

Objectif 1 : Détection du poliovirus et interruption de sa transmission

DÉTECTION DU POLIOVIRUS ET INTERRUPTION DE SA TRANSMISSION		
Principaux objectifs	Indicateurs de réalisation	Principales activités
Achever l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage à l'échelle mondiale et déceler et interrompre plus rapidement toute nouvelle flambée due à des poliovirus dérivés de souches vaccinales	Arrêt de toute transmission du poliovirus sauvage d'ici à la fin de 2014	1. Renforcer la surveillance mondiale 2. Maintenir un calendrier adapté d'AVS
	Interruption de toute nouvelle flambée de PVDVc dans les 120 jours	3. Améliorer la qualité des campagnes de VPO 4. Améliorer la sûreté des opérations de VPO 5. Prévenir et combattre les flambées de poliomyélite
Contrôlé par le Comité de suivi indépendant (IMB)		

5.1 INTRODUCTION

5.1 Le *Plan stratégique 2010-2012 de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite* a enregistré un certain nombre d'avancées. La priorité absolue accordée à l'interruption de la transmission a été couronnée de succès en Inde – qui était largement considérée comme le pays où les conditions de l'interruption de la transmission du poliovirus étaient techniquement les plus difficiles au monde. Le Plan 2010-2012 s'est également traduit par le plus petit nombre de flambées causées par des importations dans des zones exemptes de poliomyélite et par l'interruption de la transmission dans deux des pays où celle-ci avait été rétablie (l'Angola et la République démocratique du Congo).

5.2 Le lancement du *Plan d'action mondial d'urgence contre la poliomyélite* en mai 2012 a donné un caractère d'urgence au programme afin que soient surmontés les obstacles dans les trois pays d'endémie restants et que les zones exemptes de la maladie soient vigoureusement protégées. À la fin de 2012, l'IMEP a signalé le plus petit nombre de cas jamais obtenu au niveau mondial, dans un nombre de pays plus restreint que jamais. Les principales avancées ont consisté à surmonter les obstacles chroniques à l'interruption de la transmission dans les pays d'endémie restants. Toutefois, dans certaines des zones réservoirs clés, l'apparition de nouveaux risques compromettait ces avancées, en particulier les attaques qui ont causé la mort d'agents de la lutte antipoliomyélique au Pakistan et au Nigéria, exigeant de nouvelles méthodes veillant à garantir la sécurité des agents luttant contre la maladie tout en remédiant aux problèmes sous-jacents à l'origine de ces attaques.

L'interruption de la transmission des PVS requiert une détection rapide de toutes les transmissions de poliovirus (PVS et PVDV) où que ce soit dans le monde, en surmontant les obstacles à la vaccination de tous les enfants par le VPO dans les trois pays d'endémie restants, et en protégeant les zones exposées aux flambées et à la réimportation.

5.2 L'OBJECTIF

5.3 Avec l'objectif 1, l'IMEP vise à tirer parti des avancées obtenues, à mettre un terme à l'interruption de la transmission du PVS à l'échelle mondiale et à détecter et interrompre plus rapidement toute nouvelle flambée due au PVDV. Les principaux jalons sur la voie qui mène à cet objectif sont l'interruption de la transmission du PVS1 d'ici à la fin de 2014 et l'interruption de toute nouvelle flambée due au PVDVc dans les 120 jours qui suivent la confirmation du cas indicateur.

5.3 QUE FAUT-IL POUR INTERROMPRE LA TRANSMISSION ?

5.4 L'interruption de la transmission des PVS requiert une détection rapide de toute transmission du poliovirus (PVS et PVDV) où que ce soit dans le monde, en surmontant les obstacles à la vaccination de tous les enfants par le VPO dans les trois pays d'endémie restants, et en protégeant les zones exposées aux flambées et à la réimportation en maintenant des niveaux d'immunité au-dessus des seuils nécessaires pour interrompre la transmission et en réagissant rapidement face à toute nouvelle flambée.

5.4 QUELLES SERONT LES ACTIVITÉS ENTREPRISES ?

Principales activités

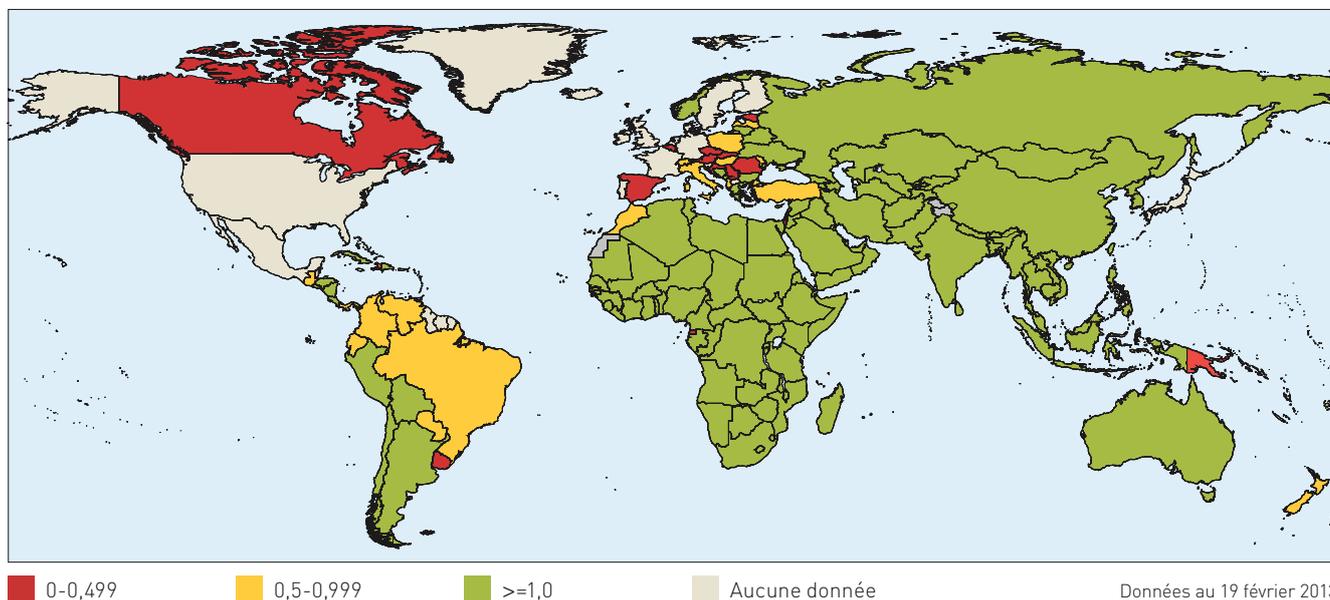
1. Renforcer la surveillance mondiale pour détecter la circulation des virus
2. Maintenir un calendrier approprié de vaccination supplémentaire par le VPO
3. Améliorer la qualité des campagnes de vaccination par le VPO pour interrompre la transmission endémique
4. Améliorer la sécurité des opérations de vaccination par le VPO dans les zones où prévaut l'insécurité
5. Prévenir les flambées de poliomyélite et réagir face à celles-ci.

Activité 1 : Renforcer la surveillance mondiale pour détecter la circulation des virus

5.5 La surveillance mondiale des poliovirus est fondamentale pour éradiquer la maladie au niveau mondial et maintenir cette situation. Une surveillance sensible est cruciale pour le programme afin que tous les poliovirus circulants soient rapidement détectés et que l'on soit en mesure d'orienter les activités d'éradication. La surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA) (Figure 10) restera le premier mécanisme pour la détection du poliovirus, l'accent étant mis sur les pays d'endémie et les pays à haut risque. En outre, la surveillance environnementale sera intensifiée afin de compléter la surveillance de la PFA pour détecter la présence de poliovirus dans les zones et les populations infectées. Cela permettra d'identifier plus

Une surveillance sensible est cruciale pour le programme afin que tous les poliovirus circulants soient rapidement détectés et pour que l'on soit en mesure d'orienter les activités d'éradication.

Figure 10: Performance de la surveillance de la paralysie flasque aiguë au niveau mondial, 2012



rapidement les flambées dans les zones à haut risque, de fournir des informations additionnelles afin de valider l'interruption de la transmission et de contribuer à l'obtention d'informations sur l'élimination des souches associées au vaccin après l'arrêt de la vaccination par le VPO.

