

INITIATIVE
MONDIALE POUR
L'ERADICATION DE LA

POLIO

RAPPORT
ANNUEL

2013



© Organisation mondiale de la Santé 2014

Tous droits réservés. Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé sont disponibles sur le site Web de l'OMS (www.who.int) ou peuvent être achetées auprès des éditions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; courriel : bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux éditions de l'OMS via le site Web de l'OMS à l'adresse http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets 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 de couverture : Un enfant montre fièrement son doigt tâché d'encre, prouvant qu'il a bien été vacciné contre la poliomyélite. © Rotary International/J.M. Giboux

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

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

RAPPORT
ANNUEL

2013



TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ D'ORIENTATION	1
Rapport annuel 2013.....	6
Objectif 1 Détection du poliovirus et interruption de sa transmission.....	6
Nigéria	7
Pakistan	10
Afghanistan	14
Riposter efficacement aux flambées.....	17
Protéger les zones exemptes de poliomyélite	21
Soutien national et régional	22
Objectif 2 Renforcement des systèmes de vaccination et retrait du VPO	24
Objectif 3 Confinement et certification	27
Objectif 4 Planification de la transmission des acquis	29
Financement du Plan pour la phase finale	31
Acronymes et abréviations	36

RÉSUMÉ D'ORIENTATION

Le Plan stratégique 2013-2018 pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale (ci-après « le Plan pour la phase finale »), élaboré en 2013, présentait une vision actualisée de la situation pour l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP). Le présent rapport annuel fait le bilan des progrès accomplis en 2013 et au début de 2014 par rapport au Plan pour la phase finale, et précise les ajustements stratégiques et opérationnels apportés au programme en 2014.



Les véritables héros de la lutte pour l'éradication de la poliomyélite : les vaccinateurs qui protègent les enfants contre la paralysie à vie causée par la poliomyélite. © UNICEF Syria/2013/ Omar Sanadiki

De la planification à la mise en œuvre

Au début de 2013, l'IMEP a lancé le Plan pour la phase finale, une approche globale pour parvenir à un monde libéré durablement de la poliomyélite d'ici 2018. Au début de 2014, des progrès considérables avaient été obtenus au regard des quatre objectifs ambitieux fixés par le Plan.

Objectif 1 : Détection du poliovirus et interruption de sa transmission

La poliomyélite – une maladie qui paralysait autrefois plus de 1000 enfants par jour (avant 1988) – aura laissé à peine plus d'un enfant paralysé par jour en 2013 – plus de 400 millions d'enfants ont été vaccinés au cours de 224 campagnes menées dans 43 pays.

Les trois pays d'endémie ont réussi à confiner le virus à un nombre de régions plus restreint que jamais, même si le programme s'est heurté à de graves difficultés pour vacciner

les enfants. En outre, en 2013, pour la première fois depuis l'existence de l'IMEP, tous les cas dus à un poliovirus sauvage étaient causés par un seul sérotype, le type 1. Le poliovirus sauvage de type 3 n'a plus été détecté dans le monde depuis le cas signalé au Nigéria, pour lequel la paralysie était survenue en novembre 2012.

Toutefois, la fragilité de ces progrès a été mise en évidence lorsque la maladie a resurgi en 2013 dans cinq pays auparavant exempts de poliomyélite. Les flambées au Moyen-Orient, dans la Corne de l'Afrique et en Afrique centrale (centrées autour du Cameroun) ont rappelé combien il était urgent de mettre fin à la transmission dans toute zone infectée.

En 2013, l'insécurité, les attaques ciblées contre des agents de santé et/ou l'interdiction de la vaccination contre la poliomyélite par certaines autorités locales ont constitué un obstacle majeur et abouti à une détérioration de l'accès dans les zones tribales sous administration fédérale (FATA) et au Khyber Pakhtunkhwa (KP), au Pakistan ; dans l'État de

Recenser et atténuer les risques

En 2014, le programme de travail de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite s'appuie sur un nouveau registre des risques. Ce registre, actualisé chaque mois, recense les principaux risques pour la réalisation de chacun des quatre objectifs du Plan pour la phase finale et évalue leur probabilité et impact potentiel. Un plan visant à atténuer ces risques est ensuite mis en place et suivi par le Comité d'orientation sur la poliomyélite, puis notifié au Conseil de surveillance de la poliomyélite.

Borno, au Nigéria ; dans certaines parties de la République arabe syrienne ; et dans certaines parties du centre-sud de la Somalie. Dans d'autres zones prioritaires, le problème chronique d'une mise en œuvre insuffisante des activités persiste, et plus particulièrement dans l'État de Kano, au Nigéria.

Ces risques pesant sur la vaccination des enfants dans des zones notoirement connues pour abriter la maladie sont aggravés par les lacunes dans la surveillance de la maladie et la menace constante d'une nouvelle propagation internationale du poliovirus sauvage dans des zones et populations hautement vulnérables.

En mars 2014, l'Inde et l'ensemble de la Région de l'Asie du Sud-Est ont rejoint les Régions des Amériques, européenne et du Pacifique occidental en étant déclarées exemptes de poliomyélite. Ensemble, ces quatre Régions représentent 80 % de la population mondiale.

En 2014, le programme surveille étroitement les zones où le risque de réinfection est particulièrement élevé et a établi une liste rouge des pays « à haut risque », particulièrement vulnérables aux flambées de poliomyélite. En outre, le 5 mai 2014, le Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a déclaré que la propagation internationale du poliovirus sauvage constituait une urgence de santé publique de portée internationale, une telle déclaration étant la deuxième jamais prononcée. Un ensemble de recommandations temporaires sur la vaccination des voyageurs ont été mises en place en vertu du Règlement sanitaire international (2005) pour faire face à cette urgence de santé publique de portée internationale.

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

L'IMEP et GAVI, l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination, ont lancé un programme conjoint de travail en 2013 pour appuyer le renforcement des systèmes de vaccination systématique dans 10 pays prioritaires. Cinq critères ont été définis pour évaluer l'état de préparation en vue du passage du VPO trivalent au VPO bivalent.

Le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination (SAGE) a établi la version finale de ses recommandations

sur le moyen le plus sûr d'introduire une dose de vaccin antipoliomyélique inactivé (VPI) dans les programmes de vaccination systématique des pays utilisant le VPO. En outre, au début de 2014, l'UNICEF a annoncé un prix d'achat du VPI de €0,75 par dose (approximativement US \$1, au taux de change actuel) pour les pays pouvant se prévaloir du soutien de l'Alliance GAVI.

Objectif 3 : Confinement et certification

À la fin 2013, tous les États Membres de l'OMS, à l'exception de deux pays de la Méditerranée orientale et de 37 pays de la Région africaine, avaient dressé un inventaire des laboratoires et installations stockant du matériel infectieux ou potentiellement infectieux contenant du PVS.

Dans la Région des Amériques, une Commission pour la confirmation du statut de Région exempte de la poliomyélite a été réinstituée. Dans la Région africaine, le Comité régional de certification a été reconstitué.

Objectif 4 : Planification de la transmission des acquis

Une consultation avec les gouvernements et d'autres parties prenantes sur la question de la transmission des acquis de la lutte pour l'éradication de la poliomyélite a débuté en 2013 pour faire en sorte que les connaissances, les capacités, les processus et les ressources créés par l'IMEP continuent de bénéficier à d'autres programmes de santé publique une fois l'éradication achevée.

Financement du Plan pour la phase finale

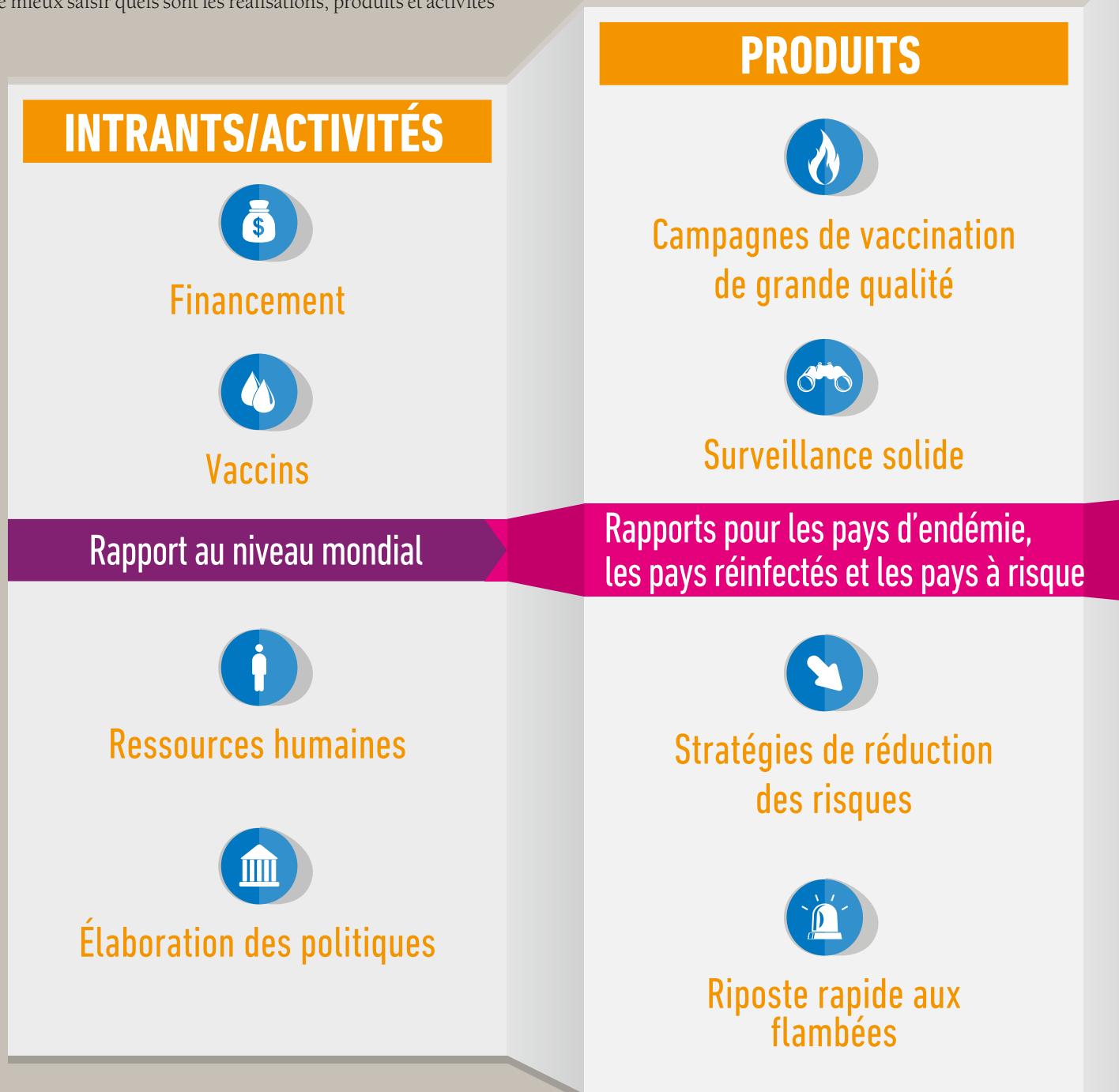
Le 25 avril 2013, le nouveau Plan pour la phase finale a été dévoilé lors du Sommet mondial sur la vaccination qui se tenait à Abu Dhabi. Dans un extraordinaire élan de confiance et de soutien, des dirigeants du monde entier, des pays donateurs et les pays touchés par la poliomyélite se sont engagés à verser plus de US \$4 milliards sur les US \$5,5 milliards auxquels est évalué le coût du Plan sur une période de six ans. Ils ont également invité d'autres donateurs à prendre dès maintenant des engagements pour le montant additionnel de US \$1,5 milliard qui sera nécessaire pour financer intégralement le Plan.

NOUVEAU CADRE DE SUPERVISION : TRAVAUX EN COURS

Mesurer les progrès vers un monde libéré de la poliomyélite

Un cadre de suivi a été mis au point pour évaluer les progrès accomplis au regard des principaux objectifs du Plan stratégique 2013-2018 pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale. L'évolution de la situation en 2013 et les informations en retour des parties prenantes ont permis de l'améliorer afin de mieux saisir quels sont les réalisations, produits et activités

nécessaires pour assurer l'éradication de la poliomyélite, avec une chaîne de résultats claire et des indicateurs à chaque niveau du cadre. Le cadre de suivi amélioré est désormais utilisé pour suivre les progrès et il est présenté dans un rapport semestriel aux donateurs.



RÉALISATIONS



Immunité élevée dans la population

Rapports pour les pays d'endémie, les pays réinfectés et les pays à risque



Capacité élevée de détection du virus



Faible risque de réintroduction

IMPACT

Un monde sans poliomyélite pour les enfants du monde entier



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



RAPPORT ANNUEL 2013

OBJECTIF 1 | DÉTECTION DU POLIOVIRUS ET INTERRUPTION DE SA TRANSMISSION

En 2013, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP), encouragée par les améliorations programmatiques et un engagement mondial sans précédent, s'est rapprochée encore un peu plus de l'objectif d'un monde libéré de la poliomyélite.

Le programme a accompli des progrès considérables eu égard au premier objectif du Plan pour la phase finale qui est d'interrompre la transmission des poliovirus. Les trois pays d'endémie ont confiné le virus à un nombre de régions plus restreint que jamais, même si le programme s'est heurté à de graves difficultés pour atteindre et vacciner les enfants. Dans le même temps, des flambées se sont produites dans cinq pays auparavant exempts de la maladie, rappelant avec force combien il est urgent de mettre fin à la transmission dans ces derniers réservoirs.

En 2013, 416 cas de poliovirus sauvage sont survenus dans huit pays, par comparaison aux 223 cas notifiés dans cinq pays en 2012. Cette augmentation a été largement due aux flambées qui ont frappé des pays qui avaient auparavant stoppé la transmission de la poliomyélite, du fait de la propagation internationale des poliovirus depuis le Nigéria vers la Corne de l'Afrique, et depuis le Pakistan vers le Moyen-Orient – avec des cas signalés en République arabe syrienne qui, en 2014, se sont propagés à l'Iraq. Le poliovirus sauvage originaire du Pakistan a également été détecté dans des échantillons environnementaux recueillis en Israël, en Cisjordanie et dans la Bande de Gaza. Une flambée de poliomyélite a été détectée en octobre 2013 au Cameroun et, au début de 2014, elle s'est propagée vers des zones du pays auparavant exemptes de poliomyélite et vers la Guinée équatoriale voisine.

