



2011	2012
Dernier cas en Inde	Derniers cas en Angola et en Rép. démocratique du Congo
3 pays où la transmission est rétablie	1 pays où la transmission est rétablie
11 flambées dans 9 pays	1 flambée
16 pays, 650 cas	5 pays, 223 cas

4.1 L'Assemblée mondiale de la Santé, réunion annuelle des ministres de la santé de tous les États Membres de l'OMS, s'est engagée pour la première fois en faveur de l'éradication de la poliomyélite lorsqu'elle a adopté, en 1988, la résolution WHA41.28, qui appelait à l'éradication mondiale de la maladie d'ici l'an 2000. Cette résolution a donné le coup d'envoi de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP), lancée par des gouvernements, l'OMS, le Rotary International, les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis et l'UNICEF.

**Depuis 1988, l'IMEP a permis de réduire l'incidence mondiale de la poliomyélite de plus de 99,9%, trois des six Régions de l'OMS ayant été «certifiées» exemptes de la maladie (la Région des Amériques en 1994, la Région du Pacifique occidental en 2000 et la Région européenne en 2002), et un des trois sérotypes du poliovirus sauvage (le type 2) a été éradiqué.**

**En mai 2012, l'Assemblée mondiale de la Santé a déclaré que l'achèvement de l'éradication de la poliomyélite constituait une «urgence programmatique pour la santé publique mondiale» et a appelé à une augmentation marquée de l'intensité des activités d'éradication dans les Régions où les résultats sont les plus médiocres.**

4.2 La transmission du poliovirus sauvage était alors endémique dans plus de 125 pays et, chaque année, plus de 350 000 enfants étaient paralysés par la poliomyélite pour le restant de leurs jours. Depuis 1988, l'IMEP a permis de réduire l'incidence mondiale de la poliomyélite de plus de 99,9%, trois des six Régions de l'OMS ayant été certifiées exemptes de la maladie (la Région des Amériques en 1994, la Région du Pacifique occidental en 2000 et la Région européenne en 2002), et l'un des trois sérotypes du poliovirus sauvage (le type 2) a été éradiqué (isolé pour la dernière fois en 1999).

4.3 Grâce à l'IMEP, plus de 10 milliards de doses de VPO ont été administrées à plus de 2,5 milliards d'enfants dans le monde ; aujourd'hui, ce sont plus de 10 millions de personnes qui, si elles n'avaient pas été vaccinées, seraient paralysées ; et plus d'un million de décès infanto-juvéniles ont été évités grâce à l'administration de la vitamine A au cours des campagnes de lutte contre la poliomyélite.<sup>8</sup>

4.4 En janvier 2012, une quatrième Région de l'OMS (la Région de l'Asie du Sud-Est) a fait un grand pas sur la voie de la certification en tant que Région exempte de poliomyélite alors que l'Inde franchissait l'étape d'une année sans un seul cas. Toutefois, alors que l'Inde s'appêtait à franchir cette étape, le nombre des cas a doublé en 2011 dans les trois pays d'endémie restants : l'Afghanistan, le Nigéria et le Pakistan. En mai 2012, consciente, au vu des données issues des flambées récentes,<sup>9</sup> des terribles conséquences

qu'entraînerait un échec de l'éradication de la poliomyélite, mais aussi des perspectives de succès ouvertes par l'Inde, l'Assemblée mondiale de la Santé a déclaré que l'achèvement de l'éradication de la poliomyélite constituait une «urgence programmatique pour la santé publique mondiale» et a appelé à une augmentation marquée de l'intensité des activités d'éradication dans les Régions où les résultats sont les plus médiocres.

4.5 Dans les trois pays d'endémie restants, des plans d'action d'urgence ont été mis en place pour surmonter les obstacles restants à l'administration à chaque enfant du vaccin antipoliomyélitique ;

<sup>8</sup> Fin 2010, on estimait de 1,1 à 5,4 millions le nombre de décès d'enfants ayant été évités. Duintjer Tebbens RJ, Pallansch MA, Cochi SL et al. *Economic analysis of the Global Polio Eradication Initiative*. Vaccine, 2010, 29 (2):334-343.

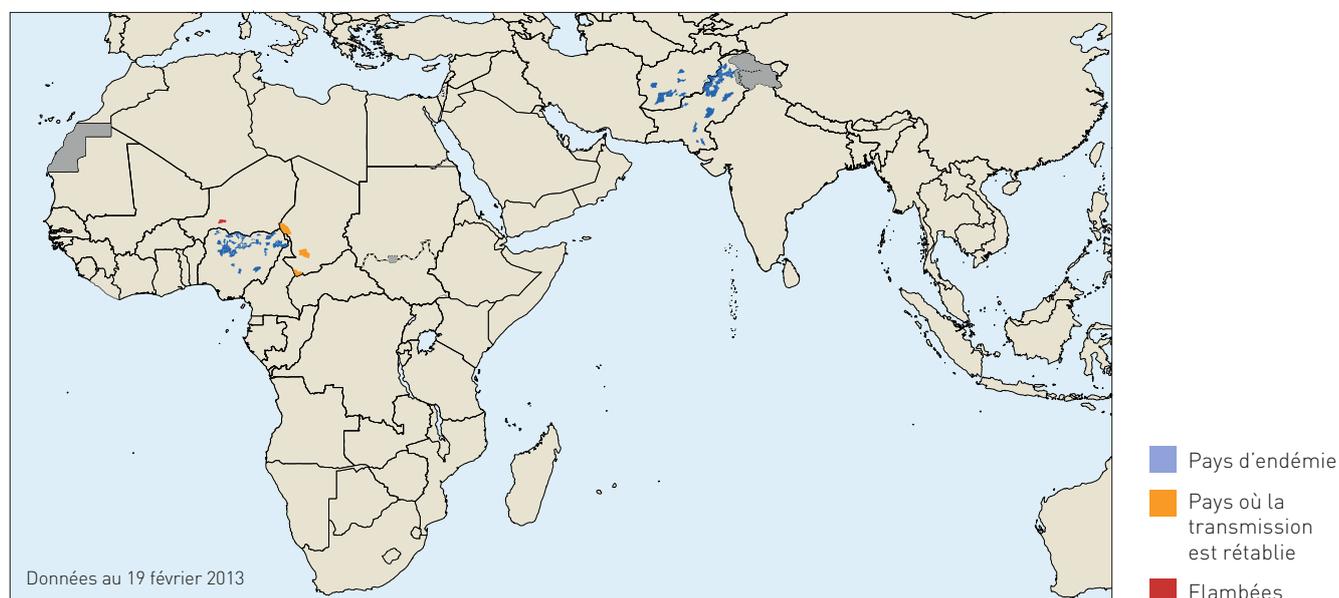
<sup>9</sup> Notamment les flambées causées par le poliovirus sauvage de type 1 qui ont frappé des adultes en République démocratique du Congo en 2010-2011.

