

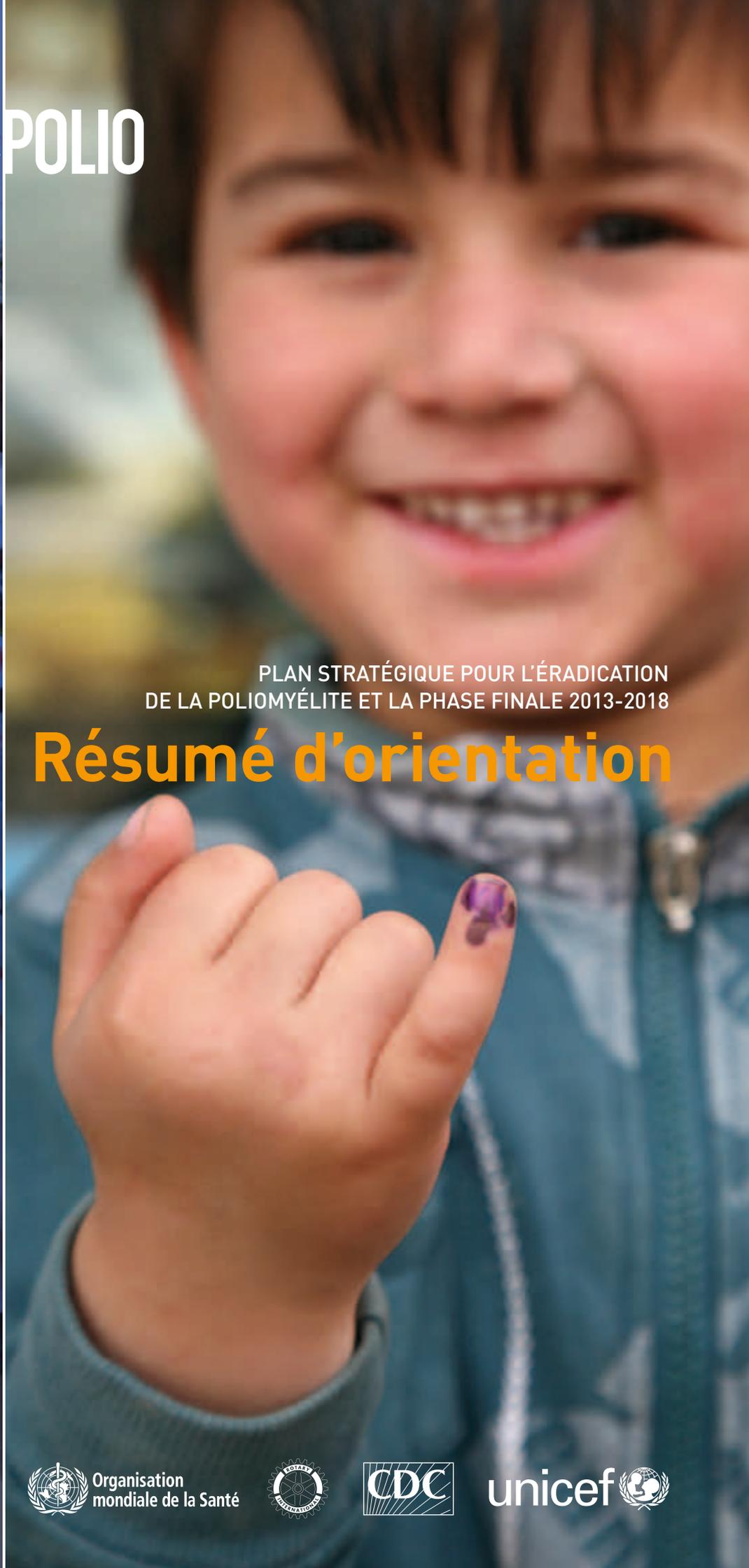
INITIATIVE
MONDIALE POUR
L'ÉRADICATION DE LA

POLIO



PLAN STRATÉGIQUE POUR L'ÉRADICATION
DE LA POLIOMYÉLITE ET LA PHASE FINALE 2013-2018

Résumé d'orientation



© Organisation mondiale de la Santé 2013

Tous droits réservés. Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé sont disponibles sur le site Web de l'OMS (www.who.int) ou peuvent être achetées auprès des Éditions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone2 : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; courriel : bookorders@who.int).

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

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

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

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

Imprimé par le Service de production des documents de l'OMS, Genève (Suisse)
Photos : OMS/Rod Curtis, UNICEF/Afghanistan/2012/Aziz Froutan
Maquette & mise en pages : philippecasse.ch

Depuis son lancement en 1988 à l'occasion de l'Assemblée mondiale de la Santé, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP) a permis de réduire l'incidence mondiale de la poliomyélite de plus de 99% et le nombre de pays d'endémie de 125 à 3. Sans cet effort mondial, plus de 10 millions de personnes qui marchent aujourd'hui seraient paralysées.

Au début de l'année 2013, la poliomyélite – une infection virale très contagieuse qui entraîne très rapidement une paralysie irréversible – n'était plus qu'un lointain souvenir dans la plupart des régions du monde. À la fin 2012, le nombre de cas de poliomyélite comme celui des pays touchés par la maladie n'avaient jamais été aussi faibles. Le moment est venu aujourd'hui d'éradiquer définitivement cette terrible maladie, pourtant évitable.

Le 26 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». Prenant note de la réussite de l'Inde, qui a su utiliser les outils et les technologies disponibles, de la menace que la poursuite de la transmission du poliovirus dans les trois derniers pays d'endémie (Afghanistan, Nigeria et Pakistan) fait peser sur la communauté mondiale et, enfin, considérant les connaissances croissantes sur les poliovirus circulants dérivés de souches vaccinales (PVDVc), susceptibles de provoquer des flambées de poliomyélite paralytique, et l'augmentation du risque qui leur est associé, l'Assemblée mondiale de la Santé a prié le Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé d'élaborer et de finaliser une stratégie globale pour la phase finale de la lutte antipoliomyélitique.

