

# Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite

PROGRAMME DE TRAVAIL 2009 et  
RESSOURCES FINANCIÈRES NÉCESSAIRES  
2009-2013

---

Données de mai 2009



Organisation  
mondiale de la



unicef 

© Organisation mondiale de la Santé 2009

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès de l'équipe Marketing et Diffusion, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27, Suisse (téléphone : +41 22 791 2476 ; fax : +41 22 791 4857 ; e-mail : [bookorders@who.int](mailto: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 à l'unité Publications, à l'adresse ci-dessus (fax : +41 22 791 4806 ; e-mail : [permissions@who.int](mailto:permissions@who.int)).

Les appellations employées dans ce bulletin et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du Secrétariat de l'OMS 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 encore fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique 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 ne garantit pas l'exhaustivité et l'exactitude des informations contenues dans la présente publication et ne saurait être tenue responsable de tout préjudice subi à la suite de leur utilisation.

Conception et mise en page : [Paprika-annecy.com](http://Paprika-annecy.com)

# Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite

---

PROGRAMME DE TRAVAIL 2009 et  
RESSOURCES FINANCIÈRES NÉCESSAIRES  
2009-2013

---

Données de mai 2009



# Table des matières

<b>1. Contexte</b>	<b>2</b>
<b>2. Analyse de la situation</b>	<b>3</b>
<b>3. Programme de travail 2009 et principaux résultats attendus</b>	<b>4</b>
3.1 Maintien de l'application des principales stratégies d'éradication	4
3.2 Evaluation des principaux obstacles identifiés pendant l' <i>effort intensifié d'éradication de la poliomyélite</i>	4
3.3 Evaluation des nouvelles approches stratégiques dans chaque pays endémique	5
3.4 Mise au point et évaluation de nouveaux outils	7
3.5 Mise en œuvre d'activités supplémentaires pour limiter la propagation internationale et stopper les flambées	8
3.6 Evaluation et renforcement de la sensibilité de la surveillance au niveau sous-national	9
3.7 Mise au point d'une politique post-éradication	10
3.8 Finalisation du plan stratégique pluriannuel	11
<b>4. Budget et Ressources financières nécessaires pour 2009-2013</b>	<b>12</b>
4.1 Ressources financières nécessaires, 2009-2013	14
4.2 Implications budgétaires en cas de retard dans l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage	16
4.3 Planification pour la période post-2013	17
<b>5. Annexes</b>	<b>18</b>

# 1. Contexte

L'année 2009 marque la fin du plan stratégique (2004–2008) de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. Ce plan se caractérise par la poursuite de l'*effort intensifié d'éradication de la poliomyélite*, par des essais cliniques portant sur de nouveaux outils d'éradication (tels que les VPO bivalents), par l'évaluation des nouvelles approches stratégiques destinées aux zones endémique, par des activités supplémentaires pour limiter la propagation internationale, sans oublier une évaluation indépendante majeure de l'*effort intensifié d'éradication de la poliomyélite* à l'échéance de 24 mois.

Ces activités devant avoir un impact important sur la finalisation du nouveau plan stratégique pluriannuel, l'année 2009 constitue une année charnière, au cours de laquelle ce programme de travail 2009 de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite servira à guider le travail du partenariat pour l'Initiative et servira de plateforme pour informer les parties prenantes.

Le nouveau plan stratégique, qui a été demandé par l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2008, sera basé sur le résultat du programme de travail 2009 et publié en janvier 2010.

## 2. Analyse de la situation

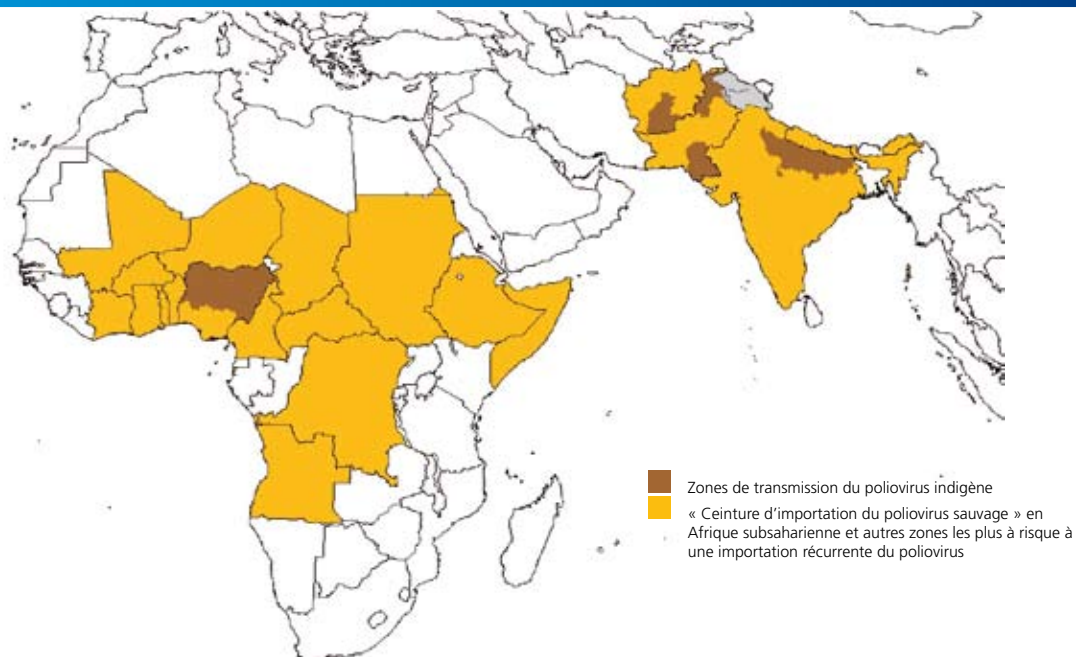
Fin 2008, les poliovirus sauvages indigènes de types 1 et 3 circulaient toujours dans les foyers infectieux des quatre pays endémique (Nigéria, Inde, Pakistan et Afghanistan). Le poliovirus importé continuait à circuler dans trois pays réinfectés (Angola, Tchad et Soudan) depuis plus de 12 mois. Huit autres pays luttaienent contre des flambées liées à une nouvelle importation de virus, la plupart dans la « ceinture d'importation du poliovirus sauvage » en Afrique subsaharienne.

Les évaluations de l'effort intensifié d'éradication de la poliomyélite fin 2008 par deux organismes consultatifs de l'OMS, le Comité consultatif sur l'éradication de la poliomyélite (ACPE) et le Groupe consultatif stratégique d'experts sur la vaccination (SAGE), ont conclu que les obstacles techniques, opérationnels et financiers restants pour interrompre mondialement la transmission du poliovirus sauvage pouvaient être relevés. Toutefois, ces groupes ont identifié des obstacles précis qui devront être franchis dans chacune des zones encore infectées par la polio pour atteindre les niveaux d'immunité requis dans la population :

- Inde : efficacité sous-optimale du VPO dans les Etats endémique (Uttar Pradesh et Bihar).
- Nigéria : couverture sous-optimale par le VPO dans les Etats du nord en raison de faiblesses de planification, de mise en œuvre et de monitoring des activités de vaccination supplémentaires (AVS) ainsi que d'un engagement communautaire insuffisant.
- Pakistan : engagement / prise de responsabilité non uniformes des dirigeants au niveau des districts de la province Sindh (en particulier Karachi) et accès irrégulier aux enfants dans les zones non sécurisées de la Province de la Frontière du Nord-Ouest (NWFP) / FATA.
- Afghanistan : couverture sous-optimale par le VPO dans trois provinces de la région méridionale, principalement en raison de la poursuite des conflits.

En outre, les groupes ont souligné la nécessité d'une mise en œuvre intégrale des activités supplémentaires afin de limiter la propagation internationale de la polio à partir de ces zones et d'une application intégrale des normes de l'Assemblée mondiale de la Santé en matière de réponse aux flambées (Résolution WHA59.1) afin d'arrêter les flambées, en cours et nouvelles, en particulier en Angola, au Tchad et au Soudan.

Figure 1 : Zones de transmission VPO du virus indigène et « ceinture d'importation du poliovirus sauvage »



## 3. Programme de travail 2009

### 3.1 Maintien de l'application des principales stratégies d'éradication

Toutes les zones infectées par le poliovirus continueront à œuvrer en priorité pour l'interruption de la transmission du poliovirus de type 1, en maintenant la mise en œuvre d'activités de vaccination supplémentaires (AVS) de grande échelle, utilisant un mélange approprié de VPO monovalents et de VPO trivalent. En fonction des résultats d'un essai clinique et d'un appel d'offres, la stratégie d'AVS sera complétée par un VPO bivalent fin 2009 (voir la section 3.4, Mise au point et évaluation de nouveaux outils).

La réussite de la poursuite de cette stratégie d'AVS dépend de l'amélioration de la qualité de ces activités, qui passe par un engagement politique et sociétairé total, afin de traiter tous les enfants par le VPO lors de chaque AVS. Pour garantir la qualité des AVS et adapter les stratégies au besoin, une assistance technique internationale supplémentaire sera apportée, les plans de plaidoyer, de mobilisation sociale et de communication seront étroitement surveillés et tous les programmes nationaux feront l'objet d'une révision commune régulière par les comités consultatifs nationaux et internationaux. Une attention toute particulière sera également portée pour garantir l'activité optimale de tous les produits de vaccination utilisés dans le cadre du programme, en particulier dans les zones d'efficacité sous-optimale du VPO en Inde.

