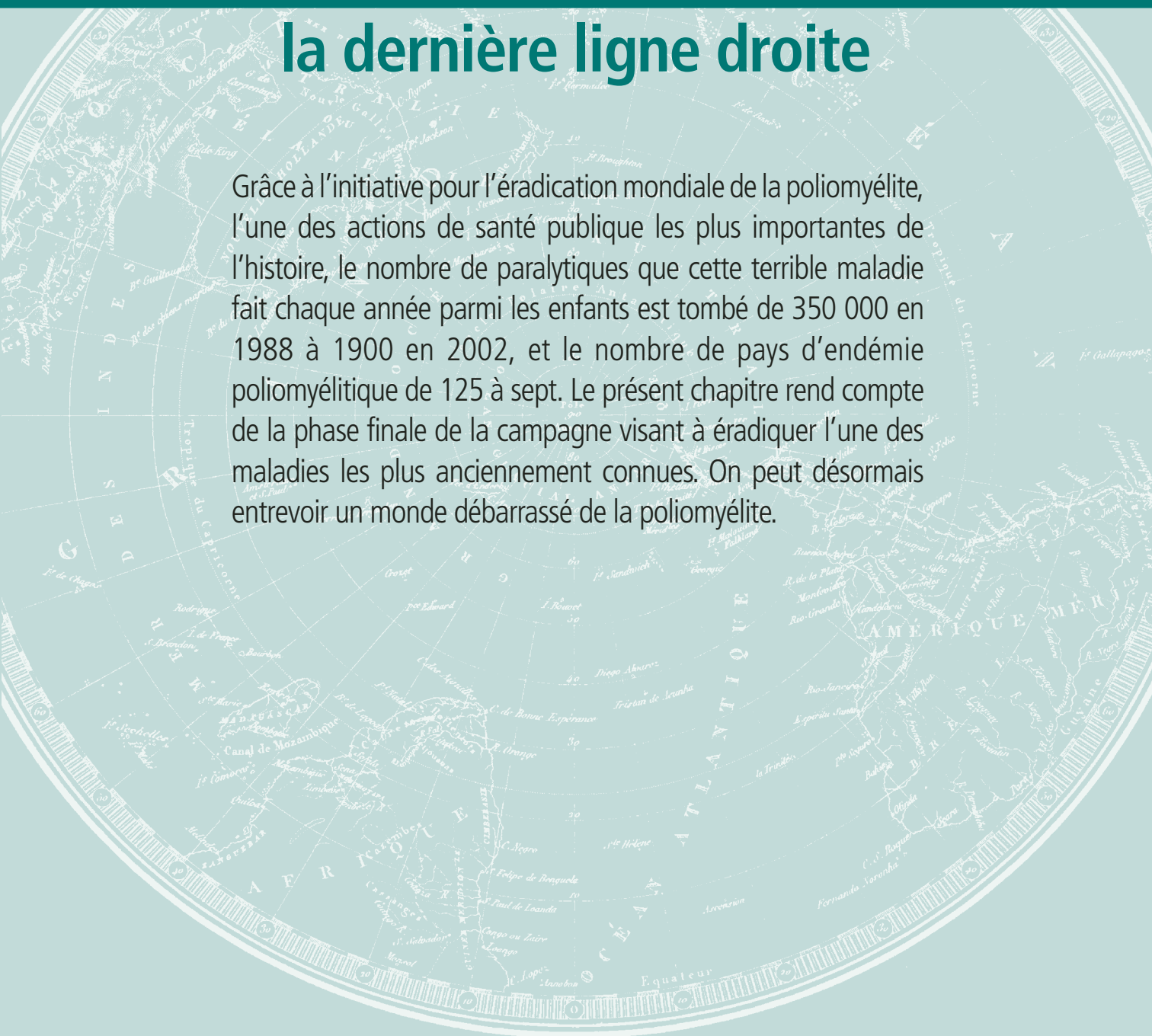


Éradication de la poliomyélite: la dernière ligne droite

Grâce à l'initiative pour l'éradication mondiale de la poliomyélite, l'une des actions de santé publique les plus importantes de l'histoire, le nombre de paralytiques que cette terrible maladie fait chaque année parmi les enfants est tombé de 350 000 en 1988 à 1900 en 2002, et le nombre de pays d'endémie poliomyélitique de 125 à sept. Le présent chapitre rend compte de la phase finale de la campagne visant à éradiquer l'une des maladies les plus anciennement connues. On peut désormais entrevoir un monde débarrassé de la poliomyélite.



4

Eradication de la poliomyélite: la dernière ligne droite

En 1962, tout juste 12 mois après l'homologation, dans la plupart des pays industrialisés, du mémorable vaccin antipoliomyélitique oral (VPO) mis au point par Albert Sabin, Cuba commençait à l'utiliser dans une série de campagnes de vaccination sur l'ensemble de son territoire. Peu de temps après, la transmission du virus sauvage autochtone était interrompue. En d'autres termes, cela voulait dire qu'aucun enfant de ce pays ne risquerait plus de souffrir de cette terrible maladie à la suite d'une contamination par le virus local. Rarement, sinon jamais, une technologie sanitaire nouvelle n'avait été exploitée avec un tel succès et au bout de si peu de temps pour le plus grand bien de tant de gens. Toutefois, les pays ne devaient pas être nombreux à connaître pareille réussite et la maladie avait continué à faire chaque année un demi-million de paralytiques – dans les années 90, on comptait même entre 10 et 20 millions de personnes qui, ayant survécu à la phase aiguë de la maladie, en subissaient encore les séquelles invalidantes et souvent douloureuses. Mais l'expérience cubaine, fondée sur des campagnes de masse, avait conforté Sabin dans sa conviction que le virus poliomyélitique pourrait être éliminé d'une manière si complète que, pour les générations futures, la paralysie poliomyélitique ne serait plus qu'un événement relaté par les manuels d'histoire. Sabin devait apporter sa pierre à l'édification de cet avenir sans poliomyélite en faisant don de son vaccin à l'Organisation mondiale de la Santé afin qu'il puisse être mis à la disposition de tous.

Quarante ans plus tard, ce monde débarrassé de la poliomyélite qu'avait pressenti Sabin est sur le point de devenir une réalité. Grâce à 15 ans d'efforts extraordinaires déployés par la communauté internationale, les virus poliomyélitiques autochtones ne sont plus désormais présents que dans sept pays, contre 125 lors du lancement de l'initiative (1) (voir Figure 4.1). Ces progrès sont l'œuvre d'un partenariat unique en son genre créé par des gouvernements, des organismes internationaux, des organisations humanitaires et le secteur privé afin de répondre à trois exigences essentielles pour la vaccination de tous les enfants du monde: obtenir l'engagement effectif des responsables politiques, trouver le financement nécessaire et disposer de ressources humaines suffisantes. Grâce à ce partenariat, au cours de la seule année 2001, plus de 10 millions de bénévoles ont vacciné contre la poliomyélite 575 millions d'enfants dans 93 des pays les plus pauvres du monde. Cette expérience et la perspective d'arriver au terme du processus d'éradication sont une source d'inspiration pour faire passer à l'échelle supérieure un certain nombre d'autres interventions sanitaires, condition essentielle à la réalisation d'objectifs sanitaires nationaux et internationaux aussi ambitieux que ceux qui figurent au nombre des objectifs du Millénaire pour le développement (2).