Surveillance de la paralysie flasque aiguë

5.6 Pour les trois Régions qui ne sont pas certifiées exemptes de la poliomyélite à la fin de 2012, la priorité sera de remédier aux lacunes restantes dans la surveillance de la PFA. Compte tenu de l'épidémiologie mondiale de la poliomyélite à la mi-2012, les zones qui retiendront d'abord l'attention seront le nord du Nigéria, les zones tribales sous administration fédérale/le Khyber Pakhtunkhwa (FATA/KP) au Pakistan, le sud de l'Afghanistan et, éventuellement, les zones frontalières des pays voisins, qui sont régulièrement réinfectées du fait des mouvements de population et d'une couverture par la vaccination systématique insuffisante (notamment les pays limitrophes du lac Tchad et les pays d'Afrique de l'Ouest frontaliers du Nigéria). Une surveillance particulièrement intensive de la PFA sera nécessaire dans ces zones, et sans doute des activités de surveillance supplémentaires pour détecter toute transmission résiduelle et réagir face à celle-ci.

5.7 Dans ces zones, une attention particulière sera accordée à la mise en place d'une surveillance active de la PFA (au moins mensuelle), reposant sur des informations solides, sur tous les principaux sites de notification. Étant donné que la participation des hôpitaux est essentielle pour une surveillance sensible, l'examen des procédures de surveillance de la PFA dans les principaux hôpitaux des zones à risque se poursuit et s'accompagne d'un programme de séances régulières de recyclage pour le personnel de ces établissements. Dans les zones où les résultats sont insuffisants, l'accent sera mis sur la formation du personnel, l'instauration de structures de gestion et de responsabilité appropriées, et l'analyse approfondie des données de surveillance. En outre, l'IMEP s'efforce de mieux structurer les systèmes et d'améliorer les réseaux de surveillance moyennant le suivi des agents de santé qui ont été consultés par les cas de PFA et la mise à jour des réseaux de notification, le cas échéant.

5.8 Des efforts spéciaux seront également déployés pour contrôler avec quelle rapidité les cas de PFA sont signalés dans les populations marginalisées et les populations à risque. Par exemple, au Pakistan, les dispensateurs de soins dans les groupes pachtones, migrants et nomades, seront spécifiquement recensés et intégrés aux réseaux de notification et aux réseaux d'informateurs. On s'attachera également à élargir les réseaux d'informateurs communautaires afin de compléter les circuits plus officiels et, éventuellement, à mettre en place un système de récompense pour les cas confirmés de PFA due à la poliomyélite. En dernier lieu, lorsque des virus orphelins seront détectés, une enquête sera menée et les procédures de surveillance seront revues, le cas échéant.

5.9 Dans les zones où le risque d'une transmission ayant échappé à la surveillance est particulièrement élevé, outre les efforts ci-dessus, on mènera des recherches des cas de PFA de manière ciblée dans les communautés, de manière active tous les six mois et au cours des campagnes de vaccination, afin de compléter les activités de surveillance de la PFA existantes. Les plans régionaux et

Pour les trois Régions qui ne sont pas certifiées exemptes de la poliomyélite à la fin de 2012, la priorité sera de remédier aux lacunes restantes dans la surveillance de la PFA. Compte tenu de l'épidémiologie mondiale de la poliomyélite à la mi-2012, les zones qui retiendront d'abord l'attention seront le nord du Nigéria, les zones tribales sous administration fédérale/le Khyber Pakhtunkhwa (FATA/KP) au Pakistan, le sud de l'Afghanistan et, éventuellement, les zones frontalières des pays voisins, qui sont régulièrement réinfectées.

Pour les trois Régions qui sont certifiées exemptes de poliomyélite – les Amériques, l'Europe et le Pacifique occidental –, la priorité consistera à maintenir la surveillance de la PFA au niveau requis pour la certification.

nationaux prévoient des activités et des budgets spécifiques, en fonction des évaluations trimestrielles des risques au niveau régional.

Pour les trois Régions qui sont certifiées exemptes de poliomyélite – les Amériques, l'Europe et le Pacifique occidental –, la priorité consistera à maintenir la surveillance de la PFA au niveau requis pour la certification.

5.10 Dans les pays exempts de poliomyélite, des analyses régulières des risques (trimestrielles pour les Régions qui ne sont pas encore certifiées exemptes de la poliomyélite, et semestrielles pour les trois Régions certifiées) permettront d'identifier les zones où la surveillance est insuffisante, qui feront l'objet de mesures correctives ciblées. Pour les trois Régions qui sont certifiées exemptes de la poliomyélite – les Amériques, l'Europe et le Pacifique occidental –, la priorité consistera à maintenir la surveillance de la PFA au niveau requis pour la certification.¹⁷ Dans les pays d'endémie et les

pays à risque, une norme encore plus élevée continuera à être appliquée. Le même principe vaudra pour les pays qui ont été exempts de poliomyélite pendant plusieurs années dans des Régions qui n'ont pas encore été certifiées. Ce résultat pourra être obtenu en mobilisant les autorités politiques au niveau le plus élevé, pour qu'elles s'engagent en faveur des objectifs de l'éradication de la poliomyélite, en allouant des ressources supplémentaires, le cas échéant – y compris des capacités de laboratoire – et en améliorant le soutien du bureau régional de l'OMS aux pays afin de donner un nouvel élan à la surveillance de la PFA. La supervision de la qualité de la surveillance sera renforcée par les commissions régionales de certification.

La surveillance environnementale sera élargie d'un point de vue géographique pour permettre de recenser toute transmission résiduelle dans les zones endémiques, pour fournir une indication précoce des nouvelles importations dans les zones qui sont réinfectées de manière répétée, et des données probantes concernant l'élimination des virus Sabin à la suite du passage du VPOt au VPOb puis à l'arrêt de l'utilisation du VPOb.

Surveillance environnementale

5.11 L'échantillonnage systématique des eaux usées pour la recherche du poliovirus a lieu actuellement dans des douzaines de sites de quatre pays dans le cadre de l'IMEP. Cette surveillance environnementale sera élargie d'un point de vue géographique pour contribuer à recenser toute éventuelle transmission résiduelle dans les zones endémiques, pour fournir une indication précoce des nouvelles importations dans les zones qui sont réinfectées de manière répétée, et des données probantes concernant l'élimination des virus Sabin suite au passage du VPOt au VPOb puis à l'arrêt de l'utilisation du VPOb. Il est prévu de mener à bien cette surveillance dans les sites en Afghanistan, au Nigéria, dans les zones à haut risque et le long des voies d'importation des poliovirus, ainsi que dans certaines zones où l'arrêt de la vaccination par le VPO

doit être particulièrement suivi du fait de l'apparition par le passé de PVDVc, ou de la présence d'un établissement national de production de VPO. En conséquence, au moins 15 à 20 sites d'échantillonnage supplémentaires seront ajoutés à la liste actuelle d'ici à la fin de 2015.

Surveillance spéciale

5.12 La surveillance de la PFA et la surveillance environnementale seront complétées là où cela s'avérera nécessaire par des études spéciales selon quatre approches spécifiques. En premier lieu, on fera un usage élargi des études sérologiques, au moins sur une base annuelle, afin d'évaluer plus

¹⁷ Par niveau requis pour la certification, on entend l'obtention d'un taux de PFA non poliomyélique équivalent à au moins un cas de PFA non poliomyélique pour 100 000 habitants âgés de moins de 15 ans et des échantillons de selles adéquats recueillis dans au moins 80% des cas. Les échantillons sont définis comme «adéquats» si deux échantillons sont recueillis dans les 14 jours qui suivent le début de la paralysie, à au moins 24 heures d'intervalle, et arrivent au laboratoire dans de bonnes conditions. Tous les échantillons doivent être analysés dans un laboratoire accrédité par l'OMS.



UNICEF/Arif Ali

Pour donner aux enfants les moyens de combattre avec succès le poliovirus, il faut maintenir une immunité élevée dans la population au moyen de systèmes de vaccination solides, d'activités systématiques et d'un calendrier de campagnes.

rapidement et de valider les niveaux d'immunité de la population, stratifiée par groupe d'âge, dans toutes les zones où la transmission du poliovirus est persistante. En second lieu, des études à grande échelle portant sur les selles et un échantillonnage élargi, en particulier à partir de tous les cas de PFA pour lesquels les échantillons étaient inappropriés, seront utilisées pour écarter plus rapidement la possibilité d'une poursuite de la transmission du poliovirus dans les zones récemment réinfectées et/ou les zones endémiques qui ne font plus état de cas de poliomyélite. En troisième lieu, des études spéciales seront réalisées à plus grande échelle auprès des patients atteints de syndromes primaires d'immunodéficience afin de détecter plus systématiquement les poliovirus dérivés de souche vaccinale associés à une déficience immunitaire (PVDVi) à la fois dans les pays industrialisés et dans les pays à revenu intermédiaire. En dernier lieu, des études de surveillance environnementales spéciales seront menées pour les entérovirus de l'espèce C dans les zones où l'émergence de PVDVc est récurrente et/ou il existe des facteurs de risque d'émergence de ces poliovirus.

