



Plus
que dix mois

Rapport du **Comité de suivi
indépendant** de l'**Initiative
mondiale pour l'éradication
de la poliomyélite**

Février 2012

UNE MISSION, PAS UNE SIMPLE ACTIVITÉ

Lors d'une journée de vaccination dans une petite ville située dans une partie du monde, on demande à un vaccinateur : « Que faites-vous ? » Il répond : « Je vaccine contre la polio ».

Dans un petit village rural situé dans un autre pays, on pose la même question à un autre vaccinateur. Celui-ci répond : « Je fais partie de l'équipe de vaccination », puis se dépêche de s'en aller, l'air stressé et frustré.

Dans un troisième pays, nous rencontrons à midi en plein soleil une vaccinatrice de retour d'une petite habitation où elle a réussi à vacciner un enfant après 20 minutes de discussion avec la mère qui refusait le vaccin. Elle s'arrête pour boire un verre d'eau et nous lui demandons : « Que faites-vous ? » Elle nous regarde avec un grand sourire et répond : « Je contribue à l'éradication définitive de la polio dans le monde ».





COMITÉ DE SUIVI INDEPENDANT DE L'INITIATIVE MONDIALE POUR L'ÉRADICATION DE LA POLIOMYÉLITE

Février 2012

Le Comité de suivi indépendant a été constitué à la demande de l'Assemblée mondiale de la Santé pour suivre les progrès accomplis dans la mise en œuvre du plan stratégique 2010-2012 de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite et orienter les travaux. Le plan stratégique a pour objectif d'interrompre la transmission de la poliomyélite à l'échelle mondiale pour la fin de cette année.

Ce quatrième rapport fait suite à notre cinquième réunion, qui s'est tenue à Londres du 30 janvier au 1er février 2012. Notre prochaine rencontre aura lieu du 15 au 17 mai 2012 à Londres et émettrons un nouveau rapport à la suite de cette réunion.

Notre indépendance absolue reste un élément clé. Nous avons bénéficié de nombreuses discussions avec des représentants du programme et d'autres parties intéressées et, comme toujours, nous leur en sommes très reconnaissants. Mais les points de vue exprimés dans ce rapport sont entièrement les nôtres.

Sir Liam Donaldson (Chair)

Ancien Chief Medical Officer, Angleterre

Professor Michael Toole

Chef du Centre for International Health, Burnet Institute, Melbourne

Dr Nasr El Sayed*

Ministre délégué à la Santé, Égypte

Dr Ciro de Quadros

Vice-Président exécutif, Sabin Vaccine Institute

Dr Jeffrey Koplan

Vice-Président pour la Santé mondiale, Directeur, Emory Global Health Institute

Dr Sigrun Mogedal

Conseiller spécial, Centre norvégien des connaissances pour les services de santé

Professor Ruth Nduati

Présidente du Département Pédiatrie et santé de l'enfant, Université de Nairobi

Dr Arvind Singhal

Marston Endowed Professor of Communication, University of Texas at El Paso

Secrétariat : Dr Paul Rutter, Niall Fry

*Dr El Sayed n'a pu participer à cette réunion, mais s'associe au présent rapport



TABLE DES MATIÈRES

Synthèse	6
Une riposte d'urgence : d'une bonne performance à l'excellence	9
Constats par pays Les enseignements apportés par l'Inde	14
Rechercher les causes profondes et trouver des solutions systémiques	37
Conclusion	52
Recommandations	54



SYNTHÈSE

1. Il reste dix mois pour atteindre l'objectif de l'Assemblée mondiale de la Santé : stopper la transmission de la poliomyélite à l'échelle mondiale d'ici à la fin de l'année 2012. À l'heure actuelle, le programme n'est pas en bonne voie pour y parvenir.
2. Le succès en Inde, l'un des quatre pays d'endémie poliomyélitique, montre qu'un engagement politique inébranlable, un leadership remarquable sur le plan de la santé publique, des obligations de rendre compte clairement définies, la tolérance zéro vis-à-vis des performances médiocres et la mise en application systématique des meilleures pratiques peuvent mettre fin à la poliomyélite.
3. Dans les pays affectés ailleurs, les programmes n'atteignent pas leurs objectifs dans la plupart des aspects où l'Inde a excellé, si ce n'est tous.
4. Dans les dix prochains mois, chaque goutte de vaccin comptera et chaque vaccinateur, chaque chef d'équipe, chaque échantillon de laboratoire, chaque donnée, chaque parent, mais surtout chaque enfant.
5. La science a offert à la civilisation humaine la chance d'éliminer l'une des forces malveillantes de la nature, un ennemi invisible qui détruit des enfants, mutile des corps et laisse des cicatrices dans les familles et les communautés. Pour la seconde fois dans l'histoire, le monde est sur le point de se débarrasser d'une maladie qui a détruit des millions de vies. Il ne faut pas laisser échapper cette opportunité.
6. Si le programme peut passer d'une bonne performance à l'excellence en s'appuyant sur l'analyse figurant dans nos précédents rapports et dans celui-ci, alors les dix prochains mois seront considérés par les prochaines générations comme le compte à rebours avant le coup final asséné au poliovirus.
7. Le plan stratégique 2010-2012 du programme visait à interrompre la transmission dans deux pays d'endémie avant fin 2011. Son succès en Inde a été extraordinaire. Mais à l'inverse, trois autres pays d'endémie ont enregistré chacun un plus grand nombre de cas de poliomyélite en 2011 qu'en 2010.
8. La transmission de la poliomyélite était supposée devoir être stoppée à la fin de l'année 2010 dans les quatre pays où un « rétablissement » de la maladie avait été constaté. Or l'Angola, le Tchad et la République démocratique du Congo n'ont pas réussi à atteindre cet objectif. Une année plus tard, la poliomyélite conserve une solide mainmise dans deux de ces pays au moins.



9. Sous un angle plus positif, le plan visait à stopper les flambées dans un délai de six mois. Le programme y est parvenu avec succès dans tous les cas, sauf un.
10. Six pays affichent encore une transmission persistante :
 - Le plan d'urgence 2011 du Nigéria n'a pas eu d'effet significatif. Le plan 2012 doit être d'un ordre tout à fait différent. Ceci nécessite d'y prêter une attention de toute urgence.
 - Le Pakistan connaît de sérieux problèmes, mais a renforcé son approche récemment.
 - L'Afghanistan n'a pas résolu le problème de l'accès à un nombre suffisant d'enfants dans les zones dangereuses
 - La situation de l'Angola semble prometteuse puisqu'aucun cas de poliomyélite n'a été constaté depuis juillet 2011
 - Le programme du Tchad s'élabore visiblement mais lentement, mais part d'un point de référence très bas
 - La République démocratique du Congo a évolué dans la bonne direction en 2011, mais nous avons toujours d'importantes préoccupations la concernant, surtout au Katanga.
11. La raison pour laquelle la poliomyélite ne sera pas éradiquée avec la trajectoire actuelle suivie par le programme est simple : la performance est variable et n'atteint jamais les meilleures pratiques dans les zones touchées par la poliomyélite.
12. Il n'y a pas de solution simple ou unique à ce problème de médiocrité des performances. Mais il y a trois actions majeures qui amélioreraient les chances d'atteindre l'objectif d'éradication :
 - Recourir davantage aux principales stratégies de gestion du changement, en mettant davantage l'accent sur les « facteurs humains »
 - Identifier et élaborer des solutions définitives aux problèmes systémiques qui créent des obstacles et empêchent de réussir
 - S'attacher aux enseignements apportés par la réussite de l'Inde et les adopter dans leur intégralité
13. Dans nos précédents rapports, nous avons longuement analysé ces problèmes. Les partenaires du programme commencent à montrer qu'ils comprennent ces différents points et peuvent agir dans cette direction.



14. Le programme continue à fournir des exemples montrant qu'il est nécessaire de poursuivre le changement entrepris au niveau du raisonnement. En voici rien qu'une illustration : au cours des 18 mois de notre existence, nous n'avons pas entendu beaucoup de discussions stratégiques sur un élément essentiel du personnel travaillant à l'éradication de la poliomyélite, à savoir l'humble vaccinateur. En revanche, nous savons par de multiples sources et par notre expérience sur le terrain que trop de ces travailleurs sont sous-estimés, rarement remerciés, fréquemment critiqués, souvent mal payés, peu motivés et dotés de faibles compétences. Être un excellent vaccinateur veut dire être bien organisé, savoir communiquer et avoir la ténacité de vacciner jusqu'au dernier enfant à chaque fois. Il incombe au programme de valoriser, de former et d'inspirer ce groupe de personnes éminemment important et, sans doute, le plus important du programme. Ses actions collectives peuvent mener l'effort d'éradication à l'échec ou au succès.
15. Plusieurs autres exemples seront fournis dans le corps de ce rapport.
16. Le Conseil exécutif de l'OMS a déclaré que l'éradication de la poliomyélite constituait « une urgence programmatique de dimension mondiale pour la santé publique ». Il s'agit de mots forts, mais ils sont justifiés. Les pays, les partenaires et tous ceux qui ont des intérêts dans l'éradication de la poliomyélite doivent comprendre la gravité de la situation. L'effet d'une riposte d'urgence ne viendra pas de leurs paroles, mais de leurs actes.



Une riposte **d'urgence**

Passer d'une bonne
performance à l'excellence



UNE RIPOSTE D'URGENCE : PASSER D'UNE BONNE PERFORMANCE À L'EXCELLENCE

Dans notre rapport d'avril 2011, nous avons été les premiers à qualifier la poliomyélite comme une urgence. Nous apprécions la riposte stratégique qui ne cesse de se développer. Les CDC, l'OMS et l'UNICEF évoquent chacun des procédures d'urgence. Les responsables de chaque organisme ont saisi l'importance de ce changement et prennent les devants sur ce plan.

Nous félicitons l'Inde pour avoir interrompu la transmission de la poliomyélite pendant plus de 12 mois. Il s'agit d'une réalisation très importante. Cependant, à l'échelle mondiale, l'urgence persiste. En novembre 2011, le Groupe consultatif stratégique d'experts (Strategic Advisory Group of Experts ou SAGE) sur la vaccination a conclu que l'échec de l'éradication de la poliomyélite constituerait « *l'échec le plus coûteux de l'histoire en matière de santé publique* ».

En janvier 2012, le Conseil exécutif de l'OMS a qualifié comme suit l'éradication de la poliomyélite : « *une urgence programmatique de dimension mondiale pour la santé publique* ». En mai 2012, l'Assemblée mondiale de la Santé envisagera une résolution dans le même ordre d'idée.

Il s'agit de propos durs et sans complaisance, mais nous estimons qu'il est parfaitement justifiable que l'éradication de la poliomyélite se voit attribuer le statut d'urgence. Le monde a en déjà fait beaucoup jusque là. Des millions de personnes ont travaillé pendant des milliards d'heures. L'humanité a déjà parcouru 99 % du chemin pour atteindre cet objectif remarquable. L'enjeu est énorme : des centaines de milliers d'enfants échappant à la paralysie ou à la mort chaque année, la fin de la tyrannie d'un des plus grands fléaux de l'histoire. L'interruption de la transmission de la poliomyélite dans un proche avenir est encore réalisable, si elle est bien gérée et traitée comme une urgence prioritaire.