Un partenariat d'un nouveau genre

Lorsque, il y a une vingtaine d'années, la communauté internationale a commencé à s'intéresser à une action au niveau mondial pour éradiquer la poliomyélite, on n'avait qu'une expérience limitée des initiatives sanitaires internationales de grande envergure et des partenariats. Toutefois, au milieu des années 80, devant le nombre croissant de pays d'Amérique du Sud – le Brésil surtout – qui se lançaient avec succès dans la lutte contre la poliomyélite en appliquant le modèle cubain des campagnes de masse et en accroissant la surveillance, un partenariat d'un genre nouveau s'est peu à peu constitué dans cette perspective commune.

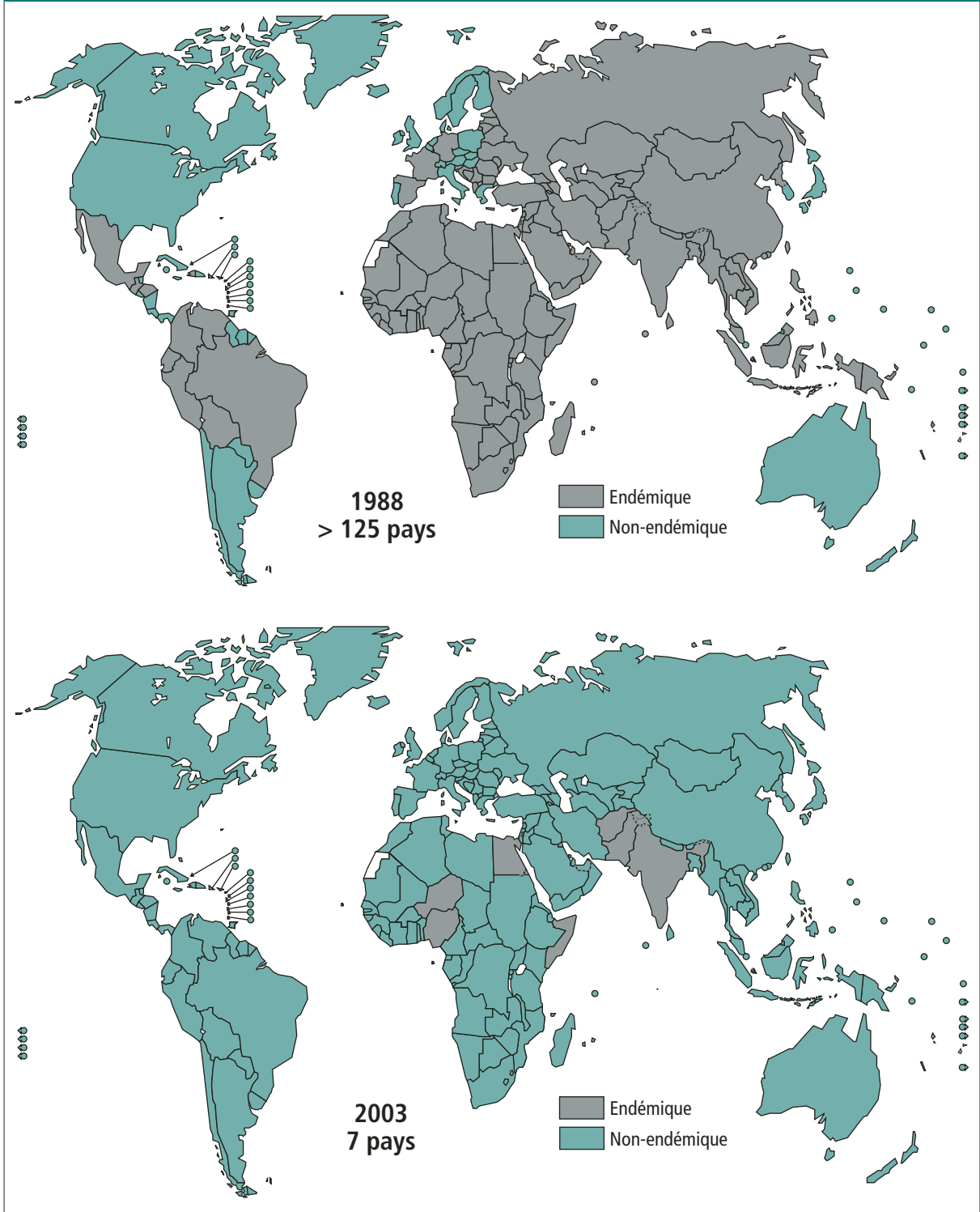
En 1988, année au cours de laquelle l'Assemblée mondiale de la Santé a décidé de lancer une initiative en vue d'éradiquer la poliomyélite dans le monde (3), quatre organisations constituaient déjà le noyau du « partenariat contre la poliomyélite » : l'Organisation mondiale de la Santé, le Rotary International, le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) et les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des Etats-Unis. Au cours des 15 années suivantes, ce partenariat s'est développé pour devenir un vaste réseau regroupant des gouvernements, des organismes internationaux, des entreprises privées, des fondations, des donateurs bilatéraux, des organisations humanitaires, des organisations non gouvernementales et des banques de développement. Les travaux du partenariat continuent de s'effectuer dans le cadre d'un plan stratégique pluriannuel et sont surveillés par des commissions techniques internationales aux niveaux national, régional et mondial. L'existence de relations étroites entre les autorités sanitaires nationales et ce partenariat international a joué un rôle capital dans le passage des activités d'éradication à l'échelle supérieure vers le milieu des années 90, alors que l'initiative commençait à tirer parti de l'impulsion déjà donnée dans les Régions des Amériques et du Pacifique occidental et étendait son action à l'ensemble des pays de toutes les Régions. A la fin de la décennie, plus de 500 millions d'enfants de pays à revenu faible ou moyen recevaient régulièrement le VPO grâce aux efforts de 10 millions de bénévoles.

Dès le départ, ce partenariat s'est attaché à renouveler le soutien international à l'action sanitaire nationale dans le sens d'une meilleure efficacité. Il s'est largement inspiré des stratégies et des méthodes de gestion mises au point par l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) pour éliminer la poliomyélite dans la Région des Amériques, résultat auquel elle est parvenue en 1991 lorsque Luis Fermin Tenorio, un jeune garçon péruvien, a été le dernier enfant de la Région à contracter une paralysie poliomyélitique due à un virus sauvage. Le partenariat mondial a donc adopté cette stratégie éprouvée qui comporte quatre volets : vaccination systématique par le VPO jusqu'à obtention d'une couverture élevée, organisation de journées nationales de vaccination (JNV), surveillance et étude en laboratoire des cas de paralysie flasque aiguë (PFA) et campagnes massives de « ratissage » porte à porte (4). Le Comité de Coordination interorganisations de l'OPS (ICC) a assuré la coordination des activités des différents partenaires au niveau national en veillant à ce que les ressources disponibles soient suffisantes, les budgets transparents et l'efficacité vérifiable. Il a convié régulièrement les ministres de la santé de la Région à des réunions et pris des dispositions pour que les autorités nationales soient toujours au centre des décisions importantes concernant la mise en œuvre de la stratégie. Le partenariat mondial attache une grande importance à l'engagement politique au plus haut niveau des pays donateurs et des pays d'endémie.