Le *Plan stratégique 2013-2018 pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale* (ci-après «le Plan») a été élaboré pour profiter de cette nouvelle occasion de mettre un terme définitif à la poliomyélite. Il prévoit de s'atteler simultanément à l'éradication du poliovirus sauvage et à l'élimination du PVDVc, tout en utilisant les infrastructures de lutte antipoliomyélitique pour fournir d'autres services de santé en faveur des enfants les plus vulnérables au monde.

Progrès réalisés en 2012 contre la poliomyélite

Les progrès formidables accomplis au cours de l'année 2012 par le programme rendent désormais possible d'éradiquer définitivement la poliomyélite. Parmi les avancées les plus marquantes, citons le cas de l'Inde qui, en février 2012, a célébré une année complète sans aucun cas de paralysie d'enfant dû au poliovirus sauvage. L'Inde était sans doute le pays dans lequel l'élimination de la maladie soulevait les problèmes techniques les plus complexes. Sa réussite tient au fait que le programme a pu bénéficier à tous les enfants au cours de plusieurs interventions successives ; à l'utilisation d'un nouveau vaccin antipoliomyélitique oral bivalent (VPOb) ; à l'engagement et à la responsabilité indéfectibles des politiques ; à l'appui de la société et, enfin, à la mise à disposition des ressources nécessaires pour mener à bien les opérations. À ce jour, ce pays est toujours exempt de poliomyélite.

À la fin de l'année 2012, le nombre total de cas de poliomyélite dans le monde a chuté de 66% par rapport à l'année précédente, passant à 223. Parmi les quatre pays où la transmission du

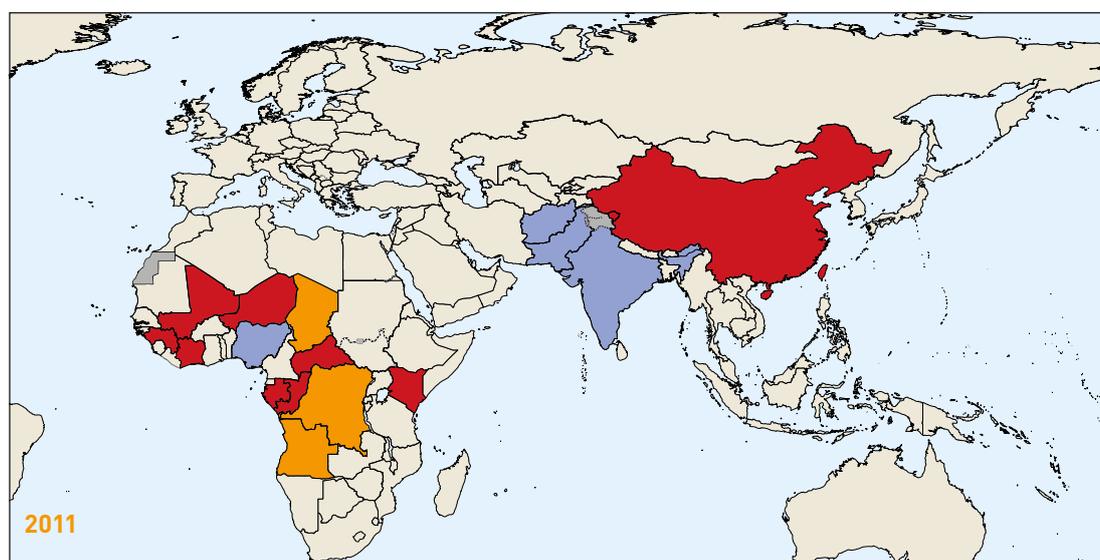
poliovirus sauvage a été rétablie par des importations (Angola, République démocratique du Congo et Soudan), trois n'ont pas enregistré un seul cas en 2012. Le quatrième pays, le Tchad, n'a déclaré aucun cas depuis juin 2012.

Pour lutter contre les poliovirus circulants dérivés de souches vaccinales (PVDVc), de nouvelles options de vaccination par VPI (vaccin antipoliomyélitique inactivé), d'un prix plus abordable, ont été mises au point. Avancée importante, le Groupe consultatif stratégique d'experts (SAGE) de la vaccination, l'autorité mondiale qui formule les orientations stratégiques en matière de vaccination, a recommandé en 2012 de retirer dès que possible la composante de type 2 du vaccin antipoliomyélitique oral (VPO) de la vaccination systématique¹, partout dans le monde, opération qui serait facilitée par l'introduction d'au moins une dose de VPI.

En septembre 2012, les chefs d'État et de gouvernement des pays d'endémie et des pays donateurs et le Secrétaire général des Nations Unies ont

Figure 1 : pays touchés par la poliomyélite en 2011 et en 2012

Cette figure montre les progrès réalisés récemment. Elle présente les pays dans lesquels la transmission de la poliomyélite est endémique ou rétablie et fait apparaître les flambées survenues en 2011 et 2012.



¹ En tirant parti des nouvelles options de vaccination par le VPI et le VPOb, en tenant compte de l'expérience acquise par l'éradication du poliovirus sauvage de type 2 en 1999 et en s'appuyant sur les nouveaux diagnostics qui montrent que plus de 90% des PVDVc sont de type 2.

déclaré que l'éradication de la poliomyélite était une priorité absolue. Cette déclaration a montré que l'engagement politique nécessaire était présent pour mettre en œuvre les plans d'action d'urgence nationaux et tirer parti des progrès réalisés jusque-là.

Outre la baisse du nombre de cas en Afghanistan et au Pakistan, des données factuelles montrent que ces pays et le Nigéria ont beaucoup élargi leur couverture vaccinale ; ils sont donc en bonne voie pour interrompre la transmission avant fin 2014. Les progrès se poursuivront si cette tendance se confirme et si les problèmes actuels de sécurité n'ont aucune incidence prolongée ou accrue sur les opérations. Au Pakistan, le pourcentage de districts à très haut risque qui ont atteint le seuil cible estimé de 95%² est passé de 59% en janvier 2012 à un record de 74% en octobre 2012.

