmission est rétablie et ceux de la « ceinture d'importation » – ont atteint le taux recommandé (augmenté) de détection des cas de PFA, fixé à plus de 2 pour 100 000 habitants, sauf la Guinée-Bissau où il était de 1,7. Dans un certain nombre de pays importants, toutefois, la détection de virus orphelins et/ou de poliovirus issus d'autres sources que la PFA (par exemple, prélèvements environnementaux d'eaux usées) confirme des lacunes persistantes en matière de surveillance infranationale.

Mesures

En 2011, plusieurs mécanismes ont été généralisés en vue d'accélérer la détection du poliovirus et d'identifier et corriger les lacunes de la surveillance infranationale.

- Des examens exhaustifs de la surveillance ont été réalisés dans 20 pays situés dans les Régions OMS de l'Afrique, de la Méditerranée orientale, de l'Asie du Sud-Est et de l'Europe, suite aux flambées de 2010 au Kazakhstan, en Fédération de Russie, au Tadjikistan et au Turkménistan.
- Des « évaluations rapides » innovantes, organisées en 2010 à titre d'essai, ont été conduites dans les zones

clés du Nigéria. Ce nouvel outil – consistant en un examen rapide de la sensibilité de la surveillance, réalisé conjointement par des experts nationaux et internationaux, suivi d'un déploiement immédiat pour élaborer des plans d'action face aux lacunes identifiées – a permis d'obtenir un bon aperçu de la situation épidémiologique du pays.

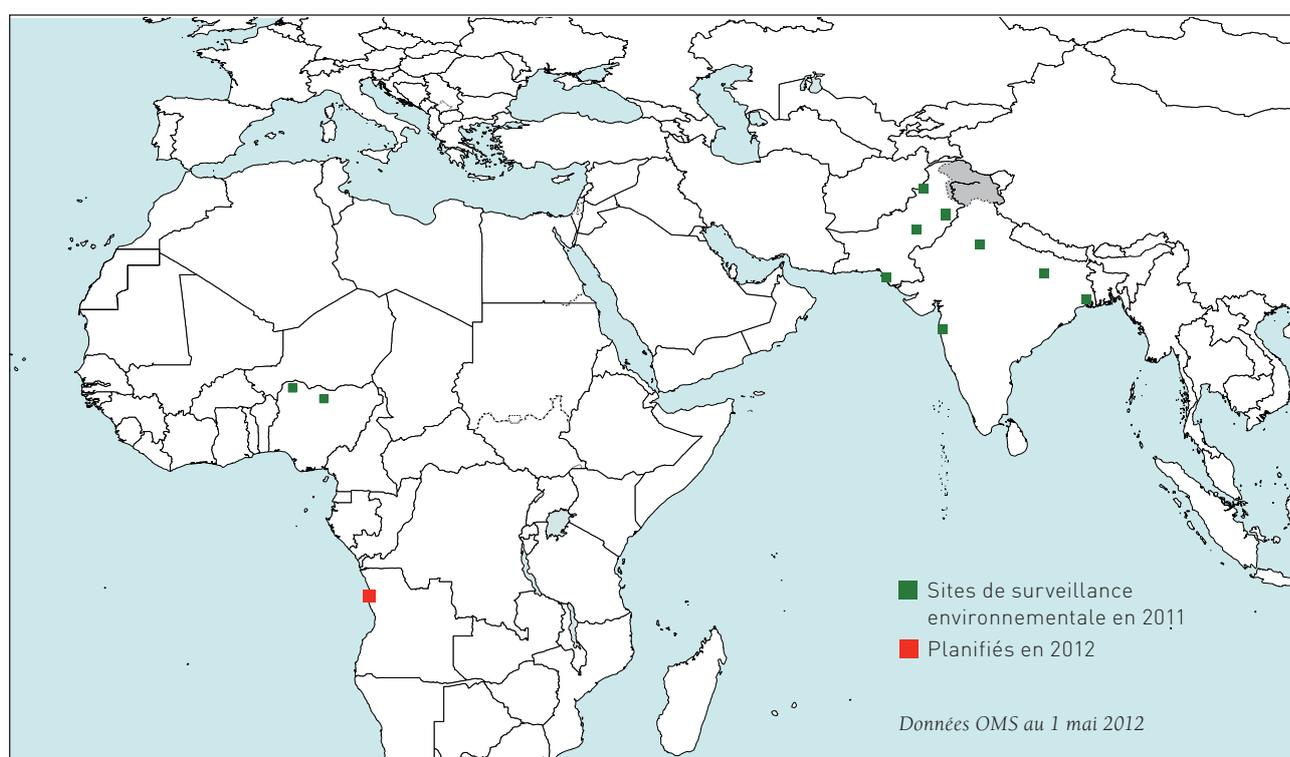
- Pour contrôler plus avant l'efficacité des programmes de surveillance, des échantillons ont également été prélevés dans l'environnement à Kano (Nigéria), à Patna et à Kolkata (Inde) tandis qu'à Luanda (Angola), les travaux préparatoires ont été achevés et permettront d'introduire le système au premier semestre 2012.

Le Réseau mondial des laboratoires de la poliomyélite (RMLP), soit 145 laboratoires accrédités par l'OMS, a continué tout au long de 2011 d'œuvrer à l'appui de l'IMEP. Bien qu'il joue un rôle crucial dans l'éradication de la poliomyélite, ses activités interviennent le plus souvent en coulisses, ce qui empêche bien trop souvent sa contribution d'être reconnue à sa juste valeur. Sans le formidable travail du RMLP, pourtant, les activités d'éradication de la poliomyélite seraient fréquemment menées à l'aveugle. C'est essentiellement grâce à lui que l'on peut suivre et cartographier précisément la transmission du poliovirus, ce qui permet ensuite aux épidémiologistes de cibler plus efficacement leurs stratégies.

Le RMLP a pour principales responsabilités d'analyser les échantillons cliniques de PFA et de caractériser les isolats de poliovirus. Les examens portent néanmoins de plus en plus sur des échantillons dont les sources ne sont pas la PFA, comme des prélèvements d'eaux usées, des prélèvements réalisés sur des enfants en bonne santé ou encore des échantillons sanguins. Ce travail permet de mieux

comprendre la dynamique de transmission des poliovirus et de déterminer les niveaux d'immunité de la population pour entreprendre ensuite des actions de vaccination optimales. En 2011, plus de 104 000 cas de PFA ont été détectés et plus de 201 000 échantillons ont été analysés par le RMLP, soit une hausse de plus de 10 % par rapport à 2010.

Surveillance environnementale au niveau national – 2011



L'analyse génétique des isolats de poliovirus (quelle que soit leur source) donne des informations déterminantes aux épidémiologistes et aux spécialistes de la santé publique. Elle rend possible de repérer les éventuelles lacunes de surveillance, de suivre la diversité biologique des lignées de virus et de déterminer l'origine des virus importés (comme en 2011 pour la flambée survenue dans la province de Xinjiang, en Chine, liée à un poliovirus en circulation dans le pays voisin, le Pakistan).

Perspectives

Le réseau mondial de surveillance et de détection du poliovirus, créé il y a 25 ans, est l'une des grandes réussites de l'IMEP. Il s'est amélioré et affiné au fil des ans. En 2012, l'IMEP s'emploiera à élargir ses actions, à mieux les cibler et à accroître sa rapidité d'intervention :

- À l'OMS, une nouvelle équipe chargée des données et du suivi a été formée pour s'assurer qu'une approche à plusieurs volets permette d'exploiter systématiquement toutes les sources de données disponibles.
- À tous les niveaux des principaux partenaires techniques, en particulier à l'OMS et dans les Centres de Lutte contre la Maladie des États-Unis (CDC), des équipes d'experts analyseront en permanence les sources de données pour suivre en temps quasi-réel la circulation du poliovirus et identifier les zones à problème.
- Les sources seront élargies au-delà des données sur la PFA pour inclure les niveaux d'immunité de la population (obtenus en analysant la situation vaccinale des cas de PFA non poliomyélitique, les données de vaccination systématique, la couverture des AVS et les études

de séroprévalence) et les données de surveillance environnementale.

- Les activités de surveillance seront encore renforcées dans les principaux sous-groupes de la population.
- La surveillance communautaire sera élargie.
- Les évaluations rapides seront généralisées, en particulier dans les zones d'insécurité où la présence de virus orphelins est avérée.
- Les nouvelles technologies seront mobilisées pour mener une surveillance plus étroite dans les zones prioritaires, notamment par l'intermédiaire des services de SMS des téléphones portables.
- Les prélèvements environnementaux seront encore étendus, y compris dans les zones de flambée et le long des voies de transmission reconnues.

À mesure que s'améliore l'identification des zones à problèmes, les experts mobilisables pourront rapidement réorienter les ressources techniques, financières et humaines pour élaborer et mettre en œuvre des plans d'action correctifs. L'objectif est d'accélérer la détection des poliovirus dans l'ensemble des zones et communautés, et de s'assurer que les lacunes de surveillance sont rapidement repérées et comblées.