L'éradication de la poliomyélite est une urgence pour les raisons suivantes :

- Le plan stratégique 2010-2012 de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite vise à stopper la transmission dans le monde dans les dix prochains mois. Malgré des investissements considérables, ce plan n'est pas en bonne voie. Les objectifs d'étape du plan pour fin 2010 et fin 2011 n'ont pas été atteints. Entre 2010 et 2011, le nombre de cas de poliomyélite a réellement augmenté dans quatre des six pays touchés de façon persistante par cette maladie (figure 1).
- Au cours des dix dernières années, le monde est resté à deux doigts de l'éradication. On ne peut pas continuer à s'arrêter là. À l'heure actuelle, un investissement annuel de plus d'un milliard de dollars US permet de maintenir le nombre de cas de poliomyélite à des niveaux bas. Si l'effort d'éradication ne réussit pas bientôt, ce financement finira par être épuisé. Les travailleurs dans les pays risquent de se lasser de plus en plus. Un échec laisserait la voie libre au virus, ce qui entraînerait la paralysie de centaines de milliers d'enfant. Une telle perspective semble impensable.

L'éradication de la poliomyélite a été déclarée comme urgence programmatique par le Conseil exécutif de l'OMS

Un prix considérable à payer en cas d'échec

Des objectifs d'étape majeurs n'ont pas été atteints

Le nombre de cas de poliomyélite augmente dans les pays clés au lieu de baisser

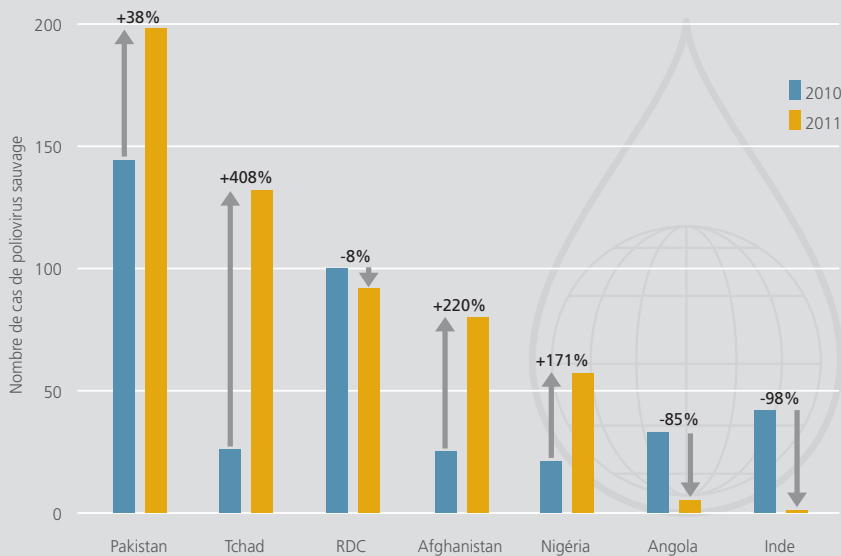


EN BREF

Si l'éradication se prolonge, cela risque d'affecter d'autres priorités en matière de santé à l'échelle mondiale

- Ce programme engloutit des ressources financières et humaines. Il s'agit d'un coût d'opportunité très réel. Chaque jour et chaque millier de dollars investis dans l'éradication de la poliomyélite sont un jour et un millier de dollars qui pourraient être dépensés pour d'autres priorités en matière de santé dans le monde. C'est un prix acceptable à payer quand l'éradication est à portée de main, mais c'est une situation qui ne peut pas durer longtemps.

Figure 1 : entre 2010 et 2011, le nombre de cas de poliomyélite a augmenté dans quatre des sept pays touchés de façon persistante



Il y a certaines choses inexcusables dans une situation d'urgence : les engorgements de personnel, la priorité insuffisante accordée aux équipes en première ligne, les tensions non résolues

Nul n'ignore ce qu'implique une urgence (figure 2). La qualification du programme en tant qu'« urgence » est une première étape importante. Mais elle suppose aussi une transformation correspondante au niveau de l'approche. Ainsi, dans les situations où le travail à effectuer est trop important, la solution est d'envoyer davantage de personnel et non de se dire qu'il est inévitable que le travail effectué sera moindre. Ce sont les équipes en première ligne qui feront que le programme réussira ou échouera. Le sens de la hiérarchie dans le programme doit être inversé pour refléter cela. Ceux qui sont éloignés de la première ligne doivent être au service de ceux qui s'y trouvent et non l'inverse. Les équipes au siège et dans les centres régionaux doivent reconnaître qu'elles sont finalement là pour soutenir ceux qui administrent les vaccins dans les villages et les villes. Elles sont là pour veiller à ce que les équipes en première ligne réunissent la capacité, les connaissances, les compétences et le leadership nécessaires partout où la poliomyélite est présente ou risquerait de réapparaître. Les tensions au sein des organismes ou entre eux qui empêchent la progression devraient être considérées comme inacceptables. Les engorgements doivent être résolus sans délai et il peut être nécessaire de redéployer le personnel et les budgets de façon radicale.



EN BREF

Stopper la poliomyélite n'est pas seulement une question de temps et d'investissement. Cela implique une concentration et une rigueur implacables pour hisser le programme mondial et les programmes nationaux à un niveau de performance à la hauteur de la tâche à laquelle ils sont confrontés.

Une riposte d'urgence suppose aussi la participation de tous ceux qui ont quelque chose à apporter pour contribuer à résoudre la situation. Le programme doit inciter d'autres personnes à apporter leur aide ou à se faire connaître pour ce faire. L'éradication de la poliomyélite ne peut exister en vase clos. Il y a d'autres personnes et d'autres programmes avec des objectifs liés ou synergiques, qui peuvent être appelés en renfort. Ceci est vrai en première ligne, mais aussi au sein de chaque organisme partenaire.

Notre précédent rapport présentait une analyse détaillée des dysfonctionnements au niveau mondial. Des améliorations ont été mises en œuvre depuis sa publication. Elles sont très importantes en elles-mêmes. Elles démontrent aussi une volonté et une capacité de changer. Une vraie dynamique de changement a été constatée au niveau des sièges, en particulier au sein de l'OMS et des CDC. Il est essentiel que cette dynamique se maintienne et que sa portée s'étende au niveau régional et à l'échelle des pays.

Il n'est pas facile d'accepter la critique et d'agir en fonction de celle-ci. Nombre de personnes ont pris désagréablement conscience du fait que le programme n'était pas sur la bonne voie pour réussir et que « n'est pas sur la bonne voie pour réussir » veut également dire « est sur la voie de l'échec ». Nous les félicitons de leurs actions jusqu'à présent. Il y a eu des mois difficiles, mais le programme en est ressorti renforcé.

Il n'y a que deux issues possibles pour l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. La poliomyélite sera éradiquée dans le monde ou ne le sera pas. Le programme connaîtra une réussite spectaculaire ou un échec monumental. Il s'agit d'une initiative historique dont l'enjeu s'est révélé énorme. Le CSI est exigeant dans son jugement. Ce n'est pas parce que les personnes n'essaient pas d'éradiquer la poliomyélite, mais parce que la performance n'est pas bonne. La performance n'est simplement pas suffisante pour éradiquer la transmission, comme les chiffres continuent à nous le prouver. Pour réussir, l'IMEP doit se transformer un programme réellement de tout premier ordre sous tous ses aspects. Au-delà de l'urgence, il n'y a plus d'escalade possible. C'est maintenant ou jamais.

Une riposte d'urgence exige la mobilisation la plus large possible

Le programme a bien réagi à la suite de notre précédent rapport

La prise de conscience du fait que « n'est pas sur la bonne voie » veut aussi dire « est sur la voie de l'échec » gagne du terrain

Dans les prochains mois, le programme devra passer d'une bonne performance à l'excellence



Figure 2 : une véritable riposte d'urgence doit s'exprimer dans l'intégralité du programme

- Toutes les personnes concernées doivent accorder à l'urgence un très haut niveau de priorité par rapport à d'autres problèmes
- Les personnes à la tête de chaque organisme impliqué doivent apporter une attention personnelle à l'urgence et à la façon de la résoudre
- Le personnel et les ressources nécessaires doivent être rapidement fournis en renfort
- Le temps est essentiel et, par conséquent, les actions doivent être rapides
- La tâche à effectuer compte plus que les sensibilités ; ce n'est pas le moment de soulever des tensions organisationnelles, de s'inquiéter des égos meurtris ou de se préoccuper de savoir à qui revient le mérite ou qui est à blâmer
- Si quelque chose peut contribuer à mettre fin à l'urgence, il faut le tenter
- Les équipes en première ligne sont capitales ; et celles qui n'y sont pas doivent les aider
- Les obstacles qui empêchent le travail de venir à bout de la situation d'urgence sont inacceptables et doivent être rapidement résolus



Constats par **pays**

Les enseignements apportés
par l'Inde



EN BREF

Une réussite impressionnante en Inde, qui devrait inspirer le programme tout entier

Six pays connaissent aujourd'hui une transmission persistante

Objectif d'étape pour fin 2011

Arrêt de la transmission du poliovirus dans 2 des 4 pays d'endémie au moins

OBJECTIF MANQUÉ

Le plus grand défi de l'éradication à l'échelle mondiale se trouve dans certaines parties spécifiques du Pakistan et du Nigéria

Objectif d'étape pour fin 2010

Arrêt de la transmission « rétablie » du poliovirus

OBJECTIF MANQUÉ

CONSTATS PAR PAYS

Une année s'est maintenant écoulée en Inde sans qu'aucun enfant n'ait été paralysé par la poliomyélite. Nous félicitons vivement le gouvernement indien et ses partenaires pour cette réalisation extrêmement impressionnante. Ceci doit constituer une grande source d'inspiration pour le programme mondial. Cet objectif monumental et les enseignements à en tirer sont analysés dans l'un des chapitres suivants.

Il reste aujourd'hui seulement six pays où la transmission de la poliomyélite persiste. En Afghanistan, au Nigéria et au Pakistan, elle n'a jamais été interrompue. Elle s'est rétablie en Angola, au Tchad et en République démocratique du Congo. En tant que groupe, ces pays sont loin d'atteindre le niveau de performance de l'Inde.

PAYS D'ENDÉMIE

L'objectif de l'IMEP était de stopper la transmission dans deux des quatre pays d'endémie à fin 2011. Elle n'y est pas parvenue. Le Pakistan, qui affichait précédemment une performance médiocre, montre maintenant des signes d'amélioration. Le Nigéria, qui avait reçu précédemment de très nombreux éloges pour sa solide performance, a enregistré un recul de façon tout à fait alarmante. La performance du programme en Afghanistan se maintient à un niveau raisonnable, mais ce niveau « raisonnable » ne suffira pas à arrêter la transmission dans ce pays.