*Principaux résultats attendus* : couverture > 90 % de toutes les zones infectées et endémiques, contrôlée par le monitoring indépendant des enfants marqués au doigt.

### 3.2 Evaluation des principaux obstacles identifiés pendant l'effort intensifié d'éradication de la poliomyélite

En 2009, une évaluation indépendante sera réalisée afin d'établir des plans d'action visant à lever les principaux obstacles restants pour atteindre une immunité de population suffisante dans chaque zone identifiée par l'ACPE et le SAGE. Le Conseil exécutif de l'Assemblée mondiale de la Santé a demandé, en janvier 2009, à être informé des résultats de l'évaluation d'ici à janvier 2010.

L'évaluation sera supervisée par un Comité de surveillance, constitué d'un haut représentant de chacun des quatre partenaires principaux (l'OMS, le Rotary International, les US Centers for Disease Control and Prevention et l'UNICEF), dépourvu de rôle direct dans la mise en œuvre et la coordination de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. Les équipes d'évaluation seront nommées par le Comité de surveillance. Elles seront constituées d'experts reconnus internationalement dans la mise en œuvre de programmes de santé publique et familial avec les principaux défis identifiés dans chaque zone endémique, ainsi que d'un expert en santé publique issu de chaque pays endémique, sans rôle direct dans l'application des activités d'éradication de la polio.

Une équipe d'évaluation examinera les principaux obstacles dans chaque zone endémique, étudiera la gestion, la supervision et l'application des AVS antipoliomyélitiques. Cette équipe proposera en outre des plans spécifiques à chaque zone afin de lever les principaux obstacles et d'éliminer les autres facteurs ayant des répercussions majeures sur l'immunité de population. Une autre équipe évaluera les risques et les conséquences d'une propagation internationale des poliovirus sauvages ainsi que la qualité des activités de réponse contre les flambées. Elle proposera en outre d'autres mesures pour éviter toute propagation supplémentaire au niveau mondial.

Les recommandations tirées de l'évaluation, attendues d'ici à septembre, seront intégrées au nouveau plan stratégique pluriannuel. Le plan stratégique sera examiné par l'ACPE et communiqué au SAGE en novembre, puis finalisé avant la fin 2009.

*Principaux résultats attendus* : mise en place et incorporation de plans spécifiques des zones visant à lever les principaux obstacles afin d'atteindre l'éradication dans chaque zone endémique et d'activités supplémentaires visant à limiter la propagation internationale de la polio.

### 3.3 Evaluation des nouvelles approches stratégiques dans chaque pays endémique

Dans chacun des quatre pays où la transmission du poliovirus sauvage indigène se poursuit, les principales stratégies d'éradication seront complétées par de nouvelles approches spécifiques du pays, qui seront évaluées au cours de l'année 2009.

#### **Nigéria**

En février 2009, les gouverneurs des 36 États ont signé ensemble les « engagements d'Abuja pour l'éradication de la poliomyélite au Nigéria », s'engageant ainsi publiquement à fournir les directives nécessaires pour mobiliser les administrations civiles de l'État et des LGA (Local Government Areas) en vue de l'éradication de la polio. Une telle action a montré qu'elle améliorerait de manière notable la qualité des opérations AVS, comme cela a pu être observé dans l'état de Jigawa en 2008. Dans cet Etat auparavant à haut risque, la proportion d'enfants insuffisamment vaccinés est passée de 58 % à 20 % en 12 mois. Les « engagements d'Abuja » offrent la structure nécessaire pour améliorer les opérations AVS au niveau des LGA. Un système de suivi sera instauré par le ministère de la Santé afin de veiller l'application de ces engagements. Ce système permettra également d'identifier et de rectifier les éventuels manques de qualité liés à une planification, une application et/ou un engagement communautaire insuffisants en ce qui concerne les AVS. D'autres recherches viendront compléter ces activités. Elles permettront une analyse critique de l'impact des Journées de vaccination Plus (JVP) et des facteurs contribuant à une absence de vaccination lors des vaccinations systématiques et des AVS.

Par ailleurs, étant donné qu'il est impératif de mieux sensibiliser le public et d'accroître son engagement dans les efforts d'éradication de la polio dans le nord du Nigéria, l'UNICEF dirigera le renforcement de l'assistance technique relative à la communication pour l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite dans les Etats les plus à risque.

*Principaux résultats attendus* : d'ici au 4e trimestre 2009, le pourcentage d'enfants non vaccinés lors des AVS dans chacun des 10 Etats les plus à risque du nord du Nigéria sera réduit à < 10 % (contre 21 % en 2008). Une couverture vaccinale importante sera en outre maintenue dans le reste du pays.

#### **Inde**

En 2009, un essai clinique à cinq bras sera réalisé en Inde. Il évaluera le déficit de protection immunitaire chez les enfants de l'ouest de l'Uttar Pradesh et permettra d'adapter les stratégies visant à combler ce déficit en adoptant un VPOM1 à haut titre et des doses de VPI complètes et/ou fractionnées (1/5e). Mille enfants de 6 à 9 mois seront inclus dans l'essai entre les AVS d'avril et de mai. Les résultats de cet essai clinique seront disponibles d'ici au mois d'août. Ils seront alors examinés par le Groupe consultatif d'experts de l'Inde sur l'éradication de la poliomyélite (IEAG).

En outre, une formulation de VPO bivalent sera évaluée en tant qu'outil complémentaire possible (voir la section 3.4, Mise au point et évaluation de nouveaux outils). Enfin, les activités des produits à base de VPOM1 utilisés dans le programme indien fera l'objet d'une analyse plus poussée afin de garantir une activité optimale.

*Principaux résultats attendus* : adaptation de la stratégie d'AVS de l'Inde sur la base des résultats de l'essai clinique.

#### **Pakistan**

En février 2009, le Premier ministre Syed Yousuf Raza Gilani a lancé un plan d'action contre la poliomyélite afin d'assurer un engagement multisectoriel dans les AVS antipoliomyélitiques et afin de conférer aux provinces et aux districts une plus grande responsabilité en matière de qualité de ces activités. L'application intégrale du plan d'action contre la poliomyélite revêtira toute son importance dans la province de Sindh, dont toutes les zones sont accessibles, et qui sert depuis longtemps de réservoir au poliovirus, qui réinfecte ainsi régulièrement des zones indemnes de la poliomyélite. Une attention particulière devra être portée à Karachi, en raison de sa forte population, des mouvements fréquents de population et d'une qualité insuffisante des AVS dans les communes les plus à risque. Pour garantir que les opérations AVS à Karachi s'améliorent grâce à l'application intégrale du plan d'action contre la poliomyélite du Premier ministre, un système de suivi

sera instauré par le ministère de la Santé. Ce système permettra de surveiller l'engagement des dirigeants des 10 communes les plus à risque et d'orienter les actions correctives, si nécessaire.

Dans NWFP/FATA, une stratégie à multiples facettes sera appliquée afin de réduire la proportion d'enfants non vaccinés dans les six districts à haut risque, qui représentaient plus de 25 % des enfants non vaccinés dans NWFP/FATA début 2009. Entre les AVS à grande échelle, toute pause des conflits sera mise à profit afin d'administrer une dose supplémentaire de VPO monovalent aux communautés qui vivent dans des zones non sécurisées (c'est-à-dire, SIAD, ou administration d'une dose supplémentaire dans un intervalle court). Des revues trimestriels des programmes permettront de quantifier et de définir le niveau de priorité des districts en fonction de l'évolution des conditions de sécurité ainsi que de la taille et des mouvements de la population concernée. Les accès et les mouvements de population seront cartographiés. Des équipes de vaccination spéciales effectueront le suivi et la vaccination des enfants dans les lieux de rassemblement et dans les camps de populations déplacées dans leur propre pays.

Outre ces activités en rapport avec le programme, des enquêtes de séroprévalence seront menées afin de valider les performances du programme et évaluer l'efficacité du vaccin, à Karachi, Lahore et Peshawar. Un système de prélèvement dans l'environnement sera mis en place à Karachi afin en complément de la surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA), afin d'effectuer le suivi des poliovirus sauvages et de guider la stratégie d'AVS.

*Principaux résultats attendus :*

- Dans toutes les communes de Karachi, couverture des AVS atteignant 90 % d'ici au 4e trimestre 2009, contrôlé par un monitoring indépendant des enfants marqués au doigt.
- Dans les six districts les plus à risque en NWFP/FATA, proportion d'enfants n'ayant jamais reçu aucune dose de VPO sera réduite à moins de 10 % d'ici au 4e trimestre 2009, d'après les données de PFA non polio.

