

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

Rapport Annuel
2009

**JUSQU'AU
DERNIER
ENFANT**



Organisation
mondiale de la Santé



CDC

unicef 

© Organisation mondiale de la Santé 2010

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès des Editions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; adresse électronique : bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Editions de l'OMS, à l'adresse ci-dessus (télécopie : +41 22 791 4806 ; adresse électronique : permissions@who.int).

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)

Conception et mise en page : Paprika

Photo de couverture : Le 25 mai 2009, un enfant déplacé est assis près des ruines de maisons en terre qui abritaient des réfugiés afghans dans le camp de Jalozai Camp, dans la Province de la Frontière du Nord-Ouest. Le 27 juin, dans cette province, plus de 1,9 million de Pakistanais avaient été déplacés en raison du conflit. Photo : Marta Ramoneda/UNICEF; Quatrième de couverture : Richard Wainwright/Jersey Rotary.

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

Rapport Annuel 2009

JUSQU'AU 
DERNIER
ENFANT 



© Cornelia Wahlen/UNICEF

Le vaccin antipoliomyélitique oral bivalent, qui change la donne, est utilisé pour la toute première fois à Jalalabad, dans l'est de l'Afghanistan, en décembre 2009.

Table des matières

1. Résumé d'orientation	3
2. Contexte du programme de travail 2009.....	5
3. Évaluation indépendante des principaux obstacles à l'interruption de la transmission du poliovirus	6
4. Événements clés en 2009	7
5. Mise en œuvre durable des principales stratégies d'éradication et évaluation de nouvelles approches stratégiques	10
i) Pays d'endémie	12
ii) Pays avec une transmission re-établie du poliovirus.....	22
iii) Pays touchés par des flambées aiguës.....	24
iv) Flambées de poliovirus dérivés d'une souche vaccinale circulants (PVDVc) .	27
5.1. Évaluation et renforcement de la sensibilité de la surveillance au niveau infranational	28
5.2. Réseau mondial de laboratoires pour la poliomyélite.....	31
6. Mise au point et évaluation de nouveaux outils	33
7. Gestion des risques après l'éradication	36
7.1. Certification de l'interruption de la transmission	36
7.2. Confinement des matériels contenant des poliovirus	37
7.3. Recherche-développement de produits et élaboration de politiques	38
7.4. Intégration de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite ...	40
8. Finalisation du plan stratégique et du budget pluriannuels.....	41
8.1. Situation financière en 2009.....	42
8.2. Donateurs.....	43
Annexe	45
Les principaux résultats du Programme de travail attendus pour 2009	45

Acronymes et abréviations

ACPE	Comité consultatif sur l'éradication de la poliomyélite
Alliance GAVI	Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination
AVS	Activités de vaccination supplémentaires
CDC	Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis d'Amérique
CNC	Comité national de certification
CRC	Comité régional de certification
GAP III	Troisième édition du Plan d'action mondial OMS 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
GCC	Commission mondiale de Certification de l'éradication de la Poliomyélite
GFIMS	Cadre mondial pour le contrôle et la surveillance de la vaccination
GIVS	Vaccination dans le monde : vision et stratégie
IFFI	Dispositif international de financement des vaccinations
IMEP	Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite
ITD	Différenciation intratypique en laboratoire
JLV	Journées locales de vaccination
JNV	Journées nationales de vaccination
JSE	Journées de la santé de l'enfant
MPV	Maladies à prévention vaccinale
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PEV	Programme élargi de vaccination
PFA	Paralysie flasque aiguë
PPAV	Poliomyélite paralytique associée au vaccin
PVDV	Poliovirus dérivé d'une souche vaccinale
PVDVa	Poliovirus ambigu dérivé d'une souche vaccinale
PVDVc	Poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale
PVDVi	Poliovirus dérivé d'une souche vaccinale associé à une immunodéficience
PVS	Poliovirus sauvage
RMLP	Réseau mondial de laboratoires pour la poliomyélite
RSI (2005)	Règlement sanitaire international (2005)
SAGE	Groupe consultatif stratégique d'experts de 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

1. Résumé d'orientation

POUR l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP), 2009 a été une année pilote : cela peut paraître paradoxal alors que l'effort d'éradication dure depuis 20 ans mais l'année écoulée a été riche en innovations et a ouvert de nouveaux horizons. Au début de l'année, le poliovirus était encore présent dans certaines régions de quatre pays et provoquait une flambée internationale de grande ampleur pour la deuxième fois en cinq ans. Pour la première fois, la transmission du poliovirus avait repris dans plusieurs pays. En 2008, l'Assemblée mondiale de la Santé, notant que les stratégies qui avaient permis d'éradiquer la poliomyélite sur 99 % de la planète n'étaient pas efficaces pour le pour cent restant, avait appelé l'IMEP à mettre au point de nouvelles approches pour s'attaquer aux réservoirs de poliovirus sauvage existant encore.

L'IMEP a donc élaboré un programme de travail spécial pour 2009, qui englobe une évaluation indépendante des derniers obstacles à l'interruption de la transmission du poliovirus, qui présente de nouvelles stratégies pour surmonter ces obstacles et qui évalue de nouveaux vaccins pour améliorer l'effet de chaque vaccination d'enfant. À la fin de l'année, la situation s'était suffisamment améliorée pour que le Groupe consultatif stratégique d'experts de la vaccination (SAGE) et le Comité consultatif sur l'éradication de la Poliomyélite (ACPE) recommandent l'élaboration d'un nouveau programme de travail triennal pour exploiter ces nouvelles approches et interrompre rapidement la transmission du poliovirus sauvage.

Dans les pays d'endémie, l'année 2009 a été marquée par des progrès sans précédent. Au Nigéria, la prise en main du programme par le Gouvernement à tous les niveaux et, surtout, le rôle de premier plan joué par les chefs traditionnels et religieux ont permis de combler rapidement les lacunes en matière de vaccination et d'étendre la couverture vaccinale, de sorte que le nombre de cas a baissé de plus de 99 %. En Inde, il ne reste plus qu'une seule chaîne génétique de transmission du poliovirus de type 1 alors qu'il y en avait neuf il y a quatre ans. Tout au long de l'année 2009, des campagnes prolongées d'administration du vaccin antipoliomyélitique oral monovalent de type 1 (VPOm1) ont ciblé cette chaîne et le nouveau plan « des 107 blocs » contre les blocs de transmission restants a été conçu et mis en œuvre pour s'attaquer directement à la transmission du poliovirus dans les groupes migrants et dans les zones les plus difficiles d'accès. En Afghanistan et au Pakistan, l'année 2009 a été marquée par plusieurs offensives militaires entraînant des déplacements massifs de populations à l'intérieur du pays, qui ont parfois empêché de vacciner les enfants et, dans d'autres cas, permis d'accéder à des zones depuis longtemps inaccessibles. La transmission de la poliomyélite ne persistait plus que dans 23 districts au total dans les deux pays – ce qui montre tout l'intérêt de nouvelles approches par district.

À la fin du premier trimestre 2010, la transmission du poliovirus sauvage avait cessé dans 10 des 15 pays qui ont connu des flambées en 2009. En mars et en avril 2010, les

campagnes coordonnées dans 19 pays, le long de la « ceinture d'importation » en Afrique subsaharienne, ont permis de consolider une nouvelle approche consistant en une série de campagnes planifiées selon un calendrier triennal pour amener, dans plusieurs pays, l'immunité au niveau requis pour mettre fin à la flambée actuelle et prévenir la survenue de nouvelles flambées.

Dans les pays où l'on sait que la transmission du poliovirus est re-établie – le Tchad et l'Angola –, les effectifs du personnel chargé de la lutte contre la poliomyélite ont été amenés au même niveau que dans les pays d'endémie et une action énergique de sensibilisation a permis de mieux faire comprendre la menace que ces pays représentent pour l'éradication de la poliomyélite. Si, au premier semestre 2010, aucun cas n'avait été notifié dans le Sud-Soudan depuis juin 2009, la surveillance a été intensifiée tout au long de l'année pour confirmer ces progrès.

Une évaluation indépendante des principaux obstacles à



Des enfants, assis avec leur mère, attendent de se faire vacciner contre la poliomyélite dans un dispensaire au nord du Nigéria.

l'interruption de la transmission du poliovirus a été effectuée en juillet et en août afin de déterminer quels étaient les principaux problèmes à surmonter pour obtenir un niveau d'immunité de la population suffisant pour interrompre la transmission du poliovirus et de trouver des stratégies par région pour y parvenir. De nouvelles approches ont été proposées et évaluées et l'évaluation indépendante, tout en appelant à ne pas céder à un excès de confiance, indiquait que, si les problèmes techniques, de gestion et de sécurité pouvaient être réglés, la poliomyélite pourrait être éradiquée.

Le programme de travail 2009 a permis de tirer quatre grands enseignements cruciaux pour l'élaboration du nouveau Plan stratégique 2010-2012 de l'IMEP :

1er enseignement. Il est devenu évident que la transmission du poliovirus sauvage pouvait persister dans des zones

géographiques et des sous-groupes de la population plus petits qu'on ne le pensait auparavant. De nouveaux plans régionaux et thématiques ont été élaborés et mis en œuvre dans chaque pays d'endémie – par exemple le plan « des 107 blocs » en Inde et le plan pour les districts du sud de l'Afghanistan.

2^e enseignement. La propagation nationale et internationale des poliovirus sauvages et le risque de flambée qui en découle étaient tout à fait prévisibles. En effet, les virus se propagent le long de routes de migration connues et à la faveur des faiblesses du système de santé, ce qui a facilité les activités de prévention et de riposte. Cette situation a conduit à instaurer, en 2009, de larges campagnes planifiées et synchronisées en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale afin d'élever le niveau d'immunité de la population face au poliovirus sauvage dans l'ensemble de la région.

3^e enseignement. Les seuils d'immunité à atteindre dans la population pour interrompre la transmission de la poliomyélite diffèrent selon les régions encore infectées et sont plus élevés en Asie qu'en Afrique, ce qui a amené à adapter les stratégies à la situation locale.

4^e enseignement. Trouver un équilibre optimal entre l'administration du vaccin antipoliomyélique oral (VPO) monovalent de type 1 et celui de type 3 s'est révélé plus difficile que prévu, ce

qui a entraîné, à certains endroits, une alternance de flambées dues aux poliovirus de type 1 et aux poliovirus de type 3 et a conduit à mettre au point rapidement un VPO bivalent (VPOb). Le VPOb a été utilisé pour la première fois en décembre 2009 en Afghanistan. L'immunité qu'il confère contre les deux sérotypes survivants de poliovirus sauvage (type 1 et type 3) à la fois et son efficacité supérieure à celle du vaccin antipoliomyélique oral trivalent permettent à chaque campagne d'avoir deux fois plus d'impact.

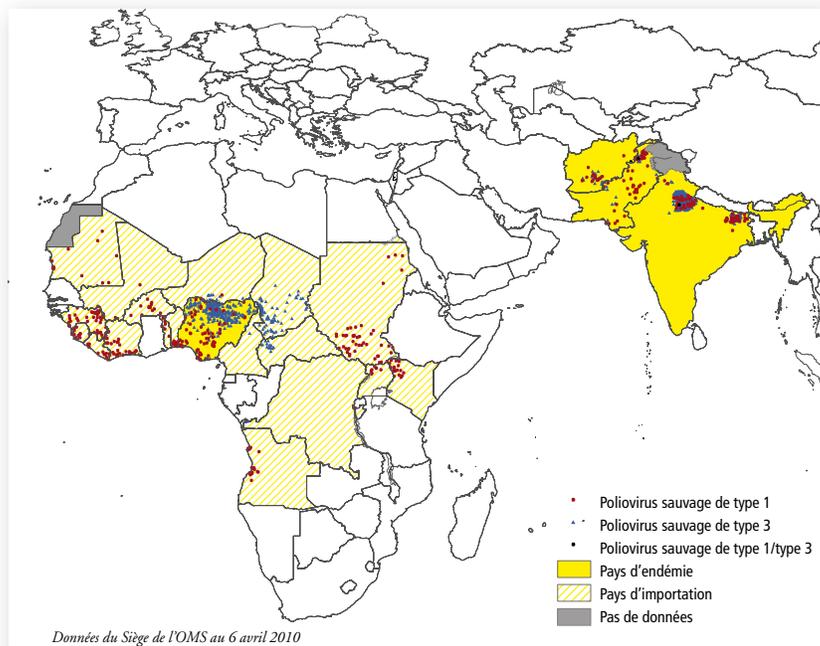
En 2009, l'IMEP a continué à bénéficier d'un soutien politique de haut niveau. Le 4 juin, à l'occasion du discours historique qu'il a prononcé au Caire à l'adresse du monde islamique, le Président des États-Unis d'Amérique, Barack Obama, a annoncé « une nouvelle initiative avec l'Organisation de la Conférence islamique pour éradiquer la poliomyélite ». À son tour, le Secrétaire général de l'OCI a écrit aux chefs d'État des pays touchés par la poliomyélite d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale pour les appeler à jouer un rôle actif et l'Académie islamique internationale du Fiqh a publié une déclaration ferme appelant

les parents, les ministères de la santé, les érudits religieux et les imams à soutenir l'éradication de la poliomyélite.

Fin 2009, il est apparu qu'il serait financièrement difficile de mettre en œuvre l'ensemble du *Plan stratégique 2010-2012* de l'IMEP. Le budget prévu pour l'exécution de ce plan sur trois ans est de US \$2,6 milliards, dont environ US \$1,3 milliard était disponible au 1^{er} juillet 2010 et dont \$1,3 milliard reste à trouver pour mener à bien les activités nécessaires à l'éradication.

La nécessité d'un financement complémentaire pour parvenir à éradiquer la poliomyélite est pleinement justifiée tant d'un point de vue humanitaire qu'économique car un échec aurait des conséquences catastrophiques. Il faudra faire preuve d'un grand sens pratique pour financer et mettre en œuvre les dernières mesures nécessaires pour parvenir à éradiquer la poliomyélite. Les enfants qui auront évité la paralysie au cours des prochaines décennies ne nous remercieront pas d'avoir commencé l'éradication de la poliomyélite mais seulement de l'avoir achevée.

Cas dus au poliovirus sauvage en 2009



Cas dus au poliovirus sauvage de type 1 : 479

Cas dus au poliovirus sauvage de type 3 : 1122

Cas dus aux poliovirus de type 1 et de type 3 : 3

Nombre total de cas : 1604

N'inclut ni les virus détectés grâce à la surveillance de l'environnement ni les poliovirus dérivés d'une souche vaccinale. Données du Siège de l'OMS au 1^{er} juin 2009

2. Contexte du programme de travail 2009

Lorsque l'Assemblée mondiale de la Santé a lancé l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP) en 1988, on considérait qu'il y avait plus de 125 pays d'endémie et on estimait que 350 000 enfants restaient paralysés chaque année. En 2004, l'application à l'échelle mondiale de stratégies mises au point dans les Amériques avait permis d'éradiquer l'un des trois sérotypes de poliovirus sauvage (celui de type 2, isolé pour la dernière fois en 1999), de faire baisser de 99 % l'incidence annuelle de la poliomyélite dans le monde et d'éliminer les sérotypes de virus autochtone restants partout dans le monde sauf dans six pays.

Ces progrès cruciaux ont été suivis d'une stagnation, la poliomyélite continuant à se transmettre dans une poignée de pays et le poliovirus se propageant régulièrement au-delà des frontières nationales vers des zones exemptes de poliomyélite. Malgré la mise au point et l'utilisation généralisée, en 2005, de nouveaux vaccins antipoliomyélitiques oraux monovalents pour renforcer l'impact des campagnes de vaccination, et malgré l'intensification de l'effort mondial d'éradication, en 2007, la transmission des poliovirus sauvages de type 1 et de type 3 s'est poursuivie dans des zones géographiquement limitées de quatre pays : le Nigéria, l'Inde, le Pakistan et l'Afghanistan.

En mai 2008, très inquiète de la persistance de la poliomyélite dans ces quatre pays et de la réinfection d'un nombre croissant de zones exemptes de poliomyélite, l'Assemblée mondiale de la Santé a préconisé l'élaboration d'une nouvelle stratégie afin d'éradiquer totalement la maladie.

L'IMEP a donc élaboré un programme de travail sur un an afin que le nouveau plan soit fondé sur les données les plus fiables possibles et pour que les parties intéressées disposent d'une base pour présenter leurs rapports. À cet égard, 2009 a été une année charnière pour l'IMEP : des essais cliniques ont été effectués sur de nouveaux outils d'éradication, de nouvelles approches stratégiques ont été évaluées pour les zones d'endémie, de nouvelles activités pour limiter la propagation internationale ont été entreprises et, surtout, une grande évaluation indépendante a été menée à bien. Le *Plan stratégique 2010-2012* de l'IMEP est basé sur les résultats obtenus et les enseignements tirés au cours de l'année écoulée et sur une large consultation avec les parties intéressées.

Le présent document se base sur le *programme de travail 2009*.



3. Évaluation indépendante des principaux obstacles à l'interruption de la transmission du poliovirus

L'un des principaux éléments du *programme de travail 2009* était la réalisation d'une évaluation indépendante complète des principaux obstacles à l'interruption de la transmission du poliovirus (*l'évaluation indépendante*).

En janvier 2009, le Conseil exécutif a recommandé à l'Assemblée mondiale de la Santé d'approuver la proposition du Directeur général tendant à effectuer cette évaluation externe indépendante.

L'évaluation indépendante, qui était présidée par l'un des six Vice-Présidents du Conseil exécutif, a été menée à bien par cinq équipes composées de 28 experts de disciplines ayant trait à la poliomyélite (santé publique, vaccinologie, mobilisation sociale et sécurité). Ces équipes ont consacré, au total, 24 mois-personnes à cette évaluation, en Afghanistan (Kaboul et Kandahar), en Inde (Delhi, Bihar et Uttar Pradesh), au Nigéria (Abuja, Kano et Zamfara), au Pakistan (Islamabad, Karachi, Lahore et Peshawar), en Angola (Luanda), au Soudan (Juba), dans les Bureaux régionaux OMS de l'Afrique et de la Méditerranée orientale et au Siège de l'OMS. Dans chaque pays, elles ont largement consulté les partenaires et les parties intéressées.

L'équipe d'évaluation a mis en évidence des obstacles généraux et spécifiques à chaque pays qu'il faudrait surmonter pour

parvenir à éradiquer la poliomyélite. Les équipes se sont dites « sûres que l'éradication pourra être obtenue si l'on arrive à résoudre les problèmes de gestion, de sécurité et les difficultés techniques ».

Pour surmonter les principaux obstacles généraux, l'équipe d'évaluation a recommandé – compte tenu de la structure administrative compliquée de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite à l'échelle mondiale et dans les pays – d'occuper des positions clés avec suffisamment d'autorité pour remédier au mauvais fonctionnement du programme, de mener des recherches sur les classes d'âge cibles, de poursuivre et d'élargir la mise au point de nouveaux construits de vaccins antipoliomyélitiques oraux et de vaccins antipoliomyélitiques inactivés, de généraliser rapidement les avancées prometteuses (par exemple le vaccin antipoliomyélitique oral bivalent), d'allouer autant d'appui technique international supplémentaire dans les zones infectées de façon persistante que dans les zones d'endémie, et à l'IMEP de collaborer plus étroitement au renforcement des systèmes de vaccination afin que la stratégie ait plus d'impact avant et après l'éradication.

L'évaluation indépendante comporte des sections présentant des recommandations pour chaque pays.



4. Événements clés en 2009

JANVIER



19-27 : À Genève, le Conseil exécutif de l’OMS appelle l’Afghanistan, l’Inde, le Nigéria, et le Pakistan à faire de l’éradication de la poliomyélite leur première priorité opérationnelle en 2009 et de présenter, en mai, à l’Assemblée mondiale de la Santé un rapport sur les progrès accomplis.

18-25 : Assemblée du Rotary International à San Diego : la Fondation Bill & Melinda Gates et le Rotary International annoncent une contribution financière commune de US \$355 millions en faveur de l’éradication de la poliomyélite.

FÉVRIER

1^{er}-2 : Les Gouverneurs du Nigéria présentent les Engagements d’Abuja en faveur de l’éradication de la poliomyélite. Bill Gates se rend au Nigéria pour assister à la cérémonie.

26 : Le Premier Ministre pakistanais, Syed Yousaf Raza Gillani, présente un plan d’action contre la poliomyélite dont le but immédiat est d’obtenir un appui intersectoriel pour éradiquer la maladie.



27 : Une campagne de vaccination synchronisée dans huit pays débute en Afrique de l’Ouest et permet de vacciner 53 millions d’enfants en quatre jours.

- Le documentaire *The Final Inch*, qui montre les difficultés à surmonter dans la dernière ligne droite avant l’éradication de la poliomyélite, est nommé aux Oscars dans la catégorie du meilleur court-métrage documentaire.

MARS

1^{er}-4 : Les participants à la réunion des ministres de la santé de l’Organisation de la Conférence islamique (OCI), qui se tient à Téhéran, soulignent les problèmes auxquels sont confrontées l’Afrique et l’Asie et appelle à un engagement politique fort pour améliorer la qualité des campagnes de vaccination et obtenir les fonds nécessaires des nations donatrices.

MAI

18-27 : La Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé se tient à Genève. Les participants s’inquiètent de la poursuite de la transmission dans les pays d’endémie – en particulier au Nigéria – et de la propagation internationale du virus qui en résulte en Afrique de l’Ouest et dans la



Corne de l’Afrique.

21-31 : En 10 jours, 222 270 331 enfants sont vaccinés contre la poliomyélite dans 22 pays, dont 74 millions dans 11 pays d’Afrique de l’Ouest dans le cadre d’une riposte à une flambée, 70 millions dans le nord de l’Inde, 29 millions au Pakistan et 49 millions au total en Éthiopie, au Kenya, en Somalie, au Soudan, en République démocratique du Congo, en Érythrée, à Djibouti, au Yémen et au Népal.

- Le programme pakistanais de lutte contre la poliomyélite se mobilise alors que plus de 600 000 personnes fuient le conflit militaire à Swat.
- Signature d’un mémorandum d’accord avec les ONG participant au programme de prestations de santé de base pour qu’elles prennent part à l’organisation des AVS. Une étroite collaboration avec le CICR se poursuit en Afghanistan afin que les enfants dans les zones de conflit puissent être vaccinés.

JUIN



Le Président des États-Unis d'Amérique Barack Obama et le Secrétaire général de l'OCI Ekhmeleddin Ihsanoglu.

4 : Le Président des États-Unis d'Amérique, Barack Obama, annonce un partenariat avec l'OCI pour parvenir plus vite à l'éradication.

8-12 : Une séance spéciale sur l'éradication de la poliomyélite, axée en particulier sur la mobilisation sociale au Nigéria, est organisée par le Conseil d'administration de l'UNICEF.

10-11 : Les résultats du vaccin antipoliomyélitique oral bivalent sont présentés au Comité consultatif sur l'éradication de la poliomyélite (ACPE), qui recommande sa production et son utilisation.

21-24 : Convention du Rotary International à Birmingham : le Rotary annonce avoir collecté

US \$90,7 millions dans le cadre de son *Défi 200 millions de dollars*. Le Président du Rotary International, DK Lee, et le Président des administrateurs de la Fondation du Rotary, Jonathan Majiyagbe, remettent au Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies, Ban Ki-moon, le prestigieux Prix Champion pour la Polio, que ce dernier a dédié aux collaborateurs de la lutte contre la poliomyélite



tués en Afghanistan en 2008.