En 2013, pour la première fois dans l'histoire de l'IMEP, tous les cas dus à un poliovirus sauvage étaient causés par un sérotype unique, le type 1. Le cas de PVS3 le plus récent remonte à novembre 2012, au Nigéria. Le nombre des cas dus à des poliovirus circulants de type 2 dérivés de souches vaccinales a diminué de 4 % par rapport à 2012.

De 2012 à 2013, les cas de poliovirus sauvage ont reculé de 57 % et 62 % respectivement au Nigéria et en Afghanistan. En revanche, au Pakistan, les cas ont augmenté de 60 % en 2013, par comparaison à 2012, la majorité des cas signalés venant des zones tribales sous administration fédérale (FATA) et du Khyber Pakhtunkhwa (KP).

Pays d'endémie : progrès et difficultés

La proportion d'enfants qui ont reçu la vaccination antipoliomyélitique dans les pays d'endémie a progressé en 2013 par comparaison à 2012. Les plans nationaux d'action d'urgence pour l'éradication de la poliomyélite ont permis des améliorations dans les interventions dans de nombreux districts où les résultats, c'est-à-dire la couverture au cours des activités de vaccination supplémentaires (AVS), s'étaient historiquement avérés médiocres. En conséquence :

- En Afghanistan, le nombre de cas a diminué de 62 % en 2013 par comparaison à 2012 (14 cas contre 37). Les cas sont majoritairement survenus dans la région est et étaient essentiellement liés à la transmission transfrontalière du poliovirus à partir du Pakistan voisin.
- Au Nigéria, les cas ont diminué de 57 % de 2012 à 2013 (passant de 122 à 53). Fait notable, sur les 53 cas qu'a comptés le Nigéria, seuls six ont été notifiés depuis septembre, malgré la « haute saison » traditionnelle pour la transmission du poliovirus.
- Le Pakistan est le seul pays d'endémie où les cas ont augmenté, passant de 58 en 2012 à 93 en 2013. Soixante-seize de ces cas ont été signalés dans les FATA et au Khyber Pakhtunkhwa.
- Les principales difficultés rencontrées en 2013 sont les suivantes :
- Les interdictions qui ont frappé les campagnes au Nord-Waziristan, dans les FATA, et la persistance des attaques ciblant les vaccinateurs dans le Khyber Pakhtunkhwa et dans les zones à haut risque de Karachi, dans la province de Sindh au Pakistan.
- Les opérations militaires en cours dans l'Agence du Khyber (au sein des zones tribales sous administration fédérale) au Pakistan.
- L'insécurité dans la région orientale de l'Afghanistan et dans l'État de Borno, au Nigéria.
- L'impossibilité d'atteindre tous les enfants dans les zones clés du centre-sud de la Somalie.
- Le conflit qui sévit en République arabe syrienne.
- Les carences chroniques dans les résultats du programme dans l'État de Kano, au Nigéria.

NIGÉRIA



Un agent de santé vaccine un enfant nigérian contre la poliomyélite. © UNICEF/L. Andriamasinoro

Analyse de la situation et principales difficultés

Parvenir à une Afrique exempte de poliomyélite est un objectif réaliste à court terme et la clé de cette réussite se trouve essentiellement au Nigéria.

Le Nigéria a accompli des progrès considérables en parvenant à réduire le nombre de cas dus au poliovirus sauvage (PVS), en limitant la propagation géographique, en réduisant le nombre d'enfants qui ne sont pas vaccinés lors des campagnes et en ramenant le nombre de groupes génétiques actifs dans la transmission du poliovirus sauvage à quatre (par comparaison à 12 en 2011 et 8 en 2012). Ces améliorations ont été obtenues grâce aux efforts massifs déployés à la fois par le Gouvernement et ses partenaires et à l'instauration de centres d'opérations d'urgence contre la poliomyélite au niveau des États afin de mettre pleinement en œuvre le plan d'action d'urgence national.

Malgré les améliorations, des obstacles majeurs demeurent. Le pays continue à être touché par la circulation conjointe du PVS1 et du PVDVc de type 2, et à pâtir des carences dans la surveillance au niveau infranational, la persistance d'une circulation non détectée dans certaines zones ne pouvant être exclue, comme l'ont également confirmé les échantillons environnementaux qui permettent régulièrement d'isoler des PVDV dans les États ne notifiant pas de cas de poliomyélite.

La transmission de la poliomyélite perdure désormais essentiellement du fait des lacunes importantes dans la qualité des journées de vaccination plus (JVP) dans les zones de gouvernement locales (LGA) à haut risque ou à très haut risque où les résultats restent médiocres, dans l'État de Kano ; et des difficultés d'accès aux enfants vivant dans les zones dangereuses de l'État de Borno.

Dans les premiers mois de 2014, d'importantes avancées ont été constatées, avec une réduction notable du nombre des

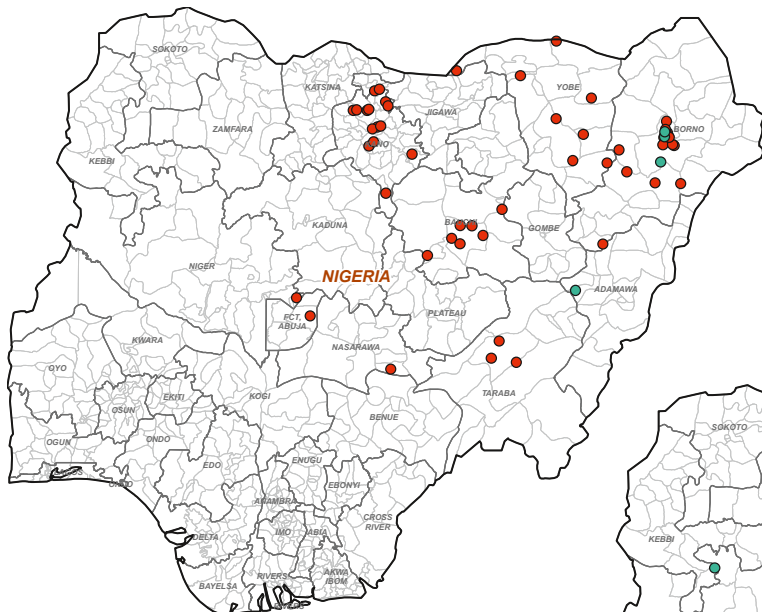
cas, une augmentation du nombre des enfants vaccinés et une nouvelle réduction des zones infectées. Les améliorations globales dans la qualité des AVS continuent de faire l'objet de vérifications moyennant une utilisation accrue et plus fiable de l'échantillonnage par lots pour l'assurance de la qualité (LQAS).

Un cadre de responsabilisation est en cours de mise en œuvre pour renforcer l'obligation de rendre compte à la fois de la part des agences partenaires et du Gouvernement, pour ce qui est des résultats du programme.

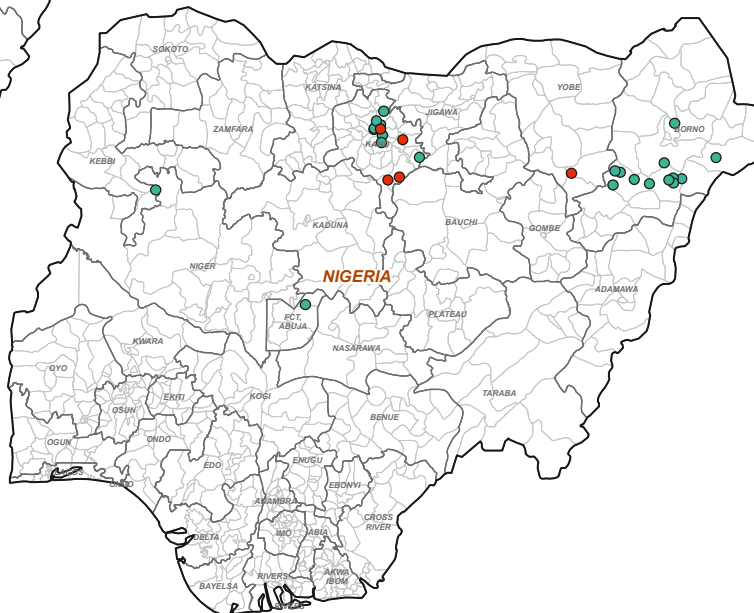
Pour obtenir plus rapidement l'immunité requise dans la population, en particulier dans les zones difficiles à atteindre ou inaccessibles, à la mi-2014, le VPI a été ajouté pour la première fois aux campagnes de vaccination par le VPO.

Pour que les communautés participent davantage et acceptent mieux le vaccin, des « camps de santé » ont régulièrement été mis en place pour offrir, parallèlement à la vaccination par le VPO, d'autres interventions sanitaires.

Cas de poliomyélite en 2013



Cas de poliomyélite : janvier-juin 2014

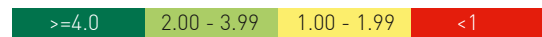


- Poliovirus sauvage de type 1
- Poliovirus sauvage circulant de type 2 dérivé d'une souche vaccinale

Sensibilité de la surveillance infranationale



TAUX DE PFANP



ADEQUATION DES ECHANTILLONS DE SELLES



Priorités et activités pour répondre aux principales difficultés en 2014

L'insécurité dans certaines zones, les carences persistantes au niveau opérationnel dans certaines parties de l'État de Kano et la démobilisation politique sont les principaux risques pour le programme en 2014.

En 2014, l'objectif au Nigéria est d'atteindre plus d'enfants dans les zones à haut risque de l'État de Kano et dans les zones où prévaut l'insécurité de l'État de Borno tout en veillant à ce que les enfants des zones exemptes de poliomyélite restent protégés. Une stratégie agressive de campagnes de vaccination doit être mise en œuvre, en utilisant une combinaison adaptée de VPO trivalent et de VPO bivalent pour lutter contre la circulation à la fois du PVS1 et du PVDVc2.

La mobilisation de moyens de soutien technique supplémentaires aide le pays à combler les lacunes résiduelles dans la surveillance et à élargir la surveillance environnementale. Point essentiel, l'appropriation et la supervision par les autorités aux niveaux local et national sont également renforcées afin de réduire au minimum les perturbations dans la période qui va précéder les élections prévues dans le pays pour le début de 2015. Le Comité de suivi indépendant a conseillé au Président du Nigéria de réunir les candidats politiques de tous niveaux et tous partis, ainsi que les chefs traditionnels et religieux, pour qu'ils confirment leur engagement en faveur de l'éradication de la poliomyélite avant l'élection à venir « afin de protéger le programme d'éradication de la poliomyélite de toute perturbation et politisation, en réaffirmant le rôle humanitaire qu'il joue en permettant de sauver des enfants nigériens ».

PAKISTAN



Deux gouttes vitales pour protéger les enfants partout dans le monde. © UNICEF/NYHQ2011-0183/Zaidi

Analyse de la situation et principales difficultés

Le Pakistan est le seul pays d'endémie où le nombre de cas a augmenté entre 2013 et 2012. Cette augmentation a été de 60 % (le pays passant de 58 cas à 93 cas). Pour 60 des 93 cas signalés au Pakistan en 2013, la paralysie s'est déclarée entre septembre et décembre. Cette tendance s'est poursuivie au premier semestre de 2014 et, à la fin juin, 88 cas avaient été notifiés.

En outre, le pays est confronté à une flambée persistante de poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 (PVDVc2) (depuis août 2012), qui s'est traduite par 45 cas en 2013 et 16 cas en 2014 (à la fin juin).

Malgré l'augmentation du nombre des cas, la transmission du poliovirus sauvage continue à être géographiquement limitée dans le pays grâce à la mise en œuvre du plan d'action d'urgence national. Les zones réservoirs traditionnelles telles que le nord de la province de Sindh, le sud du Punjab et

la ville de Quetta, au Balouchistan, sont en grande partie débarrassées de la transmission autochtone.

En revanche, la vaste majorité des cas de poliomyélite notifiés au Pakistan en 2013 et chaque cas du premier trimestre 2014 ont été signalés dans des zones confrontées à des problèmes de vaccination dus à l'insécurité, aux attaques ciblant les agents de santé ainsi qu'à une interdiction de la vaccination antipoliomyélitique. La majeure partie des cas (à la fois de PVS et de PVDVc2) sont survenus dans les zones infectées des FATA et du Khyber Pakhtunkhwa (KP) et attestent de la transmission incontrôlée à la fois du poliovirus sauvage et du poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale, et de la propagation du virus vers des zones exemptes de poliomyélite à l'intérieur du Pakistan et au-delà des frontières.

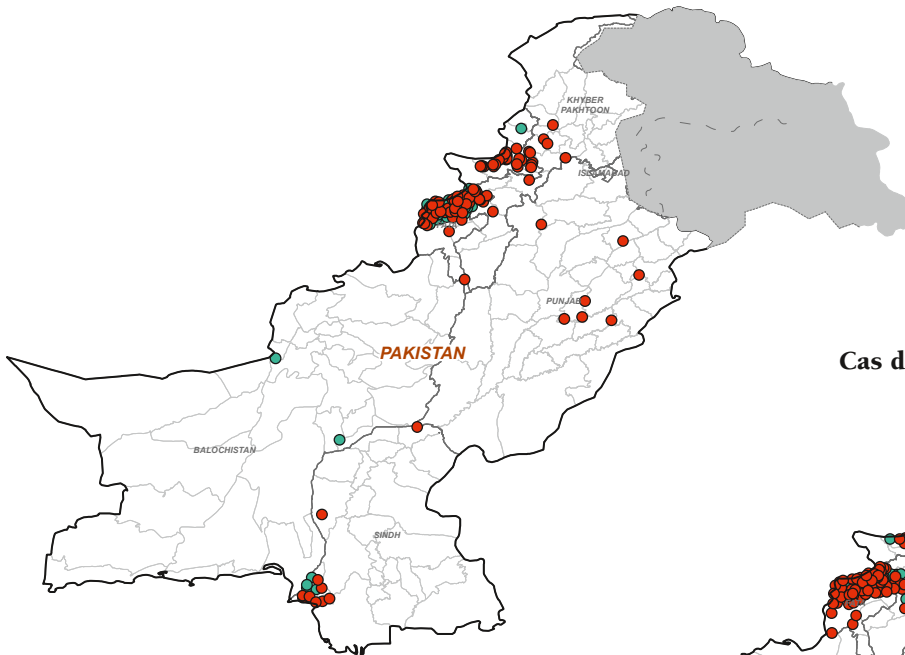
À la fin du mois de juin 2014, les zones tribales sous administration fédérale et le Khyber Pakhtunkhwa (KP) représentaient la zone la plus infectée au monde, avec 129 cas

répertoriés depuis septembre 2013 (sur un total de 241 cas dans le monde au cours de la même période).