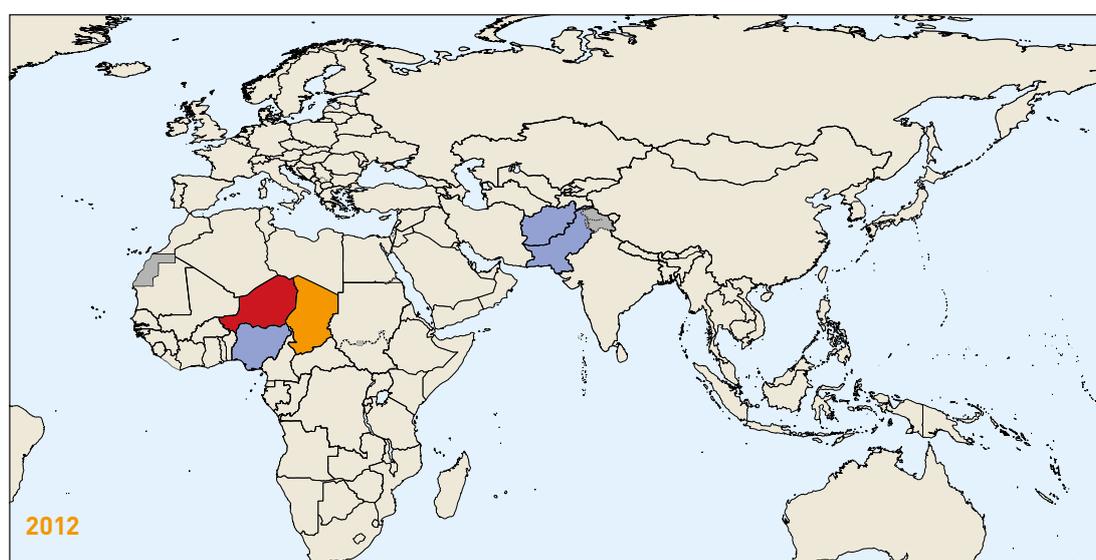
En Afghanistan, à la fin de l'année 2012, environ 15 000 enfants n'avaient pas pu bénéficier des interventions, contre 80 000 en 2011. Ce progrès

tient à une combinaison de stratégies : ainsi, l'action des équipes permanentes de lutte contre la poliomyélite intervenant dans les principales zones à haut risque a été renforcée par des actions intensives de communication auprès des chefs de communautés.

Au Nigéria, si le nombre de cas a augmenté en 2012, il s'est stabilisé au cours du dernier trimestre de l'année, grâce à la révision des microplans, à une meilleure sélection des équipes de vaccination, à un suivi plus efficace et à une supervision étroite à l'échelon national et au niveau des états. Le pourcentage de zones administratives locales à très haut risque où la couverture vaccinale a atteint le seuil cible est passé de 10% en février 2012 à 70% en février 2013.

Les assassinats tragiques d'agents de santé fin 2012 et début 2013 au Pakistan et au Nigéria sont un nouvel obstacle au progrès. Toutefois, les gouvernements et les partenaires ont apporté un certain nombre d'ajustements pour améliorer la sécurité dans certaines zones et garantir la poursuite des campagnes.

- Pays dans lesquels la transmission du poliovirus sauvage autochtone est endémique
- Pays dans lesquels la transmission du poliovirus sauvage est rétablie
- Pays ayant enregistré des flambées à la suite d'importations du poliovirus sauvage



² Seuil correspondant à la couverture par le VPO jugée nécessaire pour interrompre la transmission.

Planifier l'éradication de tous les poliovirus

Le Plan a été créé par l'IMEP à l'issue d'une large consultation avec les autorités sanitaires nationales, les initiatives sanitaires mondiales, des experts scientifiques, des donateurs et d'autres parties prenantes. Son but est d'achever l'éradication et le confinement de tous les poliovirus, qu'ils soient sauvages, dérivés d'une souche vaccinale ou associés au vaccin Sabin, pour faire en sorte qu'aucun enfant ne soit jamais plus atteint de poliomyélite paralytique.

Les discussions préalables à l'élaboration du Plan ont débuté par une évaluation franche de la situation qui a permis d'établir pourquoi certains délais n'ont pas été respectés, pourquoi certains programmes n'ont pas été efficaces et pourquoi certaines hypothèses n'ont pas été vérifiées, et d'examiner les enseignements tirés de précédents plans d'éradication. Au cours de ce processus, il est apparu évident que :

- 1. Il n'existe pas de modèle unique :** Même si les principes fondamentaux d'éradication s'appliquent au niveau mondial et même si la grande majorité des pays d'endémie ont interrompu la transmission du poliovirus deux ou trois ans après le lancement des campagnes de vaccination par le VPO, les stratégies à mettre en place dans les pays restants doivent être soigneusement adaptées à un certain nombre de facteurs.
- 2. L'innovation technologique ne permet de combler les lacunes ni dans la gestion des programmes ni dans l'engagement de la communauté :** Dans certains pays tels que l'Inde et l'Égypte, l'interruption de la transmission du poliovirus soulève des difficultés exceptionnelles du fait de la forte densité de population, des mauvaises conditions d'assainissement et du potentiel infectieux très élevé. Le nouveau VPO monovalent s'est révélé

capable d'interrompre rapidement la transmission du poliovirus en Égypte. Toutefois, la plus large utilisation de ce nouveau produit n'a pas suffi dans les autres réservoirs d'endémie, qui étaient confrontés à des problèmes dans la gestion de base des opérations et à la faiblesse de l'engagement communautaire.

- 3. Une combinaison d'innovations adaptées au contexte national peut s'avérer fructueuse même dans les conditions les plus difficiles :** La réussite de l'Inde a montré combien il est efficace de combiner plusieurs pratiques exemplaires pour garantir la meilleure qualité dans les campagnes de vaccination antipoliomyélitique et pour interrompre la transmission dans les réservoirs restants. Parmi ces approches figurent une microplanification minutieuse associée à des opérations rigoureuses ; un suivi renforcé et des mesures strictes de responsabilisation ; des campagnes de mobilisation sociale bien gérées et une augmentation massive des ressources humaines aux niveaux des districts et des sous-districts.