Renforcer les systèmes de vaccination

Garantir des systèmes de vaccination solides permettant d'administrer aux enfants les vaccins de routine figure parmi les grandes stratégies de l'Initiative depuis son lancement en 1988 et reste l'un des objectifs principaux du Plan stratégique 2010-2012. Des services de vaccination systématique de qualité élevée rendent beaucoup plus efficaces les stratégies d'éradication et réduisent fortement le risque et les conséquences d'une propagation internationale vers les zones exemptes.

Dans les pays d'endémie restants, le renforcement la vaccination systématique est un axe fondamental des plans nationaux d'urgence en cela qu'il permet d'améliorer la couverture vaccinale dans les zones les plus exposées et d'accroître les moyens dans les régions exemptes. Les groupes consultatifs nationaux de lutte contre la poliomyélite suivent les progrès sur ce plan à l'aune des derniers développements épidémiologiques et programmatiques.

L'Inde est peut-être le meilleur exemple de la manière dont les infrastructures de lutte contre la poliomyélite peuvent être mobilisées pour renforcer les systèmes de vaccination. Le réseau national des responsables médicaux de surveillance, sous la houlette du Projet national de surveillance de la poliomyélite, aide l'administration centrale et des États à conduire leurs activités de suivi et

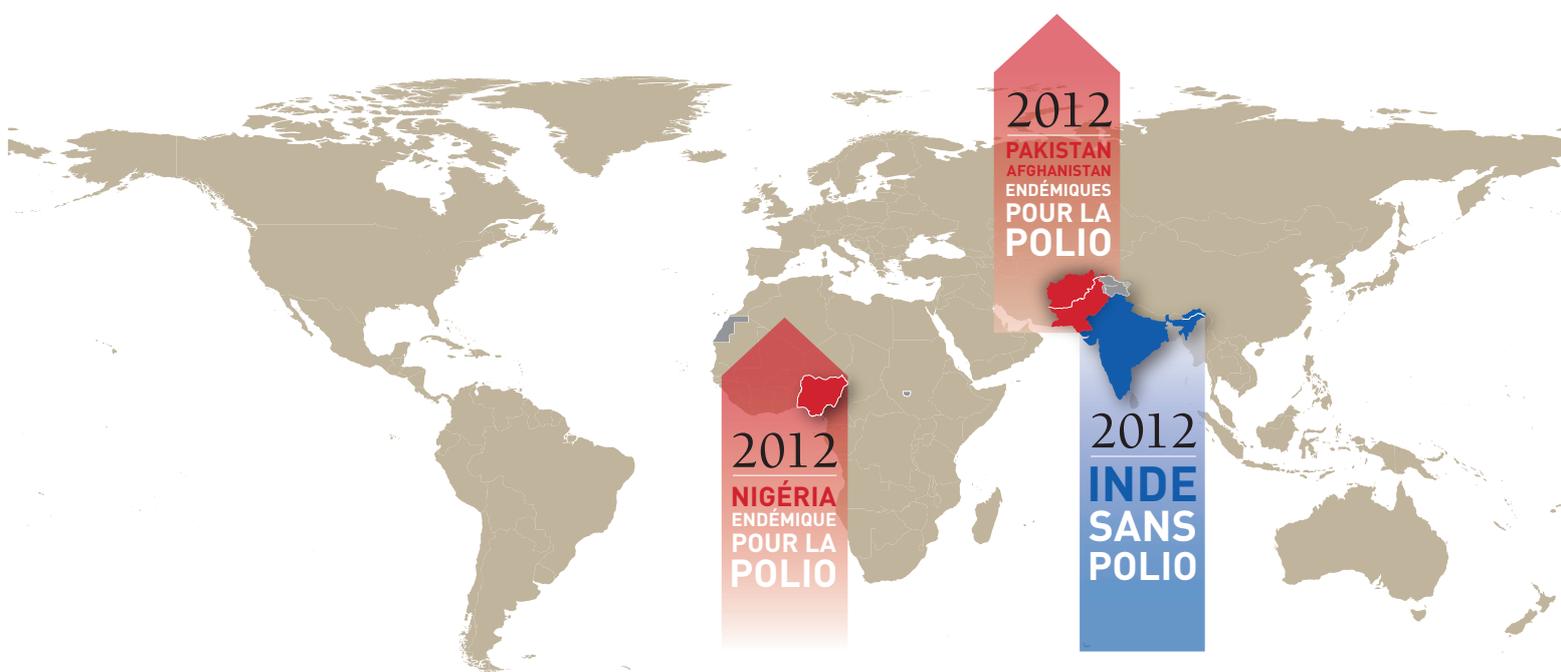
d'évaluation, à introduire les nouveaux vaccins, à organiser des formations et à renforcer les moyens, à lutter contre les effets indésirables liés à la vaccination et à suivre les maladies à prévention vaccinale, en donnant la priorité aux zones à haut risque et à celles affichant les moins bons résultats. En 2011, le Projet national a permis de contrôler chaque mois près de 8 000 sessions de vaccination systématiques et de vérifier la situation vaccinale de plus de 60 000 enfants de 0 à 23 mois. Dans les districts, les réunions du groupe de travail du Projet – organisées au départ pour examiner la préparation aux AVS et leur efficacité – sont devenues la principale voie utilisée pour échanger des données et des informations sur la vaccination systématique. Après le récent succès obtenu dans l'éradication de la poliomyélite, le réseau a également commencé à participer à la surveillance de la rougeole et d'autres maladies à prévention vaccinale dans les États à forte charge de morbidité. Le Projet national de surveillance de la poliomyélite a toujours pris ses décisions sur des bases factuelles, ce qui en fait le partenaire idéal pour aider l'Inde à renforcer son système de vaccination de façon pragmatique et stratégique.

L'Inde n'est pas seule à utiliser les infrastructures de lutte contre la poliomyélite pour consolider son système de vaccination et des pays toujours plus nombreux suivent son exemple. Aux niveaux mondial, régional et national, l'IMEP collabore de manière continue avec l'Alliance GAVI pour améliorer la vaccination systématique et la couverture vaccinale dans les zones prioritaires. Dans la continuité de l'expérience indienne, les activités d'éradication et de vaccination systématique sont de plus en plus souvent menées de front, en particulier dans les zones à haut risque et parmi les populations négligées. Le schéma est le suivant :

- les mécanismes de suivi de la poliomyélite servent à identifier les lacunes de la vaccination systématique ;
- le personnel affecté au programme d'éradication concourt aussi au renforcement de la vaccination systématique ;
- les stratégies, moyens et actions de communication et de mobilisation sociale liés à poliomyélite servent également à promouvoir la vaccination systématique ; les données sociales et de recherche collectées dans ce cadre inspirent de plus en plus souvent les stratégies de communication du Programme élargi de vaccination (PEV) ;
- les plans de vaccination systématique sont harmonisés avec les microplans de lutte contre la poliomyélite pour s'assurer de leur exhaustivité.

Les années d'expérience et les structures en place pour l'éradication aident aujourd'hui à améliorer l'accès aux vaccins pour les enfants les plus exposés aux maladies à prévention vaccinale, en particulier ceux appartenant aux populations difficiles d'accès et négligées.

L'éradication de la poliomyélite : une urgence



Le 21 janvier 2012, après examen de la situation épidémiologique mondiale et de la situation financière de l'IMEP, le Conseil exécutif de l'OMS a adopté une résolution historique déclarant l'achèvement de l'éradication du poliovirus urgence programmatique pour la santé publique mondiale.

Depuis le lancement du plan stratégique 2010-2012 de l'IMEP, l'incidence de la poliomyélite a chuté de plus de 50 % et l'Inde a prouvé qu'il était techniquement possible d'éradiquer cette maladie. Parallèlement, les pays qui connaissent un rétablissement de la transmission ont affiché des signes de progrès encourageants.

Si l'on veut préserver cet acquis en 2011, deux situations d'urgence devront être traitées en priorité. La première est épidémiologique: en Afghanistan, au Nigéria et au Pakistan, une exécution déficiente a entraîné une recrudescence des cas. Au Nigéria et au Pakistan, de surcroît, le PVS1 et le PVS3 continuent de circuler et le virus a été exporté vers des pays auparavant exempts. Dans son dernier rapport, le Comité de suivi indépendant a très ouverte-

ment reproché « des performances de qualité variable (...) et régulièrement en deçà des meilleures pratiques dans les zones touchées par la poliomyélite ». Les trois pays n'ont pas atteint les objectifs d'étape fixés pour fin 2010 et fin 2011 dans le plan stratégique 2010-2012 de l'IMEP.

La seconde urgence est financière. Seule la moitié des fonds requis pour la période 2012-2013 ont été reçus à ce jour, ce qui hypothèque les progrès réalisés partout dans le monde. Au cours du premier trimestre 2012, des activités essentielles pour prévenir le risque de réinfection ont dû être réduites dans 24 pays à haut risque en raison d'une importante pénurie de liquidités.