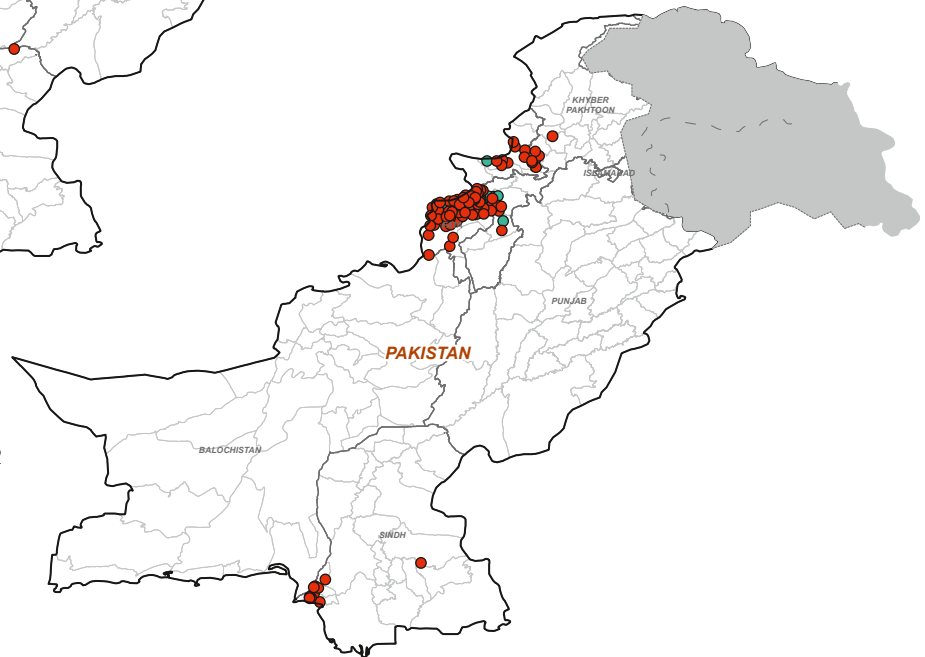
Les attaques ciblées contre des agents de santé dans les villes à haut risque du grand Karachi, dans la province de Sindh (Gadap, Baldia, Gulshen, Iqbal, Bin Qasim), et les obstacles aux interventions dans la ville de Quetta, au Balouchistan,

ont également abouti à des lacunes dans la vaccination des populations où le risque est élevé. Les échantillons environnementaux prélevés dans la ville de Quetta en 2014 se sont avérés positifs pour un virus lié génétiquement au virus détecté dans les échantillons prélevés en décembre 2013.

Cas de poliomyélite en 2013



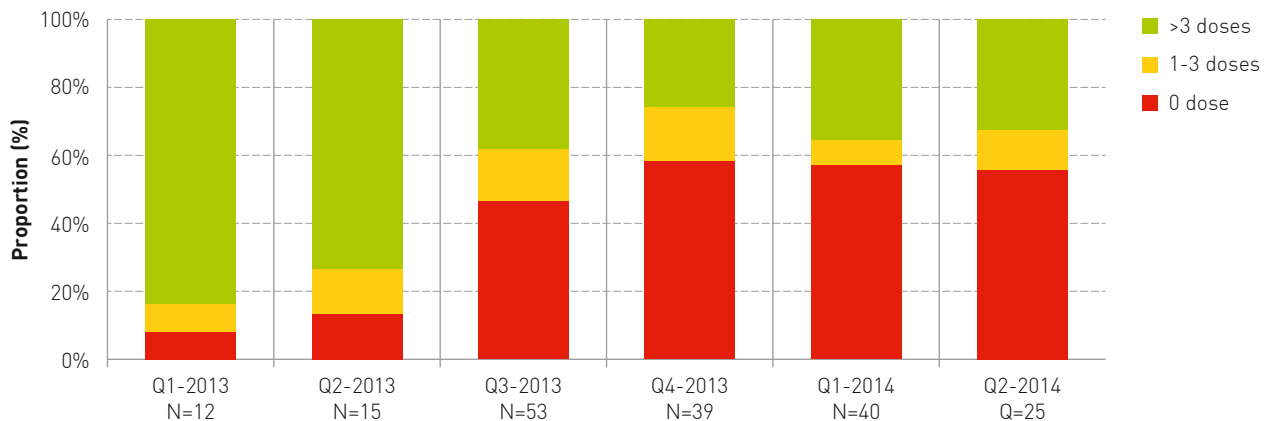
Cas de poliomyélite : janvier-juin 2014



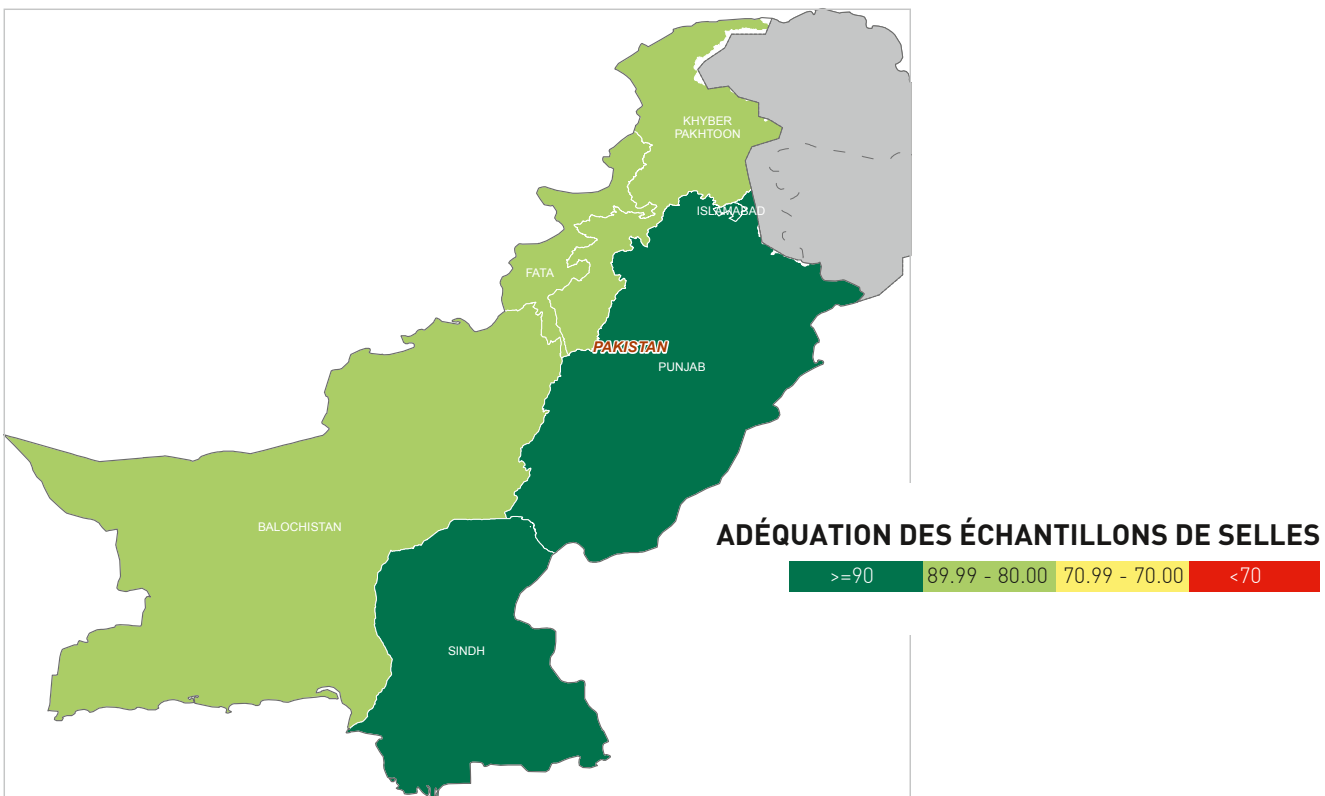
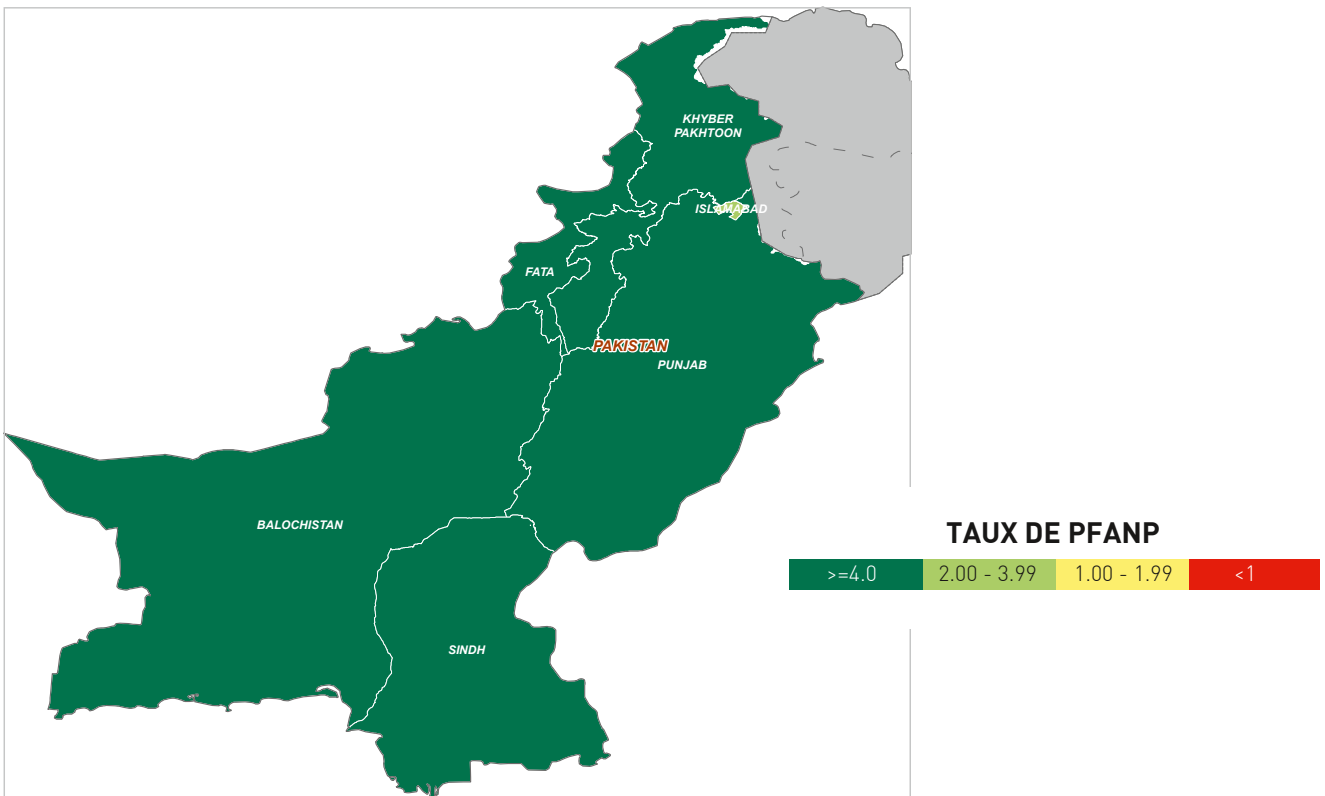
- Poliovirus sauvage de type 1
- Poliovirus sauvage circulant de type 2 dérivé d'une souche vaccinale

Baisse de la couverture vaccinale dans les FATA

Situation des cas de PFA non poliomyélitique au regard du VPO, enfants âgés de 6 à 35 mois



Sensibilité de la surveillance



Priorités et activités pour répondre aux principales difficultés en 2014

L'un des principaux objectifs en 2014 est de trouver les moyens de surmonter les obstacles qui, en 2013, ont empêché la vaccination de certains enfants. Par exemple, de nouvelles opérations offensives de vaccination, d'une journée, sont actuellement mises en œuvre pour atteindre les populations qui ont besoin du vaccin antipoliomyélitique et d'autres interventions sanitaires, et elles sont désormais élargies pour atteindre le centre du Khyber Pakhtunkhwa, Rawalpindi et jusqu'à Karachi. Négocier l'accès à des zones qui sont jusqu'à présent restées inaccessibles aux vaccinateurs continuera à être un objectif essentiel en 2014 et, dans le même temps, la vaccination aux points de transit permet d'atteindre les enfants sortant ou entrant dans les zones tribales sous administration fédérale et d'autres zones touchées par la maladie. Les déplacements massifs de population depuis le Nord Waziristan (demeuré inaccessible aux vaccinateurs depuis deux ans) représentent à la fois une chance à saisir et un défi à relever : bien que les personnes déplacées puissent potentiellement transmettre le virus, le programme atteint désormais des enfants – dont certains pour la première fois – restés auparavant inaccessibles.

Améliorer la portée et l'efficacité des campagnes de vaccination de masse dans les zones accessibles est toujours une priorité.

Dans cet objectif, le pays utilise une combinaison ciblée de VPOt, VPOb et, le cas échéant, VPI pour mettre un terme à la transmission à la fois du PVS et du PVDVc. De multiples campagnes sont organisées à intervalles rapprochés afin de renforcer rapidement l'immunité de la population, tandis que des activités de mobilisation sociale continuent de stimuler la demande dans la population. Au Khyber Pakhtunkhwa, on s'est efforcé de donner une nouvelle image de l'ensemble du programme pour accroître au maximum son impact sur le terrain. De plus en plus fréquemment, le vaccin poliomyélitique est aussi administré dans le cadre d'interventions sanitaires plus larges.

Enrayer le flux international de poliovirus en provenance du Pakistan est une autre priorité, et le pays met actuellement en œuvre une série de recommandations temporaires formulées par le Directeur général de l'OMS en mai 2014 en vertu du Règlement sanitaire international (2005). Autre mesure d'urgence, la cellule de suivi et de coordination pour l'éradication de la poliomyélite dirigée par le Premier Ministre est actuellement renforcée. La nouvelle cellule de suivi rassemblera une équipe multidisciplinaire et de nombreuses parties prenantes afin d'exécuter le programme d'éradication de la poliomyélite dans le pays avec la célérité requise pour une opération d'urgence, et elle travaillera en étroite collaboration avec les équipes spéciales au niveau provincial et les centres d'opérations d'urgence.