Un engagement effectif des responsables politiques

Les journées nationales de vaccination (JNV) constituent l'élément le plus notoire de l'initiative pour l'éradication de la poliomyélite dans la mesure où elles impliquent la vaccination de tous les enfants de moins de 5 ans (qui représentent près de 20 % de la population des pays)

Figure 4.1 Poliomyélite endémique en 1988 et à la mi-2003



en l'espace de 1 à 3 jours, plusieurs fois par an et plusieurs années de suite. Dans beaucoup de pays, ces activités ont dépassé, en termes d'envergure et de complexité logistique, celles qui avaient été déployées lorsque les campagnes d'éradication de la variole battaient leur plein. C'est d'ailleurs pourquoi l'engagement des responsables politiques a conditionné leur succès. Pour obtenir ce soutien, il a fallu intervenir activement et inlassablement auprès de ces personnalités en leur demandant leur concours sur trois points importants: la surveillance des activités, la mise à disposition de moyens extérieurs au secteur sanitaire, et la transparence.

L'intervention des responsables politiques dans la surveillance des activités de vaccination contre la poliomyélite par les responsables politiques s'est souvent traduite, au début, par une participation à des événements retentissants comme le lancement des JNV et s'est poursuivie, dans le meilleur des cas, par un suivi effectif des progrès de la vaccination. A l'exemple de l'Amérique du Sud, c'est le chef de l'Etat ou une autre personnalité éminente qui, dans la plupart des pays, a lancé officiellement les journées nationales de vaccination. C'est ainsi qu'en Chine, le Président Jiang Zemin a vacciné lui-même le premier enfant lors de la campagne nationale de vaccination antipoliomyélitique de 1993. La même année, le Roi Sihanouk a fait de même au Cambodge. En 1996, Nelson Mandela, Président de la République d'Afrique du Sud, a lancé une campagne intitulée « La poliomyélite hors d'Afrique! » lors de la réunion de l'Organisation de l'Unité africaine qui s'est tenue à Yaoundé (Cameroun), et il a confié à l'OUA le soin d'en contrôler régulièrement les progrès (5). Dans les pays donateurs, le sou-

Encadré 4.1 Progrès sur la voie de l'éradication de la poliomyélite en Méditerranée orientale

Tous les pays de la Région OMS de la Méditerranée orientale progressent rapidement vers l'éradication de la poliomyélite. Le nombre de cas diminue assez régulièrement, comme en témoigne le système de surveillance bien développé et efficace qui a été mis en place. A la fin de 2002, la transmission du poliovirus était interrompue dans 18 pays de la région depuis plus de trois ans et le Soudan n'a signalé aucun cas de poliomyélite depuis avril 2001. En 2002, 110 cas confirmés de poliomyélite ont été notifiés par quatre pays seulement (Pakistan: 90; Afghanistan: 10; Egypte: 7 et Somalie: 3). Au cours des huit premiers mois de 2003, on a signalé 61 cas (Pakistan: 57; Afghanistan: 2 et Egypte: 1); il est apparu qu'un autre cas détecté au Liban avait été importé et était lié génétiquement à des souches virales de l'Inde.

L'organisation de journées mondiales de la vaccination s'est poursuivie de façon intensive en 2003, avec l'appui technique de l'OMS, tant dans les pays d'endémie (Afghanistan, Egypte, Pakistan et Somalie) qu'au Soudan actuellement indemne de poliomyélite. Tous ces pays ont mis sur pied plus de deux journées nationales de la vaccination et une ou plusieurs séries de journées intranationales par an dans les districts à haut risque, en s'attachant à atteindre tous les enfants par des vaccinations porte-à-porte. La surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA) a continué de s'améliorer dans l'ensemble de la région. Le taux de PFA non poliomyélitiques s'est encore accru en 2003, atteignant 2,39 cas pour 100 000 enfants de moins de 15 ans, tandis que la collecte des échantillons de selles s'est étendue à 90 % de la couverture cible.

L'initiative d'éradication de la poliomyélite entrant dans sa phase finale, les groupes techniques consultatifs mis en place pour les pays prioritaires examinent régulièrement la situation épidémiologique et les plans nationaux et donnent des avis techniques. En outre, on a créé un groupe technique consultatif régional pour prendre la direction des activités d'éradication dans les autres pays d'endémicité de la poliomyélite et pour conseiller les Etats Membres sur d'autres questions techniques. Le confinement des poliovirus sauvages en laboratoire, la certification de l'éra-

dication de la poliomyélite et l'élaboration d'une politique de vaccinations post-certification font l'objet d'une attention accrue.

Des coordinateurs nationaux de l'endiguement ont été nommés dans 19 des 23 pays de la région et 16 de ces pays ont également créé des comités nationaux de l'endiguement. A la fin de 2002, 18 pays avaient préparé un plan national d'endiguement; trois des cinq autres n'ont pas encore interrompu la transmission du virus. La première phase d'endiguement a été menée à bien dans sept pays et se déroule actuellement dans 11 autres.

A l'exception de la Somalie, tous les pays de la région ont créé des comités nationaux de certification ayant une composition appropriée. Dix-huit pays où le virus ne circule pas ont soumis des rapports et une documentation nationale au Comité régional de Certification qui a déjà examiné et commenté 15 rapports. Le Comité régional examine également les mises à jour annuelles communiquées par les pays dont les rapports initiaux faisaient état d'une situation satisfaisante. Ces mises à jour annuelles seront adressées régulièrement jusqu'à l'achèvement de la certification régionale.

En dépit de progrès notables dans les autres zones d'endémicité, le programme d'éradication se heurte à un certain nombre d'obstacles et de contraintes qu'il va falloir surmonter pour atteindre l'objectif final. L'essentiel des efforts porte maintenant sur le Pakistan où plusieurs flambées ont éclaté en 2002-2003. Il semble que si l'équipe de vaccination ne comprend pas une femme, les plus jeunes enfants des populations tribales attachées à leurs traditions risquent d'échapper à la vaccination. Pour parer à ces difficultés, on met l'accent sur la mobilisation des dirigeants politiques fédéraux, provinciaux et locaux et sur l'extension de la couverture des journées intranationales de la vaccination à toutes les zones où la transmission se poursuit. Un personnel international nouveau est affecté aux districts où aucun consultant n'avait été encore nommé pour fournir l'assistance technique nécessaire à une surveillance de haute qualité dans toutes les zones.

tien à la campagne antipoliomyélique a été du même ordre – notamment pendant le G8, lorsqu’à l’occasion des réunions de 2002 et de 2003, les chefs d’Etat et de gouvernement se sont posé la question de savoir comment ils pouvaient combler le déficit financier des activités d’éradication (6).

