

## 4. Objectif stratégique IV

# Intégration de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite

Étapes 2008 <sup>25</sup>	Statut
<b>Étape 1 :</b> Tous les pays prioritaires communs à GAVI et à l'IMEP mettront en oeuvre des plans intégrés.	Objectif non atteint
<b>Étape 2 :</b> Tous les pays auront intégré ou développé la notification des cas de PFA en fonction des besoins (en particulier pour la rougeole et le tétanos néonatal).	Objectif non atteint
<b>Étape 3 :</b> Tous les pays seront dotés d'un comité de coordination interinstitutions soutenu par GAVI et, le cas échéant, d'un groupe de conseil technique (TAG).	Objectif atteint
<b>Étape 4 :</b> Toutes les « ressources humaines » financées au titre de la lutte contre la poliomyélite contribueront officiellement à des programmes dirigés contre plusieurs maladies.	Objectif atteint
<b>Étape 5 :</b> Tous les pays auront entièrement intégré les opérations de lutte contre la poliomyélite à celles de lutte contre la rougeole.	Objectif non atteint

En tant que plus vaste effort de santé publique jamais mené au plan international, l'IMEP a mis en place une infrastructure complète de santé publique dans certains des pays les plus démunis du monde. Cette infrastructure comprend des ressources humaines, des réseaux de communication, des lignes directrices et des normes opérationnelles, des organismes indépendants d'orientation stratégique et des mécanismes rationnels de coordination entre les partenaires, sans oublier les supports pratiques de l'opération, à savoir les bureaux, les véhicules et les équipements médicaux ou non. Elle n'est pas seulement un atout précieux pour les pays dans lesquels elle opère, mais elle est aussi très bien placée pour contribuer à la surveillance de la maladie et aux opérations de vaccination de grande envergure, et pour aider à faire face aux urgences de santé publique ou aux urgences nationales quand elles surviennent.

Au cours de la seule année 2008, le personnel et les infrastructures de l'IMEP ont aidé à faire face à des inondations catastrophiques au Bihar, en Inde, et ont été déployés pour lutter contre la flambée de fièvre Ébola en République démocratique du Congo et contre les flambées de choléra et de grippe aviaire en Afrique et en Asie. Ils ont aussi fourni un soutien à plusieurs pays pour la vaccination contre la rougeole ainsi que pour l'administration de vaccins DTC et anti-amaryl et d'anatoxine tétanique (TT) au Nigéria.

Dans de nombreuses régions du monde, le personnel de la lutte contre la poliomyélite constitue la plus grande source

<sup>25</sup> Détails dans l'appendice A.

d'assistance technique pour la vaccination et la surveillance dans les pays à faible revenu. Sur 999 agents de vaccination de l'OMS travaillant en Afrique, par exemple, 914 (91 %) sont financés par le programme d'éradication de la poliomyélite, la grande majorité d'entre eux consacrant une partie considérable de leur temps à des activités de vaccination, de surveillance et de riposte à des flambées de maladies autres que la poliomyélite. La poliomyélite emploie plus de 3 000 techniciens et personnels d'appui à travers le monde. Leur travail au quotidien comprend la formation des personnels de santé, la microplanification au niveau des districts, l'entretien des équipements de la chaîne du froid et le renforcement des capacités techniques des réseaux de suivi et de surveillance pour les maladies évitables par la vaccination. Alors que les ressources humaines affectées à la lutte contre la poliomyélite s'amenuisent à mesure que l'on avance vers l'éradication, il est important que cela ne crée pas un vide pour d'autres programmes de santé.

Des décisions clés prises en 2008 sur la planification postéradication, en particulier la résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé en mai, ont ouvert la voie vers des plans plus concrets d'intégration à long terme de l'IMEP. Un élément clé d'un nouveau plan stratégique pour l'IMEP sera la fixation d'un délai pour aider les pays à établir leur planification à long terme et à préparer les processus d'intégration et de réduction d'échelle une fois la poliomyélite éradiquée. Ce délai dépend bien évidemment de l'interruption de la transmission du PVS dans les zones infectées restantes. La réduction d'échelle des activités concernera à terme toutes les fonctions actuellement exercées par les personnels financés au titre de la lutte

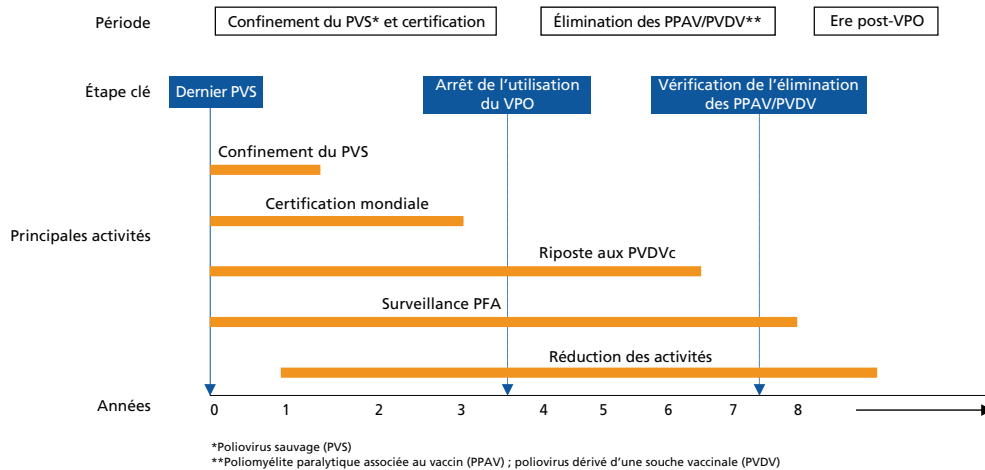
contre la poliomyélite, telles que la planification et la surveillance des vaccinations, l'élaboration de politiques et la formation et la surveillance pour d'autres maladies évitables par la vaccination, l'objectif étant de transférer ces tâches à d'autres agents de vaccination financés à l'échelle internationale ou nationale.