Si le poliovirus n'est pas rapidement éradiqué des dernières zones d'endémie, il continuera de se propager et de réinfecter les zones libérées de la maladie. Pour mémoire, environ la moitié des cas signalés durant les trois dernières années l'ont été dans des pays exempts. Dans le même temps, l'absence d'exposition au PVS endémique a accru le nombre de jeunes adultes immunologiquement sensibles, c'est-à-dire ne bénéficiant pas d'une « immunité

naturelle ». Ce phénomène a des conséquences dramatiques : hausse du nombre de flambées touchant des adultes et forte augmentation du taux de létalité. La modélisation mathématique montre que si l'on ne parvient pas à éradiquer le 1 % restant, le monde serait exposé à un risque significatif de résurgence. Cette réapparition du virus pourrait entraîner la paralysie de 200 000 enfants par an durant la prochaine décennie – une perspective « impensable » pour le Comité de suivi indépendant.

Pour lever cette très grave menace, le Plan d'action mondial d'urgence contre la poliomyélite 2012-2013 a été élaboré en coopération avec l'Afghanistan, le Nigéria et le Pakistan. L'objectif est simple : aider ces trois pays à relancer rapidement leurs efforts et s'assurer que la poliomyélite est éradiquée définitivement de ces zones. Le plan d'action repose sur trois principes : une plus grande rapidité, un meilleur ciblage et une responsabilisation accrue. Les activités d'éradication doivent détecter plus **rapidement** les problèmes et les résoudre de manière plus **ciblée**, cependant que toutes les parties prenantes comme l'ensemble du personnel doivent **assumer toutes leurs responsabilités** pour mettre en œuvre le plan intégralement et dans les délais.

Début 2012, l'IMEP est passée en « mode urgence » : les Centres de Lutte contre la Maladie ont actionné

Mode urgence : une action plus rapide et mieux ciblée et des responsabilités claires

leurs centres d'opération d'urgence, l'UNICEF a officiellement lancé un comité interdivisions de coordination d'urgence, directement placé sous l'autorité de son Directeur exécutif adjoint, et l'OMS a réaffecté ses opérations de lutte contre la poliomyélite sous la tutelle du Centre stratégique d'opérations sanitaires (SHOC).

Ces mesures, habituellement réservées aux menaces mondiales telles que la pandémie H1N1 ou les catastrophes naturelles extrêmes (par exemple, le tsunami dans l'océan indien de 2004), permettent de mobiliser des ressources techniques massives, de suivre en temps quasi-réel l'exécution du programme et, si besoin, de mettre en œuvre immédiatement des plans d'action correctifs.

Plus important encore sans doute, elles signifient que la situation d'urgence actuelle est désormais prise en charge au plus haut niveau du partenariat. La supervision assurée par le nouveau Comité de surveillance de la poliomyélite – dont sont notamment membres les responsables des cinq organismes partenaires (OMS, Rotary International, CDC, UNICEF et Fondation Bill & Melinda Gates) – garantit une plus grande responsabilisation et un meilleur usage des ressources de chacun des organismes.



CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION

Le centre des opérations d'urgence (EOC) des CDC joue le rôle de centre de commandement. Il est chargé de suivre et coordonner les interventions d'urgence déployées par les CDC face aux menaces pour la santé publique.



Le Centre stratégique d'opérations sanitaires JW Lee (SHOC) est à la fois les yeux et les oreilles de la riposte mondiale de l'OMS aux épidémies, un centre névralgique qui fournit un point unique de coordination pour la riposte en cas de crises sanitaires, notamment de flambées de maladies infectieuses, de catastrophes naturelles et d'urgences chimiques

Dans les trois derniers pays d'endémie, les plans nationaux d'urgence ont été renforcés et leur exécution fera l'objet d'un suivi au plus haut niveau de l'État. Ils s'articulent autour des six priorités suivantes :

- veiller au respect des obligations redditionnelles à tous les niveaux de l'exécution du programme,
- remédier aux problèmes opérationnels majeurs,
- surveiller plus étroitement les stratégies employées,
- renforcer la sensibilité de la surveillance infranationale,
- sensibiliser davantage les communautés et y stimuler la demande, et
- étendre les activités de vaccination systématique.

Après avoir fait le point sur la mise en œuvre des plans d'urgence et les priorités qui y sont fixées, les organes consultatifs techniques nationaux d'Afghanistan, du Nigéria et du Pakistan ont conclu que les conditions du succès étaient réunies, pour autant que les plans soient exécutés rapidement et intégralement.

Il convient de remédier parallèlement à la crise de financement car le manque de ressources pourrait empêcher la pleine exécution des plans d'urgence nationaux et menacer l'objectif d'un monde sans poliomyélite.

Une gestion innovante de la « phase finale »

L'IMEP ouvre la voie à une stratégie à moyen terme innovante, à l'efficacité renforcée, destinée à faire face aux risques à long terme associés aux poliovirus dérivés de souches vaccinales (PVDV). Cette nouvelle stratégie de « phase finale » associera la lutte contre les PVDV à l'éradication de la transmission de PVS résiduels. Il s'agit d'une nouveauté par rapport aux stratégies précédentes, qui s'attaquaient aux risques à long terme liés aux PVDV uniquement une fois obtenue la certification de l'éradication.

En 2011, sur 58 cas de PVDVc, 56 étaient dus au sérotype de type 2 contenu dans le VPO trivalent. La transmission du PVS2 ayant été interrompue, le Groupe stratégique consultatif d'experts de la vaccination (SAGE) a approuvé le principe consistant à passer du VPO trivalent au VPO bivalent (qui contient uniquement les sérotypes de type 1 et de type 3) avant que ne soit confirmée l'interruption des souches restantes de PVS1 et PVS3. En janvier 2012, le Conseil exécutif de l'OMS a rejoint cette position.

Les orientations de 2012 seront largement déterminées par le nouveau groupe de travail du SAGE. Il prodiguera des conseils sur la meilleure façon de passer du VPO trivalent au VPO bivalent, et donnera au SAGE des indications quant aux mesures possibles à cet égard. Cette transition dépendra tout d'abord de l'élimination de tout PVDVc de type 2 restant, et en second lieu de la disponibilité d'un vaccin antipoliomyélique inactivé (VPI) peu onéreux qui permettrait aux pays de maintenir une immunité face au poliovirus de type 2. L'administration d'une dose supplémentaire de VPI pourrait accélérer l'éradication de la transmission du PVS1 et du PVS3, selon le calendrier utilisé et le degré de généralisation de cette pratique.

S'il se déroule sans heurts, le passage du VPO trivalent au VPO bivalent pourrait avoir des conséquences très heureuses sur la santé publique. Au cours des dix dernières années, plus de 80 % du total des cas de PVDVc étaient dus au type 2. Sur 250 à 500 cas estimés de poliomyélite paralytique post-vaccinale, pas moins de 38 % seraient dus au type 2. Une fois la transition opérée, ces cas disparaîtront. Par ailleurs, ce passage marquerait une étape importante vers l'arrêt des vaccins antipoliomyélique oraux. Mettre fin à l'usage du VPO de type 2 montrerait qu'il est possible de supprimer les VPO utilisant les sérotypes restants et fournirait une base de travail pour lutter contre les risques connexes.

Financement

Un soutien politique et financier sans précédent a été apporté en 2011, malgré un début d'année difficile marqué par un déficit de financement de US \$335 millions (chiffre de janvier) pour un budget de US \$982 millions. Ce déficit a été ramené à US \$125 millions au début du quatrième trimestre lorsque, moyennant une combinaison de fonds nouveaux et de lignes de préfinancement, destinés en particulier à l'Afrique occidentale, centrale et orientale, le total des contributions pour 2011 a subitement atteint plus de US \$1,1 milliard, la somme la plus importante jamais reçue par l'IMEP.

Lors de l'Assemblée mondiale de la Santé de mai 2011, les délégués ont centré leurs débats d'une part sur les « avancées significatives » réalisées en 2010 dans la lutte contre la poliomyélite et, d'autre part, sur le déficit de financement qui représente selon le rapport d'avril 2011 du Comité de suivi indépendant « la menace la plus importante qui pèse sur les résultats de l'IMEP ». Le Directeur général de l'OMS, Margaret Chan, a indiqué aux ministres de la Santé présents que le travail n'était pas achevé et qu'il fallait « mener l'effort à son terme. »

Le 28 janvier 2011, lors du Forum économique mondial de Davos, le Premier ministre, David Cameron, a annoncé que le Royaume-Uni doublait son financement pour les deux prochaines années, sous la forme d'une subvention défi. M. Cameron a souligné la place centrale du renforcement de la vaccination systématique dans l'effort global et indiqué que le Royaume-Uni ajouterait US \$1 pour chaque tranche de US \$5 supplémentaires débloquée par les autres donateurs entre le 1^{er} janvier 2011 et le 31 décembre 2012, jusqu'à £40 millions au maximum. « Il n'est jamais trop tard pour bien faire. (...) Il s'agit là d'une occasion unique de nous débarrasser enfin de ce fléau. Nous disposons des vaccins et des outils pour y parvenir. Seule manque une volonté politique réelle et durable pour voir aboutir nos efforts » a conclu M. Cameron.