Cette notoriété particulière des campagnes d’éradication a joué un rôle capital dans la deuxième phase – peut-être la plus importante – de la sensibilisation des responsables politiques: la possibilité de disposer de moyens et de ressources publics ou privés n’appartenant pas au secteur sanitaire. En raison du nombre très élevé de personnes et de véhicules nécessaires lors des JNV, il est certain que, dans beaucoup de pays, le secteur sanitaire ne dispose pas de moyens de communication suffisants ni de la capacité logistique requise. C’est pourquoi les pays ont largement fait appel aux ministères des transports, de l’information, de la défense, etc. pour être en mesure d’atteindre rapidement la totalité des enfants sur l’ensemble du territoire national. Les pays se sont également tournés vers le secteur privé, souvent à très grande échelle. Aux Philippines, par exemple, plus de 140 entreprises privées ont régulièrement détaché du personnel, prêté des véhicules et des locaux et apporté un soutien financier. Obtenir tous ces concours n’a été possible que lorsque les responsables politiques ont, au plus haut niveau national ou infranational, apporté publiquement leur soutien à l’initiative et pris les mesures nécessaires pour mettre ces moyens à la disposition des autorités sanitaires. Ainsi, les pouvoirs publics et le corps social se sont approprié cette action sanitaire et la responsabilité du secteur de la santé est passée de la mise en œuvre à la gestion et au suivi.

Cet engagement personnel des responsables politiques dans la surveillance et la mise en œuvre des activités nous amène tout naturellement au troisième objectif de l’action de sensibilisation des responsables politiques: améliorer la transparence, tant à l’intérieur qu’à l’extérieur du secteur de la santé. Seuls les responsables politiques au plus haut niveau ont des pouvoirs suffisants pour garantir cette transparence, s’agissant notamment d’autres ministères que celui de la santé, dont le personnel et les moyens sont si importants pour assurer la vaccination antipoliomyélique de tous les enfants.

Encadré 4.2 Comment l’Asie du Sud-Est relève le défi de l’éradication de la poliomyélite

En 2002, les progrès vers l’objectif mondial de l’éradication de la poliomyélite ont été compromis par la plus importante épidémie dont l’Inde ait eu à souffrir au cours de son histoire récente: 1600 cas ont été signalés pour cette seule année, soit cinq fois plus qu’en 2001. Lorsque l’épidémie a gagné des états indiens qui avaient réussi à éliminer la maladie au cours de ces dernières années, le nombre de districts infectés a plus que doublé, passant de 63 en 2001 à 159. En raison de la longueur des frontières de l’Inde avec le Bangladesh et le Népal, l’épidémie a également menacé ces pays alors indemnes de poliomyélite. Vers la fin de 2002, la Région de l’Asie du Sud-Est supportait 84 % de la charge mondiale de la poliomyélite. Depuis lors cependant, une réaction nationale et internationale massive a de nouveau amené cette maladie au bord de l’élimination dans la Région de l’OMS la plus peuplée.

A la fin de l’an 2000, 9 des 10 Etats Membres de l’OMS dans la Région de l’Asie du Sud-Est et 35 des 37 états indiens avaient interrompu la transmission du poliovirus sauvage dans le cadre de l’effort mondial d’éradication. Outre le Bangladesh et le Népal, le Myanmar est indemne de poliomyélite depuis l’an 2000. Le Bhoutan, la République populaire démocratique de Corée, l’Indonésie, les Maldives, Sri Lanka et la Thaïlande ont tous interrompu la transmission indigène avant 1999. Un tel résultat résulte de la mise en œuvre d’un programme basé sur

des observations concrètes et coordonné au niveau régional qui a été lancé au début des années 1990, et dans le cadre duquel des journées nationales de la vaccination ont permis d’atteindre plus de 200 millions d’enfants. Ce programme a été souvent synchronisé entre les Etats Membres et a reçu le soutien d’organes régionaux tels que l’Association pour la Coopération régionale en Asie méridionale. Une surveillance efficace de la poliomyélite et un réseau régional de 17 laboratoires de haute qualité ont guidé cette entreprise et consolidé les résultats obtenus.

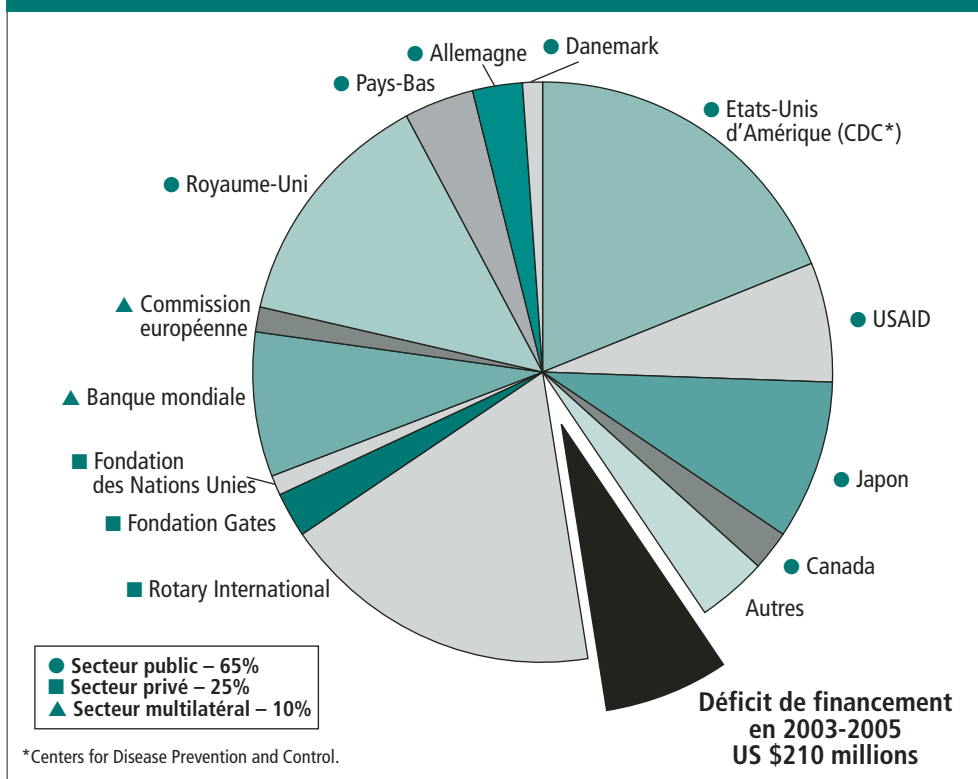
Les investigations entreprises au sujet de l’épidémie de 2002 montrent que la trop faible couverture des vaccinations systématiques associée à une insuffisance de la portée, du nombre et de la qualité des campagnes antipoliomyéliquiques a entraîné une rapide augmentation du nombre d’enfants sensibles, particulièrement dans l’état de l’Uttar Pradesh. Pour remédier à cette situation, on a nettement intensifié la surveillance des opérations, porté à six par an le nombre de campagnes antipoliomyéliquiques et renouvelé les efforts pour atteindre les enfants des minorités ethniques. En conséquence, la poliomyélite avait atteint à la fin de septembre 2003 le plus bas niveau jamais enregistré (132 cas) et l’on pouvait de nouveau entrevoir la réelle possibilité d’une élimination définitive de ce fléau dans l’Asie du Sud-Est d’ici à 2005.