dans chaque pays, les organismes de surveillance relevant des chefs d'État ont à nouveau été renforcés, du niveau national au niveau local, pour accroître les responsabilités politiques et administratives pour la qualité des principales activités d'éradication. Les principaux partenaires de l'IMEP ont intensifié leurs activités pour tenir compte de cet état d'urgence et d'importants moyens d'assistance technique supplémentaires ont été déployés dans les zones où les risques sont les plus élevés pour aider les gouvernements à mettre en œuvre la stratégie. En septembre 2012, le Secrétaire général des Nations Unies a organisé une réunion de haut niveau sur l'urgence de l'éradication de la poliomyélite au cours de la soixante-septième session de l'Assemblée générale des Nations Unies, afin de renforcer l'engagement en faveur de l'éradication aux niveaux national et international et de mobiliser le financement nécessaire. Cette initiative a réuni les chefs d'État des pays où la maladie est endémique, les dirigeants des organismes partenaires, les donateurs et d'autres parties prenantes.

4.6 Conséquence directe des mesures d'urgence adoptées par les partenaires de l'IMEP et les gouvernements dans les pays, l'année 2012 est celle où l'on a signalé le nombre de nouveaux cas de poliomyélite le plus faible jamais obtenu dans un nombre de districts et de pays plus restreint que jamais. À l'échelle mondiale, 223 cas ont été notifiés en 2012, soit une baisse de 66% par comparaison à 2011. À la fin de 2012, l'Angola et la République démocratique du Congo avaient réussi à mettre fin à la transmission réétablie du poliovirus et le Tchad était sur la bonne voie pour y parvenir (le cas le plus récent dans le pays datait du 14 juin 2012). Cinq pays ont signalé des cas en 2012 alors qu'ils étaient 16 en 2011. Dans deux des pays d'endémie, le Pakistan et l'Afghanistan, le nombre des cas a diminué de 65% et 42%, respectivement, par rapport à 2011. Au Nigéria, le nombre des cas a doublé par comparaison à la même période en 2011, mais à la fin de 2012 de nombreux éléments confirmaient l'amélioration des résultats dans les zones où ils étaient traditionnellement les plus médiocres.

**Conséquence directe des mesures d'urgence adoptées par les partenaires de l'IMEP et les gouvernements dans les pays, l'année 2012 est celle où l'on a signalé le nombre de nouveaux cas de poliomyélite le plus faible jamais obtenu dans un nombre de districts et de pays plus restreint que jamais. À l'échelle mondiale, 223 cas ont été notifiés en 2012, soit une baisse de 66% par comparaison à 2011.**

**Figure 3 : Districts infectés par la poliomyélite, 2012**



**Tableau 3 : Cas de poliovirus sauvage par trimestre, en 2012**

Trimestre	AU NIVEAU MONDIAL, PAR TRIMESTRE	AU NIVEAU MONDIAL, PAR TYPE ET PAR TRIMESTRE			PAR RÉGION ET PAR TRIMESTRE		
	Total	W1	W3	Total	AFRO	EMRO	Total
T1	54	44	9	54*	33	21	54
T2	50	43	7	50	34	16	50
T3	74	70	4	50	39	35	74
T4	45	44	1	50	22	23	45
<b>Total</b>	<b>223</b>	<b>201</b>	<b>21</b>	<b>223</b>	<b>128</b>	<b>95</b>	<b>223</b>

\* Y compris une combinaison PVS1/PVS3.

4.7 Tout au long des efforts d'éradication de la poliomyélite déployés au niveau mondial, des virus provenant des zones d'endémie – en particulier de l'Inde et du Nigéria – ont régulièrement réinfecté les zones exemptes de la poliomyélite, conduisant à des flambées associées aux importations et, dans quatre pays auparavant exemptes de la maladie, au rétablissement d'une transmission persistante. Bien que la propagation internationale ait été limitée à une seule manifestation en 2012 au Niger, résultant d'un virus lié génétiquement à une transmission au Nigéria, les importations resteront une menace importante et constante jusqu'à ce que toute transmission du poliovirus sauvage soit interrompue au niveau mondial.

4.8 En janvier 2013, le Conseil exécutif de l'OMS a réaffirmé l'importance d'une vaccination complète des voyageurs par le VPO, une recommandation énoncée dans la publication de l'OMS *Voyages internationaux et santé*.

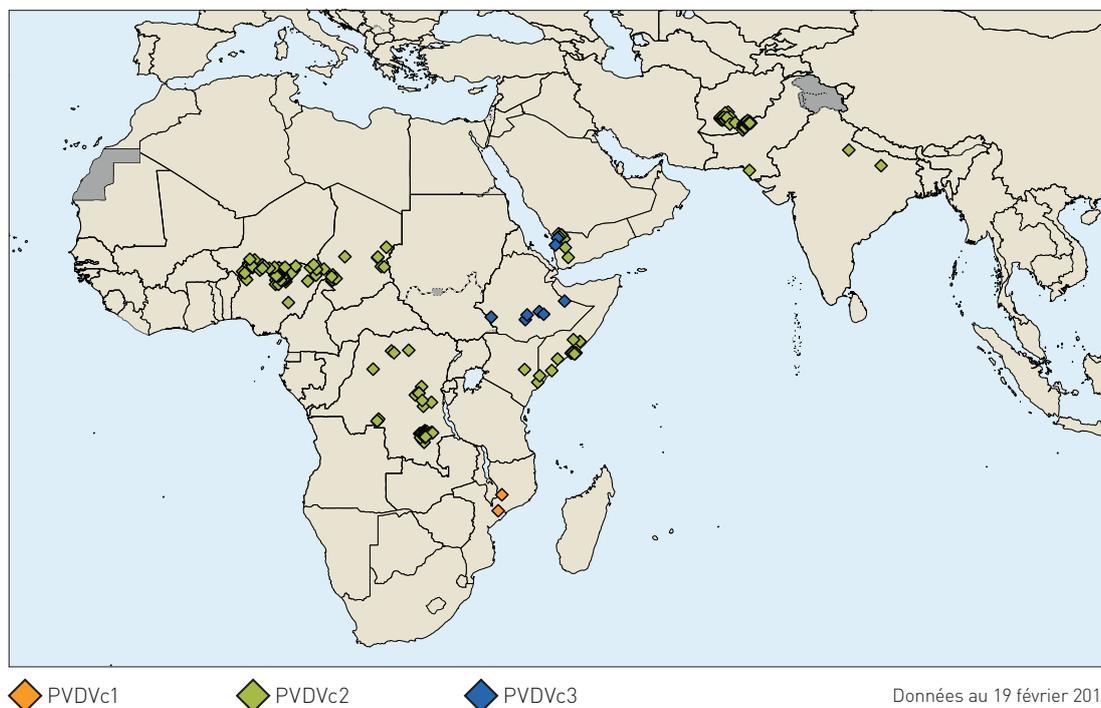
4.9 Au fur et à mesure que l'IMEP travaillait à l'éradication des poliovirus sauvages à l'échelle mondiale, elle est parvenue à mieux comprendre les risques que les poliovirus associés au vaccin