Le Pakistan et le Nigéria représentent le risque le plus sérieux pour l'éradication de la poliomyélite à l'échelle mondiale. Le défi pour l'éradication mondiale provient plus particulièrement de certaines parties spécifiques de ces deux pays. Bien que d'autres zones posent également de sérieux défis, une proportion relativement minuscule de la surface terrestre du globe menace de façon disproportionnée la probabilité de réussir à l'échelle de la terre entière (figure 3).

PAYS AVEC UN RÉTABLISSEMENT DE LA TRANSMISSION

Plus d'un an s'est écoulé depuis la date limite stipulée initialement pour l'arrêt de la transmission et dépassée par ces trois pays. L'Angola n'est maintenant pas loin de réussir. La République démocratique du Congo réalise de bons progrès. Nous constatons également des progrès au Tchad, mais il reste encore beaucoup à faire. Il s'agit d'un moment critique pour ces trois pays, car ils peuvent perdre le terrain gagné encore plus facilement qu'ils ne l'ont conquis.



EN BREF

Objectifs d'étape en cours

Arrêt des nouvelles flambées dans les six mois suivant la confirmation du cas index

OBJECTIF MANQUÉ

Flambées bien gérées dans l'ensemble

Les flambées montrent que le risque de la poliomyélite est partagé et que la responsabilité de la stopper l'est aussi

FLAMBÉES ÉPIDÉMIQUES

Depuis le début de l'année 2010, des flambées de poliomyélite ont été constatées dans vingt pays, et parfois à plusieurs reprises. Ceci nous rappelle douloureusement que la vulnérabilité à la poliomyélite ne se limite pas aux six pays où la transmission persiste. L'objectif du plan stratégique 2010-2012 était de stopper les nouvelles flambées dans un délai de six mois. Une seule flambée (au Mali) s'est prolongée au-delà de cette durée. Cet objectif d'étape n'a donc pas été atteint. Malgré cela, nous estimons que le programme a bien fonctionné en ce qui concerne la gestion des flambées en général.

Il y a eu un nombre substantiel de flambées. Certaines ont été de véritables surprises. Ceci illustre le risque auquel sont confrontés de nombreux pays tant que la poliomyélite n'aura pas été éradiquée. Ce risque est largement partagé et la responsabilité de son éradication totale devrait l'être également. Les défis les plus résistants sont de plus en plus concentrés dans des parties spécifiques du monde. Ceci n'allège pas la responsabilité dont chaque pays devrait se sentir investi.

Figure 3 : six sanctuaires du poliovirus Une proportion relativement minuscule de la surface terrestre du globe menace de façon disproportionnée la probabilité de réussir à l'échelle de la terre entière

Six sanctuaires du poliovirus



1 État de Kano, Nigéria

- Population : 9 millions
- Une sécurité instable, la plus grande concentration de cas de poliomyélite dans le nord du Nigéria.



2 État de Borno, Nigéria

- Population : 4,5 millions
- Lac Tchad au nord-est ; une zone névralgique sous l'angle de la poliomyélite
- Résurgence du poliovirus sauvage de type 3 en 2011.

3 Ville de Quetta, Balouchistan

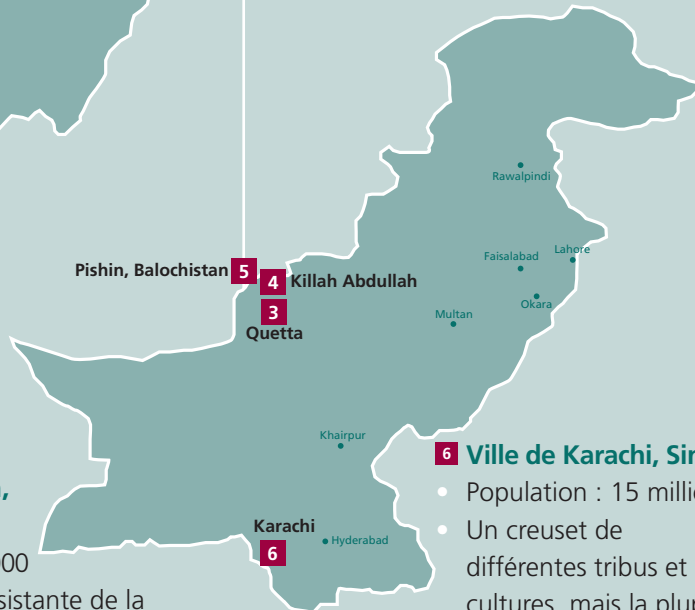
- Population : 900 000
- Une base de diffusion pour le commerce comme pour la poliomyélite : échanges fréquents avec l'Afghanistan, pays voisin

4 District de Killah Abdullah, Balouchistan

- Population : 400 000
- Transmission persistante de la poliomyélite : le « panier à fruits » du Pakistan, aujourd'hui davantage réputé pour ses cas de poliomyélite et de paralysie que pour ses pêches et ses prunes

5 District de Pishin, Balouchistan

- Population : 500 000
- Équipes de vaccination vaincues, plus haut niveau de refus de vaccinations au Pakistan.



6 Ville de Karachi, Sindh

- Population : 15 millions
- Un creuset de différentes tribus et cultures, mais la plupart des cas de poliomyélite à Karachi se déclarent chez les familles parlant le pachtou



Afghanistan

EN BREF

Une hausse alarmante du nombre de cas de poliomyélite et de leur propagation géographique en 2011, pour laquelle les autorités afghanes n'ont pas d'explication

Une expertise externe en urgence est nécessaire pour comprendre et relever le défi de la hausse récente de la poliomyélite

2011 a été une année de désarroi et de consternation pour l'Afghanistan. Désarroi face à l'augmentation alarmante du nombre de cas (25 en 2010, 80 en 2011). Frustration parce que l'Afghanistan reste vulnérable aux effets dévastateurs de la poliomyélite, malgré des efforts considérables. Nos rapports précédents avaient fait l'éloge du programme afghan pour la qualité de son leadership et son adhésion à l'innovation. Le pays doit reprendre courage. Ces qualités subsistent. Elles constituent le fondement pour son amélioration en 2012.

La propagation en 2011 ne se limite pas seulement au nombre de cas. La poliomyélite s'est propagée bien au-delà de ses réservoirs traditionnels dans le sud. Les cas qui se déclarent près de la frontière nord augmentent le risque d'exportation vers le pays voisins du Turkménistan, de l'Ouzbékistan et du Tadjikistan.

Le programme afghan nous signale que les raisons de cette hausse récente des cas de poliomyélite ne sont pas claires et nous apprécions cette franchise. L'Afghanistan a besoin d'une aide urgente s'il veut découvrir les causes profondes de ce problème. En phase avec la demande de ce pays, nous recommandons une analyse indépendante rapide du programme afghan. Ceci devrait permettre de résoudre l'augmentation du nombre de cas et la propagation des cas au-delà des réservoirs traditionnels du virus de la poliomyélite dans le sud du pays



EN BREF

Combats ou non, les enfants doivent être vaccinés

Des innovations doivent être développées pour permettre d'atteindre les enfants inaccessibles

L'insécurité exige que le programme soit encore plus performant

La faible connaissance des campagnes de vaccination dans le monde constitue un obstacle majeur à la réussite de l'éradication

Le non-respect d'un contrat sur des campagnes de vaccinations est inacceptable

Une approche conjointe entre l'Afghanistan et le Pakistan est indispensable pour cibler les cas groupés dans zones frontalières

Nulle part au monde l'éradication de la poliomyélite ne constitue un travail plus dangereux qu'en Afghanistan. Il y a 270 000 enfants dans la région du sud auxquels les équipes de vaccination ne peuvent accéder. Il s'agit d'un défi effarant. Certains pourraient penser : « Nous n'arriverons pas à éradiquer la poliomyélite avant la fin des combats. » Et si nous espérons tous qu'il soit mis fin à l'insécurité, l'éradication de la poliomyélite ne peut attendre la paix. Le programme doit faire des efforts sans précédent pour avoir accès aux enfants dans la région du sud touchée par les conflits. Dans les régions à haut risque, 80 % des enfants ne sont pas vaccinés lors des journées de vaccination, principalement à cause de l'insécurité (figure 4).

Nous avons entendu parler de nombreuses pratiques innovantes en Afghanistan. Des postes de vaccination sont installés dans les sanctuaires, les sites de pique-nique et autres lieux où les enfants se rassemblent immédiatement en dehors des zones de conflits. Ces innovations doivent être développées et stimulées. L'insécurité dans le programme mondial sera évoquée ultérieurement dans ce rapport. Mais elle concerne particulièrement l'Afghanistan.

Ce défi colossal que pose la sécurité fait qu'il est plus que nécessaire d'exécuter correctement tout le reste. Il y a encore bien d'autres éléments du programme qui peuvent être améliorés. Dans les 13 districts à haut risque d'Afghanistan, seule la moitié des aidants sont prévenus à l'avance des campagnes de vaccination. Ceci doit être amélioré. Les réseaux de communication sur la poliomyélite fonctionnent. S'ils sont développés et que les messages sont structurés de façon à informer et à responsabiliser les femmes, ils augmenteront la couverture de la vaccination. Il y a également d'autres possibilités d'innover sur le plan de la communication. Les stations de radio ne sont pas intimidées par les combats. Par conséquent, des médias populaires peuvent atteindre des habitations qui, sinon, seraient difficilement accessibles. Des émissions de radio populaires comme « New Home New Life » et ses nombreux produits dérivés atteignent plus de 50 % de tous les foyers afghans plusieurs fois par semaine. Ne pourrait-on pas en faire davantage avec elles ?

En dehors de Kaboul, les services de santé afghans sont sous-traités à des ONG qui offrent une série de services de santé de base (Basic Package of Health Services). Ces mêmes ONG sont employées pour les campagnes de vaccination. Elles effectuent un travail courageux et important. Mais ceci ne doit pas occulter à nos yeux la nécessité que celui-ci soit de haute qualité. Le programme a résilié des contrats avec des ONG qui ne remédiaient pas correctement à leurs mauvaises performances.