25 : Le Groupe consultatif d'experts de l'Inde recommande de mettre totalement en œuvre le plan intensifié du fleuve Kosi en veillant à ce que tous les partenaires soient présents dans cette région et en mettant en place des bureaux satellites et des gîtes. Le Groupe consultatif recommande de poursuivre l'application de stratégies pour les migrants englobant un recensement et une microplanification des communautés migrantes dans l'Uttar Pradesh, au Bihar, au Punjab, dans le Gujarat, à Delhi, dans l'agglomération de Mumbai et dans le Bengale-Occidental afin de veiller à ce que ces populations soient totalement vaccinées chaque fois qu'une JLV est organisée.

JUILLET

8-10 : Lors du Sommet de L'Aquila, les dirigeants du G8 s'engagent à œuvrer pour achever l'éradication de la poliomyélite.

30 : Le Président du Rotary International, le Dr Bob Scott, remet le Prix Champion pour la poliomyélite au Président pakistanais, Asif Ali Zardari, pour son soutien sans faille au programme d'éradication de la poliomyélite.

AOÛT



Des visites sur le terrain sont organisées dans le cadre de l'évaluation indépendante.

8 : La stratégie reposant sur l'administration d'une dose supplémentaire dans un intervalle court – qui consiste à administrer deux doses de vaccin à deux semaines d'intervalle afin d'élever rapidement l'immunité – est appliquée pour enrayer une flambée due au poliovirus de type 1 à Turkana, au Kenya, et le succès est immédiat. Aucun cas n'a été notifié au Kenya depuis le 30 juillet 2009.

SEPTEMBRE

Un contrôle indépendant, systématique et en temps réel est instauré dans la ceinture d'importation du poliovirus sauvage en Afrique subsaharienne.

10 : Au Nigéria, le Comité d'experts de l'éradication de la poliomyélite se félicite des progrès accomplis dans la réduction du nombre d'enfants non vaccinés lors des campagnes dans les États où le risque est le plus élevé. La proportion d'enfants non vaccinés est passée de 30 % en janvier à 10 % à la fin de l'année.

OCTOBRE

1^{er} : Présentation du rapport *Vaccins et vaccination : la situation dans le monde*.

20 : Publication de l'*évaluation indépendante* (approuvée par le Conseil exécutif de l'OMS en janvier 2010).

NOVEMBRE

18-29 : Le Comité consultatif sur l'éradication de la poliomyélite (ACPE) organise une consultation spéciale pour lancer l'élaboration d'un nouveau plan stratégique pluriannuel, de plans par district et d'un réseau élargi de surveillance de l'environnement.

DÉCEMBRE

2 : Concert de l'orchestre philharmonique de New York, avec Itzhak Perlman, en faveur de l'éradication de la poliomyélite.

2 : Lancement du partenariat entre les États-Unis



d'Amérique et l'OCl contre la poliomyélite.

16 : L'Afghanistan devient le premier pays à utiliser le vaccin antipoliomyélique oral bivalent pour une campagne de vaccination.

5. Mise en œuvre durable des principales stratégies d'éradication et évaluation de nouvelles approches stratégiques

En 2009, la transmission du poliovirus sauvage (PVS) a été détectée dans 23 pays.¹ La transmission endémique des virus de type 1 et de type 3 persistait dans quatre de ces pays : l'Afghanistan, l'Inde, le Nigéria et le Pakistan. Les 19 autres pays ont connu des flambées dues à des poliovirus importés.

Dans quatre de ces 19 pays, le poliovirus importé au cours des années précédentes a entraîné (en Angola et au Tchad) ou est soupçonné d'avoir entraîné (en République démocratique du Congo et au Soudan) une transmission re-établie du poliovirus.

Quinze des 19 pays ont connu des flambées actives après une importation de poliovirus :² le Bénin, le Burkina Faso, le Burundi, le Cameroun, la Côte d'Ivoire, la Guinée, le Kenya, le Libéria, le Mali, la Mauritanie, le Niger, l'Ouganda, la République centrafricaine, la Sierra Leone et le Togo. À la fin du premier trimestre 2010, la transmission était interrompue dans 10 de ces 15 pays.³

Le poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale (PVDVc) a été détecté dans cinq pays : en Inde, au Nigéria, en République démocratique du Congo et en Somalie pour celui de type 2, et en Éthiopie pour celui de type 3.

On a toujours recours à l'analyse de la séquence nucléotidique dans la région VP1 du génome viral pour étudier les liens génétiques et les liens de transmission entre les isolats. En 2009, quatre génotypes de virus ont été détectés : West Africa B (WEAF-B) pour le poliovirus sauvage de type 1, WEAF-B pour le type 3, South Asia (SOAS) pour le type 1 and SOAS pour le type 3.

Génotypes WEAF-B type 1 et type 3 en Afrique

Le génotype WEAF-B type 1, endémique au Nigéria, a été exporté dans de nombreux pays. Les virus de cette famille

sont responsables d'environ 60 % des cas de type 1 notifiés en 2009 dans 14 pays. Au Nigéria, on a constaté une baisse de 90 % du nombre de cas dus au WEAF-B type 1, qui est passé de 721 en 2008 à 74 en 2009. Au Bénin, au Burkina Faso, en Côte d'Ivoire, au Mali et au Togo, la transmission était liée à un virus importé en 2008. Au Soudan, la transmission découlait d'une flambée qui semblait se poursuivre depuis 2004. Le Kenya et l'Ouganda connaissent de nouvelles importations de virus du Soudan. Les cas survenus en Guinée, au Libéria, en Mauritanie et en Sierra Leone étaient liés à des virus importés de Côte d'Ivoire en 2008, eux-mêmes liés à des virus importés de Nigéria via le Ghana et le Togo, et à des virus du Nigéria retrouvés au Bénin et au Burkina Faso en 2008. Le Niger n'a connu qu'un nouveau virus de type 1 importé du Nigéria en 2009.

En 2009, le génotype WEAF-B type 3, endémique au Nigéria, était présent au Nigéria, au Cameroun, au Niger, en République centrafricaine et au Tchad. Ce génotype était responsable d'environ 25 % des cas notifiés dans le monde et de 40 % des cas de type 3. Au Cameroun, les virus WEAF-B type 3 correspondaient à de nouvelles importations distinctes du Nigéria et du Tchad. En République centrafricaine, les virus correspondaient à des importations du Tchad. Au Niger, les virus correspondaient à plusieurs (au moins 10) importations distinctes, l'une du Tchad et les autres du Nigéria. Au Nigéria, le nombre de cas dus au WEAF-B type 3 est passé de 76 en 2008 à 313 en 2009.

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

Les génotypes SOAS type 1 et SOAS type 3 sont endémiques en Inde. Les cas en Inde représentaient 17 % des cas de type 1 et environ 60 % des cas de type 3 notifiés dans le monde en 2009. La majorité des virus SOAS type 1 étaient présents dans l'Uttar Pradesh (41 %) et dans l'État du Bihar (48 %). Les cas sporadiques dus au virus SOAS type 1 constatés à Delhi et au Rajasthan étaient liés à la transmission dans l'État de l'Uttar Pradesh alors que les cas constatés au Jharkhand et au Punjab étaient liés à des virus présents dans l'État du Bihar. Ensemble, ils étaient responsables de 8 % des cas dus au virus SOAS type 1.

1 Afghanistan, Angola, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Côte d'Ivoire, Guinée, Inde, Kenya, Libéria, Mali, Mauritanie, Niger, Nigéria, Ouganda, Pakistan, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sierra Leone, Soudan, Tchad et Togo.

2 Dans six de ces 15 pays (le Bénin, le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, le Mali, le Niger et le Togo), l'importation de virus est survenue en 2008 (et dans les cinq derniers, à nouveau en 2009). Dans les neuf autres pays, les importations ne sont survenues qu'en 2009.

3 Voir la section « Ceinture d'importation du poliovirus sauvage ».

En Inde, la transmission du virus SOAS type 3 a été intensive, l'Uttar Pradesh et le Bihar représentant respectivement 85 % et 12 % des cas notifiés dans le pays. Avant 2009, il n'y avait en Inde que deux groupes génétiques de virus SOAS type 3. En 2009, des virus appartenant à un seul de ces groupes ont été trouvés. Les cas sporadiques de type 3 détectés à Delhi, dans l'Haryana, dans l'Himachal Pradesh, au Punjab, au Rajasthan et dans l'Uttarakhand étaient liés à la transmission dans l'Uttar Pradesh.

En 2009, des virus SOAS type 1 d'origine indienne ont été trouvés en Angola et au Burundi. En Angola, les cas découlaient d'une transmission locale d'un virus importé les années précédentes. Au Burundi, les deux premiers cas étaient liés de loin à un virus présent en République démocratique du Congo en 2008, à la suite d'une flambée postérieure à une importation de virus en 2007. En 2009, aucun virus de type 1 n'a été trouvé en République démocratique du Congo.

Classification des pays	Total 2009	
	PVS1	PVS3
Endémie		
Pakistan*	61	28
Nigéria	75	313
Inde*	80	661
Afghanistan*	16	22
Total	232	1024
Transmission re-établie du poliovirus		
Tchad		64
Angola	29	
Soudan	45	
Total	74	64
Flambée		
Rép. dém. du Congo		3
Mali	2	
Mauritanie	13	
Niger	1	14
Libéria	11	
Sierra Leone	11	
Guinée	42	
Burkina Faso	15	
Cameroun		3
Burundi	2	
République centrafricaine		14
Côte d'Ivoire	26	
Kenya	19	
Ouganda	8	
Bénin	20	
Togo	6	
Total	176	34
Total mondial	482	1122

*Y compris PVS1/PVS3 (3 au total)

Cas dus au poliovirus sauvage de type 1*

	2008	2009
Nigéria	722	75
Inde	75	80
Pakistan	81	61
Afghanistan	25	16
Pays ré-établies	35	74
Pays ré-infectés	38	176

* Y compris un cas de type 1/type 3 à la fois au Nigéria et au Bénin en 2008 et également en Inde, au Pakistan et en Afghanistan en 2009.

Cas dus au poliovirus sauvage de type 3*

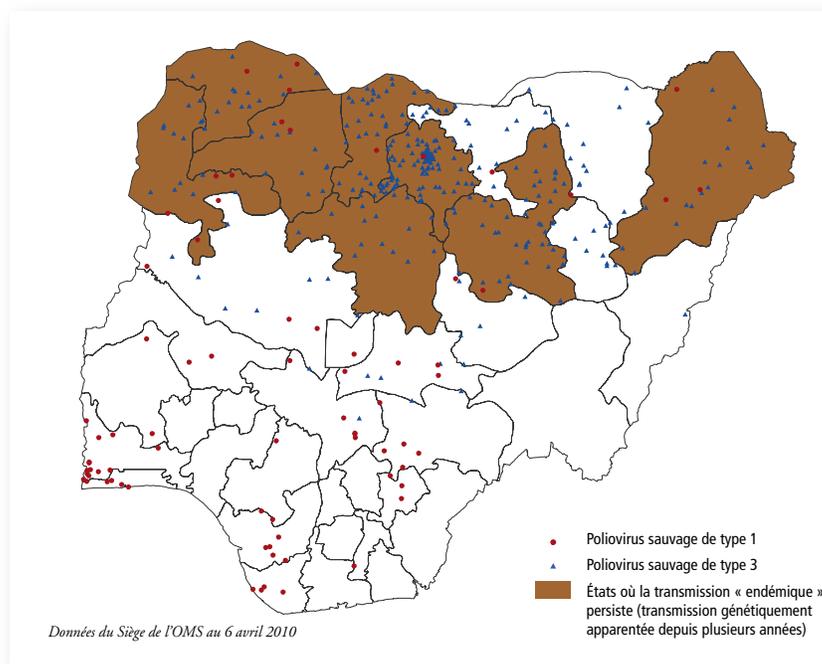
	2008	2009
Nigéria	76	313
Inde	484	661
Pakistan	36	28
Afghanistan	6	22
Pays ré-établies	62	67
Pays ré-infectés	11	31

i) Pays d'endémie

Nigéria

Au Nigéria, la transmission des poliovirus sauvages de type 1 et de type 3 était intense début 2009 puis a chuté au cours de l'année. La flambée de poliovirus circulant de type 2 dérivé d'une souche vaccinale a atteint son pic en avril 2009 puis a rapidement diminué les mois suivants.⁴ Plus important encore, dans les 10 États où le risque est le plus grand, la proportion d'enfants jamais vaccinés a baissé de près d'un tiers, passant de 9 % à 6,5 % au cours de l'année.

LES FAITS 2009



388 cas : 75 de type 1, 313 de type 3

3 journées nationales de vaccination

5 journées locales de vaccination

198 districts infectés sur 774

Principaux obstacles

Dans le nord, où la poliomyélite est endémique, le Nigéria a dû faire face à une série de difficultés chroniques dans la mise en œuvre des principales stratégies d'éradication, dont le manque de microplanification, de supervision et de mobilisation communautaire. L'équipe chargée de l'évaluation indépendante au Nigéria a constaté que c'étaient principalement les problèmes de gestion au niveau du gouvernement local qui empêchaient d'améliorer les activités de vaccination supplémentaires (AVS) et d'administrer le VPO à tous les enfants. L'équipe a recommandé de s'appuyer sur les améliorations réalisées en 2009 concernant la couverture par les campagnes de vaccination, notamment en créant des mécanismes spécifiques pour que les responsables gouvernementaux locaux rendent compte des performances du programme.

⁴ Voir la section « Réseau mondial de laboratoires pour la poliomyélite ».

Évaluation de nouvelles approches stratégiques

En février 2009, les 37 Gouverneurs du Nigéria ont signé les Engagements d'Abuja en faveur de l'éradication de la poliomyélite, par lesquels ils s'engagent à participer activement à la planification et à la mise en œuvre des activités de vaccination, et ils encouragent les chefs traditionnels et religieux à mieux faire connaître et accepter les campagnes de vaccination antipoliomyélitique aux communautés. La signature a eu lieu pendant une visite au Nigéria du Coprésident de la Fondation Bill & Melinda Gates, Bill Gates, Jr. Le Gouvernement fédéral et les Gouvernements des États, les Gouverneurs et les chefs traditionnels et religieux à tous les niveaux ont fermement soutenu cet engagement, ils se sont pleinement identifiés au programme de lutte contre la poliomyélite et ils ont suscité une demande de la part des communautés en disant aux parents d'aller faire vacciner « chaque fois tous leurs enfants ». Ces directives ont contribué à combler les lacunes en matière de vaccination et à parvenir à une couverture vaccinale de 80 % et ainsi de faire chuter le nombre de cas au cours du deuxième semestre 2009. En 2009, le nombre de cas dus au virus de type 1 a baissé de plus de 95 % et l'État de Kano – l'un des épicentres de la poliomyélite de type 1 – n'a enregistré qu'un seul cas dû à ce virus, en janvier 2009. Le poliovirus n'est présent que dans 85 circonscriptions administratives à haut risque dans le nord.

Mi-2009, le fort soutien des chefs traditionnels a été institutionnalisé lorsque Son Éminence le Sultan de Sokoto

a créé « l'équipe spéciale nationale des chefs traditionnels du Nord », qui se réunit régulièrement pour coordonner et planifier son soutien et son engagement en faveur des AVS. Depuis la signature des Engagements d'Abuja, le Sultan ou au moins un Émir a lancé dans son État les AVS, qui ont été largement couvertes par les médias, et plusieurs Émir ont fait des annonces à la radio avant chaque activité. Ce soutien très visible a eu un effet concret jusque sur le terrain : les chefs de district, de village et de subdivision administrative se sont engagés à ce que le maximum d'enfants dans la zone qui relève de leur responsabilité soient vaccinés pendant les campagnes.

Parallèlement, de nouveaux mécanismes ont été mis en place pour contrôler l'engagement des présidents de circonscription administrative. Ce nouveau rôle joué par les dirigeants permet de combler les lacunes opérationnelles : la sélection des vaccinateurs est plus adaptée (il y a parmi eux davantage de femmes âgées, plus respectées par les communautés), la formation et l'encadrement sont plus ciblés et une meilleure microplanification permet aux vaccinateurs de mieux organiser leur journée de travail et de disposer d'une quantité suffisante de doses à bonne température. Les activités de mobilisation sociale sont élargies et les communautés sont pleinement impliquées dans tous les aspects des AVS. Alors qu'auparavant les équipes de vaccination faisaient discrètement du porte-à-porte, elles défilent maintenant dans les rues principales de Kano, suivies d'un envoyé de l'Émir qui, muni d'un clairon, joue un air pour inviter les enfants à se faire vacciner, et d'un mobilisateur social qui, à l'aide d'un mégaphone, appelle les parents à emmener leurs enfants se faire vacciner.



L'Émir de Kano vaccine son petit-fils lors du lancement des journées de vaccination Plus de novembre 2009.

Fin 2009, la proportion d'enfants « zéro dose » dans les 12 États à plus haut risque était pour la première fois inférieure à 5 %. À Kano, ce chiffre est passé de 29 % en janvier 2009 à 19 % en décembre 2009.

L'augmentation de la proportion d'enfants vaccinés s'est accompagnée d'une chute du nombre de cas : 357 cas ont été notifiés au premier semestre et 21 cas au deuxième semestre. Au premier trimestre 2010, le Nigéria avait enregistré deux cas.

L'amélioration de la qualité et de la cohérence du système de surveillance s'est poursuivie tout au long de l'année 2009, la proportion de circonscriptions administratives atteignant les deux indicateurs de surveillance⁵ passant de 78 % en 2008 à 86 % fin 2009. Une politique active d'examen collégial de la surveillance au niveau des États a permis d'améliorer la cohérence de la surveillance dans toutes les circonscriptions administratives. Ces améliorations soulignent que la baisse observée de l'incidence du poliovirus est bien réelle.

Des données de la surveillance indépendante ont également montré que la cohérence de la couverture vaccinale s'améliorait régulièrement au cours des AVS, la proportion de subdivisions administratives où l'on compte plus de 10 % d'enfants non vaccinés ayant baissé dans l'ensemble des États d'endémie entre janvier 2009 et janvier 2010. Dans les quatre États à plus haut risque, la proportion de circonscriptions administratives où la couverture vaccinale est d'au moins 90 % est passée de 53 % (en janvier 2009) à 84 % (en novembre 2009). Le pourcentage d'enfants totalement vaccinés, c'est-à-dire ayant reçu plus de trois doses de VPO d'après les données sur la PFA non poliomyélique, est passé de 57 % à 65 % en 2009.



Une femme sourit quelques instants après que le VPO a été administré à son enfant à Kano, dans le nord du Nigéria, en novembre. Kano, qui était autrefois l'épicentre mondial de la poliomyélite de type 1, n'a pas notifié un seul cas depuis plus de 12 mois.

⁵ Taux de cas de paralysie flasque aiguë non poliomyélique >2 pour 100 000 et taux de recueil d'échantillons adéquats >80 %.

L'avenir

L'évaluation indépendante et le Comité d'experts de l'éradication de la poliomyélite au Nigéria ont conclu que, s'il est évident qu'une grande partie du pays est maintenant exempte de poliomyélite, l'impossibilité pour les circonscriptions administratives où les risques sont très grands de combler les lacunes dans la couverture vaccinale pendant les AVS, en particulier dans les zones urbaines de l'État de Kano, compromet l'interruption de la transmission. En outre, si le programme de vaccination systématique est très fragile, l'IMEP est tributaire de la qualité de ses propres activités.

Comme pour l'ensemble du programme nigérian d'éradication de la poliomyélite, il faut se garder de tout excès de confiance car un échantillonnage par lots pour l'assurance de la qualité mené dans cinq États du nord en novembre 2009 a montré qu'il existait encore des lacunes considérables dans la couverture vaccinale et que les rapports sur ce point étaient loin d'être exacts. En 2010, le Nigéria devra donc s'efforcer de ne pas baisser la garde et de consacrer l'essentiel de ses efforts à s'assurer que les campagnes de vaccination permettent d'atteindre tous les enfants jusqu'au dernier, afin de combler les lacunes de la couverture vaccinale.

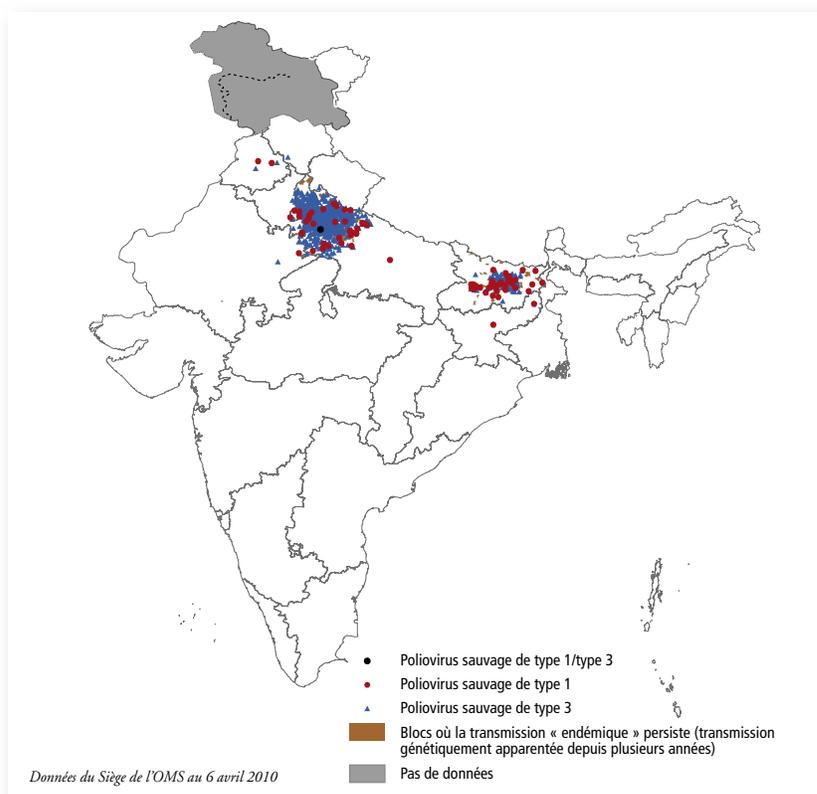
Résumé de l'évaluation

Au Nigéria, l'équipe d'évaluation a pris acte des améliorations de la couverture vaccinale obtenues grâce aux AVS depuis que les Gouverneurs ont publié les Engagements d'Abuja en février 2009, alors que la proportion d'enfants « zéro dose » et de cas diminue. L'équipe s'est toutefois dite inquiète du fait que l'engagement ne soit pas mis en œuvre de la même façon dans tous les États et elle a recommandé qu'une procédure soit mise au point pour suivre de près l'application des Engagements d'Abuja au niveau fédéral. L'équipe d'évaluation a souligné qu'il fallait rapidement créer des mécanismes spécifiques afin que les responsables des circonscriptions administratives rendent compte des performances du programme et a indiqué que « la « guerre » contre la poliomyélite au Nigéria sera gagnée ou perdue au niveau des gouvernements locaux », où les problèmes de gestion sont les principaux obstacles au succès. Notant que l'équipe de vaccination était peu en mesure de résoudre les problèmes les plus fondamentaux des communautés, l'équipe d'évaluation a souligné que les équipes de vaccination devaient être bien sélectionnées et bien formées et que les stratégies de mobilisation sociale devaient être pleinement mises en œuvre.

Inde

Le programme indien d'éradication, qui parvient à administrer le VPO à plus de 95 % de la population cible à l'occasion de campagnes de vaccination, reste très performant. Cependant, la transmission du virus de type 1 et de type 3 persiste dans l'Uttar Pradesh et le Bihar, les deux États voisins, au nord du pays où la poliomyélite est encore endémique et où le plus difficile est de vacciner les enfants des communautés migrantes et ceux qui habitent dans la région isolée des plaines inondables du fleuve Kosi.