Les 26 et 27 mai 2011, les pays du G8 ont réaffirmé à l'unanimité leur engagement pour l'éradication de la poliomyélite au Sommet de Deauville en France : « Nous renouvelons notre volonté d'éradiquer la poliomyélite. Grâce à notre appui, le nombre de cas a diminué de 99 % dans les pays en développement. Cette question doit faire l'objet d'une attention particulière et il faut imprimer un nouvel élan aux efforts engagés. C'est pourquoi nous continuerons de soutenir l'IMEP. »

Enfin, le 31 octobre 2011, lors de la réunion des chefs de gouvernement des pays du Commonwealth à Perth, en

« Nous devons mener cet effort à son terme »

Dr Margaret Chan, Directeur général de l'OMS

Australie, les dirigeants de l'Australie, du Royaume-Uni, du Canada, du Nigéria et du Pakistan se sont engagés aux côtés de Bill Gates à débloquer plus de US \$100 millions pour libérer le monde de la poliomyélite. Annonçant un don de AU \$50 millions de l'Australie, Mme le Premier ministre Julia Gillard s'est exprimée en ces termes : « Déclarer le monde libéré de la poliomyélite est à notre portée aujourd'hui. Nous devons poursuivre sur cette voie car elle produira, demain, des résultats tangibles. Il s'agit simplement d'administrer deux gouttes de vaccin. Nous avons la capacité de le faire et d'effacer à jamais ce fléau de la surface du globe. » Et le Premier ministre canadien, Stephen Harper, d'ajouter au moment d'annoncer une contribution supplémentaire de CAD \$15 millions : « C'est la dernière ligne droite... Si la maladie n'est pas éradiquée, nous risquons de la voir réapparaître non pas dans une seule région, mais dans le monde entier. »

La riposte : une hausse sans précédent des financements en 2011

Bien consciente des avantages financiers liés à l'éradication de la poliomyélite (estimés à US \$40-50 milliards d'ici à 2035) et des conséquences humanitaires en cas d'échec, la communauté internationale de donateurs a déboursé plus de US \$866 millions. Ce concours a permis, associé aux fonds nationaux, de satisfaire les besoins pour l'année 2011. Outre l'importante contribution des pays du G8, de la Fondation Bill & Melinda Gates, du Rotary International et de l'UNICEF, de nouveaux engagements ont été pris par le Brunéi Darussalam, Chypre, le Liechtenstein, Monaco, la Roumanie, le Royaume d'Arabie saoudite et la Turquie ainsi que par le Prince héritier d'Abou Dhabi, le Programme arabe du Golfe pour les Organismes de Développement des Nations Unies, la Fondation Google, la Banque islamique de développement et Shinnyo-en. En tout, 31 donateurs extérieurs ont apporté des contributions à l'IMEP.

Cependant que le soutien financier des partenaires de développement a atteint des niveaux inédits, le financement national par les pays d'endémie restants et les pays touchés par des flambées liées à des importations est resté élevé. Ainsi, les financements nationaux ont représenté environ 27 % des contributions totales de l'IMEP en 2011. Il est à noter que l'autofinancement de l'Inde a dépassé US \$249 millions à la fin 2011, et devrait atteindre

US \$240 millions en 2012 et US \$174 millions en 2013. Le Nigéria a annoncé une contribution d'un montant de US \$9,90 millions et, lors de la réunion des chefs de gouvernement du Commonwealth à Perth, le Président Jonathan a indiqué que le financement annuel de son pays se monterait à US \$30 millions à compter de 2012. Afin de respecter ses engagements, l'Angola a pour sa part déboursé US \$12,53 millions.

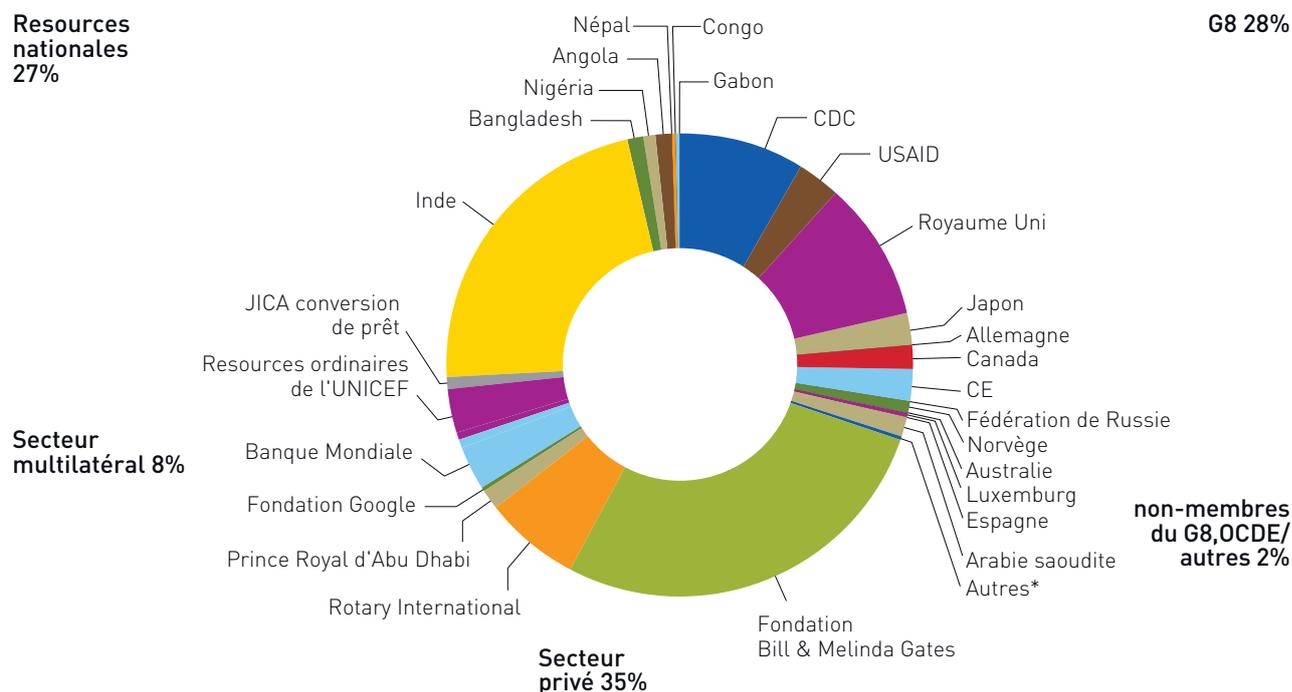
Autres types de financement

Les financements innovants représentent une part croissante des fonds de l'IMEP. Pour 2011-2012, la Banque mondiale a élargi son dispositif novateur de financement par rachat de crédits (« IDA buy-downs ») pour l'achat de VPO pour le Pakistan (US \$41 millions) et le Nigéria

(US \$60 millions). La Fondation Bill & Melinda Gates, les CDC et le Rotary International ont également financé cette initiative.

En dépit des immenses défis auxquels le Japon s'est trouvé confronté au lendemain du tsunami de mars 2011, l'Agence de coopération internationale du Japon (JICA) a lancé en août un nouveau mécanisme de financement en partenariat avec la Fondation Bill & Melinda Gates. Au titre de ce modèle dit de « conversion de prêt », le Japon a apporté un concours de JPY 4,9 milliards (soit environ US \$65 millions) pour l'aide au développement international, affecté aux coûts opérationnels et à l'achat de vaccins au Pakistan. Si les critères de performance sont respectés, la Fondation Bill & Melinda Gates remboursera le prêt à la JICA pour le compte du Pakistan, le transformant ainsi en subvention.

Contributions financières pour 2011



* « Autres » inclut les Gouvernements de Brunéi Darussalam, de Chypre, de la Finlande, de l'Italie, du Lichtenstein, du Monaco, de la Roumanie, de la Turquie et autres institutions (AGFUND, CERF, Banque islamique de développement et Shinnyo-en).
Données du 19 avril 2012

Contributions

Le **Programme arabe du Golfe pour les Organismes de Développement des Nations Unies (AGFUND)** a attribué une subvention de US \$90 000 pour les activités d'éradication en Éthiopie.

L'**Australie** s'est engagée à fournir AU \$50 millions (environ US \$49 millions) sur quatre ans à partir de début 2012. Elle a également maintenu son aide à la province d'Uruzgan en Afghanistan et apporté un concours de US \$340 000 pour faire face à la flambée due au PVDV au Myanmar. Le financement total de l'Australie se monte à US \$18 millions.

La **Fondation Bill & Melinda Gates** a apporté US \$125,85 millions en subventions complémentaires à l'OMS et l'UNICEF, et participé en tant que tiers au rachat de crédit de la Banque mondiale en faveur du Nigéria et du Pakistan. Cela porte le financement total de la Fondation à plus de US \$300 millions pour 2011. Elle a également accordé au Rotary International US \$50 millions supplémentaires pour prolonger leur partenariat entre 2013 et 2015. Ces subventions amènent à US \$1,47 milliard la contribution totale de la Fondation à l'IMEP, somme qui englobe les subventions de contrepartie versées au Rotary International.

