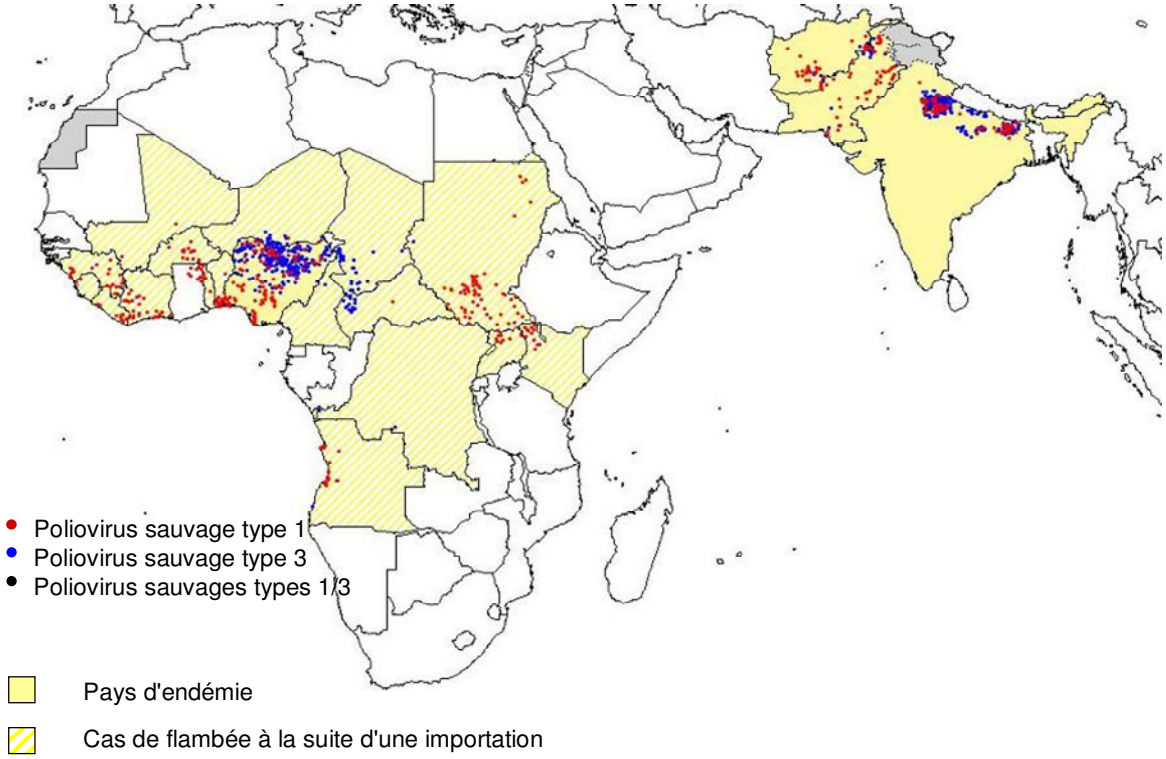
20 octobre 2009

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

RESUME D'ORIENTATION

Ali Jaffer Mohamed, Président et chef de l'équipe du Nigéria, Peter Ndumbe et Andrew Hall, chefs de l'équipe chargée d'étudier la propagation internationale, Viroj Tangcharoensathien, chef de l'équipe du Pakistan, Michael J. Toole, chef de l'équipe de l'Afghanistan et Peter Wright, chef de l'équipe de l'Inde.

Poliovirus sauvages, 16 sept. 2008-15 sept. 2009



Résumé d'orientation :

Introduction: Au printemps 2009, le Directeur général, le Dr Margaret Chan, a demandé une évaluation externe indépendante de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP). Le 28 février 2007, les quatre pays d'endémie et les parties prenantes de l'Initiative avaient lancé une «*intensification des efforts d'éradication*» pour déterminer leur capacité collective à surmonter les dernières difficultés techniques, opérationnelles et financières empêchant d'interrompre toute transmission du poliovirus sauvage dans le monde. À l'heure actuelle, après 24 mois d'*intensification des efforts*, il y a eu des progrès pour chaque type de difficultés, mais des risques persistent. On peut visualiser l'ampleur des défis qu'il faut encore relever en observant, sur la couverture du présent rapport, la carte de répartition des cas d'infections par des poliovirus sauvages décelés l'année dernière.

Cinq équipes ont procédé à cette évaluation – une pour chacun des quatre pays d'endémie qui n'ont jamais éradiqué la poliomyélite, le Pakistan, l'Afghanistan, l'Inde et le Nigéria, et une cinquième, chargée d'examiner la propagation internationale et s'intéressant plus particulièrement aux pays africains réinfectés. Les chefs d'équipe se sont réunis pour la première fois à Genève début juillet, et le Dr Asamoa-Baah, Directeur général adjoint, et les membres de l'IMEP les ont informés de la situation de l'Initiative à ce moment-là. Chaque chef a ensuite réuni une équipe rassemblant les compétences représentatives spécifiques pour sa mission dans le pays. Les visites dans les pays ont eu lieu en juillet et août, avec le soutien logistique du bureau du Directeur général. Chaque équipe a passé environ 10 jours dans le(s) pays assigné(s). Elle a ensuite présenté un rapport de mission détaillé, une évaluation et des recommandations (documents joints). **Ces documents sont les synthèses les plus complètes des observations de chaque équipe et doivent être étudiés conjointement avec le présent résumé.** Pour faciliter l'examen initial, une présentation générale d'une dizaine de pages a été préparée, au cours d'une réunion des chefs d'équipe à Genève, les 15 et 16 septembre. Le rapport a ensuite été examiné par un Comité de surveillance, composé d'un haut représentant des quatre partenaires à la tête de l'Initiative (l'OMS, le Rotary, les CDC et l'UNICEF), aucun d'entre eux n'étant directement impliqué dans la mise en œuvre ou la surveillance de l'IMEP. Suite à une suggestion du Comité, le rapport a ensuite été transmis aux programmes dans les pays pour qu'ils fassent leurs observations. Il sera par la suite présenté au Dr Chan. Ensuite, le document sera diffusé au sein de l'IMEP, communiqué à la structure de supervision de l'OMS, ainsi qu'aux pays qui travaillent avec tant d'énergie pour éradiquer la poliomyélite sur leur territoire et permettre ainsi d'atteindre le but de l'éradication mondiale.

Les équipes sont très reconnaissantes des efforts du Siège à Genève, et particulièrement des personnels dans les pays, pour leur faciliter la tâche. Bien que, par nécessité, nous ayons eu des rapports approfondis avec les équipes de l'Initiative, l'accent a été mis tout au long du processus sur le caractère indépendant de l'évaluation. Toutes les équipes estiment que ce but a été atteint.

Objectifs: Les objectifs de l'évaluation, définis à Genève, étaient les suivants:

- Évaluer, pour chaque zone infectée, la ou les principales difficultés empêchant d'obtenir une immunité suffisante dans la population pour interrompre la transmission persistante du poliovirus.
- Déterminer, en étudiant la gestion, la supervision et la mise en œuvre des campagnes, si d'autres facteurs cruciaux compromettent la couverture par le vaccin antipoliomyélitique oral (VPO) et donc l'immunité de la population.