### **Afghanistan**

En 2009, l'activité principale consistera à améliorer l'accès aux populations dans les zones non sécurisées dans la région méridionale, en particulier dans les 11 districts les plus à risque de trois provinces (Hilmand, Kandahar et Uruzgan), qui regroupaient ensemble 18 % des enfants non vaccinés début 2009. Trois options possibles de Jours de tranquillité seront abordées avec l'OTAN / la FIAS afin d'améliorer l'accès des équipes de vaccination à ces populations pendant les AVS à grande échelle. Ces options sont : Jours de tranquillité simultanément dans toutes les provinces de la région méridionale pendant chaque AVS ; Jours de tranquillité dans les trois provinces de Hilmand, Kandahar et Uruzgan ; et Jours de tranquillité dans les 11 districts les plus à risque pendant cinq journées nationales de vaccination (JNV) en 2009.

Un autre objectif important pour 2009 est de garantir l'engagement total dans les AVS des ONG engagées par le gouvernement afghan pour assurer la délivrance du kit de services sanitaires de base (Basic Package of Health Services, BPHS) dans la région méridionale.

*Principaux résultats attendus :* d'ici à la fin 2009, proportion d'enfants non vaccinés réduite à < 10 % dans les 11 districts les plus à risque des trois provinces de la région méridionale : Hilmand, Kandahar et Uruzgan (contre 18 % début 2009).

## **3.4 Mise au point et évaluation de nouveaux outils**

En 2009, la mise au point et l'évaluation de nouveaux outils seront accélérées afin d'augmenter au maximum l'impact des efforts d'éradication.

### **VPO bivalent**

Étant donné que les poliovirus indigènes de types 1 et 3 sont toujours en circulation, un VPO bivalent (VPOb) pourrait considérablement simplifier la logistique de l'éradication de la polio dans au moins trois zones endémique (Nigéria, Pakistan et Afghanistan), dans les pays limitrophes à haut risque de réinfection et dans certaines zones réinfectées (telles que l'Angola, le Tchad et le Soudan).

En 2009, des lots seront fabriqués en vue d'essais cliniques (qui évalueront le taux de séroconversion de chaque sérotype dans le VPOb par rapport à celui du VPO monovalent et du VPO trivalent) et un appel d'offre sera lancé. La possibilité d'accélérer les processus réglementaires sera étudiée et chaque fabricant potentiel de VPOb (c'est-à-dire producteur d'au moins un produit VPO préqualifié par l'OMS) sera contacté afin de garantir que suffisamment de produits VPOb et des volumes suffisants pourront être mis rapidement à la disposition de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite si l'essai clinique confirmait l'intérêt de ce produit.

### **VPI intradermique**

Puisqu'il est nécessaire d'étudier toutes les stratégies possibles pour stimuler l'immunité le plus rapidement possible dans les zones infectées, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite évaluera l'impact du VPI en dose fractionnée et en dose complète en complément du VPO. Etant donné les défis opérationnels que représente l'administration à large échelle d'un vaccin injectable, un essai clinique sera réalisé pour tester la viabilité de l'utilisation d'injecteurs sans aiguille pour l'administration intradermique des doses fractionnées (voir « Inde », section 3.3, « Evaluation des nouvelles approches stratégiques dans chaque pays endémique »).

### **Enquêtes de séroprévalence**

Dans les zones où les performances du programme ne correspondent pas à l'épidémiologie, des enquêtes de séroprévalence seront réalisées afin de vérifier les performances du programme et d'évaluer l'efficacité du vaccin. En 2009, les taux d'anticorps seront mesurés chez 1 000 enfants dans le cadre d'un essai clinique réalisé dans l'ouest de l'Uttar Pradesh, en Inde, et chez 1 200 enfants sur trois sites du Pakistan (Karachi, Lahore et Peshawar).

### **PCR en temps réel**

Pour accélérer encore davantage l'identification des poliovirus sauvages et améliorer la détection des PVDV, une nouvelle méthode diagnostique de pointe, la RT-PCR (transcription inverse suivie de la réaction en chaîne par polymérase en temps réel), est introduite dans le Réseau mondial de laboratoires pour la poliomyélite. Projet-pilote en 2008, ce programme avec les nouvelles méthodes sera réévalué en juin 2009 avant d'être introduit dans toutes les régions endémique d'ici à la fin 2009.

### **Surveillance ciblée de l'environnement**

La surveillance systématique (prélèvement) de l'environnement réalisée sur plusieurs sites en Égypte et à Mumbai, en Inde, a fourni des données supplémentaires importantes sur l'état des principaux réservoirs de poliovirus et sur l'adaptation des stratégies d'éradication dans ces lieux. En 2009, la surveillance de l'environnement sera étendue à Karachi, au Pakistan, en complément de la surveillance de la PFA afin d'orienter les stratégies d'éradication.

#### *Principaux résultats attendus :*

- VPO bivalent : autorisation de mise sur le marché et introduction d'au moins deux VPOb d'ici au 4<sup>e</sup> trimestre 2009 si la supériorité de ces produits par rapport au VPO trivalent est démontrée lors de l'essai clinique.
- VPI intradermique : achèvement de l'essai clinique et revue par l'ACPE.
- Enquêtes de séroprévalence : enquêtes réalisées dans l'ouest de l'Uttar Pradesh, Inde, et à Karachi, Lahore et Peshawar, Pakistan.
- PCR en temps réel : lancement de la RT-PCR dans tous les laboratoires concernés des trois régions endémique d'ici à fin 2009.
- Surveillance ciblée de l'environnement : surveillance de l'environnement instaurée à Karachi, Pakistan.

### 3.5 Mise en œuvre d'activités supplémentaires pour limiter la propagation internationale et stopper les flambées

En 2009, des activités supplémentaires seront mises en œuvre afin de réduire au minimum le risque et les conséquences d'une propagation internationale de la poliomyélite, ainsi que pour arrêter les flambées, qu'elles soient nouvelles ou persistantes (lorsque la transmission de poliovirus importé a duré plus de 12 mois).

#### **Institutionnaliser des plans d'AVS de 24 mois dans les pays les plus à risque**

Les connaissances en matière de propagation internationale des poliovirus sauvages rassemblées depuis 2000 ont clairement identifié les zones les plus à risque aux importations du virus et aux flambées persistantes à partir du Nigéria (à savoir l'Afrique de l'Ouest, le Tchad et la Corne de l'Afrique) et de l'Inde (à savoir l'Angola, la République Démocratique du Congo et le Népal).

Bien que la grande majorité des pays les plus à risque aient réalisé au moins deux AVS au cours des cinq dernières années, leur qualité a souvent été sous-optimale, en partie en raison des courts délais de planification. Dans ces pays, en particulier dans la « ceinture d'importation du poliovirus sauvage » de l'Afrique subsaharienne (voir figure 1, section 2, Analyse de la situation), un plan d'AVS continu sur 24 mois sera institutionnalisé afin d'augmenter la proportion d'enfants vaccinés en améliorant les délais de planification.

#### **Missions d'évaluation des réponses aux flambées dans les pays où la transmission persiste > 6 mois**

Pour interrompre plus rapidement la transmission persistante des poliovirus importés, des missions indépendantes d'évaluations seront mises en place. Elles auront pour but de contrôler la qualité des réponses contre les flambées et le respect des recommandations internationales adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2006 (résolution WHA59.1). Le Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie (GOARN) de l'OMS devra réaliser ces évaluations dans les pays où a) la transmission persiste plus de six mois après l'identification du cas de référence et/ou b) il existe une continuation de transmission après trois AVS de grande échelle. L'assistance technique sera intensifiée au besoin pour aider les pays dans leurs efforts de réponse contre les flambées, en priorité dans les zones où les ressources nationales et sous-nationales sont les plus faibles.

#### **Plans de réponse aux flambées, spécifiques du pays**

Pour garantir la détection rapide d'une importation et favoriser la réponse la plus efficace, tous les pays inclus dans la « ceinture d'importation du poliovirus sauvage » de l'Afrique subsaharienne seront invités et incités à actualiser leur plan de réponse aux flambées.

#### **Recommandations en matière de VPO pour les résidents en provenance de zones infectées par la polio**

Fin 2008, l'ACPE avait étudié de nouvelles mesures visant à réduire le risque de propagation internationale du poliovirus. En 2009, les recommandations en matière de vaccination par le VPO pour les résidents en provenance de zones infectées par la polio seront mises à jour dans la revue *Voyages internationaux et santé* de l'OMS, conformément aux recommandations de l'ACPE et en réponse aux demandes formulées par les pays exempts de la poliomyélite.

##### *Principaux résultats attendus :*

- Institutionnalisation des plans d'AVS de 24 mois dans les pays les plus à risque : financement en place pour les 12 premiers mois du plan d'AVS de 24 mois.
- Missions d'évaluation des réponses aux flambées : missions indépendantes réalisées en Angola, au Tchad et au Soudan.
- Plans de réponse aux flambées : plans mis à jour dans les 18 pays de la « ceinture d'importation du poliovirus sauvage » d'Afrique subsaharienne.

- Vaccination des voyageurs contre la polio : recommandations de l'ACPE publiées dans la revue *Voyages internationaux et santé* de l'OMS.

### 3.6 Evaluation et renforcement de la sensibilité de la surveillance au niveau sous-national

L'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a mis en place les ressources nécessaires pour la surveillance continue et active des cas de paralysie flasque aiguë (PFA) partout dans le monde. Depuis 2005, pour des raisons opérationnelles la sensibilité du système de surveillance s'est accrue dans les trois régions encore endémiques suite aux recommandations de l'ACPE d'atteindre un taux de PFA non polio d'au moins 2/100 000 dans les pays endémiques, réinfectés et à haut risque.