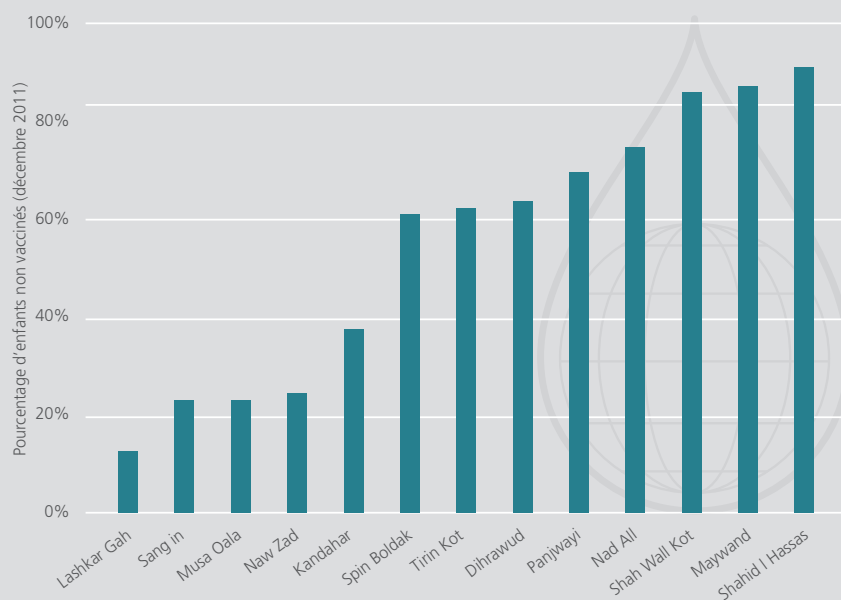
Le sort de l'Afghanistan est lié à celui du Pakistan. L'Afghanistan ne peut se contenter d'attendre que le Pakistan s'améliore. Les pays doivent s'unir pour riposter à la poliomyélite. Il est essentiel d'avoir une approche de l'éradication réellement commune dans les zones frontalières. La vaccination



transfrontalière était une pratique courante dans le passé lorsque l'accès était plus facile. Il faut trouver un moyen de rétablir des pratiques similaires.

2011 a été une année difficile pour l'Afghanistan. Le pays doit rester déterminé. Il ne peut rester figé dans la consternation et l'inaction. Il doit exploiter l'innovation et les meilleures pratiques dans le sud. Il doit renforcer sa vigilance et la couverture vaccinale dans le reste du pays. Un travail intensif sera nécessaire dans les mois à venir pour que l'Afghanistan passe du stade de la frustration qu'il a connu en 2011 à celui du triomphe en 2012.

Figure 4. Dans les districts à haut risque en Afghanistan, un trop grand nombre d'enfants ne sont pas vaccinés





Nigeria

EN BREF

Le nord du Nigéria est l'épicentre meurtrier de la poliomyélite en Afrique

Le programme de ce pays est tombé à des niveaux de performance inacceptables en 2011

La couverture vaccinale n'a pas été améliorée depuis 2010

Après une année 2010 réussie, il y avait un bel espoir pour l'avenir, mais celui-ci s'est aujourd'hui effondré

Malgré les efforts accomplis au sommet de la chaîne, le plan 2011 a eu un effet minime sur un point capital : la qualité des campagnes de vaccination

Bien que le sud du Nigéria soit exempt de la poliomyélite, le nord est un dangereux foyer de transmission continue. Les États du nord du Nigéria sont l'élément clé pour stopper la poliomyélite en Afrique centrale et de l'ouest. Les pays environnants n'ont cessé d'être infectés par le virus exporté à partir de là.

Nous sommes fortement préoccupés par le mauvais fonctionnement du programme du Nigéria. Nous ne comprenons pas comment l'équipe dirigeante du programme, qui avait reçu des éloges précédemment, a pu échouer de façon aussi grave. Le plan du pays pour 2011 semblait tenir raisonnablement ses promesses, mais la plupart des 12 États à haut risque n'ont pas réussi à mettre en œuvre les éléments clés de ce plan. Les pierres angulaires de ce plan comme les engagements d'Abuja se sont effondrés pour l'essentiel pendant la majeure partie de l'année. La couverture vaccinale s'est à peine améliorée depuis le début de 2010. Des améliorations rapides et considérables sont nécessaires si ce pays veut avoir la moindre chance d'éteindre cette terrible maladie.

Nous avons précédemment félicité le Nigéria pour sa performance en 2010. Le nombre de cas avait baissé de 95 % par rapport à l'année précédente. Ceci laissait espérer que le pays était capable de capitaliser sur ce succès, mais ce rêve a volé en éclats l'an dernier.

Les éléments principaux du plan 2011 étaient clairs, mais ne se sont tout simplement pas concrétisés dans des actes efficaces. Le plan accordait une importance particulière aux équipes spéciales des zones de gouvernement locales (LGA). Dans sept des douze États à risque, plus de la moitié de ces



EN BREF

La surveillance ne fonctionne pas

Il est choquant de constater que les trois types de poliovirus circulent dans les États de Borno et Kano

À moins de s'attaquer au niveau élevé des refus, il n'y a aucun espoir d'éradiquer la poliomyélite au Nigéria

L'insécurité aggrave la situation. Mais il s'agit maintenant d'une réalité qu'il faut contourner, si la véritable ambition est d'éradiquer la poliomyélite

équipes spéciales n'ont pas du tout atteint leurs objectifs au cours du dernier trimestre 2011. Beaucoup d'efforts ont été mis en œuvre pour défendre cette cause à un haut niveau, mais ceci a eu peu d'impact sur ceux des États et des zones de gouvernement locales qui disposent d'une équipe spéciale fonctionnelle. Surtout, il semble qu'il y ait eu un effort minime sur la qualité des journées de vaccination dans la plupart des États et des zones de gouvernement locales.

Le problème ne se limite pas à la seule vaccination. De nombreuses preuves génétiques montrent que des cas de poliomyélite ne sont pas détectés. Les revues documentaires de la surveillance ont fourni aux États de longues listes d'améliorations à effectuer.

Sur les 12 États à haut risque, huit affichent une transmission persistante. Et six de ces huit États n'ont pas réussi à atteindre les indicateurs principaux de processus leur ayant été fixés comme objectifs par le plan stratégique 2010-2012. Chacun de ces huit États a encore énormément de chemin à parcourir avant d'arriver à se débarrasser de la poliomyélite. Nous sommes particulièrement préoccupés par les États de Borno et de Kano. Au Borno, aucune des zones de gouvernement locales (LGA) infectées en 2011 n'était dotée d'une équipe spéciale fonctionnelle et, dans l'État de Kano, un quart seulement en disposait. Quelles que soient les mesures que l'on choisit d'examiner ou presque, ces deux États ont la moins bonne couverture vaccinale de tous ceux du Nigéria. Ils sont bien loin d'être capables d'arrêter la transmission. Tous deux ont enregistré des cas de type 1, de type 3 et de virus circulants dérivés du poliovirus vaccinal (cVDPV), qui constituent d'autres preuves des faiblesses désastreuses de leurs campagnes de vaccination.

Le problème des refus constitue historiquement une préoccupation majeure pour le Nigéria et le demeure encore. Sur tous les enfants non vaccinés en 2011, 24 % ne l'ont pas été parce que leurs parents ont refusé le vaccin. Même si tous les autres problèmes liés au programme pouvaient être résolus, celui des refus à lui seul suffit pour faire obstacle au succès.

Pourtant, même si la situation semble globalement désastreuse, il y a quelques lueurs d'espoir. Une stratégie de communication intensive au niveau local semble avoir un impact. Les refus ont baissé en 2011 par rapport à 2010 et la notoriété des campagnes auprès des parents s'est nettement améliorée. Des méthodes supplémentaires sont désormais employées pour comprendre les raisons de ces refus et les surmonter. Il s'agit là d'un travail crucial. Le programme a également pris des mesures visant à prêter davantage attention aux populations nomades, bien qu'un projet pilote ait démontré le niveau très bas auquel démarre ce travail. Le projet a montré plusieurs cas de paralysie non signalés et l'absence de micro plans spécifiques concernant les communautés nomades.

L'état de la sécurité au Nigéria est bien pire qu'il y a un an. Nous comprenons les difficultés que cela peut poser pour le programme. Mais celui-ci doit s'efforcer de mieux fonctionner afin d'atténuer ces défis. Comme nous le verrons



EN BREF

ci-dessous, les programmes des pays doivent être capables de résoudre le problème de l'insécurité s'ils ont réellement l'ambition d'arrêter la transmission de la poliomyélite. Les élections de l'an dernier ont été avancées comme excuse à la détérioration de la performance. Nous pouvons comprendre pourquoi elles ont engendré des problèmes. Mais ces facteurs externes ne peuvent créer des surprises les unes après autres. Ils ne disparaîtront pas et doivent donc être anticipés et atténués, et il convient de trouver des moyens innovants de les contourner.

En 2011, la majorité des cas de poliomyélite dans l'État de Borno se situait sur le lac Tchad ou à proximité de celui-ci, aux frontières séparant les quatre pays. Cette zone exige peut-être une stratégie spécifique pour atteindre les populations mobiles qui traversent le lac.

Nous nous réjouissons de l'établissement d'une équipe spéciale présidentielle en octobre 2011. Une mission vaste et importante attend ce groupe. Le pays est dans les dernières phases d'acceptation de son plan d'urgence. Nous ne l'avons pas encore vu dans le détail. Nous craignons que ce plan soit encore « du même acabit ». Le plan 2011 a eu un impact beaucoup trop faible. Le plan 2012 ne peut se limiter à n'être qu'une simple amélioration convaincante. Il faut qu'il apporte une amélioration d'une ampleur telle qu'elle puisse, de façon réaliste, éradiquer la poliomyélite. L'équipe spéciale présidentielle doit en être elle-même convaincue avant de finaliser ce plan. D'après ce que nous déduisons de ses grandes lignes, nous n'en sommes pas du tout persuadés. Le pays doit examiner en urgence ce qu'il peut faire de plus. Ce programme n'est pas sur la voie de la réussite. Or il est temps de tout mettre en œuvre pour éliminer tous les obstacles.

Le Nigéria ne prend pas le chemin du succès, sauf si le plan qu'il développe actuellement aboutit à quelque chose de très spécial



Pakistan

EN BREF

La transmission de la poliomyélite au Pakistan ne s'est jamais interrompue

Nous avons demandé, il y a quatre mois, une révision du plan d'urgence du Pakistan

Le nouveau plan est nettement plus solide

Mais il n'y a aucun impact démontrable sur la transmission de la poliomyélite et le temps presse

Le programme du Pakistan pour la poliomyélite a réalisé de solides progrès pendant ses 12 premières années. Le pays comptait 20 000 cas par an au début des années 1990. En 2005, il n'en a déclaré que 28. Mais la transmission n'a jamais été interrompue. Le nombre de cas a de nouveau augmenté. Le Pakistan a constaté une hausse de son nombre de cas au cours de ces trois dernières années d'affilée et représente un cas unique parmi les pays d'endémie. Le Balouchistan a enregistré six fois plus de cas en 2011 qu'en 2010. Nous avons précédemment exprimé nos graves préoccupations concernant le programme du Pakistan. Nous avons décelé les failles profondes qui faisaient obstacle au succès et l'insuffisance des mesures correctives. En octobre 2011, nous avons recommandé au Pakistan de revoir fondamentalement son plan d'action d'urgence national.