- Évaluer les risques et les conséquences d'une propagation internationale de poliovirus sauvages à des zones jusque-là exemptes, ainsi que les actions à mettre en œuvre, en accordant une attention particulière aux zones de transmission persistante.
- Proposer des stratégies spécifiques à chaque zone, afin de surmonter les principales difficultés et de lutter contre les autres facteurs majeurs compromettant l'immunité de la population.
- Définir les mesures à prendre par les autorités locales, provinciales (ou de l'État) et fédérales pour garantir la mise en œuvre intégrale des stratégies spécifiques à chaque zone et interrompre la transmission.
- Définir les mesures à prendre par l'OMS, l'UNICEF et d'autres partenaires de l'IMEP aux niveaux infranational, national et international, pour soutenir la mise en œuvre des stratégies spécifiques à chaque zone, mettre un terme aux flambées persistantes en rapport avec des importations de virus et réduire les risques de nouvelles propagations internationales.

Structure du rapport: Le résumé d'orientation a été conçu pour présenter les principaux résultats et recommandations. Pour les besoins du document, les rapports des équipes ont été condensés en trois sections: la première associant l'Afghanistan et le Pakistan, la deuxième traitant de l'Inde, et la troisième couvrant le Nigéria et les pays africains réinfectés.

Résumé: L'éradication de la poliomyélite a suscité un grand nombre de réflexions et d'observations. Les équipes n'avaient pas pour tâche de traiter des questions générales sur la probabilité de succès de l'IMEP ou les avantages relatifs du choix de la poliomyélite en tant que cible à éradiquer, et elles ne s'en sont donc pas préoccupées. Toutes ont été impressionnées par le dévouement et l'énergie avec lesquels l'Initiative travaille et ont pleinement reconnu le caractère unique de cet effort dans l'histoire de la santé mondiale.

Notre contribution cumulée représente certainement le bilan le plus complet de l'IMEP jamais entrepris. Néanmoins, nous insistons sur le fait qu'il y a eu de nombreuses considérations liées au programme pour la réalisation d'une entreprise aussi unique que cette Initiative, par exemple le financement, les capacités de laboratoire, la qualité des vaccins ou encore la coordination mondiale, que nous n'avons pas pu suffisamment évaluer pour les commenter avec autorité. Même au niveau des pays, les visites de sites que nous avons pu faire, et donc les perceptions que nous en avons eues, ont été limitées par le temps (et, dans certains cas, par des considérations de sécurité). Nous aimerions également mentionner que le rapport que nous avons rédigé a été produit dans un temps limité, mais qu'on y retrouve les opinions franchement exprimées par les équipes. Il saute aux yeux de toutes les équipes comme de l'IMEP que, bien que des progrès impressionnants aient été accomplis dans certains secteurs, le nombre des cas d'infection par des poliovirus sauvages dans les pays témoigne que « l'on piétine » et les équipes ont consacré une grande partie de leurs efforts à élaborer des idées et des recommandations pour surmonter les obstacles. Notre indépendance vis-à-vis de l'IMEP implique que nombre de ces idées sont sans aucun doute déjà prises en considération ou ont même déjà suscité une action. Lorsqu'elles se sont retrouvées, les équipes ont été frappées par les ressemblances de leurs évaluations, malgré les différences entre les pays. En préparant cette présentation générale, plusieurs problèmes transversaux sont apparus et nous les décrivons ici.

- L'IMEP a une structure administrative très compliquée, à la fois à l'échelle mondiale et dans les pays. Elle a peu d'autorité ou de contrôle sur les entités locales chargées de la mise en œuvre et fonctionnant mal. En Inde, l'autorité puissante du Programme national de surveillance de la poliomyélite a permis de surmonter ce problème. Des méthodes

similaires, avec une autorité équivalente ou supérieure, pourraient être essentielles pour coordonner l'éradication pays par pays.

- Les disparités de l'aide de l'IMEP aux pays ont été notées et elles sont particulièrement marquées dans les pays nouvellement réinfectés (par exemple le Sud-Soudan ou l'Angola), qui recensent davantage de cas que certains des quatre pays d'endémie, mais qui disposent de beaucoup moins de ressources que les pays officiels d'endémie. C'est une question cruciale à résoudre.
- L'IMEP et un programme opérationnel de vaccination systématique (PEV) doivent travailler en étroite collaboration pendant la période précédant l'éradication, mais plus particulièrement après l'éradication, au moment où le recours au VPI injectable rendra les activités de vaccination supplémentaires (AVS) porte à porte plus difficiles à mettre en œuvre. Il y a des enseignements évidents à tirer, particulièrement du programme de lutte en Inde, pour renforcer la vaccination systématique.
- Dans tous les pays, il est clair que l'efficacité du programme dépend de l'engagement et des ressources au niveau local et à celui des simples citoyens.
- Avec la pression mise sur la réalisation de l'éradication, on n'accorde pas suffisamment d'attention aux stratégies post-éradication dont pourrait dépendre ultimement le succès de l'IMEP.
- Il faudra poursuivre et étendre les travaux de recherche, qui ont été faits jusqu'ici, sur la raison immunologique imposant de multiplier les vaccinations, l'âge auquel il faut vacciner, ainsi que l'utilisation optimale des nouveaux VPO et VPI qui ont été élaborés. Cela pourrait s'avérer particulièrement important en Inde du Nord, où il y a quelques problèmes opérationnels et où les données récentes semblent indiquer que le vaccin offre une protection sérologique, alors qu'il y a encore des transmissions.
- Les équipes sont sûres que l'éradication pourra être obtenue, si l'on arrive à résoudre les problèmes de gestion, de sécurité et les difficultés techniques. Néanmoins, le message pour l'IMEP qui ressort de nombreux sites est de ne pas faire de projections trop optimistes.

I. INFORMATIONS GENERALES

I.A Afghanistan et Pakistan

Les principaux problèmes dans les dernières zones infectées par la poliomyélite au **Pakistan** sont les suivants: 1) incapacité de maintenir une couverture très élevée par le VPO dans les zones accessibles densément peuplées; et 2) difficultés pour atteindre une couverture modérément élevée dans les zones d'insécurité de la Province de la Frontière du Nord-Ouest et du Baloutchistan. Dans toutes ces zones, on continue de signaler des cas de poliomyélite. Les transmissions au **Pakistan** et en **Afghanistan** sont liées entre elles, comme le montre l'identité génétique des cas signalés dans ces deux pays. Il y a une coordination régulière des activités des initiatives nationales entre les deux pays.

L'initiative pour l'éradication de la poliomyélite en **Afghanistan** a obtenu des succès remarquables dans un environnement de plus en plus difficile. Pour la majorité de la population afghane (84%), la transmission continuelle a cessé. Malgré la contraction de la zone de transmission, le nombre annuel des cas confirmés ne diminue pas et semble être resté au même niveau ces quatre dernières années: les 18 cas (types 1 et 3) notifiés en 2009 jusqu'à la mi-août correspondent à l'incidence enregistrée en 2008. On observe une très forte volonté politique, une très grande coordination entre les partenaires et une très bonne qualité technique du travail

d'équipe de l'initiative. Le niveau de planification, d'examen et d'analyse des AVS est lui aussi impressionnant.

I.B Inde

L'équipe a concentré ses efforts sur l'Uttar Pradesh et le Bihâr, les deux États au centre-nord de l'Inde où l'on continue de notifier des cas de poliomyélite et où l'on a établi la circulation de poliovirus de types 1 et 3. La population dans ces régions montre bien l'immensité de la tâche pour mener à bien des AVS devenues pratiquement mensuelles. À titre d'exemple, avec 187 millions d'habitants, dont 38 millions d'enfants de moins de 5 ans, chaque tournée de vaccination dans l'État de l'Uttar Pradesh mobilise quelque 200,000 agents et 22,000 superviseurs pour 33 millions de foyers. Il y a 110,000 postes fixes et 64,000 équipes faisant du porte-à-porte.