Toutefois, des lacunes dans le système de surveillance subsistent localement, en particulier dans les zones clés d'Afrique centrale et de la Corne de l'Afrique, comme le démontre la détection de poliovirus « longue chaîne » en Angola, au Tchad, en Éthiopie et au Soudan, sur la période 2007-2008.

Ces lacunes du système de surveillance sous-national devront être rapidement comblées en 2009 et une surveillance de haute qualité devra être maintenue dans les autres pays à haut risque aux importations. En parallèle, dans les régions libre de la poliomyélite, on redoublera d'efforts pour dynamiser la surveillance afin de garantir la détection rapide des importations et des PVDVc. En 2009, l'ordre de priorité des zones où la surveillance de la PFA doit être accrue sera établi sur la base de leur importance programmatique, comme suit :

#### **Zones où une transmission du poliovirus sauvage est restée indétecté pendant > 12 mois au cours des cinq dernières années**

Des revues de surveillance sur le terrain seront réalisées afin d'évaluer la qualité et identifier les lacunes du système de surveillance des PFA au niveau local en Angola, au Tchad, en Éthiopie et au Soudan. L'assistance technique et les ressources seront intensifiées si nécessaire en fonction des résultats de la revue.

#### **Zones les plus à risque aux importations**

Des revues documentaires seront réalisées chaque trimestre aux niveaux régional et global afin de contrôler plus étroitement la surveillance et les performances nationales et sous-nationales dans ces zones. Elles auront également pour but d'identifier les lacunes afin de mettre en place des mesures correctives. Au besoin, des revues de surveillance sur le terrain seront mis en place dans les zones où des performances insuffisantes ont été détectées. Priorité sera donnée aux zones incluses dans la « ceinture d'importation du poliovirus sauvage » d'Afrique subsaharienne.

#### **Reste du monde**

Dans les régions où la poliomyélite est éradiquée et dans les zones à moindre risque d'importations, des revues annuelles de la surveillance seront mis en place au niveau régional afin d'identifier les éventuels lacunes de performance. Des communications formelles seront envoyées par les Comités régionaux de certification (CRC) aux pays où de tels écarts sont identifiés.

#### *Principaux résultats attendus :*

- Zones où une transmission du poliovirus sauvage est restée indétecté pendant > 12 mois au cours des cinq dernières années : atteindre un taux de fréquence des PFA non liées à la polio > 2 dans toutes les provinces / tous les États.
- Zones les plus à risque aux importations : achèvement d'au moins deux revues documentaires et instauration de mesures correctives si nécessaire.

- Reste du monde : revues réalisés dans chaque région indemne de la poliomyélite et communication formelle des résultats aux Etats membres concernés.

### 3.7 Mise au point d'une politique post-éradication

En 2008, l'Assemblée mondiale de la Santé a estimé que l'élément essentiel de la gestion des risques à long terme de PPAV et de PVDV devait être l'arrêt, à terme, de l'utilisation du VPO dans les programmes de vaccination systématiques (résolution WHA61.1). L'Assemblée mondiale de la Santé a en outre demandé à l'OMS de fixer la date de cet arrêt de l'utilisation du VPO dans les programmes de vaccination systématiques, si et quand cela était pertinent.

L'année 2009 œuvrera plus précisément à l'accélération des activités en faveur de la mise au point des outils et stratégies nécessaires pour minimiser et gérer les risques à long terme de polio, en particulier les activités nécessitant une coordination internationale : la synchronisation, à terme, de l'arrêt de l'utilisation du VPO ; le confinement des poliovirus sauvages et Sabin ; et des processus validés au niveau international en matière d'utilisation du VPOm en réponse aux PVDVc après l'arrêt du VPO.

Ce travail a été favorisé par la reformation, en juin 2008, du Comité de recherche sur la poliomyélite, qui conseille l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite en identifiant les écarts de savoir, en proposant des études, en établissant les priorités de la recherche et en engageant de nouveaux collaborateurs potentiels.

Les priorités pour 2009 incluent :

#### **Détermination des risques de PVDV**

Des études seront entreprises dans les pays à revenu faible ou intermédiaire afin de mieux quantifier et caractériser les risques d'excrétion de PVDV associée à l'immunodéficience (PVDVi). Les nouvelles techniques d'analyse de laboratoire (RT PCR) seront étendues afin de mieux quantifier l'incidence et la prévalence des PVDV.

#### **Stratégies de gestion de risque**

Pour préparer à un accord international sur le confinement à long terme de tous les poliovirus, la troisième édition du *Plan d'action mondial pour le confinement en laboratoire des poliovirus sauvages* (GAPIII) sera mise à jour, soumise aux commentaires du public et finalisée. Sur la base de cette mise à jour du GAPIII, un appel d'offre initial sera lancé pour la constitution d'un stock de vaccins VPO monovalents qui sera utilisé dans la période post-éradication. En 2009, l'évaluation des composés antiviraux sélectionnés commencera afin d'arriver à une validation de principe quant à leur aptitude à réduire ou à arrêter l'excrétion du virus. Si ces résultats sont concluants, ces antiviraux pourront être utilisés pour traiter les PVDVi chroniques et en tant qu'adjuvant potentiel pour la prise en charge des PVDVc.

#### **Options de VPI « abordables » et politique appliquée aux pays à revenu faible ou intermédiaire**

En 2009, le programme de recherche visant à établir des options de VPI abordables pour les zones à revenu faible ou intermédiaire sera étendu. Un nouvel essai clinique sera mené afin d'obtenir des données sur la protection conférée par des schémas de VPI à une ou deux doses, administrées soit en intradermique (dose fractionnée) soit en intramusculaire (dose complète). La phase de développement clinique du projet Sabin-VPI sera lancée et quatre stratégies de développement d'autres souches de semence virale pour le VPI seront évaluées afin de favoriser la production dans des établissements à faible coût.

Cette recherche éclairera le groupe de travail VPI du SAGE et lui permettra d'évaluer en toute connaissance de cause les options stratégiques en rapport avec l'utilisation du VPI dans les pays à revenu faible ou intermédiaire au cours de la

période post éradication. Le groupe de travail VPI du SAGE examinera également le fondement scientifique d'un nouveau rapport officiel de l'OMS sur la vaccination antipoliomyélitique dans la période prééradication sur les rôles du VPI et du VPO.

*Principaux résultats attendus :*

- Caractérisation des risques de PVDV : lancement d'au moins deux études visant à quantifier les risques de PVDV dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.
- Stratégies de gestion de risque : GAPIII finalisé ; appel d'offre pour la constitution du stock initial de VPOm remporté.
- Options de VPI « abordables » et politique appliquée aux pays à revenu faible ou intermédiaire : mise en route de la phase de développement clinique du projet Sabin-VPI ; version préliminaire du rapport officiel de l'OMS sur la vaccination antipoliomyélitique pendant la période prééradication.

### 3.8 Finalisation du plan stratégique pluriannuel et du budget

Le nouveau plan stratégique quinquennal sera finalisé sur la base du document Framework of the Strategic Plan, élaboré fin 2008 (disponible, en anglais, à l'adresse [www.polioeradication.org](http://www.polioeradication.org)) et éclairé par le programme de travail 2009.

Pour remplir le but final de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, le nouveau plan stratégique devra réaliser cinq objectifs afin de garantir qu'aucun enfant ne sera plus jamais paralysé par un poliovirus sauvage ou par un poliovirus dérivé d'une souche vaccinale. Ces cinq objectifs sont les suivants :

1. interrompre la transmission du poliovirus sauvage ;
2. garantir une surveillance durable des poliovirus ;
3. obtenir la certification et le confinement des poliovirus sauvages ;
4. préparer l'élimination de la PPAV et des PVDV et l'ère post-VPO ; et
5. réorganiser l'infrastructure de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite pour la phase d'élimination de la PPAV / des PVDV.

Parmi ces cinq objectifs, la priorité absolue restera l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage car l'obtention des résultats escomptés concernant les autres objectifs repose largement sur l'atteinte de ce premier objectif.

La mise en œuvre de toutes les activités du plan stratégique nécessite une prise de responsabilité et un engagement sans faille des dirigeants politiques, à tous les niveaux, dans les pays encore infectés par la polio. Elle requiert en outre le maintien de l'aide de la communauté internationale pour assurer une disponibilité rapide des ressources financières nécessaires. Dans ce but, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a établi un budget quinquennal pour le plan stratégique pluriannuel. Ce budget récapitule les fonds nécessaires à l'interruption mondiale de la transmission du poliovirus sauvage et à la préparation pour l'ère post-éradication.

*Principaux résultats attendus :*

- Plan stratégique pluriannuel : finalisation du nouveau plan stratégique quinquennal d'ici à fin 2009, publication prévue en janvier 2010.
- Financement : financement complet du programme de travail 2009 de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite d'ici au mois de juin.