Activité 2 : Maintenir un calendrier approprié d'activités de vaccination supplémentaires par le VPO

5.13 Les AVS sont, conjointement à la surveillance de la PFA et à la vaccination systématique, un élément essentiel de la stratégie globale pour l'éradication de la poliomyélite. Les AVS sont essentielles à la fois pour renforcer simultanément l'immunité humorale et intestinale des populations infectées afin d'interrompre la transmission du poliovirus et pour maintenir l'immunité de la population au-dessus du seuil de réinfection dans les zones exemptes de poliomyélite où le risque est élevé. Les AVS peuvent également réduire le risque d'émergence et de propagation de PVDVc dans les zones à risque. Les AVS planifiées qui sont menées à l'échelle nationale ou à l'échelle locale sont généralement appelées journées nationales ou locales de vaccination (JNV ou JLV). Les campagnes de ratissage porte à porte, les campagnes de riposte face aux flambées et les activités consistant à administrer une dose supplémentaire dans un intervalle court (SIAD) sont toutes différents types d'AVS.

Les AVS sont essentielles à la fois pour stimuler simultanément l'immunité humorale et intestinale des populations infectées afin d'interrompre la transmission du poliovirus et pour maintenir l'immunité dans la population au-dessus du seuil de réinfection dans les zones à haut risque exemptes de poliomyélite.

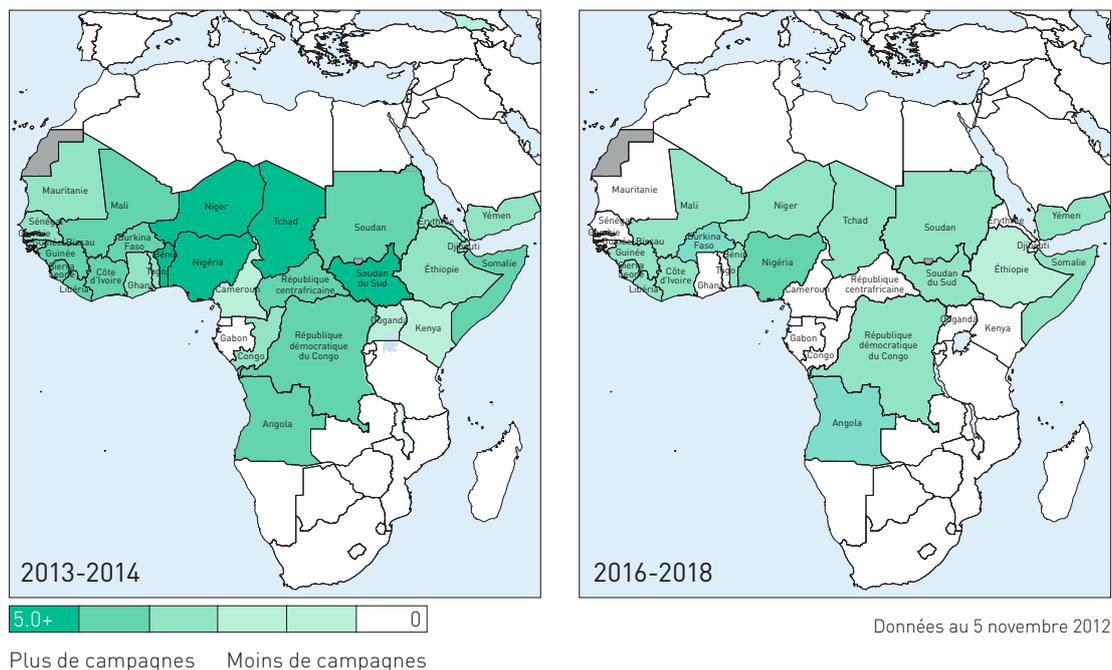
En 2013-2014, pour les zones d'endémie de la poliomyélite de l'Afghanistan, du Nigéria et du Pakistan, il faudra des calendriers très intensifs de JNV et de JLV afin de renforcer rapidement l'immunité nécessaire pour interrompre la transmission.

5.14 Les JNV et les JLV sont planifiées en combinant l'évaluation des risques et l'épidémiologie. La nécessité de ces AVS dans différentes zones variera en fonction du risque et des objectifs du programme. En 2013-2014, les zones d'endémie de la poliomyélite d'Afghanistan, du Nigéria et du Pakistan sont celles qui nécessiteront les calendriers les plus intensifs de JNV et de JLV afin d'obtenir rapidement l'immunité requise pour interrompre la transmission. Dans les zones où le risque d'importation répétée en provenance des zones d'endémie est le plus élevé, en particulier en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale, l'objectif de la poursuite des JNV/JLV au cours de cette période est d'atténuer la possibilité d'une flambée à la suite d'une réintroduction du PVS. Pour finir, dans les zones où il y a eu transmission de PVDVc par le passé, telles que la Somalie, des AVS seront menées afin de réduire les conditions qui favorisent l'émergence et la propagation des PVDV. Le Tableau 4 et la Figure 11 montrent quelles sont les AVS planifiées pour ces régions. Les plans spécifiques concernant les AVS pour l'ensemble de la période 2013-2018 sont disponibles dans le document concernant les ressources financières nécessaires pour 2013-2018.

Tableau 4 : Cadre de planification pour les programmes de campagne par le VPO

Pays/Statut/Risques	Pays/Zones (exemples)	Campagnes annuelles d'AVS, 2013-2018
Pays d'endémie pour la poliomyélite	Nord du Nigéria, Pakistan, sud de l'Afghanistan	6-8
Importations répétées de poliomyélite	Afrique de l'Ouest, Tchad, Soudan, Soudan du Sud	2-4
Émergence répétée de PVDVc	Nord de l'Inde, Somalie, Éthiopie, est de la République démocratique du Congo	2-4

Figure 11 : Plans de campagne par le VPO en Afrique, 2013-2018, à titre indicatif



Données au 5 novembre 2012

Activité 3 : Améliorer la qualité des campagnes de vaccination par le VPO pour interrompre la transmission endémique

5.15 Pour que la transmission de la poliomyélite soit interrompue, il faut que l'immunité de la population atteigne un niveau tel que le poliovirus est incapable de trouver un nombre suffisant d'individus sensibles pour maintenir la transmission. Cet objectif a été atteint dans tous les pays du monde à l'exception des trois pays d'endémie restants. Même dans ces pays, le virus ne persiste que dans des populations qui sont à la marge de la société, dans des zones où les services de santé font largement défaut et où la supervision et la gestion des opérations sont insuffisantes. La couverture par la vaccination systématique dans ces zones est médiocre et les campagnes répétées d'AVS n'ont pas permis de vacciner suffisamment d'enfants par le VPO, autant de fois que nécessaire. Pour parvenir à interrompre la transmission du poliovirus dans ces zones, les AVS et la gestion et la qualité de la vaccination seront améliorées.

Amélioration de la gestion et de la qualité des AVS

5.16 Pour surmonter les obstacles dans les dernières poches de transmission du poliovirus, il faut que les gouvernements nationaux, les chefs locaux et leurs partenaires de l'IMEP pèsent de tout le poids de leur longue expérience et de leur autorité dans ces zones. Pour réussir, il est indispensable de combiner les enseignements tirés des succès obtenus dans d'autres régions difficiles à un engagement en faveur de solutions novatrices pour résoudre les problèmes locaux. Les sept principaux domaines mis en exergue dans la section ci-après doivent retenir tout particulièrement l'attention. Pour chacun des pays d'endémie restants, des informations plus détaillées sur l'application de ces approches sont disponibles à l'annexe A.

Microplanification

5.17 Le microplan local est le projet qui cartographie tous les éléments nécessaires – les habitations, les équipes de vaccination et leurs tâches quotidiennes, les principales personnes d'influence, les agents de mobilisation sociale, les dates et la logistique – pour veiller à ce que les vaccinateurs atteignent tous les enfants et les vaccinent au moyen du VPO. La mauvaise qualité des microplans, souvent incomplets, dans les zones où la poliomyélite persiste, est l'une des raisons premières de la mauvaise qualité des campagnes et des lacunes dans la responsabilisation. Malgré des années de campagnes et de conseils, les microplans sont encore grossièrement inappropriés dans certaines zones de chacun des pays d'endémie restants. Toutefois, des efforts d'envergure sont actuellement déployés pour remédier à ce problème fondamental.