L'engagement des responsables politiques de haut niveau a eu d'autres effets bénéfiques qui sont souvent étonnants. En avril 1995, les dirigeants de 18 pays d'Asie, d'Europe et de la Région de la Méditerranée orientale, reconnaissant que le virus poliomyélitique ignorait les frontières, ont commencé à coordonner la vaccination antipoliomyélitique de 56 millions d'enfants. Des actions du même genre ont été conduites en Afrique, où des pays comme le Gabon, mais aussi des pays en proie à des conflits comme l'Angola, la République démocratique du Congo et la République du Congo, ont, à partir de juillet 2001, synchronisé trois séries de JNV portant sur 15 millions d'enfants. Tout au long des 15 années écoulées, des pays comme l'Afghanistan, l'Angola, la Sierra Leone et le Sri Lanka ont vu leurs belligérants déposer les armes pour participer à des « journées de tranquillité », permettant ainsi aux enfants d'être vaccinés contre la poliomyélite (7). Les Encadrés 4.1 et 4.2 indiquent dans le détail les progrès accomplis vers l'éradication par les pays des Régions de la Méditerranée orientale et de l'Asie du Sud-Est.

Trouver les financements

L'image que Sabin se faisait d'un monde sans poliomyélite supposait que tous les enfants aient pu recevoir leurs doses de VPO, ce qui impliquait des moyens financiers importants et des contributions en nature émanant de sources nationales et internationales. Pour dégager et gérer de telles ressources, le partenariat a mis au point tout un ensemble de stratégies et de mécanismes. En l'espace de 20 ans, plus de US \$5 milliards ont pu être mobilisés en espèces et en nature pour le compte des activités d'éradication de la poliomyélite, ce qui témoigne du succès de la méthode (8). Si la majeure partie de ces fonds a été consacrée à des activités de

Figure 4.2 Initiative pour l'éradication mondiale de la poliomyélite: soutien financier entre 1988 et 2005



durée limitée, une proportion non négligeable a tout de même été allouée au renforcement de la vaccination systématique et de la surveillance.

Quel que soit le pays, la part des dépenses couverte par des fonds d'origine nationale ou internationale est en corrélation très étroite avec le niveau de revenu et la capacité du service de santé. En Chine, par exemple, on estime que plus de 95 % des coûts ont été supportés par le pays lui-même. Même dans les pays les plus pauvres, comme la Somalie, où il n'existe pratiquement pas de véritable système de santé, la communauté prend à sa charge 25 à 50 % du coût effectif des JNV sous la forme de contributions en nature. En raison de la diversité des communautés, des gouvernements et des partenaires participant à la mise en œuvre des activités antipoliomyélitiques, il est impossible de déterminer avec exactitude à combien se monte l'ensemble des contributions en espèces et en nature. Toutefois, une estimation prudente basée sur le temps consacré par les bénévoles et les agents de santé aux JNV – la stratégie la plus consommatrice de main-d'œuvre – donne à penser que sur les plus de US \$5 milliards dépensés au titre de l'initiative, au moins US \$2,35 milliards auront été pris en charge par les pays d'endémie poliomyélitique, uniquement en heures de bénévolat, entre 1988 et 2005 (8). D'autres sources de financement ont été trouvées au niveau du pays, des Etats ou provinces, des districts et des collectivités locales pour couvrir le coût de l'essence, de la mobilisation sociale, de la formation et autres.

Les sources extérieures de financement auront fourni au moins US \$3 milliards pour aider les pays d'endémie à couvrir le coût de l'éradication de la poliomyélite. Sur plus de 100 donateurs qui se sont manifestés jusqu'ici, 26 auront apporté plus de US \$1 million sur toute la durée de l'initiative, et 12 au moins US \$25 millions (voir la Figure 4.2). L'une des grandes forces de l'initiative contre la poliomyélite tient au fait qu'elle repose sur un solide partenariat regroupant un certain nombre de donateurs qui ne sont pas des habitués de l'aide au développement, comme le Rotary International, par exemple (voir l'Encadré 4.3). Du fait que les budgets sont établis et les ressources gérées au niveau des pays avec, en outre, un suivi centralisé des besoins et des flux financiers, le programme est en mesure de s'adapter aux exigences des donateurs et des bénéficiaires, tout en utilisant plus judicieusement les fonds disponibles. Malgré les insuffisances de leur infrastructure, de nombreux pays à revenu faible ou moyen se sont indiscutablement montrés tout à fait capables d'utiliser les moyens mis à leur disposition et d'obtenir rapidement des résultats concrets sur le plan sanitaire.

La coordination internationale de l'action sensibilisatrice et de la gestion des ressources a certes été très fructueuse mais, ce qui est le plus remarquable eu égard au financement de

Encadré 4.3 Partenariat public-privé pour l'éradication de la poliomyélite

Le Rotary international est l'un des quatre principaux partenaires de l'initiative pour l'éradication mondiale de la poliomyélite, ayant fait sienne la notion d'effort mondial avant même que l'Assemblée mondiale de la Santé ait adopté sa résolution sur ce sujet en 1988. En 1985, le Rotary a annoncé son engagement en faveur de l'objectif international sanitaire d'un monde indemne de poliomyélite en 2005, date de son centenaire.

Des Rotariens de plus de 160 pays ont accepté de consacrer une partie de leur temps à aider les ministères de la santé des zones d'endémie à exécuter notamment la distribution des vaccins antipoliomyélitiques, le transport des agents de santé, la fourniture du matériel essentiel et la mobilisation communautaire. Dans les pays indemnes de poliomyélite, les Rotariens ont constamment souligné l'importance de l'éradication de la poliomyélite en organisant des campagnes de sensibilisation et d'information du public.

Le Rotary international a apporté à l'éradication de la poliomyé-

lite un soutien financier d'une importance sans précédent. En 2005, le financement direct émanant du Rotary depuis 1988 aura atteint plus de US \$500 millions, soit 20 % du financement extérieur total de toute l'initiative. En outre, le Rotary a été au centre d'une opération de sensibilisation interinstitutions qui a permis de recueillir US \$2,4 millions à titre de financement extérieur additionnel auprès de gouvernements donateurs, de fondations, de banques de développement et du secteur privé.

Le Rotary international a fait campagne auprès de dirigeants politiques clés des pays d'endémie et des pays indemnes de poliomyélite pour les faire participer activement au programme. Cette sensibilisation de haut niveau assurée de façon suivie par un partenaire du secteur privé a permis qu'une attention particulière soit accordée dans le monde entier à l'éradication de la poliomyélite, malgré la concurrence de nombreuses autres priorités.

cette initiative pour l'éradication de la poliomyélite, c'est l'effort non négligeable que les pays et les communautés d'endémie ont eux-mêmes consenti pour que leurs enfants soient partie prenante à ce grand dessein d'un monde délivré de la poliomyélite.