LES FAITS 2009



741 cas : 79 de type 1, 661 de type 3 et un cas de co-infection par le virus de type 1 et celui de type 3

1 journée nationale de vaccination

9 journées locales de vaccination/campagnes de ratissage

56 districts infectés sur 626

Principaux obstacles

La transmission perdure en raison de deux groupes à haut risque – les enfants des populations marginalisées dans la région isolée du fleuve Kosi au Bihar et les nombreux travailleurs migrants itinérants au Bihar dans l'ouest de l'Uttar Pradesh (à tout moment, cinq millions de personnes – une population équivalente à celle de la Suisse – se déplacent au nord de l'Inde). L'analyse des cas de type 1 de 2007 à 2009 montre que 42 % de ces cas survenus hors de l'Uttar Pradesh et du Bihar impliquaient des migrants de ces deux États. Les données sur les cas de PFA non poliomyélitique confirment que les migrants sont moins vaccinés que la population générale (21 % de la population générale contre 13 % des migrants ont reçu

sept doses ou moins de vaccin). La difficulté d'accéder à ces groupes et la grande force de l'infection par le poliovirus en raison des conditions démographiques et environnementales facilitent la poursuite de la transmission dans ces États.

Le programme ayant été axé sur la lutte contre le poliovirus de type 1, qui est le plus dangereux, par le biais de campagnes d'administration de VPOm1, il n'y avait plus qu'une seule chaîne génétique de transmission du virus de type 1 en 2009 alors qu'il y en avait neuf en 2006. Les AVS à grande échelle organisées en moyenne toutes les quatre à six semaines dans les zones à haut risque ont ciblé cette dernière chaîne tout au long de l'année 2009.

Cependant, le fait de privilégier la lutte contre le poliovirus de type 1 a eu pour conséquence une baisse de l'immunité contre le virus de type 3 qui a entraîné, en 2009, une importante flambée dans l'Uttar Pradesh, pendant la « haute saison », et une flambée de moindres proportions au Bihar.

Évaluation de nouvelles approches stratégiques

Tout au long de l'année 2009, l'IMEP a appliqué des plans spécifiques pour vacciner les enfants dans le bassin du fleuve Kosi et ceux des communautés migrantes. Du personnel qui se trouvait dans des États exempts de poliomyélite a été redéployé dans les communautés migrantes pour soutenir la planification, la mise en œuvre et le suivi des activités de vaccination dans la plaine inondable. En outre, 59 bureaux satellites et des centaines de gîtes ont été installés dans les zones les plus difficiles d'accès sur les berges du fleuve Kosi pour que les médecins chargés de la surveillance puissent rester

sur la plaine inondable pendant les AVS afin de veiller à ce que la qualité des activités de vaccination soit la meilleure possible. Le plan pour le fleuve Kosi est complété par une « stratégie de communication avec les populations sous-desservies » qui cible les groupes difficiles à atteindre et les groupes à haut risque, tels que les populations migrantes, itinérantes et nomades.

En 2009, plusieurs essais cliniques ont été effectués en Inde dans le cadre d'un programme de recherche en cours. L'un de ces essais a montré que le nouveau VPOb, qui contient les deux sérotypes 1 et 3, est clairement plus efficace que le VPO trivalent, qui contient les sérotypes 1, 2 et 3, et presque aussi efficace que les VPO monovalents (VPOm1 et VPOm3).

Compte tenu de la nécessité d'étudier toutes les possibilités de renforcer l'immunité de la population dans les zones infectées, un deuxième essai clinique a été réalisé à Moradabad, dans l'ouest de l'Uttar Pradesh. Cet essai portait sur cinq moyens d'action : un VPOm1 à potentiel immunogène normal ; un VPOm1 à fort potentiel immunogène ; deux vaccins antipoliomyelitiques inactivés (VPI) de deux fabricants différents, administrés en dose entière (par voie intramusculaire) ; et un VPI administré en dose fractionnée (1/5e) par voie intradermique, à l'aide d'un dispositif sans aiguille. Ces travaux ont principalement montré que l'administration générale du VPOm1 avait conféré à la population un haut niveau d'immunité, une séroconversion pour le poliovirus de type 1 s'étant produite chez 99 % des enfants ayant participé à l'étude contre 81 % fin 2007. Les premiers résultats de l'essai semblent aussi indiquer que, dans ce contexte, le VPI intradermique n'est pas aussi efficace que le VPI administré en dose entière par voie intramusculaire, et d'autres essais seront effectués pour déterminer quel pourrait être le rôle éventuel du VPI intradermique.



Les agents de santé parcourent de très longues distances pour vacciner des enfants dans le bassin du fleuve Kosi.



Un homme traverse la foule dans une ville de l'ouest de l'Uttar Pradesh pour emmener son enfant se faire vacciner par une équipe de vaccination.

En juin 2009, Le Groupe consultatif d'experts de l'Inde a conclu que les efforts d'éradication étaient « en bonne voie » d'aboutir, notamment compte tenu de l'introduction imminente du VPOb et du fait que la biodiversité génétique du poliovirus sauvage n'a jamais été aussi faible.

L'introduction du VPOb en Inde a contribué à endiguer la flambée due au virus de type 3 au deuxième semestre et elle permet enfin au programme de faire augmenter le niveau d'immunité face au poliovirus de type 3 tout en poursuivant les efforts d'éradication du virus de type 1. Grâce à cela, début 2010, pendant la saison où le poliovirus se transmet peu, l'Inde a été pour la première fois en mesure d'achever l'éradication du poliovirus de type 1 et de préparer le terrain pour l'éradication du virus de type 3. À la fin du premier trimestre 2010, l'Uttar Pradesh et le Bihar n'avaient notifié aucun cas de type 1 depuis le 13 novembre et le 29 octobre 2009 respectivement – le délai le plus long jamais enregistré pendant lequel ces deux États n'avaient notifié aucun cas de type 1.

L'avenir

L'analyse géographique des cas de type 1 au cours des six derniers mois montre que plus de 80 % de ces cas n'ont été notifiés que par 107 « blocs » ou sous-districts administratifs (66 dans l'Uttar Pradesh et 41 au Bihar), qui représentent à peine 2 % des régions administratives du pays, et que ces blocs étaient essentiels pour l'éradication de la poliomyélite dans le pays. Fin 2010, la volonté de mettre l'accent sur ces zones a donné naissance au « plan des 107 blocs ».

Ce plan propose de nouvelles approches dynamiques dans trois domaines clés : 1) la lutte contre les facteurs de risque connus d'infection poliomyélitique afin que le poliovirus se transmette moins facilement et avec moins de virulence ; 2) le renforcement de l'administration du VPO ; et 3) l'élimination des dernières lacunes connues dans la couverture vaccinale, en particulier dans les plaines inondables du Bihar et dans les populations itinérantes.

Outre les campagnes d'administration du VPOb, des mesures simples d'assainissement sont donc appliquées (par exemple la protection des pompes à eau des contaminations fécales), des stratégies de mobilisation sociale ont été élaborées pour promouvoir les changements de comportement en matière d'hygiène personnelle (par exemple le lavage des mains) et des suppléments de zinc sont distribués (pour lutter contre les maladies diarrhéiques). Les groupes difficiles à atteindre sont recensés et cartographiés non seulement dans l'Uttar Pradesh et au Bihar, mais aussi dans les sites de destination ; une surveillance de l'environnement, appliquée avec succès à Mumbai, est instaurée à Delhi afin de contrôler la circulation du virus ; et le rôle éventuel d'autres vaccins (par exemple le vaccin antipoliomyélitique inactivé) est étudié.

Alors que d'autres travaux seront menés en 2010 pour mieux comprendre l'immunité des muqueuses dans l'Uttar Pradesh, toutes les données semblent indiquer que les lacunes de l'immunité concernent surtout le poliovirus de type 3 chez les jeunes dans les populations itinérantes. L'introduction du VPOb et l'application d'approches essentielles pour recenser et atteindre les populations itinérantes dans l'Uttar Pradesh, le Bihar et les États de destination – y compris la cartographie des sites où les populations itinérantes se rassemblent –, l'inclusion de ces sites dans de nouveaux microplans et, ensuite, le contrôle des sites afin de veiller à ce qu'ils soient couverts par les AVS sont des mesures clés pour combler ces lacunes.

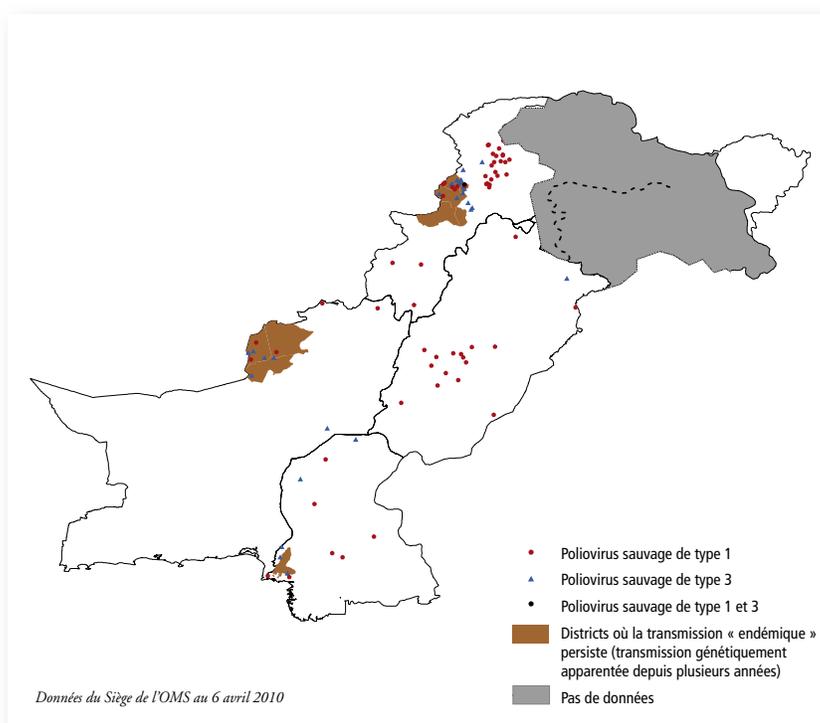
Résumé de l'évaluation

En Inde, l'équipe d'évaluation a constaté, de manière indépendante, que la couverture vaccinale était élevée dans les deux zones d'endémie restantes (le centre du Bihar et l'ouest de l'Uttar Pradesh). Ceci a bien montré qu'il fallait appliquer un programme de recherche dynamique qui englobe notamment une étude de l'immunité des muqueuses après la vaccination antipoliomyélitique orale et l'administration du vaccin antipoliomyélitique inactivé, une modélisation mathématique, des études de séroprévalence et une évaluation de l'effet de la malnutrition et de la diarrhée chronique sur l'immunité face à la poliomyélite. L'équipe d'évaluation a recommandé d'adopter une approche pluridimensionnelle de la transmission, exceptionnellement efficace, du virus et de l'efficacité insuffisante du vaccin antipoliomyélitique oral, et notamment d'étudier les activités de vaccination supplémentaires alors que de nouvelles données sont maintenant disponibles (par exemple sur le type de vaccin, la fréquence des campagnes, les groupes d'âge cibles) ; d'utiliser le vaccin antipoliomyélitique inactivé de manière ciblée ; d'améliorer la vaccination systématique ; d'assurer la supplémentation en zinc ; et d'appliquer des mesures simples d'assainissement (par exemple protéger les pompes manuelles d'une contamination fécale).

Pakistan

Le Pakistan est le seul pays où le nombre de cas de poliomyélite des deux types a baissé de plus de 20 % en 2009. Néanmoins, la transmission des virus de type 1 et de type 3 a persisté dans des zones à partir desquelles, régulièrement, les virus se propagent et provoquent des flambées à l'échelle nationale : 10 districts (sur les 152 que compte le pays) dans l'agglomération de Karachi (Sindh), dans l'agglomération de Quetta (Baloutchistan) et dans la Province de la Frontière du Nord-Ouest/les zones tribales sous administration fédérale. En raison de l'insécurité, notamment dans la Province de la Frontière du Nord-Ouest/les zones tribales sous administration fédérale et, après que la situation s'est améliorée dans d'autres pays d'endémie, le Pakistan est en passe de devenir le premier pays d'endémie.

LES FAITS 2009



89 cas : 60 de type 1, 28 de type 3 et un cas de co-infection par le type 1 et le type 3

6 journées nationales de vaccination

9 journées locales de vaccination/campagnes de ratissage

34 districts infectés sur 135

Principaux obstacles

Au Pakistan, l'évaluation indépendante a constaté que le principal obstacle avait trait à la responsabilisation concernant la qualité des opérations d'éradication de la poliomyélite, précisément dans les régions où la transmission persiste, comme à Karachi, à Quetta et dans la Province de la Frontière du Nord-Ouest/les zones tribales sous administration fédérale. Ces districts sont soit accessibles mais densément peuplés soit peu peuplés mais la sécurité y est précaire ; dans les deux cas, cependant, la persistance de la transmission était toujours liée de façon évidente à des lacunes dans la couverture vaccinale. Ceci a montré que les journées nationales de vaccination (JNV) relevaient d'une approche trop générale pour traiter les problèmes opérationnels chroniques et qu'il fallait plutôt adopter une approche au niveau des districts.

En 2009, les efforts d'éradication au Pakistan ont été sérieusement perturbés par deux campagnes militaires à grande échelle dans les zones de Swat et du sud du Waziristan (Province de la Frontière du Nord-Ouest/zones tribales sous administration fédérale) où la sécurité est précaire et où la poliomyélite sévit. Ces offensives ont entraîné, à court terme, des déplacements massifs de populations des zones infectées, qui ont propagé le virus depuis des régions auxquelles l'IMEP n'avait pas pu accéder mais qui ont aussi ouvert des régions, comme celle de Swat, qui étaient inaccessibles depuis longtemps. Les possibilités de l'IMEP d'accéder aux districts où la situation est fixée dans la Province de la Frontière du Nord-Ouest/les zones tribales sous administration fédérale se sont améliorées et, à Swat, 99 % des enfants étaient accessibles lors des JNV de décembre 2009 – chiffre inimaginable pendant la plus grande partie de la période 2008-2009. Ces améliorations ne sont toutefois

pas homogènes, l'accès à certains organismes tribaux essentiels des zones tribales sous administration fédérale, en particulier Khyber et Bajour, étant plus difficile.

Évaluation de nouvelles approches stratégiques

En 2009, l'IMEP a enfin pu contrôler plus exactement l'efficacité des AVS, à la fois grâce au marquage des doigts des enfants vaccinés et à un suivi indépendant. L'extension mi-2009 de l'échantillonnage des eaux usées à Karachi et Lahore a élevé le niveau de surveillance et permet au programme de recenser et de cibler les réservoirs de poliovirus restants. Le Gouvernement fédéral dispose maintenant des données nécessaires pour recenser exactement les zones accessibles où les résultats sont mauvais et leur demander des comptes.

Pour institutionnaliser cet engagement, le Premier Ministre Yusuf Gillani a présenté, en février 2009, son plan d'action contre la poliomyélite. Ceci faisait suite à la création d'un comité interprovincial contre la poliomyélite, présidé par le Ministre fédéral de la Santé et réunissant tous les Ministres de la Santé des provinces pour assurer la coordination intersectorielle et suivre l'engagement des responsables aux niveaux des districts et des Union Councils.

En octobre, le renforcement de l'engagement politique et de la responsabilisation a été mis en exergue lorsque le Président Asif Ali Zardari, alors qu'il lançait des JNV, a appelé les dirigeants des provinces et des districts du pays à veiller à ce que tous les enfants soient vaccinés au cours des campagnes et a annoncé la désignation de sa fille comme ambassadrice des efforts déployés par le Pakistan pour éradiquer la poliomyélite.

En 2009, le Pakistan a entrepris plusieurs innovations, dont une coopération intersectorielle avec la Police de la route et des autoroutes, la Police de Lahore et l'Autorité nationale des enregistrements et des bases de données, qui ont mobilisé leur personnel, ont mis à disposition des équipes pour vacciner les enfants ou ont participé à la surveillance. Le principal opérateur pakistanais de téléphonie mobile, Mobilink, a participé aux opérations en envoyant des millions de SMS pour indiquer aux parents que des JNV étaient organisées.

L'avenir

Pour élever le niveau d'immunité de la population dans les zones où la sécurité est précaire, il faut vacciner davantage d'enfants et veiller à l'efficacité maximale de chaque vaccination. Les personnes chargées de négocier l'accès au niveau local participent désormais activement à l'organisation des AVS en collaborant, sur le terrain, avec les ONG membres du Groupe de responsabilité

sectorielle Santé et en étendant considérablement les activités de mobilisation sociale. Une approche au niveau des districts a été appliquée fin 2009 en même temps que des stratégies transversales afin d'impliquer et de vacciner plus efficacement la communauté de langue pashto, car les données montrent que la sous-vaccination de cette communauté contribue à la propagation interprovinciale du poliovirus (en 2009, 80 % des cas de poliomyélite ont touché la communauté de langue pashto, qui représente 18 % de la population, et les voyages qu'elle effectue à destination et en provenance de l'Afghanistan entraînent une transmission transfrontière du poliovirus). Le VPO bivalent est un nouvel outil précieux qui offre, en une seule injection, une protection contre les deux sérotypes de virus et qui permet une efficacité maximale de chaque AVS. En outre, le recours à l'administration d'une dose supplémentaire dans un intervalle court est, dans la mesure du possible, de plus en plus fréquent, à l'occasion d'activités de vaccination localisées lorsque les conditions de sécurité le permettent.

Après avoir pris ces mesures, le Pakistan ne notait plus aucun progrès face au poliovirus à la fin de l'année. Le pays doit encore absolument contrôler la transparence des autorités locales, poursuivre la planification au niveau des districts, mener des négociations judicieuses concernant l'accès et organiser une mobilisation sociale adaptée s'il veut progresser autant que les autres pays d'endémie.

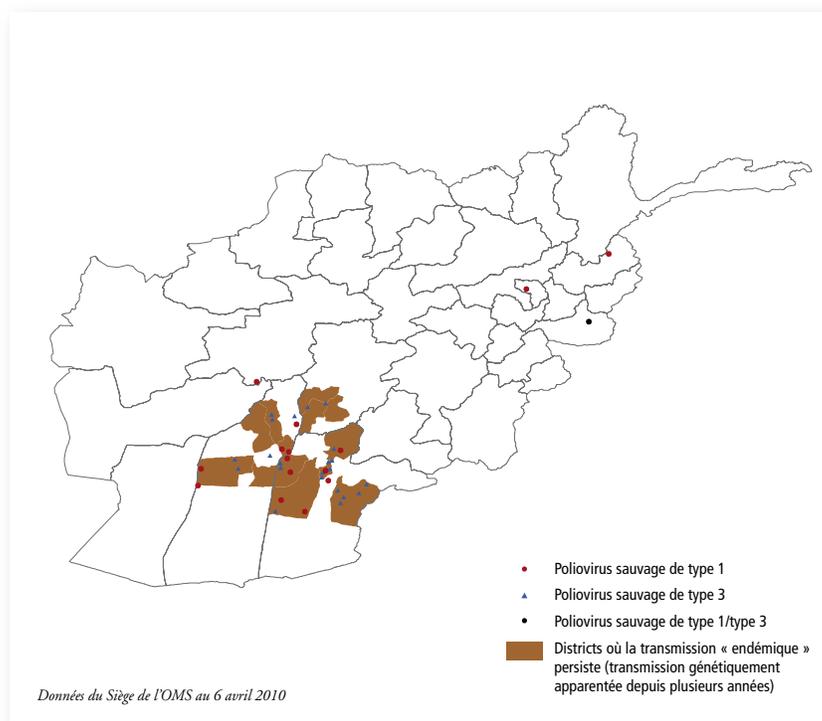
Résumé de l'évaluation

Au Pakistan, l'équipe d'évaluation a constaté que *« les interférences politiques dans l'engagement des agents de vaccination et leur responsabilisation posent des problèmes majeurs dans certaines zones »*, notamment dans l'agglomération de Karachi dans la province du Sindh et dans la région de Quetta au Baloutchistan, et a recommandé de contrôler la couverture assurée par la campagne au niveau des sous-districts (Union Councils) afin que les responsables de district rendent compte de l'utilisation des ressources destinées à l'éradication et de l'efficacité des opérations. L'équipe d'évaluation a recommandé d'adapter les stratégies le cas échéant afin que les ressources destinées aux AVS soient ciblées plus efficacement dans les districts « réservoirs ». Pour améliorer la couverture dans les districts où la sécurité est précaire et où la poliomyélite sévit, l'équipe d'évaluation a recommandé d'axer les campagnes locales de vaccination sur ces districts et de mettre au point et d'appliquer des plans et des mesures pour chaque district selon la culture locale, les partenaires locaux (notamment les ONG) et la nature du conflit.

Afghanistan

La plus grande partie de l'Afghanistan est exempte de poliomyélite : 28 des 31 enfants atteints de poliomyélite paralytique en 2009 venaient de 13 districts touchés par un conflit (sur les 329 districts du pays) dans les provinces d'Helmand, de Kandahar et d'Uruzgan, dans la région méridionale, qui comptent dans leur ensemble à peine plus de 670 000 enfants de moins de cinq ans. Malgré l'insécurité extrême, les nombreuses innovations introduites en 2009 ont contribué à ramener la proportion globale d'enfants non vaccinés à 5 % dans la région méridionale.

LES FAITS 2009



Le vaccin antipoliomyélique oral bivalent est administré à un enfant à Jalalabad, dans l'est de l'Afghanistan.

38 cas : 15 cas de type 1, 22 cas de type 3 et un cas de co-infection type 1-type 3

6 journées nationales de vaccination

5 journées locales de vaccination/journées de la santé de l'enfant

16 districts infectés sur 329

Principaux obstacles

Les conflits ouverts restent l'un des principaux obstacles à l'éradication de la poliomyélite en Afghanistan. Lors de certaines campagnes menées en 2009, la proportion d'enfants non vaccinés dans les 13 districts où la transmission du poliovirus persiste atteignait jusqu'à 60 %. Si le poliovirus reste circonscrit aux zones où l'accès aux enfants est difficile ou dangereux, les difficultés opérationnelles pendant les AVS – par exemple le manque de supervision ou de formation des vaccinateurs – jouent également un rôle dans certaines régions.

Évaluation de nouvelles approches stratégiques

En 2009, les efforts d'éradication de la poliomyélite ont consisté à la fois à améliorer les AVS et à créer un environnement sûr pour les équipes de vaccination.

Plusieurs nouvelles stratégies ont été testées ou étendues dans la région méridionale de l'Afghanistan. Grâce à des améliorations opérationnelles – par exemple le renforcement de la supervision et des effectifs des équipes de vaccination – et à des négociations d'accès plus élaborées, la proportion d'enfants qui n'ont pas pu être vaccinés dans la région méridionale est passée de plus de 20 % début 2009 à 5 % pendant les campagnes de juillet et de septembre 2009.

Pour les activités de cette année, il y eu une collaboration plus systématique avec toutes les parties en conflit, y compris la Force internationale d'assistance à la sécurité (FIAS), les forces afghanes et les éléments antigouvernementaux, dans ce dernier cas avec l'aide cruciale du Comité international de la Croix-Rouge (CICR). La participation de la communauté locale et des chefs traditionnels, ainsi que la collaboration systématique avec des ONG locales avec lesquelles le Gouvernement afghan a passé contrat pour la prestation de services de santé essentiels ont également permis d'améliorer l'accès aux familles.