AFGHANISTAN



Un enfant reçoit le vaccin antipoliomyélitique. © WHO/ C. Black

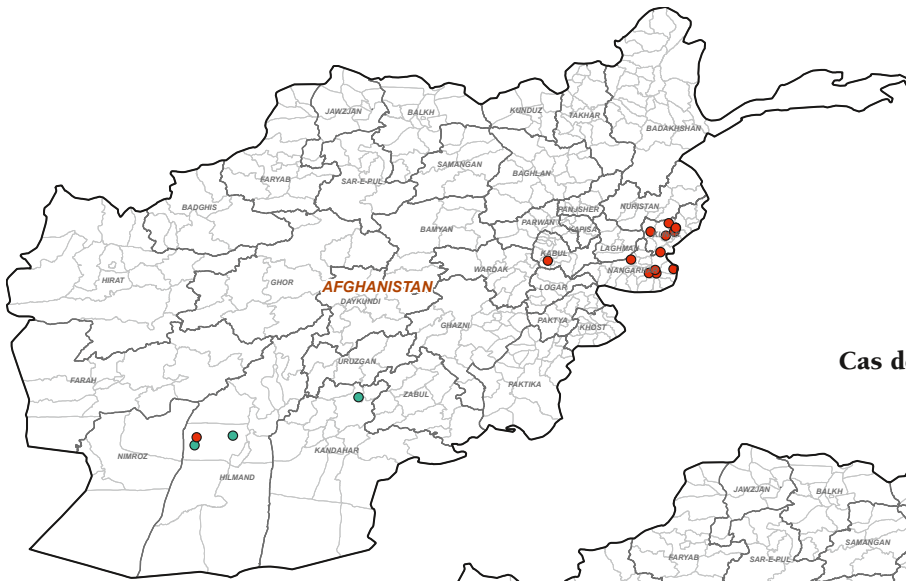
Analyse de la situation et principales difficultés

L'Afghanistan est parvenu à réduire de 62 % le nombre de cas en 2013 par rapport à 2012 ; la majorité des cas signalés dans le pays l'ont été dans la région est, et sont liés à la transmission transfrontalière avec le Pakistan. Des progrès notoires ont été accomplis dans la région sud, qui était auparavant la principale zone réservoir du virus dans le

pays et où la transmission endémique a régressé de manière significative.

Les principaux dangers auxquels les efforts d'éradication de la poliomyélite en Afghanistan sont confrontés proviennent de la transmission transfrontalière du virus depuis le Pakistan, des lacunes persistantes dans des zones clés de la région sud et de l'augmentation des opérations dans la région est.

Cas de poliomyélite en 2013

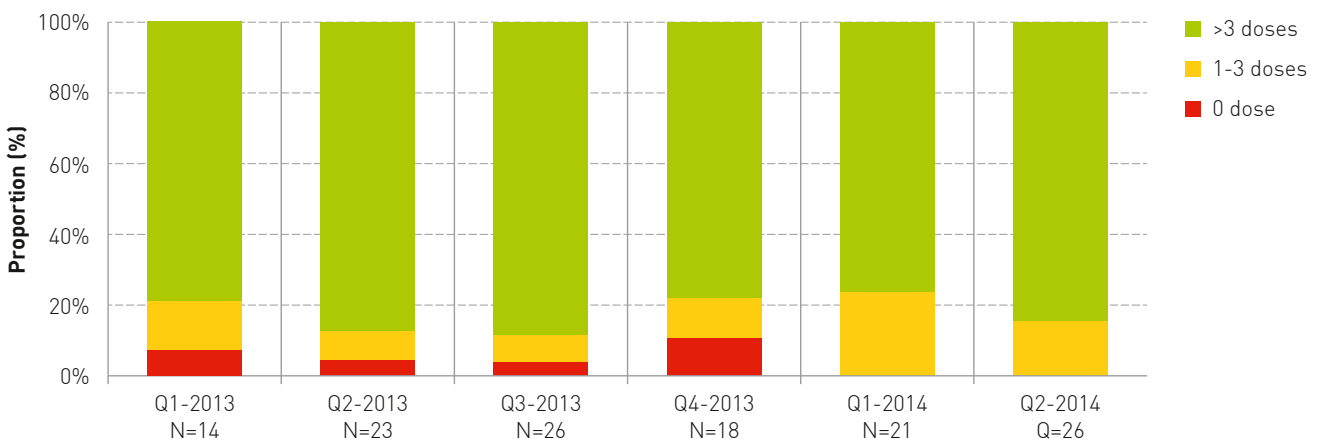


Cas de poliomyélite : janvier-juin 2014

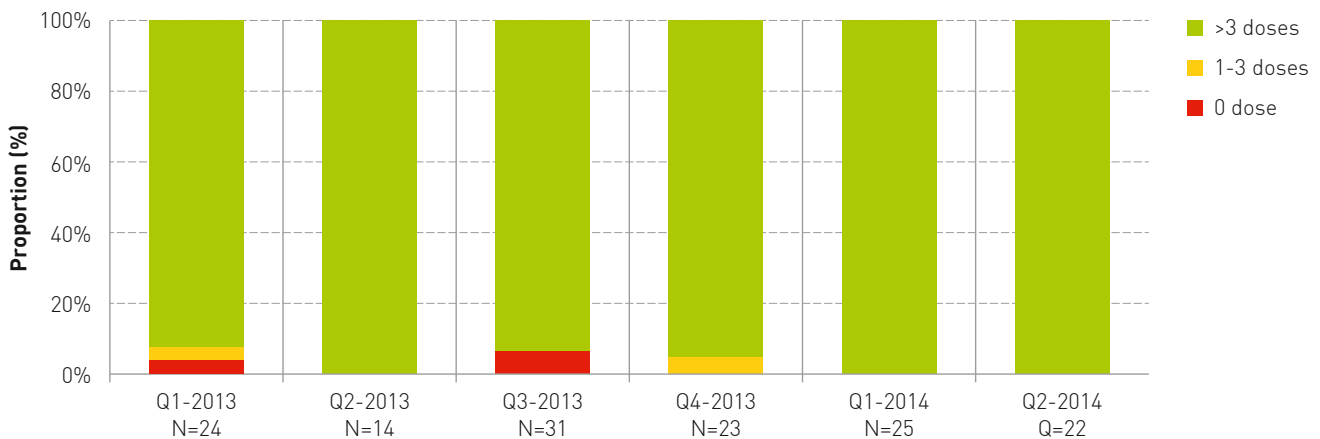


- Poliovirus sauvage de type 1
- Poliovirus sauvage circulant de type 2 dérivé d'une souche vaccinale

Situation au regard du VPO des cas de PFA non poliomyélitique dans les 11 districts aux résultats insuffisants de la région sud



Situation au regard du VPO des cas de PFA non poliomyélitique de la région est



Priorités et activités pour répondre aux principales difficultés en 2014

La toute première priorité en Afghanistan en 2014 consiste à interrompre la transmission endémique résiduelle dans la région sud. Cet objectif pourra être atteint en combinant formation, mobilisation sociale, renforcement du suivi des AVS avec une stratégie de répétition des visites pour s'assurer que de moins en moins d'enfants sont « oubliés » au cours de chacune des campagnes de vaccination. Après la suspension de la vaccination en mars 2014 dans certaines parties de la province d'Helmand, dans la région sud, les vaccinations ont repris en août.

Dans le même temps, le pays s'efforce de se protéger contre les réinfections répétées à partir de son voisin exportateur de la maladie, le Pakistan. Les problèmes de gestion dans la région est sont en cours de résolution, tandis que les travaux se poursuivent afin d'identifier plus clairement les populations à haut risque et de les atteindre. Fait important, la coordination transfrontalière avec le Pakistan a été réamorcée. Des stratégies

spéciales visent à atteindre et à vacciner les réfugiés qui traversent la frontière à partir de la région des FATA au Pakistan.

En dernier lieu, l'Afghanistan concentre ses efforts sur la protection de la majorité du pays qui est désormais exempte de poliomyélite. La surveillance de la maladie est renforcée et un calendrier offensif de campagnes de vaccination de masse est suivi (des périodes tampons étant prévues pour tenir compte d'éventuelles perturbations au cours de la période électorale). Le pays a également mis en place une stratégie globale de lutte contre les flambées pour répondre à la confirmation de tout cas de poliomyélite éventuel, où qu'il survienne et quelle qu'en soit la source, dans un délai de quatre semaines.

La surveillance environnementale, qui a fait l'objet d'essais à petite échelle depuis septembre 2013, sera fortement élargie.

Il sera indispensable de veiller à ce que la transition politique en 2014 n'ait pas de répercussions négatives sur les efforts d'éradication de la poliomyélite dans le pays.

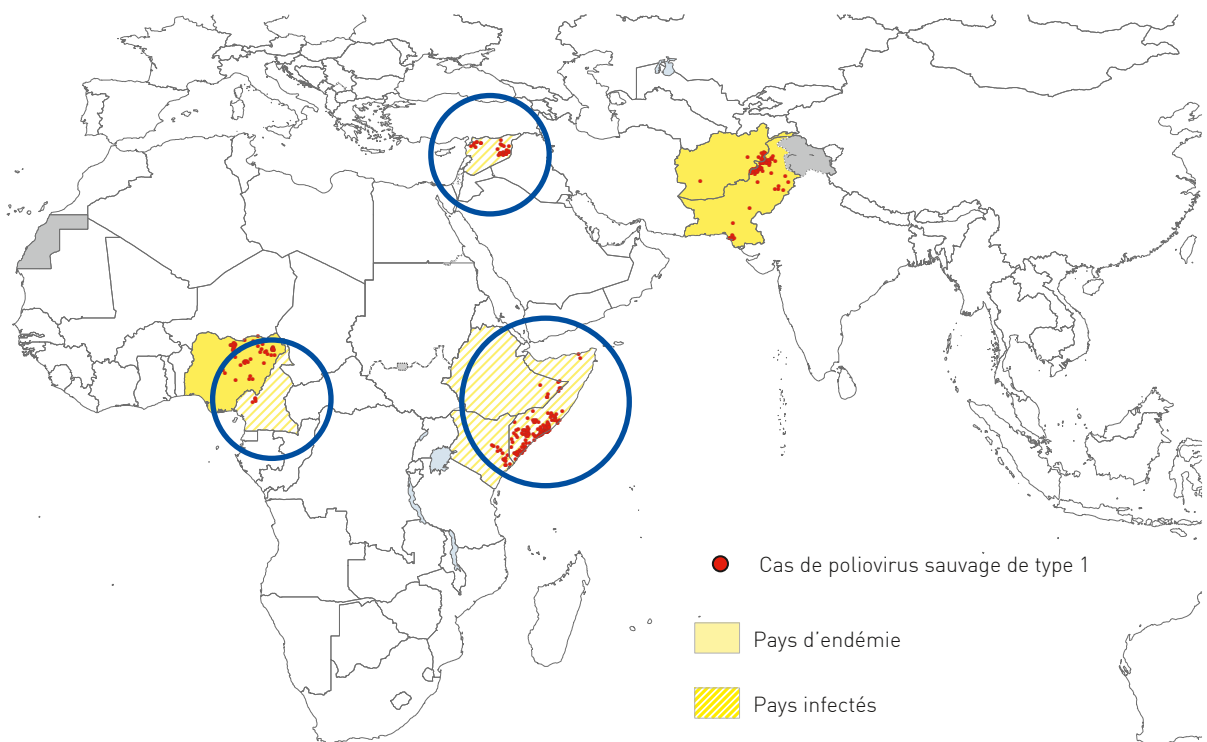
RIPOSTER EFFICACEMENT AUX FLAMBÉES

À la fin juin 2014, des flambées de poliomyélite sévissent en Afrique centrale (avec des cas confirmés au Cameroun et des cas consécutifs en Guinée équatoriale), dans la Corne de l'Afrique (avec des cas confirmés en Somalie, en Éthiopie et au Kenya) et au Moyen-Orient (avec des cas confirmés en Syrie et ultérieurement en Iraq, et des échantillons environnementaux positifs pour le PVS1 recueillis en Israël et en Cisjordanie et dans la Bande de Gaza).

Des plans complets de riposte d'urgence aux flambées au niveau régional sont actuellement mis en œuvre pour stopper rapidement ces trois flambées épidémiques.

Une contrainte majeure en 2013 a été l'incapacité d'atteindre tous les enfants au cours de la riposte aux flambées dans les zones clés, notamment dans le centre-sud de la Somalie et dans certaines zones du Moyen-Orient, notamment certaines parties de la Syrie. En outre, le risque pour d'autres zones dans la région est extrêmement élevé, du fait de l'ampleur des mouvements de population associés à ces trois flambées (et en particulier aux flambées dans la Corne de l'Afrique et au Moyen-Orient).

Carte : Trois zones de flambées épidémiques – cas en 2013



Analyse de la situation et principales difficultés

Moyen-Orient



*Des enfants syriens sont vaccinés contre la poliomyélite dans le camp de réfugiés de Za'atari en Jordanie
© Rotary International/J.M. Giboux*

À la suite de l'isolement d'un poliovirus sauvage de type 1 d'origine pakistanaise dans des échantillons environnementaux prélevés en Égypte (décembre 2012), en Israël et en Cisjordanie et dans la Bande de Gaza en 2013, des cas de poliomyélite dus à cette souche ont été confirmés en octobre dans la province de Deir Al Zour, en République arabe syrienne.

Dans les jours qui ont suivi la confirmation du fait qu'un poliovirus sauvage en provenance du Pakistan avait réussi à se frayer un chemin jusqu'en Syrie, les ministres de la santé de toute la région ont déclaré le 30 octobre que la poliomyélite constituait une urgence de santé publique régionale. Un plan stratégique multipays pour riposter à la flambée a été élaboré afin de vacciner plus de 22 millions d'enfants à plusieurs reprises dans les sept pays. Il s'agit des plus importantes mesures vaccinales de riposte contre la poliomyélite jamais organisées au Moyen-Orient et elles prévoient également de vacciner les réfugiés qui sont enregistrés comme vivant à l'intérieur ou à l'extérieur des camps de réfugiés, ainsi que les communautés qui les hébergent.