Le 25 janvier 2013, le Conseil exécutif de l'OMS a examiné et adopté sans réserve le but, les objectifs et les échéances du Plan. Ce Plan se distingue des plans stratégiques précédents de l'IMEP par un certain nombre d'éléments clés, à savoir :

- des approches stratégiques visant l'éradication de tous les poliovirus (qu'ils soient sauvages ou dérivés de souches vaccinales) ;
- l'urgence accordée à l'amélioration des systèmes de vaccination dans les principales régions ;
- l'introduction de nouvelles options de vaccination par le VPI à un prix abordable, pour gérer les risques à long terme que font courir les poliovirus et éventuellement accélérer l'éradication du poliovirus sauvage ;

Enseignements

- **Il n'existe pas de modèle unique**
- **L'innovation technologique ne permet de combler les lacunes ni dans la gestion des programmes ni dans l'engagement de la communauté**
- **Une combinaison d'innovations adaptées au contexte national peut s'avérer fructueuse même dans les conditions les plus difficiles**

- des stratégies d'atténuation des risques permettant de faire face aux nouvelles menaces, en particulier à l'insécurité qui prévaut dans certaines zones d'endémie, et des plans d'urgence en cas de retard dans l'interruption de la transmission du poliovirus dans ces réservoirs ;
- un calendrier concret pour mener à bien le programme.

Ce Plan présente également une planification de la transmission des acquis. Il s'agit de tirer parti des enseignements de l'IMEP et de son infrastructure en les mettant à la disposition d'autres ressources sanitaires et de développement indispensables et, in fine, d'achever le programme de l'IMEP.

LES QUATRE PRINCIPAUX OBJECTIFS DU PLAN

1. Détection du poliovirus et interruption de sa transmission. Le premier objectif est l'interruption de la transmission de tous les poliovirus sauvages avant fin 2014 et l'élimination de toute nouvelle flambée due à un PVDVc dans les 120 jours qui suivent la confirmation du cas indicateur. L'accent est mis en premier lieu sur les trois pays d'endémie, les pays les plus exposés au risque d'importation en Afrique et ceux enregistrant une circulation persistante du PVDVc ou ayant été confrontés à l'émergence du PVDVc. Les activités seront centrées sur l'intensification de la surveillance mondiale des poliovirus, sur l'amélioration de la qualité des campagnes de vaccination par le VPO afin d'atteindre les enfants dans les pays d'endémie restants ou dans ceux enregistrant une circulation persistante du PVDVc, et sur la mise en place rapide d'une riposte aux flambées. Cet objectif intéresse également certains risques qui ont pris de l'ampleur au fil du temps, en particulier l'insécurité et les menaces qui ont pesé sur le programme en 2012, alors que l'on cherchait à le recentrer rapidement sur les zones et populations systématiquement délaissées. De portée mondiale, il complète les plans d'action d'urgence personnalisés mis en œuvre dans chaque pays d'endémie.

2. Renforcement de la vaccination et retrait du VPO.

Cet objectif porte sur l'accélération de l'interruption de la transmission de tous les poliovirus et devrait contribuer à rendre plus rigoureux le système de délivrance d'autres vaccins salvateurs.

Il concerne les 145 pays qui utilisent actuellement le VPO dans leurs programmes de vaccination systématique, l'Alliance GAVI et les partenaires des programmes de vaccination. L'élimination du PVDVc dépend du retrait final de tous les VPO, à commencer par le retrait de la composante de type 2 du vaccin antipoliomyélitique oral trivalent (VPOt). Le retrait de cette composante de type 2 suppose de remplacer les systèmes de vaccination systématique, d'introduire au moins une dose de VPI à un prix abordable dans le calendrier mondial de vaccination systématique, puis de remplacer le VPO trivalent par le VPO bivalent dans tous les pays utilisant le VPO – en fixant le moment où, en 2019-2020, on abandonnera le VPOb.

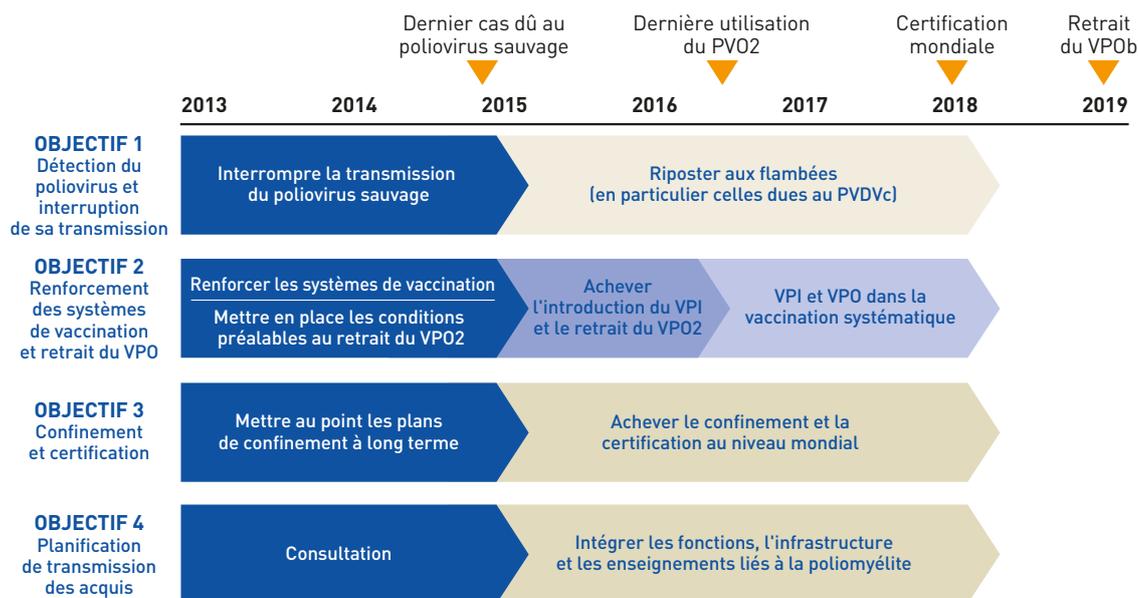
Pour atteindre cet objectif, il est indispensable de renforcer les systèmes de vaccination dans leur ensemble. L'IMEP prêtera une attention particulière à 10 pays qui correspondent pour l'essentiel aux pays cibles de GAVI, à savoir les trois pays d'endémie plus sept autres présentant un risque élevé de flambées dues au poliovirus sauvage et de réapparition régulière du PVDVc : l'Angola, l'Éthiopie, l'Inde, la République démocratique du Congo, la Somalie, le Soudan du Sud et le Tchad. L'IMEP mobilisera au moins 50% du temps de son personnel de terrain pour renforcer les systèmes de vaccination systématique dans ces pays avant fin 2014. L'objectif est de contribuer chaque année à une extension d'au moins 10% de la couverture vaccinale dans les districts les