I.C Nigéria et propagation internationale

Actuellement, les 3 types de poliomyélite, y compris un poliovirus de type 2 en circulation et dérivé d'une souche vaccinale, sont présents au Nigéria, l'épicentre du problème se situant dans les provinces du nord du pays que l'équipe a visitées. La présence de poliovirus circulants de type 2 dérivant du vaccin Sabin est un problème qu'il faut résoudre et montre l'une des faiblesses du VPO en tant qu'outil post-éradication.

Pendant sa mission, l'équipe internationale est allée en Angola et au Soudan, deux pays qui ont des flambées persistantes de poliomyélite à la suite d'importations de virus en provenance du Nigéria et de l'Inde.

II. OBSERVATIONS

II.A Pakistan/Afghanistan

Dans ces deux pays, l'insécurité dresse l'obstacle le plus important à l'obtention d'une couverture vaccinale élevée. La situation est instable, imprévisible, et la sécurité est constamment menacée par diverses factions armées. En outre, le contexte de systèmes de santé et de soins de santé primaires mal financés entraîne la faiblesse des services systématiques, en particulier au **Pakistan**. En **Afghanistan**, l'approbation très médiatisée par des personnalités politiques, internationales et militaires a été utile dans le passé, mais pourrait être contre-productive dans les zones d'insécurité. Il est probable que les éléments antigouvernementaux s'opposeront par principe à tout programme perçu comme étant une grande priorité pour les autorités afghanes.

Dans les deux pays, la vaccination systématique comme les AVS contre la poliomyélite se heurtent à des problèmes de gestion des ressources humaines: faibles rémunérations des agents de vaccination et lassitude liée aux difficultés inhérentes à l'exécution du Programme élargi de vaccination et d'AVS de qualité dans un environnement dangereux, fréquence élevée des AVS, prolifération de tant d'initiatives verticales des donateurs ayant un impact direct ou indirect sur la vaccination. Les interférences politiques dans l'engagement des agents de vaccination et leur responsabilisation posent des problèmes majeurs dans certaines zones du **Pakistan**. De même, en **Afghanistan**, le recrutement des superviseurs de groupes et des bénévoles pour les AVS a été décrit suivant les cas comme confus, inefficace, inadapté à la culture ambiante et comme un moyen pour faire gagner de l'argent aux amis. La sélection des agents de vaccination doit tenir compte des réalités culturelles et politiques ; par exemple, le personnel féminin est acceptable

dans certains endroits, mais pas dans d'autres. On observe une incapacité à instituer une supervision, un suivi et une validation convenables des données. Cela est dû à l'impossibilité d'accéder aux zones d'insécurité et, dans le même temps, au manque de personnel d'encadrement qualifié.

Les déplacements massifs de populations à la fois entre le **Pakistan et l'Afghanistan** et entre les provinces de chaque pays peuvent potentiellement introduire des poliovirus sauvages dans des zones d'où ils avaient disparu depuis longtemps.

Les établissements de santé, et en particulier les centres annexes en **Afghanistan**, ont rarement des ressources suffisantes et n'arrivent à délivrer ni les services de l'initiative pour l'éradication de la poliomyélite, ni ceux du PEV. Les deux pays s'appuient trop fortement sur la catégorie de soignants appelée *agents de vaccination*. Les responsabilités des autres personnels de santé ne sont pas toujours bien comprises et, dans certaines provinces, les infirmières et les sages-femmes ne sont pas censées administrer les vaccins en l'absence d'agents de vaccination désignés pour cela.

En **Afghanistan**, l'engagement des ONG chargées de mettre en œuvre l'ensemble de base de services de santé est irrégulier en ce qui concerne les AVS. Certains responsables sanitaires de niveau intermédiaire (pas directement engagés dans l'initiative) manifestent leur scepticisme quant à la nécessité de mettre autant l'accent sur la poliomyélite. Dans le privé, les praticiens ne sont pas suffisamment mobilisés pour administrer les services systématiques du PEV, en particulier ceux qui continuent de travailler dans des zones d'insécurité. Les craintes perçues par les prestataires de services ne sont pas toujours suffisamment prises en compte et il pourrait être utile de mieux les informer sur la situation réelle de la sécurité dans les zones contestées.

En **Afghanistan**, il n'y a pas de système opérationnel d'orientation des cas de poliomyélite et de PFA vers des services efficaces de réadaptation. Nous n'avons pas de données factuelles expliquant la disproportion des cas notifiés de PFA poliomyélitique et non poliomyélitique entre le sexe masculin et le sexe féminin.

En **Afghanistan**, il n'y a pas une flexibilité suffisante pour accéder en toute sécurité aux enfants dans certaines provinces. Il n'y a pas une seule « manière correcte » de procéder avec les communautés dans les zones d'insécurité, même si les équipes ont entendu parler d'un certain nombre d'exemples de négociations par le biais de divers intermédiaires locaux, dont le personnel local d'ONG, des négociateurs engagés pour cela, des mollahs et des anciens dans les tribus. L'établissement du lien avec les zones d'insécurité pourrait se faire par l'intermédiaire d'un plus grand nombre de prestataires de services, par exemple les praticiens du privé ou des agents des services vétérinaires.

Alors qu'il y a peu d'indications d'une résistance à la vaccination et que les taux de refus sont faibles en **Afghanistan**, on observe en revanche des rumeurs persistantes et des idées fausses au **Pakistan** associant la vaccination antipoliomyélitique à une stérilisation ou à la stérilité, et il y a peu d'efforts pour résoudre ce problème. Dans les deux pays, la demande de vaccination est relativement faible car elle n'est pas perçue comme une grande priorité dans les communautés.

En **Afghanistan**, la Force internationale d'assistance à la sécurité comme les Talibans ont changé de politique et mettent désormais l'accent sur la stabilisation des populations et la prestation des services sociaux. Cette tendance offre des opportunités, tout en représentant aussi une menace : on a des possibilités de donner l'accès à des prestataires de services, mais aussi le risque d'une

prestation directe des services par des combattants, ce qui contrevient aux principes de base de l'aide humanitaire, à savoir la neutralité, l'impartialité et l'indépendance. Un certain nombre de gouvernements étrangers ont engagé à la fois des forces militaires et des programmes d'aide, certains avec l'appui de l'initiative pour l'éradication de la poliomyélite. Dans ce cas, il y a la possibilité que, dans les zones contrôlées ou influencées par des éléments antigouvernementaux, les activités de vaccination soient perçues par les responsables des communautés comme étant imbriquées dans les opérations militaires. Il faut donc protéger la **neutralité** du programme de lutte contre la poliomyélite.

On retrouve dans les principaux **obstacles techniques** à l'éradication le fait que certains cas de poliomyélite se sont produits chez des enfants qui avaient reçu plus d'une dizaine de doses de VPO. En **Afghanistan**, il apparaît que plusieurs cas récents sont survenus chez des enfants qui n'avaient pas voyagé et n'avaient pas été en contact avec des enfants provenant de zones d'endémie. En revanche, ils étaient en contact avec des enfants plus âgés ou de jeunes adultes de retour du **Pakistan**, ce qui pose la question de la participation des sujets plus âgés à la chaîne de transmission.