La disponibilité du VPOb multiplie l'effet de ces améliorations – le 15 décembre 2009, l'Afghanistan est devenu le premier pays au monde à utiliser ce vaccin révolutionnaire, qui a été administré à 2,8 millions d'enfants dans les régions méridionale, du sud-est et orientale.

L'approche consistant à administrer une dose supplémentaire dans un intervalle court (SIAD) a été appliquée là où c'était possible – souvent grâce au travail des négociateurs, ce qui a permis d'ouvrir au maximum l'accès à Kandahar et à Helmand. On a alors assisté, au cours de l'année, à une baisse du nombre d'enfants non vaccinés malgré une détérioration générale des conditions de sécurité dans tout le pays et notamment dans la région méridionale. Les journées locales de vaccination (JLV) de septembre 2009 furent parmi les plus réussies : 880 000 enfants ont été vaccinés dans 19 districts à haut risque de Kandahar, Helmand et Uruzgan et moins de 4 % des enfants ont été considérés comme « inaccessibles ».

Dans ces districts peu peuplés, l'immunité de la population est proche du point à atteindre en vue de l'éradication étant donné que la transmission d'un, puis de l'autre, poliovirus est toujours interrompue ; en 2009 – et ce n'était pas la première fois –, la transmission du poliovirus de type 1 a été interrompue avant une réintroduction du virus début 2010 depuis le Pakistan. Ce cycle se poursuit, le poliovirus étant régulièrement réintroduit et circulant entre les deux pays. Il faut absolument multiplier les postes de vaccination à la frontière pour faire baisser l'intensité de la transmission transfrontière.



Une équipe de vaccination dans la campagne afghane.

L'avenir

Dans les 13 districts où la transmission persiste, l'immunité de la population reste insuffisante, jusqu'à 5 % des enfants n'ayant jamais été vaccinés contre la poliomyélite. Il faut maintenant consolider les nouvelles approches opérationnelles et de sensibilisation dans ces districts, dans le cadre de plans spécifiques, et constituer des équipes de vaccination de meilleure qualité en formant davantage les vaccinateurs et des superviseurs et en s'assurant que les vaccinateurs soient assez âgés pour inspirer confiance à la communauté. En 2010, ces plans ont donc été élaborés pour les 13 districts afin d'y garantir l'accès. Les capacités seront également renforcées, à la fois par une augmentation des effectifs de personnel technique et par la mise à la disposition du personnel actuel de meilleurs outils (meilleurs matériels de formation, meilleure sélection des superviseurs et formation des vaccinateurs, microplans plus détaillés).

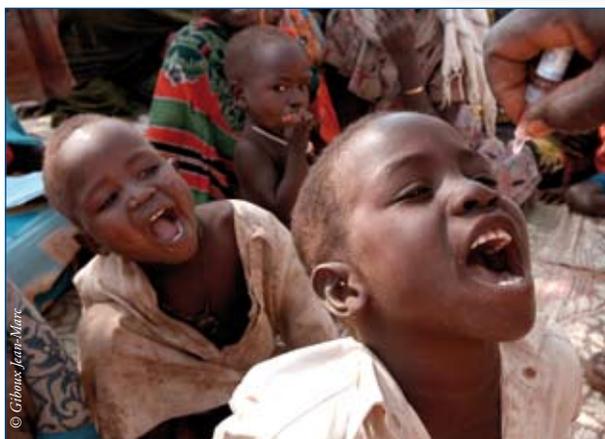
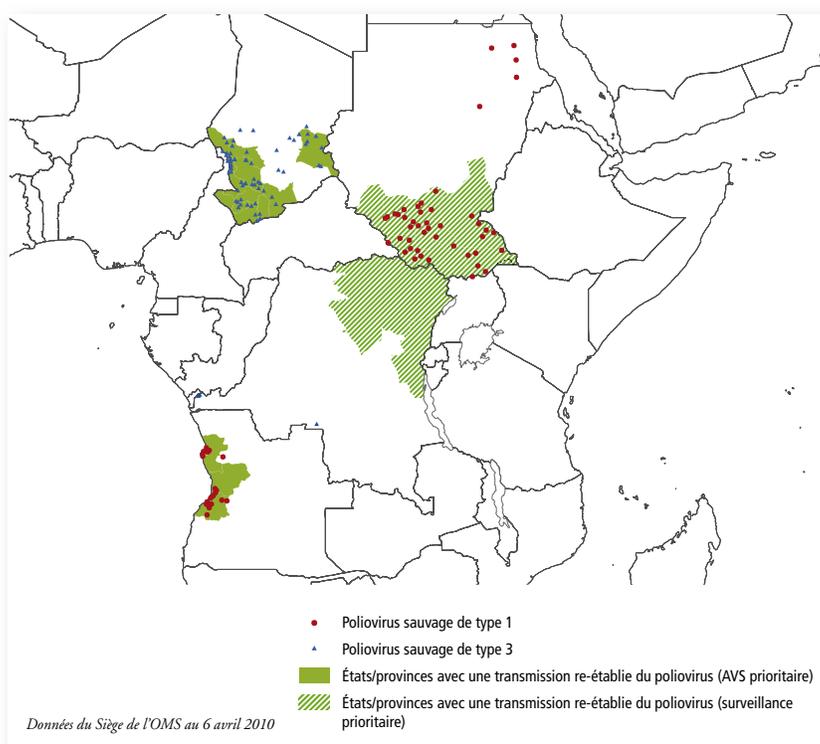
Résumé de l'évaluation

L'équipe d'évaluation a recommandé d'adapter les stratégies en Afghanistan afin que les ressources allouées aux AVS soient ciblées plus efficacement dans les districts « réservoirs ». Pour améliorer la couverture dans les districts où la sécurité est précaire et où la poliomyélite sévit, l'équipe d'évaluation a recommandé d'axer les campagnes locales sur ces districts et de mettre au point et d'appliquer des plans et des mesures par district selon la culture locale, les partenaires locaux (en particulier les ONG) et la nature du conflit. L'équipe d'évaluation a souligné que l'effort d'éradication devait rester neutre et donc ne pas être lié de trop près aux dirigeants ou aux partis politiques dans ces régions.

ii) Pays avec une transmission re-établie du poliovirus

L'un des problèmes majeurs auxquels s'est heurtée l'IMEP en 2009 est la transmission durable de poliovirus sauvages importés pendant plus de 12 mois en Angola et au Tchad, ainsi qu'en République démocratique du Congo et au Soudan probablement. Cette situation extraordinaire a amené le Comité consultatif sur l'éradication de la poliomyélite (ACPE) à recommander que ces quatre pays soient actuellement considérés comme subissant une reprise prouvée (Angola et Tchad) ou présumée de la transmission du poliovirus sauvage.

LES FAITS 2009



Le vaccin antipoliomyélitique oral est administré à un enfant au cours d'une journée nationale de vaccination au Tchad.

Principaux obstacles

L'incapacité à mettre pleinement en œuvre les lignes directrices internationales pour la riposte aux flambées de poliovirus sauvage a constitué le principal obstacle à l'éradication de la poliomyélite dans les pays avec une transmission re-établie du poliovirus. Pour interrompre la transmission en cours, ces pays doivent renforcer l'assistance technique, faire subir une formation de recyclage à leur personnel pour maximiser l'impact des campagnes de vaccination, mettre davantage l'accent sur la mobilisation sociale et combler les lacunes de la surveillance.

Angola : 29 cas de type 1, 2 JNV, 6 JLV/journées de la santé de l'enfant, 10 districts infectés sur 164

Tchad : 66 cas de type 3, 2 JNV, 4 JLV, 29 districts infectés sur 61

République démocratique du Congo : 3 cas de type 3, 0 JNV, 9 JLV/journées de la santé de l'enfant/campagnes de ratissage, 2 districts infectés sur 515

Soudan : 45 cas de type 1, 4 JNV, 8 JLV, 24 districts infectés sur 135

Mise en œuvre des stratégies d'éradication

En 2009, l'évaluation indépendante a recommandé que, compte tenu de la très grande faiblesse des systèmes de santé dans les pays ayant subi une transmission re-établie du poliovirus, ces régions fassent l'objet d'une démarche similaire à celle appliquée aux pays d'endémie en termes d'appui en personnel, de temps, d'investissements et de campagnes préplanifiées. Fin 2009, le renforcement résultant de l'assistance technique et du suivi indépendant des AVS avait déjà contribué à résoudre les problèmes de base et permettait de guider certaines améliorations.

Le Tchad et l'Angola avaient subi des flambées actives attestées de poliovirus sauvage importé pendant plus de deux ans et,

à la fin du premier trimestre 2010, continuaient de notifier des cas. Dans ces pays, les efforts visent principalement une amélioration conséquente de la qualité de la couverture vaccinale dans le cadre des AVS/campagnes de ratissage pour mettre fin à la transmission. La deuxième priorité est d'accroître la sensibilité de la surveillance des PFA pour localiser rapidement les cas et finalement pouvoir déclarer en toute confiance que la transmission a été interrompue. L'engagement politique à tous les niveaux est essentiel et doit reposer sur une compréhension plus profonde de la menace que représentent ces pays pour l'éradication de la poliomyélite en Afrique.

En raison de la persistance alarmante et de l'intensification des importations de poliovirus sauvage au Tchad et de la possibilité très réelle que ce pays réinfecte ses voisins, le Directeur régional de l'OMS pour la Région africaine s'est rendu au Tchad en mai 2009, pour insister auprès des autorités nationales sur l'urgence d'améliorer la qualité des campagnes de vaccination antipoliomyélique. Le Président de la Commission régionale de Certification de l'éradication de la Poliomyélite (RCC) en Afrique et celui du Comité de Coordination interagences pour la Région africaine (ARICC) se sont joints dans cette mission au Directeur régional pour discuter avec le Gouvernement tchadien de la nécessité d'intensifier toutes les activités d'éradication de la poliomyélite. Dans le cadre d'une réunion avec le Premier Ministre et le nouveau Ministre de la Santé, l'importance stratégique du Tchad dans cet effort sanitaire international a été soulignée.

Durant la seconde moitié de l'année 2009, le Tchad a été le pays d'Afrique qui a enregistré le plus grand nombre de cas (53). Début 2010, le Président Idriss Deby a répondu en déclarant personnellement la guerre à la poliomyélite et en convoquant une réunion de tous les Gouverneurs provinciaux pour veiller à ce qu'ils se sentent pleinement responsables de la mise en œuvre des campagnes de lutte contre la poliomyélite. La surveillance et l'investigation des cas laissent à penser que la transmission se maintient dans les centres densément peuplés, mais pleinement accessibles, de N'Djamena, d'Abeche et des grandes villes du sud. Par conséquent, la plus grande priorité du programme a été de renforcer la couverture dans ces zones (car, même dans la capitale, la proportion d'enfants échappant à la vaccination antipoliomyélique dans le cadre d'une campagne peut dépasser 40 %). Au cours de l'année 2009, pas moins de 11 consultants internationaux ont été recrutés et affectés au Tchad pour aider à la planification des AVS, à la sensibilisation, au suivi et à la surveillance dans les provinces prioritaires. L'ouverture en 2009 de trois bureaux secondaires a entraîné des améliorations dans la collecte des données de surveillance.

En Angola, la reconnaissance de la reprise dans le pays de la transmission du poliovirus sauvage a débouché sur un effort concerté du Gouvernement et de ses partenaires pour combler les lacunes de la couverture vaccinale, notamment dans le corridor densément peuplé et très fréquenté par les voyageurs de Luanda-Benguela, où la majorité des cas de poliomyélite continuent d'être enregistrés. Certains

Gouverneurs ont activement promu et mis en œuvre les AVS, également soutenues par une assistance logistique et un suivi indépendant de l'armée, tandis que des partenaires se chargeaient de campagnes de suivi pour identifier les lacunes dans la couverture vaccinale en vue d'une revaccination immédiate. En dépit de ces efforts, le virus continuait de se transmettre fin 2009, tout au moins dans la région de Luanda, avec de sérieux risques de propagation à plus grande échelle.

Le Sud-Soudan n'a notifié aucun cas de poliovirus sauvage de type 1 depuis le 27 juin 2009, tandis que la République démocratique du Congo n'a recensé aucun cas de poliomyélite depuis le 5 août 2008 (ce pays a dû faire face séparément à une flambée de type 3 en 2009 et a été réinfecté par un virus provenant du nord de l'Angola au cours du deuxième trimestre 2010). Les experts restent prudents quant au statut en termes d'éradication de ces deux pays, compte tenu de leurs résultats insatisfaisants en matière de surveillance en 2009. (La nécessité de cette prudence a été soulignée en septembre 2009 lorsqu'un cas de poliovirus sauvage de type 1 détecté au Burundi a été génétiquement lié à un virus repéré pour la dernière fois en République démocratique du Congo en août 2008, d'où la persistance probable de poliovirus de type 1 non détectés à l'est de ce pays).

L'avenir

Les ressources de l'IMEP, et en particulier l'assistance technique internationale (y compris les communications), seront substantiellement renforcées dans ces zones, pour atteindre des niveaux comparables à l'investissement de l'initiative dans les régions d'endémie. Des consultants ayant une longue expérience de la poliomyélite sont affectés à des zones clés pour améliorer les campagnes de vaccination et combler les lacunes dans la surveillance. Les lignes directrices opérationnelles et les microplans de riposte aux flambées sont en cours de révision, avec en parallèle un recyclage des superviseurs, des équipes de vaccination et des mobilisateurs. Tout district dont le taux de couverture par une AVS est inférieur à 90 % devra faire l'objet d'une nouvelle intervention.

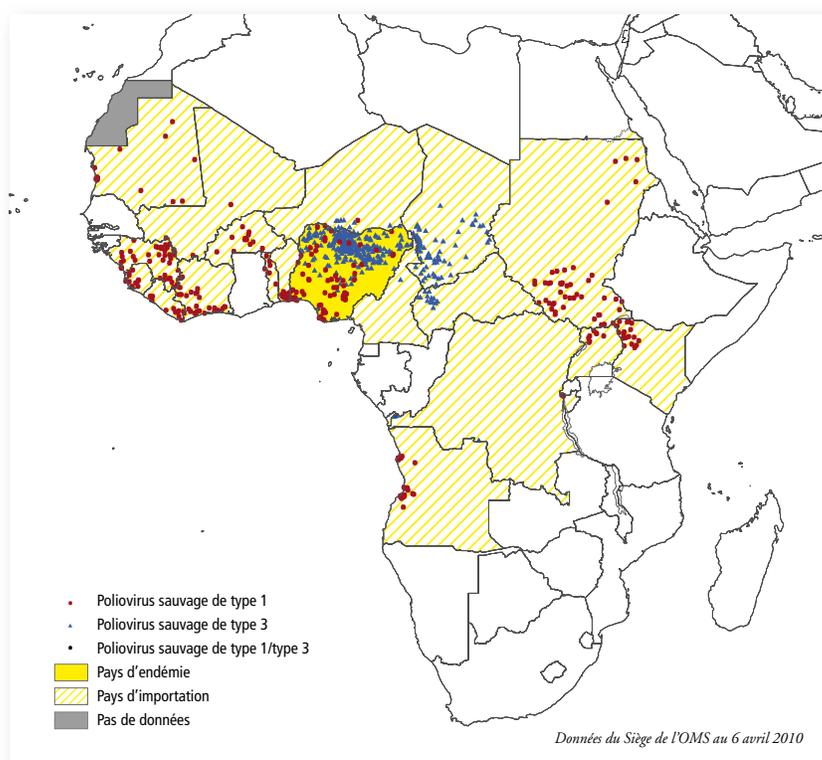
Résumé de l'évaluation

L'équipe d'évaluation a constaté que les flambées persistantes de poliomyélite faisant suite à des importations (c'est-à-dire en Angola, au Tchad et au Soudan) étaient dues à l'incapacité à appliquer pleinement les lignes directrices internationales relatives à la riposte en cas de flambée de poliomyélite et a recommandé d'aligner le niveau d'assistance technique dans ces zones sur celui dont bénéficient les régions d'endémie, de rafraîchir la formation du personnel en place et de mettre davantage l'accent sur la mobilisation sociale.

iii) Pays touchés par des flambées aiguës

Cas de poliovirus sauvage dans la ceinture d'importation subsaharienne, 2009

En 2009, une propagation internationale importante du poliovirus sauvage s'est produite en Afrique de l'Ouest, dans la Corne de l'Afrique et en Afrique centrale. Cette ceinture subsaharienne est clairement sensible aux réimportations provenant de zones d'endémie au vu des infections récurrentes qu'elle subit et que l'on peut imputer à la fois à une faible couverture par la vaccination systématique et à des fréquents mouvements de population. Fin 2008, une flambée de poliovirus sauvage type 1, ayant débuté au nord du Nigéria, s'est propagée à sept autres pays : Niger, Togo, Bénin, Burkina Faso, Ghana, Côte d'Ivoire et Mali. Cette flambée a poursuivi sa progression vers l'ouest en 2009, gagnant la Sierra Leone, le Libéria, la Mauritanie et la Guinée. Dans la Corne de l'Afrique, une flambée de type 1, provenant du Sud-Soudan, a contaminé le nord du Soudan, le Kenya et l'Ouganda, tandis qu'en Afrique centrale le Burundi était infecté, du fait probablement de la transmission non détectée du poliovirus sauvage dans la République démocratique du Congo, et la République centrafricaine comme le Cameroun subissaient une réinfection par un poliovirus de type 3 provenant du Tchad.



Afrique de l'Ouest

Bénin : 20 cas de type 1, 4 JNV, 1 JLV, 14 districts infectés sur 77

Burkina Faso : 15 cas de type 1, 6 JNV, 1 JLV, 11 districts infectés sur 63

Côte d'Ivoire : 26 cas de type 1, 7 JNV, 19 districts infectés sur 72

Guinée : 42 cas de type 1, 5 JNV, 19 districts infectés sur 38

Libéria : 11 cas de type 1, 4 JNV, 1 JLV, 6 districts infectés sur 15

Mali : 2 cas de type 1, 3 JNV, 3 JLV, 2 districts infectés sur 59

Mauritanie : 13 cas de type 1, 1 JNV, 1 JLV, 12 districts infectés sur 53

Niger : 15 cas, 1 de type 1 et 14 de type 3, JNV, 2 JLV, 10 districts infectés sur 42

Sierra Leone : 11 cas de type 1, 5 JNV, 5 districts infectés sur 13

Togo : 6 cas de type 1, 4 JNV, 5 districts infectés sur 35

Corne de l'Afrique

Kenya : 19 cas de type 1, 8 campagnes de ratissage/journées de la santé de l'enfant, 3 districts infectés sur 78

Ouganda : 8 cas de type 1, 1 JNV, 5 JLV, 2 districts infectés sur 80

Afrique centrale

Burundi : 2 cas de type 1, 2 JNV, 1 district infecté sur 41

Cameroun : 3 cas de type 3, 1 JNV, 3 campagnes de ratissage/journées de la santé de l'enfant, 2 districts infectés sur 173

République centrafricaine : 14 cas de type 3, 4 JNV, 3 JLV/journées de la santé de l'enfant, 1 district infecté sur 24



© Riccardo Giugliardi/UNICEF

Aicha Traore, âgée de quatre ans, est la première personne infectée par le poliovirus sauvage en Côte d'Ivoire depuis quatre ans.

Principaux obstacles

Le principal obstacle à l'éradication de la poliomyélite dans la ceinture subsaharienne d'importation du poliovirus sauvage a résidé dans les mauvaises prestations des services de vaccination systématique, qui se sont traduites par des niveaux d'immunité dans les populations insuffisants pour prévenir les flambées de poliovirus sauvage après de nouvelles importations.

Mise en œuvre des stratégies d'éradication

Plusieurs approches ont été appliquées par l'IMEP dans ses efforts pour venir à bout des flambées, dont les suivantes.

- 1) Le suivi indépendant en temps réel à l'aide de modules de données standardisés a été introduit dans plusieurs pays d'Afrique et permet aux programmes gouvernementaux d'identifier plus rapidement les zones faiblement performantes afin de procéder à une revaccination immédiate et de guider les actions correctives avant l'AVS suivante. Tout district dont le taux de couverture
- 2) La stratégie consistant à administrer une dose supplémentaire dans un intervalle court (SIAD), qui prévoit la vaccination des enfants à intervalles réduits pour accroître rapidement l'immunité à un sérotype de poliovirus sauvage, a été employée avec succès au Kenya, où elle a permis de mettre fin à la flambée (dernier cas notifié le 30 juillet 2009).
- 3) Un renforcement conséquent des ressources humaines, notamment dans la Corne de l'Afrique, avec l'affectation de 10 consultants eSTOP au Sud-Soudan pendant 12 mois pour améliorer la surveillance des PFA et de consultants en mission de courte durée, s'accompagnant d'un appui important en personnel provenant du Siège au Kenya et en Ouganda.

- 4) La synchronisation des campagnes de vaccination antipoliomyélitique préplanifiées pour amener la couverture vaccinale et l'immunité dans un bloc épidémiologique de plusieurs pays aux niveaux nécessaires pour mettre fin à la flambée en cours et pour prévenir l'apparition d'autres flambées. Une telle opération a permis de vacciner jusqu'à 53 millions d'individus dans huit pays en l'espace d'un week-end en février et juin 2009 et jusqu'à 85,5 millions d'enfants appartenant à 19 pays en mars et avril 2010.
- 5) Le renforcement des activités de sensibilisation pour faire prendre conscience aux dirigeants politiques de l'importance au plan international de l'arrêt des flambées ; le Rotary et les responsables d'autres agences partenaires ont activement incité les ministres de la santé des pays subissant des flambées à participer à cette action. En outre, le Bureau régional OMS de l'Afrique et le Siège de l'Organisation ont organisé des réunions en tête-à-tête avec tous les ministres de la santé pendant l'Assemblée mondiale de la Santé et la réunion des comités régionaux afin d'insister sur l'importance de mener des AVS de haute qualité pour stopper ces flambées. La réunion des ministres de la santé des pays Membres de l'Organisation de la Conférence islamique, qui s'est tenue en mars 2009, a mis l'accent sur les flambées de poliomyélite en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale et a incité les pays Membres à s'assurer que les AVS atteignent chaque enfant. Enfin, le Président du Gouvernement du Sud-Soudan, le Général Salva Kiir Mayardit, a lancé un plan d'action du Président pour l'éradication de la poliomyélite, créant un comité de coordination interministériel pour faire face d'urgence à la flambée de poliomyélite qui sévit dans son pays et attribuant la pleine responsabilité de l'amélioration de la qualité des ripostes aux flambées aux gouvernements fédéraux et de comté (ou de district).

L'impact des activités de riposte aux flambées dans les pays de la ceinture d'importation du poliovirus sauvage au cours de l'année 2009 a confirmé que la mise en œuvre des lignes directrices relatives à la riposte en cas de flambée convenues au niveau international s'était pleinement opérée et avec succès. Sur les 15 pays infectés en 2008 et 2009, 10 avaient interrompu la transmission au deuxième trimestre 2010.

Sur le plan épidémiologique, il est clair qu'en 2010 se présente une opportunité véritable de liquider les dernières poches de transmission du poliovirus sauvage en Afrique de l'Ouest. Au deuxième trimestre 2010, le Sénégal, le Mali et la Mauritanie continuent de traquer ce qui reste de la flambée en Afrique de l'Ouest (le Sénégal n'a pas été infecté avant début 2010 et n'a donc pas été pris en compte dans la première grande étape du plan). En Afrique de l'Ouest, la Guinée n'a enregistré aucun cas depuis novembre, le Burkina Faso depuis octobre, la Côte d'Ivoire depuis août, le Bénin depuis avril et le Togo depuis mars de l'année 2009. En Afrique centrale, le

Cameroun n'a notifié aucun cas depuis octobre, le Burundi depuis septembre et la République centrafricaine depuis août de l'année 2009. Dans la Corne de l'Afrique, le Kenya n'a relevé aucun cas depuis juillet, le Soudan depuis juin et l'Ouganda depuis mai de l'année 2009.