Le **Brunéi Darussalam** a débloqué US \$150 000 pour la période 2011-2013. Il s'agit du second engagement pluriannuel du sultanat, ce qui porte sa contribution à US \$300 000 au total pour 2008-2013.

Le **Canada** a versé US \$23,97 millions pour l'Afghanistan et l'Afrique subsaharienne au titre d'un engagement pluriannuel annoncé en novembre 2010 dans le prolongement de l'Initiative de Muskoka en faveur de la santé de la mère et de l'enfant. Lors de la réunion des chefs de gouvernement des pays du Commonwealth qui s'est tenue à Perth, le pays a annoncé qu'il verserait CAD \$15 millions supplémentaires qui devraient être disponibles début 2012. Le Canada, qui a déjà versé plus de US \$306,67 millions, est le cinquième donateur public de l'IMEP.

Le **Fonds central pour les interventions d'urgence** a versé US \$370 000 à l'UNICEF pour faire face à la flambée de PVDV survenue en 2010 au Myanmar. À ce jour, le Fonds a débloqué US \$5,13 millions.

Outre leur rôle de partenaires majeurs de l'IMEP, les **Centres de Lutte contre la Maladie (CDC) des États-Unis d'Amérique** ont débloqué des fonds à l'intention de l'UNICEF et de 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. Pour l'exercice 2011, le crédit budgétaire accordé par le Congrès des États-Unis aux CDC au titre de l'éradication de la poliomyélite s'est élevé US \$101,6 millions au total, portant à plus de US \$1,6 milliard le montant total des contributions des CDC.

Le **Prince héritier d'Abou Dhabi**, son Altesse Sheikh Mohammed bin Zayed Al Nahyan a versé US \$17 millions à l'OMS et à l'UNICEF pour l'administration de vaccins antipoliomyélitiques en Afghanistan et au Pakistan. Cette contribution s'inscrit dans le cadre d'un partenariat plus large avec la Fondation Bill & Melinda Gates.

Chypre a fourni US \$2 000 dans le cadre de son partenariat avec la Fondation pour les Nations Unies. Ce concours vient s'ajouter à une contribution antérieure, portant à US \$4 000 le montant total versé par le pays.

La **Commission européenne** a déboursé € 20 millions pour les activités au Nigéria en 2011 et 2012. L'Office d'aide humanitaire de la Commission européenne (ECHO) a également versé plus de € 782 000 aux fins de la riposte face à la flambée en Côte d'Ivoire, et € 420 000 pour lutter contre la flambée de PVDV survenue au Myanmar. Avec des contributions qui s'élèvent au total à US \$224 millions, la Commission européenne est le sixième donateur public de l'IMEP.

La **Finlande** a versé US \$260 000 – la deuxième tranche d'une subvention de contrepartie (10:1) sur trois ans engagée avec le Rotary International – pour des activités en Afghanistan, portant son financement à US \$1,64 million au total.

L'**Allemagne** a débloqué US \$2,54 millions au titre de son engagement pris en 2011 pour l'OMS et le programme en Inde. L'aide totale de l'Allemagne en faveur de l'IMEP se monte à US \$390,94 millions, ce qui fait d'elle le quatrième donateur public.

La **Fondation Google** a versé US \$4 millions pour combler l'important déficit de financement dont souffre l'achat de VPO contre les flambées. Ce don a permis à l'UNICEF d'assurer son approvisionnement en vaccins et de financer son programme d'éradication en 2011.

La **Banque islamique de développement** a accordé à l'Afghanistan US \$470 000 pour l'achat de VPO par l'UNICEF.

L'**Italie** a déboursé, par l'intermédiaire de l'OMS, US \$600 000 sous la forme de fonds mondiaux non affectés. L'aide totale de l'Italie à l'IMEP s'élève à US \$39,76 millions.

Le **Japon** a renforcé le soutien crucial qu'il apporte à l'effort mondial d'éradication de la poliomyélite et maintenu en 2011 son aide à l'achat de VPO par l'UNICEF. Il a versé plus de US \$24 millions pour l'achat de VPO et les coûts opérationnels en Afghanistan, en Angola, en République démocratique du Congo, en Inde, au Libéria et au Pakistan. Par l'intermédiaire de la JICA et en collaboration avec la Fondation Bill & Melinda Gates, le pays a lancé un nouveau mécanisme de conversion de prêt – dit « JICA Loan Conversion » – pour le Pakistan. D'un montant total de US \$65 millions, il est destiné à couvrir l'achat de VPO et les coûts opérationnels pour 2011–2013. La réunion de haut niveau sur les partenariats innovants pour la santé en Asie-Pacifique, organisée en octobre, a été l'occasion de renforcer le dialogue multipartite. Une réception à visée caritative a, de surcroît, été organisée à l'occasion de la Journée mondiale contre la poliomyélite 2011 à l'Institut japonais pour la santé mondiale, avec le concours du Rotary International et de la Fondation Bill & Melinda Gates. Le groupe de travail pour l'éradication mondiale de la poliomyélite, créé en 2011, y a également participé. Avec plus de US \$426,93 millions de contributions au total, le Japon est le troisième donateur public de l'IMEP.

La **Principauté du Liechtenstein** a versé CHF 15 000 en fin d'année, ce qui porte le total de ses contributions à US \$50 000.

Le **Luxembourg** a versé US \$700 000 au titre de son engagement pluriannuel pour la période 2009-2013. Le Luxembourg est le deuxième donateur par habitant, avec US \$15,06 millions au total.

Monaco est devenue le premier contributeur de l'IMEP par habitant. Pour la première fois, le pays a conclu un engagement pluriannuel pour la période 2011-2013, contribuant à hauteur de € 375 000 aux activités au Niger. Cela porte à US \$1,06 million au total son financement des activités d'éradication au Niger.

La **Norvège** a continué à verser d'importantes contributions non affectées à l'IMEP. En 2011, elle a débloqué US \$9,78 millions, ce qui porte le total de ses contributions à US \$85,80 millions.

La **Roumanie** a contribué pour la première fois à l'IMEP, avec US \$20 000 au total, dans le cadre de son partenariat avec la Fondation pour les Nations Unies.

Le **Rotary International**, en plus d'être un partenaire majeur de l'IMEP, est également le deuxième donateur privé. En janvier 2012, le Rotary International a annoncé que les Rotary Clubs du monde entier étaient parvenus à réunir US \$200 millions en contrepartie de la contribution de la Fondation Bill & Melinda Gates pour l'éradication de la poliomyélite, atteignant ainsi avec six mois d'avance leur objectif de levée de fonds. En 2011, le Rotary International a versé US \$72,83 millions à l'IMEP. En 2013, sa contribution dépassera US \$1,23 milliard.

La **Fédération de Russie** a déboursé US \$2 millions dans le cadre de l'engagement pluriannuel de US \$5 millions (2010-2012) qu'elle a pris en réponse au communiqué de 2010 du G8. Elle ainsi financé l'IMEP à hauteur de US \$33 millions depuis 2003.

Le **Royaume d'Arabie saoudite** a versé US \$15 millions dans le cadre d'un engagement de US \$30 millions (2011-2012) pour l'achat de VPO et les coûts opérationnels en Afrique de l'Ouest et dans la Corne de l'Afrique.

Shinnyo-en a débloqué US \$100 000 à l'appui des activités d'assistance technique et de surveillance dans la Région du Pacifique occidental, ce qui porte, à ce jour, sa contribution à US \$1,22 million au total.

L'**Espagne** a versé € 520 000 dans le cadre de son engagement pour 2009-2011 en faveur des activités de surveillance en Afrique. S'y sont ajoutés US \$390 000 de fonds supplémentaires non affectés. Depuis qu'elle a rejoint l'IMEP en 2004, l'Espagne a soutenu l'IMEP à hauteur de US \$14,18 millions.

La **Turquie** a continué de financer l'IMEP, avec une contribution de fin d'année de US \$50 000, portant le total de son financement à US \$780 000.

Le 28 janvier 2011, lors du Forum économique mondial de Davos, le Premier ministre, David Cameron, a annoncé que le Royaume-Uni doublait son financement pour 2011-2012 sous la forme d'une subvention défi. Le Royaume-Uni déboursera US \$1 pour chaque tranche de US \$5 débloquée par les autres donateurs entre le 1er janvier 2011 et le 31 décembre 2012, jusqu'à £40 millions au maximum. En 2011, le plafond a été atteint dès le mois de mai. Le **Département de développement international du gouvernement du Royaume-Uni** a déboursé US \$107,84 millions au titre de son engagement pluriannuel mondial, des fonds de contrepartie et de fonds spécialement affectés à la RDC. Avec US \$962,08 millions de contributions au total, le Royaume-Uni est le deuxième contributeur public de l'IMEP.