5.18 Au Nigéria, le programme a introduit des microplans basés sur les habitations pour la première fois en 2012, s'inspirant largement du succès obtenu dans les régions de l'Inde qui avaient réussi à surmonter des problèmes similaires de zones et de populations inatteignables. La mise au point de microplans basés sur les habitations requiert un déplacement physique des autorités et des superviseurs locaux dans toutes les zones afin de déterminer les zones de travail quotidiennes des vaccinateurs en fonction des habitations recensées. Ces microplans sont étroitement liés aux feuilles de décompte des vaccinateurs ; ils donnent un aperçu du travail des équipes par foyer et permettent les vérifications croisées. Il s'agit d'un changement notable par rapport aux microplans précédents qui

Les principaux domaines d'attention pour l'amélioration de la qualité des AVS sont au nombre de sept :

- Microplanification
- Sélection et soutien des agents de vaccination
- Mobilisation communautaire
- Suivi efficace
- Soutien renforcé
- Innovations techniques
- Stratégies opérationnelles

La mauvaise qualité des microplans, souvent incomplets, dans les zones où la poliomyélite persiste, est l'une des raisons premières de la mauvaise qualité des campagnes et des lacunes dans la responsabilisation. Des efforts d'envergure sont faits actuellement pour remédier à ce problème fondamental.

se contentaient de désigner une zone, d'établir une estimation du nombre d'enfants que l'équipe devait vacciner et permettaient aux équipes d'enregistrer simplement le décompte global de leurs résultats, d'où la difficulté de les tenir pour responsables des enfants non vaccinés ou des zones omises.

5.19 En Afghanistan, on s'efforce d'améliorer encore les microplans dans la région sud, particulièrement instable, afin de définir dans quelle mesure le programme a accès à chaque zone et de recenser les individus ou les groupes qui disposent de cet accès. L'approche s'inspire du principe selon lequel toutes les zones peuplées sont accessibles à certaines personnes. Les microplans basés sur la communauté, qui visent un accès accru, permettent au programme d'identifier de manière précise quel type de personne est acceptable dans chaque contexte afin de guider la planification et de veiller à ce que les personnes qui se présenteront à chaque porte inspireront confiance. Au Pakistan, les actes de violence qui ont visé des agents de santé à la fin de 2012 ont demandé des modifications beaucoup plus extrêmes dans la microplanification. La sécurité des agents de santé est devenue primordiale et les évaluations des autorités de police locales et des forces de sécurité font désormais partie intégrante des microplans au niveau local.

5.20 Dans les trois pays d'endémie, les microplans sont désormais élargis pour veiller à l'intégration des activités de mobilisation sociale – en incluant les coordonnées des personnes d'influence au niveau local – et pour atteindre de manière plus efficace les enfants en dehors de leur foyer. Des plans suivis, plus solides, sont mis au point pour les équipes qui seront présentes sur les marchés et aux principaux points de transit ; ils intègrent la cartographie détaillée des groupes nomades, de leurs routes traditionnelles de déplacement et des zones de campement temporaires. Les nouvelles techniques sont également utilisées dans certaines zones pour améliorer la microplanification des campagnes moyennant la cartographie numérique afin de valider et d'affiner les plans et de recenser les zones oubliées.

Les agents de vaccination de première ligne

5.21 Les agents de vaccination de première ligne, qui veillent à ce que les vaccins contre la poliomyélite atteignent chaque enfant, sont au cœur du Programme d'éradication de la maladie à l'échelle mondiale. Lorsque ce sont des vaccinateurs et des superviseurs ayant le bon profil qui sont recrutés, formés et soutenus moyennant un encadrement efficace, même les zones les plus difficiles parviennent à un taux de couverture très élevé. Dans les zones où le virus continue à circuler, on trouve inévitablement des faiblesses dans cet aspect du programme. La situation n'est pas différente dans les zones de transmission persistante du poliovirus en Afghanistan, au Nigéria et au Pakistan. Reconnaisant l'importance de ces agents de première ligne, dont beaucoup mettent leur vie en danger, les trois pays ont relevé les salaires journaliers des vaccinateurs en 2012.

Les agents de vaccination de première ligne [27] qui veillent à ce que les vaccins contre la poliomyélite atteignent chaque enfant sont au cœur du Programme d'éradication de la maladie à l'échelle mondiale.

5.22 Dans chacun des pays d'endémie restants, on s'attachera avant tout à établir des comités de sélection des vaccinateurs réunissant des personnalités locales dont la tâche consistera à trouver des agents de vaccination qui soient à la fois acceptables pour la communauté locale et capables, dans la mesure du possible, de rendre des comptes aux autorités locales. Les critères de composition des équipes seront définis et diffusés, et feront l'objet d'un contrôle pour veiller à ce que cette composition reflète un juste équilibre entre les membres qui pourront être acceptés par les communautés locales, ceux qui pourront pénétrer dans les foyers pour vacciner tous les enfants disponibles et ceux qui pourront rendre des comptes pour les résultats obtenus.

5.23 Ces programmes chercheront aussi à fidéliser une plus grande proportion de vaccinateurs et s'efforceront de revoir les procédures de formation en mettant l'accent sur une formation interactive, fondée sur les compétences, dans le cadre de laquelle il est demandé aux membres de l'équipe de faire la démonstration de leurs capacités avant de se rendre sur le terrain. Les données émanant de nombreux pays, et tout récemment du Pakistan, indiquent une forte corrélation entre la satisfaction éprouvée par la personne qui s'occupe de l'enfant à l'égard de l'équipe de vaccination et l'acceptation du vaccin ; les personnes qui s'occupent des enfants sont davantage susceptibles de refuser la vaccination par le VPO lorsque la façon de procéder de l'équipe leur déplaît. Il est fondamental pour le succès des opérations de veiller à la présence d'un personnel de terrain formé et motivé, qui comprenne la dynamique de la communauté, s'exprime dans la langue locale, soit culturellement acceptable pour l'administration du VPO et puisse établir des relations avec les mères. De nouveaux matériels pédagogiques sur les compétences de communication interpersonnelle sont en cours d'élaboration et une formation spéciale est menée dans plusieurs zones à haut risque du Nigéria et du Pakistan afin de garantir que les vaccinateurs sont en mesure de se présenter aux personnes qui s'occupent des enfants à la fois de manière courtoise et professionnelle. En Afghanistan, un module similaire a été utilisé pour la première fois dans certains districts de Kandahar au cours du dernier trimestre de 2012. À l'avenir, la priorité consistera à appliquer ces stratégies plus largement et de manière plus constante, en particulier tout au long des années 2013 et 2014.

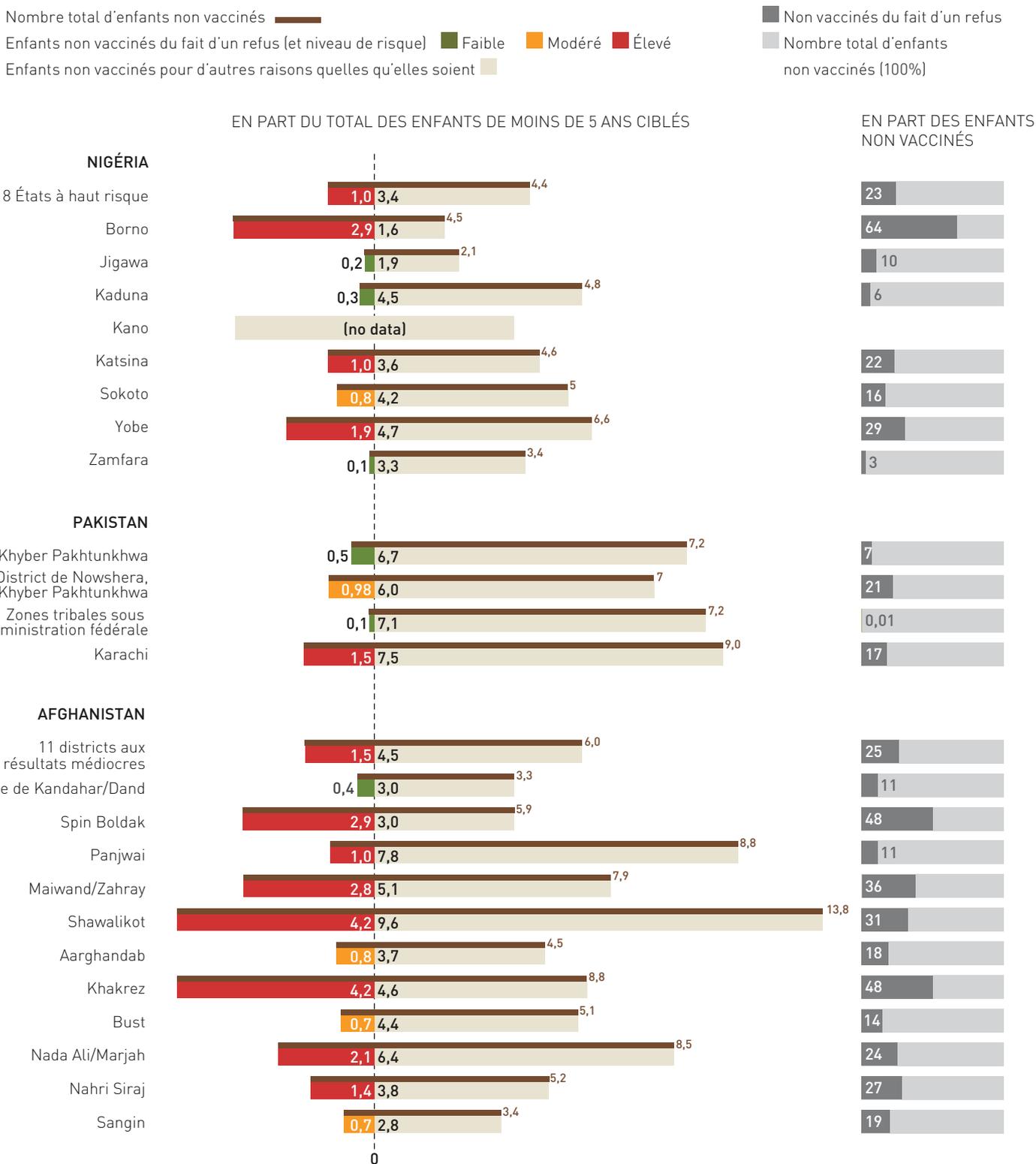
Veiller à la présence d'un personnel de terrain formé et motivé qui comprenne la dynamique de la communauté, s'exprime dans la langue locale et soit acceptable socialement pour l'administration du VPO et puisse établir des relations avec les mères, est un élément fondamental du succès des opérations.