L'avenir

Le *Plan stratégique 2010-2012 de l'IMEP* prévoit des mesures plus fermes pour réduire la propagation du poliovirus dans les pays d'Afrique, et notamment des activités de ratissage plus agressives pour interrompre les flambées en cours, le renforcement des campagnes préplanifiées et des systèmes de vaccination, des travaux de recherche sur les politiques à appliquer pour réduire les risques de nouvelles importations (recommandations concernant la vaccination des voyageurs, par exemple) et des lignes directrices pour mettre fin plus rapidement aux flambées.

Au deuxième trimestre 2010, les flambées avaient été jugulées partout à l'exception de quelques poches au Sénégal, au Mali et en Mauritanie. Des activités de vaccination continues couvrant plusieurs pays – conjuguées si possible à des campagnes d'administration d'une dose supplémentaire dans un intervalle court – sont organisées dans les zones à haut risque dans l'objectif de réaliser la première grande étape⁶ du *plan stratégique de l'IMEP 2010-2012* : faire cesser cette flambée d'ici juillet 2010.

Résumé de l'évaluation

Pour limiter encore la propagation internationale des poliovirus sauvages, l'équipe d'évaluation a incité l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite à collaborer plus étroitement avec les systèmes de vaccination afin de renforcer la couverture par la vaccination systématique dans les districts voisins de zones infectées par la poliomyélite et à axer les campagnes contre cette maladie sur les pays réinfectés et insuffisamment couverts par la vaccination systématique. L'équipe d'évaluation a recommandé la vaccination des voyageurs au niveau des points de passage terrestres entre les pays infectés et les pays exempts de poliomyélite en Afrique subsaharienne et s'est exprimée en faveur de la vaccination d'autres voyageurs dans toutes les circonstances où une telle intervention permet de réduire davantage le risque de propagation internationale, comme cela a été pratiqué pour le pèlerinage à la Mecque.

6 D'ici à mi-2010 : arrêt de toutes les flambées de poliomyélite survenues en 2009.

iv) Flambées de poliovirus dérivés d'une souche vaccinale circulants (PVDVc)

En de rares occasions, ⁷ lorsqu'une population est fortement sous-immunisée, le virus vivant atténué (affaibli) contenu dans un vaccin antipoliomyélique oral peut, une fois excrété, rencontrer suffisamment d'enfants sensibles pour récupérer sa capacité à circuler dans une population et à provoquer des paralysies. Si on laisse ces PVDVc circuler pendant une période prolongée, ils peuvent retrouver une aptitude à se transmettre et une pathogénicité similaires à celles du poliovirus sauvage. Point important : si une population est totalement vaccinée contre la poliomyélite, elle sera protégée à la fois contre les souches sauvages et vaccinales du poliovirus. Les flambées de PVDVc peuvent être interrompues rapidement par la mise en œuvre d'AVS à grande échelle et de haute qualité, utilisant le VPO.

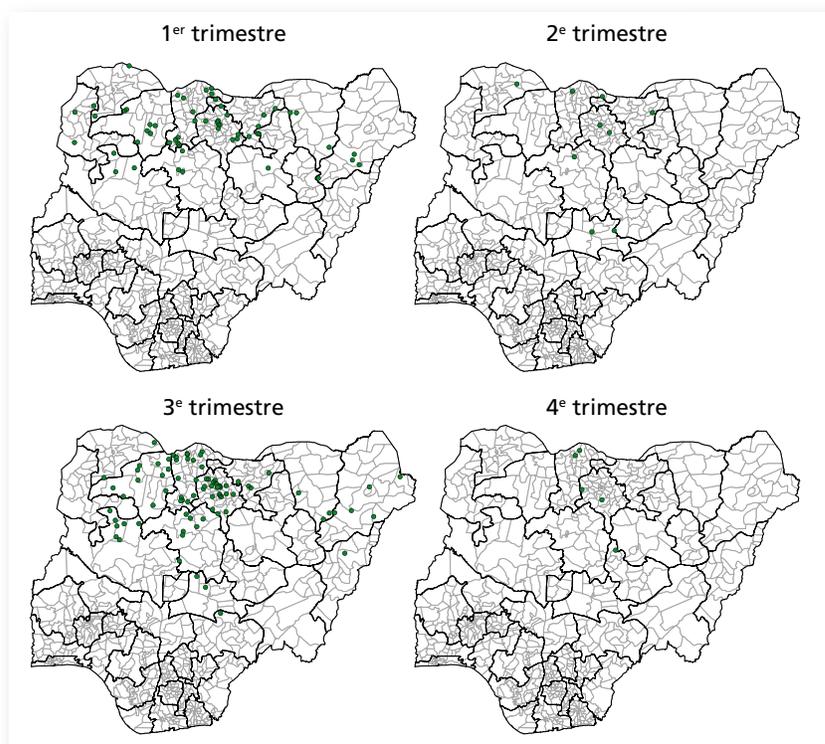
En 2009, le Nigéria a continué de combattre une flambée de PVDVc de type 2, ce qui démontre clairement que la couverture par les vaccinations systématique et supplémentaire utilisant le VPO trivalent (VPOt) était insuffisante dans le nord du Nigéria.



En mai et août 2009, ce pays a mené à l'échelle nationale des campagnes de vaccination supplémentaires par le VPO trivalent, et l'amélioration significative de la qualité de ces AVS a eu un impact immédiat : alors que, fin août, on

⁷ Au cours de la dernière décennie, plus de 10 milliards de doses de VPO ont été administrées à plus de deux milliards d'enfants, prévenant ainsi plus de 3,5 millions de cas de poliomyélite. Au cours de la même période, 13 pays ont notifié des épisodes de circulation de PVDVc, ayant donné lieu à 414 cas de poliomyélite dus à un PVDV.

Cas de PVDVc au Nigéria, 2009



Nigéria : 153 cas de type 2

Inde : 15 cas de type 2

République démocratique du Congo : 4 cas de type 2

Somalie : 4 cas de type 2

Éthiopie : 1 cas de type 1, 1 cas de type 3

Guinée : 1 cas de type 2

enregistrait au Nigéria 148 cas ; après les AVS, 5 cas seulement de PVDVc ont été recensés pour le restant de l'année.

En 2009, des PVDV de type 2 continuaient de circuler (depuis 2008) en République démocratique du Congo (16 cas au total, 2 en 2009), en Éthiopie (4 cas au total, 1 en 2009) et au Nigéria (319 cas au total, 153 en 2009). De nouvelles flambées de PVDVc de type 2 ont été détectées en Inde (2 cas) et en Somalie (2 cas). On a établi un lien génétique entre un PVDV isolé de type 2, isolé chez un cas de PFA en Guinée, et la flambée se déroulant au Nigéria. Il a été répondu à tous les épisodes de transmission de PVDV par des campagnes de ratissage locales suivies d'AVS utilisant le VPOt.

5.1. Évaluation et renforcement de la sensibilité de la surveillance au niveau infranational

Les critères de sensibilité de la surveillance à respecter pour certifier l'éradication de la poliomyélite sont un taux de paralysie flasque aiguë (PFA) non poliomyélitique d'au moins 1 cas pour 100 000 enfants de moins de 15 ans et le prélèvement d'échantillons de selles chez au moins 80 % des cas de PFA, tous ces échantillons étant analysés dans un laboratoire agréé par l'OMS. Cette partie présente de manière détaillée la sensibilité de la surveillance des PFA dans le monde et les mesures pour maintenir cette sensibilité ou l'accroître si nécessaire.

Dans les régions d'endémie de la poliomyélite, 56 pays sur 68 (85 %) ont atteint ou maintenu le niveau de surveillance des PFA requis pour la certification, dont 49 pays avec des taux de PFA >2 pour 100 000.

Région OMS	Cas de PFA notifiés		Taux de PFA non poliomyélitique		% des cas de PFA pour lesquels des échantillons de selles adéquats ont été prélevés	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
AFRIQUE	14 256	15 127	4,43	3,94	90%	89%
AMÉRIQUES	2 063	1 873	1,24	1,13	79%	79%
MÉDITERRANÉE ORIENTALE	10 799	10 607	4,60	4,40	91%	91%
EUROPE	1 360	1 361	0,92	0,92	82%	84%
ASIE DU SUD-EST	50 509	54 968	8,10	8,66	84%	84%
PACIFIQUE OCCIDENTAL	6 417	6 277	1,61	1,74	88%	87%
MONDE	85 404	90 213	4,61	4,89	86%	86%

Données en date du 18 mai 2010

Parmi les régions d'endémie de la poliomyélite appartenant à la Région africaine de l'OMS, 87,5 % présentaient un taux de PFA >1 pour 100 000 ; 77 % bénéficiaient de prélèvements de selles adéquats pour >80 % des cas de PFA ; et 75 % avaient ces deux critères remplis. Dans la Région de la Méditerranée orientale, 91 % présentaient un taux de PFA >1 pour 100 000 ; 82 % bénéficiaient de prélèvements de selles adéquats pour >80 % des cas de PFA ; et 78 % avaient ces deux critères remplis. Dans la Région de l'Asie du Sud-Est, 81 % présentaient un taux de PFA >1 pour 100 000 ; 63 % bénéficiaient de prélèvements de selles adéquats pour >80 % des cas de PFA ; et 54 % avaient ces deux critères remplis.

Dans les pays prioritaires des régions d'endémie de la poliomyélite, le taux préconisé à des fins opérationnelles de 2 cas de PFA pour 100 000 enfants de moins de 15 ans a été atteint par 39 pays sur 48 pays dans la Région africaine (81 %), par 15 pays sur 23 dans la Région de la Méditerranée orientale (65 %) et par 6 pays sur 10 dans la Région de l'Asie du Sud-Est (60 %).

Les 21 pays suivants appartenant aux régions d'endémie n'ont pas atteint les niveaux de sensibilité de la surveillance requis pour la certification : Afrique du Sud, Algérie, Botswana, Côte d'Ivoire, Guinée équatoriale, Guinée-Bissau, Maurice, Niger, Réunion, Sainte-Hélène, Sao Tomé-et-Principe et Seychelles dans la Région africaine ; Chypre, Djibouti, Koweït, Liban et Maroc dans la Région de la Méditerranée orientale ; Bhoutan,

Maldives, Sri Lanka, et Thaïlande dans la Région de l'Asie du Sud-Est.

Pays d'endémie

Globalement, les indicateurs des pays d'endémie de la poliomyélite sont bons, tant au niveau national que provincial, avec des taux de PFA non poliomyélitique >5. Cependant, la détection de virus orphelins ou la présence d'interruptions prolongées dans la détection de virus, notamment au Pakistan, en Afghanistan et dans certaines parties du Nigéria, suggèrent l'existence de lacunes dans la surveillance des PFA sur le terrain. Plus spécifiquement, il subsiste des inquiétudes concernant les régions du nord du Punjab et du Sindh au Pakistan.

Des contrôles internes réguliers de la surveillance ont été effectués au Nigéria au niveau des États. Ils ont fait apparaître des lacunes dans la surveillance actuellement pratiquée, que l'on a tenté de combler en recyclant le personnel participant à la détection et à la notification des cas de PFA et en réévaluant les réseaux de notification dans le cadre de la surveillance.

Des stratégies de surveillance visant spécifiquement les populations migrantes/mobiles sont mises en œuvre dans

les pays d'endémie, considérant que les données relatives à ces groupes fournissent des chiffres clés concernant la propagation de la poliomyélite.

La surveillance environnementale a également été renforcée en Inde, au Pakistan et au Nigéria. Les prélèvements environnementaux constituent une stratégie utile dans la traque de par le monde des derniers réservoirs de poliomyélite en cours de disparition et permettent à l'IMEP de déterminer, d'après des prélèvements d'eaux usées, si le virus circule, même en l'absence de détection de cas de PFA.

Pays avec une transmission re-établie du poliovirus

Dans les pays où il y a eu ou dans lesquels on suspecte une transmission re-établie du poliovirus, l'existence de lacunes persistantes dans la surveillance a contribué à la circulation en cours du poliovirus sauvage.

Au **Tchad**, on constate des améliorations de la surveillance depuis 2008, avec un taux de détection des PFA qui a augmenté de 32 %, passant de 3,67 à 5,20 en 2009. Toutes les provinces ont rapporté un taux de PFA >2, grâce à l'établissement de trois bureaux secondaires IMEP/OMS fin 2008 et à l'affectation sur les lieux de 12 consultants internationaux pendant toute l'année 2009, ce qui a permis une amélioration de la surveillance active dans les provinces. Certaines lacunes subsistent encore, comme le prouve l'identification en 2009 d'un virus orphelin. Un contrôle de la surveillance est prévu pour 2010.

En 2009, l'**Angola** a dépassé les valeurs fixées pour les indicateurs de surveillance aux niveaux national et provincial, avec un taux de PFA >2 pour toutes les provinces. Il subsiste néanmoins clairement des lacunes dans la surveillance au niveau infranational, avec des indicateurs à la limite de la valeur recommandée pour plusieurs provinces et municipalités (districts), et notamment à Luanda et Benguela. Cette suspicion de lacunes a été confirmée avec la notification d'un poliovirus sauvage en avril 2010, après sept mois sans que soit détecté un seul cas. Un contrôle de la surveillance est prévu pour 2010.

En **République démocratique du Congo**, les indicateurs de surveillance se sont dégradés par rapport aux chiffres de 2008, même s'ils dépassent encore la cible opérationnelle aux niveaux national et provincial pour les pays subissant des importations. Cependant, un enfant vivant dans le Burundi limitrophe a été paralysé en septembre 2009 par un poliovirus sauvage et le cas a été mis en relation sur le plan génétique

avec une circulation antérieure en République démocratique du Congo, qui est restée non détectée pendant 13 mois – il est donc apparu que des lacunes subsistaient au niveau infranational en matière de surveillance, tout au moins dans l'est du pays. Une évaluation des risques et un contrôle externe complet de la surveillance sont prévus en 2010.

Au **Sud-Soudan**, le taux de PFA (2,36) a dépassé le critère de certification, mais le Groupe consultatif technique pour la Corne de l'Afrique reste néanmoins très inquiet quant à la qualité de la surveillance dans ce pays. Au cours de l'année, deux des 10 États n'ont pas atteint le taux opérationnel de 2/100 000 et, pendant les six derniers mois de 2009, le Sud-Soudan a présenté une baisse sensible de la détection des cas de PFA. Un contrôle de la surveillance a été effectué début 2009 et un autre est prévu pour 2010. L'assistance technique a été renforcée – conformément aux recommandations de l'*évaluation indépendante* – avec l'affectation de 11 consultants eSTOP au niveau provincial.

Ceinture d'importation du poliovirus sauvage

Globalement, les pays ont atteint le niveau de surveillance requis pour la certification au niveau national et un taux de PFA non poliomyélitique >2. Toutefois, des lacunes de surveillance persistent au niveau infranational en Afrique de l'Ouest (notamment au Burkina Faso et en Guinée) et dans le sud du Cameroun et de l'Éthiopie/Somalie, comme le prouvent les données de séquençage. D'une manière générale, il est nécessaire de renforcer la surveillance pour déterminer l'ampleur des flambées et détecter toute nouvelle importation dans les zones exemptes de poliomyélite.

Compte tenu de sa proximité avec le Tchad et avec le Nigéria et du niveau insuffisant de la surveillance qui y est pratiquée, le **Cameroun** est soumis à un risque important d'importation de poliovirus sauvage et de détection tardive de cette importation. **La Côte d'Ivoire, le nord du Bénin, le Burkina Faso et la Guinée** présentent aussi des lacunes de surveillance isolées. Le Cameroun a prévu de réaliser un contrôle de la surveillance en 2010, tandis que l'assistance technique dans cette autre série de pays à risque se renforce avec le concours d'équipes STOP.

Régions exemptes de poliomyélite

Dans les régions exemptes de poliomyélite, 25 pays sur 80, totalisant plus d'un million d'habitants (31 %), ont atteint ou maintenu le niveau de surveillance des PFA requis pour la certification. Parmi les régions exemptes de poliomyélite appartenant à la Région OMS des Amériques, 52 % des pays

présentaient un taux de PFA $>1/100\ 000$; 43 % bénéficiaient de prélèvements de selles adéquats pour >80 % des cas de PFA ; et 26 % avaient ces deux critères remplis. Dans la Région européenne, 34 % des pays présentaient un taux de PFA $>1/100\ 000$; 42 % bénéficiaient de prélèvements de selles adéquats pour >80 % des cas de PFA ; et 30 % avaient ces deux critères remplis. Dans la Région du Pacifique occidental, 75 % des pays présentaient un taux de PFA $>1/100\ 000$; 37 % bénéficiaient de prélèvements de selles adéquats pour >80 % des cas de PFA ; et 25 % avaient ces deux critères remplis.

En 2009, les niveaux de surveillance dans la Région européenne (0,92 cas de PFA/100 000) ont chuté au-dessous du niveau requis pour la certification de 1/100 000 enfants. Les faibles niveaux de surveillance s'accompagnent d'un risque très élevé de non-détection ou de détection tardive des flambées de poliomyélite s'il s'en produit. Cette Région n'est pas la seule qui échoue à maintenir le niveau de surveillance requis pour la certification – les Régions des Amériques et du Pacifique occidental comptent respectivement 71 % et 75 % de pays qui ne parviennent pas à respecter les critères convenus. Dans les régions d'endémie de la poliomyélite, les niveaux de surveillance des PFA ont également subi un déclin. Compte tenu de cette tendance, il fait partie des priorités du *Plan stratégique 2010-2012 de l'IMEP* de redynamiser la surveillance des PFA dans les régions exemptes de poliomyélite, en renforçant la supervision exercée par les commissions régionales de certification de l'éradication de la poliomyélite sur les États Membres.

Contrôles de la surveillance

Fin 2009, des contrôles externes de la surveillance des PFA avaient été réalisés en Indonésie, au Kenya, au Soudan, dans certaines parties du Nigéria, au Pakistan et en Inde. Des contrôles internes de la surveillance ont été menés dans le bloc épidémiologique de l'Afrique centrale. D'autres contrôles internes de la surveillance sont en cours dans les pays d'Afrique subsaharienne touchés par des flambées.

L'avenir

L'amélioration de la surveillance des poliovirus et de la riposte aux flambées est l'une des quatre priorités stratégiques du *Plan stratégique 2010-2012 de l'IMEP*. Les chiffres relatifs à la surveillance fluctuent d'une année sur l'autre et l'un des axes du nouveau plan stratégique est de s'assurer que les niveaux de surveillance restent plus conformes. De nouvelles approches ont été conçues pour combler les lacunes connues de la surveillance au niveau infranational dans les régions endémiques et réinfectées, étendre la surveillance environnementale dans les principales zones d'endémie et redynamiser la surveillance des PFA dans les régions exemptes de poliomyélite. L'amélioration de la surveillance sur la période 2010-2012 est la pierre angulaire du dispositif stratégique visant à garantir une réponse la plus rapide possible à la détection de nouveaux cas de poliomyélite. Il sera ainsi possible de réduire le risque de flambée ultérieure de grande ampleur, notamment dans les zones exemptes de poliomyélite.



5.2. Réseau mondial de laboratoires pour la poliomyélite



Le personnel de 50 laboratoires des six Régions de l'OMS a été formé lors de six ateliers organisés en 2009 grâce au soutien de l'USAID et du Rotary International.

L'IMEP s'appuie sur un réseau mondial de 145 laboratoires, chargés principalement d'analyser et de caractériser les poliovirus correspondant à des cas de paralysie flasque aiguë (PFA), même s'ils examinent aussi parfois des échantillons et des virus provenant de sources non-PFA, à la demande des autorités nationales ou pour des études spéciales. En 2009, le Réseau a analysé 171 470 échantillons de selles provenant de 87 014 cas de PFA et 15 217 échantillons provenant de sources non-PFA (habituellement des contacts en bonne santé de cas de PFA ou des sources d'eaux usées). La charge de travail liée à la surveillance des PFA a augmenté globalement de 9 % par rapport à celle de 2008. Comme les années précédentes, l'augmentation de la charge de travail est intervenue principalement dans les trois Régions d'endémie de la poliomyélite : Afrique, Asie du Sud-Est et Méditerranée orientale.

En 2009, le Réseau a notifié au total 1604 cas de PFA donnant des prélèvements positifs pour le poliovirus sauvage, ces cas se répartissant dans 23 pays. Le ratio type 1/type 3 était de 1:2,3. Cinq pays (Afghanistan, Inde, Niger, Nigéria et Pakistan) avaient détecté à la fois des cas de type 1 et de type 3, quatre autres (Cameroun, République centrafricaine, République démocratique du Congo et Tchad) n'ont notifié que des cas de type 3 et les 14 pays restants n'ont recensé que des cas de type 1. Aucun poliovirus sauvage de type 2 n'a été détecté en aucun endroit.

Détection des PVS dans des échantillons non-PFA : On a identifié des contacts de cas de PFA positifs dans plusieurs pays. En outre, des PVS1 et des PVS3 ont été isolés de manière intermittente dans des échantillons d'eaux usées collectés à Mumbai (province du Maharashtra) en Inde et ces isolements étaient majoritairement liés aux virus circulant dans le nord du pays. L'analyse des eaux usées a été mise en œuvre pour la

première fois au Pakistan à partir de juillet 2009 et la collecte d'échantillons est pour le moment limitée aux provinces du Sindh et du Punjab. À Lahore au Punjab, le PVS1 n'a été détecté qu'une fois en août 2009, tandis qu'à Karachi dans le Sindh on isolait des PVS3 presque mensuellement, tandis que la fréquence de détection des PVS1 était moindre.

PVDV : Certains PVDV trouvés en Éthiopie, Inde, République démocratique du Congo et Somalie représentaient des émergences de PVDV distinctes des lignées circulantes et étaient considérés comme ayant une origine ambiguë, au même titre que d'autres PVDV trouvés dans plusieurs autres pays :

- Afghanistan (PVDV de type 2 isolé chez deux cas de PFA et 1 contact)
- Chine (PVDV de type 2 isolé chez un cas de PFA)
- Estonie (PVDV de type 3 trouvé dans un échantillon d'eaux usées provenant de Tallinn)
- Finlande (PVDV des 3 sérotypes trouvés dans les eaux usées de Tampere)
- Israël (des PVDV de type 2 continuent d'être détectés dans les eaux usées sans que les patients sources soient identifiés, observations cohérentes avec les tendances de plusieurs années antérieures).

Des PVDV ont également été isolés chez des habitants paralysés et immunodéficients de Colombie (un PVDV de type 2), d'Argentine (un PVDV de type 1) et du Minnesota aux États-Unis (un PVDV de type 2).

Détection des PVDV : En juin 2009, une méthode d'amplification génique en temps réel (RT-PCR) a été adoptée formellement par le Réseau pour le dépistage des PVDV. Cette adoption a été précédée par l'évaluation avec succès de cette méthode entre 2008 et mi-2009 dans 10 laboratoires du Réseau, qui ont fait la preuve de sa plus grande sensibilité pour le dépistage de ces virus que la méthode ELISA antérieurement utilisée.