II.B Inde

L'équipe a conclu que l'effort de vaccination en Uttar Pradesh et au Bihâr était le plus complet et le mieux géré qu'il ait été donné d'observer à ses membres et que cela se traduisait par une couverture élevée dans les deux États. En bref, l'exécution du programme n'a pas été vue comme un facteur s'opposant à l'élimination de la poliomyélite. Pourtant, l'équipe a noté que, même si les résultats du VPO au Bihâr et en Uttar Pradesh sont comparables à ceux que l'on constate ailleurs dans les pays en développement, les conséquences d'un taux de séroconversion de 80%, par exemple pour le type 1, après l'administration de trois doses de VPO trivalent signifient que, même avec une couverture très élevée de 98%, on aboutit à un taux de séroconversion de 79% après les trois premières doses. De plus, même si l'on ne manque que 1% du très grand nombre d'enfants de moins de 5 ans en Uttar Pradesh et au Bihâr, on arrive très vite à la constitution d'une cohorte importante de nouveau-nés non vaccinés.

Dans les zones isolées de la rivière Kosi, au Bihâr, l'équipe a mené une enquête sur la couverture de la vaccination antipoliomyélitique dans plus d'une douzaine de villages. Elle a examiné 561 enfants pour voir s'ils portaient sur leur ongle la marque qu'on leur applique à la vaccination et constaté que quatre d'entre eux n'avaient pas été vaccinés (ces quatre enfants étaient en déplacement au cours de la campagne de la semaine précédente et aucun n'avait été vu par un poste de passage). Ce niveau de couverture de 99,2% correspond aux 99% constatés par une enquête sur tous les postes de la zone. En dehors de la difficulté d'accès à certaines zones, la population du nord de l'Inde est extrêmement mobile et 12% des vaccins administrés au cours d'une AVS au Bihâr ont été délivrés à des points de passage, par exemple des gares de chemin de fer.

Malgré des progrès récents, les programmes du PEV en Uttar Pradesh et au Bihâr sont encore faibles et se sentent menacés par le programme de lutte contre la poliomyélite. On estime la couverture systématique du VPOt à 53% au Bihâr et 40% en Uttar Pradesh. La charge supplémentaire que représente l'initiative pour l'éradication de la poliomyélite sur le personnel commun avec le programme de vaccination systématique est la raison avancée classiquement pour expliquer la faible couverture actuelle de la vaccination systématique.

Le Programme national de surveillance de la poliomyélite, le Gouvernement de l'Inde et leurs partenaires sont capables de maintenir une couverture élevée du VPO dans l'avenir immédiat, bien qu'un calendrier moins intense soit important à terme pour éviter la lassitude des agents. Une baisse du nombre de cas et d'isolements de poliovirus sauvages sera un facteur de motivation important à mesure que l'objectif d'élimination complète se rapprochera, même s'il y a eu de nombreuses mises en garde pour ne pas présenter un tableau trop «rose» de la situation ou donner des échéances qui ne seront pas respectées. Il faut accorder davantage d'attention à la stratégie post-éradication et à l'intégration à terme du Programme national de surveillance de la poliomyélite dans un programme renforcé de vaccination systématique.

Les efforts d'éradication de la poliomyélite en Inde constituent un programme bien visible et reconnu, s'appuyant sur une solide mobilisation des communautés et des éléments de communication, notamment en Uttar Pradesh et au Bihâr, les États d'endémie. La population connaît bien les symptômes de la poliomyélite, les avantages du VPO et le groupe ciblé (les enfants de moins de 5 ans); les réticences du début dans des groupes minoritaires ont largement disparu grâce à la mobilisation active des responsables ou des personnes influentes dans les communautés.

La transmission est favorisée par les conditions environnementales prévalant dans toutes les zones visitées où la circulation du poliovirus sauvage persiste: défécation n'importe où, contamination de l'approvisionnement en eau, surpopulation extrême (avec une densité de base de 1000/km^2 dans la zone de la Kosi, les populations rurales doivent encore s'entasser sur un dixième de leur territoire au moment des inondations qui accompagnent la mousson). À tous ces facteurs s'ajoutent une prévalence très élevée de la malnutrition, l'insalubrité des aliments d'appoint et un taux de natalité très élevé, avec un espacement des naissances de seulement un an dans certains cas. Dans ces conditions, la vulnérabilité des plus jeunes à la poliomyélite et à d'autres infections par des entérovirus devient manifeste.

L'une des questions essentielles est de savoir si les résultats du vaccin (à en juger par l'infectiosité et l'ampleur de l'immunogénicité qui s'ensuit) sont différents en Uttar Pradesh et au Bihâr de ceux que l'on observe dans d'autres pays tropicaux aux conditions environnementales comparables. On sait depuis longtemps que la réaction au vaccin antipoliomyélitique oral trivalent (VPOt) est compromise dans les pays en développement, la réaction dominante après l'administration de la première dose étant dirigée contre le type 2 et l'immunité aux types 1 et 3 se développant progressivement après l'administration des doses ultérieures. On ignore les raisons de cette immunogénicité limitée dans certains milieux tropicaux, mais il n'en reste pas moins que le VPOt a permis d'éradiquer la poliomyélite sur la plus grande partie du territoire indien. Récemment, il a été encourageant d'observer que les nourrissons âgés de 6 à 9 mois bénéficiant de la vaccination systématique et d'un vaccin supplémentaire monovalent contre le type 1 à Moradibad avaient une séroprévalence des anticorps contre le type 1 de 98 à 100%. Même en Uttar Pradesh et au Bihâr, il est important de noter que, sur les 9 lignées du type 1 présentes il y a quelques années, seule une persiste et, ces dernières années, le type 1 du poliovirus sauvage n'avait plus été observé pendant un an en Uttar Pradesh avant d'être réintroduit (à partir du Bihâr) en 2006. Comme dans le reste du monde, le poliovirus sauvage de type 2 n'a plus circulé en Inde depuis un certain nombre d'années.

II.C Nigéria et propagation internationale

L'équipe d'évaluation a considéré qu'il restait encore beaucoup de travail à faire pour parvenir à éradiquer la poliomyélite au Nigéria. Néanmoins, elle a estimé que l'infrastructure de base sur les sites visités était solide et que l'éradication était faisable dans un proche avenir.

Les problèmes de gestion sont les obstacles les plus importants s'opposant au succès du programme nigérian et on constate des difficultés à tous les niveaux, avec un impact variable. Au niveau fédéral, les obstacles actuels ont trait au vaste programme de développement de la santé du Nigéria, avec de très nombreux problèmes sanitaires à résoudre simultanément. Il en résulte qu'au niveau central on n'accorde pas l'importance requise à l'éradication de la poliomyélite. Au niveau des administrations locales (dans l'État de Kano, il y a 44 administrations locales et 14 dans le Zamfara) où les actions de vaccination ont lieu, l'importance accordée à l'éradication de la poliomyélite varie considérablement. Dans certaines zones, le programme est bien soutenu mais, dans d'autres, l'intérêt, l'appui et l'encadrement sont faibles. La faiblesse du programme de vaccination systématique est un autre des obstacles, car il ne permet pas de s'appuyer sur lui pour atteindre de hauts niveaux de couverture pour le vaccin antipoliomyélitique. L'initiative pour l'éradication de la poliomyélite dépend donc entièrement de la qualité de ses propres infrastructures.