Quatre grands objectifs

- **Interrompre la transmission de tous les poliovirus sauvages avant fin 2014 et éliminer toute nouvelle flambée due à un PVDVc dans les 120 jours qui suivent la confirmation du cas indicateur**
- **Accélérer l'interruption de la transmission et contribuer à renforcer les systèmes de vaccination**
- **Certifier que toutes les régions du monde sont exemptes de poliomyélite et veiller à ce que tous les stocks de poliovirus soient confinés en toute sécurité**
- **Faire en sorte que le monde reste définitivement exempt de poliomyélite et que l'investissement dans les opérations d'éradication soit bénéfique pour la santé publique dans les années à venir**

Figure 2: Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale*

La figure montre que si l'on dispose de tous les fonds nécessaires, chacun des objectifs sera poursuivi parallèlement, avec des dates butoirs fixées pour la réalisation de chacun.



* Les activités essentielles (surveillance, réseau de laboratoires et utilisation du VPI dans les vaccinations systématique par exemple) seront intégrées après 2019.

moins performants. En s'appuyant sur les enseignements tirés de l'éradication de la poliomyélite, les responsabilités du personnel de l'IMEP seront orientées spécifiquement sur le renforcement des capacités locales et nationales de gestion des programmes, sur la microplanification, sur la mobilisation des communautés et des personnalités influentes et sur le suivi de l'efficacité des programmes.

3. Confinement et certification. Les 194 États Membres de l'Organisation mondiale de la Santé participeront à la réalisation de cet objectif qui consiste à certifier à l'horizon 2018 que toutes les régions du monde sont exemptes de poliomyélite et que tous les stocks de poliovirus sont confinés dans les conditions de sécurité exigées. Ces activités porteront notamment sur l'obtention d'un consensus international concernant les conditions impératives de confinement biologique à long terme des poliovirus en laboratoire. Le respect de ces normes est une condition essentielle pour obtenir la certification de l'éradication.

Au cours de la période couverte par ce Plan, les six Régions de l'OMS devront mettre en place des commissions régionales de certification pour étudier la documentation de tous les pays et vérifier l'absence de tout poliovirus sauvage là où une surveillance du respect des normes de certification est en place.

4. Planification de la transmission des acquis.

Cet objectif vise à faire en sorte que le monde reste définitivement exempt de poliomyélite et que l'investissement dans les opérations d'éradication soit bénéfique pour la santé publique dans les années à venir. Pour y parvenir, il s'agit notamment de rationaliser les fonctions à long terme d'éradication de la poliomyélite comme la vaccination par le VPI, le confinement et la surveillance, d'exploiter les enseignements tirés d'autres grandes initiatives de santé et de faire évoluer l'infrastructure de la lutte contre la maladie, selon les besoins. Actuellement, le personnel chargé de l'éradication constitue la source la plus importante d'assistance technique externe pour

la vaccination et la surveillance dans les pays à faible revenu. Le personnel financé par les programmes de lutte antipoliomyélitique est chargé d'aider les pays à atteindre les enfants les plus vulnérables au monde, qui sont des centaines de millions, et de mener d'autres interventions sanitaires telles que la vaccination antirougeoleuse et la distribution de moustiquaires contre le paludisme. Il est essentiel de planifier soigneusement ces interventions afin que les enseignements tirés durant l'éradication de la poliomyélite ainsi que les actifs et infrastructures mis en place pour soutenir ces efforts soient adaptés de façon responsable à d'autres objectifs de développement et aux priorités sanitaires mondiales. Cela exigera une consultation approfondie avec un certain nombre de groupes de parties prenantes.

MISE EN ŒUVRE DU PLAN

Un aspect important de la réussite du Plan est la mise en place de vérifications et de bilans pertinents pour faire en sorte que les principales étapes soient achevées, que des mesures correctives soient prises selon les besoins et que le programme soit géré avec toute l'efficacité et l'efficience possibles en vue d'obtenir les résultats souhaités.

Un cadre de suivi servira à évaluer les progrès accomplis au regard de chacun des quatre objectifs et des étapes correspondantes définies dans le Plan. Il indiquera les domaines d'action de haut niveau requis pour atteindre les quatre objectifs et présentera en détail les activités à mettre en place dans chaque domaine d'action, les étapes et la méthode appliquée pour les évaluer. Même s'il est impossible de garantir l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage à une date précise, les tendances récentes dans la vaccination des enfants les plus difficiles à atteindre dans toutes les régions infectées nous laissent espérer pouvoir interrompre la transmission du poliovirus sauvage avant fin 2014 et obtenir la certification de l'éradication du poliovirus sauvage à l'horizon 2018.

Composée de tous les États Membres de l'OMS, l'Assemblée mondiale de la Santé représente le plus haut niveau de gouvernance de l'IMEP. Les Comités régionaux de l'OMS permettent aux États Membres de mener des discussions plus approfondies et apportent une contribution aux sessions du Conseil exécutif de l'OMS et de l'Assemblée mondiale de la Santé.

Un cadre de suivi servira à évaluer les progrès au regard des grandes étapes.