**En janvier 2013, le Conseil exécutif de l'OMS a réaffirmé l'importance d'une vaccination complète des voyageurs par le VPO, une recommandation énoncée dans la publication de l'OMS *Voyages internationaux et santé*.**

**Bien qu'en 2012 davantage de pays aient été touchés par une flambée de poliomyélite due à un PVDVc qu'à un poliovirus sauvage, la mise au point de nouveaux outils et l'application de nouvelles stratégies permettent de lutter contre ce risque parallèlement à l'éradication du poliovirus sauvage.**

La poliomyélite paralytique associée au vaccin (PPAV) avait fait l'objet d'études avant le lancement des efforts d'éradication et l'on savait que la PPAV pourrait finalement être éliminée en mettant fin à l'utilisation du VPO à l'échelle mondiale après l'éradication du poliovirus sauvage. Ce n'est qu'en 1999-2000, toutefois, qu'il s'est avéré que les PVDVc pouvaient recouvrer la capacité de causer des flambées de poliomyélite (c'est-à-dire devenir des PVDVc circulants ou PVDVc). On sait désormais que les PVDVc peuvent aussi, en de rares occasions, entraîner une infection chronique (poliovirus dérivé de la souche vaccinale associé à un déficit immunitaire) chez des individus souffrant de certains syndromes congénitaux de déficience immunitaire.

4.10 En 2012, pour la toute première fois, les pays touchés par une flambée de poliomyélite due à un PVDVc (résultant d'un virus de type 2) étaient plus nombreux que ceux touchés par une flambée due à un poliovirus sauvage, d'où l'importance de s'attaquer rapidement à ce risque (Figure 4). Heureusement, la somme importante des connaissances acquises depuis la première détection d'un PVDVc en 1999-2000

**Figure 4 : Cas de poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale, par type, 2010-2012**

a désormais abouti aux outils et stratégies nécessaires pour éliminer les PVDV parallèlement à l'éradication du poliovirus sauvage au cours de la période 2013-2018.

#### 4.2 TENIR COMPTE DE L'EXPÉRIENCE ACQUISE – ENSEIGNEMENTS TIRÉS

4.11 Depuis le lancement de l'IMEP, trois grandes dates butoirs ont été fixées : interruption de la transmission d'ici à 2000, certification de l'éradication en 2005 et, plus récemment, interruption de la transmission d'ici à la fin de 2012. En conséquence, dans le cadre de l'élaboration du présent Plan, l'IMEP a entrepris un examen critique du programme pour étudier :

- comment les enseignements tirés des réussites et des échecs passés peuvent être utiles à la stratégie future ;
- si les pays d'endémie restants sont sur la bonne voie pour parvenir à l'éradication ;
- la solidité des arguments en faveur de l'achèvement de l'éradication, en tenant compte des nouvelles ressources requises jusqu'en 2018.

4.12 Combinées, ces évaluations ont permis à l'IMEP de mieux comprendre pourquoi les anciennes dates butoirs n'ont pas été respectées, dans quelle mesure les pays d'endémie restants sont sur le point d'atteindre leurs objectifs et dans quelle mesure les efforts d'éradication mondiaux continuent à être d'une importance cruciale.

**Les objectifs fixés n'ayant pu être atteints, un examen critique du programme a été entrepris pour trois grandes dates :**

- Interruption de la transmission d'ici 2000
- Certification de l'éradication d'ici 2005
- Interruption de la transmission d'ici 2012.

### Lesson 1 : Il n'existe pas de modèle unique

4.13 L'IMEP n'a pas réussi à respecter la première date butoir de l'année 2000 pour l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage à l'échelle mondiale. Cet échec est dû en partie au lancement tardif des campagnes de vaccination par le VPO dans les régions clés, dont certaines étaient en proie à un nombre élevé de cas et à une transmission intense. Dans le même temps, on espérait que, dans chaque pays, la transmission serait interrompue dans les deux à trois ans qui suivraient le lancement des journées nationales de vaccination (JNV). Le lancement tardif, en 1999-2000, de ces campagnes dans des pays tels que la République démocratique du Congo et le Sierra Leone laisse penser que la planification qui avait conduit à la fixation de la date butoir de l'année 2000 était insuffisante, le financement inapproprié et l'objectif impossible à atteindre. Davantage consciente de l'importance critique des campagnes de vaccination par le VPO pour interrompre la transmission, l'IMEP a doublé le nombre des activités de vaccination supplémentaires (AVS) menées au cours de

#### Trois enseignements essentiels :

- Il n'existe pas de modèle unique.
- L'innovation technologique ne permet pas de combler les insuffisances dans la gestion ou dans l'engagement communautaire
- Une combinaison d'innovations peut mener au succès même dans les conditions les plus difficiles.

la période allant de 2000 à 2005. Pour ce faire, le personnel de soutien technique a été multiplié par 10 et la vaccination porte à porte a été introduite. En 2005, il restait six pays d'endémie – alors qu'ils étaient plus de 20 en 2000. Bien que le chiffre de seulement six pays d'endémie restants à l'échelle mondiale ait représenté une amélioration, l'objectif de certification de l'éradication d'ici à 2005 n'avait pas été atteint. En outre, le programme a conservé la ligne qu'il avait adoptée, en se contentant de l'intensifier, perdant ainsi des occasions d'innover vraiment, d'affiner les stratégies en fonction du contexte propre à chaque pays ou d'améliorer les systèmes de vaccination.