L'OMS et l'UNICEF continuent de coordonner leur action avec l'ensemble des acteurs humanitaires dans toutes les

régions, qu'ils soient sous l'autorité du gouvernement ou qu'ils contestent celle-ci, afin de s'assurer que les enfants sont vaccinés au cours des interventions de riposte aux flambées. La couverture continue à s'améliorer en Syrie : environ 2 millions d'enfants avaient été atteints au cours de la première campagne en octobre, et ils ont été plus de 3 millions en mars 2014. À la fin juin 2014, la Syrie n'avait plus notifié aucun cas depuis le 21 janvier 2014 ; le virus s'est toutefois propagé et est responsable de deux cas en Iraq, la paralysie s'étant déclarée le 7 avril 2014 pour le plus récent d'entre eux. La phase I de la riposte régionale à la flambée est désormais achevée et la phase II est en cours.

Cameroun et Afrique centrale

Au Cameroun, une flambée épidémique décelée pour la première fois en octobre 2013 s'est poursuivie en 2014 avec de nouveaux cas et une expansion géographique des zones infectées. Du fait de la persistance de la circulation du poliovirus au Cameroun, des lacunes dans la surveillance et d'un afflux de populations réfugiées vulnérables à partir de la République centrafricaine, l'OMS a revu à la hausse

son évaluation du risque de propagation internationale de la poliomyélite à partir du Cameroun, le considérant comme très élevé.

En avril 2014, les cas de PVS1 signalés en Guinée équatoriale ont été confirmés et leur lien avec la flambée au Cameroun établi. Un échantillon environnemental positif prélevé au

Brésil en mars 2014 s'est également révélé être lié au virus trouvé en Guinée équatoriale. Une riposte d'urgence à la flambée épidémique se poursuit au Cameroun et en Guinée équatoriale, ainsi que dans les zones voisines, notamment en République centrafricaine, au Gabon et en République du Congo.

Corne de l'Afrique



En Somalie, des enfants montrent fièrement le bout de leur doigt tâché d'encre prouvant qu'ils ont bien été vaccinés par le VPO
© WHO/O. Mach

En mai 2013, un cas de PVS1 a été confirmé à Banadir, en Somalie : il s'agissait du premier cas de poliomyélite dans le pays depuis 2007. Le virus s'est propagé rapidement, causant finalement 194 cas en Somalie, 14 cas au Kenya (aucun depuis juillet) et 9 cas en Éthiopie en 2013. La flambée épidémique s'est poursuivie en 2014, avec un cas supplémentaire confirmé en Éthiopie et 4 autres en Somalie.

Des mesures sans précédent de riposte à la flambée ont été mises en place dans l'ensemble de la Corne de l'Afrique et ont permis de renforcer rapidement les niveaux d'immunité et de mettre un terme à la transmission dans l'épicentre de la flambée, Banadir. Toutefois, l'accès à 500 000 enfants – un nombre considérable – dans le centresud de la Somalie reste

compromis, et de graves lacunes persistent dans la qualité des interventions dans la région somalie de l'Éthiopie.

Priorités et activités pour répondre aux principales difficultés en 2014

Dans la Corne de l'Afrique, en 2014, la riposte à la flambée transrégionale se poursuit, l'accent étant mis en particulier sur l'augmentation de la couverture vaccinale parmi les populations mobiles. Les efforts déployés visent aussi à accroître la qualité des campagnes de vaccination dans la région somalie de l'Éthiopie. Le nombre des équipes de vaccination aux points de transit est renforcé, en particulier

autour des zones inaccessibles du centre-sud de la Somalie, et l'on s'attache sans relâche à veiller à ce que les populations exemptes de poliomyélite mais à haut risque (au Soudan du Sud et au Yémen) bénéficient de la protection octroyée par le vaccin antipoliomyélitique.

La phase II de la riposte à la flambée au Moyen-Orient tire parti des avancées obtenues au cours de la phase I. Une attention particulière est accordée au cours de cette seconde phase à l'amélioration de la surveillance et à la coordination avec l'ensemble des acteurs humanitaires et des organismes des Nations Unies pour atteindre les enfants qui, d'une manière récurrente, n'ont pu être atteints par les précédentes campagnes de vaccination. Les outils et les tactiques mis au point pour administrer le vaccin antipoliomyélitique aux enfants victimes de la crise en Syrie seront aussi de plus en plus fréquemment utilisés pour leur permettre de bénéficier d'autres vaccins vitaux et d'interventions sanitaires. En Iraq, des consultants nationaux sont employés pour contribuer à l'amélioration des résultats du programme malgré l'insécurité.

Dans le même temps, en Afrique centrale, en 2014, les enseignements tirés de la flambée qui a frappé le Moyen-Orient sont utilisés pour rassembler les pays et les agences partenaires afin de mettre pleinement en œuvre des activités de riposte globales à la flambée, notamment en ciblant les zones difficiles à atteindre et les populations mobiles. Les lacunes dans la surveillance au niveau infranational seront identifiées et corrigées, et il sera remédié aux carences dans la qualité des opérations moyennant un programme de formation complet à l'utilisation des microplans.

Conformément aux recommandations formulées par le Comité de suivi indépendant dans son rapport de mai 2014, l'IMEP renforce ses capacités de riposte aux flambées épidémiques. Elle aura pour principale tâche de consolider sensiblement les modes opératoires normalisés de façon à garantir l'homogénéité de la qualité des ripostes à toute flambée future. Un document déterminant sur la question, qui inclut une série de recommandations telles que la gestion

des flambées en fonction d'une série de zones définies selon les niveaux de risque, a été adopté par le Conseil de surveillance de la poliomyélite, le 20 juin 2014.



Une mère et son enfant en République démocratique du Congo – l'un des 10 pays où le risque de transmission du poliovirus sauvage est le plus élevé © WHO/ C. Lamoureux

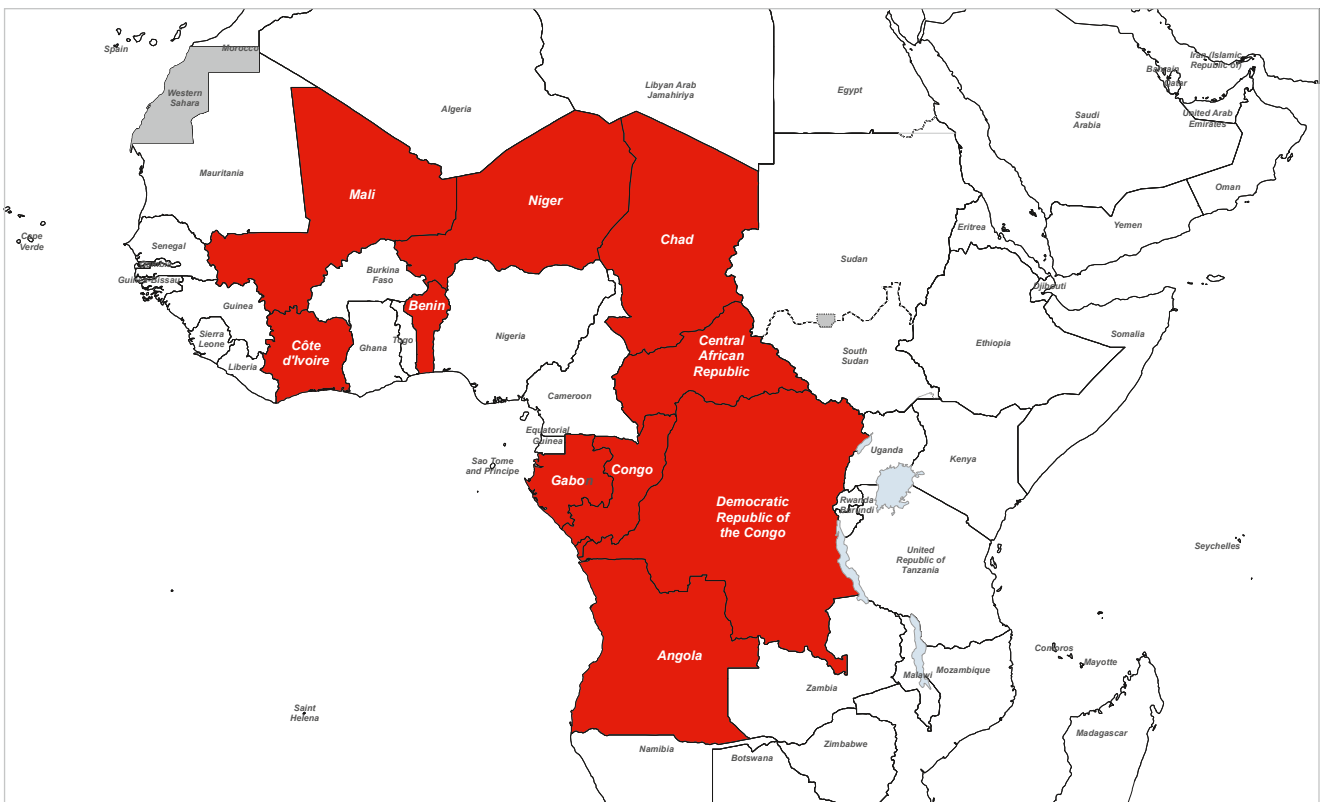
PROTÉGER LES ZONES EXEMPTES DE POLIOMYÉLITE

Tant que la poliomyélite n'aura pas été éradiquée des dernières zones infectées, les flambées continueront à représenter une menace omniprésente.

Le partenariat que constitue l'IMEP examine régulièrement les zones où existe un risque particulier de réinfection, en fonction des données passées relatives à la propagation du poliovirus, des liens géopolitiques et socioéconomiques avec les zones infectées, et des niveaux globaux de protection de la population. Une liste des pays « à haut risque », particulièrement vulnérables aux flambées de poliomyélite, a également été établie et des mesures mises en œuvre pour lutter contre ces risques. Une équipe de soutien sera créée pour chaque nouveau pays « à haut risque » figurant sur la « liste rouge » et les pays où le risque est considéré comme particulièrement élevé seront prioritaires pour l'attribution des ressources et des moyens déployés au niveau mondial.

En outre, un ensemble de recommandations temporaires ont été établies par le Directeur général de l'OMS en vertu du Règlement sanitaire international (2005) ; elles sont entrées en vigueur le 5 mai 2014 afin de contribuer à limiter la propagation internationale. Aux termes de ces recommandations, tous les habitants et les visiteurs en séjour de longue durée dans les pays exportateurs de la poliomyélite (à la fin de juillet 2014 : le Cameroun, la Guinée équatoriale, le Pakistan et la Syrie) doivent se voir administrer une dose de vaccin antipoliomyélitique et délivrer une attestation de vaccination, au moins quatre semaines et jusqu'à 12 mois avant tout voyage international. Il est aussi conseillé aux autres pays touchés par la poliomyélite d'encourager leurs voyageurs à se faire vacciner avant tout départ.

Pays « à haut risque » – particulièrement vulnérables aux flambées de poliomyélite



Situation en juin 2014

SOUTIEN NATIONAL ET RÉGIONAL



Réunion des dignitaires islamiques sur l'éradication de la poliomyélite en mars 2013. © WHO/Bassem JH

En 2013, pour résoudre les problèmes d'inaccessibilité, les dirigeants des communautés locales ont pris la tête des efforts visant à renforcer le soutien local et international en faveur de la vaccination antipoliomyélitique.

Le rôle directeur joué par la communauté islamique a été particulièrement remarqué. En mars 2013, une consultation des hauts dignitaires musulmans a eu lieu en Égypte à l'initiative du Grand Imam de la Mosquée Al-Azhar, et a donné naissance au Groupe consultatif islamique pour l'éradication de la poliomyélite. Le Groupe a souligné que protéger leurs enfants de la maladie était pour les parents un devoir religieux ; il a réaffirmé l'innocuité et la qualité du vaccin, l'impartialité et la nature apolitique des campagnes de vaccination, et l'obligation de protéger les agents de santé. En décembre, l'Éminent dignitaire religieux pakistanais, Maulana Sami-ul-Haq, a émis une fatwa appelant les parents à faire vacciner leurs enfants.

En février 2014, les principaux dignitaires islamiques du monde ont déclaré, sous l'égide du Grand Imam de la Sainte Mosquée de la Mecque, que la protection contre les maladies est obligatoire et admissible en vertu de la charia islamique, et que toute action qui va à l'encontre de ces mesures préventives et nuit à l'humanité est contraire à l'islam. Les dignitaires ont adopté la « Déclaration de Djedda », ainsi qu'un plan d'action ciblé de six mois pour lutter contre les principaux obstacles aux efforts d'éradication de la poliomyélite dans les dernières zones endémiques du monde islamique : une interdiction des vaccinations

et un manque d'accès aux enfants dans certaines régions, des attaques mortelles ciblant les agents de santé et les idées fausses répandues dans certaines communautés sur les campagnes de vaccination de masse.

Favoriser l'appropriation au niveau national en 2014

La priorité absolue en 2014 consiste à veiller à ce que les opérations soient nettement renforcées afin d'atteindre les enfants qui jusque-là étaient restés inaccessibles et de continuer à lutter contre les problèmes chroniques de qualité. Dans le même temps, une attention accrue sera portée à la mise en œuvre de mesures supplémentaires pour limiter une nouvelle propagation internationale du poliovirus.

Pour atteindre cet objectif, il faut dans tous les pays infectés une totale prise en main du programme d'éradication par les autorités nationales, moyennant un profond engagement de tous les ministères et départements pertinents, et la responsabilisation des autorités locales afin qu'elles soient pleinement redevables des activités de lutte contre la poliomyélite. Dans les zones où prévaut l'insécurité et qui sont touchées par les conflits, accéder aux enfants et les vacciner nécessitera en outre la mobilisation sans faille des organes internationaux concernés, des chefs religieux et des autres acteurs ayant une influence dans ces régions. La collaboration avec les acteurs humanitaires au sens large est actuellement renforcée, et des plans opérationnels spécifiques à certaines zones sont élaborés pour lutter contre les risques et s'adapter aux contextes locaux.



OBJECTIF 2 | RENFORCEMENT DES SYSTÈMES DE VACCINATION ET RETRAIT DU VPO

Depuis la mi-avril 2013, les principaux partenaires de l'IMEP et l'Alliance GAVI ont coordonné leurs travaux sur l'objectif 2 par l'intermédiaire du Groupe de gestion des systèmes de vaccination (IMG). L'objectif de ce groupe est d'utiliser les forces complémentaires de chaque organisme pour veiller à ce que, dans l'optique de la préparation au retrait du VPO de type 2 des calendriers de vaccination systématique (c'est-à-dire du passage du VPO trivalent au VPO bivalent) et finalement du retrait du VPO, l'on parvienne à introduire le vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI) en utilisant les plans d'introduction de vaccins existants pour d'autres vaccins. Parallèlement, les travaux du Groupe sont axés sur le soutien au renforcement des services de vaccination systématique dans 10 pays cibles moyennant l'utilisation des ressources humaines financées par la lutte contre la poliomyélite, et une plus grande coordination entre l'IMEP, l'Alliance GAVI et les programmes de vaccination systématique.