Aspects importants pour la réussite du plan

- **Système de vérifications et bilans pour garantir que les principales étapes sont menées à bien et que des mesures correctives sont prises si besoin**
- **Efficience et efficacité maximales pour administrer le programme et atteindre les résultats**

Table 1: Objectifs du Plan et organes de consultation et de suivi

OBJECTIFS	CONSULTATION ET SUIVI
1. Détection du poliovirus et interruption de sa transmission	Comité de suivi indépendant
2. Renforcement des systèmes de vaccination et retrait du VPO	Groupe stratégique consultatif d'experts (SAGE)
3. Confinement et certification	Commission mondiale de certification
4. Planification de la transmission des acquis	Comités régionaux de l'OMS et Assemblée mondiale de la Santé

Au premier chef, il incombe aux pouvoirs publics, à tous les échelons gouvernementaux, d'atteindre les objectifs du Plan. Dans les pays touchés par la poliomyélite comme dans ceux qui en sont exempts, le rôle des gouvernements nationaux est déterminant pour maintenir une surveillance sensible et une forte immunité au sein de la population, notamment par l'intermédiaire de services renforcés de vaccination systématique.

Ce Plan précise également le rôle des organes indépendants qui assurent le suivi des activités et dispensent des conseils sur les actions correctives à engager, le cas échéant. Ces groupes, énumérés dans le Tableau 1 et la Figure 3, éclairent le processus décisionnel des organes directeurs et du Conseil de surveillance de la poliomyélite, lequel est chargé de gérer les activités du partenariat contre la poliomyélite.

Le **Conseil de surveillance de la poliomyélite (POB)** supervise la gestion et la mise en œuvre de l'IMEP par l'intermédiaire des principaux organismes partenaires de celle-ci. Composé des dirigeants des principaux organismes partenaires de l'IMEP, il se réunit chaque trimestre pour examiner les activités de l'IMEP et garantir un haut niveau de responsabilité parmi ses partenaires. Les décisions du Conseil de surveillance de la poliomyélite sont appliquées par le biais du Comité d'orientation sur l'urgence de la poliomyélite et de ses principaux organes subsidiaires.

Le **Groupe des partenaires pour l'éradication de la poliomyélite (PPG)** oriente l'action du Conseil de surveillance de la poliomyélite, représente les parties prenantes et les donateurs partenaires de l'IMEP et veille à ce que l'Initiative bénéficie de l'engagement politique et des ressources financières nécessaires pour atteindre l'objectif d'éradication de la poliomyélite.

Figure 3: Structure de gouvernance pour la mise en œuvre du Plan

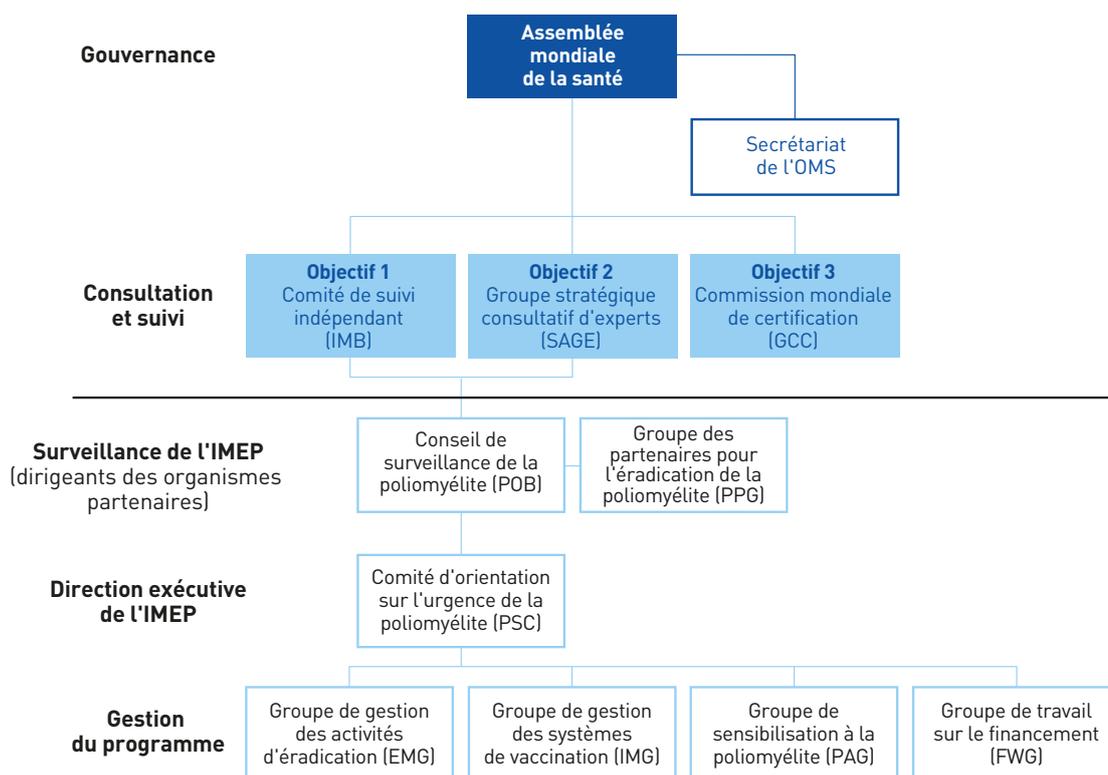


Table 2: Risques liés aux moyens d'action et à la mise en œuvre du Plan

RISQUES LIÉS AUX MOYENS D'ACTION	RISQUES LIÉS À LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN
Financement insuffisant	Incapacité à intervenir dans les zones d'insécurité
Incapacité à recruter et/ou à fidéliser les personnes appropriées	Volonté moins ferme des politiques et/ou de la société
Approvisionnement insuffisant en vaccins appropriés	Manque de responsabilité pour des activités de qualité

SURMONTER LES RISQUES

Il est possible que des facteurs imprévus et des risques externes retardent la réalisation des quatre principaux objectifs du Plan ou compromettent la capacité de l'IMEP à atteindre ces objectifs.