Programme d'assurance de la qualité du réseau de laboratoires : L'OMS continue de coordonner un programme d'assurance de la qualité pour le réseau de laboratoires, faisant appel à des bilans de performance sur site, à des tests de bonne exécution et à un examen hebdomadaire des résultats pour évaluer leur exactitude et la promptitude de la notification. Globalement, 138 laboratoires (95,2 %) étaient pleinement agréés par l'OMS en 2009. Deux laboratoires, situés au Koweït et en Ouganda, bénéficiaient d'un agrément provisoire. Trois autres (installés au Venezuela, à Belem au Brésil et au Tibet en Chine) ont vu leur agrément refusé en raison de leur échec

aux tests de bonne exécution. Les échantillons soumis à ces laboratoires ont été analysés en parallèle par des laboratoires agréés. Des changements de personnel au Venezuela ont été mis en relation avec les mauvais résultats et des mesures correctives (y compris la formation du personnel) ont été adoptées avec des répercussions positives, le laboratoire ayant obtenu par la suite 100 % de réussite au test de bonne exécution distribué en décembre 2009. Les problèmes de performance repérés au Ghana, en République centrafricaine et au Zimbabwe durant la période 2008-2009 ont été résolus. Les laboratoires du Ghana et du Zimbabwe ont été pleinement agréés par l'OMS en décembre 2009. Le laboratoire de la République centrafricaine a obtenu 100 % de réussite au test de bonne exécution en 2009 et ses performances devraient être évaluées de manière plus poussée en mars 2010. Deux nouveaux laboratoires (au Canada et à Cuba) ont rejoint le réseau en 2009 et deux laboratoires infranationaux en Inde et au Brésil ont été inactifs.

FORMATION AU SEIN DU RÉSEAU DE LABORATOIRES POUR LA POLIOMYÉLITE

En 2009, la mise en œuvre de techniques d'amplification génique en temps réel (RT-PCR) pour la différenciation intratypique (ITD) des poliovirus et le dépistage des PVDV

était une priorité importante pour le réseau. Le personnel de 50 laboratoires appartenant aux six Régions de l'OMS a reçu une formation à cette technique dans six ateliers, grâce au soutien fourni par l'AID des États-Unis d'Amérique et le Rotary International. L'introduction des techniques de RT-PCR a conduit à une diminution du temps de réponse pour les ITD et à une augmentation de la demande de séquençage de poliovirus.

Un soutien continue d'être apporté à la Région africaine pour le séquençage des poliovirus sauvages dans le laboratoire de référence d'Afrique du Sud. La transmission endémique durable du PVS au Nigéria et les flambées occasionnelles dans d'autres pays résultant de l'importation de PVS ont justifié le maintien dans la Région de capacités de séquençage. La charge de travail du laboratoire d'Afrique du Sud dans ce domaine s'est alourdie en 2009 avec la recommandation de l'OMS d'examiner rétrospectivement les poliovirus de type sabin à la recherche de PVDV, compte tenu de la disponibilité des nouvelles techniques de RT-PCR. En 2009, le laboratoire de référence d'Afrique du Sud a séquencé 846 poliovirus, dont des PVS provenant de 325 cas et des PVDV détectés dans le cadre de flambées en République démocratique du Congo, en Somalie et en Éthiopie.

STATUT D'AGRÈMENT DES LABORATOIRES : 2009

Type	Agréés	Agrément provisoire	Refus de l'agrément	En attente	Total
Mondiaux	7	0	0	0	7
Laboratoires de référence régionaux (LRR)	14	1	0	1	16
Laboratoires nationaux (LN)	78	1	1	1	81
Total	99	2	1	2	104
Pourcentage					
Laboratoires de niveau infranational	39	0	2	0	41
Pourcentage	100%	-	-	-	100%
Tous les laboratoires	138	2	3	2	145
Pourcentage	95.2%	1.4%	2.1%	1.4%	100%

(le 12 février 2010)

Cent trente-huit laboratoires ont été pleinement agréés, 2 (Koweït et Ouganda) ont reçu un agrément provisoire. Trois laboratoires (des laboratoires de niveau infranational au

Brésil et en Chine et un laboratoire national au Venezuela) ont vu leur agrément refusé.

6. Mise au point et évaluation de nouveaux outils

En 2009, le *programme de travail* spécial en un an portait principalement sur le développement de nouveaux outils d'éradication de la poliomyélite ayant de multiples finalités, d'opérationnelle à scientifique. Un nouveau vaccin permet ainsi d'accroître l'impact de chaque contact vaccinal. Une nouvelle technique de dépistage permet de détecter la présence de poliovirus plus rapidement qu'auparavant. Une nouvelle méthode de sondage autorise une identification plus efficace des zones où les enfants échappent à la vaccination.



Vaccin antipoliomyélitique oral bivalent.

VPO bivalent

Le 15 décembre 2009, un nouvel outil très utile pour combattre le poliovirus sauvage a été utilisé pour la première fois dans les campagnes de vaccination antipoliomyélitique menées en Afghanistan. Le vaccin antipoliomyélitique oral bivalent (VPOb) représente une étape clé dans l'effort d'éradication de la poliomyélite – mi-2009, on a constaté sa grande efficacité simultanée contre les deux sérotypes survivants de poliovirus (types 1 et 3), avec l'apport en une seule dose d'un bénéfice double de celui d'un vaccin classique.

Depuis la période du 15-17 décembre dans les régions méridionales de l'Afghanistan, 2,8 millions d'enfants de moins de cinq ans ont reçu ce vaccin pour la première fois. Dans les régions touchées par des conflits comme ce pays où l'accessibilité peut être limitée, la possibilité d'optimiser l'immunité à l'égard des deux sérotypes au moyen d'une seule dose permet de maximiser l'impact de chaque intervention. De plus, en décembre 2009, l'Afghanistan

avait notifié 15 cas de type 1 et 16 cas de type 3, ce qui souligne le bénéfice d'un vaccin qui vise simultanément les deux sérotypes.

Dans tous les pays d'endémie – Nigéria, Inde, Pakistan et Afghanistan – circulent à la fois des poliovirus de types 1 et 3. Le VPOb maintient la pression sur la poliomyélite de type 1, caractérisée par son taux d'attaque paralytique élevé et sa plus grande propension à la propagation internationale, tout en renforçant l'immunité contre le type 3, dont on a enregistré cette année plus de 1000 cas, principalement en Inde et au Nigéria.

M. Ahmad Farid Raaid, porte-parole du Ministère de la Santé publique de la République islamique d'Afghanistan, a indiqué que son pays était « honoré » d'effectuer cette campagne historique avec le nouveau vaccin. « Nous sommes vraiment très heureux que l'Afghanistan soit le premier pays à l'utiliser », a-t-il affirmé. « Nous espérons que son efficacité, son bon rapport coût/efficacité et ses avantages opérationnels nous aideront à faire décroître rapidement le nombre de cas incidents de poliomyélite ».

Le déploiement de ce vaccin a été précédé d'un essai clinique à cinq bras (randomisé et en double aveugle), organisé à Indore, Pune et Chennai en Inde et pour lequel 1000 enfants ont été recrutés. De mars à juin 2009, on a administré aux enfants dans chacun des cinq bras respectivement le VPOb, le VPOm1, le VPOm2, le VPOm3 ou le VPOt, avec une première dose à la naissance et une autre 30 jours plus tard. D'après les résultats de cette étude, le VPOb, bien que contenant les sérotypes 1 et 3, s'avère clairement supérieur au vaccin trivalent et presque aussi efficace que les vaccins monovalents ciblant les différents sérotypes. (En incluant le VPOm2, cet essai a également fourni les premières données cliniques concernant ce produit.) Combiné à l'utilisation à grande échelle des VPOm pratiquée actuellement, le nouveau VPOb offrira l'avantage logistique important de ne nécessiter qu'un seul produit pour cibler simultanément les deux sérotypes restants.

Conformément aux recommandations pour son usage à grande échelle émanant d'un certain nombre d'organes clés, dont le Comité consultatif sur l'éradication de la poliomyélite (ACPE) et *l'évaluation indépendante*, le VPOb a été employé en Afghanistan en décembre 2009 et dans d'autres pays d'endémie au cours du premier trimestre 2010. On espère du rapide déploiement du nouveau VPOb qu'il fournira un appui essentiel pour l'optimisation des activités de vaccination supplémentaires (AVS) dans l'exécution du nouveau *Plan stratégique 2010-2012 de l'IMEP*.

Vaccin antipoliomyélitique inactivé et vaccin antipoliomyélitique monovalent de type 1 hautement actif

Un essai clinique a été mené dans le district de Moradabad, dans la partie occidentale de l'Uttar Pradesh (Inde), en avril et mai 2009, pour étudier de plus près les diverses approches permettant de combler toutes les lacunes immunitaires résiduelles à l'égard du poliovirus de type 1 dans les zones infectées. Cet essai comportait cinq bras pour évaluer les produits suivants : un VPOm1 d'activité normale ; un VPO1m hautement actif ; deux vaccins antipoliomyélitiques inactivés (VPI) provenant de fabricants différents et administrés sous forme de dose complète (par voie intramusculaire) ; et un VPI délivré par dose fractionnelle (1/5^e) en intradermique, à l'aide d'un dispositif sans aiguille.

Contrairement aux attentes, cette étude a constaté qu'au départ plus de 99 % des enfants avaient déjà acquis une immunité contre la poliomyélite grâce aux campagnes intensives utilisant le VPO1m, ce qui souligne la forte efficacité de ce vaccin. Pour les types 2 et 3, l'administration de la dose complète de VPI par voie intramusculaire ou d'une dose fractionnelle de VPI par voie intradermique renforçait l'immunité. D'autres essais seront effectués ultérieurement pour mieux connaître comparativement les effets du VPO et du VPI dans le comblement des lacunes d'immunité humorale et muco-sale contre l'ensemble des sérotypes.

Enquêtes de séroprévalence

Pour contrôler de plus près les performances opérationnelles et l'efficacité des vaccins et obtenir une représentation plus claire des niveaux d'immunité dans les populations, une enquête de séroprévalence a été menée à Moradabad, en Inde, de novembre 2008 à août 2009. Les titres d'anticorps ont été évalués chez 1002 enfants de six à neuf mois.

L'étude a constaté que la proportion de très jeunes enfants ayant subi une séroconversion au poliovirus de type 1 dans l'ouest de l'Uttar Pradesh était passée à 97,5 % en 2009, soit une augmentation par rapport à la proportion de 85 % relevée par une étude similaire fin 2007.

Ces résultats ont été d'une très grande utilité en apportant des éléments d'information au *Plan stratégique 2010-2012 de l'IMEP*, laissant supposer que l'on pouvait obtenir des niveaux élevés d'immunité dans les populations par un effort concerté utilisant le VPOm1, même si, historiquement, cela s'est fait aux dépens de l'immunité à l'égard du poliovirus de type 3. D'après la plupart des données, les lacunes immunitaires restantes concerneraient dans la population générale essentiellement le poliovirus de type 3 et, parmi les populations mobiles et les personnes difficiles

à atteindre, plutôt le type 1. Le *Plan stratégique 2010-2012 de l'IMEP* a découvert de nouvelles approches pour accroître simultanément les niveaux d'immunité à l'égard des types 1 et 3 grâce à un développement rapide de l'emploi du VPOb et à la mise en œuvre de tactiques supplémentaires pour identifier et atteindre les populations mobiles dans l'ouest de l'Uttar Pradesh, le Bihar et les États de destination.

Par le recours aux études de séroprévalence sera étendu en 2010 à d'autres réservoirs urbains, notamment au Pakistan et dans la région de Kano au Nigéria.

Suivi indépendant de la couverture par les activités de vaccination supplémentaires

En novembre 2009, l'IMEP a mis en œuvre un système de suivi en temps réel pour améliorer la qualité et l'impact des stratégies d'éradication. Pour identifier plus rapidement les zones peu performantes en vue d'une revaccination immédiate et pour guider les mesures correctives avant l'AVS suivante, l'IMEP a entrepris le développement d'un module de suivi standardisé indépendant. Ce module est maintenant appliqué de manière systématique et ses résultats sont mis à la disposition du public au niveau international sur le site Internet www.polioeradication.org dans les 15 jours suivant l'exécution d'une AVS.

En septembre 2009, le Bureau OMS de l'Afrique a réalisé une analyse des données de suivi indépendant devenues disponibles après l'organisation dans la Région africaine d'une AVS, qui se focalisait sur les pays subissant des flambées actives de poliovirus sauvage. Cette analyse a fait apparaître que les données étaient collectées de manière irrégulière – et occasionnellement tardive –, ce qui nuisait à la capacité du programme à répondre rapidement aux lacunes de couverture par les AVS. Par la suite, un processus de notification standardisé, des modèles et des outils ont été testés et les résultats initiaux de ces tests ont été diffusés lors de la réunion de novembre 2009 de l'ACPE, qui a recommandé « qu'une surveillance indépendante des AVS appliquant de nouvelles lignes directrices soit mise en œuvre aussi rapidement que possible dans tous les pays réinfectés et que ses résultats soient rendus disponibles dans les 15 jours suivant chaque tournée de vaccination ».

En conséquence, le *Plan stratégique 2010-2012 de l'IMEP* a institutionnalisé dans le programme d'éradication un suivi indépendant « en temps réel » et standardisé. Chaque rapport comporte maintenant le nombre et l'origine des surveillants indépendants, le nombre d'enfants suivis, les pourcentages d'enfants trouvés non vaccinés (c'est-à-dire sans marquage au doigt) – à la fois à l'intérieur des maisons et à l'extérieur –, les raisons pour lesquelles les enfants avaient échappé à la vaccination (absence, refus des personnes s'occupant d'eux), la connaissance par les parents de l'organisation de l'AVS

avant son exécution, ainsi que le nombre et le pourcentage de sous-districts suivis. Aux fins de cette opération, du matériel et des protocoles standardisés ont été mis au point et le personnel du nouveau système de vaccination a reçu une formation dans l'ensemble de la ceinture d'importation du poliovirus sauvage.

Enquêtes avec sondage par lots appliqué à l'assurance de la qualité

Pour garantir une mise en œuvre efficace des stratégies d'éradication de la poliomyélite, il est essentiel de disposer de données régulièrement fiables pour le suivi des AVS. En 2009, des outils supplémentaires ont été évalués pour compléter les données de suivi indépendant dans les zones où les résultats n'étaient pas cohérents avec l'épidémiologie locale de la poliomyélite ou avec d'autres données sur les performances du programme. Dans le cadre du nouveau *Plan stratégique 2010-2012 de l'IMEP*, l'Organisation mondiale de la Santé adapte et teste la méthode de sondage par lots appliquée à l'assurance de la qualité (LQAS), qui permet de classer les zones concernées (correspondant aux « lots ») en zones présentant un niveau acceptable ou inacceptable de couverture par les AVS.

Mener des enquêtes LQAS sur le terrain est une tâche laborieuse, mais relativement simple : si, dans un échantillon d'individus, le nombre de personnes non vaccinées dépasse une valeur de décision préalablement fixée, la zone (le lot) est classée comme présentant un niveau insatisfaisant de couverture vaccinale et il est recommandé de la soumettre à des activités de rattrapage. L'application ciblée de la méthode LQAS peut compléter les mécanismes de suivi complètement indépendant en tant qu'outil pour détecter les poches de faible couverture vaccinale et diriger vers leur cible les efforts de vaccination.

Étant donné l'importance au plan international de l'arrêt de la transmission au Nigéria et d'une diminution substantielle du nombre de cas de poliomyélite dans ce pays, la méthode LQAS a d'abord été appliquée au Nigéria pour aider à éliminer les disparités dans les données de couverture. L'IMEP a piloté une étude pour évaluer la couverture par le VPO dans 20 gouvernorats locaux de cinq États à haut risque en appliquant la méthode LQAS pendant les journées de Vaccination Plus de novembre 2009. Deux gouvernorats locaux ont été acceptés en atteignant la couverture cible de 90 %, sept ont été rejetés avec une couverture inférieure à 90 %, sept autres avec une couverture inférieure à 70 % et quatre autres encore avec une couverture inférieure à 50 %.

Cette étude pilote a prouvé la faisabilité de l'application de la méthode LQAS et son utilité pour le programme d'éradication de la poliomyélite en tant qu'outil complémentaire pour suivre et guider avec efficacité les futures campagnes de vaccination avec le VPO dans les zones prioritaires.

Méthode d'amplification génique en temps réel

En 2008 et 2009, un nouveau test reposant sur la RT-PCR et destiné à améliorer le dépistage des PVDV a été évalué et introduit dans le réseau RMLP. L'expérience du programme avec cette nouvelle méthode a été évaluée en juin 2009, dans le cadre de la consultation informelle annuelle du RMLP à Genève, en Suisse. La consultation informelle a trouvé qu'entre autres bénéfiques ce nouveau système offrait une efficacité supérieure de 30 % à celle des méthodes traditionnelles pour le dépistage des PVDV.

Fin 2009, 34 laboratoires du RLMP, y compris 21 laboratoires situés dans les trois Régions endémiques, étaient capables de pratiquer des RT-PCR en tant que mode opératoire normalisé. Cette nouvelle méthode devrait être pleinement établie dans tous les laboratoires du RLMP en mesure de l'appliquer d'ici à fin 2010.

La nouvelle méthode de laboratoire jouera un rôle important dans l'exécution du *Plan stratégique 2010-2012 de l'IMEP* en facilitant encore la détection de tous les poliovirus (y compris les PVDV) dans la perspective d'accélérer, le cas échéant, la riposte à une flambée.



Un suivi indépendant en temps réel des enfants vaccinés, grâce au marquage des doigts, permettra à l'IMEP de repérer rapidement les régions où les résultats laissent à désirer et où il faut revacciner.

7. Gestion des risques après l'éradication

7.1. Certification de l'interruption de la transmission



Le personnel de laboratoire fait une préparation pour pratiquer une PCR en temps réel sur des isolats de poliovirus afin que le programme puisse différencier rapidement les poliovirus vaccinaux des poliovirus sauvages.

Les commissions régionales de certification et les comités nationaux de certification continuent à se réunir dans trois Régions de l'OMS où la circulation du poliovirus sauvage endémique n'a pas encore été interrompue afin de préparer la certification de l'ensemble de la Région comme exempte de poliovirus sauvage circulant.

Les commissions régionales ont procédé à des examens détaillés par pays en coordination avec les comités nationaux. Lorsqu'aucun poliovirus sauvage n'a été trouvé pendant au moins trois ans – si la qualité de la surveillance est du niveau requis pour la certification –, les comités nationaux soumettent, pour examen, des documents en vue de la certification finale qui, s'ils sont satisfaisants, sont acceptés par la commission régionale.

En 2009, le nombre de pays dont les documents pour la certification finale – indiquant qu'il n'y avait plus de poliovirus sauvage circulant dans le pays au moment où les documents ont été présentés – ont été acceptés par les commissions régionales est passé de 19 à 20 (sur 23 États Membres) dans la Région de la Méditerranée orientale, est resté de neuf (sur 11 États Membres) dans la Région de l'Asie du Sud-Est, les cas de l'Inde et du Timor-Leste restant en suspens, et est passé de 24 à 25 (sur 46 États Membres) dans la Région africaine.

Cependant, en 2009, des poliovirus sauvages importés ont été détectés dans neuf des 25 pays de la Région africaine de l'OMS dont la commission régionale avait déjà accepté

l'ensemble des documents. Ces pays devront présenter à nouveau des informations montrant que la transmission du poliovirus sauvage importé est interrompue depuis au moins un an, d'après une surveillance d'un niveau requis pour la certification.

L'année 2010 marque le dixième anniversaire de la certification de la Région du Pacifique occidental comme étant exempte de poliomyélite. Après la certification dans la Région du Pacifique occidental (en 2000) et dans la Région européenne (en 2002), les commissions régionales et les comités nationaux ont été maintenus pour que ces Régions restent exemptes de poliomyélite, grâce à des services de vaccination performants et une surveillance sensible de la PFA. En 2009, les commissions régionales se sont réunies dans les deux Régions et ont examiné la qualité des activités visant à ce que les pays restent exempts de poliomyélite.

Lors de sa cinquième réunion, en mars 2010, la Commission américaine régionale de l'OPS pour la certification du confinement du poliovirus en laboratoire et la vérification du statut de Région exempte de poliomyélite a indiqué que la phase I du confinement en laboratoire était achevée. La commission régionale a réaffirmé qu'elle avait pour mandat d'aider tous les pays de la Région à rester exempts de poliomyélite et elle continuera à se réunir chaque année et à évaluer et examiner des données détaillées par pays sur les niveaux d'immunité et la qualité de la surveillance, en particulier dans les États Membres où les résultats ne sont pas optimaux.

7.2. Confinement des matériels contenant des poliovirus

La Région OMS des Amériques achève la phase I du confinement

Depuis l'annonce officielle de l'achèvement de la phase I dans la Région OMS des Amériques, en mars 2010, les trois Régions de l'OMS certifiées exemptes de poliomyélite ont maintenant achevé cette phase. Il ressort d'un recensement et d'une enquête auprès de plus de 60 000 laboratoires biomédicaux dans 43 pays et territoires de la Région OMS des Amériques que 215 établissements dans neuf pays détiennent des matériels contenant des poliovirus sauvages.

Les Amériques ont été la première Région où la poliomyélite a été éradiquée, en septembre 1994. Lorsque la Région du Pacifique occidental et la Région européenne ont elles aussi été déclarées exemptes de poliomyélite (en 2000 et en 2004 respectivement), il est devenu plus urgent d'aborder le problème des stocks de poliovirus sauvages dans les établissements. En 2004, le Directeur régional pour les Amériques a créé la Commission américaine régionale de l'OPS pour la certification du confinement du poliovirus en laboratoire et la vérification du statut de Région exempte de poliomyélite afin qu'elle supervise la phase I du confinement.

Au cours de la phase I du confinement du poliovirus sauvage, les pays doivent effectuer une enquête nationale auprès de tous les établissements biomédicaux et dresser la liste des laboratoires et des institutions qui détiennent des poliovirus sauvages. Les États-Unis d'Amérique et le Canada ont entamé ce processus en 2000-2002 en créant des équipes pour coordonner une enquête à grande échelle auprès des laboratoires et, en 2004, près de 200 établissements détenant des matériels contenant des poliovirus sauvages avaient été recensés.

Après 2004, la Commission américaine régionale, l'OPS et le Siège de l'OMS ont fourni une assistance technique aux autres pays et territoires de la Région à l'occasion de sept réunions régionales et sous-régionales. Plus de 10 000

hôpitaux, 2500 laboratoires de recherche, 1150 organismes environnementaux et des dizaines de milliers de laboratoires de diagnostic publics et privés figuraient dans les bases de données nationales. Chaque pays a classé ces laboratoires en fonction du niveau de risque qu'ils représentaient – faible, moyen ou élevé – selon la probabilité qu'ils détiennent des poliovirus sauvages et en évaluant leurs capacités et la nature de leurs activités.

Dans la plupart des cas, des enquêtes électroniques et des courriers ont été envoyés aux laboratoires par les ministères de la santé ou le Président du comité national de certification. Si un laboratoire ou un établissement ne répondait pas, du personnel se rendait sur place. Les membres du groupe spécial allaient dans les laboratoires et les institutions à haut risque qui signalaient posséder des matériels infectieux ou potentiellement infectieux contenant des poliovirus sauvages. Chaque pays a établi un rapport sur ce processus, accompagné d'un recensement national des établissements, et ces rapports ont été évalués au niveau national avant d'être soumis à la Commission américaine régionale pour examen final.

La situation des matériels contenant des poliovirus sauvages dans les 215 établissements sera contrôlée par les neuf pays et par le Bureau régional des Amériques. La Troisième édition du Plan d'action mondial OMS visant à réduire au minimum le risque d'exposition au poliovirus sauvage associé aux établissements après l'éradication des poliovirus sauvages et l'arrêt de la vaccination systématique par le VPO (GAP III) propose une stratégie pour poursuivre le confinement. Lorsqu'aucun cas dû au poliovirus sauvage n'est signalé dans le monde pendant un an, le confinement et la surveillance par les pouvoirs publics des matériels contenant des poliovirus sauvages seront limités à quelques établissements essentiels pour l'arrêt du VPO au niveau mondial et la gestion du risque à long terme (vaccin, contrôle de la qualité et établissements de recherche). Au moment de l'arrêt du VPO, tous les poliovirus vivants, y compris ceux pour le VPO et les virus connexes, seront confinés, réglementés et présents seulement dans une poignée d'établissements.