### Leçon 2 : L'innovation technologique ne permet de combler les lacunes ni dans la gestion des programmes ni dans l'engagement de la communauté

4.14 Au milieu des années 2000, l'IMEP a reconnu que dans certaines régions, l'interruption de la transmission du poliovirus soulevait des difficultés exceptionnelles du fait de la forte densité de population, des mauvaises conditions d'assainissement et d'un potentiel d'infection très élevé. La situation s'en trouvait compliquée, en Inde et en Égypte en particulier, du fait qu'à la différence d'autres zones touchées au même moment, où le problème principal résidait dans l'incapacité à atteindre les enfants, ces deux pays avaient des niveaux de couverture vaccinale élevés mais ne parvenaient pas à des niveaux de conversion sérologique ou d'immunité mucoale suffisants pour interrompre la transmission.

4.15 En 2005, les vaccins antipoliomyélitiques oraux monovalents (VPOm1, VPOm3), qui permettaient d'obtenir des taux de séroconversion plus élevés par dose mais ne s'attaquaient qu'à un seul sérotype de poliovirus à la fois, ont été mis au point et introduits afin de lutter contre ce problème. L'Égypte a réussi à interrompre la transmission dans les six mois qui ont suivi l'introduction du VPOm1, conduisant de nombreux observateurs à penser qu'un usage intensif du VPOm pourrait permettre de mettre fin à la transmission qui persistait dans d'autres zones. L'Inde a introduit le VPOm1 et le VPOm3 en 2005 mais a oscillé entre flambées de type 1 et flambées de type 3 au cours des cinq années suivantes. D'autres pays d'endémie, en particulier le Nigéria et le Pakistan, étaient toujours en proie à une importante transmission du poliovirus. Cela a montré que dans les pays d'endémie restants, qui étaient confrontés à des problèmes dans la gestion de base des opérations et

## L'IMEP A AINSI APPRIS QUE

- du fait de facteurs sous-jacents qui ont une incidence sur la transmission du poliovirus, tous les pays ne seront pas en mesure de répondre aux campagnes de vaccination par le VPO et d'interrompre la transmission au même rythme ;
- dans certains contextes, il est nécessaire de résoudre les problèmes et de planifier les interventions dans les moindres détails au niveau local pour atteindre les niveaux de couverture voulus ;
- il est fréquent que les données relatives aux résultats soient insuffisamment précises pour orienter la planification et les mesures correctives ;
- les solutions techniques ne peuvent pallier les lacunes ni dans la gestion de base ni dans les responsabilités, ni gommer les facteurs politiques, sociétaux ou culturels ;
- des systèmes de vaccination solides sont essentiels pour prévenir la réinfection et les flambées.

à la faiblesse de l'engagement communautaire, les solutions technologiques n'étaient à elles seules pas suffisantes. En 2010, bien que quatre pays seulement soient restés endémiques, de nombreux autres avaient subi d'importantes flambées associées à des importations du poliovirus du fait de systèmes de vaccination insuffisants.

### Leçon 3 : Une combinaison d'innovations adaptées au contexte national peut s'avérer fructueuse même dans les conditions les plus difficiles

4.16 Pour amener rapidement les niveaux d'immunité au-delà des seuils nécessaires pour interrompre la transmission du poliovirus dans les quatre pays d'endémie restants, l'IMEP devait mettre au point des tactiques et des outils plus efficaces à la fois pour vacciner les enfants qui restaient inatteignables et assurer leur séroconversion de manière plus efficace, en particulier dans les zones où la prévalence des maladies entériques était élevée du fait de conditions d'assainissement extrêmement médiocres. Il était nécessaire de déterminer plus systématiquement qui étaient ces enfants et comment ils pouvaient être atteints. En outre, l'IMEP devait examiner comment assurer un suivi plus précis du succès de ces efforts. Cela représentait un changement d'orientation important par rapport aux méthodes précédentes qui étaient axées essentiellement sur les solutions techniques et portaient une attention insuffisante aux tactiques opérationnelles ou aux questions de société.

4.17 L'IMEP s'est inspirée des innovations techniques qui avaient contribué au succès en Égypte et a mis l'accent sur les améliorations dans les opérations, le suivi et la mobilisation sociale. Il s'est agi notamment d'élaborer un ensemble de nouvelles tactiques et d'outils parmi lesquels, entre autres, des stratégies visant les populations mal desservies, la stratégie d'administration d'une dose supplémentaire dans un intervalle court (SIAD),<sup>10</sup> les enquêtes de séroprévalence et la modélisation, la méthode universelle du marquage du doigt des enfants vaccinés, les stratégies visant les migrants et les personnes en transit, le suivi indépendant et les enquêtes d'échantillonnage par lots pour l'assurance de la qualité (LQAS).<sup>11</sup>

Dans le même temps, l'IMEP s'est attachée à obtenir la mise au point et l'homologation rapide d'une nouvelle formulation bivalente du VPO (VPOb), qui permettait de maximiser l'impact de chaque contact avec un enfant en s'attaquant aux deux sérotypes restants du poliovirus sauvage grâce à un nouveau vaccin dont l'efficacité était proche de celle de chacun des vaccins monovalents.

**Forte d'un nouveau vaccin bivalent et appliquant de nouvelles stratégies pour atteindre les enfants mal desservis, l'Inde a enregistré son dernier cas de poliomyélite en janvier 2011.**

<sup>10</sup> La méthode SIAD consiste en l'administration de deux doses de VPO monovalent en l'espace d'une ou deux semaines.

<sup>11</sup> La méthode de l'échantillonnage par lots pour l'assurance de la qualité (LQAS) classe les zones d'intérêt, correspondant à des «lots», comme ayant des niveaux de couverture vaccinale acceptable ou non acceptable. Cette méthode permet de détecter les poches où la couverture est faible et, par conséquent, d'orienter les efforts de vaccination sur celles-ci.