Le programme a réalisé de belles améliorations au cours des derniers mois. Il a clairement identifié certaines faiblesses systémiques paralysantes. Son plan d'action d'urgence national a été considérablement remanié, apportant des solutions crédibles à nombre des problèmes identifiés. Il fait preuve d'une énergie nouvelle. Le sens de l'obligation de rendre compte commence à se développer.

Nous avons, cependant, quelques doutes. Les problèmes du Pakistan restent profondément ancrés. Ce qui compte, ce sont les chiffres. Or ceux-ci n'ont pas évolué de façon significative. L'évaluation objective des CDC montre encore que la performance en termes de vaccination est faible et que le risque d'une transmission continue demeure élevé. Les solutions actuelles doivent être mises en œuvre rapidement dans leur intégralité. L'ouverture offerte par la basse saison va vite se terminer. Si une transmission importante se maintient au-delà du mois d'avril, il sera presque impossible de la stopper pendant la haute saison cette



EN BREF

Le Sindh et le Balouchistan sont responsables de la plupart des cas constatés au Pakistan

Le programme du Punjab est plus solide, mais ne l'est pas encore suffisamment

L'insécurité empêche les progrès dans les zones tribales sous administration fédérale (FATA) et au Khyber Pakhtunkhwa (KP) : ceci exige une plus grande priorité

Nous sommes heureux de voir que le plan est plus solide, mais le nombre de cas doit baisser pour que cela ne se solde pas encore par de faux espoirs

année. Au fur et à mesure que le temps passe, il sera plus difficile de maintenir l'engagement politique et l'énergie.

Chacune des provinces du Pakistan touchées par la poliomyélite est confrontée à des défis différents. Les deux tiers des cas proviennent de deux d'entre elles : le Sindh et le Balouchistan. Dans la province du Sindh, le problème est concentré en particulier dans quatre districts. Trois de ces quatre districts se trouvent à Karachi, la plus grande ville du Pakistan. La situation est similaire dans le Balouchistan où la poliomyélite est présente de façon disproportionnée dans trois districts. Près de 90 % des cas concernent la population qui parle le pachtou. Les deux provinces ont souffert d'une gestion inefficace. Les superviseurs des zones ont souvent envoyé des équipes de vaccination inappropriées sur le terrain ou pas d'équipe du tout. Le programme a agi de façon ferme, en remplaçant cet échelon de superviseurs dans son intégralité. La situation reste cruciale au Balouchistan et au Sindh.

Nous avons précédemment souligné la solide performance au Punjab, qui n'a enregistré que neuf cas l'an dernier. Mais neuf cas, c'est encore neuf cas de trop. La province s'est lancée de façon plus énergique que les autres dans la mise en place du plan d'action d'urgence national l'an dernier. Elle doit maintenant travailler de façon systématique pour surmonter les obstacles qui l'empêchent de passer de neuf à zéro.

Dans les zones tribales sous administration fédérale (FATA) et au Khyber Pakhtunkhwa (KP), une préoccupation demeure. Le problème de la sécurité est tel que les campagnes de vaccination n'arrivent pas à atteindre des dizaines de milliers d'enfants. Nous ne sommes pas du tout persuadés que tout soit mis en œuvre pour vaincre cet obstacle. Comme nous l'évoquerons plus tard, c'est aussi le cas dans d'autres pays. Nous reconnaissons le dévouement de tous ceux qui travaillent dans ces situations difficiles. Mais le programme doit trouver des moyens plus forts pour surmonter ce défi, s'il veut stopper la transmission. La sécurité n'est pas le seul problème rencontré dans les zones tribales sous administration fédérale (FATA) et au Khyber Pakhtunkhwa (KP). Des cas se déclarent toujours dans des zones où l'accès n'est pas un problème. Le défi en termes de gestion est de concentrer les efforts sur l'inaccessibilité, sans qu'elle ne devienne une excuse à une performance sous-optimale dans d'autres domaines.

Bien que ce défi se limite essentiellement à un petit nombre de zones, cela ne veut pas dire que le reste du pays est exempt. La surveillance environnementale continue à déceler une transmission de la poliomyélite dans toutes les grandes villes de toutes les provinces.

Le programme du Pakistan glisse dans la mauvaise direction. Le plan d'action d'urgence de l'an dernier a fait très peu de chemin. Le plan d'action renforcé récemment nous donne davantage de raisons d'espérer. Le travail intensif qui a été entamé doit être maintenu et doit donner des résultats. Nous félicitons le programme pour cette intensification de son approche. Nous souhaitons maintenant voir la preuve manifeste de l'augmentation de la couverture vaccinale et une baisse significative du nombre de cas.



Angola

En 2008, l'Angola avait déclaré un nombre de cas s'élevant à 10 par mois. Le pays a accompli de solides progrès depuis lors. En 2011, cinq cas de poliomyélite seulement ont été déclarés dans deux municipalités uniquement. Après l'Inde, l'Angola est le seul pays touché de façon persistante ayant enregistré une baisse significative du nombre de cas entre 2010 et 2011.

L'Angola est à deux doigts d'éradiquer la poliomyélite. Il doit s'efforcer d'atteindre la ligne d'arrivée. Le succès n'est pas encore garanti. Il faut un effort encore plus grand de la part du pays et de ses partenaires.

La poliomyélite ne sera pas stoppée pour de bon en Angola, à moins que le programme n'améliore encore la qualité des campagnes de vaccination. Lors de la campagne de novembre, 59 % des enfants n'avaient pas été vaccinés simplement parce qu'aucun vaccinateur ne s'était présenté chez eux. Luanda, la capitale, a été l'élément moteur de cette transmission dans le pays. Dans cette ville, le nombre d'enfants non vaccinés est monté à 65 %.

Plus de 12 % des enfants angolais n'ont jamais reçu une seule dose de vaccin antipoliomyélique oral (VPO). Nous avons déjà fait part de nos préoccupations à propos de Luanda. Au-delà des problèmes de vaccination, il y a encore des insuffisances inquiétantes à combler au niveau de la surveillance dans cette ville. Sans action immédiate pour remédier à ces inadéquations, le programme risque de faire marche arrière. Les récents progrès accomplis par l'Angola pourraient n'être plus qu'un lointain souvenir.

EN BREF

Des progrès encourageants en Angola en 2011

Mais le succès n'est pas encore garanti

Les 65 % d'enfants non vaccinés à Luanda parce que les vaccinateurs ne se sont pas présentés constituent une poudrière qui risque de renflammer la transmission

À la fois la vaccination et la surveillance doivent être améliorées, en particulier à Luanda



EN BREF

Des approches adaptées aux défis spécifiques des communautés doivent être élaborées

Un solide leadership national reste un élément clé

Il est encore trop tôt pour retirer du personnel de l'Angola, le travail n'est pas fini

L'Angola doit capitaliser sur ses progrès récents et stopper la transmission en 2012

Les frontières de l'Angola totalisent une longueur de plus de 5 000 kilomètres et sont très éloignées de la capitale. Les communautés qui se trouvent au niveau de ces frontières éloignées sont confrontées à des défis particuliers. Par exemple, l'accès à la communication est limité. Les campagnes dans les médias enregistrent une moindre pénétration. L'adéquation des transports constitue aussi un problème majeur. Les raisons du refus dans les communautés aux frontières du pays sont souvent plus proches de celles émises en République démocratique du Congo que de celles exprimées dans le reste de l'Angola.

Ceci exige que le programme basé sur les communautés en Angola fasse preuve de souplesse dans son approche sur le terrain. Mais la stratégie locale n'annule pas pour autant la nécessité d'avoir un leadership national. Le gouvernement national doit se battre pour ces communautés dans les zones frontalières. Nous avons entendu parler de la coordination prévue avec la République démocratique du Congo sur les campagnes de vaccination dans les régions frontalières inaccessibles et nous nous en réjouissons. Cette coopération doit être rapidement mise en œuvre.

Le gouvernement angolais apporte un soutien financier considérable au programme d'éradication. Nous l'en félicitons. Mais la poliomyélite ne sera stoppée que par de solides partenariats et une mise en commun des expertises et des efforts. Nous avons entendu dire que la baisse récente des cas de poliomyélite risquait d'amener les partenaires internationaux à retirer du personnel de l'Angola et ceci constitue pour nous une préoccupation. Il s'agirait là d'un manque de perspicacité. Mieux vaut respecter le programme jusqu'au bout que de courir le risque d'une résurgence. La résurgence entraînerait un rappel de ce personnel plus tôt qu'il ne l'imagine.

2012 pourrait être une année historique pour l'Angola. Elle promet à l'Angola d'être une nation exempte de poliomyélite. L'Angola pourrait servir de modèle à l'Afrique en étant une source d'inspiration pour d'autres pays sur l'éradication régionale de la poliomyélite. Le fait de ne pas réussir à capitaliser sur les progrès accomplis au cours de ces 12 derniers mois marquerait un net recul pour le programme mondial.



Tchad

EN BREF

La poliomyélite est profondément ancrée au Tchad

La transmission n'a de « rétablie » que le nom, elle est « endémique » dans tous ses aspects

Le Tchad présente une situation différente des autres pays avec un système de santé médiocre et une vaccination terriblement

En 2001, le Tchad avait stoppé la transmission de la poliomyélite. En 2011, la situation a radicalement changé. Le Tchad recense plus du tiers des cas de poliomyélite en Afrique. Il compte bien plus de cas par habitant que tous les autres pays du monde (figure 5). Il dispose d'un système routier défaillant, certaines routes étant entièrement en sable. Il possède un lac d'une grande étendue où la traversée d'une île à l'autre peut prendre plusieurs heures.

En avril 2011, nous avons indiqué que la situation au Tchad constituait une urgence de santé publique. Nous avons demandé le déploiement rapide d'une assistance technique supplémentaire et une révision du plan du pays visant à stopper la poliomyélite.

Dans les autres pays touchés de façon persistante par la poliomyélite, le virus est essentiellement concentré dans des zones spécifiques. Mais ce n'est pas le cas au Tchad. Il s'agit d'un problème réellement national. L'an dernier, les trois quarts des régions et la moitié des districts ont été touchés par la poliomyélite. En termes techniques, le Tchad est présenté comme faisant l'objet d'un « rétablissement » de la transmission et non d'une « endémie ». Mais cette qualification sous-estime la force de la mainmise du virus dans ce pays. En tout état de cause, nous considérons que le Tchad connaît une transmission endémique.

Le Tchad présente un défi d'une nature différente de celle des autres pays touchés. Il n'est confronté qu'à des problèmes minimes sur le plan de la sécurité et des refus de la vaccination. C'est un pays dans lequel une solide application des techniques éprouvées peut fonctionner. Le défi consiste à



EN BREF

ancrée dans la routine, mais peu de problèmes de refus ou de sécurité.

Le programme a été renforcé depuis que nous avons tiré la sonnette d'alarme en avril 2011

Un impact significatif est constaté, mais il se produit lentement

Les communautés insulaires et les nomades exigent une attention particulière : les hélicoptères sont-ils hors de question ?