UNICEF 2011/Jawad Jalali

Au cœur du programme d'éradication de la poliomyélite figure l'agent de première ligne, qui doit faire en sorte que chaque enfant ciblé de sa zone soit vacciné.

Figure 12: Enfants non vaccinés du fait d'un refus dans les sanctuaires mondiaux (%), mars 2013



Source : UNICEF Polio Communications Quarterly Report, May 2013, www.polioinfo.org.

Mobilisation sociale et engagement communautaire

5.24 L'expérience acquise tout au long des années de mise en œuvre de l'IMEP a montré que le poliovirus a peu de risques de continuer à circuler dans les communautés pleinement mobilisées, même dans les contextes les plus difficiles. De nombreux pays ont aussi démontré l'importance de créer une demande pour le VPO afin que les communautés locales s'approprient la vaccination. Dans les zones où la transmission est persistante dans les trois pays d'endémie restants, il existe à la fois des lacunes importantes dans la création d'une demande pour le VPO et de réelles possibilités dans ce domaine. Obtenir l'assentiment des communautés les plus marginalisées et les plus négligées afin qu'elles acceptent le VPO est particulièrement essentiel pour parvenir à éradiquer la maladie. Les stratégies utilisées par le passé se sont avérées fructueuses, comme le démontre la baisse de l'évitement du vaccin dans tous les programmes nationaux (Figure 12). À l'avenir, la principale priorité de l'IMEP consistera à orienter les activités de communication et de mobilisation sociale en fonction du contexte social, culturel et politique spécifique à chaque zone touchée, plutôt qu'en s'appuyant sur l'esprit national ou mondial de la campagne. Les activités de communication seront adaptées à des publics cibles spécifiques, moyennant un engagement plus intense auprès des personnes qui peuvent, de manière crédible, transmettre des messages aux personnes les plus sceptiques à l'égard du programme.

Les activités de communication seront adaptées à des publics cibles spécifiques, moyennant un engagement plus intense auprès des personnes qui peuvent, de manière crédible, transmettre les messages aux personnes les plus sceptiques à l'égard du programme.

5.25 Pour améliorer l'acceptation du VPO, il est fondamental de comprendre les besoins des communautés moyennant des travaux de recherche sociale appropriés et de faire correspondre ces besoins aux capacités du programme à les satisfaire. Ces travaux de recherche peuvent montrer que les communautés souhaitent d'autres interventions sanitaires – par exemple des comprimés vermifuges. Ces constatations seront analysées et, dans la mesure du possible, systématiquement intégrées à la planification opérationnelle et financière. De la même façon, les travaux de recherche sociale peuvent indiquer des besoins en infrastructures et services de base, tels que l'assainissement et la scolarisation. L'IMEP travaillera avec le gouvernement et les partenaires pertinents pour compléter les efforts visant à satisfaire ces besoins en fonction des capacités des programmes.

5.26 Les réseaux de mobilisation sociale (Figure 13, Tableau 5) ont été renforcés dans tous les pays d'endémie restants en 2012, les données les plus récentes montrant que dans les communautés où des volontaires sont déployés à cette fin, on constate des taux plus élevés de prise de conscience à l'égard des campagnes, un recul des comportements de refus et une réduction du nombre des enfants non vaccinés. Ces réseaux incluent deux types d'agents de mobilisation : ceux qui travaillent au niveau des foyers, faisant du porte-à-porte pour mobiliser les parents et les personnes s'occupant des enfants et les convaincre de vacciner leurs enfants contre la poliomyélite, et ceux qui vont s'adresser aux chefs communautaires et aux chefs religieux pour obtenir leur soutien en faveur des campagnes de vaccination par le VPO. Les agents chargés de la mobilisation au niveau des foyers sont formés et bénéficient d'un soutien afin de savoir reconnaître et répondre aux préoccupations des communautés, de fournir des informations précises en utilisant les circuits appropriés au niveau local et de permettre aux parents de prendre leur décision en toute connaissance de cause. En renforçant les capacités de communication interpersonnelle, l'objectif est d'établir une relation de confiance avec les parents et les personnes qui s'occupent des enfants afin qu'ils vaccinent leurs enfants par le VPO chaque fois que la vaccination est proposée. Au niveau communautaire, les personnes d'influence au niveau local, telles que les imams, les prêtres, les chefs de

Les réseaux de mobilisation sociale ont été renforcés dans tous les pays d'endémie restants en 2012, les données les plus récentes montrant que dans les communautés où des volontaires sont déployés à cette fin, on constate des taux plus élevés de prise de conscience à l'égard des campagnes, un recul des comportements de refus et une réduction du nombre des enfants non vaccinés.



Un facteur clé pour l'éradication réside dans les efforts de mobilisation locaux visant à renforcer et à préserver la demande et la confiance des personnes et des communautés vis-à-vis de la vaccination antipoliomyélitique.

village, les instituteurs, les commerçants et les propriétaires terriens, sont identifiées et incitées à agir en tant que membres influents lors des réunions communautaires, à faire des annonces dans les lieux de culte ou même du porte-à-porte pour encourager les personnes s'occupant des enfants ou les parents réticents à accepter le VPO. Ces personnes d'influence sont très efficaces pour créer un environnement propice et sûr, et pour instaurer un climat de confiance dans la population à l'égard de la sécurité et de l'efficacité du vaccin.

5.27 Pour ce qui est de la conception des messages, on s'efforcera d'utiliser les données sociales pour concevoir un contenu approprié, transmettre les informations par l'intermédiaire de sources crédibles et identifier les moyens de communication qui permettent d'atteindre toutes les communautés. La sensibilisation politique et les médias continueront à jouer un rôle important en renforçant les possibilités d'atteindre les populations locales. Étant donné que la poliomyélite endémique est désormais restreinte à des communautés où les populations sont en grande majorité musulmanes, on s'attache davantage à trouver le juste équilibre entre les voix qui se font entendre pour soutenir les efforts d'éradication. Le soutien dont nous disposons aux niveaux international et régional contribuera à garantir que les plans et les partenariats visant à sensibiliser les populations fassent appel à la contribution de groupes divers, et parfois opposés, tels que les partis politiques, les milieux universitaires et les groupes religieux et culturels. Des partenariats avec un large éventail d'institutions religieuses et médicales sont mis en place et seront élargis dans toutes les zones prioritaires pour la lutte contre la poliomyélite tout au long de l'année 2014.

Figure 13 : Élargissement des réseaux de mobilisation sociale, en proportion des zones à haut risque cibles couvertes dans les pays prioritaires, octobre 2011-avril 2013



Source: UNICEF Polio Communications Quarterly Report, May 2013, www.polioinfo.org.

Tableau 5 : Agents de mobilisation sociale en place sur le terrain, avril 2013

Pays	Cible (nombre de personnes)	Agents de mobilisation en place (nombre de personnes)	Agents de mobilisation en place (nombre de cibles, %)
Afghanistan	3436	3436	100%
RDC	18 688	18 688	100%
Inde Uttar Pradesh	5634	5491	97%
Bihar	1353	1306	97%
Bengale occidental ^a	1320	1320	100%
Nigéria	2600	2127	81,8%
Pakistan	1182	1059	90%

^a Au Bengale occidental, les agents de mobilisation sont déployés par l'intermédiaire des ONG.