4.18 Ces stratégies ont été d'abord et plus systématiquement appliquées en Inde. En 2010, plus de 95% des enfants indiens étaient atteints par les campagnes de vaccination par le VPO, mais l'importance de la cohorte des naissances (26 millions d'enfants par an) signifiait que le faible pourcentage d'enfants qui n'étaient pas vaccinés représentait encore une population suffisante pour maintenir la transmission. Ces enfants que l'on ne parvenait pas à atteindre faisaient essentiellement partie des populations mal desservies, en marge des systèmes de santé habituels – nomades, habitants des bidonvilles, enfants des ouvriers du bâtiment ou des briqueteries, ou autres groupes mobiles et migrants. Forte du nouveau vaccin bivalent et d'une connaissance plus approfondie de ses populations à risque et mal desservies, l'Inde a appliqué de manière intensive une série de nouvelles tactiques pour atteindre et protéger ces enfants. Le 13 janvier 2011, l'Inde a finalement enregistré son dernier cas de poliomyélite due à un virus autochtone chez une petite fille de deux ans près de Kolkata. Un objectif essentiel du Plan est de transposer ces stratégies dans les zones d'endémie restantes et d'instituer les mécanismes de responsabilité requis pour améliorer de façon substantielle la qualité des campagnes de vaccination.

**L'Inde a été en mesure d'interrompre la transmission du fait de sa capacité à appliquer un ensemble complet de stratégies et d'outils permettant d'atteindre et de protéger tous les enfants. Les innovations introduites ont porté sur :**

- la microplanification ;
- les opérations ;
- le suivi et la responsabilisation ;
- la technique (par exemple le VPOb) ;
- la mobilisation sociale ;
- les moyens de soutien supplémentaires.

#### **4.3 DE NOUVELLES DONNÉES ATTESTANT QUE LA TRANSMISSION DU PVS PEUT ÊTRE INTERROMPUE D'ICI À LA FIN DE 2014**

4.19 Les enseignements tirés de plus de 20 années de succès et d'échecs dans l'éradication de la poliomyélite ont servi à l'élaboration de nouveaux plans d'action d'urgence dans les trois pays d'endémie restants. La pleine mise en œuvre de ces plans et l'intensification des moyens nécessaires pour recenser, atteindre et vacciner les enfants à risque qui ont toujours échappé à la vaccination

**De nouvelles données encourageantes en provenance de chacun des pays d'endémie suggèrent qu'ils sont sur la bonne voie pour interrompre la transmission du poliovirus sauvage d'ici la fin de 2014.**

sont des éléments clés de la stratégie de l'IMEP visant à interrompre la transmission du poliovirus à l'échelle mondiale (décrite en détail sous l'objectif 1). De nouvelles données provenant de chacun des pays d'endémie restants permettent de penser que leurs programmes d'éradication de la poliomyélite ont enregistré des améliorations notables en permettant d'atteindre et de vacciner en 2012 des enfants qui jusque-là ne l'avaient jamais été. Bien qu'il soit impossible de garantir que l'interruption sera obtenue à une date précise et que divers

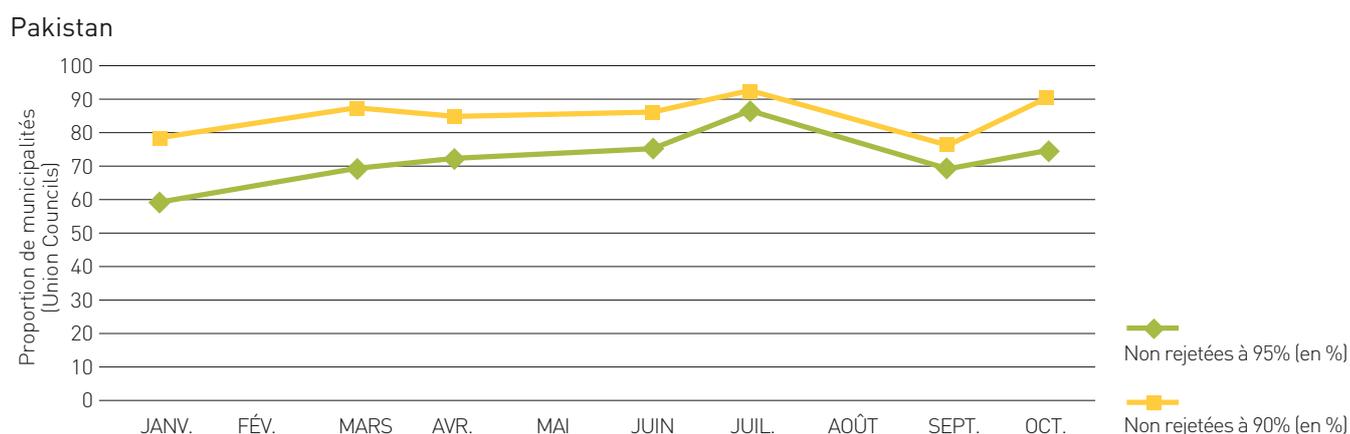
facteurs puissent encore intervenir, les pays d'endémie restants sont désormais sur la bonne voie pour interrompre la transmission d'ici à la fin de 2014.

#### **Les progrès constatés**

4.20 Le principal défi à relever pour interrompre la transmission du VPS dans les derniers réservoirs du poliovirus consiste à accroître la couverture par le VPO pour dépasser les niveaux d'immunité nécessaires pour interrompre la transmission. Accéder à certaines populations à risque – en particulier aux enfants qu'il a toujours été impossible d'atteindre – a été le principal obstacle à surmonter.

4.21 L'année 2012 a permis de constater des avancées majeures à la fois dans la qualité des AVS et dans l'accès aux enfants non vaccinés dans la plupart des zones clés réservoirs du poliovirus dans chaque pays d'endémie. Au Nigéria, la proportion de circonscriptions locales (LGA) à très haut risque dans lesquelles la couverture vaccinale a atteint le seuil cible de 80% qui, selon les estimations, permettrait d'interrompre la transmission du poliovirus dans ces zones a augmenté (Figure 5), passant de 10% en février 2012 à 70% en février 2013. Au Pakistan, la proportion de districts à très haut risque atteignant le seuil cible, estimée à 95% dans cette région, a également progressé pour passer de 59% en janvier 2012 à un sommet de 74% en octobre ; l'aggravation des conditions de sécurité à la fin de 2012 n'a pas permis de recueillir des données de suivi similaires, et ce jusqu'en janvier 2013. Dans les 11 districts ayant les résultats les plus faibles dans le sud de l'Afghanistan où le risque de transmission persistante des poliovirus est le plus élevé, le nombre des enfants n'ayant pu être atteints au cours des campagnes de vaccination par le VPO a fortement diminué : alors qu'ils étaient plus de 60 000 à la mi-2012, ils n'étaient plus que 15 000 en décembre de la même année (Figure 6).