Le programme est décentralisé sur le principe, mais pas dans la pratique

Une trajectoire plus positive a été établie, mais une accélération s'avère maintenant nécessaire

les appliquer à l'échelle du pays, avec en toile de fond un système de santé dépassé et une couverture vaccinale de routine, qui est sans doute la plus faible au monde.

Le programme du Tchad semble bien plus solide qu'il ne l'était il y a neuf mois. Il dispose d'un second plan d'action d'urgence de haute qualité. Celui-ci répond bien aux recommandations du groupe consultatif technique. Il stipule des actions spécifiques avec des obligations de rendre compte et des délais clairement définis. Les partenaires du pays ont maintenant mobilisé un personnel technique de cent personnes, qui sont pour la plupart déployées sur le terrain. Le Président se réunit tous les mois avec les responsables du programme pour examiner les progrès accomplis.

Une certaine preuve de l'impact de ces changements est visible, mais celui-ci se fait sentir lentement. Il y a eu une certaine amélioration des taux de couverture de la vaccination. Mais ils varient fortement entre les zones et sont loin d'atteindre le niveau requis pour stopper la transmission. La surveillance aussi a besoin d'être considérablement renforcée. Il convient de noter en particulier qu'à l'heure actuelle, un tiers des échantillons de selles sont inadéquats.

Bien que le défi se situe à l'échelle nationale, il y a certains groupes et certaines zones qui méritent une attention particulière. Les enfants sur les îles du lac Tchad sont difficilement accessibles. Les nomades sont sur-représentés dans le nombre de cas. Il convient désormais de prêter une attention suffisante aux stratégies visant à atteindre ces groupes afin d'éviter qu'ils ne deviennent des foyers de transmission subsistants après la résolution des principaux problèmes au plan national.

Il y a une réflexion judicieuse à faire quand on voit qu'il faut parfois compter quatre heures en bateau dans une campagne de vaccination de trois jours pour accéder à la population d'une seule île. Les hélicoptères seraient une « solution systémique » à ce problème d'inaccessibilité, mais il faut tenir compte des coûts et de la logistique. Les personnes ayant participé à l'éradication de la variole évoquent le rôle essentiel joué par les hélicoptères de l'armée dans certaines parties du monde inaccessibles.

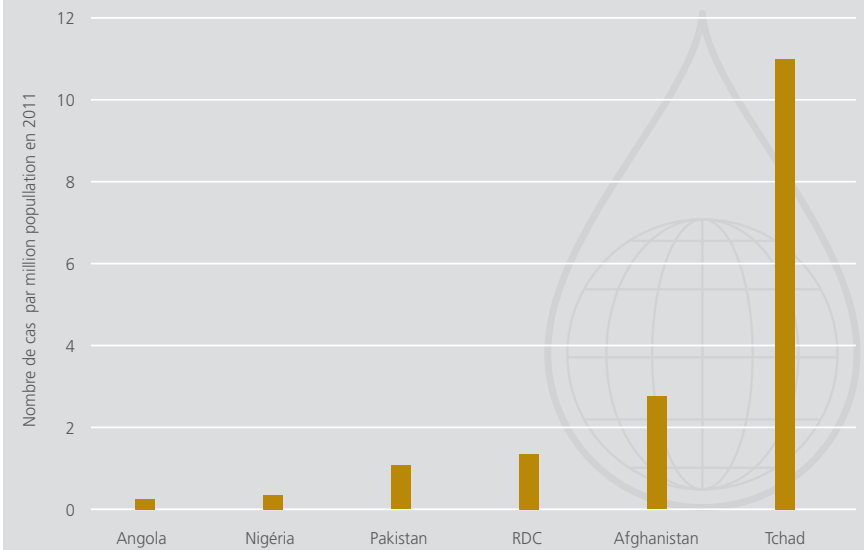
Le programme du Tchad a établi six centres dans le pays. Mais ceux-ci ne sont pas utilisés à pleine capacité. Il faut les doter des ressources et des pouvoirs adéquats pour qu'ils puissent stimuler l'effort d'éradication dans leurs zones respectives.

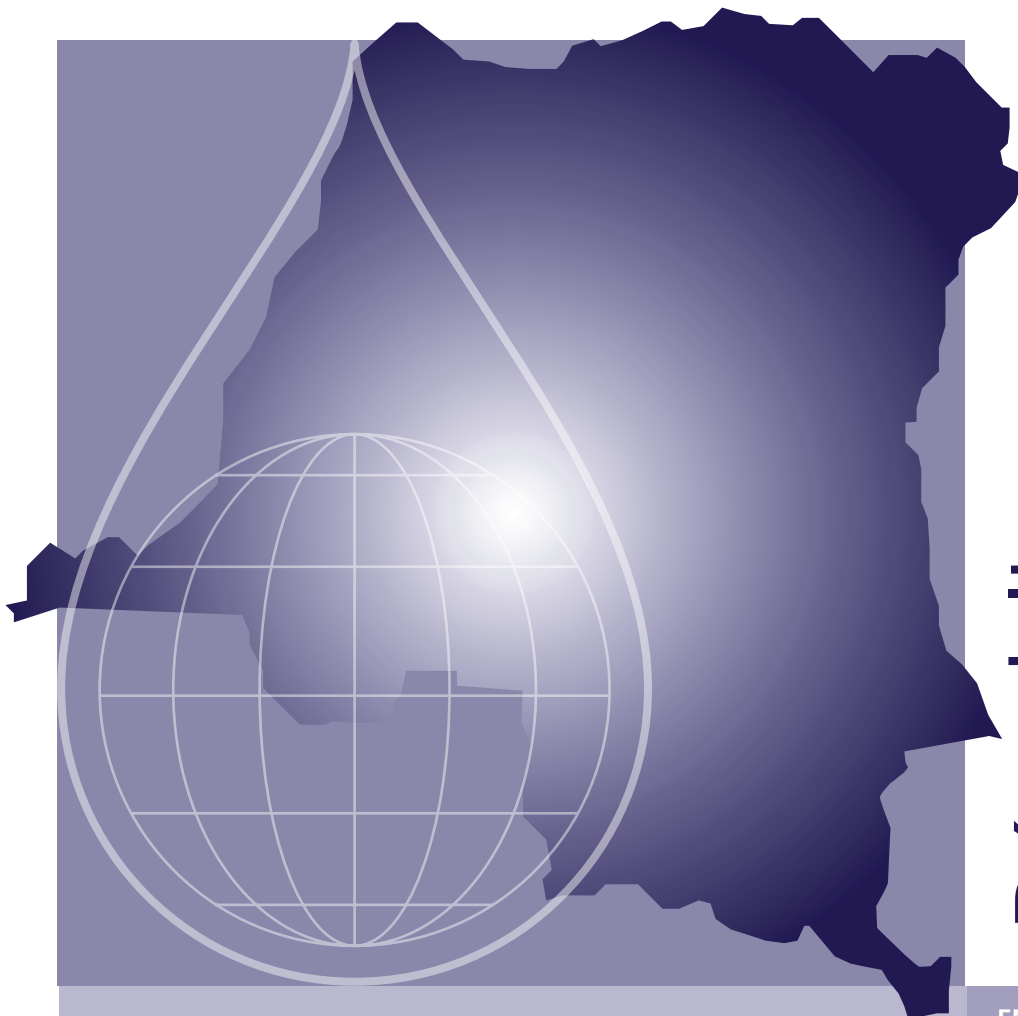
Le programme du Tchad est sur la bonne voie. Tout est maintenant une question de rythme. Si le plan est appliqué de façon solide et énergique, il devrait être possible de stopper la transmission en 2012. Tous les participants doivent s'engager à fond dans la réalisation de cet objectif.



EN BREF

Figure 5 : Sur la base de la taille de sa population, le Tchad compte quatre fois plus de cas de poliomyélite que tous les autres pays





République démocratique du Congo

EN BREF

La République démocratique du Congo représente presque quatre fois la surface de la France. Son système de santé présente des dysfonctionnements, son infrastructure de transports est inadéquate et elle a été récemment ravagée par la guerre. Éradiquer la poliomyélite en République démocratique du Congo s'est toujours avéré une tâche ardue. Le pays a enregistré 92 cas de poliomyélite en 2011, une réduction minimale par rapport aux 100 cas en 2010.

Bien que les progrès aient été difficiles, on assiste à des développements positifs. Le nombre de cas a énormément chuté au second semestre 2011. Et le nombre de districts touchés a aussi sensiblement diminué. Malgré ces défis, l'arrêt de la transmission de la poliomyélite est possible. Le pays l'a déjà prouvé. La pression porte maintenant sur l'achèvement de ce travail. Le plan pour 2012 doit être clair : éliminer le poliovirus du Katanga tout en s'assurant qu'il ne fasse pas de fâcheuses réapparitions ailleurs.

La République démocratique du Congo est un pays énorme avec une densité de population très faible dans les districts. Le problème connu des « zones silencieuses » persiste. Le manque d'informations sur la surveillance ici est peut-être tout simplement dû au fait que la taille de la population est insuffisante pour obtenir un point de référence statistique, mais il peut aussi être dû à la piètre qualité de la surveillance. Nous avons été informés de la difficulté d'accéder à ces zones pour vacciner les enfants. La République démocratique du Congo doit acquérir une meilleure connaissance de la situation et cela rapidement. Il se peut que la poliomyélite persiste dans des zones relativement petites. Si l'une de ces « zones silencieuses » est touchée par la maladie et fait l'objet d'une faible couverture vaccinale, elle pourrait être le germe d'une nouvelle propagation.

Des signes de progrès au second semestre 2011

Les « zones silencieuses » ne doivent pas être laissées dans l'ombre : la surveillance doit être renforcée



EN BREF

Le refus des groupes religieux constitue un problème majeur

La poliomyélite est moins courante en République démocratique du Congo qu'elle ne l'était auparavant, mais ceci alimente l'excès de confiance au sein de la population

Au cours du dernier trimestre 2011, tous les cas de poliomyélite déclarés en République du Congo se situaient au Katanga ou à la frontière de la province de Maniema. Le programme doit maintenant mettre en œuvre tout ce qu'il peut réunir dans cette région. Il doit tirer des enseignements des meilleures pratiques utilisées ailleurs dans le cadre de l'action mondiale. Les taux de refus (31 % au Katanga) sont parmi les plus élevés au monde et ceci est largement dû à l'opposition de groupes religieux. L'engagement auprès de ces groupes doit être maintenu. La confiance doit être développée. Une meilleure compréhension des raisons spécifiques aux tribus pour refuser la vaccination est nécessaire.

L'autosatisfaction s'installe dans la population de ce vaste pays parce que, fort heureusement, il devient rare de voir concrètement un cas de poliomyélite. Mais le succès à court terme peut alimenter un échec à long terme. Il faut rappeler au public les dangers de la poliomyélite à présent et à l'avenir. Il a fallu les efforts intenses de milliers de personnes au fil des ans pour amener aux portes du Katanga le vaccin de la poliomyélite qui sauve la vie. L'échec de la vaccination, maintenant alors que l'objectif est clairement en vue, semble être une parodie.