Source : UNICEF Polio Communications Quarterly Report, 2013, www.polioinfo.org.

Suivi

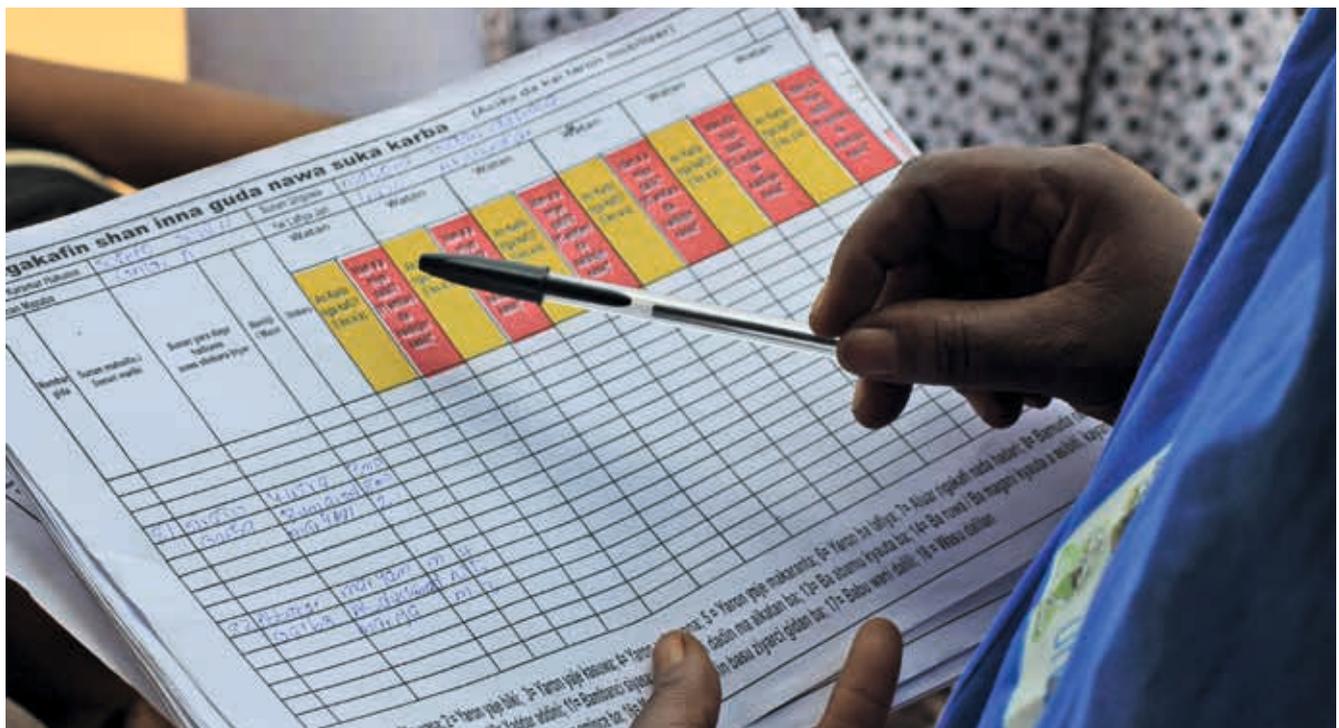
5.28 En 2012, des progrès notables ont été accomplis dans le suivi des résultats des campagnes de vaccination par le VPO dans les pays d'endémie restants. Un cadre de suivi standard couvre désormais les trois phases des activités des campagnes – depuis la planification jusqu'à l'évaluation de fin de campagne en passant par la mise en œuvre. Les progrès techniques de la transmission des données par l'intermédiaire des réseaux mobiles ont aidé ces pays à améliorer la rapidité des flux d'informations transmis. Les trois pays ont établi des centres d'intervention d'urgence au niveau national et au niveau des circonscriptions locales prioritaires afin d'examiner les informations normalisées, souvent transmises à une vitesse proche du temps réel, sur la préparation et la mise en œuvre de la campagne. Les normes pour la préparation des campagnes ont été communiquées aux autorités locales dans les zones infectées des trois pays. Le respect de ces normes est désormais mesuré à des intervalles déterminés à l'avance pour chaque campagne, et s'accompagne de critères permettant de décider quand une activité doit être reportée en raison d'un manque de préparation.

Dans les pays d'endémie restants, un cadre de suivi standard couvre désormais les trois phases des activités des campagnes – depuis la planification jusqu'à l'évaluation de fin de campagne en passant par la mise en œuvre.

5.29 Une fois que les campagnes ont commencé, l'attention porte davantage sur le suivi en cours d'opération. La réunion locale de l'équipe de vaccination qui se tient chaque soir revêt une importance essentielle pour recenser les lacunes dans la mise en œuvre et prendre des mesures correctives immédiates. Tous les pays d'endémie revoient leurs procédures de suivi afin de veiller à ce que les enfants non vaccinés soient chaque jour identifiés, d'examiner les raisons pour lesquelles ils n'ont pas été vaccinés et les progrès réalisés dans la couverture. Les indicateurs relatifs aux résultats quotidiens sont également transmis aux centres d'intervention d'urgence où ils sont analysés et signalés en vue d'une action éventuelle, en particulier au Nigéria et au Pakistan. Lorsque la mise en œuvre est achevée, les évaluations finales sont utilisées pour apprécier la qualité globale de la campagne et recenser les zones nécessitant un travail ou une attention supplémentaire au cours des AVS suivantes. Les études de marché et le suivi indépendant fournissent des données pour toutes les zones où ont lieu les campagnes. Fait particulièrement important, les pays d'endémie restants ont également adopté la nouvelle norme pour évaluer la qualité d'une campagne – l'échantillonnage par lots pour l'assurance de la qualité (LQAS). Cette méthode représente le meilleur équilibre entre la facilité de mise en œuvre sur le terrain et des résultats statistiquement fiables pouvant être utilisés pour suivre l'évolution au cours du temps dans les zones les plus sensibles.

5.30 Pour les interventions de mobilisation sociale, on a recours au suivi préalablement à la campagne, au cours de celle-ci et après celle-ci pour garantir que des corrections en temps réel sont apportées à la planification, à la mise en œuvre et à l'évaluation dans toutes les zones infectées. Pour faciliter ces travaux, l'IMEP a commencé à affiner la méthode LQAS et les processus de suivi indépendants afin de produire des données sociales plus cohérentes pour comprendre pourquoi certains enfants ne sont pas vaccinés. Ces données permettent de guider les activités de rattrapage et de planification des communications au cours des campagnes afin d'augmenter l'acceptation du VPO. En 2013-2014, ces mesures sont complétées par des enquêtes spéciales utilisant un outil normalisé dont l'objectif est de répondre à des questions spécifiques concernant, par exemple, les raisons pour lesquelles la transmission persiste dans des zones où on signale une couverture élevée, les problèmes sociaux et opérationnels dans les zones où il existe des groupes de cas de PFA non poliomyélitique n'ayant reçu aucune dose de vaccin, et les zones où les foyers refusent de manière chronique la vaccination.

5.31 Les systèmes de suivi des communications continueront à évoluer tout au long de la phase finale vers l'éradication de la maladie. Le système PolioInfo – désormais mis en œuvre en Afghanistan, en Inde, au Nigéria et au Pakistan – permet d'ores et déjà un suivi régulier des activités de terrain, en liaison avec une base de données mondiale. Des indicateurs standard sont régulièrement contrôlés et présentés sous forme de tableau afin de mesurer l'efficacité des communications, d'identifier les problèmes, de mettre au point des méthodes de transmission des messages plus performantes et de démontrer les résultats du programme. Le suivi des médias comme d'autres stratégies seront renforcés pour veiller à ce que, dans la sphère publique, le climat reste favorable aux efforts d'éradication.



UNICEF 2012/L. Andriamasinoro

À l'échelle locale, le suivi de la performance des campagnes va de la planification à l'évaluation post-campagne en passant par la mise en œuvre.

Soutien renforcé

5.32 Le niveau de rigueur et d'attention requis pour parvenir à mener de manière répétée des campagnes de vaccination par le VPO de grande qualité dans les zones où la transmission de la poliomyélite persiste pèse souvent très lourd sur les fragiles infrastructures des systèmes de santé de ces régions. Un facteur qui contribue systématiquement à la poursuite de la transmission du poliovirus dans les poches où la maladie persiste est l'absence drastique de ressources humaines qualifiées et de compétences techniques – les postes d'agents de santé restent parfois vacants pendant des années, lorsqu'ils existent. L'IMEP compte remédier à ce problème de deux façons : d'une part, en quantifiant la pénurie de personnels de santé et en travaillant avec les autorités pour trouver une solution ; et, d'autre part, en palliant à la pénurie moyennant un renfort en ressources humaines au niveau du sous-district afin de compléter les capacités existantes jusqu'à ce que les postes vacants soient pourvus. Le succès obtenu en Inde a montré que cette méthode peut permettre d'apporter le niveau de présence sur le terrain et de responsabilisation requis pour obtenir relativement rapidement des campagnes de qualité. Avant 2012, aucun des trois pays d'endémie ne disposait de ce type de soutien. En 2012, la situation a été inversée, l'OMS et l'UNICEF ayant recruté plus de 5000 agents de mobilisation technique et sociale sur le terrain au nom des gouvernements afin de contribuer aux efforts d'éradication au niveau local.