Destruction de matériels contenant des poliovirus sauvages.

7.3. Recherche-développement de produits et élaboration de politiques

Après l'adoption, en 2008, par l'Assemblée mondiale de la Santé d'une résolution indiquant que l'essentiel pour gérer les risques à long terme de poliomyélite paralytique associée au vaccin (PPAV) et de PVDV était d'arrêter d'utiliser le VPO dans le cadre des programmes de vaccination systématique (résolution WHA61.1), un vaste programme de recherche a été accéléré en 2009 afin que soient mis au point des outils et des politiques pour réduire autant que possible et gérer les risques liés au poliovirus à long terme.

Pour préparer la gestion des risques que représente le poliovirus à long terme, l'IMEP entreprend des recherches et élabore des politiques dans trois grands domaines :

1. meilleure caractérisation des principaux risques du poliovirus à long terme (PVDVc, PPAV, PVDVi et stocks résiduels de PVS, de PVDV et virus Sabin) ;
2. mise au point de nouveaux produits pour gérer les risques associés à l'arrêt du VPO, y compris constitution d'un stock international de VPOm pour faire face à un PVDVc et options pour un VPI abordable dans les pays à revenu faible qui estiment que les risques que représente le poliovirus à moyen ou long terme justifient la poursuite de la vaccination systématique après l'arrêt du VPO ;
3. mise en place de mécanismes pour coordonner les stratégies de gestion des risques à l'échelle internationale, notamment application de mesures de sauvegarde appropriées et création de conditions de confinement biologique pour la manipulation et le stockage des poliovirus résiduels, la synchronisation de l'arrêt de la vaccination systématique par le VPO et le respect de procédures convenues au plan international pour l'utilisation du VPO après l'éradication de la poliomyélite face à de nouveaux PVDVc.

La section qui suit présente succinctement les principales avancées dans chaque domaine. Pour des informations plus détaillées, consulter le bulletin d'information Polio Pipeline et le site Web de l'IMEP à l'adresse www.polioeradication.org.

Poliovirus dérivés d'une souche vaccinale

Les travaux de recherche visant à mieux caractériser les risques liés aux PVDV – en particulier lorsqu'ils sont liés à une immunodéficience – sont étendus. Une série d'études multipays sur la prévalence du PVDVi est en cours à différents stades : en Chine, en Fédération de Russie et en Tunisie, les études sont presque achevées ; aux Philippines et à Sri Lanka, elles ont

commencé début 2010 ; et au Bangladesh et au Sénégal, elles sont presque à la phase de lancement. L'Égypte prévoit de créer un système de surveillance du PVDVi qui sera intégré dans le système de surveillance de la PFA existant.

Options pour un VPI abordable

Pendant toute l'année 2009, le programme de recherche sur les options pour un VPI abordable dans les pays à revenu faible ou intermédiaire a été étendu. L'Institut néerlandais pour les Vaccins (NVI), en collaboration avec l'OMS, a maintenant entamé la phase de développement clinique du projet VPI-Sabin. À ce jour, ces travaux ont démontré l'immunogénicité du VPI-Sabin chez le rat et ont permis de produire du matériel pour les essais cliniques conforme aux bonnes pratiques de fabrication. Six fabricants de pays en développement ont exprimé par écrit leur intérêt pour le transfert de technologie. En 2010, le NVI, en collaboration avec l'OMS, sélectionnera pour le transfert de technologie deux fabricants parmi les plus engagés et les mieux à même de fournir des VPI à l'échelle internationale.

En 2009, les essais sur l'administration du VPI par voie intradermique à raison d'un cinquième de la dose standard ont été achevés à Cuba et à Oman. Suite à ces essais, en 2010 des dispositifs sans aiguille seront introduits à Oman, dans le cadre d'un projet pilote, pour le BCG (et le VPI).

L'OMS a établi cinq dispositifs de collaboration (deux avec l'Université de l'État de New York et un avec les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis d'Amérique, avec le National Institute for Biological Standards and Control du Royaume-Uni et avec l'Université de Californie, à San Francisco) afin d'évaluer différentes approches en vue de la mise au point de nouvelles souches de poliovirus atténuées pour la production de VPI. Il s'agit notamment d'évaluer une cellule d'encapsidation permettant de fabriquer des VPI sans matériel infectieux. Les études de validation de principe chez l'animal devraient être achevées pour la plupart de ces approches d'ici fin 2010. En octobre 2010, le Comité de Recherche sur la Poliomyélite (PRC) doit effectuer une évaluation préliminaire de faisabilité et sélectionner les approches à développer.

Confinement

Le GAP III a été actualisé en 2009 et distribué publiquement pour que des observations soient formulées, dans le cadre d'un large processus pluriannuel en vue d'établir un consensus international sur le confinement des poliovirus à long terme. Une version révisée du GAP III sera distribuée en 2010 pour approbation finale et publication.

Les travaux se sont également poursuivis dans la perspective d'un premier appel d'offres pour des VPOM en vrac qui serviront à constituer un stock lorsque la poliomyélite aura été éradiquée. La Division des Approvisionnements de l'UNICEF a élaboré, avec le soutien de l'OMS, un « appel à propositions » à l'intention de tous les fabricants de vaccins antipoliomyélitiques, et tous ceux qui étaient intéressés ont présenté des propositions en vue de participer à la constitution d'un stock de VPOM. Début 2010, les spécifications techniques de ces propositions ont été examinées par l'OMS, avec les évaluations fournies par la Division des Approvisionnements de l'UNICEF, qui procédera à un examen final et aux attributions en 2010.

Antiviraux

L'évaluation du rôle des antiviraux après l'éradication s'est poursuivie. Après l'éradication, les antiviraux peuvent jouer un rôle important en permettant d'éliminer une infection

chronique par le poliovirus chez les excréteurs chroniques actuels et futurs. Les antiviraux peuvent donc être administrés à titre de prophylaxie postexposition au personnel de laboratoire et de production exposé au poliovirus et, éventuellement, être administrés en complément des vaccins en cas de flambées de poliomyélite. La Poliovirus Antivirals Initiative (PAI), dirigée par la Task Force for Global Health d'Atlanta, en partenariat avec l'OMS, les CDC, la Food and Drug Administration (FDA) et le National Institute for Allergy and Infectious Disease (NIAID), a pour mandat de mettre au point des antiviraux pour l'IMEP. La PAI détermine actuellement si des antiviraux candidats qui ont été sélectionnés sont sûrs et susceptibles de prévenir, de réduire ou d'arrêter l'excrétion du virus, dans le cadre d'un essai clinique de phase I planifié. Si elles sont concluantes, ces études de validation de principe pourraient déboucher sur la mise au point de ces antiviraux, qui seraient ensuite approuvés par les autorités de réglementation et utilisés pour traiter des sujets chez qui l'excrétion du poliovirus est chronique.



L'IMEP étend ses recherches sur la mise au point d'un VPI abordable.

7.4. Intégration de l'IMEP



En Inde, la cartographie exhaustive des populations sous-desservies et migrantes a permis de recenser les populations les plus marginalisées et les plus mobiles afin de leur administrer le VPO et de leur fournir d'autres services de santé – souvent pour la première fois.

L'IMEP, qui est la plus grande initiative mondiale de santé publique coordonnée au niveau international, a mis en place une infrastructure complète de santé publique dans certaines des communautés les plus défavorisées du monde.

En 2009, ce réseau a dû relever de nombreux défis. Il a dû notamment faire face à une flambée de méningite débilite en Afrique de l'Ouest puis à la pandémie de grippe A (H1N1) qui a accaparé l'attention du monde entier. Le réseau mondial de surveillance et de laboratoires de l'IMEP a été sollicité pour faire des analyses de ces deux flambées et, dans de nombreux pays d'Asie et d'Afrique, beaucoup de médecins chargés de la surveillance de la poliomyélite et financés par l'IMEP ont été formés à la surveillance de la grippe A (H1N1) et à la préparation face à cette maladie.

Grâce au programme de travail de l'IMEP pour 2009, qui propose une série de stratégies efficaces aux niveaux des districts et de la population, l'essentiel des efforts déployés par le programme d'éradication de la poliomyélite a consisté à recenser, atteindre et vacciner les populations migrantes et sous-desservies. Par conséquent, des groupes entiers de migrants, de minorités et de travailleurs itinérants, autrefois négligés, ont été recensés et cartographiés, et leur situation a été portée à l'attention des autorités sanitaires nationales – qu'il s'agisse des ouvriers du bâtiment en Inde, des ouvriers des briqueteries au Népal, des habitants des régions de conflit en Afghanistan ou des groupes tribaux au Nigéria –, ce qui leur a permis d'accéder aux services de vaccination systématique, aux journées de santé de l'enfant et à d'autres interventions sanitaires essentielles.

L'IMEP a bénéficié du renforcement du système de vaccination dans plusieurs pays et d'un large éventail d'activités pour

soutenir la distribution, entre autres, de vitamine A, de vaccins antirougeoleux, d'anatoxine tétanique et de zinc. Le *Plan stratégique 2010-2012* de l'IMEP a notamment pour objectif de poursuivre le renforcement des systèmes de vaccination, en particulier dans les zones à haut risque de la ceinture d'importation d'Afrique subsaharienne.

En Inde, l'élaboration du plan du fleuve Kosi a permis une augmentation spectaculaire du nombre de médecins dans une zone notoirement difficile d'accès et la construction de bureaux satellites et de gîtes qui permettent, pour la première fois, une action sanitaire de proximité ciblée. En outre, le « plan des 107 blocs » fournit un cadre solide où intégrer des interventions sanitaires larges dans l'Uttar Pradesh et au Bihar. Le plan, qui est axé sur l'amélioration de la vaccination systématique et la qualité et la portée des activités de vaccination supplémentaires, propose aussi une amélioration de l'infrastructure d'approvisionnement en eau et d'assainissement, qui apporte des bienfaits considérables en termes de santé.

Au Nigéria, la participation des chefs traditionnels à l'éradication de la poliomyélite a ouvert un nouvel espace pour la mise en œuvre d'interventions sanitaires. Cette possibilité d'interventions sanitaires plus larges comporte néanmoins un risque : si l'IMEP ne parvient pas à éradiquer la poliomyélite au Nigéria, à l'avenir les chefs traditionnels seront peut-être réticents à soutenir personnellement les interventions sanitaires avec autant de force.

Enfin, en 2009, l'IMEP a mis au point un mécanisme de contrôle indépendant dans toute l'Afrique subsaharienne et au Pakistan, qui pourra facilement servir à plusieurs autres interventions sanitaires.

8. Finalisation du plan stratégique et du budget pluriannuels

En 2008, l'Assemblée mondiale de la Santé, reconnaissant que les principales stratégies qui avaient permis d'éradiquer la poliomyélite sur 99 % de la planète n'étaient pas efficaces pour le pour cent restant, a demandé que soit élaborée une nouvelle stratégie pour éradiquer la poliomyélite dans les pays encore touchés.

Le *programme de travail 2009* a été conçu pour contribuer à l'élaboration de cette nouvelle stratégie, grâce à l'évaluation de nouvelles innovations tactiques dans chaque zone d'endémie, la réalisation d'essais cliniques pour de nouvelles formulations du VPO, l'élaboration de nouvelles approches du vaccin antipoliomyélitique et une application facilitée des recommandations de l'*évaluation indépendante des principaux obstacles à l'interruption de la transmission du poliovirus*. Cette évaluation a permis d'examiner de manière indépendante les principales raisons pour lesquelles la poliomyélite persistait dans ces régions et quels outils ou quelles approches supplémentaires il faudrait mettre en œuvre pour parvenir à éradiquer la maladie. D'éminents experts de la santé publique, de la virologie, de la sécurité, de la mobilisation sociale, de la vaccinologie et d'autres domaines ont conclu qu'il serait inefficace d'appliquer la même approche partout car les obstacles à l'éradication sont différents dans chacune de ces régions, et ils ont proposé une série de recommandations détaillées pour les surmonter.

Au deuxième semestre 2009, une grande consultation a eu lieu entre les principaux partenaires et les donateurs de l'IMEP, les pays où sévit la poliomyélite, les organes consultatifs techniques qui s'occupent de la poliomyélite, les principaux donateurs, les principaux partenaires et d'autres parties intéressées pour discuter d'éventuels éléments d'un nouveau plan stratégique sur la base des résultats du *programme de travail 2009*. Suivant les conseils de plusieurs partenaires et organismes, l'IMEP est passée d'un plan de travail pluriannuel détaillé (susceptible d'être rapidement dépassé) à un plan stratégique qui serait plus solide et qui conviendrait mieux pour des débats et des décisions politiques. Fin 2009, les résultats du *programme de travail 2009* ont été évalués par deux groupes : le SAGE et le CCEP à l'occasion d'une consultation spéciale à laquelle ont aussi participé des experts techniques, des représentants des autorités sanitaires des pays où la poliomyélite sévit et des principales parties intéressées, y compris les donateurs, pour discuter du plan.

Lorsque les recommandations de toutes les parties y ont été incorporées, le projet de plan stratégique a été présenté, en janvier 2010, au Conseil exécutif de l'OMS qui, après des débats approfondis, a formulé des recommandations. D'autres débats ont eu lieu avec les pays mettant en œuvre le programme et les gouvernements avant l'Assemblée mondiale de la Santé. Enfin, le *Plan stratégique 2010-2012* de l'IMEP a été présenté lors d'une réunion des parties intéressées à Genève en juin 2010.

Selon le *Plan stratégique 2010-2012* de l'IMEP, l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage est fondée sur des mesures aux niveaux des régions et des populations, assorties de différentes approches pour atteindre les seuils d'immunité critiques en Asie et en Afrique. En outre, le plan institutionnalise une série de mesures prises en 2009, dont l'extension rapide du nouveau VPO bivalent, le recours à des équipes et une stratégie spéciales pour atteindre les populations et les communautés sous-desservies (y compris une stratégie spéciale dans les zones où la sécurité est précaire), l'emploi de nouveaux mécanismes pour faire participer les dirigeants politiques locaux (et suivre cette participation), l'application d'un contrôle indépendant, standardisé, en temps réel permettant d'obtenir des indicateurs exacts de la qualité des AVS dans un délai de deux semaines à compter du début de l'activité, le renforcement des activités ciblées de mobilisation sociale, l'application de nouvelles mesures pour limiter la propagation internationale du poliovirus (notamment en renforçant les systèmes de vaccination dans les régions les plus exposées aux flambées) et l'application de nouvelles méthodes pour vérifier, de manière indépendante, la qualité de la mise en œuvre des nouvelles approches opérationnelles.

Le *Plan stratégique 2010-2012* de l'IMEP est accompagné d'un document sur les *ressources financières nécessaires* qui présente un budget triennal pour parvenir à interrompre la transmission du poliovirus sauvage partout dans le monde et préparer la période postéradication. Revu et actualisé tous les trois mois, ce document ainsi que le plan stratégique sont disponibles à l'adresse www.polioeradication.org.

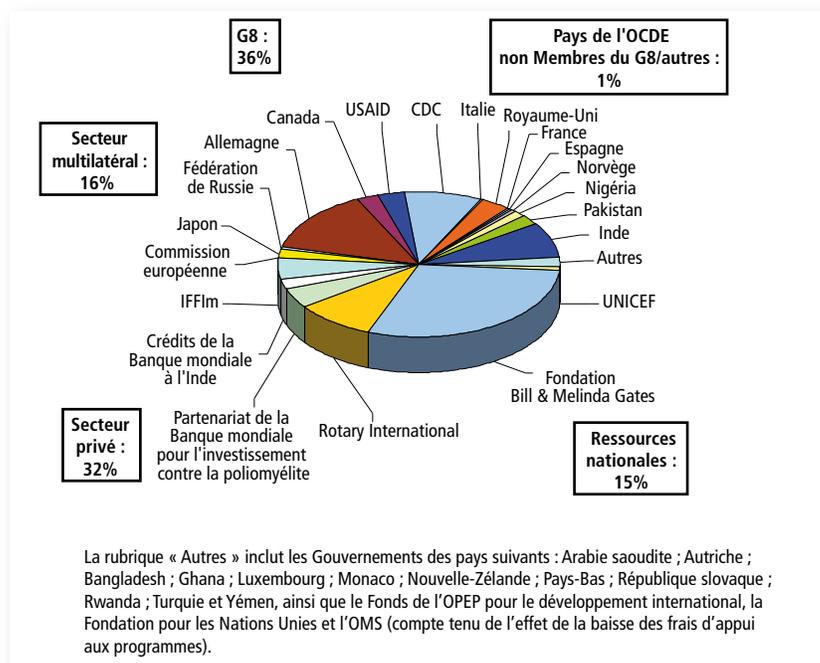
Pour mettre en œuvre l'ensemble du *Plan stratégique 2010-2012* de l'IMEP, il faut mobiliser un financement de US \$750 à US \$800 millions par an aux niveaux national et international. En janvier 2010, environ 50 % du financement nécessaire avait été obtenu et on pouvait raisonnablement s'attendre à en obtenir encore 25 %. Cependant, le déficit de financement restant risque sérieusement de compromettre, à court et à moyen terme, la mise en œuvre du plan stratégique. La nécessité d'un financement complémentaire pour parvenir à éradiquer la poliomyélite est pleinement justifiée tant d'un point de vue humanitaire qu'économique, car un échec aurait des conséquences catastrophiques.

8.1. Situation financière en 2009

L'engagement public-privé donne un nouvel élan à l'effort d'éradication

Le début de l'année 2009 a été marqué par un engagement financier important du secteur public et du secteur privé pour donner un nouvel élan à l'effort d'éradication. La Fondation Bill & Melinda Gates, le Rotary International et les Gouvernements britannique et allemand ont annoncé ensemble qu'ils verseraient plus de US \$630 millions pour soutenir l'IMEP. Le 21 janvier, la Fondation Bill & Melinda Gates accordait au Rotary une deuxième subvention de US \$255 millions, à laquelle le Rotary ajoutera, en contrepartie, US \$100 millions collectés auprès de ses membres au cours des trois prochaines années, ce qui porte à US \$200 millions l'engagement de contrepartie du Rotary. Avec ce financement en partenariat, la contribution du Rotary à l'IMEP dépassera US \$1,2 milliard. Le Royaume-Uni s'est engagé à verser, au cours des cinq prochaines années, US \$150 millions comme financement entièrement souple. L'Allemagne a annoncé son intention de verser US \$130 millions pendant la même période et l'IMEP continue à collaborer avec le pays quant à l'utilisation des fonds promis. Il est également à noter qu'en 2009, le Luxembourg et l'Espagne ont pris des engagements pour plusieurs années.

Contributions financières pour 2009



En 2009, le G8 réaffirme son soutien

En juillet dernier, les dirigeants du G8, qui débattent de l'éradication de la poliomyélite à chacun de leurs Sommets depuis celui de Kananaskis (Canada) en 2002, ont réaffirmé leur soutien à l'IMEP. Les dirigeants du G8 réunis à L'Aquila, en Italie, se sont engagés à « œuvrer pour achever l'éradication de la poliomyélite ». Malgré les déclarations politiques des dirigeants du G8, les niveaux de financement sont très variables selon les pays. En 2009, les États-Unis d'Amérique, le Royaume-Uni, l'Allemagne, le Japon et le Canada ont montré la voie à suivre en confirmant un financement supplémentaire de l'Initiative. Pour la première fois dans l'histoire de l'Initiative, le financement apporté en 2009 par le Rotary International et la Fondation Bill & Melinda Gates a dépassé les contributions des pays du G8. Concernant le G8, dont le prochain Sommet aura lieu à Muskoka, au Canada, l'année 2010 sera cruciale pour l'Initiative.

Les pays d'endémie continuent à apporter un financement national

Le financement apporté par les partenaires du développement est toujours complété par un financement national non négligeable des pays d'endémie et des pays confrontés à des flambées en raison d'importations du virus. L'Inde, qui s'autofinance en grande partie depuis plusieurs années, a réaffirmé son engagement en septembre 2009 en réservant US \$657 millions sur ses ressources nationales pour la période 2010-2012. En 2009, le Gouvernement nigérian s'est engagé à verser US \$15 millions et a annoncé son intention de verser US \$20 millions en 2010. Le Gouvernement pakistanais s'est engagé à verser US \$23 millions sur ses ressources nationales pour l'administration du VPO dans le cadre des AVS en 2009.

8.2. Donateurs

L'**Autriche** a versé US \$370 000 pour les activités d'éradication de la poliomyélite en Éthiopie, ce qui porte son soutien à US \$2,88 millions au total.

La **Fondation Bill & Melinda Gates** a annoncé, en janvier, qu'elle versait une deuxième subvention de US \$255 millions au Rotary qui, en contrepartie, apporterait US \$100 millions collectés auprès de ses membres au cours des trois prochaines années. Cette contribution porte à US \$821 millions la contribution totale de la Fondation à l'IMEP, compte tenu de la subvention versée au Rotary International.

Le **Canada** a continué à soutenir fermement l'IMEP en versant US \$29,27 millions pour l'Afghanistan et l'Afrique subsaharienne. Le Canada, qui a déjà versé plus de US \$272 millions, est le cinquième donateur public de l'IMEP.

Outre leur rôle de partenaire majeur de l'IMEP, les **Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis d'Amérique** ont fourni en 2009 des fonds à l'UNICEF et à l'OMS pour financer le VPO et les coûts opérationnels et d'appui aux programmes. Ils ont par ailleurs continué à envoyer leurs épidémiologistes, virologues et techniciens pour aider les pays touchés par la poliomyélite à mettre en œuvre des activités d'éradication. Le crédit budgétaire accordé par le Congrès des États-Unis aux CDC pour l'exercice 2009, en faveur de l'éradication de la poliomyélite, s'élevait au total à US \$101,2 millions, portant ainsi à plus de US \$1,3 milliard le montant total des contributions des CDC.

La **Commission européenne** a déboursé US \$900 000 en 2009, dans le cadre de sa contribution de €1,4 million pour 2009-2010 en faveur du Bangladesh, ce qui porte le total de ses contributions à US \$193 millions.

La **France** a apporté US \$2,65 millions pour les activités d'éradication de la poliomyélite en Afghanistan. Cette contribution porte au total à US \$39,27 millions son soutien à l'Initiative.

L'**Allemagne** a continué à soutenir l'Inde par l'intermédiaire de sa banque de développement (KfW), en apportant US \$70 millions pour le VPO et US \$7,5 millions pour les laboratoires, de 2009 à 2011. Elle a aussi apporté US \$82 millions sous forme de prêts et de subventions, que le Gouvernement indien utilise pour renforcer la chaîne du froid et les systèmes d'information. Bien que cette contribution n'entre pas dans le budget de l'IMEP pour l'Inde, elle est comptabilisée dans la contribution totale de l'Allemagne à l'Initiative. Le soutien apporté par l'Allemagne s'élève au total à US \$378,77 millions, ce qui en fait le troisième donateur du secteur public.

L'**Italie**, en tant qu'hôte en 2009 du Sommet du G8, qui s'est tenu à L'Aquila, et pour faire suite aux engagements pris dans le communiqué du G8, a versé une contribution à objet non désigné de US \$2,09 millions, ce qui porte son soutien en faveur de l'Initiative à US \$36,92 millions.