La République démocratique du Congo accomplit des progrès. Nous félicitons le pays à cet égard. Mais nous ne sommes qu'à la mi-temps. La République démocratique du Congo ne doit pas quitter le ballon des yeux. Dans notre rapport d'octobre 2011, nous avons demandé à la République démocratique du Congo de se libérer de son cycle de progrès « en dents de scie ». Il semblerait maintenant qu'elle entre maintenant dans une phase d'envolée relative de sa performance. Le défi que nous demandons aujourd'hui à la République démocratique du Congo de relever est le suivant : arrivera-t-elle à éviter une chute ?



India

EN BREF

L'Inde a atteint un objectif monumental

Il s'agit d'un élan majeur pour l'action à l'échelle internationale

Le succès de l'Inde apporte des enseignements aux autres pays

LES ENSEIGNEMENTS APPORTÉS PAR L'INDE

Une année complète s'est maintenant écoulée sans qu'aucun enfant n'ait été paralysé par la poliomyélite en Inde. Nous félicitons vivement le gouvernement indien et ses partenaires sur cette réalisation extrêmement impressionnante.

Nous pensons sincèrement que cet objectif atteint doit être une grande source d'espoir et d'inspiration pour les autres pays et le programme mondial dans son ensemble. Il y a quelques années, nombreux étaient ceux qui jouaient les cassandres. Beaucoup de personnes bien informées se montraient sceptiques sur la possibilité de stopper la poliomyélite en Inde.

Le rapport de l'UNICEF nous a fourni une solide analyse des caractéristiques qui ont mené le programme de l'Inde au succès. Tout le monde n'en retiendra pas les mêmes caractéristiques, mais il est très important de procéder à leur examen.

Sans reprendre l'analyse de l'UNICEF, ni approfondir les détails techniques, il y a quatre caractéristiques majeures du programme en Inde que nous considérons comme des ingrédients clés de la recette pour réussir ailleurs.



EN BREF

1. L'appropriation par le gouvernement de l'échelon local à l'échelon national

Le soutien et l'expertise des partenaires a été capital, mais le personnel du gouvernement indien a mené de façon énergique le programme du pays. Quand le gouvernement tient les rênes d'une main ferme, les programmes d'éradication de la poliomyélite sont mieux pilotés vers la voie du succès.

En Inde, les premiers signes forts de l'appropriation par le gouvernement se sont manifestés réellement au niveau local. Et cette appropriation s'est hissée vers le haut à partir de là. Ces dernières années, l'appropriation par le gouvernement national été massive. Celui-ci a affecté un personnel de talent au programme en lui demandant de se focaliser uniquement sur la poliomyélite. Il a endossé clairement la responsabilité du fonctionnement du programme. Non pas dans le but de démontrer sa performance aux autres, mais pour parvenir à un succès réel et durable. Lors du premier anniversaire du programme de la poliomyélite en Inde, tous ceux qui y avaient été associés souhaitaient le célébrer. Parmi tous ceux concernés, le gouvernement s'est montré le plus enclin à la modération. C'est lui qui a pris les devants en déclarant : « Nous avons atteint un objectif d'étape important, mais ce n'est pas encore fini. » Ceci démontre, à nos yeux, une appropriation absolue.

Conscients de l'enjeu de l'éradication nationale, nous espérons que les gouvernements à l'échelle locale, régionale et nationale de chaque pays touché par la poliomyélite pourront tenir les rênes de leur programme d'une main toujours plus ferme. Ceci sera important, si ce n'est vital, pour réussir.

L'appropriation par le gouvernement local, puis national, a mené le programme au succès

Les partenariats entre le gouvernement, les organismes et les populations locales sont devenus harmonieux

Le programme s'est concentré explicitement sur l'amélioration de la qualité

Il déborde de clarté là où ailleurs dans le monde, nous constatons de l'imprécision sur les problèmes, le plan et les progrès

2. Un partenariat étroit

Nous avons entendu dire de façon répétée que les différents partenaires avaient bien travaillé ensemble en Inde dans le but d'arrêter la transmission, en allant au-delà des marques de leur organisme. Dans l'État du Bihar en particulier, nous avons entendu parler de ce partenariat comme d'un partenariat « harmonieux ». Si de sérieux efforts ont été réalisés dans les pays à cet égard, nous n'avons jamais entendu ce qualificatif utilisé ailleurs.

3. Priorité à l'amélioration de la qualité

Le programme Indien a reconnu que l'arrêt de la transmission impliquait l'amélioration des campagnes de vaccination jusqu'à ce qu'elles parviennent à une qualité assez élevée pour atteindre un nombre suffisant d'enfants. Et il l'a reconnu de façon claire et explicite. Nous constatons beaucoup trop d'imprécision à cet égard ailleurs.

Cette priorité a conduit à la clarté. Une clarté sur les zones primordiales et les groupes de population essentiels. Une clarté et une précision sur ce qu'est le plan. Une clarté sur les progrès accomplis par rapport au plan. L'Inde a démontré la valeur d'une approche logique et systématique.



Cette focalisation a eu pour résultat d'attirer l'attention sur des détails importants qui sinon auraient été négligés. Elle a conduit à une remise en cause et une amélioration des données. Elle a amené le programme à vouloir tirer des enseignements de ses essais et de ses erreurs, et de ce fait à s'améliorer..

4. La demande

Les disciplines de la communication et de la mobilisation sociale ont, à juste titre, pris de l'importance au sein de l'IMEP au cours de ces dernières années. La preuve de leur efficacité en Inde y a largement contribué. Il est manifeste qu'il convient de se focaliser autant sur la « demande » que sur l'offre. L'opération collaborative de l'UNICEF basée sur le terrain en Inde a allié la sophistication et l'échelle.

Nous apprécions le fait que les programmes de communication dans d'autres pays se renforcent. Le temps est clairement un défi. Il a fallu à l'Inde des années pour bâtir son programme, mais nous n'avons plus d'années devant nous.

Les communications stratégiques ont le potentiel de renforcer la contribution à l'arrêt de la transmission. Il faut atteindre les communautés isolées et les populations migratoires. Il convient de renforcer la résistance aux refus. Certaines personnes sont encore mal informées. D'autres refusent le vaccin pour des raisons personnelles ou locales, souvent changeantes. Les praticiens de la communication doivent faire preuve d'agilité et chercher constamment à comprendre ces raisons. L'exploration de nouvelles idées doit aussi être poursuivie. Les films de formation, réalisés de façon professionnelle, peuvent « multiplier » l'impact sur les apprentissages, les compétences et les expériences. Pour prendre un seul exemple, l'utilisation stratégique des médias courants pour présenter des récits sur la poliomyélite doit encore être exploitée à fond. Ceci peut attiser une rumeur positive au sein de la population et créer des conditions propices au travail sur le terrain.

Les enseignements apportés par l'Inde

Cet objectif d'étape n'a pas été atteint facilement. Il est le fruit d'un dynamisme et d'une détermination sans faille. Le programme a beaucoup appris par l'innovation, par les essais et par les erreurs. Si l'Inde avait connu il y a dix ans ce qu'elle connaît aujourd'hui, elle aurait été capable de stopper plus rapidement la transmission. Ceci devrait encourager les autres pays, qui peuvent bénéficier de cette expérience.

Bien sûr, il n'est pas possible de recopier tout simplement le programme d'un pays à un autre. Et de fait, le programme de l'Inde est très différent à l'intérieur du pays même. Il n'y a pas une seule approche nationale, mais un ensemble de sous-programmes soudés par une philosophie sous-jacente.

EN BREF

L'Inde accumule patiemment les améliorations jusqu'à ce qu'elles atteignent une masse critique

L'Inde a montré la valeur immense de la communication en encourageant la demande du vaccin et son acceptation. Cette force de mobilisation est faible dans d'autres zones touchées

D'autres pays peuvent bénéficier de cette approche : si l'Inde avait connu il y a dix ans ce qu'elle connaît aujourd'hui, sa réussite aurait été plus rapide



EN BREF

L'Inde doit rester vigilante : la menace d'une réinfection subsiste

Ce que l'Inde fait maintenant a aussi beaucoup d'importance pour les autres pays

Prochaines étapes pour l'Inde

Le programme de l'Inde doit maintenir avec diligence son niveau élevé de couverture vaccinale et de surveillance. Il serait trop facile de relâcher l'attention au fur et à mesure que le temps passe, car le dernier cas continue à se développer. Nous espérons que le programme pourra trouver maintenant de l'énergie pour deux initiatives en particulier, tout en gardant ce cap. La première consiste à assister les programmes des autres pays.

Nous apprécions grandement l'intention de l'Inde de partager son expertise avec le Nigéria. Finalement, les enfants en Inde ne seront complètement protégés de la poliomyélite que lorsqu'elle sera éradiquée à l'échelle mondiale. La seconde initiative est d'exploiter l'infrastructure et les enseignements développés à travers le programme de la poliomyélite pour d'autres priorités de santé publique nationale. La façon dont ceci sera effectué sera d'un grand intérêt pour les autres pays au fur et à mesure qu'ils se rapprocheront de cet objectif exceptionnel.



Rechercher les causes profondes

Trouver des solutions systémiques



EN BREF

La réflexion systémique est essentielle pour la phase finale de l'éradication

La mise en avant des problèmes ne doit pas être un facteur de découragement : chaque amélioration systémique élève la performance et la rapproche de l'arrêt de la transmission

À titre d'exemple, lorsque des enfants ne sont pas vaccinés au cours des journées de vaccination, les raisons sont souvent traitées comme si elles étaient locales ou spécifiques à un contexte, pourtant il y a souvent un problème systémique

L'identification des « causes des causes » permet de développer des améliorations systémiques durables

RECHERCHER LES CAUSES PROFONDES ET TROUVER DES SOLUTIONS SYSTÉMIQUES

Dans chacun de nos précédents rapports, nous avons souligné l'importance de reconnaître les causes habituelles des mauvaises performances, qui nécessitent une action efficace à l'échelle du programme. De premiers progrès sont désormais réalisés sur la façon d'aborder ces nombreux problèmes systémiques.

Dans cette partie, nous avons analysé un certain nombre de domaines dans lesquels une réflexion sur des systèmes plus larges pouvait générer des gains importants. Nous avons examiné certains d'entre eux auparavant et y revenons maintenant pour analyser les progrès accomplis. D'autres sont partagés pour la première fois dans ce rapport.

Il ne faudrait pas que les personnes au sein du programme se sentent découragées par nos critiques constructives. Jusqu'à maintenant, il n'y a pas eu de tradition forte d'amélioration continue de la qualité dans la gestion mondiale du programme, ni de discussions approfondies sur la façon de gérer efficacement le changement. Le programme en l'état actuel n'est pas en bonne voie et il n'existe pas de « solution miracle » pour transformer la situation. Chaque amélioration supplémentaire susceptible d'être apportée élève la performance vers un niveau susceptible de stopper la transmission.