Bien que la Déclaration d'Abuja, signée en février 2009 par le Professeur Babatunde Oshotimehin, Ministre de la Santé, au nom du Gouvernement fédéral et par le Dr Bukola Saraki, Gouverneur exécutif de l'État de Kwara et Président du Forum des gouverneurs, au nom de tous les gouverneurs, ait signalé le départ d'un effort renouvelé pour éradiquer la poliomyélite au Nigéria, la surveillance pour appliquer pleinement la Déclaration d'Abuja dans tous les États et zones d'administration locale n'est pas suffisante. Au Zamfara, l'équipe d'évaluation a observé que 2 des 14 administrations locales n'avaient pas créé de groupes spéciaux pour l'élimination de la poliomyélite et que l'un de ceux qui ont été créés n'était pas encore opérationnel. Certains hauts responsables n'avaient pas connaissance de la Déclaration d'Abuja. Bien que toutes les administrations locales aient débloqué leur part de financement, il apparaît que ces sommes sont insuffisantes pour obtenir une participation durable des communautés et la mobilisation sociale.

Les équipes de vaccination manquaient aussi bien de connaissances que de capacités de communication interpersonnelle pour réagir ne serait-ce qu'aux plus petites difficultés rencontrées dans les communautés pendant les JVP. Il n'existe aucun programme établi de formation pour veiller à préparer suffisamment toutes les équipes.

Un grand nombre de donateurs prêtent main-forte à l'IMEP; pour autant, il n'y a ni plan stratégique cohérent ni mécanisme pour élaborer ce type de plan.

L'insuffisance du financement opérationnel est également un problème pour de nombreuses administrations locales qui luttent pour donner à l'éradication de la poliomyélite la priorité qui lui revient, tout en faisant face à leurs autres responsabilités. Il semble qu'il y ait eu des problèmes majeurs au niveau de la gestion des fonds. Dans certaines administrations locales, les fonds pour la vaccination antipoliomyélitique ont été débloqués très tardivement, parfois seulement 24 heures avant le début des opérations, ce qui n'a pas laissé assez de temps pour préparer et mobiliser les ressources et les communautés. Il en a résulté une grande inefficacité au niveau de la planification et la mobilisation des ressources considérables requises pour une AVS n'a pas eu lieu. De nombreuses personnes interrogées ont évoqué des problèmes de gestion des fonds et l'absence de responsabilisation. Si cela se vérifie, on aurait là un sérieux obstacle à une exécution efficace de l'initiative pour l'éradication de la poliomyélite.

Les perceptions locales concernant l'innocuité des vaccins antipoliomyélitiques ont représenté un tel obstacle que l'État de Kano a retiré le VPO en 2003–2004. Les questions se sont posées en termes religieux et, dans cette communauté comme dans d'autres régions, il y a eu une baisse de la demande locale de vaccination. Ces préoccupations religieuses ont dressé, pour la mise en œuvre de l'éradication de la poliomyélite, des obstacles majeurs qui persistent encore aujourd'hui.

La mobilisation insuffisante des groupes locaux, femmes et autres, dresse un obstacle fondamental à la demande locale. Le manque d'intérêt, de soutien et de demande de la part des communautés est donc devenu un obstacle à l'éradication de la poliomyélite. En termes de survie de l'enfant, la poliomyélite n'a pas été en tête des priorités et il y a une rupture entre la vaccination et les autres services de soins.

Il y a des défaillances importantes dans l'entretien de la chaîne du froid, notamment dans l'État de Zamfara, par exemple des réfrigérateurs à énergie solaire qui ne fonctionnent pas. Les capacités de transport des vaccins sont insuffisantes par manque d'argent pour le carburant, etc.

Les pays dotés de puissants systèmes de santé et ayant une couverture vaccinale élevée ont réussi à endiguer la propagation internationale de la poliomyélite en provenance du Nigéria et de l'Inde. En revanche, les virus ont persisté dans les pays où les systèmes de santé sont sous-développés et où la couverture de la vaccination systématique est faible, **Sud-Soudan, Angola et Tchad**. Au Sud-Soudan, la couverture par 3 doses de VPO a été d'environ 20% malgré l'intensification récente et, en **Angola**, elle est d'environ 40%. Dans ces deux pays, l'accès aux soins de santé est limité. Au Soudan, 25% de la population approximativement y a accès et seule une partie de ces 25% en fait usage. En **Angola**, le pays reconstruit ses services publics mais il y a encore beaucoup de travail.

En dehors des conséquences sur la vaccination systématique, ce manque d'infrastructures sanitaires a aussi des répercussions sur la surveillance de la PFA. Alors que celle-ci est suffisante en Angola, il est probable qu'au Sud-Soudan des cas lui échappent et continueront de passer inaperçus. Ces deux pays, mais plus particulièrement le Sud-Soudan, sont confrontés à une pénurie sévère de personnels de santé qualifiés. La répétition des campagnes en Angola comme au **Sud-Soudan** a provoqué la lassitude des services de santé. Les principes directeurs de base pour la conduite des campagnes ne sont plus appliqués. Il est frappant de voir à quel point les ressources engagées par l'OMS et l'UNICEF en **Angola** et au **Sud-Soudan** sont limitées par rapport à celles consacrées à l'Afghanistan, au Pakistan et à l'Inde.

Le suivi des campagnes en **Angola** tend à indiquer qu'un nombre important d'enfants échappent à la vaccination. Même si ce fait n'est pas signalé au **Sud-Soudan**, on a des doutes sur l'efficacité du suivi dans ce vaste pays où certaines populations sont difficiles à atteindre.

Les campagnes des initiatives pour l'éradication de la poliomyélite ont provoqué une lassitude dans les communautés aussi bien en **Angola** qu'au **Soudan**. Ce point ressort particulièrement en **Angola** où il y a une demande d'autres services que la vaccination antipoliomyélitique. Au **Soudan**, cette vaccination a été régulièrement refusée dans un État, Equatoria Ouest.

La mobilisation sociale a connu un grand succès en **Angola** où l'OMS et l'UNICEF travaillent en étroite relation. En revanche, au **Sud-Soudan**, elle a pâti de difficultés liées au déblocage et à l'utilisation des fonds. Le partenariat entre l'UNICEF et l'OMS pour l'éradication de la poliomyélite était moins fort au Sud-Soudan. L'**Angola** affiche clairement sa volonté politique

d'éradiquer la poliomyélite et la communication fonctionne très bien entre les partenaires de l'initiative. Malgré tout, dans ce pays, le Ministère de la Santé fait face à de nombreuses demandes qui entrent en concurrence pour le développement des services de santé: lutte contre le paludisme, la pneumonie et la diarrhée par exemple. Au **Sud-Soudan**, les autorités se préoccupent avant tout du résultat du recensement, de la délimitation des frontières, du désarmement, de la démobilisation et de la réintégration. Malgré cela, le Gouvernement a déclaré sa volonté d'éradiquer la poliomyélite.

Les facteurs climatiques jouent un rôle crucial dans ces pays. Les inondations à Luanda et dans d'autres régions de l'**Angola** ont obligé à modifier les campagnes porte à porte et à les installer sur des points fixes. L'accès à certaines zones du pays nécessite l'appui de l'armée en raison de sa difficulté. Néanmoins, en **Angola**, il n'y a pas de problèmes majeurs de conflits ou d'insécurité**.** Au **Sud-Soudan**, la saison des pluies entraîne une limitation importante des activités. Il n'y a pratiquement aucune route goudronnée en dehors de la capitale et de nombreuses pistes d'atterrissage sont inondables. La présence de mines dans certaines zones de l'**Angola** comme du **Sud-Soudan** limite les déplacements du personnel international.