Trouver le personnel

Si un ferme engagement politique et des moyens importants en espèces et en nature sont essentiels pour assurer le succès de l'initiative contre la poliomyélite, ils ne sont toutefois pas suffisants car il faut en effet disposer d'assez de personnel pour mettre en œuvre les stratégies d'éradication partout dans le monde. Dans les pays à revenu élevé ou moyennement élevé, le système de santé en avait les moyens, mais les insuffisances considérables d'un secteur capital, celui du personnel sanitaire, dont souffraient surtout les pays à revenu faible et moyennement faible, menaçaient de faire capoter toute l'entreprise au niveau mondial.

L'effectif, la composition et la répartition du personnel nécessaire à l'élimination de la poliomyélite dans les pays se sont révélés différents selon la stratégie retenue. Parmi ces stratégies, les plus gourmandes en personnel étaient celles qui comportaient des vaccinations supplémentaires massives dans un laps de temps limité, comme les JNV et les campagnes de « ratisage ». Les plus exigeantes sur le plan des compétences étaient celles qui nécessitaient la surveillance permanente de la maladie ainsi que des examens de laboratoire. Les personnels nécessaires à la mise en œuvre de ces deux types de stratégies étant très divers, ils n'ont généralement pas été recrutés de la même manière.

Les JNV ont nécessité un personnel extrêmement nombreux. Comme on l'a vu plus haut, quelque 10 millions de bénévoles et d'agents de santé ont procédé à la vaccination de 575 millions d'enfants au cours des campagnes d'éradication de 2001. Face à la nécessité de compenser le déséquilibre entre le nombre des vaccinateurs dûment formés existant dans un pays donné et l'effectif nécessaire lors des journées nationales de vaccination, deux caractéristiques de ces JNV se sont révélées d'une importance capitale. La première tient à ce qu'au cours d'une JNV, on se contente d'administrer 2 gouttes de VPO puis d'enregistrer le nombre d'enfants vaccinés, d'où la possibilité de prendre des bénévoles dans la communauté et de leur apprendre en 1 à 2 heures à assumer cette tâche sans prendre de risque. La seconde est en rapport avec la brièveté de ces journées, qui facilite la participation des bénévoles et permet aux ministères, aux organisations non gouvernementales et aux partenaires du secteur privé d'assumer le coût d'opportunité correspondant à la participation de certains membres de leur personnel. Il résulte de tout cela que, pour les autorités nationales et infranationales comme pour les différents partenaires de l'initiative, le principal problème a été de mobiliser, de former, d'équiper et de gérer tout ce personnel. Etant donné l'ampleur de cette mobilisation, on s'est attaché à profiter des JNV pour effectuer d'autres types d'interventions lorsque les conditions permettaient de le faire sans risque: on estime ainsi avoir évité la mort de 1,25 million d'enfants en procédant à une supplémentation en vitamine A lors des JNV (9).

La surveillance de grande qualité, nécessaire à l'organisation des vaccinations supplémentaires et au contrôle de leur résultat, exigeait un autre genre de personnel, en nombre beaucoup plus restreint que pour les JNV, mais disposant en revanche de compétences beaucoup plus pointues lui permettant d'identifier, de notifier et d'étudier les cas de PFA et de prendre les mesures adéquates (4). En outre, il fallait que ce personnel soit disponible en permanence. Le partenariat s'est donc attaché, aux côtés des autorités nationales, à étendre et à renforcer chaque fois que possible l'infrastructure nationale de surveillance existante. Lorsque cette infrastructure n'était pas en état de fonctionner, les partenaires de l'initiative ont prêté leur concours aux autorités nationales pour mettre sur pied un système fonctionnel de surveillance de la PFA. Quel que soit le pays, la stratégie mise en œuvre pour faire face à cette pénurie de

personnel dépendait plus généralement de la stratégie nationale de renforcement des services de santé. Dans certains pays, le personnel de surveillance était payé par l'administration, les dépenses de fonctionnement concernant notamment les véhicules et le matériel étant couvertes par des fonds internationaux. Dans d'autres, le personnel rétribué sur des fonds publics percevait un supplément de salaire accordé par les partenaires de l'initiative, cette mesure s'inscrivant dans le cadre de la politique menée par le gouvernement pour retenir le personnel très qualifié. Dans d'autres encore, le système de surveillance établi par l'OMS et les pouvoirs publics était géré conjointement par les deux parties. Le personnel national et international recruté et mis en place par l'OMS pour apporter une assistance technique et, le cas échéant, effectuer certaines tâches de surveillance dans les régions les moins bien pourvues, a représenté un effectif de près de 1500 personnes.

En associant ainsi différentes stratégies et méthodes pour faire face à la pénurie de personnel, on a pu administrer le VPO à la presque totalité des enfants du monde et les faire également bénéficier d'autres mesures sanitaires – comme la supplémentation en vitamine A – indépendamment de toute considération tenant à leur situation socio-économique, à leur religion, à leur appartenance à une minorité, à leur lieu de résidence ou à un éventuel état de guerre. De plus, les systèmes de surveillance et les moyens de laboratoire couvrent désormais véritablement l'ensemble de la planète de sorte qu'on est en mesure d'identifier et de combattre sans délai une flambée de poliomyélite ou de toute autre maladie importante au plan de la santé publique, comme la rougeole, le tétanos néonatal, la méningite, le choléra et la fièvre jaune, selon le pays en cause (10). Dans la Région du Pacifique occidental, la communauté a pu mettre ces moyens à contribution pour faire face aux flambées de SRAS qui ont éclaté en 2002-2003.

Vers un avenir sans poliomyélite

Grâce une action énergique, mûrement réfléchie et coordonnée au niveau international, la poliomyélite qui faisait des ravages dans le monde entier est désormais confinée à sept pays. Pour en tirer tout le parti possible, un effort important est encore nécessaire de manière à interrompre les dernières chaînes de transmission, reconnaître officiellement ce résultat et réduire au minimum le risque d'une réapparition de la maladie. Tous ces défis à relever constituent les principaux objectifs du Plan stratégique d'éradication de la poliomyélite pour 2004-2008.

En premier lieu, il faut interrompre les dernières chaînes de transmission de la poliomyélite qui subsistent encore dans ces sept pays. Un effort particulier est nécessaire en Inde, au Nigéria et au Pakistan, qui représentent actuellement 99 % de la charge mondiale de morbidité poliomyélitique et sont à l'origine des cas importés dans les régions exemptes de la maladie. Cinq des 76 Etats ou provinces de ces pays sont d'une importance capitale pour l'éradication mondiale; si, dans chacun d'entre eux, les responsables politiques de haut niveau s'engagent à superviser, dans la durée et la transparence, l'organisation de JNV de bonne qualité, tous les enfants pourront être rapidement vaccinés et la transmission de la poliomyélite sera stoppée en l'espace de 12 mois.