En 2011, l'**UNICEF**, partenaire majeur de l'IMEP, a continué de donner priorité à l'éradication de la poliomyélite et apporté dans cette perspective des financements importants à ses bureaux de pays. Au total, l'UNICEF a affecté plus de US \$37 millions aux activités d'éradication: US \$15 millions pour le VPO depuis les fonds de base discrétionnaires; US \$18,9 millions pour le VPO et les frais de personnel, sur les ressources de base des bureaux de pays (budget approuvé par le Conseil d'administration); et US \$3,3 millions pour les activités d'éradication dans les pays prioritaires, sur les fonds levés par les Comités nationaux de l'UNICEF.

La **Fondation pour les Nations Unies** a continué de soutenir les efforts de mobilisation de ressources de l'IMEP en apportant une contribution de US \$200 000. Outre son soutien financier, la Fondation pour les Nations Unies a joué un rôle décisif pour faciliter le concours de donateurs non traditionnels, à l'instar de Chypre, du Liechtenstein et de la Roumanie. Cela porte à US \$43,54 millions le total de son aide à l'IMEP.

Au titre de l'exercice budgétaire 2011, le Congrès américain a affecté US 31,9 millions à l'**Agence des États-Unis pour le développement international (USAID)** pour soutenir les activités d'éradication de la poliomyélite. Ces fonds ont permis de soutenir les campagnes de mobilisation sociale, la surveillance et les activités de laboratoires, la riposte aux flambées et le suivi dans les pays prioritaires. La contribution totale de l'USAID s'élève à US \$444 millions.

En 2011, le dispositif de financement par rachat de crédits («IDA buy-downs») de la **Banque mondiale** a décaissé US \$33,61 millions pour le Pakistan et le Nigéria. Ce dispositif novateur a été mis en place en 2001 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. 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. Le montant total investi jusqu'en 2012 par le Partenariat de la Banque mondiale pour l'investissement contre la poliomyélite s'élève désormais à 316,37 millions de dollars. En outre, la Banque mondiale a accordé US \$4,8 millions à la République démocratique du Congo.

Annexe 1 | 2011 Rapport de progression des principaux indicateurs de processus de l'IMEP Plan Stratégique 2010-2012

ÉTAPES	MESURE	RÉFÉRENCE	SITUATION
D'ici à mi-2010, arrêt de toutes les flambées de poliomyélite survenues en 2009	Nombre de pays ¹ ayant connu un début de flambée en 2009 et notifiant un PVS apparenté après le 30 juin 2010	15 pays ont connu des importations de PVS en 2009	0 pays ont notifié un PVS génétiquement apparenté après le 30 juin 2010
Interruption des nouvelles flambées dans les six mois suivant la confirmation du cas indicateur	Nombre de pays ¹ dans lesquels un nouveau PVS importé (génétiquement distinct de ceux ayant précédemment circulé dans le pays) persiste > 6 mois suivant la confirmation du cas indicateur.	8 pays ont connu des importations de PVS en 2011 (Chine, Côte d'Ivoire, Gabon, Guinée, Kenya, Mali, Niger, République centrafricaine)	1 pays a connu une importation de PVS ayant persisté > 6 mois (Mali, importation de PVS la plus récente le 23 juin 2011)
D'ici à fin 2010, interruption de toute transmission « rétablie » du poliovirus	Nombre de pays où la transmission s'est rétablie ayant notifié des PVS génétiquement apparentés après le 31 décembre 2010	Pays où la transmission s'est rétablie (Angola, RDC, Soudan, Tchad)	Trois pays faisaient état d'une transmission rétablie du PVS après le 31 décembre 2010 Tchad : l'importation de PVS1 observée en septembre 2010 persiste > 12 mois et la transmission est donc considérée « rétablie »
D'ici à fin 2011, arrêt de toute transmission de la poliomyélite dans au moins deux des quatre pays d'endémie	Nombre cas de PVS notifiés en 2010 et 2011	PVS (janvier-décembre 2010) ² Pakistan : 144 Afghanistan : 25 Nigéria : 20 Inde : 42	Inde ³ > 12 mois sans PVS PVS (janvier-décembre 2011) ² dans les trois pays d'endémie : Pakistan : 197 (+37%) Afghanistan : 80 (+220%) Nigéria : 57 (+185%)

¹ Hors pays d'endémie et pays où la transmission s'est rétablie (analysés séparément).

² Calcul réalisé d'après les données communiquées au Siège de l'OMS depuis le 25 janvier 2011 et le 24 janvier 2012.

³ L'Inde a été officiellement supprimée de la liste des pays d'endémie en février 2012, après une année complète de résultats de laboratoire négatifs (surveillance de la PFA et environnementale).

OBSERVATIONS

Aucun pays où une flambée est survenue en 2009 n'a notifié en 2011 de PVS génétiquement apparenté

Pays	Cas le plus récent (2011)	Type	Nombre de mois entre le cas le plus récent et	
			Notification du cas indicateur	Survenue de la paralysie du cas indicateur
Pays ayant connu en 2010 une importation de PVS persistant > 6 mois				
Mali	23 juin	PVS3	8	9
Pays ayant connu des importations en 2011				
Niger [^]	22 décembre	PVS1	<1	<1
République centrafricaine	8 décembre	PVS1	2	2,6
Niger [^]	30 octobre	PVS3	Cas unique	
Chine	9 octobre	PVS1	1,4	3
Guinée	3 août	PVS3	2	2,7
Kenya	30 juillet	PVS1	Cas unique	
Côte d'Ivoire	24 juillet	PVS3	3	5
Mali [^]	10 juin	PVS3	2	4
Gabon	15 janvier	PVS1	Cas unique	

Remarque : un cas de PFA sur un nomade nigérian a été signalé le 18 janvier 2012 au Cameroun. Des investigations sont en cours pour déterminer le pays où elle s'est déclarée.

[^]Pays à importations multiples.

Pays	Date du PVS le plus récent	
	Rétablissement	Nouvelle importation
Tchad	20 décembre 2011	
RDC	28 novembre 2011	29 septembre 2011
Angola	27 mars 2011	7 juillet 2011

Inde³ : dernier PVS au 13 janvier 2011

Date de survenue du PVS le plus récent dans les trois pays d'endémie :

Pakistan : 6 janvier 2012

Afghanistan : 1er janvier 2012

Nigéria : 2 décembre 2011

Indicateurs de processus à la fin de l'année 2011

INDE	Niveau d'immunité contre les poliovirus de type 1 et 3 de > 95% dans les zones où la transmission persiste : l'ouest de l'Uttar Pradesh et le centre du Bihar
SITUATION	Objectif partiellement réalisé
	Enquête sérologique 2011 : les travaux de terrain ont été achevés en août 2011. Résultats préliminaires au premier trimestre 2012 : Uttar Pradesh – 98% d'immunité au type 1, 89% au type 3 Bihar : 99% d'immunité au type 1, 87% au type 3
NIGÉRIA	> 80% d'enfants ayant reçu > 3 doses de VPO (données sur la PFA NP) dans chacun des douze États à haut risque (y compris dans les huit États à transmission persistante) <i>Remarque : progrès évalués sur la base de ≥ 3 doses.</i>
SITUATION	Objectif non réalisé
	Objectif atteint dans 9 états sur 12
PAKISTAN	1. < 10% d'enfants non vaccinés durant au moins 90% des AVS conduites dans la zone de Quetta et dans les districts de transmission persistante de Khyber Pakhtunkhwa et des agences des zones tribales sous administration fédérale (FATA). 2. > 90% d'enfants ayant reçu > 6 doses de VPO dans les provinces de Sindh et du Pendjab* <i>* Évaluation conduite chez les enfants de 6-35 mois présentant une PFA non poliomyélitique.</i>
SITUATION	Objectif non réalisé
	1. Objectif atteint dans 1 district sur 7. 2. Objectif atteint dans 0 province sur 2.
AFGHANISTAN	< 10% d'enfants non vaccinés durant au moins 80% des AVS conduites dans les 13 districts de transmission persistante touchés par les conflits, dans la région du sud. <i>Remarque : les progrès ont été évalués en fonction du critère « 6 AVS au moins » du Plan stratégique.</i>
SITUATION	Objectif non réalisé
	Objectif atteint dans 0 district sur 13.
ANGOLA	< 10% d'enfants non vaccinés pour chaque AVS menée dans tous les districts de Luanda, Benguela et Kwanza Sul
SITUATION	Objectif non réalisé
	30 districts : aucune donnée pour 9 districts ; sur les 21 restants, 6 ont atteint l'objectif.
TCHAD	<10% d'enfants non vaccinés pour chaque AVS menée dans le grand N'Djamena et dans les zones de transmission du PVS du sud et de l'est du pays
SITUATION	Objectif non réalisé
	Objectif atteint dans 0 zone sur 3
RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO	<10% d'enfants non vaccinés pour chaque AVS menée dans la province orientale et dans celles du Nord et du Sud-Kivus et dans toutes les capitales provinciales ; taux de PFA > 2 avec 80% des échantillons adéquats dans toutes les provinces
SITUATION	Objectif non réalisé
	1. Objectif atteint dans 4 provinces sur 7. 2. Objectif atteint dans 11 provinces sur 11 (PFA NP) Objectif atteint dans 4 provinces sur 11 concernant le caractère adéquat des échantillons.