Le vaccin monovalent actuellement utilisé pour les JNV ou les AVS en fonction de la situation épidémiologique accroît la survenue de flambées des autres types. La présence d'un système durable de vaccinations systématiques dans le cadre du PEV, s'accompagnant de JNV de qualité pour administrer le vaccin adapté, VPOt ou VPOb, dès qu'il sera disponible, peut aider à surmonter ces difficultés.

III. RECOMMANDATIONS

III.A Pakistan/Afghanistan

Il doit y avoir un équilibre judicieux entre les AVS et le Programme élargi de vaccination systématique. Si les mesures de confinement au moyen des journées nationales de vaccination (JNV) en 2009 et au premier semestre 2010 réussissent, on pourra envisager de réduire la fréquence des JNV, tout en mettant l'accent sur des journées locales de vaccination (JLV) de qualité dans les zones à haut risque. Il faut que le gouvernement et les partenaires du développement renforcent la demande et l'administration de la vaccination systématique, et améliorent la couverture du PEV pour atteindre une couverture des 3 doses de VPO de 90%, en allouant davantage de ressources aux centres de santé à tous les niveaux, en accélérant les actions de proximité (mini-AVS), en déployant plus d'équipes mobiles et, au **Pakistan**, en renforçant le rôle des femmes agents de santé pour la prestation des services du PEV. *Le programme LHW (Lady Heath Workers: femmes agents de santé) est un moyen d'accès essentiel pour le renforcement des soins de santé primaires et il faut étendre rapidement la couverture de ce programme à l'ensemble du pays et intensifier son financement. Les niveaux de compensation devront être revus pour générer une motivation durable.*

Il faut préserver les bons résultats actuels de la surveillance de la PFA dans les deux pays et s'occuper immédiatement de sa dégradation dans la province du Baloutchistan au ***Pakistan***. Dans ce pays, il faudrait procéder à des évaluations de la couverture après les campagnes, au moyen du marquage des doigts au niveau des « Union Councils », et non des districts, afin de responsabiliser les équipes à ce niveau. Pour éviter les conflits d'intérêts pour l'évaluation de la couverture après les campagnes, il convient d'employer des équipes indépendantes qui n'ont pas participé aux JNV/JLV.

*En **Afghanistan**, il faudrait réduire le nombre des JNV à partir du second semestre 2010 après une analyse technique rigoureuse, comportant la modélisation de l'immunité dans chaque province, sur la base de la couverture de la vaccination systématique, de l'accès aux AVS, de leur couverture et de l'exposition à des migrants en provenance de zones de circulation du poliovirus sauvage.* La diminution du nombre des JNV doit être soigneusement programmée et se faire par étapes. Il faut faire une planification détaillée de JLV district par district et groupe par groupe, avec des dates et des méthodes flexibles pour accéder aux communautés.

*En **Afghanistan**, il faut harmoniser les initiatives des donateurs pour renforcer les services mobiles et de proximité pour la vaccination **systématique**, comme Sustainable Outreach Services (SOS: services de proximité durables), Reach Every District (RED: couvrir chaque district), et Quick Impact Projects (QIP: projets à effet rapide); renforcer la coordination de la surveillance de la PFA en **Afghanistan et dans les zones frontalières du Pakistan**; maintenir des activités intensives de vaccination transfrontalières et coordonner étroitement les actions des initiatives pour l'éradication ; synchroniser le calendrier des AVS et les stratégies de communication.*

Il faut résoudre les problèmes au niveau des ressources humaines, comme la faiblesse des rémunérations pour les agents de vaccination et des incitations pour les bénévoles des campagnes. Dans les deux pays, les rôles et responsabilités des établissements de santé, des personnels soignants et des autres parties prenantes doivent être précisés. La vaccination doit être incluse dans les descriptions des tâches à accomplir par toutes les catégories de personnel médical et infirmier de tous les centres de santé (centres généraux, de base, centres annexes).

*En **Afghanistan**, il faut préciser les procédures d'orientation des cas de PFA poliomyélitique et non poliomyélitique qui ont besoin de services de réadaptation.* Actuellement, la plupart des hôpitaux en province n'ont pas les moyens de fournir des soins efficaces de physiothérapie. Il existe des dispositions pour couvrir les frais de traitement dans les six centres d'orthopédie.

Il faut reconnaître la diversité des acteurs potentiels pour à la fois faciliter l'accès aux districts à haut risque et se charger de la supervision, du suivi et de l'évaluation. Les administrateurs devraient être plus audacieux dans leur approche et ouvrir des négociations discrètes en s'appuyant sur divers intermédiaires, personnel local des ONG, négociateurs engagés à cette fin, mollahs, anciens des tribus, vétérinaires des districts, afin de pouvoir accéder aux zones contestées.

Les procédures de sélection des superviseurs de groupe, des équipes d'agents de vaccination bénévoles, de mobilisateurs et de vérificateurs des campagnes doivent être plus rigoureuses pour renforcer la capacité des programmes à évaluer et valider les résultats au niveau des communautés.

*Il faut continuer à piloter et évaluer des méthodes novatrices de mobilisation dans les communautés, de type « cours des femmes » (women's courtyards) en **Afghanistan**,* tout en admettant que ces stratégies peuvent n'être acceptables que dans des zones géographiques relativement limitées.

*Au **Pakistan**, il faut revoir les buts et objectifs des stratégies de communication pour les AVS et la vaccination systématique. Des méthodes novatrices de communication, y compris par le divertissement et l'éducation, sont nécessaires pour stimuler la demande, ainsi que des messages clairs et culturellement adaptés pour contrer les rumeurs, les idées fausses et la désinformation du grand public. Le recrutement de personnels de santé féminins parlant la langue locale*

(notamment le pashtoun) dans l'équipe de vaccination et pour les bilans après les campagnes impliquant des superviseurs de zone à des réunions en soirée pourrait contribuer à leur responsabilisation.

Face aux demandes en concurrence, *nous recommandons de maintenir à leur haut niveau actuel les engagements politique et financier, l'intérêt et l'appropriation, afin d'améliorer le PEV systématique et instaurer des campagnes de vaccination antipoliomyélitique de qualité.* Toutefois, en **Afghanistan**, l'aval apporté par des personnalités politiques, internationales et militaires de renom pourrait ne plus être nécessaire et même devenir contre-productif dans les zones d'insécurité. *Il faut œuvrer pour la neutralité du programme de lutte contre la poliomyélite.* Alors que l'engagement politique reste important pour maintenir l'allocation des ressources à l'initiative pour l'éradication de la poliomyélite, *il faut réduire la participation **visible** des personnalités politiques dans les campagnes de vaccination. On mettra l'accent sur des négociations discrètes et locales avec les éléments antigouvernementaux en faisant appel à divers intermédiaires. Il faut dissocier les AVS des évènements qui pourraient être utilisés par ces éléments antigouvernementaux pour politiser l'initiative pour l'éradication de la poliomyélite.*

Le nombre des cas de poliomyélite baissant avec l'amélioration de la couverture vaccinale, *il pourra s'avérer nécessaire d'améliorer la qualité de l'examen des cas de PFA « insuffisants ».* Bien que les raisons de cette « insuffisance » soient systématiquement étudiées dans le système actuel, il pourrait s'avérer utile d'améliorer aussi cette pratique. Il faudrait en particulier communiquer à toutes les parties prenantes dans le système de surveillance les enseignements que l'on retire des cas individuels pour améliorer la détection précoce.