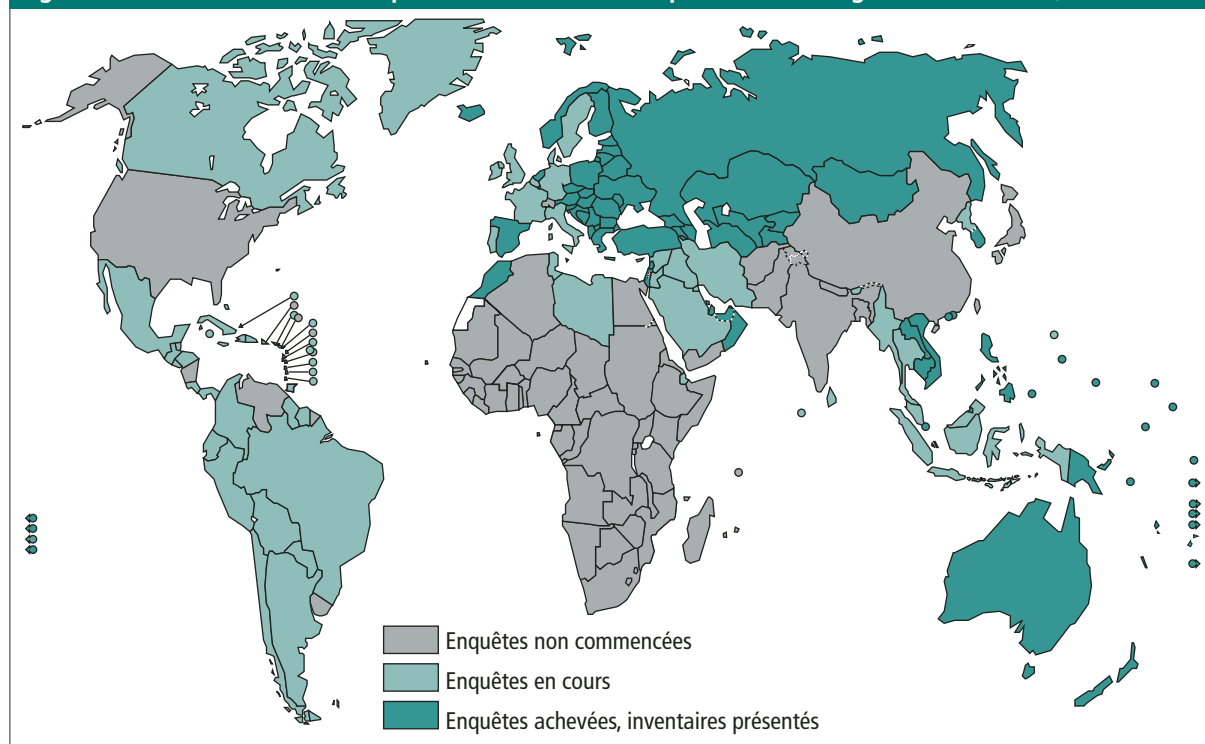
En second lieu, il faut que l'interruption dans le monde entier de la transmission du poliovirus sauvage soit vérifiée par la Commission mondiale de Certification de l'Eradication de la Poliomyélite. A cet effet, il est nécessaire que tous les pays présentent des documents qui démontrent l'absence de poliovirus circulants pendant au moins trois ans, en dépit d'une stricte surveillance, et qu'en outre tous les stocks de virus sauvages soient confinés. Pour que ce confinement soit effectif, il faut qu'un an après l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage dans le monde, les pays aient inventorié tous les stocks de ce virus, et pris des mesures pour qu'ils soient conservés et manipulés dans des conditions de sécurité biologique appropriées (voir Figure 4.3).

En troisième lieu, une fois la certification acquise, des politiques appropriées faisant l'objet d'un accord international devront être élaborées. Elles auront pour but d'éviter tout risque de réintroduction des poliovirus sauvages et de fournir les moyens d'y faire face partout dans le monde si un tel événement venait à se produire. De telles politiques devront donc être mises sur pied dans quatre domaines: dépistage et notification des cas de poliomyélite, confinement biologique de longue durée de *toutes* les souches de poliovirus (c'est-à-dire les souches sauvages et les souches vaccinales), stocks de vaccin antipoliomyélique et vaccination systématique (11). Pour un certain nombre de raisons, l'élaboration de ces politiques sera encore plus complexe que dans le cas de la variole. On sait désormais que le risque, pour des poliovirus d'origine vaccinale, de retrouver leur virulence et de provoquer des flambées, est infime. D'un autre côté, la menace que constitue le terrorisme international rend les décideurs sensiblement plus hésitants quant à l'arrêt de la vaccination antipoliomyélique systématique dans un proche avenir, malgré ses avantages sur le plan économique. En raison de la complexité de ces questions, de larges consultations avec les gouvernements et les différents partenaires dans le cadre de l'Assemblée mondiale de la Santé et d'autres tribunes viendront compléter la recherche en cours à partir de 2004 (11).

Extension des prestations de services sanitaires

A ce jour, la plus grande réussite de l'initiative pour l'éradication de la poliomyélite tient au fait qu'elle est en mesure d'assurer un service sanitaire de base à pratiquement toutes les populations de la planète, en dehors de toute considération touchant la situation géographique, la religion, un état de guerre éventuel ou même l'efficacité du système de santé. Ce passage des prestations de services à l'échelle supérieure de manière à donner leur plein effet aux stratégies d'éradication est maintenant l'un des meilleurs atouts du programme. Ce que l'on reproche sans doute le plus souvent, si ce n'est injustement, au très remarquable programme

Figure 4.3 Plan d'action mondial pour le confinement des poliovirus sauvages en laboratoire, février 2003



d'éradication de la variole, c'est de ne pas avoir laissé derrière lui une infrastructure suffisante pour s'attaquer aux autres maladies. A la vérité, si l'initiative pour l'éradication de la poliomyélite laisse quelque chose derrière elle, ce sera dans la mesure où les leçons tirées de cette expérience auront été prises en compte pour l'extension des autres services de santé.

L'engagement politique ainsi qu'un système de gestion et de financement fondé sur le partenariat sont certes essentiels à l'extension des services de santé, mais ils se sont révélés insuffisants lorsque les systèmes de santé n'étaient pas à la hauteur. En pareil cas, on n'a pu passer à l'échelle supérieure qu'après avoir remédié aux insuffisances fondamentales de ces systèmes. A l'échelon central, la mise en place, au niveau régional ou national, d'instances techniques conjointes nationales et internationales à caractère consultatif, a facilité le processus décisionnel. Une fois les politiques décidées, une assistance technique internationale substantielle a permis aux pays de se doter des moyens d'exprimer ces politiques sous la forme de directives et de procédures locales, tout en aidant les administrations nationales à relancer leur mise en œuvre. Au niveau infranational, ces fonctions ont été confiées à du personnel national formé ou recruté à cet effet. En règle générale, on a adopté une approche très pragmatique pour la rémunération du travail. On a jugé particulièrement important de mettre en place au niveau national un système permettant de contrôler la mise en œuvre de la stratégie et d'en évaluer les résultats à tous les niveaux, en utilisant à cet effet des indicateurs de performance classiques et robustes pour tous les éléments du programme: collecte des échantillons de selles, dépense par enfant vacciné, etc.