Soutien à l'introduction du VPI

Plusieurs politiques et processus essentiels au niveau mondial ont été adoptés en 2013 pour soutenir l'introduction d'au moins une dose de VPI dans les systèmes de vaccination systématique – une stratégie importante pour atténuer les risques associés au retrait du VPO de type 2. Le Groupe consultatif stratégique d'experts de la vaccination (SAGE) a formulé des recommandations appelant tous les pays à introduire au moins une dose de VPI dans les calendriers de vaccination systématique avant la fin de 2015, dose devant dans l'idéal être administrée à ou après l'âge de 14 semaines, en plus des doses de VPO existantes. Le SAGE a recommandé que tous les pays qui utilisent actuellement uniquement le VPO disposent d'un plan d'introduction du VPI d'ici fin 2014.

Le Conseil de l'Alliance GAVI a, lors de sa réunion de novembre 2013, approuvé le soutien à l'introduction du VPI pour l'ensemble des 73 pays qui peuvent bénéficier de l'aide de l'Alliance et des pays qui changent de catégorie. Ce soutien prévoit un processus de demande rationalisée, un financement complet pour une dose de VPI (sans obligation de cofinancement) et une subvention ponctuelle à l'introduction du vaccin de US \$0,80 par enfant.

En outre, la Division des approvisionnements de l'UNICEF a lancé un appel d'offres pour l'achat de jusqu'à 580 millions de doses de VPI, pour couvrir à la fois le marché de l'Alliance GAVI et celui des pays à revenu intermédiaire. L'appel d'offres vise à obtenir des prix abordables, un emballage approprié et différents choix de présentation, un approvisionnement

durable et un marché sain. En février 2014, l'UNICEF a annoncé un prix d'achat de €0,75 par dose (approximativement US \$1 au taux de change actuel) en flacons de 10 doses pour les pays pouvant bénéficier du soutien de l'Alliance GAVI, et un prix de €1,49-2,40 par dose (environ US \$2,04-3,28 au taux de change actuel) pour les pays à revenu intermédiaire. L'UNICEF a également passé commande de flacons de cinq doses au prix de US \$1,90 par dose à la fois pour les pays à revenu faible et les pays à revenu intermédiaire, qui devraient être disponibles à partir du quatrième trimestre de 2014.

Renforcement de la vaccination systématique

Un programme de travail conjoint a débuté avec l'Alliance GAVI en 2013 afin de contribuer au renforcement des systèmes de vaccination systématique dans les 10 pays prioritaires identifiés dans le Plan pour la phase finale, qui abritent la plupart des enfants sous-vaccinés dans le monde et où l'on trouve une bonne infrastructure en ressources humaines financée par l'IMEP (Afghanistan, Angola, Éthiopie, Inde, Nigéria, Pakistan, République démocratique du Congo, Somalie, Soudan du Sud et Tchad). Ce programme de travail tire parti des investissements réalisés par l'Alliance GAVI dans le renforcement des systèmes de santé et de l'importante assistance technique déployée par l'intermédiaire de l'IMEP. En 2013, les plans de vaccination dans six de ces pays ont été revus et révisés pour aligner ces ressources (Éthiopie, Inde, Nigéria, Pakistan, République démocratique du Congo et Tchad).

Préparation du passage du VPOt au VPOb

En 2013, le Groupe de gestion des systèmes de vaccination a poursuivi les travaux préparatoires pour le passage du VPO trivalent au VPO bivalent. Cinq critères ont été adoptés pour évaluer l'état de préparation à un retrait mondial du VPO de type 2 dès 2016 :

1. introduction d'au moins une dose de vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI) dans les pays utilisant actuellement uniquement le VPO ;
2. accès à un vaccin antipoliomyélitique oral bivalent homologué pour la vaccination systématique ;
3. mise en application de protocoles de surveillance et d'intervention pour le poliovirus de type 2 (y compris la constitution d'un stock de vaccin antipoliomyélitique oral monovalent de type 2) ;
4. achèvement des activités d'endiguement du poliovirus de la phase I, avec une prise en charge appropriée des matériels résiduels de type 2 ; et
5. vérification de l'éradication mondiale du poliovirus sauvage de type 2.

Le feu vert pour le passage du VPO trivalent au VPO bivalent sera donné lorsque l'absence de tout PVDVc de type 2 aura été confirmée pendant au moins six mois.

Les principes de la riposte à toute flambée de type 2 ont été approuvés par le SAGE en novembre 2013. Il a été décidé que les interventions en riposte aux flambées devaient utiliser à la fois le VPO monovalent de type 2 et le VPI afin d'établir ou de stimuler rapidement l'immunité dans la population autour de la zone d'intervention, et d'empêcher l'émergence d'un poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale. L'utilisation du VPOM2 est nécessaire pour induire l'immunité intestinale chez les personnes qui n'ont pas été vaccinées contre le poliovirus de type 2 auparavant.

Les plans pour 2014

L'ensemble des bureaux régionaux de l'OMS et de l'UNICEF ont commencé à informer les pays sur l'introduction du VPI et le renforcement de la vaccination systématique, notamment par l'intermédiaire de séances spécifiques consacrées à l'introduction du VPI lors de réunions de groupes de travail au niveau des responsables du Programme élargi de vaccination et au niveau régional au début de 2014. À la mi-2014, 82 des 126 pays n'utilisant que le VPO avaient mis en place des plans pour l'introduction du VPI en 2015.

En janvier 2014, une lettre conjointe aux ministres de la santé de tous les pays n'utilisant que le VPO a été envoyée par le Directeur général de l'OMS, le Directeur exécutif de l'UNICEF et, le cas échéant, le Directeur de l'Alliance GAVI pour souligner l'importance de l'introduction du VPI et rappeler la recommandation du SAGE concernant les calendriers d'introduction du VPI et les délais de planification. En outre, en juin 2014, le Conseil de surveillance de la poliomyélite a approuvé la mise à disposition d'un soutien financier – pour une durée limitée – aux pays ne bénéficiant pas de l'aide de l'Alliance GAVI, en fonction de leurs besoins et du risque de réinfection. Les travaux se poursuivent pour mettre au point et homologuer de nouveaux produits et de nouvelles approches pour le vaccin inactivé contre le poliovirus, qui pourraient à moyen terme permettre une nouvelle baisse du coût du vaccin antipoliomyélitique inactivé (au-delà de 2018).

Pour soutenir la prise de décisions et la planification de l'introduction dans les pays, une cartographie de la situation réglementaire actuelle au regard du VPI et des processus de réglementation dans les pays n'utilisant que le VPO est en cours. Les travaux pour évaluer les capacités de la chaîne du froid et l'état de préparation se poursuivent, l'accent étant mis sur les pays des groupes 1 et 2 de l'Alliance GAVI ainsi que sur d'éventuels pays prêts à une introduction rapide. Ce travail permettra de cartographier les besoins en soutien technique et d'établir des priorités dans les moyens à déployer afin de garantir que tous les pays puissent satisfaire aux délais requis.

En outre, l'OMS s'efforce d'accélérer le processus d'homologation du VPOb avant le passage du VPOt au VPOb. Cela impliquera un changement d'étiquetage du VPOb dans les programmes de vaccination systématique approuvés par les autorités de réglementation nationales pertinentes et la présentation à l'OMS d'un dossier d'homologation modifié pour le VPOb présélectionné par l'Organisation. Ultérieurement, pour tous les pays utilisant le VPO dans le cadre de leurs propres procédures d'homologation, l'OMS apportera une aide pour veiller à un passage en temps voulu du VPOt au VPOb dans la vaccination systématique.

Parmi les autres travaux en cours en 2014 dans l'optique du passage du VPOt au VPOb figurent le recueil de données pour vérifier l'éradication du PVS2, le catalogage des installations de laboratoire qui manipulent et stockent le PVS2, l'élargissement de la surveillance environnementale pour une détection précoce de tout poliovirus de type 2 et la constitution d'un stock de 500 millions de doses de VPOM2.



OBJECTIF 3 | CONFINEMENT ET CERTIFICATION

C'était un moment que beaucoup attendaient depuis des décennies : en mars 2014, la Région OMS de l'Asie du Sud-Est a été certifiée exempte de poliomyélite. Les quatre Régions de l'OMS exemptes de poliomyélite (Amériques, Europe, Asie du Sud-Est et Pacifique occidental) abritent, au total, 80 % de la population mondiale.

Les progrès accomplis vers le confinement du PVS en laboratoire sont tout aussi importants. Fin 2013, tous les États Membres de l'OMS avaient établi un inventaire des laboratoires et des établissements qui détiennent du matériel infectieux ou potentiellement infectieux, à l'exception de deux pays de la Région de la Méditerranée orientale (le Pakistan et l'Afghanistan) et de 37 pays de la Région africaine. C'est la « phase I » du confinement en vue de préparer à terme le confinement de l'ensemble des poliovirus sauvages et des poliovirus vivants dérivés de la souche Sabin, en commençant par les poliovirus de type 2 dans le contexte du retrait prévu du VPO de type 2 (le « passage du VPOt au VPOb »).

Les plans pour 2014

La Commission mondiale de certification de l'éradication de la poliomyélite se réunira à nouveau fin 2014 et, dans le cadre des préparatifs en vue du retrait progressif du VPO, elle examinera les données provenant des six Régions de l'OMS pour déterminer si elles suffisent à conclure formellement que le poliovirus sauvage de type 2 (PVS2) a été éradiqué à l'échelle mondiale.

Le projet de *plan d'action mondial visant à réduire au minimum le risque d'exposition au poliovirus associé aux établissements après l'éradication des poliovirus sauvages et l'arrêt de la vaccination systématique par le VPO (GAPIII)* présente les conditions à respecter pour la gestion des risques biologiques que représentent la manipulation et le stockage des poliovirus

sauvages, souche Sabin et dérivés d'une souche Sabin après l'éradication des poliovirus par type et l'arrêt progressif de l'utilisation systématique du VPO. Pour 2014, l'un des principaux objectifs du programme de travail relatif au confinement du poliovirus sera d'actualiser le *GAPIII* afin d'y intégrer les risques, les activités et les stratégies qui figurent dans le Plan pour la phase finale, en particulier grâce au calendrier de retrait progressif du VPO et en exigeant l'accès au VPI au niveau mondial. Le plan actualisé sera largement diffusé en vue de consultations publiques et de consultations spécifiques auprès des fabricants de vaccins en 2014 et devrait être finalisé d'ici la fin de l'année.

En ce qui concerne la certification de l'éradication de la poliomyélite, il faudra, au deuxième semestre 2014, aider les derniers pays concernés dans la Région africaine de l'OMS à achever la « phase I » du confinement et progresser vers la certification régionale dans la Région de la Méditerranée orientale et la Région africaine. L'une des priorités pour 2014 dans toutes les Régions sera de parvenir durablement à une surveillance de la PFA de qualité suffisante pour la certification, afin de détecter toute apparition du PVDVc et d'y répondre, après le retrait progressif prévu du VPO.

Dans la Région des Amériques, une « Commission de confirmation de l'éradication de la poliomyélite dans les Amériques » a été rétablie et un président a été nommé ; cette nouvelle commission devrait débiter ses travaux en 2014.



OBJECTIF 4 | PLANIFICATION DE LA TRANSMISSION DES ACQUIS

Le principal objectif de la planification de la transmission des acquis est de faire en sorte que les investissements consentis en faveur de l'éradication de la poliomyélite servent à atteindre d'autres objectifs de développement grâce à un programme de travail global destiné à enregistrer et à transmettre les connaissances, les enseignements et les atouts de l'IMEP.



Administration d'un comprimé de médicament antiparasitaire à un enfant pendant une campagne de vaccination contre la poliomyélite. Un élément essentiel de la planification de la transmission des acquis consiste à faire en sorte que les ressources consacrées à la lutte contre la poliomyélite puissent servir à mettre en œuvre d'autres mesures essentielles en faveur de la santé.
© Rotary International/A. Henson

En 2013, l'IMEP a créé un groupe de travail chargé de gérer l'élaboration d'un plan de transmission des acquis. Ce groupe, placé sous l'autorité du Comité d'orientation sur la poliomyélite, est actuellement composé de représentants de chacun des principaux partenaires de l'IMEP mais il envisagera d'ouvrir le groupe à d'autres membres au fur et à mesure de l'évolution de ses activités. Le plan de travail élaboré par le groupe prévoit un calendrier pour des consultations et la mise au point d'une base de données factuelles qui serviront à obtenir le principal résultat attendu : un cadre mondial de transmission des acquis. Il est prévu

de soumettre ce document à l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2015. Cette approche a été présentée au Groupe des partenaires de l'éradication de la poliomyélite en novembre 2013 afin qu'il donne son opinion.

En outre, fin 2013, à l'occasion des réunions des comités régionaux, l'IMEP a sollicité l'avis des États Membres sur la planification de la transmission des acquis en leur présentant les trois scénarios potentiels suivants :

1. clôture du programme puis enregistrement et diffusion des enseignements et des connaissances mais sans utilisation ultérieure des atouts et des ressources de l'IMEP ;

2. clôture du programme puis transmission des enseignements, des atouts et des ressources de l'IMEP afin que des programmes nationaux, régionaux et mondiaux prioritaires puissent en bénéficier ; et
3. clôture du programme puis création d'une nouvelle initiative qui utiliserait les enseignements, les atouts et les ressources de l'IMEP.

Bien que tous les comités régionaux n'aient pas pu inscrire la planification de la transmission des acquis à leur ordre du jour, le Comité régional pour l'Afrique a indiqué qu'il préférerait le deuxième scénario, qui permettrait de préserver et d'exploiter les acquis de l'IMEP.

Les plans pour 2014

Consultations

Le groupe de travail chargé de la planification de la transmission des acquis lancera des consultations plus approfondies en 2014. Le but de ces consultations sera de solliciter les contributions sur les orientations générales de la planification de la transmission des acquis, de savoir ce que pensent les parties prenantes des capacités du programme et des connaissances qu'il représente et d'indiquer au groupe de travail des orientations qui pourraient être bénéfiques pour d'autres priorités sanitaires.