*Des travaux de recherche opérationnelle doivent avoir lieu en **Afghanistan** pour expliquer les problèmes suivants: les cas d'infection par la poliomyélite chez des enfants ayant reçu un grand nombre de doses de VPO; la possibilité de contagion pour certains enfants à partir d'enfants plus âgés ou d'adultes de retour du Pakistan, la disproportion des cas de PFA notifiés entre le sexe masculin et le sexe féminin.*

III.B Inde

L'intensification des AVS caractérise les programmes en Uttar Pradesh et au Bihâr. Le renforcement de la gestion et de l'appui administratif a été assuré pour soutenir la planification, l'exécution et le suivi des AVS, afin de garantir une couverture quasi complète de la vaccination dans la population ciblée. L'augmentation du nombre des tournées de vaccination semble être la réponse instinctive à l'échec du programme pour interrompre la transmission du virus, sans qu'il y ait eu une évaluation critique de leur avantage et de leur nécessité. L'équipe *recommande, pour la pérennité du programme, de procéder à un examen critique du calendrier, des vaccins administrés, des zones couvertes et de la fréquence des tournées de vaccination.* L'une des méthodes pour éviter l'accumulation de sujets sensibles consiste à concentrer davantage les efforts sur les enfants de moins de 1 an.

L'usage du vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI) est une question qui a été soulevée à chaque fois que l'équipe d'évaluation s'est entretenue avec des hauts responsables publics, médecins ou non médecins. Comme nous l'avons déjà relevé, le VPO est perçu comme n'ayant pas été aussi immunogène qu'on l'espérait et l'on pense que l'introduction du VPI serait une adjonction utile. L'introduction du VPI n'est pas une mince affaire en raison de son coût et des contraintes logistiques. Pour l'équipe, il ne semble pas très vraisemblable de pouvoir l'administrer dans le cadre de visites porte à porte et il faudrait élaborer une approche s'appuyant sur des centres fixes

et permettant de vacciner en même temps un grand nombre d'enfants. La couverture par 3 doses de DTC est actuellement de 50% et, pour être efficace, une stratégie de vaccination supplémentaire par le VPI devra atteindre une couverture systématique bien plus élevée. La transposition de cette stratégie à l'échelle de la santé publique sera un défi majeur. *Néanmoins, il faut examiner la question du VPI dans le contexte du nord de l'Inde*. La démonstration du fait que l'association du VPO et du VPI a induit une réponse des anticorps uniformément élevée contre les trois types de poliovirus dans divers pays est particulièrement intéressante (WHO Collaborative Study Group on Oral and Inactivated Poliovirus Vaccines. Combined immunization of infants with oral and inactivated poliovirus vaccines: results of a randomized trial in The Gambia, Oman, and Thailand. Bull World Health Organ. 1996; 74(3): 253–268). *La planification des études sur le VPI devrait comporter un bras associant le VPO et le VPI.*

Si une amélioration générale de l'assainissement semble très improbable dans un avenir prévisible, l'attention portée à la salubrité de l'eau et à l'hygiène, en particulier pour les moins de 2 ans, est une intervention utile à examiner. Plus précisément, aucun puits tubulaire dans la zone de la Kosi n'était protégé par des socles ou des plates-formes et nombre d'entre eux étaient entourés d'eau sale stagnante. On nous a dit qu'on avait mis en évidence *E. coli*, signe de contamination fécale, dans 80% des puits de cette zone. *D'autres études pourraient de fait s'avérer utiles pour définir les indicateurs des puits les plus contaminés. Il faut étudier des technologies simples et peu coûteuses pour protéger les puits en zone rurale.*

L'introduction du vaccin bivalent contre les types 1 et 3 devrait avoir des avantages opérationnels importants. Les données provenant du sud de l'Inde semblent indiquer que l'immunogénicité est proche ou équivalente de celle conférée par les vaccins monovalents. *Il faut introduire dès que possible le VPO bivalent dans le programme, en validant son efficacité.*

La surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA) est une composante essentielle du programme. Les normes mondiales sont un taux de détection des cas de PFA de 2/100,000. Au niveau national, le taux de PFA non poliomyélitique était en 2009 de 6,6/100 000 pour les enfants de moins de 15 ans, de 18/100,00 et de 30/100,000 au Bihâr et en Uttar Pradesh respectivement, tandis que, sur les rives de la Kosi, il dépasse les 100/100,000, en grande partie à cause d'un élargissement de la définition de cas. *L'élargissement de la définition de cas a des répercussions importantes sur le programme et, par conséquent, bien que la notification de la PFA constitue un outil essentiel pour détecter la circulation des poliovirus, une définition stricte du cas de poliomyélite doit être adoptée (comme cela a été fait pour la poliomyélite associée au vaccin (PAV)) et il faut faire la distinction entre la détection d'un poliovirus sauvage dans les selles et un cas de poliomyélite.* Nous pensons que le désenchantement d'observer des cas décrits comme étant de la poliomyélite après l'administration de multiples doses vaccinales (10–20) est un puissant facteur de démoralisation dans le programme. Dans de nombreux cas, il pourrait s'agir d'une protection incomplète des muqueuses avec l'infection des intestins par le poliovirus sauvage qui en résulterait, sans pour autant signifier un échec du vaccin et de la protection qu'il confère contre cette maladie.

Le Groupe consultatif d'experts indien (IEAG) offre un excellent cadre d'échanges pour la prise de décisions sur la stratégie vaccinale. Nous sommes cependant inquiets de la recrudescence des virus de type 3 et *recommandons d'accorder la même attention à l'éradication du type 3.*

La persistance de la circulation de poliovirus sauvages malgré l'administration de nombreuses doses de VPO est préoccupante et semble indiquer que, dans le contexte indien, soit l'immunité intestinale reste incomplète après de multiples doses de VPO, soit, malgré la présence d'une

immunité intestinale, la densité de poliovirus sauvages dans l'environnement indien est telle qu'elle permet une excrétion continue et la transmission. Les conséquences de ces observations pour la santé publique sont effrayantes. Il faut obtenir d'urgence des informations plus complètes sur l'immunité intestinale dans l'environnement indien. *Nous invitons à faire des études sur ce sujet (études d'épreuve avec le vaccin Sabin après le VPO et le VPI) en Uttar Pradesh et/ou au Bihâr).*

Est-ce que les graves problèmes environnementaux, inondations, saleté, assainissement, mauvaise qualité de l'eau, forte densité de la population, en particulier dans les zones périurbaines et les squats, ainsi que dans les petits îlots isolés sur les lits des rivières, réussissent à entretenir la circulation du poliovirus sauvage malgré des taux de couverture extrêmement élevés pour le VPO? *Il faut faire un échantillonnage plus complet de l'environnement pour mieux comprendre la persistance des poliovirus sauvages dans ces milieux inhabituels.*