SOUDAN DU SUD	Fin 2010 : < 10 % d'enfants non vaccinés dans chaque État durant chaque AVS ; taux de PFA > 2 avec 80 % d'échantillons adéquats dans tous les États		
SITUATION	Objectif partiellement réalisé		
	1. Objectif atteint dans 4 états sur 10. 2. Objectif atteint dans 10 états sur 10.		
CEINTURE D'IMPORTATION DU PVS	<10 % d'enfants non vaccinés lors des deux AVS menées dans tous les pays de la ceinture d'importation du PVS relevant des priorités de niveaux 1 et 2 (établies fin 2010).		
SITUATION	Objectif non réalisé		
	19 pays: Objectif atteint dans 11 pays sur 19 (2 pays : aucune données).		
SURVEILLANCE	Taux de PFA NP > 2 et taux d'échantillons adéquats > 80 % au niveau infranational dans les pays d'endémie, ceux où la transmission s'est rétablie et ceux de la « ceinture d'importation » du PVS		
SITUATION	Objectif non réalisé		
	Ensemble des pays	Pays	Résultats*
Taux de PFA non poliomyélitique \geq 2 et taux d'échantillons adéquats \geq 80 % au niveau infranational dans les pays d'endémie, ceux où la transmission s'est rétablie et ceux de la ceinture d'importation du PVS.	Taux de PFA NP	Pays d'endémie	3 sur 4
		Pays où la transmission est rétablie	2 sur 4
		Ceinture d'importation du PVS	5 sur 19
		Pays de flambées situés à l'extérieur de la ceinture d'importation du PVS	2 sur 12 (hors Chine, pour laquelle il n'existe pas de données)
	Caractère adéquat des échantillons	Pays d'endémie	1 sur 4
		Pays où la transmission est rétablie	1 sur 4
		Ceinture d'importation du PVS	3 sur 19
		Pays de flambées situés à l'extérieur de la ceinture d'importation du PVS	4 sur 12 (hors Chine, pour laquelle il n'existe pas de données)
<i>* Résultats pour le trimestre en cours. Date des données pour le (quatrième) trimestre en cours : suivi indépendant - IM (janvier-décembre 2011), PFA NP (28 décembre 2010-27 décembre 2011)</i>			
ÉLARGISSEMENT DE L'ÉCHANTILLONNAGE ENVIRONNEMENTAL À DEUX NOUVEAUX RÉSERVOIRS.			
SITUATION	Objectif réalisé		
	Pakistan : la surveillance environnementale des poliovirus se poursuit au Pakistan. Aucun nouveau site ajouté en 2011.		
	Inde : la surveillance environnementale se poursuit à Mumbai et Delhi. Nouveaux sites environnementaux ajoutés en 2011 à Patna, Bihar et Kolkatta (Bengale occidentale).		
	Nigéria : début de la surveillance environnementale à Kano.		

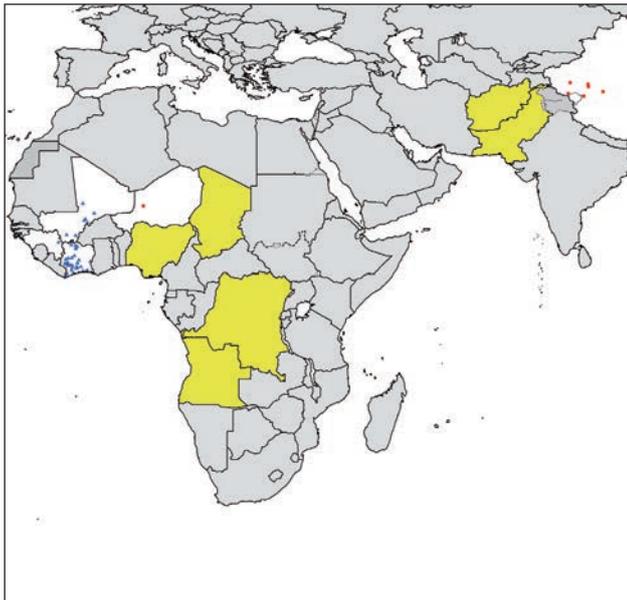
RIPOSTE AUX FLAMBÉES	100% des importations de PVS et de PVDVc dans les zones auparavant exemptes ont été traitées conformément aux directives actualisées de riposte aux flambées en s'appuyant sur la recherche opérationnelle et les essais cliniques de 2010 ; évaluation internationale réalisée dans 90% des pays où les importations ont persisté > 6 mois.
SITUATION	Objectif partiellement réalisé
	<p>PVS : 9 importations sur 10 ont été traitées conformément aux directives internationales de riposte aux flambées*.</p> <p>* En raison de troubles civils, la Côte d'Ivoire n'a pas été en mesure de mener une AVS dans les quatre semaines suivant la notification. La première intervention a été déployée 8 semaines après celle-ci.</p>
	<p>PVDVc : sur les 3 situations d'urgence liées au PVDVc survenues dans des zones auparavant exemptes, une seule a été traitée conformément aux directives internationales de riposte.*</p> <p>* La riposte du Mozambique a été conduite sept semaines après notification. Celle du Yémen a été retardée en raison de l'insécurité dans la zone touchée.</p>
	Évaluations internationales : 1 flambée > 6 mois (évaluation internationale menée au Mali).
RENFORCEMENT DES SYSTÈMES DE VACCINATION	<ol style="list-style-type: none"> 1. Stratégie RED (Atteindre chaque district) mise en œuvre dans au moins 80% des districts à risque d'importation élevé. 2. Suivi des indicateurs des systèmes de vaccination dans au moins 80% des pays.
SITUATION	Objectif partiellement réalisé
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Objectif non réalisé. AFRO : 59% des pays ont atteint ce taux (une donnée de pays manquante) EMRO : 50% des pays SEARO : 66% des pays.
	<ol style="list-style-type: none"> 2. Objectif réalisé. <p>Situation évaluée en se fondant sur le pourcentage de districts disposant de micro-plans pour rehausser la couverture de vaccination et d'un plan de vaccination pluriannuel (oui ou non) ; données à fin 2010 issues du formulaire de rapport conjoint OMS/UNICEF dans les régions AFRO (pays de la ceinture d'importation du PVS d'Afrique subsaharienne) ; EMRO (Afghanistan, Pakistan) et SEARO (Bangladesh, Inde, Népal).</p>

Annexe 2 | Données à l'appui du rapport d'étape

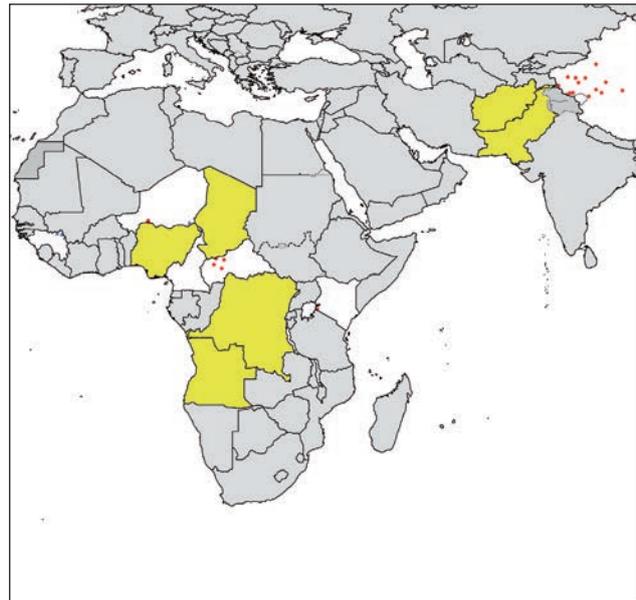
Étape 1 : Arrêt de toutes les nouvelles flambées de poliomyélite dans les 6 mois

Situation au 24 janvier 2012 : une flambée a persisté plus de 6 mois (Mali)

Pays connaissant des flambées où le PVS a été notifié il y a 6-12 mois (25 janvier 2011 – 24 juillet 2011)*



Pays connaissant des flambées* où le PVS a été notifié il y a moins de 6 mois (25 juillet 2011 – 24 janvier 2012)



Mali : l'importation de PVS3 de septembre 2010 a persisté plus de 6 mois. Le plus récent PVS apparenté a été détecté le 23 juin 2011.

Remarque : un enfant nomade Nigérian présentant une PFA a été signalé le 18 janvier 2012 par le Cameroun. Des investigations sont en cours pour déterminer le pays où elle s'est déclarée.