Le **Japon** a continué à apporter un soutien crucial pour l'achat de VPO par l'intermédiaire de l'UNICEF. En 2009, le pays a versé US \$21,44 millions afin de financer l'achat de VPO pour l'Afghanistan, le Pakistan, l'Inde, le Nigéria, la République démocratique du Congo et le Soudan. Le Japon, dont les contributions s'élèvent au total à plus de US \$379 millions, est le quatrième donateur public de l'Initiative.

Le **Luxembourg** est toujours le premier donateur de l'IMEP proportionnellement à sa population. En 2009, il a versé US \$700 000 dans le cadre d'un engagement pluriannuel couvrant la période 2009-2013. Ses contributions s'élèvent au total à US \$13,37 millions.

Monaco a versé US \$90 000 pour les activités au Niger, ce qui porte à US \$390 000 au total son financement de ses activités.

En 2009, le **Ministère néerlandais de la Santé** a versé US \$120 000 pour soutenir les activités de lutte contre la poliomyélite de l'Institut néerlandais de la Santé publique et de l'Environnement, ce qui porte à US \$113,22 millions au total la contribution des Pays-Bas à l'éradication de la poliomyélite.

La **Nouvelle-Zélande** a contribué aux efforts d'éradication de la poliomyélite dans le monde à hauteur de US \$70 000 par l'intermédiaire de son partenariat avec les clubs néozélandais du Rotary.

La **Norvège** a continué à verser à l'IMEP d'importantes contributions à objet non désigné. En 2009, elle a versé US \$8,7 millions, ce qui porte ses contributions à US \$68,80 millions au total.

L'**Arabie saoudite** a versé US \$1 million pour le VPO en Afghanistan, ce qui porte son soutien à US \$4,13 millions au total.

En 2009, la **République slovaque** a fait une toute première contribution de US \$40 000 pour le VPO en Afghanistan.

En 2009, l'**Espagne** a versé US \$720 000 dans le cadre d'un engagement pluriannuel couvrant la période 2009-2011 pour les activités de surveillance en Afrique. Il s'agit de la première contribution pluriannuelle de l'Espagne, à laquelle il faut ajouter US \$1,3 million de financement à objet non désigné. Depuis qu'elle a rejoint l'Initiative en 2004, l'Espagne a versé US \$13,18 millions.

Le **Rotary International** est non seulement un partenaire majeur de l'IMEP, mais reste aussi son principal donateur privé. En janvier 2009, le Rotary a annoncé qu'il verserait une somme de US \$100 millions collectée auprès de ses membres au cours des trois prochaines années en contrepartie d'une deuxième subvention de la Fondation Bill & Melinda Gates, d'un montant de US \$255 millions. Ceci porte à US \$200 millions les contributions de contrepartie du Rotary International. En 2009, le Rotary International a versé US \$101 millions à l'Initiative. D'ici 2013, il lui aura versé plus de US \$1,2 milliard.

La **Fédération de Russie** a déboursé US \$5,06 millions dans le cadre d'un engagement pluriannuel de US \$10 millions, ce qui porte à US \$28 millions le financement qu'elle a apporté à l'Initiative depuis 2003.

Pour la troisième année consécutive, la **Turquie** a versé en 2009 une contribution à l'IMEP qui s'est élevée à US \$50 000, ce qui porte son soutien à US \$650 000 au total.

Le **Department for International Development (DFID) du Royaume-Uni** a continué à jouer un rôle crucial dans le financement de l'Initiative en versant US \$8,35 millions (£5 millions), qui s'ajoutent au versement effectué en 2009 dans le cadre de sa subvention de £100 millions sur cinq ans. Ceci a permis d'assurer le déroulement des activités dans les pays d'Afrique confrontés à une flambée. En 2009, le DFID a déboursé \$37,72 millions au titre d'un soutien mondial et sous forme de fonds à objet désigné pour le Pakistan. Le Royaume-Uni, dont les contributions s'élèvent au total à US \$898 millions, est le deuxième donateur public de l'Initiative.

En 2009, la **Fondation pour les Nations Unies** a continué à soutenir, par une contribution de US \$70 000, les efforts de l'IMEP pour mobiliser des ressources. Cette contribution porte à plus de US \$41,3 millions au total le soutien de la Fondation à l'IMEP.

Le Congrès des États-Unis a alloué, pour l'exercice 2009, US \$32 millions à l'**United States Agency for International Development (USAID)** au titre des activités destinées à éradiquer la poliomyélite. Ces fonds ont servi à soutenir la mobilisation sociale, la surveillance et les activités de laboratoire, la riposte aux flambées et le contrôle dans les pays prioritaires. Cette somme porte le soutien de l'USAID à US \$390 millions au total.

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

En 2001, un mécanisme de financement novateur, connu sous le nom de « IDA buy downs » (rachat de crédits), a été mis en place pour permettre l'utilisation de crédits accordés par l'Association internationale de Développement (IDA), l'organisme prêteur de la Banque mondiale, pour des achats de VPO destinés aux activités d'éradication de la poliomyélite. Un financement fourni par des tiers donateurs (la Fondation Bill & Melinda Gates, les CDC, le Rotary International et la Fondation pour les Nations Unies) sert à « racheter » les crédits de l'IDA et à les transformer en subventions. En 2009, un nouveau rachat de US \$75 millions a été signé pour le Pakistan pour la période 2009-2011, en complément des rachats actuels pour le Pakistan et le Nigéria, ce qui porte à US \$316,37 millions au total le financement assuré par le Partenariat de la Banque mondiale pour l'investissement contre la poliomyélite.



M. Bill Gates annonce un engagement financier commun avec le Rotary International à hauteur de US \$355 millions en vue d'éradiquer la poliomyélite dans le monde.

Annexe

Les principaux résultats du Programme de travail attendus pour 2009

Programme de travail (objectifs)	Principaux résultats attendus (grandes étapes)	Situation <ul style="list-style-type: none"> • Atteint • En cours • Pas atteint 	Observations
<p>1. Maintien de l'application des principales stratégies d'éradication</p>	<p>Couverture >90 % de toutes les zones infectées et d'endémie, selon les constatations faites de manière indépendante à l'aide du marquage des doigts des enfants</p>	<p>Pas atteint</p>	<p>En novembre 2009, le CCEP a recommandé de procéder systématiquement à une évaluation indépendante dans les pays d'endémie et ceux où l'infection a repris. Dans les pays d'endémie, le système de suivi est bien développé. Il révèle que certaines zones du sud de l'Afghanistan, du Pakistan et du Nigéria n'ont toujours pas une couverture régulière des AVS >90 %.</p> <p>Pour les pays où l'infection a repris, les résultats de l'évaluation indépendante de 2009 montrent que certains d'entre eux ont atteint une couverture >90 %, mais la qualité reste incertaine pour une grande partie des données de 2009. Depuis novembre 2009, un nouveau système de suivi a été mis en place et il permet d'avoir une communication rapide des informations du suivi, l'objectif étant de disposer au niveau mondial de données précises et fiables dans les 15 jours suivant la fin d'une tournée d'AVS.</p> <p>Inde : 8 AVS sur 11 ont couvert plus de 99 % des enfants dans l'État du Bihar. Pour les trois autres, la moyenne a été de 98 %. Dans l'Uttar Pradesh, 10 AVS sur 11 ont couvert plus de 98 % des enfants, et le résultat s'établit à 97,8 % pour l'AVS restante.</p> <p>Nigéria : couverture moyenne de 91 % dans les 10 États les plus exposés au premier semestre 2009, avec amélioration de la couverture à 93 % au second semestre 2009.</p> <p>Afghanistan : couverture de 87 % au suivi porte à porte pour la journée locale de vaccination en décembre 2009.</p> <p>Pakistan : couverture moyenne de 89,75 %. Karachi a atteint 87 %, la Province de la Frontière du Nord-Ouest 93 %, les zones tribales sous administration fédérale 93 % et le Baloutchistan 86 %.</p> <p>1 pays sur 3 ayant eu une flambée a atteint une couverture de 90 % pour les AVS en novembre.</p> <p>5 pays sur 7 ayant eu une flambée ont atteint une couverture de 90 % pour les AVS en décembre.</p>

	Programme de travail (objectifs)	Principaux résultats attendus (grandes étapes)	Situation <ul style="list-style-type: none"> • Atteint • En cours • Pas atteint 	Observations
2.	Évaluation des principaux obstacles identifiés pendant l'effort intensifié d'éradication de la poliomyélite	Mise en place et incorporation de plans par région pour lever les principaux obstacles afin d'éradiquer la poliomyélite dans chaque zone d'endémie et d'activités supplémentaires visant à limiter la propagation internationale du poliovirus	Atteint	<p>En 2009, l'IMEP a facilité une <i>évaluation indépendante des principaux obstacles à l'interruption de la transmission du poliovirus</i>, en réponse à une demande faite en janvier 2009 par le Conseil exécutif à l'Assemblée mondiale de la Santé, motivée par les retards pour parvenir à l'éradication mondiale. L'<i>évaluation indépendante</i> a réuni cinq équipes et, au total, 28 experts des disciplines concernées, santé publique, programmes de vaccination, vaccinologie, mobilisation sociale et sécurité. Ces équipes ont évalué le programme en Afghanistan, en Angola, en Inde, au Nigéria, au Pakistan, au Soudan, dans les bureaux régionaux de l'Afrique et de la Méditerranée orientale et au Siège, en large consultation avec les partenaires de l'IMEP et les parties intéressées dans chaque pays.</p> <p>L'<i>évaluation indépendante</i> s'est déclarée confiante quant à la possibilité d'éradiquer la poliomyélite, à condition de résoudre les problèmes administratifs, techniques et ceux concernant la sécurité. Des recommandations spécifiques à certaines zones ont été établies et intégrées dans le <i>Plan stratégique 2010-2012 de l'IMEP</i> pour les pays d'endémie, les zones où avec une transmission re-établie du poliovirus et pour limiter la propagation internationale de la poliomyélite.</p>

	Programme de travail (objectifs)	Principaux résultats attendus (grandes étapes)	Situation <ul style="list-style-type: none"> • Atteint • En cours • Pas atteint 	Observations
3.	Évaluation des nouvelles approches stratégiques dans chaque pays d'endémie :			
	Nigéria	D'ici au quatrième trimestre 2009, le pourcentage d'enfants non vaccinés lors des AVS dans chacun des 10 États les plus exposés du nord du Nigéria sera réduit à <10 % (contre 21 % en 2008)	En cours	Au dernier trimestre 2009, le pourcentage moyen d'enfants « zéro dose » dans les 10 États les plus exposés a baissé à 5 %. Seuls les États de Kano et Bauchi restaient au-dessus de 10 %.
	Inde	Adaptation de la stratégie d'AVS de l'Inde sur la base des résultats de l'essai clinique	Atteint	2009 a été une année exceptionnelle pour la recherche en Inde, aboutissant à des décisions majeures pour la stratégie de ce pays. On dispose désormais d'une quantité énorme d'informations nouvelles sur l'immunogénicité des divers vaccins antipoliomyélitiques et des niveaux d'immunité dans la population de l'ouest de l'Uttar Pradesh en 2007-2009. Premièrement, l'essai clinique du VPOb en Inde a prouvé que ce vaccin, contre les types 1/3, n'avait pas une efficacité inférieure à celle des VPOm correspondants et du VPOT, ce qui a ouvert la possibilité pour le Groupe consultatif d'experts indien de faire une recommandation sur l'utilisation stratégique du VPOb dans les zones de circulation des types 1 et 3. Deuxièmement, l'essai vaccinal reposant sur cinq moyens d'action mené à Moradabad a montré que l'immunité contre le type 1 dans ce district clé a progressé de plus de 15 % par rapport à l'étude précédente en 2007, confirmant ainsi que de multiples doses de VOPm1 peuvent produire des niveaux immunitaires très élevés (99 %) dans l'une des zones les plus difficiles du monde pour ce qui est de la poliomyélite. L'étude a également révélé des lacunes substantielles en ce qui concerne l'immunité contre les types 2 et 3, motivant la décision d'utiliser davantage le VPOT et le VPOb dans ces zones. Enfin, ces études ont mis en lumière des domaines dans lesquels approfondir les recherches en 2010 pour mieux comprendre l'immunogénicité au niveau des muqueuses dans ces circonstances.

Programme de travail (objectifs)	Principaux résultats attendus (grandes étapes)	Situation <ul style="list-style-type: none"> • Atteint • En cours • Pas atteint 	Observations
Pakistan	Dans toutes les communes de Karachi, couverture des AVS atteignant 90 % d'ici au quatrième trimestre 2009, selon les constatations faites de manière indépendante à l'aide du marquage des doigts des enfants	Pas atteint	Au cours des deux dernières AVS, la couverture du marquage au doigt des enfants de moins de 5 ans a été inférieure à 90 % dans 10 des 18 subdivisions administratives de Karachi.
	Dans les six districts les plus exposés de la Province de la Frontière du Nord-Ouest/des zones tribales sous administration fédérale, la proportion d'enfants « zéro dose » sera ramenée à moins de 10 % d'ici au quatrième trimestre 2009, d'après les données sur la PFA non poliomyélitique	Sans objet	On trouve dans les six districts les plus exposés couverts par l'analyse trois des zones tribales sous administration fédérale (Bajour, Mohmand et Khyber) et trois districts de la Province de la Frontière du Nord-Ouest (Peshawar, Charsadda et Swat). Globalement, en 2009, les données fournies montrent que, pour les cas de PFA non poliomyélitique, la proportion d'enfants « zéro dose » âgés de 6 à 59 mois était de 8 % (19/253). Au quatrième trimestre, elle était de 5 % (2/44). Toutefois, l'élaboration et l'application de données plus détaillées, ajustées sur l'accès en 2010, ont révélé que plus de 20 % des enfants dans ces zones n'avaient pas été vaccinés.
Afghanistan	D'ici à la fin 2009, la proportion d'enfants non vaccinés sera ramenée à moins de 10 % dans les 11 districts les plus exposés des trois provinces de la région méridionale : Hilmand, Kandahar et Uruzgan (contre 18 % début 2009)	Pas atteint	Le contrôle de la couverture après la campagne dans les 11 districts où l'infection persiste, dans le sud de l'Afghanistan, a régulièrement révélé que plus de 10 % des enfants avaient échappé à la vaccination ou n'avaient pas été atteints. Toutefois, l'accès a commencé à s'améliorer à partir de la fin de l'année 2009 seulement et l'on continuera de suivre cet indicateur.

	Programme de travail (objectifs)	Principaux résultats attendus (grandes étapes)	Situation <ul style="list-style-type: none"> • Atteint • En cours • Pas atteint 	Observations
4.	Mise au point et évaluation de nouveaux outils	VPO bivalent : homologation d'au moins deux VPOb d'ici au quatrième trimestre 2009 si la supériorité de ces produits par rapport au VPO trivalent est démontrée par un essai clinique	Atteint	Le VPOb a été homologué au quatrième trimestre en Belgique par GSK et en Inde par Panacea Biotec Ltd ; plusieurs demandes d'homologation sont en attente.
		VPI intradermique : achèvement de l'essai clinique et examen par l'ACPE	Atteint	Trois essais de vaccins par voie intradermique sont terminés à Cuba, à Oman et à Moradabad (Inde) et examinés par le CCEP. Des essais cliniques de suivi sont en cours à Cuba et planifiés à Oman.
		Enquêtes de séroprévalence : enquêtes réalisées dans l'ouest de l'Uttar Pradesh, en Inde, et à Karachi, Lahore et Peshawar, au Pakistan	En cours	Une étude de séroprévalence s'est achevée dans l'Uttar Pradesh (Inde) en 2009 et une autre aura lieu au Pakistan en 2010.
		PCR en temps réel : lancement de la RT PCR dans tous les laboratoires concernés des trois Régions de l'OMS où la poliomyélite est endémique d'ici à la fin 2009	Atteint	<p>Sur les 49 laboratoires de différentiation intratypique dans le RMLP :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 42 sont équipés (dont 21 par l'IMEP) • 39 ont du personnel formé • ateliers de formation dans cinq Régions de l'OMS et, dans la Région européenne, en Fédération de Russie seulement • les personnels de 34 laboratoires ont reçu une formation en 2009/2010 par l'IMEP. Pour les cinq autres, la formation s'est faite à leur propre initiative • 12 sont pleinement opérationnels et ont réussi les tests de compétence : Afrique (2), Méditerranée orientale (3), Amériques (1), Asie du Sud-Est (5), Pacifique occidental (1).
		Surveillance ciblée de l'environnement : surveillance de l'environnement à Karachi	Atteint	Surveillance de l'environnement commencée à la mi-2009 à Karachi (et Lahore) (Pakistan). Établissement de six sites à Karachi et trois à Lahore depuis juillet 2009. 74 échantillons analysés, parmi lesquels 22 contenaient du poliovirus sauvage. 74 échantillons analysés depuis la mi-2009 et total de cas de PVS confirmés du 1er janvier 2009 au 11 mai 2010 : 22 (PVS1 : 4, PVS3 : 16, PVS1PVS3 : 2)

	Programme de travail (objectifs)	Principaux résultats attendus (grandes étapes)	Situation • Atteint • En cours • Pas atteint	Observations
5.	Mise en œuvre d'activités supplémentaires pour limiter la propagation internationale et stopper les flambées	Institutionnalisation de plans d'AVS de 24 mois dans les pays à plus haut risque : mise en place d'un financement pour les 12 premiers mois du plan d'AVS de 24 mois	Pas atteint	<p>Dans la ceinture d'importation en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale, tous les pays confrontés à un risque élevé d'importation ont préparé des plans pour des AVS chaque année de 2010 à 2012.</p> <p>Au 30 juin, le programme de travail 2009 de l'IMEP devait faire face à un déficit de financement de US \$77 millions, sur un budget de US \$785 millions, et un déficit de US \$320 millions pour un budget de US \$1,43 milliard pour la période 2009-2010.</p>
		Évaluation internationale indépendante de la riposte aux flambées : évaluations indépendantes réalisées en Angola, au Soudan et au Tchad	En cours	<p>Dans le cadre de l'évaluation indépendante de l'IMEP susmentionnée, des équipes se sont rendues dans le sud du Soudan et en Angola et ont intégré ces deux pays dans leur rapport. Il n'y a pas eu d'évaluation indépendante au Tchad mais il y aura une réunion du groupe consultatif technique en mai 2010. Ces évaluations indépendantes internationales des ripostes aux flambées sont désormais systématiques : toute transmission continue du poliovirus sauvage enregistrée pendant plus de six mois dans un pays déclenche automatiquement une évaluation indépendante de la riposte.</p>
		Plans de préparation à la riposte aux flambées : plans mis à jour dans les 15 pays de la « ceinture d'importation du poliovirus sauvage » d'Afrique subsaharienne	En cours	<p>Comme nous l'avons déjà mentionné, les pays de la ceinture d'importation en Afrique préparent désormais des plans pour organiser chaque année de 2010 à 2012 des AVS afin de réduire le risque de flambée à la suite d'importations.</p>
		Vaccination des voyageurs contre la poliomyélite : recommandations de l'ACPE publiées dans la revue <i>Voyages internationaux et santé</i> de l'OMS	Atteint	<p>En novembre 2008, le CCEP a demandé instamment à l'OMS de modifier ses recommandations pour la vaccination antipoliomyélitique dans <i>Voyages internationaux et santé</i>, afin de s'assurer que tous les voyageurs à destination ou en provenance des pays affectés par la poliomyélite soient totalement vaccinés. Conformément aux recommandations du CCEP, le document <i>Voyages internationaux et santé</i> a été actualisé. Il est désormais recommandé d'administrer aux voyageurs résidant dans une zone affectée par la maladie une dose supplémentaire de VPO entre un et 12 mois avant chaque voyage international.</p>

	Programme de travail (objectifs)	Principaux résultats attendus (grandes étapes)	Situation <ul style="list-style-type: none"> • Atteint • En cours • Pas atteint 	Observations
6.	Évaluation et renforcement de la sensibilité de la surveillance au niveau sous-national	Zones où une transmission du poliovirus sauvage n'a pas été détectée depuis >12 mois au cours des cinq dernières années : atteindre un taux de PFA non poliomyélitique >2 pour 100 000 habitants dans toutes les provinces/tous les États	En cours	Fin 2009, résultat atteint en République démocratique du Congo, en Angola, au nord du Soudan et au Tchad (une province faiblement peuplée avec moins de 50 000 habitants). Au sud du Soudan, toutes les provinces ont un taux de PFA non poliomyélitique >1 pour 100 000, avec quatre provinces sur dix ayant un taux >2 pour 100 000.
		Zones les plus exposées au risque d'importation du virus : achèvement d'au moins deux revues documentaires et instauration de mesures pour remédier à la situation, si nécessaire	Partiellement atteint	En 2009, des études documentaires de la surveillance ont été menées pour la Corne de l'Afrique, l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique centrale. Les résultats ont été communiqués aux parties concernées et des mesures correctives ont été prises. Des examens externes de la surveillance de la PFA ont eu lieu en Indonésie, au Kenya, au Soudan et dans une partie du Nigéria, du Pakistan et de l'Inde.
		Reste du monde : réalisation d'études dans chaque Région exempte de poliomyélite et communication officielle des résultats aux États Membres concernés	Pas atteint	Un certain nombre d'examens ont été faits en 2009 dans des Régions exemptes de poliomyélite ; les commissions régionales de certification dans le Pacifique occidental et l'Europe ont travaillé au maintien de la sensibilisation des États Membres. D'autres examens sont prévus en 2010.

	Programme de travail (objectifs)	Principaux résultats attendus (grandes étapes)	Situation <ul style="list-style-type: none"> • Atteint • En cours • Pas atteint 	Observations
7.	Mise au point d'une politique post-éradication	Caractérisation des risques de PVDV : lancement d'au moins deux études visant à quantifier les risques de PVDVi dans les pays à revenu faible ou intermédiaire	Atteint	Dix pays au total ont entrepris des études sur le PVDVi.
		Stratégies de gestion des risques : GAP III finalisé ; appel d'offres pour la constitution d'un stock initial de VPOm attribué	En cours	Le GAP III a été finalisé et a été soumis au public pour qu'il fasse ses observations ; l'appel d'offres pour la constitution de stock est clos et sera bientôt examiné.
		Options pour un VPI abordable et politique appliquée aux pays à revenu faible ou intermédiaire : mise en route de la phase de développement clinique du VPI-Sabin	Atteint	Des lots d'essai ont été produits et devraient être utilisés dans le cadre d'essais en phase I en 2010.
		Rédaction de l'avis de l'OMS sur la vaccination antipoliomyélitique après l'éradication	Atteint	L'avis de l'OMS a été rédigé et est en cours d'examen.
8.	Finalisation du plan stratégique pluriannuel	Plan stratégique pluriannuel : finalisation du nouveau plan stratégique quinquennal d'ici à la fin 2009 en vue de sa publication en janvier 2010	Atteint	Le <i>Plan stratégique 2010-2012 de l'IMEP</i> a été publié après une large consultation des partenaires et il a été présenté à une réunion des principales parties intéressées lors d'une réunion à Genève, en juin 2010.
		Financement : financement complet du programme de travail 2009 de l'IMEP d'ici au mois de juin 2009	Pas atteint	En janvier 2009, il y avait un déficit de financement de US \$55 millions pour 2009, sur un budget de US \$737 millions. En raison de la flambée qui se poursuit dans la Région africaine, le budget a été porté en mai à US \$785 millions. En mai 2009, US \$683 millions avaient été confirmés, donnant un déficit de US \$102 millions. Au début du quatrième trimestre, tous les fonds requis pour 2009 avaient été levés.



www.polioeradication.org

JUSQU'AU 
 **DERNIER**
ENFANT