Dans le cadre de ces consultations, le groupe de travail collaborera avec des initiatives sanitaires et des bailleurs de fonds qui ont déjà manifesté un intérêt pour la transmission des acquis. Ainsi, la Banque mondiale et la MDG Health Alliance ont émis le souhait d'étudier les avantages potentiels d'une utilisation des ressources consacrées à la poliomyélite après l'éradication de la maladie. D'autres initiatives en faveur du développement, y compris celles participant au renforcement des systèmes de santé et de la vaccination systématique, seront également consultées.

En général, la planification détaillée de la transmission débutera seulement une fois que le cadre mondial aura été mis au point (en mai 2015) car la transmission des acquis ne doit pas détourner les pays des efforts d'éradication. Toutefois, certains pays qui disposent de ressources importantes pour lutter contre la poliomyélite pourraient avec profit consacrer une partie d'entre elles à d'autres priorités sanitaires. L'IMEP collaborera, le cas échéant, avec les pays pour mettre au point des plans de transition. Ce travail sera effectué en coordination avec les efforts en cours dans le cadre de l'objectif 2 du Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale, consistant à renforcer la vaccination systématique à l'aide des ressources consacrées à la poliomyélite et des connaissances acquises à cet égard.

L'IMEP consultera également plusieurs pays et plusieurs personnes dans des Régions exemptes de poliomyélite. Les enseignements et les connaissances de ceux qui ont

éradiqué la maladie et ont permis à leur pays de rester exempt de poliomyélite apporteront une contribution importante à la base de connaissances que le programme de lutte contre la poliomyélite peut partager avec d'autres initiatives, pays et donateurs. Un large inventaire des atouts et des ressources sera effectué.

Réflexion sur les enseignements et les capacités

De nombreuses consultations seront l'occasion de présenter, examiner et affiner la conception initiale de l'IMEP sur les « enseignements tirés » pendant plus de 25 ans d'activité, ainsi que les capacités du programme. Le groupe de travail établit actuellement des rapports sur ces deux aspects et il en communiquera un projet aux parties prenantes pour qu'elles donnent leur opinion. L'une des réussites majeures de l'IMEP est notamment d'être parvenue à proposer aux communautés sous-desservies des interventions vitales.

Élaboration d'un cadre mondial de transmission des acquis

Les résultats des consultations et la réflexion menée sur les enseignements et les connaissances serviront à élaborer un projet de cadre mondial de transmission des acquis. Il sera destiné à réunir tous les aspects de la transmission des acquis, à présenter un consensus sur la question, à indiquer comment les ressources consacrées à la lutte contre la poliomyélite et les connaissances dans ce domaine peuvent être utilisées pour d'autres priorités sanitaires et peuvent servir à certains pays qui planifient leur propre transmission des acquis.

Planification des ressources à long terme, y compris des ressources humaines

La planification de la transmission des acquis influera sur et dépendra de la planification à long terme des ressources humaines à l'OMS et à l'UNICEF – les deux partenaires qui emploient le plus grand nombre de membres du personnel de l'IMEP. La planification de la transmission des acquis devra tenir compte des résultats de la planification des ressources (y compris des ressources humaines) pour trois périodes distinctes de l'initiative, qui exigent différents niveaux d'effectifs, différentes compétences et d'autres ressources :

1. jusqu'à l'interruption de la transmission (prévue pour 2015) ;
2. au moment de la certification (2018-2019) ; et
3. après la certification.

Ceci comprendra l'intégration des fonctions essentielles dans les structures qui resteront en place après l'éradication. Une fois que ces plans auront été mis au point, ceux qui participent à la planification de la transmission des acquis aux niveaux mondial, régional et national seront mieux placés pour planifier, à terme, l'utilisation des ressources pour d'autres priorités.

FINANCEMENT DU PLAN POUR LA PHASE FINALE



Des dirigeants mondiaux manifestent leur soutien en faveur de l'éradication de la poliomyélite au Sommet mondial sur les vaccins, à Abu Dhabi en avril 2013 © Bill & Melinda Gates Foundation/J. Ose

Le nouveau plan pour l'éradication a été dévoilé le 25 avril 2013, pendant le Sommet mondial sur les vaccins à Abu Dhabi. Faisant preuve d'une confiance et d'un soutien extraordinaires, des dirigeants mondiaux, des nations donatrices, des philanthropes privés et des pays touchés par la poliomyélite se sont engagés à verser plus de US \$4 milliards pour participer au financement du Plan, qui devrait coûter US \$5,5 milliards sur six ans. Ils ont également appelé la communauté des donateurs à s'engager, à l'avance, à verser 1,5 milliard afin que le Plan puisse être intégralement financé.

Le 25 juin 2013, le Rotary International et la Fondation Bill & Melinda Gates ont annoncé une extension de leur partenariat pour la levée de fonds. Conformément au nouvel accord, annoncé à Lisbonne pendant la Convention 2013 du Rotary International, la Fondation Bill & Melinda Gates versera deux dollars pour chaque dollar apporté par le Rotary, à concurrence de US \$35 millions par an jusqu'en 2018. Précédemment, le 30 mai 2013, le Premier Ministre australien d'alors, Julia Gillard et le Ministre australien des affaires étrangères, Bob Carr, avaient annoncé une contribution supplémentaire de AUD \$80 millions pour financer le Plan, à compter de 2015 (cet engagement a été confirmé par le Premier Ministre actuel, Tony Abbott, lors de la Convention 2014 du Rotary, qui s'est tenue à Sydney au mois de juin).

Jusqu'à la fin de l'année 2013, l'Initiative a eu comme priorités de collaborer avec ses partenaires pour concrétiser les engagements pris, sous la forme d'accords signés puis de versements et afin d'assurer l'obtention d'une somme

de US \$1,5 milliard pour compléter le financement. Au 1^{er} février 2014, US \$1,83 milliard avaient été confirmés et US \$3,13 milliards promis, ce qui ramène le déficit total pour 2013-2018 à US \$563 millions.

Le Groupe des partenaires de la lutte contre la poliomyélite (PPG), coprésidé par l'Ambassadeur et le Représentant permanent du Canada auprès des Nations Unies à Genève et par la Fondation pour les Nations Unies, a continué à jouer un rôle crucial pour amener les partenaires du développement à participer afin de garantir un engagement politique et des ressources financières suffisantes pour parvenir à éradiquer la poliomyélite. Deux réunions du Groupe des partenaires, organisées en 2013 au niveau des ambassadeurs/hauts responsables, ont permis d'examiner la mise en œuvre du plan et la situation financière actuelle.

Contributions

Région de l'Asie du Sud-Est : le Bangladesh (US \$10 millions) et **le Népal** (US \$0,67 million) ont maintenu leur engagement de cofinancer des activités en 2013 et c'est en partie grâce à cela que la Région a pu être certifiée exempte de poliomyélite en mars 2014. Dans le cadre d'une prise en main croissante du programme d'éradication de la poliomyélite, le Gouvernement **indien** a financé en 2013 l'achat et la distribution de vaccins antipoliomyélitiques et a couvert un large éventail de dépenses opérationnelles. **Région de la Méditerranée orientale** : pour la première

fois, le Gouvernement **pakistanaï**s a obtenu un financement important pour son programme en contractant un emprunt auprès de la Banque islamique de développement pour un montant maximal de US \$227 millions pour 2013-2015. Le principal sera remboursé par le Gouvernement fédéral tandis que les intérêts seront payés par la Fondation Bill & Melinda Gates, pourvu que les conditions de l'emprunt soient respectées. En outre, **le Yémen** (US \$2,96 millions) et **l'Égypte** (US \$1,74 million) ont cofinancé leurs activités pour faire face aux flambées en cours dans la Corne de l'Afrique et au Moyen-Orient. **Région africaine : le Nigéria** a apporté environ US \$23 millions qui s'ajoutent à la promesse faite par le Président Goodluck Jonathan en 2011, lors de la réunion des Chefs de gouvernement du Commonwealth à Perth, de verser US \$30 millions par an en 2012 et 2013. **L'Angola** a versé US \$6,54 millions pour financer ses dépenses opérationnelles et rester exempt de poliomyélite.

Dans le cadre de son partenariat avec la Fondation Bill & Melinda Gates, l'établissement financier **Al Ansari Exchange** a versé US \$1 million à l'UNICEF pour ses activités en Afghanistan.

L'Autriche, poursuivant son soutien de longue date, a versé US \$64 000 à l'UNICEF pour les activités de riposte à la flambée en Syrie. L'Autriche a versé US \$3,28 millions depuis 2001.

Le nouveau Gouvernement **australien** a approuvé le versement d'une somme de AUD 15 millions dans le cadre de son engagement de AUD 50 millions pour 2011-2014 et, lors de la Convention du Rotary International qui a eu lieu à Sydney en juin 2014, le Premier Ministre Tony Abbott a promis à nouveau un versement de AUD 100 millions pour financer des activités de 2014 à 2018. Cet engagement porte le financement total de l'Australie à AUD 130 millions au titre du plan pour l'éradication et la phase finale, en plus des US \$17 millions versés avant 2011.

La Fondation Bill & Melinda Gates a versé US \$363 millions supplémentaires en 2013 sous la forme de subventions à l'OMS et à l'UNICEF et de financement par un tiers afin d'obtenir de la Banque mondiale une réduction d'intérêts pour le Nigéria et le Pakistan.

Le Brunéï Darussalam a versé US \$50 000 dans le cadre de son deuxième engagement pluriannuel, d'un montant de US \$150 000 pour la période 2011-2013. La contribution totale du Sultanat pour la période 2008-2013 s'élève à US \$300 000. Le financement apporté par le Brunéï a été complété par une contribution de la banque SCB du Brunéï grâce à un partenariat novateur avec des écoles locales appelé « Polio Points Initiative », qui a participé aux activités de mobilisation sociale de l'UNICEF au Pakistan.

Le Canada a déboursé près de C \$80 millions pour l'Afghanistan, le Nigéria, l'Afrique subsaharienne et les activités mondiales pour la mise en application du nouveau

Plan pour la phase finale, dans le cadre d'un accord pluriannuel au titre de l'Initiative de Muskoka pour la santé de la mère et de l'enfant et de l'engagement de verser C \$250 millions pris lors du Sommet mondial sur la vaccination. Outre cette contribution annoncée lors du Sommet mondial sur la vaccination, le Canada a fourni C \$1 million *supplémentaire* de financement humanitaire à la Somalie pour soutenir la lutte contre la flambée dans la Corne de l'Afrique. À la fin de 2013, le Canada, qui se classe au cinquième rang des donateurs publics de l'IMEP, avait versé à l'Initiative plus de US \$400 millions.

Le Fonds central pour les interventions d'urgence (CERF) a répondu rapidement aux appels au financement pour la flambée dans la Corne de l'Afrique, fournissant au total US \$4,65 millions pour les activités de l'OMS et de l'UNICEF au Kenya, en Somalie et au Yémen. Le CERF a donné US \$10,21 millions à ce jour. Parmi les autres fonds humanitaires des Nations Unies ayant financé la lutte contre les flambées dans la Corne de l'Afrique et au Moyen-Orient figurent **le Fonds pour les interventions d'urgence au Yémen** (US \$50 000), **le Fonds pour les interventions d'urgence en Syrie** (US \$50 000) et **le Fonds humanitaire commun pour le Soudan du Sud** (US \$623 000).

Outre leur rôle de partenaire majeur de l'IMEP, **les Centers for Disease Control and Prevention (CDC)** des États-Unis d'Amérique ont débloqué des fonds à l'intention de l'OMS et de l'UNICEF pour financer le VPO, les coûts opérationnels et l'appui au programme. En décembre 2011, les CDC ont fait appel à leur centre des opérations d'urgence (EOC) afin d'élargir les activités d'éradication de la poliomyélite des CDC dans le cadre d'une riposte d'urgence permettant d'augmenter l'assistance technique et l'assistance en matière de gestion dans les pays prioritaires pour l'éradication de la maladie. Les CDC continuent par ailleurs à détacher leurs épidémiologistes, leurs virologues et leurs techniciens dans les pays touchés par la poliomyélite pour les aider à mettre en œuvre les activités d'éradication de la maladie. Les crédits budgétaires octroyés par le Congrès américain aux CDC pour l'éradication de la poliomyélite au cours de l'année budgétaire 2013 se sont élevés à US \$105,49 millions, dont US \$85,71 millions alloués à l'OMS et à l'UNICEF.

Lors du Sommet mondial sur la vaccination, Son Altesse le Général Sheikh **Mohammed bin Zayed al-Nahyan**, Prince héritier d'Abu Dhabi et Chef suprême adjoint des Forces armées des Émirats arabes unis, a fait une promesse de don d'un montant de AED 440 millions (US \$120 millions) pour soutenir les efforts visant à éradiquer la poliomyélite au cours des cinq prochaines années, dont US \$12 millions ont été versés pour la Somalie et le Soudan du Sud, afin d'appuyer les interventions pour répondre à la flambée qui sévit dans la Corne de l'Afrique. Le Prince héritier a débloqué US \$29 millions, dont US \$17 millions en 2011, pour l'Afghanistan.

L'Estonie a apporté une contribution de €20 000 à l'UNICEF pour soutenir les activités en Afghanistan. Il s'agit là de la deuxième contribution de l'Estonie.