Pour limiter les risques liés à une cessation de l'utilisation du VPO, les agences internationales et les gouvernements nationaux devront notamment : assurer une surveillance continue des PFA pendant au moins cinq ans après l'arrêt de l'utilisation du VPO ; maintenir la surveillance de la poliomyélite à long terme et la capacité de riposte aux flambées ; mettre en place un confinement complet des poliovirus Sabin ; et vérifier l'élimination des PPAV/PVDV.

Dans ce but, on a continué à travailler en 2008 pour faire en sorte que les fonctions à long terme, y compris le confinement, la surveillance et la capacité de riposte aux flambées, soient gérées à plus longue échéance par des institutions et des organismes de surveillance autres que l'IMEP (par exemple le réseau mondial OMS d'alerte et d'action en cas d'épidémie et le SAGE). A plus court terme, une analyse de risque sera effectuée pour évaluer dans quelle mesure la réduction des activités influera sur d'autres programmes de santé publique, et un plan de gestion des risques sera mis au point en coordination et en consultation avec les programmes nationaux et les acteurs appropriés collaborant à d'autres programmes de santé publique, en particulier les programmes de vaccination.

### Délais pour intégrer l'IMEP dans un monde sans poliomyélite

#### Période post-2013



## Recensement de tous les enfants – Parce que chaque enfant compte

Dans les rues fourmillantes de l'Etat indien de l'Uttar Pradesh, s'assurer que chacun des quelque 38 millions d'enfants vivant dans l'Etat le plus peuplé de l'Inde reçoive les doses optimales de vaccin antipoliomyélique demeure l'un des grands défis de l'IMEP.

Car ici, ce sont quelque 500 000 enfants qui naissent chaque mois, et jusqu'à une date récente, les noms de près de la moitié de ces enfants n'étaient même pas inscrits sur les registres médicaux officiels.

Chaque mois, des équipes mobiles de vaccinateurs qui font du porte-à-porte pour garantir une couverture vaccinale optimale continuent à trouver des nouveau-nés non inscrits et non vaccinés. Non seulement ces nourrissons sont susceptibles de contracter et d'être porteurs de la poliomyélite, mais leur statut de non inscrit fausse les chiffres de la couverture vaccinale, ce qui fait de la planification de l'effort de vaccination un véritable casse-tête.

Pour essayer de trouver une solution, le projet national de surveillance de la poliomyélite a lancé une initiative de suivi de tous les nouveau-nés, dans le cadre de laquelle les différentes équipes de vaccination enregistrent les coordonnées de chaque nouveau-né lors de leurs visites à domicile, juste avant de leur donner leur première dose de VPO.

Dans le cadre d'un projet pilote sur 12 mois mené dans un quartier de chacun des huit districts de l'ouest de l'Uttar Pradesh, les noms de tous les nouveau-nés ont été ajoutés sur les registres de vaccination tenus par les sages femmes-infirmières auxiliaires locales (ANM). En l'espace de six mois, le nombre d'enfants inscrits avait presque doublé. Alors que les registres des ANM faisaient état de 16 569 nouveau-nés, les membres des équipes de lutte contre la poliomyélite ont confirmé qu'il existait 15 742 nouveau-nés supplémentaires.

Il a alors été possible de déterminer avec plus de précision la couverture vaccinale et il en est ressorti par exemple que sur les 32 311 bébés qui apparaissent maintenant sur le registre officiel, 60 % seulement étaient complètement vaccinés contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC3).<sup>26</sup>

Le projet de suivi de chaque nouveau-né a également motivé la communauté – des ANM aux vaccinateurs en passant par les parents eux-mêmes –, incitant chacun à veiller à ce que tous les nouveau-nés soient inscrits sur le registre officiel aux fins de la vaccination systématique.

Le Gouvernement de l'Uttar Pradesh a ensuite demandé que l'on étende cette heureuse initiative à d'autres quartiers, pour faire en sorte que chaque enfant de l'Uttar Pradesh soit décompté – parce que chaque enfant compte.



© OMS / JG Brunner

La détermination de l'IMEP à atteindre chaque nouveau-né en Inde a été une véritable aubaine pour la mise à jour du registre officiel de vaccination de l'Uttar Pradesh.

26 On utilise la couverture par le DTC3 comme mesure de la couverture vaccinale.