La reconnaissance des risques, l'identification des options d'atténuation ainsi que la formulation de plans d'urgence permettent de développer la capacité de l'IMEP à réagir rapidement face aux problèmes, à adapter ses stratégies aux besoins et à réduire au minimum les revers éventuels. Six grands risques pour l'avenir, liés aux moyens d'action et à la mise en œuvre du Plan, ont été recensés ; ils sont énumérés dans le Tableau 2.

Au moment d'établir la version définitive de ce Plan, le plus grand risque lié aux moyens d'action est l'insuffisance du financement pour le budget sur six ans de US \$5,5 milliards. Le risque le plus grave lié à la mise en œuvre du Plan est l'incapacité à intervenir au bénéfice des enfants dans les zones d'insécurité.

Au Pakistan et au Nigéria, l'insécurité a causé des pertes tragiques et fait peser en 2013 une nouvelle menace bien réelle sur le programme. Cependant, les dirigeants d'Afghanistan, du Nigéria et du Pakistan restent pleinement résolus, à tous les niveaux, à interrompre la transmission du poliovirus dans leur pays et des mesures ont été prises pour résoudre les problèmes d'insécurité. L'IMEP a élaboré un cadre général applicable aux zones d'insécurité, adapté au contexte de chaque pays.

Les grands principes sur lesquels repose le cadre sont que le programme doit être institutionnalisé dans le cadre plus large du programme de santé et, comme pour toutes les actions humanitaires, qu'il doit préserver sa neutralité. Les éléments fondamentaux de ce Plan sont les suivants :

1. Ajustements opérationnels aux campagnes d'éradication de la poliomyélite : réduire l'exposition du programme et des vaccinateurs

aux éventuelles menaces en prévoyant des campagnes moins longues ou plus discrètes.

2. Sécurité et sûreté du programme : développer la coordination entre les civils et les services de sûreté pour appuyer les évaluations locales des risques, les intégrer dans les plans opérationnels et, le cas échéant, assurer une plus grande sécurité physique des vaccinateurs et la sûreté du matériel.

3. Demande de la communauté : développer la demande dans la communauté locale afin d'élargir l'accès aux services de vaccination et aux services de santé de base, en menant différentes activités de sensibilisation portant sur la maladie, sur ses conséquences et sur sa prévention et, si on le juge utile, en associant la vaccination par le VPO à d'autres services et/ou interventions.

4. Plaidoyer des chefs religieux : intensifier sensiblement les actions de plaidoyer menées par les dignitaires musulmans au niveau international, national ou local pour renforcer l'appropriation du programme d'éradication de la poliomyélite et la solidarité dans le monde musulman, en particulier pour protéger les enfants de la poliomyélite et préserver le caractère sacré des agents de santé et la neutralité des services de santé.

5. Mesures de prévention de la propagation des poliovirus : réduire le risque de propagation depuis les zones d'insécurité en prenant des mesures telles que des activités intensives de vaccination dans les zones environnantes et la vaccination des voyageurs entrant ou sortant des zones infectées.

Ce cadre sera régulièrement évalué et d'autres mesures seront introduites dans toutes les zones où la transmission perdure après 2014, date fixée pour son interruption.

Cadre général

- ajustements opérationnels aux campagnes de lutte contre la poliomyélite
- sécurité du programme
- demande de la communauté
- plaidoyer des chefs religieux
- mesures visant à prévenir la propagation

FINANCEMENT DU PLAN

La mise en œuvre efficace et rationnelle du Plan exige que l'on dispose du plus grand volume de fonds possible dès le départ, pour garantir la certitude et la prévisibilité des ressources financières. Le financement total du Plan est indispensable pour :

- aider à préserver les acquis obtenus par l'IMEP à ce jour ;
- allouer les ressources de manière à garantir un impact maximal à long terme ;
- permettre à l'IMEP de mettre en place simultanément les mesures nécessaires pour atteindre les principaux objectifs du Plan, augmentant ainsi les chances de réussite.

Le financement total du Plan est indispensable pour

- préserver les acquis obtenus à ce jour
- contribuer à la meilleure allocation des ressources
- permettre à l'IMEP de mettre en œuvre les principaux objectifs du Plan

L'IMEP a réalisé une analyse approfondie des activités et des coûts, ce qui a permis de définir un budget de US \$5,5 milliards pour atteindre les objectifs du Plan jusqu'en 2018 (Figure 4)³. Même s'il est impossible de garantir l'interruption de la transmission à une date précise et bien que différents facteurs puissent intervenir,

ce budget illustre le fait que les pays d'endémie sont désormais en bonne voie pour interrompre la transmission avant fin 2014.

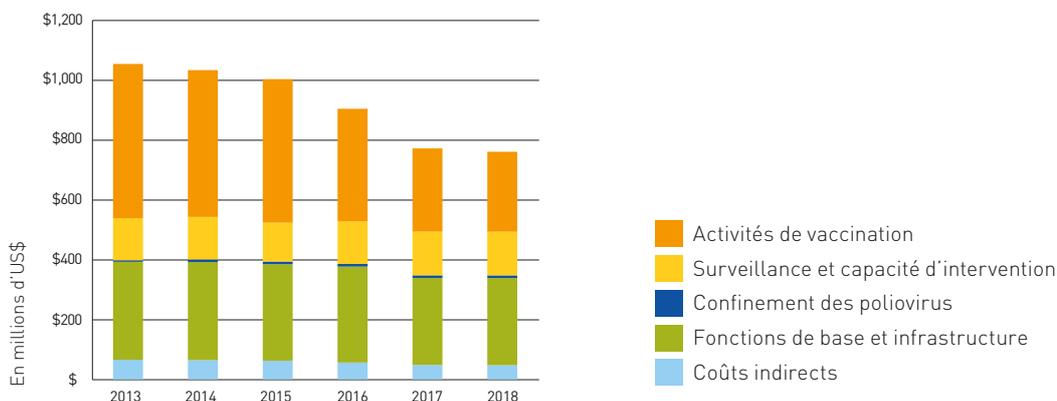
Ce budget comprend le coût des activités menées pour vacciner chaque année à plusieurs reprises

plus de 250 millions d'enfants. Il couvre également le suivi et la surveillance dans plus de 70 pays et la préservation de l'infrastructure qui pourra être utilisée par d'autres programmes de santé et de développement. Les coûts du programme sont directement liés au nombre et à la qualité des campagnes de vaccination. Le budget porte une attention particulière à l'amélioration de la qualité des campagnes de vaccination par le VPO nécessaires pour relever les niveaux d'immunité des enfants dans les zones les plus difficiles d'accès de l'Afghanistan, du Nigéria et du Pakistan.