III.C Nigéria et propagation internationale

C'est au niveau des administrations locales que l'on trouve les <u>maillons les plus forts</u> et <u>les plus faibles</u> du programme d'éradication au Nigéria. Les résultats locaux des AVS varient et dépendent fortement de l'administration locale de la zone. *Il faut trouver des solutions de financement sur le long terme pour les administrations locales (par exemple le compte groupé, dit « basket account », mis en place au Zamfara).* On peut vérifier les résultats locaux au moyen d'une liste de contrôle qui sera ensuite communiquée au Gouverneur pour qu'il puisse faire un retour d'information lors de ses réunions avec les présidents des administrations locales. *Il faut améliorer la qualité des données du suivi (par l'adjonction de méthodes supplémentaires comme l'échantillonnage par lots pour l'assurance de la qualité. Il faudrait prévoir et appliquer, au niveau fédéral, à celui des États et à celui des zones d'administration locale, un système de récompenses ou rétributions, fondées sur les résultats et la mise en œuvre de l'initiative. On pourrait envisager une participation des partenaires donateurs dans le suivi et l'analyse au moyen d'un cadre stratégique portant sur la mise en œuvre du programme et la responsabilisation auprès de points focaux désignés au niveau de la présidence, des gouverneurs et des administrations locales. Les améliorations planifiées doivent veiller à ce que le stockage de vaccins soit suffisant en tous lieux. Les administrations des États jouent également un rôle majeur pour diriger la gestion du programme et la mobilisation sociale. Toutes les parties prenantes, à tous les niveaux, doivent adopter de bonnes règles comptables. Il faut également encourager les communautés à exiger les services de vaccination. De bonne pratiques de gestion opérationnelle, financière et logistique du programme devront s'appliquer, en particulier pour les AVS.*

L'engagement et la supervision renforcés doivent se traduire par une amélioration de la qualité des activités essentielles du programme en développant l'intérêt politique et la responsabilisation aux différents niveaux, grâce à un <u>contrôle et un suivi attentifs</u> dans les bureaux de la présidence du pays et des gouverneurs (c'est-à-dire en créant une petite unité dans chacun de ces bureaux). De plus, l'intégration régulière de l'éradication de la poliomyélite à l'ordre du jour des discussions entre le Président et les gouverneurs des États, puis avec les administrations locales, aidera à surveiller attentivement l'évolution de la situation à tous les niveaux.

Il faut aussi suivre attentivement la mise en œuvre de <u>tous les aspects</u> de la Déclaration d'Abuja, avec des rapports de situation réguliers sur l'initiative pour l'éradication de la poliomyélite par les gouverneurs et le Président. Les présidents des administrations locales doivent présenter des <u>rapports réguliers</u> aux gouverneurs exécutifs (réunions de feed-back).

Le grand nombre d'enfants qui échappent au programme de vaccination systématique et à l'IMEP est un sinistre rappel de la gravité de ces obstacles. L'État de Zamfara a récemment mis en place des équipes de rue pour trouver et vacciner ces enfants, mais cette initiative n'a pas eu le résultat escompté. Les raisons qui ont été données sont que le programme était très récent et qu'il n'était pas encore bien compris. *Il faut néanmoins considérer qu'une difficulté importante à résoudre consiste à trouver une stratégie axée sur la vaccination des enfants qui n'en ont pas bénéficié jusque-là ou qui sont difficiles à atteindre.*

La demande dans les communautés pour la vaccination antipoliomyélitique et les autres vaccinations systématiques n'a pas été forte au Nigéria ; néanmoins, l'appui des institutions traditionnelles et le niveau de connaissances sur les questions concernant l'éradication de la poliomyélite ont augmenté récemment. *Un programme soutenu et enthousiaste de mobilisation sociale, impliquant les organisations locales de femmes et les chefs religieux et traditionnels, devrait aider à surmonter ces obstacles. Il faut proposer aux équipes et personnels de la vaccination des programmes de formation permettant de développer les techniques de communication interpersonnelle pour qu'ils puissent répondre même aux plus petites difficultés locales qu'ils rencontrent au cours des JVP. Il faut mettre pleinement en œuvre une puissante campagne de communication. On prévoira et appliquera un système de récompenses ou rétributions sur la base des résultats de la mise en œuvre de l'initiative.*

Au Nigéria, les fonctionnaires des différents services des administrations locales et de l'éducation devront jouer un rôle actif et crucial pour parvenir à éradiquer la poliomyélite. Le secteur de l'éducation en particulier devra tenir un rôle de premier plan pour la mobilisation sociale, les écoles servant de tremplin pour établir et renforcer la demande des communautés pour l'éradication de la poliomyélite.

Dans d'autres pays africains, l'accent mis sur les campagnes de vaccination sans accorder autant d'importance à la vaccination systématique détourne des ressources de cette dernière et entraîne une vulnérabilité à la réintroduction et à la persistance des virus sauvages dans les pays où la vaccination systématique reste à un faible niveau ou dont les systèmes de santé sont sous-développés. *Ces campagnes doivent appliquer les principes directeurs de base en mettant davantage l'accent sur la mobilisation sociale. Le renforcement de la vaccination systématique dans les districts frontaliers des pays voisins de ceux où la poliomyélite a été ou est de nouveau endémique limitera les exportations de virus. La séparation de l'IMEP et du PEV a conduit à mettre moins l'accent sur les activités de vaccination systématique, et il serait avantageux de les réintégrer et de renforcer les programmes liés au PEV, en particulier dans les pays où la vaccination systématique reste à un faible niveau. Il faudra augmenter fortement les ressources engagées dans les pays où persistent des virus sauvages réintroduits si l'on veut arriver à interrompre la circulation.*

La vaccination des voyageurs contre la poliomyélite est indiquée aux points de passage entre les pays d'endémie et les pays exempts de cette maladie.

Au niveau régional, l'équipe internationale a constaté que les bureaux régionaux mettaient davantage l'accent sur les campagnes que sur la couverture systématique. *Elle a en particulier conclu que l'amélioration de la vaccination systématique ciblée spécifiquement sur les zones à risque élevé d'importation (par exemple les districts voisins de zones d'infection persistante) permettrait d'éviter l'introduction comme la persistance du virus, tout en renforçant la lutte contre les PVDV en général.* Les problèmes de qualité des campagnes ont semblé liés à la lassitude dans de nombreux pays, en particulier ceux qui connaissent une circulation persistante

du virus. Il n'est pas apparu de solution à cette difficulté au niveau régional. *Des contacts et discussions hebdomadaires entre AFRO et EMRO permettraient d'améliorer la coopération pour définir des mesures de lutte contre la transmission transfrontalière.* L'avantage de la proposition d'AFRO, consistant à organiser 2 JNV sur tout le continent, n'est pas apparu clairement à l'équipe par rapport à un recentrage de l'attention sur les pays où le virus persiste et où la couverture systématique est faible.

Dans les pays réinfectés, les campagnes doivent appliquer les principes directeurs de base en mettant davantage l'accent sur la mobilisation sociale. Il faut améliorer la coordination entre l'OMS, l'UNICEF, les PEV nationaux et les autres partenaires de l'IMEP au niveau des pays pour veiller à une exécution optimale du PEV systématique comme des campagnes. La coordination entre l'équipe du PEV/de la poliomyélite et celle de la mobilisation sociale doit être renforcée au niveau central comme dans les instances décentralisées. On consacrera des ressources humaines supplémentaires, des conseils techniques et des financements à la mobilisation sociale dans ces pays (si l'on veut vaincre les résistances, créer une demande et faire participer les communautés). Il faut renforcer les capacités de planification, de gestion et de suivi en mettant particulièrement l'accent sur les activités au niveau des districts.