**Figure 5 : Amélioration de la qualité des AVS dans certains districts du Pakistan<sup>a</sup> et dans les circonscriptions locales (LGA) du Nigéria,<sup>b</sup> 2012<sup>c</sup>**

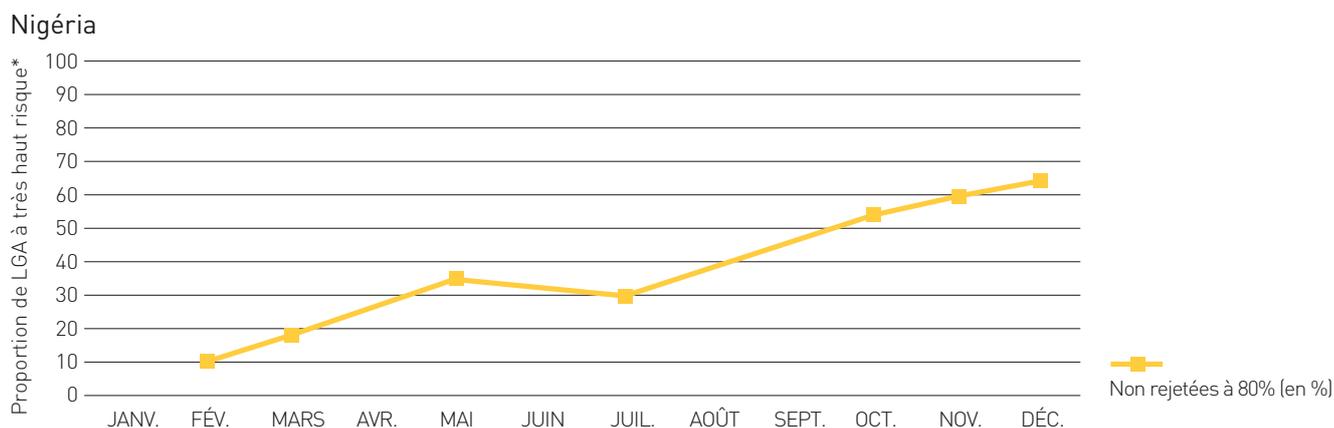


<sup>a</sup> Données basées sur l'ancienne méthode de l'échantillonnage par lots pour l'assurance de la qualité (LQAS) qui a été actualisée conformément aux nouvelles lignes directrices mondiales.

<sup>b</sup> Décembre 2012. Le Nigéria utilise la méthode LQAS la plus récente.

<sup>c</sup> Tendances reposant sur les données générées par la méthode LQAS.

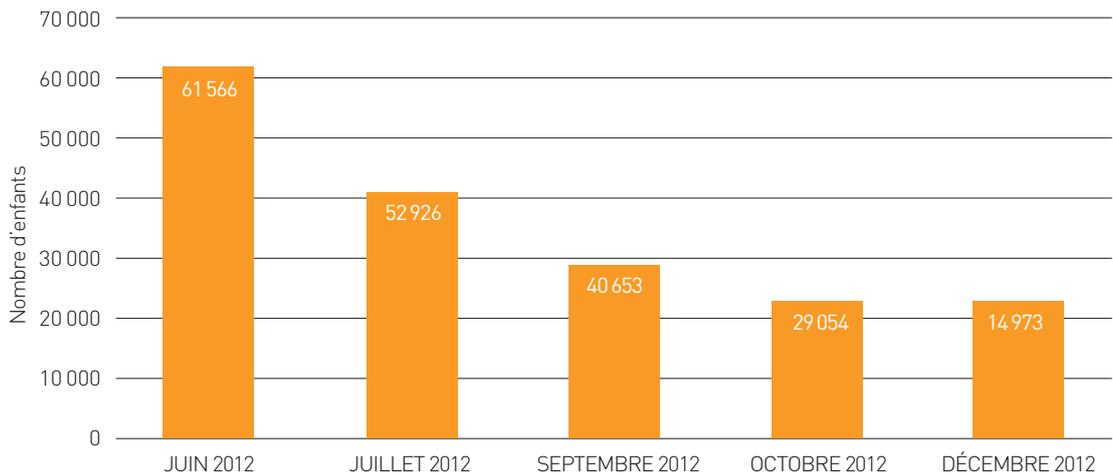
N.B. : Novembre et décembre 2012 : les données ne sont pas représentées, la méthode LQAS n'ayant pu être appliquée à Karachi et dans la province du Khyber Pakhtunkhwa du fait des conditions d'insécurité.



\* LGA : circonscriptions locales

Source : OMS.

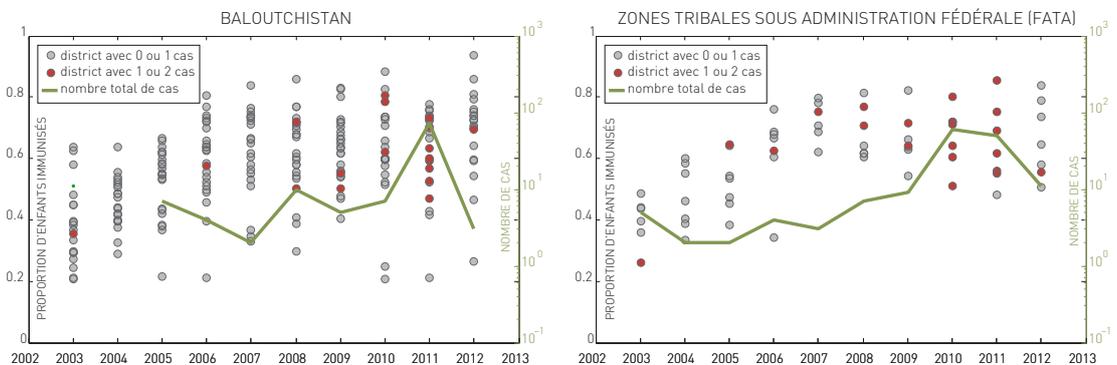
**Figure 6 : Réduction du nombre des enfants non vaccinés dans 11 districts où les résultats étaient médiocres dans la région sud de l'Afghanistan, <sup>a</sup> juin 2012-décembre 2012**



<sup>a</sup> Données du Gouvernement afghan. Les enquêtes n'ont pas été menées à bien chaque mois.