Un chapitre sur les ressources financières décrit les hypothèses utilisées pour calculer les coûts du Plan ainsi que les imprévus au cas où un retard se produit au regard des principaux indicateurs dans des zones géographiques données ou dans certains volets du programme. Les besoins financiers pour la période sont présentés dans un document intitulé «Ressources financières nécessaires», où ils sont associés aux coûts correspondants et aux hypothèses de base et décomposés par grande catégorie budgétaire. Ces informations sont examinées et mises à jour tous les quatre mois.

Une stratégie a été mise en place pour obtenir un financement durable et prévisible sur la période 2013-2018 et faire en sorte qu'aucun déficit de financement n'entrave la mise en œuvre du Plan et donc l'éradication de la poliomyélite.

Figure 4: Budget du Plan, par catégorie, 2013-2018



³ Ce chiffre ne tient pas compte du financement que le Gouvernement de l'Inde affecte à son programme d'éradication de la poliomyélite pour la période de six ans.

Éradiquer la poliomyélite à tout jamais

L'éradication de l'une des maladies les plus tenaces au monde apportera un «bien public mondial» dans la mesure où les bienfaits d'un monde sans poliomyélite s'étendront à tous les enfants, où qu'ils se trouvent et à tout jamais, les protégeant pour toujours de cette maladie débilitante et évitable. L'IMEP est intervenue au bénéfice de plus de 2,5 milliards d'enfants dont la plupart vivent dans des zones parmi les plus difficiles et dans des communautés les plus vulnérables au monde. Le personnel et l'infrastructure financés par l'IMEP ont été utilisés pour assurer d'autres interventions sanitaires prioritaires, notamment la distribution de vaccins antirougeoleux, de compléments de vitamine A, de moustiquaires antipaludiques et d'anthelminthiques (comprimés vermifuges). L'IMEP a servi également de base pour la surveillance de maladies à tendance épidémique telles la fièvre jaune et la grippe aviaire dans des régions où les systèmes de santé sont fragiles, ainsi que pour l'action humanitaire engagée à la suite de catastrophes naturelles et d'autres situations de crise. La pleine mise en œuvre du Plan permettra non seulement d'éradiquer à tout jamais la poliomyélite mais aussi d'élargir les bienfaits de cette avancée en améliorant chez l'enfant les taux de primo-vaccination par des vaccins salvateurs. Par-delà l'éradication de la poliomyélite, la réussite de ce programme jettera les bases nécessaires pour tirer parti des enseignements du programme d'éradication et potentiellement, d'une grande partie des infrastructures étendues de l'IMEP, qui pourront continuer à être mises au service de la santé publique.

L'éradication de la poliomyélite aura également d'importantes retombées économiques positives. Selon une étude réalisée en 2010⁴, l'action de l'IMEP va générer un bénéfice net de US \$40-50 milliards pour les pays les plus pauvres de la planète, en grande partie grâce, d'une part, aux économies obtenues par la suppression des coûts de traitement des cas de poliomyélite paralytique et, d'autre part, aux gains de productivité. Le développement d'autres interventions sanitaires, le renforcement de la capacité de surveillance

des maladies et l'amélioration des systèmes de délivrance des vaccins résultant des activités d'éradication de la poliomyélite auront également une incidence économique favorable.

Grâce à l'IMEP, la poliomyélite touche aujourd'hui un nombre assez faible d'enfants dans le monde. Cependant, cette situation va changer rapidement si l'éradication n'est pas achevée, compte tenu de la tendance épidémique de cette maladie. La poursuite de la transmission endémique dans trois pays continuera de menacer les régions exemptes où qu'elles se situent, jusqu'à ce que l'éradication soit totale. Les flambées à grande échelle survenues récemment dans des pays exempts rappellent brutalement cette menace. En 2009-2011 encore, près de la moitié de tous les cas de poliomyélite étaient dus à la propagation de poliovirus issus de régions d'endémie dans des pays exempts de poliomyélite. Environ un tiers du budget 2011 de l'IMEP a été consacré à la riposte aux flambées dans des pays auparavant exempts. Si l'on ne parvient pas à éradiquer la poliomyélite maintenant, 200 000 nouveaux cas pourraient apparaître chaque année au cours des dix prochaines années.

L'aide apportée par la communauté mondiale pour financer entièrement le Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale 2013-2018 portera ses fruits pour les générations à venir. La réussite de la mise en œuvre du Plan montrera que, grâce au partenariat mondial, il existe désormais un modèle réaliste et adaptable permettant de faire bénéficier les populations les plus marginalisées des interventions sanitaires les plus fondamentales – un schéma directeur qui pourrait être utilisé avec succès dans les actions futures afin de garantir que les enfants les plus négligés du monde aient enfin la chance de vivre mieux et en meilleure santé.

Au cours des 25 dernières années, le personnel et les infrastructures financées par l'IMEP ont permis de répondre à des priorités sanitaires mondiales et nationales en distribuant

- des vaccins antirougeoleux
- des compléments de vitamine A
- des moustiquaires antipaludiques
- des anthelminthiques (comprimés vermifuges)
- et en assurant la surveillance de la fièvre jaune et de la grippe aviaire

⁴ Duintjer Tebbens DJ et al. *Economic analysis of the global polio eradication initiative. Vaccine*, 2010, 29 (2):334-343.

www.polioeradication.org

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