- PVS1
- ▲ PVS3
- Pays d'importation du PVS
- Pays d'endémie / pays où la transmission est rétablie (L'Inde sera officiellement supprimée de la liste des pays d'endémie à la fin du mois de février 2012, après une année complète de résultats de laboratoire négatifs au titre de la surveillance de la PFA et environnementale.)

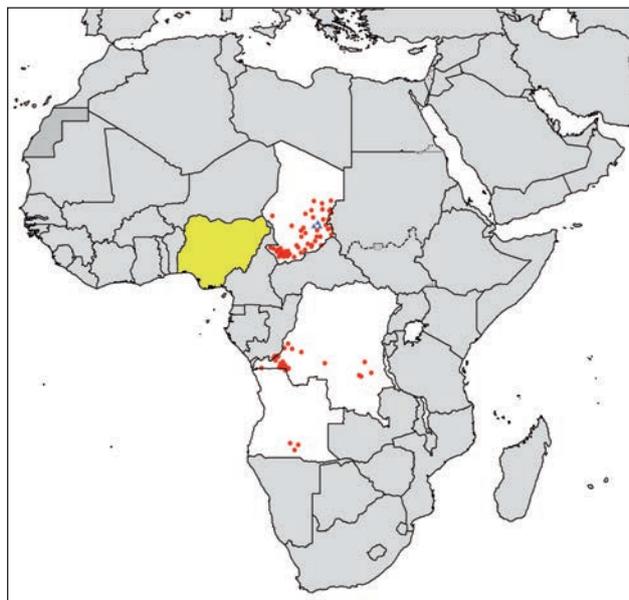
Données du Siège de l'OMS au 24 janvier 2011.

*Le Kenya et la Guinée auront passé 6 mois sans PVS le 30 janvier 2012 et le 3 février 2012 respectivement.

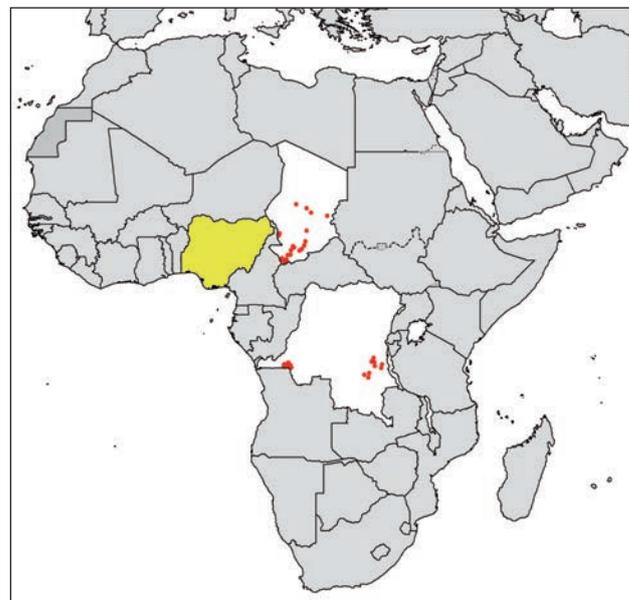
Étape 2: Avant fin 2010, arrêt de toute transmission rétablie du PVS

Situation au 24 janvier 2012 : 3 pays connaissent encore une transmission rétablie du PVS

Pays où la transmission s'est rétablie dans lesquels le PVS a été signalé il y a 6-12 mois (25 janvier 2011 – 24 juillet 2011)



Pays où la transmission s'est rétablie dans lesquels le PVS a été signalé il y a moins de 6 mois (25 juillet 2011 – 24 janvier 2012)



- PVS1
- ▲ PVS3
- Pays d'endémie.
- Pays où la transmission s'est rétablie

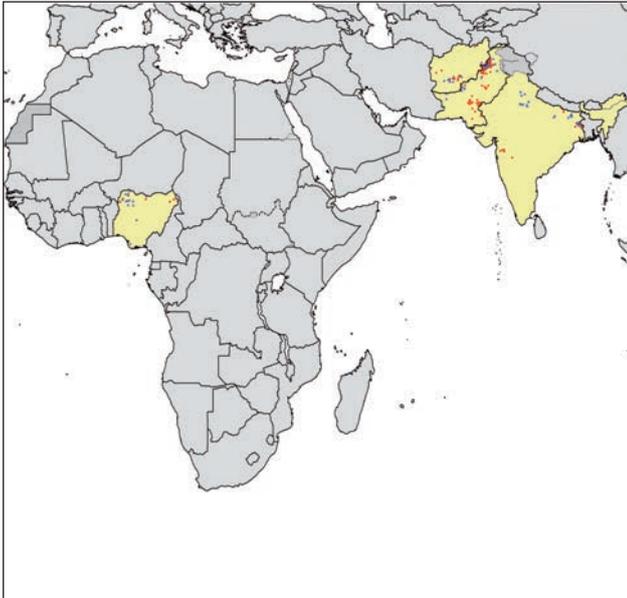
Données du Siège de l'OMS au 24 janvier 2011.

	Nombre cas PVS survenus 6-12 mois			Nombre cas PVS survenus < 6 mois		
	Total	Type 1	Type 3	Total	Type 1	Type 3
Angola	4	4	0	0 [-100 %]	0	0
Tchad	98	95	3	24 [-76 %]	24	0
RDC	62	62	0	17[-72 %]	17	0

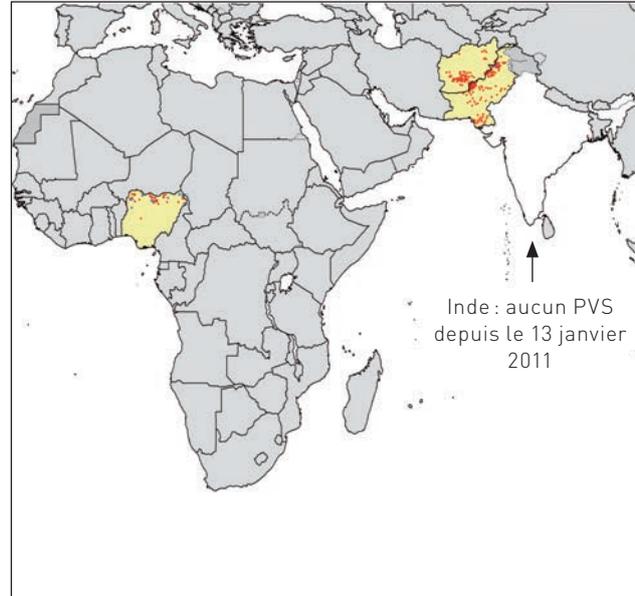
Étape 3: avant fin 2011, interruption du PVS dans 2 des 4 pays d'endémie

Situation au 24 janvier 2012: 1 pays (l'Inde) n'a pas signalé de PVS depuis plus de 12 mois

Janvier à décembre 2010



Janvier à décembre 2011



● PVS1
▲ PVS3

	Nombre de cas janv.-déc. 2010			Nombre de cas janv.-déc. 2011		
	Total	Type 1	Type 3	Total	Type 1	Type 3
Afghanistan	25	17	8	80 (+220%)	80	0
Inde	42	18	24	80 (+220%)	1	0
Nigéria	21	8	13	57 (+171%)	44	13
Pakistan	144	120	24	197 (+37%)	195	2

Données du Siège de l'OMS au 24 janvier 2012

(*L'Inde a été officiellement supprimée de la liste des pays d'endémie à la fin du mois de février 2012, après une année complète de résultats de laboratoire négatifs au titre de la surveillance de la PFA et environnementale.)

Sigles et acronymes

AVS	Activité de vaccination supplémentaire
CDC	Centres de Lutte contre la Maladie (États-Unis)
CSI	Comité de suivi indépendant
FATA	Zones tribales sous administration fédérale
GPS	Système de positionnement géographique
IMEP	Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite
JICA	Agence de coopération internationale du Japon
JLV	Journée locale de vaccination
JNV	Journée nationale de vaccination
KAP	Connaissances, attitudes et pratiques
LGA	Zone d'administration locale
LQAS	Échantillonnage par lots pour l'assurance de la qualité
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PEV	Programme élargi de vaccination
PFA NP	Paralysie flasque aiguë non poliomyélitique
PFA	Paralysie flasque aiguë
PVDV	Poliovirus dérivé d'une souche vaccinale
PVDVc	Poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale
PVS	Poliovirus sauvage
PVS1	Poliovirus sauvage de type 1
PVS2	Poliovirus sauvage de type 2
PVS3	Poliovirus sauvage de type 3
RDC	République démocratique du Congo
RMLP	Réseau mondial des laboratoires de la poliomyélite
SAGE	Groupe stratégique consultatif d'experts de la vaccination
SHOC	Centre stratégique d'opérations sanitaires
SIAD	Administration d'une dose supplémentaire dans un intervalle court
SIG	Système d'information géographique
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international
VPI	Vaccin antipoliomyélitique inactivé
VPO	Vaccin antipoliomyélitique oral
VPOb	Vaccin antipoliomyélitique oral bivalent
VPOt	Vaccin antipoliomyélitique oral trivalent

JUSQU'AU 
DERNIER
ENFANT 