4.22 Du fait de l'amélioration de la qualité des AVS, l'immunité de la population progresse. Les enseignements tirés de l'expérience et la tendance qui se dégage des données statistiques laissent penser que le seuil d'interruption de la transmission du poliovirus correspond à une immunité de 80% au Nigéria et en Afghanistan et de 90% au Pakistan. Sur la base d'une analyse du nombre des doses de VPO que les enfants ont reçues dans chaque pays avant la fin de 2012, on est en droit de penser que la proportion d'enfants protégés n'est pas très éloignée de ces repères (Figures 7 et 8).

**Figure 7 : Changements dans l'immunité pour le type 1 au cours du temps pour deux zones clés du Pakistan, <sup>a</sup> 2002-2013**

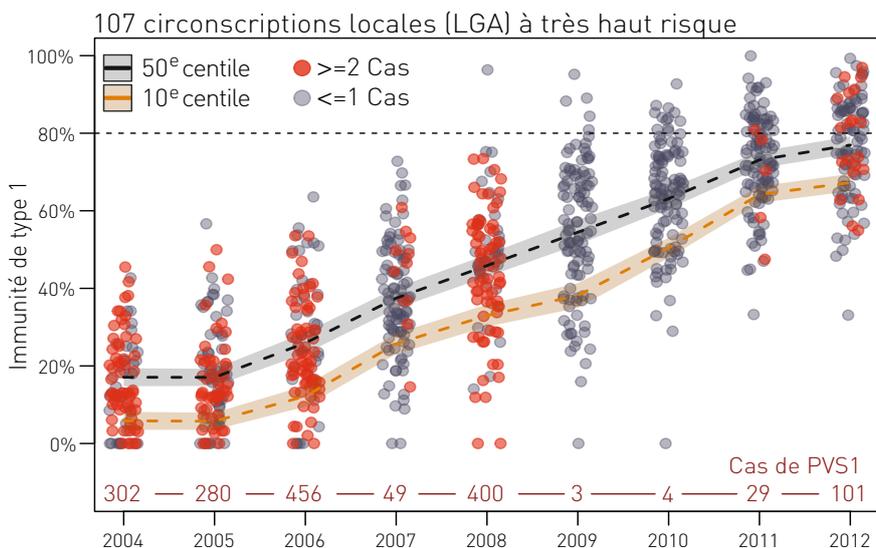


<sup>a</sup> Données du Gouvernement pakistanais.

N.B. : Dans la colonne correspondant à chaque année, un point apparaît pour chaque district de l'État : rouge pour 2 cas et plus, et gris pour 0 ou 1 cas au cours de l'année donnée. La hauteur de chaque point indique l'immunité estimée en fonction de la paralysie flasque aiguë non poliomyélitique (axe des y à gauche). L'incidence annuelle totale du nombre de cas de PVS1 dans l'État est indiquée par la ligne verte (axe des y à droite). Les ruptures de la ligne verte correspondent aux années où il n'y a eu aucun cas.

Source : Global Good analysis, 2013.

**Figure 8 : Changements dans l'immunité pour le type 1 au cours du temps dans les circonscriptions locales à très haut risque du nord du Nigéria,<sup>a</sup> 2004-2012**

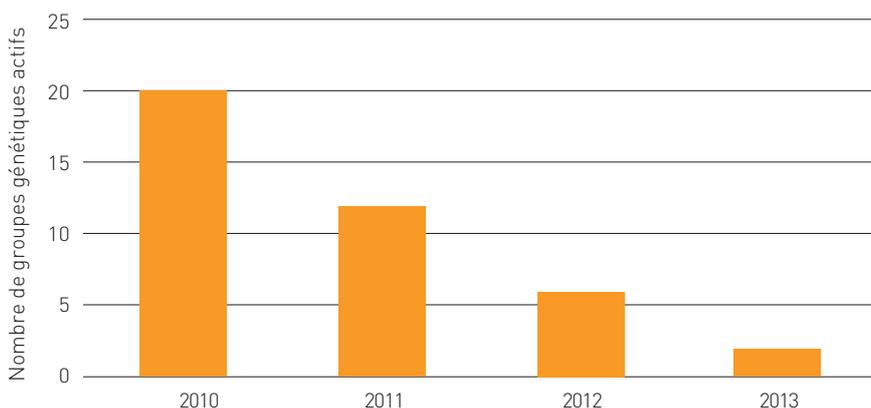


<sup>a</sup> Analyse des données du Nigéria et rapport de modélisation, mars 2013, Équipe polio EMOD, Global Good fund  
Source : analyse de Global Good, 2013.

4.23 Facteur important, ces améliorations dans les résultats des campagnes de VPO et dans l'immunité de la population se traduisent par une diminution notable de la diversité génétique des poliovirus et de leur étendue géographique, en particulier en Afghanistan et au Pakistan. En 2012, le nombre de groupes génétiques de PVS dans ces pays a diminué considérablement (Figure 9) et, de plus en plus, la transmission a été concentrée dans des zones géographiques limitées, appelées réservoirs.

**Figure 9 : Diminution des groupes génétiques de poliovirus sauvage au Pakistan et en Afghanistan, 2010-2013**

Groupes génétiques de poliovirus sauvage détectés moyennant la PFA\* et la surveillance environnementale



\*PFA : Paralyse flasque aiguë.

Source: OMS.

#### 4.4 LES ARGUMENTS EN FAVEUR DE L'ACHÈVEMENT DE L'ÉRADICATION DE LA POLIOMYÉLITE

4.24 Les avantages de l'éradication continuent à l'emporter largement sur les coûts même si, dans un ou plusieurs pays, l'interruption de la transmission des poliovirus restants demande un délai supplémentaire.

**Selon les prévisions, si l'on ne parvenait pas à achever l'éradication, cela se traduirait par au moins 200 000 cas par an dans les pays à faible revenu et d'énormes pressions sur les systèmes de santé.**

**Parvenir à l'éradication entraînera des bénéfices nets d'au moins US \$40-50 milliards, essentiellement dans les pays à faible revenu et dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure.**

#### Avantages directs de l'éradication et risques liés à la réintroduction de la poliomyélite

4.25 Les conséquences pour la santé publique d'un échec de l'éradication de la poliomyélite seraient dévastatrices. Les travaux de recherche indiquent que, dans un monde où l'on se contenterait de lutter contre la poliomyélite (sans viser son éradication) – et où le niveau élevé de l'immunité de la population s'amenuiserait au fur et à mesure que les activités de vaccination supplémentaires seraient interrompues – compte tenu des niveaux de vaccination actuels, les cas de poliomyélite augmenteraient rapidement pour atteindre au moins 200 000 cas par an dans les pays à faible revenu, soit une situation comparable à celle qui prévalait en 1998.<sup>12</sup> Non seulement la santé publique et les individus paieraient le prix fort, mais il en résulterait une pression énorme sur les systèmes de santé nationaux, contraints de gérer des flambées et des épidémies de poliomyélite sur une grande échelle.