En ce qui concerne les prestations de services, la principale difficulté tenait au fait qu'après avoir suscité une demande de vaccination antipoliomyélitique, il fallait être en mesure de la satisfaire. En fait, susciter cette demande n'a en général posé de réels problèmes qu'en milieu urbain; en milieu rural, le simple fait de disposer de ce service a suffi à faire naître la demande, et ce sera sans doute aussi le cas pour d'autres besoins urgents, comme le traitement de l'infection à VIH. C'est, par conséquent, la mobilisation sociale qui a constitué le principal défi à relever en milieu urbain au niveau des prestations de services alors que, dans les campagnes, c'est la logistique qui a posé le plus de problèmes. En effet, pour mobiliser les habitants des villes, il a fallu faire très largement appel à la radio et à la télévision pour diffuser des messages soigneusement testés, délivrés par des porte-parole appropriés. En milieu rural, c'est sur l'identification et l'engagement des chefs traditionnels et des responsables communautaires que reposait la nécessaire communication interpersonnelle. Les problèmes logistiques posés par la délivrance effective du vaccin oral dans les agglomérations urbaines ont souvent pu être résolus par les services de santé officiels, aidés par des paramédicaux ou des étudiants. En milieu rural, il y avait de telles lacunes dans le fonctionnement du système de santé qu'il a fallu faire intervenir des bénévoles dans presque toutes les activités du programme: aller chercher les vaccins au dépôt, vacciner les enfants, remplir les feuilles de pointage, préparer les comptes rendus, etc.

Si l'importance de tous ces éléments est partout largement reconnue, il faut admettre que ce qui a fait la force de l'initiative, c'est d'avoir été capable de traiter tous ces problèmes simultanément aux niveaux international, national et périphérique. Elle n'y est toutefois parvenue qu'en déployant un nombreux personnel technique et administratif dans les zones où les systèmes de santé présentaient le plus de faiblesses; son effectif total s'est monté à près de 3000 personnes en 2001, dont 80 % dans seulement 15 pays.

Baucoup des nouvelles initiatives internationales de lutte contre les maladies, comme celles qui sont axées sur les maladies évitables par la vaccination, le SIDA, la tuberculose ou le paludisme, ont à procéder à des interventions sanitaires plus complexes que la vaccination par le VPO. Cependant, elles pourront s'inspirer de ce qu'a fait l'initiative d'éradication mondiale de la poliomyélite pour remédier aux insuffisances des systèmes de santé lorsqu'elles entameront l'extension des prestations de services. Pour que ces nouvelles initiatives soient

couronnées de succès, il faudra qu'une participation massive de la communauté pallie la pénurie due au manque de personnel sanitaire qualifié ou à sa répartition. Pour que la participation des bénévoles se fasse dans des conditions optimales – que ce soit pour distribuer des moustiquaires, transmettre des messages éducatifs au sujet du VIH, ou encore distribuer des médicaments et veiller à ce qu'ils soient effectivement utilisés –, il faudra mettre en place des circuits d'approvisionnement permettant à chaque communauté de disposer des moyens nécessaires dans des délais prévisibles, même si les dotations sont intermittentes.

Si l'on veut tirer le meilleur parti possible de l'infrastructure, de l'expérience et des enseignements de l'initiative pour l'éradication de la poliomyélite, il faudra qu'elle soit plus étroitement associée aux nouveaux programmes de manière à offrir un accès plus large à ces importantes interventions sanitaires. L'OMS s'est résolument engagée à renforcer cette association au profit de tous les peuples et à conduire ses nouvelles actions sanitaires aussi hardiment que l'a fait Cuba, lorsqu'elle a rapidement étendu à tout son territoire la distribution du VPO.

Les progrès accomplis dans l'éradication de cette maladie invalidante montrent à l'évidence qu'en s'appuyant sur de solides partenariats internationaux, les gouvernements des pays sont capables d'assurer la direction politique des opérations, d'en assurer le financement et de trouver le personnel nécessaire pour faire bénéficier toute leur population des interventions sanitaires. Le succès final de l'éradication de la poliomyélite n'est toutefois pas assuré; ceux qui en détiennent désormais la clé sont un certain nombre de dirigeants de quelques rares pays d'endémie qui doivent veiller à ce que tous leurs enfants soient vaccinés, mais aussi les responsables politiques des pays riches, qui doivent passer de la parole aux actes et combler le déficit financier de ces activités. Si le monde parvient à relever ces défis, il aura créé une situation sanitaire générale favorable dont bénéficieront tous les enfants, peut-être pour toujours.

On a pu suivre dans ce chapitre la longue lutte difficilement menée contre l'une des plus anciennes maladies de l'humanité. Le chapitre 5 est le récit d'un bref mais mortel face-à-face avec l'une des plus récentes menaces pesant sur la santé du monde: le SRAS. On y verra comment une victoire capitale a été remportée et quels enseignements en tirer pour l'avenir.

Bibliographie

1. Organisation mondiale de la Santé. Progrès vers l'éradication mondiale de la poliomyélite, 2002. *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 2003, 78:138–144.
2. *Rapport du Secrétaire général. Plan de campagne pour la mise en œuvre de la Déclaration du Millénaire*. New York, N.Y., Nations Unies, 2001 (document A/56/326 de l'Assemblée générale des Nations Unies).
3. *Eradication mondiale de la poliomyélite d'ici l'an 2000*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1988 (Résolution WHA41.28 de l'Assemblée mondiale de la Santé).
4. de Quadros CA et al. Eradication of poliomyelitis: progress in the Americas. *Pediatric Infectious Disease Journal*, 1991, 10:222–229.
5. *Déclaration de Yaoundé pour une Afrique libérée de la poliomyélite*. Yaoundé (Cameroun), Union africaine (précédemment Organisation de l'Unité Africaine), 1996 (Conférence des Chefs d'Etat et de Gouvernement, Résolution AHG/Decl.1 (XXXII)).
6. *Plan d'Action du G8*. Ottawa (Canada), Gouvernement du Canada, 2002 (<http://www.g8.gc.ca/2002Kananaskis/afraction-fr.asp>, consulté le 18 août 2003).
7. Bush K. La poliomyélite entre la guerre et la paix. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, Recueil d'articles, 2000, 3:76–77.
8. Aylward RB et al. Producing a global public good: polio eradication. In: Beaglehole R, Smith R. *Global public goods for health*. Oxford (Royaume-Uni), Oxford University Press, 2003:33–53.
9. Ching P et al. The impact of vitamin A supplements delivered with immunization campaigns. *American Journal of Public Health*, 2000, 90:1526–1529.
10. Nsubuga P et al. Polio eradication initiative in Africa: influence on other infectious disease surveillance development. *BMC Public Health*, 2002, 2:27.
11. *Report of the 8th Meeting of the Technical Consultative Group (TCG) on the Global Eradication of Poliomyelitis, Geneva, 24–25 April 2003*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (document WHO/V&B/03.13; <http://www.who.int/vaccines-documents/docsPDF03/www754.pdf>, consulté le 7 octobre 2003).