5.33 En 2013-2014, la priorité consiste à optimiser le nombre, la répartition et les compétences de ces renforts en ressources humaines et de pérenniser les progrès obtenus en pourvoyant les postes d'agents de santé vacants. Une attention particulière est accordée à l'équipement et à la formation de ces personnels de terrain afin qu'ils apportent le soutien le plus efficace possible à leurs homologues relevant des autorités locales afin d'interrompre la poliomyélite et d'améliorer les taux de couverture vaccinale.

Innovations techniques

5.34 Les vaccins restent l'instrument principal de l'IMEP et ils sont au centre de l'innovation technique et de la recherche. La mise au point et l'usage élargi du VPO bivalent (VPOb) en 2009-2010 ont permis au programme d'accroître au maximum l'immunogénicité à l'égard des deux sérotypes de poliovirus sauvages restants (types 1 et 3) pour chaque contact avec des enfants vulnérables. Cela s'est traduit par les niveaux les plus bas jamais atteints de poliovirus sauvages de type 1 et 3 circulant à l'échelle mondiale en 2012, les données suggérant que les PVS de type 3 peuvent désormais être considérés quasiment éradiqués. L'IMEP a également été le fer de lance de la mise au point d'autres produits vaccinaux, notamment les VPO monovalents, et a mené des travaux de recherche essentiels pour réduire les coûts de l'utilisation du VPI et pour mieux comprendre son impact dans certaines zones des pays en développement. Au fur et à mesure que seront franchies les différentes étapes sur la voie de l'éradication de la poliomyélite au niveau mondial, l'IMEP adaptera son utilisation de ces vaccins afin qu'elle corresponde au mieux au contexte épidémiologique et aux objectifs de l'éradication.

5.35 L'IMEP fait aussi preuve d'innovation dans le suivi des programmes en tirant parti des progrès réalisés dans les systèmes d'information géographique et la transmission des données par l'intermédiaire des réseaux de téléphones mobiles. Au Nigéria comme au Pakistan, les données relatives aux campagnes de vaccination, qui auparavant étaient laborieusement compilées sur papier puis transmises de la main à la main ou par télécopie, circulent de plus en plus souvent en temps réel grâce aux smartphones. Au Nigéria, le lieu précis des cas de poliomyélite est établi et cartographié au moyen des appareils de localisation mondiaux (GPS) et des systèmes d'information

géographique (GIS) qui permettent une analyse plus précise des lieux où la poliomyélite continue à sévir. Le Nigéria montre aussi la voie en faisant un effort sans précédent pour utiliser les outils numériques d'information géographique pour identifier les zones où les enfants n'ont pas eu la possibilité d'être vaccinés et permettre une analyse en temps réel des zones qui ont été omises ou oubliées de façon à ce qu'elles puissent être couvertes. C'est la première fois que ces outils sont utilisés de cette façon et à une telle échelle.

Tactiques opérationnelles

5.36 Comme il est précisé dans la section sur les «enseignements tirés», l'IMEP continue à remettre en question et à tester ses principales stratégies opérationnelles afin de trouver les meilleurs moyens de parvenir à ses objectifs. Citons par exemple l'usage élargi de la stratégie d'administration d'une dose supplémentaire dans un intervalle court (SIAD), qui tire parti d'intervalles plus courts entre les campagnes pour améliorer plus rapidement l'immunité. Cette approche est particulièrement pertinente dans les zones où la sécurité est précaire et permet de tirer pleinement avantage des possibilités d'action, dans les situations de flambée pour renforcer rapidement l'immunité, et dans les zones où les faiblesses persistantes dans la gestion des opérations ont laissé les enfants sans protection pendant une longue période de temps. Le recours à la stratégie SIAD sera envisagé dans chacune de ces situations dans tous les pays où la poliomyélite est endémique et dans les pays où sévissent des flambées, selon les besoins.

5.37 Parmi les autres exemples d'innovations opérationnelles, citons aussi l'étude par le programme des meilleurs moyens de rémunérer les agents de première ligne. Le paiement de milliers de vaccinateurs volontaires, déployés sur de vastes étendues géographiques et dans des lieux où les infrastructures et les systèmes de responsabilité gestionnaire sont insuffisants, représente un important défi et un risque considérable dans le cadre de la réalisation d'AVS de grande qualité. Dans les pays d'endémie restants, des mécanismes pour le versement direct des fonds aux agents de première ligne sont désormais en place dans de nombreuses zones afin de réduire le nombre des transactions entre la source des fonds et le vaccinateur, de réduire au minimum les défauts de paiements et d'éliminer les équipes fantômes et les vaccinateurs mineurs. Des discussions sont actuellement en cours au Nigéria afin d'aller encore plus loin en étudiant la possibilité d'utiliser les téléphones mobiles des vaccinateurs comme moyen de paiement.

Priorités de recherche pour améliorer l'impact de la campagne

5.38 Dans le cadre de cette activité, la recherche visant à identifier et à évaluer les stratégies qui peuvent encore améliorer l'impact de chaque campagne est un autre domaine de travail. Les priorités des travaux actuels sont les suivantes :

- élargir les groupes d'âge cibles : l'expérience tirée des activités de riposte aux flambées de grande envergure en 2010-2011 permet de penser qu'élargir le groupe d'âge cible pour la vaccination par le VPO au-delà de l'âge de cinq ans dans le cadre des AVS peut permettre d'accélérer l'interruption de la transmission du poliovirus du fait d'un certain nombre de facteurs, et en particulier de l'amélioration de la couverture parmi les très jeunes enfants ;
- utiliser le vaccin antipoliomyélitique inactivé : des données de plus en plus solides indiquent qu'une dose supplémentaire de VPI peut renforcer de manière substantielle l'immunité mucoale dans les populations vaccinées par le VPO, facteur potentiel d'accélération de l'éradication.

Bien que l'extension de ces approches aux zones d'endémie restantes ait des incidences notables en matière de communication et de logistique, elles font toutes deux l'objet d'une évaluation plus approfondie en vue de leur utilisation dans les zones réservoirs d'endémie.



UNICEF 2012/Muhammad Idrees

Certains zones où la poliomyélite subsiste sont des zones d'insécurité et les activités qui y sont menées doivent être adaptées à chaque contexte.

5.39 Au Pakistan, le programme de lutte contre la poliomyélite collabore avec l'Université Aga Khan afin de tester l'utilisation du VPI avec le VPO en 2013, en tant qu'instrument supplémentaire susceptible d'induire rapidement une réponse immunitaire chez les enfants qui n'ont pu être couverts facilement par des campagnes régulières de vaccination contre la poliomyélite ou de vaccination systématique. Le Pakistan étudiera la faisabilité opérationnelle de l'utilisation du VPI avec le VPO lors des campagnes menées dans les districts des FATA et du Baloutchistan, où les difficultés d'accès et de gestion des opérations n'ont pas permis au programme de parvenir à un niveau d'immunité suffisant pour interrompre la transmission. Ces efforts seront combinés à d'autres activités de promotion de la santé et à la mobilisation des pédiatres afin de répondre aux autres préoccupations des familles en matière de santé.

Activité 4 : Améliorer la sécurité des opérations de vaccination par le VPO dans les zones où règne l'insécurité

5.40 Bien que l'IMEP travaille depuis longtemps dans les zones où prévaut l'insécurité, ce n'est qu'à la fin de 2012 que les agents de vaccination contre la poliomyélite ont été la cible de plusieurs attaques violentes, coordonnées, lors de campagnes de vaccination, au cours desquelles des agents ont été blessés ou tués. Cette aggravation de la situation représente une nouvelle réalité dans certaines des zones infectées restantes, à laquelle les programmes nationaux doivent s'adapter alors qu'ils s'efforcent d'atteindre les dernières populations et les dernières zones où le poliovirus sauvage reste endémique ou, dans le cas de la Somalie, où les flambées du PVDVc persistent. Ces zones et populations sont souvent caractérisées par un long passé de négligences, n'ayant reçu que très peu d'aide ou de services extérieurs, voire aucun, d'où un environnement favorable aux suspicions, aux théories de la conspiration, et à d'autres problèmes qui semblent sous-tendre les réactions violentes auxquelles le programme a été confronté dans ses activités pour atteindre certaines de ces zones.