## 4. Budget et Ressources financières nécessaires pour 2009-2013

Les engagements financiers dans l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite depuis la résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé d'éradiquer la polio en 1988 totalisent US \$ 7,5 milliards. Outre les contributions des gouvernements nationaux à leurs propres efforts d'éradication de la polio, 47 sponsors des domaines public et privé ont contribué à hauteur de plus de US \$ 1 million à l'éradication de la poliomyélite, 20 d'entre eux ayant apporté au moins US \$ 25 millions.

Le tableau 1 présente les contributions / engagements des principaux donateurs à l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite pour la période 1988-2013. La figure 2 illustre le tableau de financement de l'Initiative, en mettant en évidence les US \$ 7,5 milliards d'engagements financiers depuis 1988 et les déficits de financement pour 2009-2013.

Les contributions externes aux efforts nationaux d'éradication de la polio ont été complétées par des ressources nationales, dont des dépenses du ministère et les ressources non monétaires, des contributions en nature telles que le temps passé par les volontaires, les travailleurs de la santé et d'autres personnes à planifier et mettre en œuvre les AVS. Les gouvernements, le secteur privé et les organisations non gouvernementales ont dépensé ces fonds au niveau national, ainsi qu'au niveau de l'Etat / de la province, du district et des communautés locales pour couvrir les frais de carburant, de mobilisation sociale, de formation et d'autre nature. On estime que ces fonds ont eu une valeur en dollars approximativement équivalente à celle des contributions financières internationales.<sup>1</sup> En particulier, le gouvernement de l'Inde a réservé jusqu'à US \$ 226 millions de son budget 2008-2009 au soutien des efforts d'éradication de la polio. En 2008, les gouvernements du Nigéria et du Pakistan ont contribué à hauteur de US \$ 22 millions et de US \$ 20 millions, respectivement, à leurs programmes d'éradication de la polio.

### Profil des donateurs pour 1988-2013

Contribution (US \$ million)	Partenaires du secteur public	Banques de développement	Partenaires du secteur privé
> 1 000	Etats-Unis d'Amérique		Rotary International
500 - 1 000	Royaume-Uni	Banque mondiale	Fondation Bill et Melinda Gates
250 - 499	Japon, Canada		
100 - 249	Commission européenne, Allemagne, Pays-Bas, GAVI/IFFIm, budget ordinaire de l'OMS		
50 - 99	Norvège, ressources ordinaires de l'UNICEF		
25 - 49	Danemark, France, Italie, Suède, Fédération de Russie		Fondation des Nations Unies
5 - 24	Australie, Irlande, Luxembourg, Espagne		Sanofi Pasteur, IFPMA, Comités nationaux de l'UNICEF, American Red Cross, Programme Pétrole contre nourriture
1 - 4	Autriche, Belgique, Finlande, Koweït, Malaisie, Nouvelle-Zélande, Arabie Saoudite, Suisse, Emirats Arabes Unis	Banque interaméricaine de développement, Banque africaine de développement	Advantage Trust (HK), De Beers, Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, Pew Charitable Trust, Wyeth, Shinnyo-en, Fonds de l'OPEP pour le développement international

<sup>1</sup> Aylward R, et al, Politics and practicalities of polio eradication, Global Public Goods for Health. Health Economic and Public Health Perspectives, eds Smith R, Beaglehole R, Woodward D, Drager N, Oxford University Press, 2003.

Figure 2 : Dépenses annuelles, 1988-2008  
Ressources financières nécessaires, contributions, déficit de financement, 2009-2013

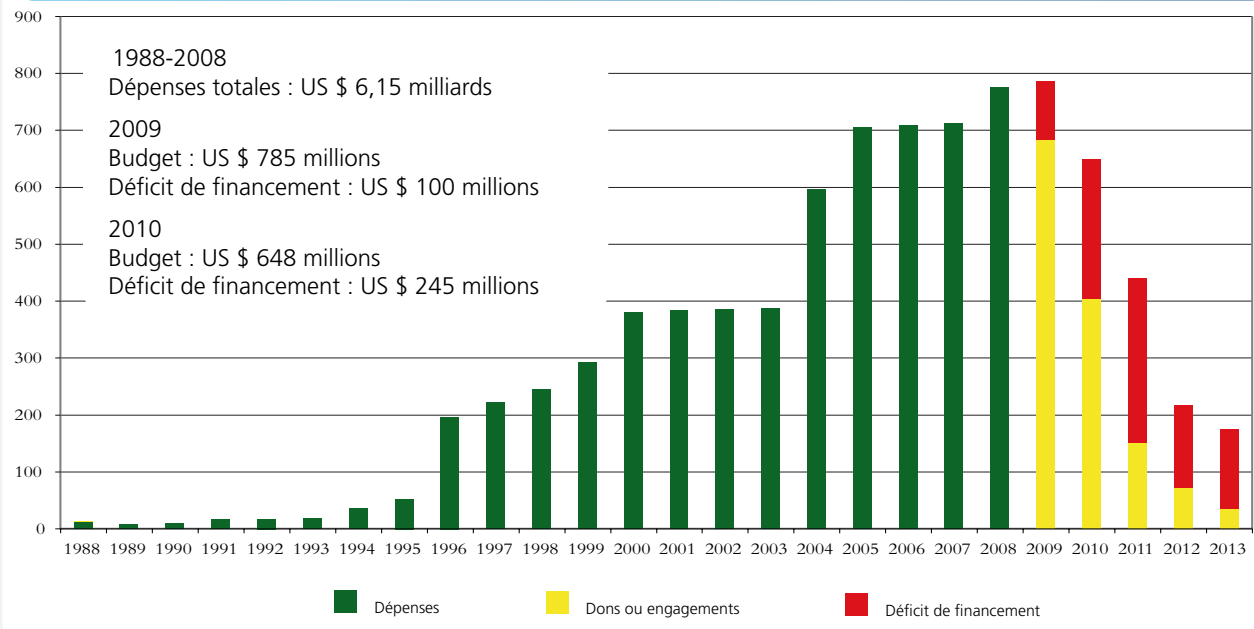
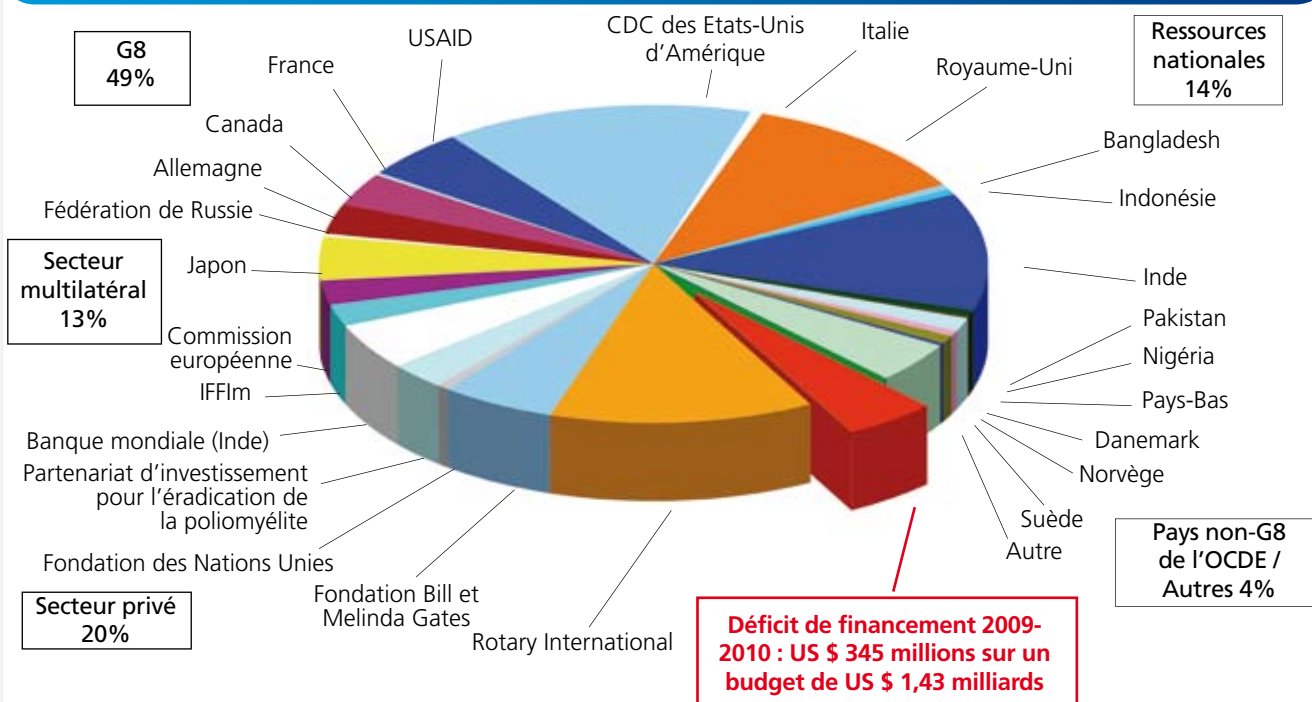


Figure 3 : Financement de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite  
De 1985 à 2013 : US \$ 7,49 milliards ; De 1985 à 2008 : US \$ 6,15 milliards de dépenses ;  
de 2009 à 2010 : US \$ 1,086 milliards de contributions



Le terme « Autre » regroupe : les gouvernements de l'Angola, de l'Arabie Saoudite, de l'Australie, de l'Autriche, de l'Azerbaïdjan, de la Belgique, du Brunei Darussalam, de la Chypre, des Emirats Arabes Unis, de l'Espagne, de la Finlande, de la Hongrie, de l'Irlande, de l'Islande, du Koweït, du Liechtenstein, du Luxembourg, de la Malaisie, de Malte, de Monaco, de la Namibie, de la Nouvelle Zélande, d'Oman, du Portugal, du Qatar, de la République de Corée, de la République tchèque, de Singapour, de la Suisse, de la Turquie ; la Banque africaine de développement ; l'AG Fund ; l'American Red Cross ; la Banque interaméricaine de développement, British Airways, De Beers, la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, le Fonds central d'intervention d'urgence (CERF), le Fonds de l'OPEP pour le développement international, le programme « Pétrole contre nourriture », Sanofi Pasteur ; les Comités nationaux de l'UNICEF, le Croissant Rouge d'Arabie saoudite, le Croissant Rouge des Emirats Arabes Unis, le budget ordinaire de l'OMS, les ressources ordinaires et autres de l'UNICEF, Smith Kline Biologicals, Shinyo-en et Wyeth.