La Commission européenne, par l'intermédiaire d'**ECHO**, a débloqué €2,3 millions à l'intention de l'UNICEF pour soutenir les activités menées en Éthiopie, au Kenya et en Somalie dans le cadre de la riposte à la flambée dans la Corne de l'Afrique. La Commission européenne se place au sixième

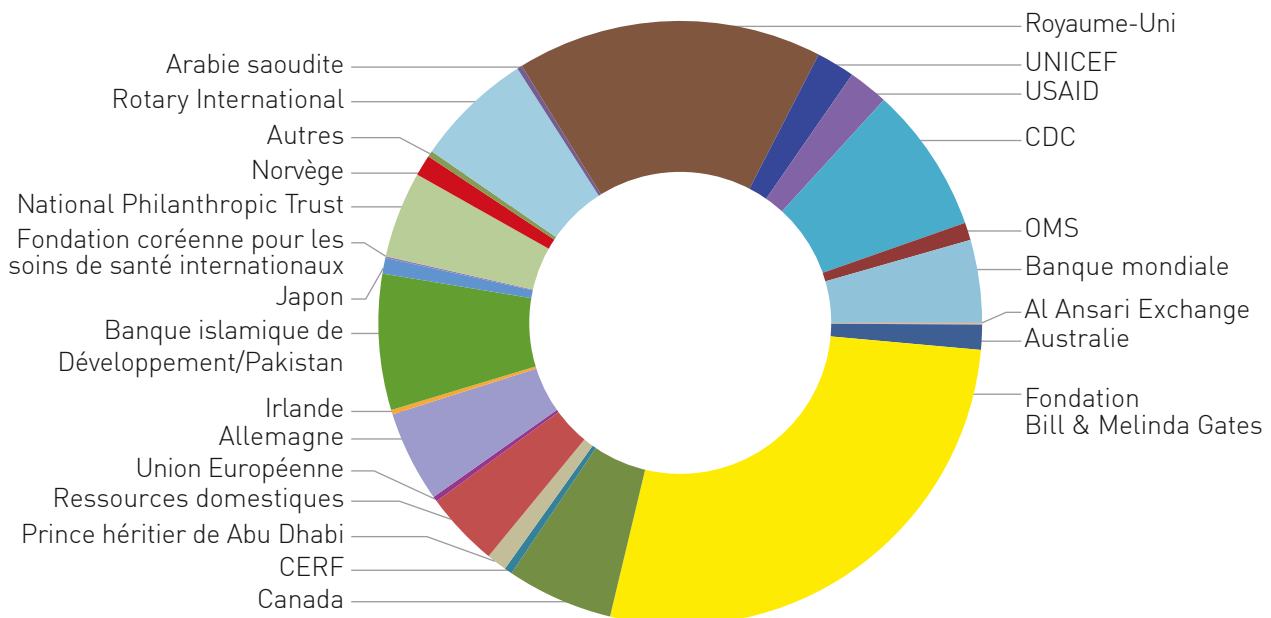
rang des donateurs publics de l'IMEP, ses contributions s'élevant à US \$227 millions.

La Finlande a fourni US \$534 000, dernière tranche d'un versement s'étalant sur trois ans et représentant une contrepartie de 10 pour un avec les dons du Rotary International pour les activités menées en Afghanistan, ce qui porte son soutien total à US \$2,63 millions.

Financement de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite en 2013 : US \$1,1 milliard de contributions

L'IMEP fournit des mises à jour régulières sur l'état des contributions et des nouveaux engagements à la fois par l'intermédiaire de la publication faisant le bilan des besoins en ressources financières (*Financial Resource Requirements*) et de son site Web : www.polioeradication.org.

Contributions extérieures pour 2013



L'Allemagne a débloqué €31,5 millions pour le Nigéria dans le cadre de son engagement pluriannuel auprès de l'IMEP. Cette somme équivaut au montant final de €11,5 millions sur les €100 millions promis par l'Allemagne pour la période 2009-2012, auxquels s'ajoutent les €20 premiers millions sur les €100 millions qu'elle s'est engagée à verser au cours de la période 2013-2017 lors d'une annonce faite en janvier 2013. L'Allemagne était le premier pays du G8 à annoncer une contribution pluriannuelle pour financer le nouveau plan stratégique. Un montant supplémentaire de €5 millions a été annoncé lors du Sommet sur la vaccination, ce qui porte les promesses de dons de l'Allemagne pour la période 2013-2017 à €105 millions. L'Allemagne a également répondu aux flambées dans la Corne de l'Afrique et au Moyen-Orient en fournissant €5,0 millions et €4,1 millions, respectivement. De plus, en juillet 2013, le Gouvernement fédéral allemand a approuvé un nouveau plan complet pour contribuer à renforcer la santé

publique au niveau mondial et les politiques correspondantes, dans le cadre duquel l'éradication de la poliomyélite est considérée comme une priorité. Le Rotary International a désigné en juillet son Champion de l'éradication de la poliomyélite en la personne de Dirk Niebel, alors Ministre pour la coopération au développement économique. Cette récompense particulièrement prestigieuse du Rotary avait auparavant été décernée au Chancelier, Mme Angela Merkel. Les contributions totales de l'Allemagne à l'IMEP ont atteint US \$472 millions, faisant de l'Allemagne le troisième plus important donateur du secteur public.

Outre le prêt de US \$227 millions octroyé au Gouvernement du Pakistan pour financer son programme d'éradication, **la Banque islamique de Développement** a débloqué US \$80,43 millions à l'intention de l'OMS et de l'UNICEF pour financer l'achat du VPO, les campagnes de vaccination, les activités de surveillance et de mobilisation sociale.

Avant le Sommet sur la vaccination, en avril 2013, le Comité de développement international du Conseil des ministres de **l'Île de Man** est convenu de fournir £30 000 par an au cours des trois prochaines années pour soutenir l'IMEP. Les fonds iront au Rotary Club de Douglas et, de là, au Rotary International.

Lors du Sommet mondial sur la vaccination et dans le cadre de sa présidence de l'Union européenne, **l'Irlande** a annoncé une contribution de €5 millions pour soutenir le nouveau plan stratégique et a versé €2,9 millions pour les activités en 2013-2014. Il s'agissait de la première contribution pluriannuelle de l'Irlande depuis 2008 – un témoignage fort de son engagement renouvelé en faveur d'un monde sans poliomyélite.

Le Japon a continué à démontrer son vif attachement à l'éradication de la poliomyélite. En 2013, le Japon a fourni plus de US \$9,14 millions via l'UNICEF pour les efforts d'éradication de la maladie dans six pays, à savoir le Niger, le Nigéria, le Pakistan, la République démocratique du Congo, la Somalie et le Tchad. Cette aide a porté sur l'achat du VPO, l'amélioration de la chaîne du froid, le renforcement des capacités et les coûts des opérations. L'OMS a également reçu US \$100 000 pour les activités de recherche liées à de nouveaux vaccins antipoliomyélitiques, ce qui porte le total des contributions du Japon pour 2013 à US \$9,24 millions. Le Japon occupe le quatrième rang des donateurs du secteur public de l'IMEP, ses contributions s'établissant à plus de US \$470 millions. Le Gouvernement du Japon met actuellement à exécution, avec l'Agence japonaise de la coopération internationale (JICA) et la Fondation Bill & Melinda Gates, un projet de « conversion de prêts de la JICA » pour le Nigéria, suite au succès rencontré par ce mécanisme au Pakistan en 2011.

Pour la troisième année consécutive, **la Principauté du Liechtenstein** a apporté une contribution de US \$25 000, son soutien total s'élevant à US \$80 000.

La Fondation coréenne pour les soins de santé internationaux (KOFIH), une organisation spécialisée sous l'égide du Ministère sud-coréen de la santé et de la protection sociale, a officiellement rejoint les rangs de la lutte contre la poliomyélite. Dans le cadre de sa première subvention à l'IMEP, la Fondation a fourni US \$1 million pour les activités de surveillance au Nigéria. Cette subvention a été possible grâce à la Caisse de bienfaisance coréenne (Community Chest of Korea).

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

Monaco est resté le plus important donateur par habitant de l'IMEP et a débloqué €150 000 dans le cadre de l'accord pluriannuel portant sur la période 2011-2013 pour les activités au Niger. La Principauté a également apporté une contribution supplémentaire de €100 000 pour le Niger,

triplant ainsi son soutien par rapport à l'année précédente. Le financement total de Monaco aux activités d'éradication de la poliomyélite au Niger dépasse US \$1,19 million.

Par l'intermédiaire du **National Philanthropic Trust**, des philanthropes privés et des personnes fortunées ont honoré une partie des engagements pris lors du Sommet mondial sur la vaccination, pour une contribution totale de US \$51,20 millions.

La Norvège a continué à fournir des contributions à objet non désigné essentielles pour l'IMEP. En 2013, le pays a versé non seulement US \$8 millions dans le cadre de son engagement pluriannuel pour la période 2012-2013, mais aussi un montant supplémentaire de US \$9 millions pour financer l'introduction du VPI, ce qui porte le total de ses contributions à US \$110,80 millions.

Le Rotary International, outre son rôle de partenaire principal de l'IMEP, est également le deuxième plus important donateur du secteur privé. En juin, lors de sa convention annuelle, le Rotary International a annoncé une contribution atteignant US \$175 millions, à laquelle la Fondation Bill & Melinda Gates ajoutera une contrepartie d'un montant double, ce qui permettra de lever un montant de US \$350 millions supplémentaires. En 2013, le Rotary a versé US \$69,90 millions à l'IMEP, dont deux subventions d'urgence dès le début des flambées dans la Corne de l'Afrique et au Moyen-Orient. D'ici 2015, la contribution du Rotary International aura dépassé US \$1,3 milliard.

L'OMS et l'UNICEF ont signé des mémorandum d'accord avec le Fonds saoudien pour le développement permettant ainsi le transfert de la tranche finale de US \$15 millions de la contribution promise par **le Royaume d'Arabie saoudite** pour mettre fin à la poliomyélite, laquelle s'élève à US \$30 millions. En 2013, le Fonds a débloqué US \$3 millions pour soutenir les pays de la Corne de l'Afrique ainsi que le Pakistan et l'Afghanistan. Le financement de l'Arabie saoudite à l'IMEP jusqu'en 2015 s'élève à US \$34,16 millions.

La République slovaque a apporté un financement de €10 000 pour les activités de l'UNICEF en Afghanistan. Il s'agit de la deuxième contribution de la République slovaque à l'intention de l'Afghanistan, son soutien total s'élevant à US \$53 000.

Pour la première fois depuis plus d'une décennie, **la Suisse** a signé un accord avec l'OMS pour un don de US \$1,895 million sur une période de trois ans, destiné à renforcer les systèmes de surveillance au niveau infranational dans la Région africaine. Le personnel de surveillance étant un élément essentiel du système de santé au niveau des districts, la subvention prévoit également une formation à la gestion dans certains pays. Cela porte le soutien total de la Suisse à US \$3,67 millions.

Lors du Sommet sur la vaccination, **le Royaume-Uni** a annoncé une contribution atteignant £300 millions pour la période 2013-2018 dans le cadre de son soutien en faveur du nouveau plan. L'OMS a signé un accord pluriannuel

de £238 millions avec le Département du développement international du Royaume-Uni (DFID), qui a débloqué £100 millions pour la période 2013-2014. Le DFID a également apporté un soutien spécifique à l'OMS et l'UNICEF pour la flambée qui a frappé la Corne de l'Afrique, pour un total de £11,8 millions. Le Royaume-Uni est le deuxième donateur public, ses contributions totales s'élevant à US \$1,3 milliard jusqu'à 2018.

En réponse à la flambée au Moyen-Orient, **la Société du Croissant-Rouge des Émirats arabes unis** a fourni un financement de US \$720 000 à l'UNICEF pour vacciner les enfants en Syrie.

En 2013, **l'UNICEF**, l'un des principaux partenaires de l'Initiative, a continué à considérer l'éradication de la poliomyélite comme une priorité et a apporté un financement important à ses bureaux de pays. Au total, l'UNICEF a versé plus de US \$37,73 millions pour les activités d'éradication de la poliomyélite par diverses voies : US \$15,0 millions pour l'achat du VPO à partir des fonds essentiels discrétionnaires, et US \$22,73 millions pour le VPO et les coûts de personnel à partir des ressources principales des bureaux de pays (budget approuvé par le Conseil) et des fonds provenant des comités nationaux de l'UNICEF.

La Fondation pour les Nations Unies apporte toujours son soutien aux efforts de mobilisation des ressources de l'IMEP, en tant que Coprésident du Groupe des partenaires pour l'éradication de la poliomyélite (PPG) et en favorisant le soutien en provenance des États-Unis d'Amérique ainsi que des donateurs non traditionnels. Le montant total des contributions de la Fondation pour les Nations Unies destinées

à l'IMEP s'élève à US \$43,61 millions. La Fondation s'engage également auprès des organisations du secteur privé et des donateurs individuels pour mobiliser ressources et soutien, en particulier par l'intermédiaire de la campagne Shot@Life.

Pour l'année budgétaire 2013, le Congrès américain a alloué US \$37,3 millions à **l'Agence internationale de développement des États-Unis d'Amérique (USAID)** pour les activités d'éradication de la poliomyélite. US \$25,65 millions ont été versés à l'OMS et à l'UNICEF pour soutenir les activités de mobilisation sociale, de surveillance et de laboratoire, la riposte aux flambées et le suivi dans les pays prioritaires.

Un mécanisme novateur de financement avec **la Banque mondiale**, connu sous le nom de « IDA buydowns » (rachat de crédits de l'IDA), a été mis en place pour permettre l'utilisation de crédits accordés par l'Association internationale de développement (IDA), organisme prêteur de la Banque mondiale, pour l'achat du VPO. Le financement fourni par des tiers donateurs (la Fondation Bill & Melinda Gates, les CDC, le Rotary International et la Fondation pour les Nations Unies) sert à « racheter » les crédits de l'IDA et à les transformer en subventions. En 2013, US \$39 millions ont été versés au titre de ces rachats pour le Pakistan et le Nigéria. Le montant total du soutien apporté dans le cadre de ce mécanisme dit de « partenariat avec la Banque mondiale pour l'investissement contre la poliomyélite » est de US \$411,92 millions. En outre, la Banque mondiale a versé une subvention de US \$10 millions pour l'achat du VPO pour l'Afghanistan.

ACRONYMES ET ABREVIATIONS

AVS	Activités de vaccination supplémentaires
CDC	Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis d'Amérique
FATA	Federally Administered Tribal Areas – zones tribales sous administration fédérale (Pakistan)
FRR	Financial Resource Requirements – ressources financières requises
GCC	Global Commission for the Certification of the Eradication of Poliomyelitis – Commission mondiale de certification de l'éradication de la poliomyélite
IMB	Comité de suivi indépendant
IMEP	Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite
IMG	Immunization Systems Management Group – Groupe de gestion des systèmes de vaccination
JLV	journée(s) locale(s) de vaccination
JNV	Journée(s) nationale(s) de vaccination
KP	Khyber Pakhtunkhwa (Pakistan)
LQAS	Lot Quality Assurance Sampling – échantillonnage par lots pour l'assurance de la qualité
PEV	Programme élargi de vaccination
PFA	Paralysie flasque aiguë
PPAV	Poliomyélite paralytique associée au vaccin
PPG	Global Polio Partners Group – Groupe des partenaires pour l'éradication de la poliomyélite
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
RSI (2005)	Règlement sanitaire international (2005)
SAGE	Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
VPI	Vaccin antipoliomyélitique inactivé
VPO	Vaccin antipoliomyélitique oral
VPOb	Vaccin antipoliomyélitique oral bivalent
VPOm	Vaccin antipoliomyélitique oral monovalent
VPOt	Vaccin antipoliomyélitique oral trivalent

JUSQU'AU 
 **DERNIER**
ENFANT