4.26 D'un point de vue économique, parvenir à éradiquer la maladie continue à offrir des avantages substantiels. Une analyse menée en 2010 sur l'impact à long terme de l'IMEP estime que parvenir à l'éradication entraînera des bénéfices nets d'au moins US \$40 à 50 milliards, essentiellement dans les pays à faible revenu et dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, sur la période allant de 1988 à 2035.<sup>13</sup> Cette étude constate également que les efforts consentis dans le cadre de l'IMEP profitent beaucoup plus largement aux pays à faible revenu, plus de 85% des avantages nets étant obtenus par ceux-ci. Ces constatations restent les mêmes si l'on tient compte de l'augmentation des coûts des programmes et si les hypothèses concernant l'efficacité de ceux-ci varient. D'autres études portant sur les avantages de l'éradication ont, de la même façon, constaté que les avantages pour la santé et les avantages nets l'emportaient largement sur les coûts financiers des efforts d'éradication de la poliomyélite.<sup>14</sup>

<sup>12</sup> Thompson K, Duintjer Tebbens RJ. Eradication versus control for poliomyelitis: an economic analysis. *The Lancet*, 2007, 369 (9570): 1363-1371.

<sup>13</sup> Duintjer Tebbens RJ, Pallansch MA, Cochi SL et al. Economic analysis of the Global Polio Eradication Initiative. *Vaccine*, 2010, 29 (2): 334-343.

<sup>14</sup> Thompson K, Duintjer Tebbens RJ. Eradication versus control for poliomyelitis: an economic analysis. *The Lancet*, 2007, 369 (9570): 1363-1371; Musgrove, P. Is polio eradication in the Americas economically justified? *Bulletin of the Pan American Health Organization*, 1988, 22 (1): 1-16; Bart KJ, Foulds J, Patriarca P. Global eradication of poliomyelitis: benefit-cost analysis. *Bulletin of the World Health Organization*, 1996, 74 (1): 35-45; Kahn MM, Ehreth J. Costs and benefits of polio eradication: a long-run global perspective. *Vaccine*, 2003, 21 (7-8): 702-705; Aylward B, Acharya A et al. Global public goods for health. In: Smith RD, Beaglehole R, Woodward D, Drager N, eds. *Global public goods for health: Health economic and public health perspective*. Oxford, Oxford University Press, 2003:33-54.

### Avantages indirects et intangibles des efforts d'éradication

4.27 L'impact de l'IMEP va au-delà de la poliomyélite, bénéficiant à d'autres priorités sanitaires nationales et mondiales. Le soutien aux campagnes de vaccination contre la rougeole, la distribution de suppléments de vitamine A et l'amélioration de la surveillance mondiale et des capacités de riposte face aux maladies à tendance épidémique ne sont que trois exemples de domaines qui ont tiré parti à la fois du personnel et de l'infrastructure mis en place pour l'éradication de la poliomyélite et qui ont permis d'obtenir des avantages notables pour la santé publique. Selon des estimations prudentes, la coordination entre l'IMEP et d'autres initiatives pour la santé peut être évaluée entre US \$17 milliards et \$90 milliards en termes d'avantages associés à la distribution de suppléments de vitamine A<sup>15</sup> et elle représente, selon les estimations, entre 1,1 (estimation prudente) et 5,4 (estimation maximale) millions de décès infanto-juvéniles évités à la fin de 2010.<sup>16</sup> Si l'on se tourne vers l'avenir, un plan de transmission des acquis bien organisé et soutenu financièrement, s'inspirant des aspects pertinents des enseignements tirés dans le cadre des réseaux et de l'infrastructure mis en place pour la poliomyélite, permettrait des gains dans d'autres domaines de santé prioritaires. L'infrastructure de l'IMEP peut offrir une assise solide pour lutter contre d'autres maladies évitables par la vaccination et soutenir les systèmes de santé nationaux. Exploiter ce potentiel est un élément essentiel du Plan.

4.28 On ne peut oublier l'impact «intangible» à la fois important et immesurable du Programme mondial d'éradication. La taille et la portée du Programme ont nécessité une collaboration et une coopération entre les pays et les institutions, et entre les secteurs public et privé. De nouvelles relations, de nouveaux circuits et processus de communication ont été mis au point qui peuvent profiter plus largement à la santé mondiale. Les populations vulnérables, y compris celles des zones où les conditions de sécurité sont les plus difficiles, pu bénéficier d'une couverture inédite. Parvenir à l'éradication peut donner un nouvel élan pour atteindre d'autres objectifs de réduction de la mortalité et de la morbidité tout aussi ambitieux (par exemple l'élimination de la rougeole) et démontrer qu'une action coordonnée et ciblée peut avoir un impact extraordinaire.

4.29 L'IMEP a mis au point ce Plan complet pour prendre en charge tous les aspects de l'éradication de la poliomyélite, exploiter l'occasion unique de mettre fin à tous les cas de poliomyélite une fois pour toutes, et aller au bout de l'Initiative. Le Plan s'inspire des nouvelles approches adoptées et des progrès obtenus dans l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage et il utilise les nouveaux outils et stratégies mis au point pour gérer les risques de poliovirus dérivés de souches vaccinales. Ce Plan offre la meilleure occasion d'achever l'éradication de la poliomyélite et de tirer parti des investissements énormes qui, jusqu'à présent, ont été engagés dans cette Initiative aux niveaux national et international.

### L'impact de l'IMEP va au-delà de la poliomyélite, bénéficiant à d'autres priorités sanitaires :

- campagnes de vaccination contre la rougeole ;
- distribution de suppléments de vitamine A ;
- amélioration de la surveillance et des capacités de riposte.

**Parvenir à l'éradication peut donner un nouvel élan pour atteindre d'autres objectifs de réduction de la mortalité et de la morbidité tout aussi ambitieux et démontrer qu'une action coordonnée et ciblée peut avoir un impact extraordinaire.**

<sup>15</sup> Duintjer Tebbens RJ, Pallansch MA, Cochi SL et al. *Economic analysis of the Global Polio Eradication Initiative*. *Vaccine*, 2010, 29 (2):334-343.

<sup>16</sup> *Ibid.*