Les plans et budgets de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite sont élaborés conjointement par l'OMS et l'UNICEF, en étroite collaboration avec les ministères de la Santé. Les campagnes de vaccination antipoliomyélitique sont le principal inducteur de coût de l'effort d'éradication. Elles représentent 75 % du budget 2009. En 2009, 124 campagnes sont prévues afin de vacciner à plusieurs reprises plus de 375 millions d'enfants dans 29 pays, avec le VPO. (Voir Calendrier de vaccinations supplémentaires 2009-2013, Annexe A).

## 4.1 Ressources financières nécessaires, 2009-2013

Les activités décrites dans le Programme de travail de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite pour 2009 se chiffrent à US \$ 785 millions et sont inscrites dans un budget biennuel de US \$ 1,43 milliards, avec un déficit de financement de US \$ 345 millions. Le tableau 2 récapitule l'estimation des ressources requises par grande catégorie d'activités pour la période 2009-2013. Ces estimations budgétaires montrent une augmentation de US \$ 128 millions, soit six pourcent, par rapport aux estimations budgétaires de janvier 2009. Les principaux inducteurs de cette augmentation sont : la décision stratégique d'institutionnaliser les AVS dans la « ceinture d'importation du poliovirus sauvage » en Afrique subsaharienne (voir Calendrier de vaccinations supplémentaires 2009-2013, Annexe A) ; l'introduction et l'utilisation du VPOb ; la mise en œuvre de stratégies sur mesure dans les zones touchées par les conflits ; ainsi qu'un monitoring international accrue et une plus grande assistance technique, en particulier dans les zones de flambée.

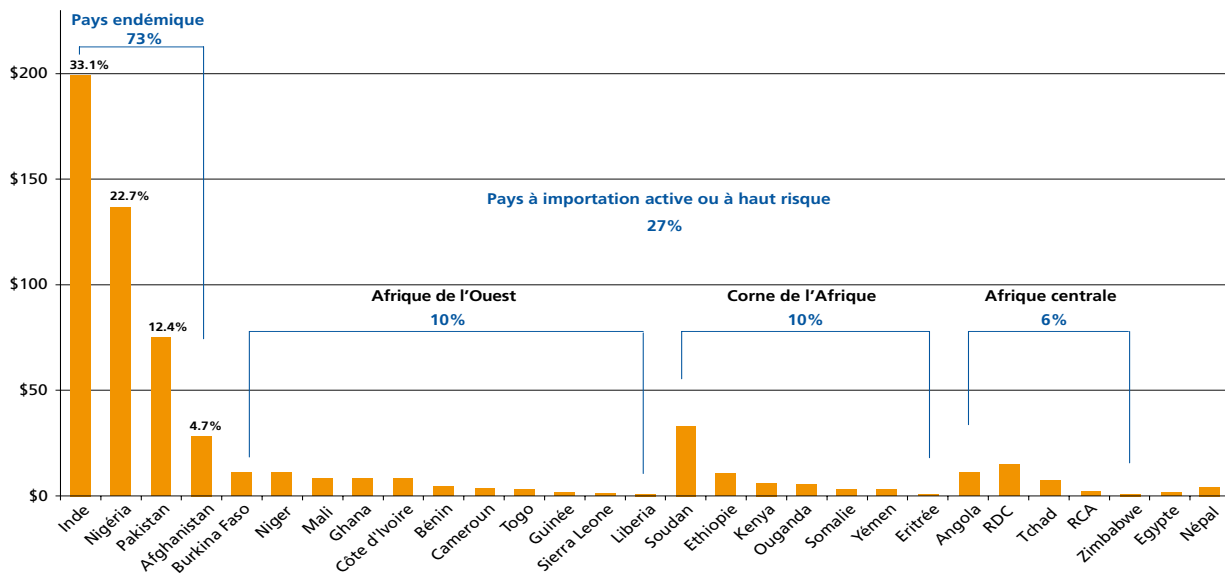
Tableau 2 : Récapitulatif des ressources externes requises par grande catégorie d'activités, 2009-2013 (tous les chiffres sont exprimés en US \$ millions).

Catégorie d'activités	2009	2010	2009-2010	2011-2013
Vaccin antipoliomyélitique oral	\$ 257,09	\$ 199,56	456,65	121,99
Opérations JNV/JLV*	\$ 303,97	\$ 220,50	\$ 524,47	\$ 135,46
Intervention d'urgence / évaluation du VPOm	\$ 25,00	\$ 45,00	\$ 70,00	\$ 85,00
Surveillance	\$ 64,63	\$ 61,76	\$ 126,39	\$ 144,72
Laboratoire	\$ 8,08	\$ 8,21	\$ 16,29	\$ 19,79
Assistance technique	\$ 101,60	\$ 99,91	\$ 201,51	\$ 228,84
Certification et confinement	\$ 5,00	\$ 5,00	\$ 10,00	\$ 30,00
Mise au point de produits pour l'arrêt du VPO	\$ 20,00	\$ 8,45	\$ 28,45	\$ 15,00
Réserve de vaccins pour la période post-éradication (produit fini et vrac)	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 49,22
<b>Sous-total</b>	<b>\$ 785,37</b>	<b>\$ 648,40</b>	<b>\$ 1 433,77</b>	<b>\$ 830,03</b>
Contributions	\$ 683,01	\$ 403,93	\$ 1 086,94	\$ 258,00
<b>Déficit de financement</b>	<b>\$ 102,36</b>	<b>\$ 244,47</b>	<b>\$ 346,83</b>	<b>\$ 572,03</b>
<b>Déficit de financement (arrondi)</b>	<b>\$ 100,00</b>	<b>\$ 245,00</b>	<b>\$ 345,00</b>	<b>\$ 570,00</b>

\* Les dépenses opérationnelles comprennent le personnel et des incitations, la formation et les réunions, les fournitures et le matériel, les transports, la mobilisation sociale et les dépenses de fonctionnement.

Les quatre pays où la polio est endémique (l'Inde, le Nigéria, le Pakistan et l'Afghanistan) représentent 73 % du budget global, tous pays confondus.

Figure 4 : Comparaison des budgets nationaux pour 2009  
(vaccin, coûts opérationnels et surveillance)



Le pilier programmatique des plans et budgets d'AVS est le cible des gouvernements nationaux d'arrêter la transmission du poliovirus sauvage d'ici à la fin 2010. Etant donné les défis liés à ce cible, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a intégré des plans et des budgets de secours au cas où ces cibles ne seraient pas remplis.

## 4.2 Implications budgétaires en cas de retard dans l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage

Les éléments d'un plan d'urgence pour les AVS, qui pourraient s'avérer nécessaires selon l'évolution de la transmission de la polio et si les cibles nationaux actuels ne sont pas atteintes, sont surlignées en jaune dans le Calendrier de vaccinations supplémentaires 2009-2013, Annexe A. L'ensemble des activités d'urgence pour 2009-2013, Inde exclue, reviendrait à US \$ 364 millions (en supposant que l'Inde continuera à autofinancer les activités supplémentaires).

Tableau 3 : Coût des activités d'urgence pour 2009-2013 présentées dans le Calendrier de vaccinations supplémentaires, Annexe A (tous les chiffres sont exprimés en US \$ millions)

	2009	2010	2011	2012	2013	Sous-total 09-10	Total général 09-13
Pays endémique	\$ 0	\$ 24,94	\$ 21,91	\$ 98,97	\$ 101,93	\$ 24,94	\$ 247,75
Afghanistan	\$ 0	\$ 3,56	\$ 2,20	\$ 9,89	\$ 10,19	\$ 3,56	\$ 25,84
Nigéria	\$ 0	\$ 21,38	\$ 13,24	\$ 59,71	\$ 61,50	\$ 21,40	\$ 155,83
Pakistan	\$ 0	\$ 0	\$ 6,47	\$ 29,36	\$ 30,24	\$ 0	\$ 66,08
Ceinture d'importation subsaharienne	\$ 41,14	\$ 12,51	\$ 0	\$ 26,41	\$ 27,26	\$ 53,65	\$ 107,32
Népal	\$ 0	\$ 0	\$ 3,00	\$ 3,07	\$ 3,15	\$ 0	\$ 9,22
<b>Coût total des activités d'urgence pour 2009-2013 (Inde exclue)</b>	<b>\$ 41,14</b>	<b>\$ 37,45</b>	<b>\$ 24,91</b>	<b>\$ 128,45</b>	<b>\$ 132,34</b>	<b>\$ 78,59</b>	<b>\$ 364,29</b>

Au fur et à mesure que le plan stratégique pluriannuel de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite sera finalisé au cours du second semestre 2009, les plans et budgets indicatifs présentés dans les annexes A et B et dans le tableau 2 seront affinés afin de prendre en compte les nouvelles informations attendues pour le second semestre 2009, notamment les recommandations issues de l'évaluation indépendante et les résultats des projets de recherche précédemment décrits dans ce document.