5.41 Pour faire face à cette nouvelle réalité, il a fallu établir un nouveau cadre de référence pour travailler dans les zones dangereuses moyennant des approches adaptées à chaque zone d'insécurité prioritaire. Les principaux éléments de ce cadre sont notamment les suivants :

- **ajustements opérationnels des campagnes d'éradication de la poliomyélite :** des ajustements opérationnels sont apportés aux AVS afin de réduire l'exposition du programme et des vaccinateurs aux éventuelles menaces (par exemple campagnes progressives ou peu visibles, site fixe, etc.), en fonction de l'évaluation des risques dans chaque district ;

Nouveau cadre de référence en matière de sécurité :

- ajustements opérationnels des campagnes d'éradication de la poliomyélite ;
- sûreté et sécurité du programme ;
- demande de la communauté ;
- plaidoyer des chefs religieux ;
- mesures de prévention de la propagation des poliovirus.

- **sûreté et sécurité du programme** : la coordination entre les services civils, les services sanitaires et les services de sécurité est améliorée pour assurer une plus grande sécurité physique des vaccinateurs et la sûreté des installations lorsque cela est nécessaire (par exemple moyennant des comités de coordination de la sécurité au niveau des provinces, des escortes de police, etc.), à nouveau en fonction de l'évaluation des risques dans chaque district ;
- **demande de la communauté** : une attention particulière est accordée aux activités visant à accroître la demande des communautés locales en faveur de l'accès à la vaccination et aux services de base moyennant différentes activités de sensibilisation portant sur la maladie, ses conséquences et la prévention et, si on le juge utile, en associant la vaccination par le VPO à la prestation d'autres services ou interventions ;
- **plaidoyer des chefs religieux** : les actions de sensibilisation menées par les dignitaires musulmans aux niveaux international et local sont intensifiées pour renforcer l'appropriation du programme d'éradication de la poliomyélite et la solidarité dans le monde musulman, pour encourager la protection des enfants contre la poliomyélite, défendre le caractère sacré des agents de santé et la neutralité des services de santé ;
- **mesures de prévention de la propagation des poliovirus** : une plus grande priorité est accordée à la réduction du risque de propagation depuis les zones d'insécurité en poursuivant une stratégie intense d'AVS dans les zones environnantes et en veillant dans la mesure du possible à la vaccination des voyageurs entrant ou sortant des zones infectées. Des équipes permanentes de vaccination ont été établies à la périphérie des zones dont l'accès est compromis afin d'augmenter les possibilités de vacciner tout enfant entrant ou sortant de ces zones. Ces équipes opèrent également 24 heures sur 24 aux postes frontières importants entre le Pakistan et l'Afghanistan, afin de protéger les voyageurs se rendant d'un pays à l'autre et de réduire la propagation internationale du virus.

Si le programme de lutte antipoliomyélique et les communautés locales sont dans l'incapacité de remédier aux menaces contre la sécurité, ou d'accéder à un nombre suffisant d'enfants pour arrêter la transmission, une série de stratégies et de tactiques d'urgence seront mises en œuvre.

5.42 Cette approche globale ainsi que les stratégies adoptées au niveau national seront officiellement revues et ajustées tous les six mois pour dresser un bilan de situation et adopter des mesures correctives ou complémentaires, si nécessaire. Si le programme de lutte contre la poliomyélite et les communautés locales sont dans l'incapacité de remédier aux menaces contre la sécurité dans certaines zones, ou de vacciner un nombre suffisant d'enfants pour arrêter la transmission, une série de stratégies et de tactiques d'urgence seront mises en œuvre. Les mesures supplémentaires envisagées pourraient alors inclure diverses nouvelles mesures visant à réduire encore le risque de propagation à

partir de la/des éventuelle(s) zone(s) infectée(s) restante(s) (par exemple envisager une recommandation permanente de vaccination des voyageurs au titre du Règlement sanitaire international) ; des mesures visant à accroître l'impact de chaque contact avec les enfants dans le cadre d'une vaccination dans ces zones (par exemple l'élargissement des groupes d'âge cibles, l'administration du VPI en pratiquant le porte-à-porte, l'utilisation potentielle des injecteurs sous pression à usage manuel) ; des négociations extraordinaires pour accéder aux enfants moyennant des cessez-le-feu, des jours de trêve ou des mesures similaires lorsque la transmission du virus est restreinte à une zone très limitée ; et des mesures exceptionnelles pour garantir la sécurité et la sûreté des vaccinateurs dans des zones très restreintes.

Activité 5 : Prévenir les flambées de poliomyélite et réagir face à celles-ci

5.43 La stratégie première pour réduire le risque de flambées de poliomyélite dues aux importations de poliovirus sauvages ou à l'émergence d'un PVDVc consistera à renforcer rapidement les services de vaccination, comme le prévoit l'objectif 2 du présent Plan. Elle sera complétée par des AVS régulières dans les zones où le risque d'importation et/ou d'émergence d'un PVDVc est le plus élevé, comme il est résumé sous l'activité 2 ci-dessus.

5.44 En outre, pour réduire encore la propagation internationale des poliovirus, tous les pays seront appelés instamment à mettre pleinement en œuvre les recommandations existantes de l'OMS pour la vaccination des voyageurs, qui figurent au chapitre 6 de la publication de l'OMS intitulée *Voyages internationaux et santé*, et qui ont été renforcées par le Conseil exécutif de l'OMS en janvier 2013.¹⁸ En 2014, il est possible que le Directeur général de l'OMS convoque une réunion du Comité d'examen, dans le cadre du Règlement sanitaire international (2005), afin de donner un avis sur la nécessité d'une recommandation permanente qui serait applicable en 2015 et porterait sur la vaccination des voyageurs se rendant dans une zone où la transmission du poliovirus persiste ou en provenance d'une telle zone.

5.45 Une approche plus vigoureuse à l'égard des flambées de PVS comme de PVDV sera mise en œuvre dans l'objectif de mettre un terme à toute nouvelle flambée de poliovirus dans les 120 jours qui suivent le cas indicateur. S'inspirant de l'expérience acquise lors de plus de 100 flambées de PVS et de PVDV au cours des 10 dernières années, les nouvelles tactiques de riposte comprendront la mise en œuvre de cinq campagnes de riposte au minimum (chacune couvrant un million de personnes au minimum), en élargissant le groupe d'âge cible pour les deux premières campagnes (par exemple à tous les moins de 15 ans ou à l'ensemble de la population, en fonction de l'épidémiologie), et en réduisant l'intervalle entre les trois premières campagnes (par exemple en passant de quatre à six semaines à deux à trois semaines). Des évaluations conjointes rapides seront menées aux niveaux national et international trois et six mois après la notification du cas indicateur afin d'évaluer la qualité de la riposte à la flambée et de planifier les éventuelles mesures correctives à apporter.

5.46 Alors que, traditionnellement, les activités de riposte aux flambées ont été menées à partir de l'isolement d'un poliovirus provenant d'un enfant paralysé, au cours de la période de l'éradication et de la phase finale, les données environnementales seront aussi utilisées de manière plus systématique pour orienter les activités de planification et de mise en œuvre de la riposte aux flambées. Pour les zones d'endémie et les autres zones à haut risque, la détection d'un échantillon environnemental positif contribuera à définir la portée géographique ainsi que la durée d'une riposte. Dans les zones qui étaient auparavant exemptes de poliomyélite, la détection d'un échantillon environnemental positif déclenchera à la fois une enquête virologique et une enquête épidémiologique afin de guider la surveillance renforcée et, le cas échéant, les activités de vaccination de riposte.

5.5 QUI SUPERVISE CES TRAVAUX ?

Le Comité de suivi indépendant

5.47 Le Comité de suivi indépendant (IMB) assume de manière indépendante la supervision des activités d'éradication de la poliomyélite.

Pour réduire encore la propagation internationale des poliovirus, tous les pays seront appelés instamment à mettre pleinement en œuvre les recommandations existantes de l'OMS pour la vaccination des voyageurs, qui figurent au chapitre 6 de la publication de l'OMS intitulée *Voyages internationaux et santé*, et qui ont été renforcées par le Conseil exécutif de l'OMS en janvier 2013.

Une approche plus vigoureuse à l'égard des flambées de PVS comme de PVDV sera mise en œuvre dans l'objectif de mettre un terme à toute nouvelle flambée de poliovirus dans les 120 jours qui suivent le cas indicateur.

¹⁸ *Voyages internationaux et santé* 2012. Voir <http://www.who.int/ith/chapters/fr/index.html>.