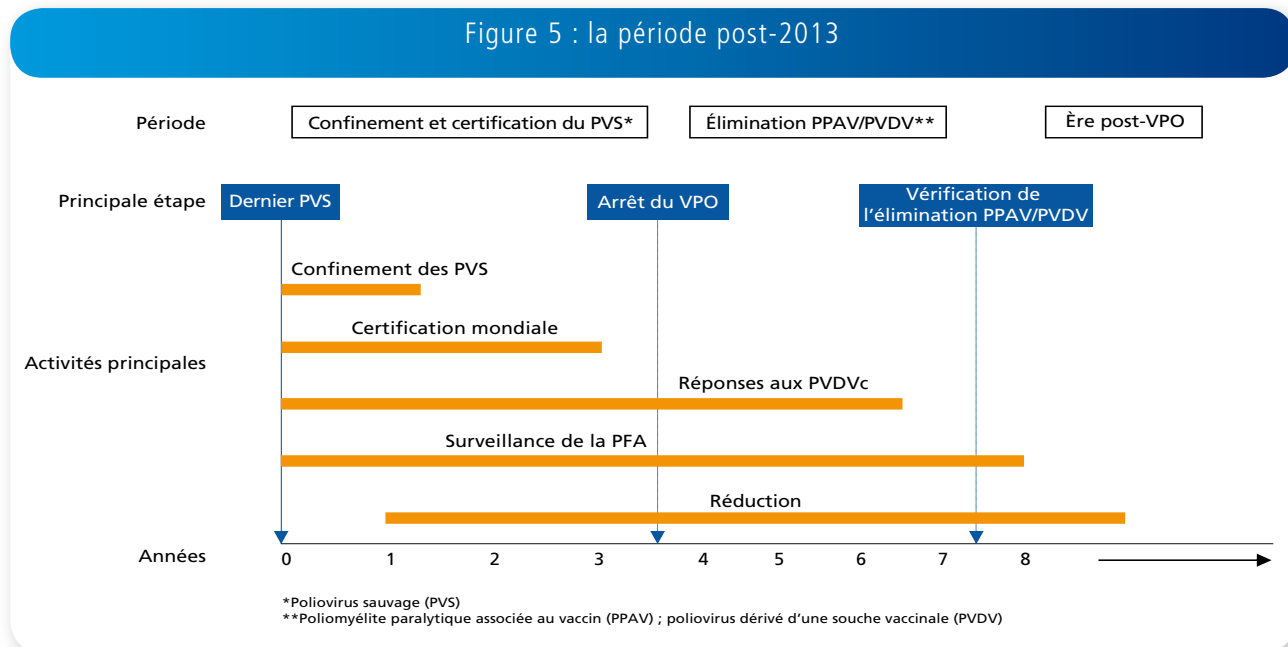
### 4.3 Planification pour la période post-2013

D'ici à 2013, la transmission du poliovirus sauvage aura cessé dans le monde, le confinement des poliovirus sauvages sera achevé et le processus de certification mondiale atteindra ses dernières étapes.

Après 2013, le budget de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite servira principalement à coordonner l'arrêt international du VPO (dès que possible après la certification de l'éradication du poliovirus sauvage) et à la vérification de l'élimination de la PPAV et des PVDV qui s'ensuivra. Les ressources financières annuelles nécessaires à l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite après 2013 devraient être nettement inférieures aux coûts (actuels) associés au *effort intensifié d'éradication* (par ex., les coûts après 2013 devraient représenter environ un tiers des ressources financières annuelles actuellement nécessaires). Les principaux inducteurs de coût pendant cette période seront le maintien des ressources de laboratoire et de surveillance nécessaires dans le monde pour détecter les PVDVc émergents et y réagir, en particulier dans les trois ans qui suivront immédiatement l'arrêt du VPO. Les coûts annuels de ces activités pendant la phase d'élimination de la PPAV / des PVDV devraient être d'environ US \$ 150 millions. L'incertitude majeure quant aux coûts de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite au cours de cette période est l'ampleur de l'utilisation, par les pays à revenu faible et faible / intermédiaire, du VPI, leur mode d'utilisation (par ex., doses fractionnées, calendrier de doses réduit) et le mode de production du VPI.

Les coûts de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite arriveront à terme une fois que l'élimination de la PPAV / des PVDV sera confirmée. Tous les postes à long terme auront alors été incorporés dans les mécanismes en place de gestion des risques résiduels associés aux pathogènes éradiqués et/ou dangereux (par ex. variole) et dans les programmes de vaccination systématique.

Figure 5 : la période post-2013





## ANNEXE B : Détails des ressources financières nécessaires par pays pour 2009 2010 (tous les chiffres sont en US \$ millions)

Pays	2009				2010				2009 to 2010			
	JNV/ JLV : VPO	JNV/ JLV : Coûts op	Surveillance PFA	Coûts totaux pour 2009	JNV/ JLV : VPO	JNV/ JLV : Coûts op	Surveillance PFA	Coûts totaux pour 2009	JNV/ JLV : VPO	JNV/ JLV : Coûts op	Surveillance PFA	Coûts totaux de 2009 à 2010
<b>Priorité 1 (pays endémique)</b>												
Afghanistan	\$ 9,19	\$ 16,67	\$ 2,54	\$ 28,40	\$ 6,49	\$ 11,29	\$ 2,54	\$ 20,33	\$ 15,68	\$ 27,97	\$ 5,08	\$ 48,72
Inde	\$ 107,80	\$ 83,63	\$ 7,88	\$ 199,30	\$ 106,56	\$ 77,76	\$ 8,19	\$ 192,50	\$ 214,36	\$ 161,38	\$ 16,07	\$ 391,80
Nigéria	\$ 47,53	\$ 79,23	\$ 9,66	\$ 136,42	\$ 28,72	\$ 56,82	\$ 9,66	\$ 95,20	\$ 76,25	\$ 136,05	\$ 19,32	\$ 231,62
Pakistan	\$ 42,42	\$ 29,90	\$ 2,45	\$ 74,77	\$ 34,92	\$ 27,22	\$ 2,71	\$ 64,85	\$ 77,34	\$ 57,12	\$ 5,16	\$ 139,62
<b>Priorité 2 (importation active)</b>												
<b>Afrique de l'Ouest</b>												
Bénin	\$ 1,87	\$ 2,32	\$ 0,20	\$ 4,39	\$ 1,02	\$ 1,18	\$ 0,20	\$ 2,40	\$ 2,89	\$ 3,49	\$ 0,40	\$ 6,78
Burkina Faso	\$ 3,31	\$ 7,36	\$ 0,34	\$ 11,01	\$ 1,75	\$ 3,84	\$ 0,34	\$ 5,93	\$ 5,06	\$ 11,20	\$ 0,68	\$ 16,94
Côte d'Ivoire	\$ 3,95	\$ 3,67	\$ 0,32	\$ 7,94	\$ 2,10	\$ 1,83	\$ 0,32	\$ 4,25	\$ 6,05	\$ 5,49	\$ 0,64	\$ 12,19
Ghana	\$ 2,78	\$ 5,04	\$ 0,40	\$ 8,21	\$ 1,90	\$ 3,32	\$ 0,40	\$ 5,62	\$ 4,67	\$ 8,36	\$ 0,80	\$ 13,83
Mali	\$ 2,34	\$ 5,70	\$ 0,24	\$ 8,28	\$ 1,58	\$ 3,80	\$ 0,24	\$ 5,62	\$ 3,92	\$ 9,50	\$ 0,48	\$ 13,90
Niger	\$ 3,40	\$ 6,84	\$ 0,66	\$ 10,90	\$ 2,56	\$ 5,37	\$ 0,66	\$ 8,59	\$ 5,96	\$ 12,21	\$ 1,32	\$ 19,49
Togo	\$ 1,34	\$ 1,29	\$ 0,15	\$ 2,78	\$ 0,54	\$ 0,66	\$ 0,15	\$ 1,35	\$ 1,88	\$ 1,94	\$ 0,30	\$ 4,12
<b>Corne de l'Afrique</b>												
Ethiopie	\$ 1,67	\$ 5,14	\$ 3,73	\$ 10,54	-	-	\$ 3,73	\$ 3,73	\$ 1,67	\$ 5,14	\$ 7,46	\$ 14,27
Kenya	\$ 2,50	\$ 3,07	\$ 0,49	\$ 6,06	-	-	\$ 0,49	\$ 0,49	\$ 2,50	\$ 3,07	\$ 0,98	\$ 6,55
Ouganda	\$ 1,95	\$ 3,03	\$ 0,44	\$ 5,42	-	-	\$ 0,44	\$ 0,44	\$ 1,95	\$ 3,03	\$ 0,88	\$ 5,86
Somalie	\$ 0,74	\$ 1,48	\$ 0,76	\$ 2,97	\$ 0,65	\$ 1,52	\$ 0,76	\$ 2,93	\$ 1,39	\$ 3,00	\$ 1,52	\$ 5,90
Soudan	\$ 8,43	\$ 22,19	\$ 2,39	\$ 33,01	\$ 3,25	\$ 8,26	\$ 2,04	\$ 13,55	\$ 11,68	\$ 30,45	\$ 4,43	\$ 46,56
<b>Afrique Centrale</b>												
Angola	\$ 3,99	\$ 5,38	\$ 1,80	\$ 11,17	\$ 2,17	\$ 4,94	\$ 1,80	\$ 8,91	\$ 6,16	\$ 10,32	\$ 3,60	\$ 20,08
République Centrafricaine	\$ 0,45	\$ 1,04	\$ 0,52	\$ 2,01	\$ 0,23	\$ 0,73	\$ 0,52	\$ 1,48	\$ 0,68	\$ 1,77	\$ 1,04	\$ 3,49
RD Congo	\$ 3,66	\$ 8,76	\$ 2,50	\$ 14,92	\$ 1,67	\$ 4,10	\$ 2,50	\$ 8,27	\$ 5,33	\$ 12,86	\$ 5,00	\$ 23,18
Tchad	\$ 1,60	\$ 4,83	\$ 0,70	\$ 7,13	\$ 1,83	\$ 6,04	\$ 0,70	\$ 8,57	\$ 3,43	\$ 10,87	\$ 1,40	\$ 15,70
<b>Région de l'Asie du Sud-est</b>												
Népal	\$ 2,07	\$ 1,42	\$ 0,61	\$ 4,10	\$ 1,62	\$ 1,26	\$ 0,61	\$ 3,49	\$ 3,69	\$ 2,68	\$ 1,22	\$ 7,60
<b>Priorité 3 (zones à haut risque)</b>												
<b>Afrique de l'Ouest</b>												
Cameroun	\$ 1,54	\$ 1,51	\$ 0,44	\$ 3,50	-	-	\$ 0,44	\$ 0,44	\$ 1,54	\$ 1,51	\$ 0,88	\$ 3,94
Guinée	\$ 0,41	\$ 0,99	\$ 0,15	\$ 1,54	-	-	\$ 0,15	\$ 0,15	\$ 0,41	\$ 0,99	\$ 0,30	\$ 1,69
Liberia	\$ 0,15	\$ 0,34	\$ 0,30	\$ 0,79	-	-	\$ 0,30	\$ 0,30	\$ 0,15	\$ 0,34	\$ 0,60	\$ 1,09
Sierra Leone	\$ 0,20	\$ 0,47	\$ 0,30	\$ 0,98	-	-	\$ 0,30	\$ 0,30	\$ 0,20	\$ 0,47	\$ 0,60	\$ 1,28
<b>Corne de l'Afrique</b>												
Eritrée	\$ 0,31	\$ 0,09	\$ 0,22	\$ 0,62	-	-	\$ 0,22	\$ 0,22	\$ 0,31	\$ 0,09	\$ 0,44	\$ 0,84
Yemen	\$ 0,92	\$ 1,80	\$ 0,18	\$ 2,90	-	-	\$ 0,18	\$ 0,18	\$ 0,92	\$ 1,80	\$ 0,36	\$ 3,08
<b>Afrique Centrale</b>												
Zimbabwe	\$ 0,40	\$ 0,16	\$ 0,25	\$ 0,80	-	-	\$ 0,25	\$ 0,25	\$ 0,40	\$ 0,16	\$ 0,50	\$ 1,05
<b>Région de la Méditerranée orientale</b>												
Egypte	\$ 0,55	\$ 0,45	\$ 0,37	\$ 1,37	-	-	\$ 0,37	\$ 0,37	\$ 0,55	\$ 0,45	\$ 0,74	\$ 1,74

## ANNEXE C : Synthèse des principaux résultats attendus pour 2009

Programme de travail	Principaux résultats attendus
1. Maintien de l'application des principales stratégies d'éradication	Couverture > 90 % de toutes les zones infectées et endémiques, contrôlée par le monitoring indépendant des enfants marqués au doigt
2. Evaluation des principaux obstacles identifiés pendant l'effort intensifié d'éradication de la poliomyélite	Mise en place et incorporation de plans spécifiques des zones visant à lever les principaux obstacles afin d'atteindre l'éradication dans chaque zone endémique et d'activités supplémentaires visant à limiter la propagation internationale de la polio
3. Evaluation des nouvelles approches stratégiques dans chaque pays endémique : -Nigéria  -Inde  - Pakistan  -Afghanistan	D'ici au 4e trimestre 2009, le pourcentage d'enfants non vaccinés lors des AVS dans chacun des 10 Etats les plus à risque du nord du Nigéria sera réduit à < 10 % (contre 21 % en 2008) ; une couverture vaccinale importante sera en outre maintenue dans le reste du pays  Adaptation de la stratégie d'AVS de l'Inde sur la base des résultats de l'essai clinique  - Dans toutes les communes de Karachi, couverture des AVS atteignant 90 % d'ici au 4e trimestre 2009, contrôlée par un monitoring indépendant des enfants marqués au doigt - Dans les six districts les plus à risque en NWFP/FATA, proportion d'enfants n'ayant jamais reçu aucune dose de VPO sera réduite à moins de 10 % d'ici au 4e trimestre 2009, d'après les données de PFA non polio  D'ici à la fin 2009, proportion d'enfants non vaccinés réduite à < 10 % dans les 11 districts les plus à risque des trois provinces de la région méridionale : Hilmand, Kandahar et Uruzgan (contre 18 % début 2009)
4. Mise au point et évaluation de nouveaux outils	- VPO bivalent : autorisation de mise sur le marché et introduction d'au moins deux VPOb d'ici au 4e trimestre 2009 si la supériorité de ces produits par rapport au VPO trivalent est démontrée lors de l'essai clinique - VPI intradermique : achèvement de l'essai clinique et revue par l'ACPE - Enquêtes de séroprévalence : enquêtes réalisées dans l'ouest de l'Uttar Pradesh, Inde, et à Karachi, Lahore et Peshawar, Pakistan - PCR en temps réel : lancement de la RT PCR dans tous les laboratoires concernés des trois régions endémique d'ici à fin 2009 - Surveillance ciblée de l'environnement : surveillance de l'environnement instaurée à Karachi, Pakistan

Programme de travail	Principaux résultats attendus
5. Mise en œuvre d'activités supplémentaires pour limiter la propagation internationale et stopper les flambées	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Institutionnalisation des plans d'AVS de 24 mois dans les pays les plus à risque : financement en place pour les 12 premiers mois du plan d'AVS de 24 mois</li> <li>- Missions d'évaluation des réponses aux flambées : missions indépendantes réalisées en Angola, au Tchad et au Soudan</li> <li>- Plans de réponse aux flambées : plans mis à jour dans les 15 pays de la « ceinture d'importation du poliovirus sauvage » d'Afrique subsaharienne</li> <li>- Vaccination des voyageurs contre la polio : recommandations de l'ACPE publiées dans la revue <i>Voyages internationaux et santé</i> de l'OMS</li> </ul>
6. Evaluation et renforcement de la sensibilité de la surveillance au niveau sous-national	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zones où une transmission du poliovirus sauvage est restée indétecté pendant &gt; 12 mois au cours des cinq dernières années : atteindre un taux de fréquence des PFA non liées à la polio &gt; 2 dans toutes les provinces / tous les États</li> <li>- Zones les plus à risque aux importations : achèvement d'au moins deux revues documentaires et instauration de mesures correctives si nécessaire</li> <li>- Reste du monde : revues réalisés dans chaque région indemne de la poliomyélite et communication formelle des résultats aux Etats membres concernés</li> </ul>
7. Mise au point d'une politique post éradication	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Caractérisation des risques de PVDV : lancement d'au moins deux études visant à quantifier les risques de PVDV dans les pays à revenu faible ou intermédiaire</li> <li>- Stratégies de gestion de risque : GAPIII finalisé ; appel d'offre pour la constitution du stock initial de VPOm remporté</li> <li>- Options de VPI « abordables » et politique appliquée aux pays à revenu faible ou intermédiaire : mise en route de la phase de développement clinique du projet Sabin-VPI ; version préliminaire du rapport officiel de l'OMS sur la vaccination antipoliomyélitique pendant la période prééradication</li> </ul>
8. Finalisation du plan stratégique pluriannuel	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Plan stratégique pluriannuel : finalisation du nouveau plan stratégique quinquennal d'ici à fin 2009, publication prévue en janvier 2010</li> <li>- Financement : financement complet du programme de travail 2009 de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite d'ici au mois de juin</li> </ul>