Les campagnes de vaccination sont une illustration des domaines où une action à l'échelle du programme est nécessaire pour améliorer la performance. Si, régulièrement des enfants ne sont pas vaccinés au cours des campagnes de vaccination, le résultat sera un échec de l'éradication de la poliomyélite. Il y a une multitude de cause pour lesquelles les enfants ne sont pas vaccinés : une mère dit que son enfant dort ; les vaccinateurs ne se rendent pas compte qu'ils doivent vacciner les enfants qui jouent dans les champs et pas seulement ceux dans les maisons ; quelqu'un a déclaré à tort aux parents de l'enfant que le vaccin était dangereux. Trop souvent, l'approche du programme a été de considérer que ces causes étaient des particularismes ou des événements liés à un contexte spécifique, qui diffèrent d'un lieu à un autre. Dans nos rapports, nous avons incité les responsables du programme à acquérir une compréhension approfondie de ces causes pour concentrer leurs efforts sur les « causes des causes ». Le fait d'évoluer dans cette perspective crée des opportunités d'améliorations plus importantes qui peuvent apporter des solutions plus définitives aux problèmes.

Une métaphore illustre bien la différence entre les deux approches : s'attaquer à de multiples causes différentes ou identifier les causes systémiques profondes et s'y atteler. Imaginez que des enfants n'arrêtent pas de tomber dans une rivière les uns après les autres et s'y noient. Nous pourrions essayer de les sauver en les sortant de l'eau un par un. Mais ils sont tellement nombreux que certains se noieraient certainement. Il y a une autre approche qui serait de remonter la rivière pour identifier les endroits où les enfants tombent. Nous découvririons peut-être une rive glissante expliquant qu'ils perdent pied. Puis il faudrait



EN BREF

La réflexion sur les systèmes peut sembler relever du sens commun, mais elle ne se fait pas automatiquement

Les réunions des sièges commencent à porter sur l'analyse des « causes des causes »

Ceci doit être inclus dans la culture de l'équipe dirigeante du programme

Les données du programme sont abondantes, mais elles circulent essentiellement de façon ascendante à partir des districts et « nourrissent la bête » au-dessus

construire une clôture autour de la rive pour empêcher les enfants de tomber dans la rivière et leur permettre de jouer en sécurité. De la même manière, il est possible de trouver des solutions « en amont » au problème des enfants qui ne sont pas vaccinés au cours des campagnes de vaccination dans le programme d'éradication de la poliomyélite.

La question n'est pas que personne dans le programme n'y a pensé, mais que cette approche n'a pas été un moyen partagé de conceptualiser ce sur quoi le programme doit se concentrer. Face à un flot de problèmes immédiats, une réflexion systémique exige de prendre du recul. Ce n'est pas facile, l'éradication de la poliomyélite posant tant de problèmes urgents. Le défi est de se demander « pourquoi » ? Pas seulement une fois, mais encore et encore jusqu'à ce que le problème systémique, puis la solution systémique, soient clairement identifiés. Aller en amont peut produire d'importants bénéfices.

Ainsi, l'examen du problème de l'inaccessibilité au niveau régional ou d'un pays afin de développer des solutions innovantes ou créatives pourrait empêcher la non-vaccination de milliers d'enfants à l'avenir. L'élaboration d'un programme de formation pour doter les vaccinateurs des compétences nécessaires pour négocier avec les mères réticentes à faire vacciner leurs enfants créerait une nouvelle génération de vaccinateurs qui accepteraient rarement les refus. Une fois encore, le bénéfice pourrait être mesuré par des baisses substantielles des taux de refus au lieu de quelques gains limités à un lieu et annulés par un échec continu ailleurs.

À la suite de nos précédents appels en faveur d'une augmentation de cette réflexion systémique, les principaux partenaires ont bien réagi, en particulier les sièges et surtout l'OMS. Leur réunion mondiale hebdomadaire pour procéder à une mise à jour évolue sensiblement. Auparavant, elle consistait essentiellement en une analyse des données de surveillance. Elle s'achemine maintenant vers une description des causes profondes des obstacles et de ce qui est réalisé à cet égard. L'impact en résultant ne dépend pas seulement de ces réunions, mais aussi de la façon dont cette approche est répercutée en aval et intégrée à tout le programme.



Un usage plus ingénieux des données

Les données sont essentielles pour agir directement. Utilisées de façon intelligente, elles peuvent entraîner une amélioration majeure de la performance. Ce programme contient beaucoup de données. Mais sont-elles utilisées comme elles le devraient ?

Nous avons deux observations à faire. La première concerne le flux des données. Les données sont recueillies chaque semaine dans tous les districts. À partir de là, elles sont rapportées au niveau étatique, au niveau national, au niveau régional et au niveau mondial. À chaque étape, les données sont rassemblées et résumées. Les données de niveau mondial sont publiées. C'est un peu comme si l'objectif à chaque niveau était de « nourrir la bête » qui se trouve au-dessus.



EN BREF

Les responsables mondiaux devaient ajouter de la valeur aux données qui leur sont transmises pour apporter des idées aux équipes en première ligne

Les flux de données et analyses ne sont toujours pas bien intégrés entre les partenaires

Pourquoi un organisme s'exprime-t-il sur les principaux indicateurs de processus, mais que personne d'autre n'utilise cette information ?

Il y a eu récemment une évolution positive dans l'approche, mais il y a encore beaucoup à faire

Les informations sur la façon de gérer une journée de vaccination sont souvent considérées comme de la routine et non comme une action pour laquelle une norme de meilleure pratique, convenue en commun, devrait être promue

Les niveaux organisationnels plus élevés doivent ajouter de la valeur aux données et retransmettre cette valeur vers les équipes en première ligne. Certains programmes dans les pays diffusent cette mise à jour hebdomadaire à toutes les régions et à tous les districts, mais se contentent souvent de regrouper les données sans leur enrichir d'idées orientées sur des actions. L'UNICEF et les CDC produisent des analyses trimestrielles utiles. Nous apprécions les mesures prises pour les partager avec les pays. Mais il faut en faire davantage dans ce sens.

Notre seconde observation porte sur l'intégration des données. Les différents flux de données et analyses semblent exister en parallèle au lieu d'offrir un corpus intelligent, riche et unifié. Citons un exemple parmi de nombreux autres : les CDC établissent des rapports sur les principaux indicateurs de processus, mais d'après notre constat, personne d'autre dans le programme ne les évoque. Si ces analyses précieuses sont utiles pour influencer les comportements, nous devrions constater une utilisation plus large. Si elles sont utiles, le programme doit le faire savoir et spécifier ce qui est nécessaire.

L'évolution vers un usage de ces données pour approfondir les connaissances et parvenir à des résultats susceptibles d'être traduits en actions a commencé et ceci doit être intégré à la culture de l'équipe dirigeante.



Les meilleures pratiques doivent être appliquées de façon universelle

Le programme concentre beaucoup d'énergie sur les actions au-delà de la première ligne, comme l'engagement politique et la planification nationale. Au niveau stratégique, les informations communiquées par la première ligne reçoivent une certaine attention, mais elle est bien moindre. La façon de gérer une campagne de vaccination est souvent considérée comme une question de routine et un problème opérationnel plutôt que systémique.

Les problèmes qui surviennent pendant les journées de vaccination peuvent être considérés comme des questions locales et isolées, et la valeur plus large des observations risque donc d'être perdue. Nous avons, par exemple, visité une zone dans une ville pour suivre l'avancement d'une campagne de vaccination. Les vaccinateurs avaient visité une maison après l'autre avec diligence, mais avait traversé des foules d'enfants non vaccinés dans la rue. Un membre senior de l'équipe de l'OMS avait demandé le rappel des vaccinateurs. Une fois de retour, ceux-ci avaient protesté en affirmant qu'ils avaient fait le travail qui leur avait été demandé : ils avaient visité toutes les maisons. On leur dit qu'ils devaient aussi vacciner les enfants dans la rue.

Des milliers d'équipes de vaccination avaient été déployées dans le pays. Nous en avons vu moins de dix. Il est hautement improbable que les vaccinateurs ailleurs se soient comportés tout à fait différemment de ceux que nous avons vus là et qu'ils aient vacciné ailleurs tous les enfants rencontrés, sans se contenter d'aller de maison en maison.



EN BREF

Les meilleures pratiques appliquées dans l'exécution des campagnes ailleurs pourraient stopper la transmission

Comme les CDC et d'autres partenaires grandissent, une petite cellule de réflexion pour examiner ces micro-problèmes pourrait générer des améliorations majeures

La qualité de la surveillance fait l'objet d'un bilan et d'une amélioration systématiques. Pourquoi n'en est-il pas de même pour la qualité des campagnes de vaccination ?

Le monitoring de la campagne fournit d'importantes informations sur le nombre d'enfants non vaccinés, mais montre de sérieuses limites

Deux méthodes sont utilisées : le monitoring indépendant et le LQAS

Laquelle devrait être employée ? Les partenaires ne semblent pas d'accord

Il est trop facile de rejeter ces observations sous prétexte qu'elles se situent à un « niveau micro » et constituent une question purement opérationnelle. Dans la plupart des « systèmes d'exécution », que ce soit dans la fabrication ou les services, il y a une « meilleure » façon de faire les choses pour aboutir à un excellent résultat. L'essentiel est de veiller à ce que cette meilleure pratique soit utilisée partout et à chaque fois.

La « qualité des campagnes » fait exactement référence à des problèmes de ce type. Un bon système d'exécution, compris par tous et mis en place de façon constante conformément à la meilleure norme, devrait transformer la qualité actuellement variable des campagnes de vaccination.

Il faut que quelqu'un consacre du temps à l'examen du problème et à l'élaboration d'une solution susceptible d'être présentée « clé en main » aux équipes en première ligne. Les partenaires - en particulier les CDC - envisagent d'amener davantage de personnes qualifiées à travailler pour l'éradication de la poliomyélite. Nombre d'entre elles seront déployées sur le terrain avec raison. Mais il est aussi important que certains d'entre elles demeurent au niveau stratégique et soient basées aux sièges, afin de prendre le temps nécessaire pour examiner les questions comme celles-ci.

Nous remarquons qu'il n'y a pas de processus formel sur l'analyse et l'amélioration des campagnes de vaccination. La surveillance sur le terrain d'une zone donne lieu à des bilans. Ceux-ci aboutissent à la production d'une liste des actions nécessaires pour apporter une amélioration. Chaque laboratoire fait l'objet d'une évaluation annuelle structurée. Ceci aboutit également à une liste d'actions qui sont suivies l'année d'après. Il n'y a pas d'équivalent systématique pour les campagnes de vaccination



Une surveillance valide des campagnes est essentielle

Le monitoring des campagnes de vaccination mesure essentiellement leur qualité. Cette méthode établie de suivi des campagnes est qualifiée de « monitoring indépendant ». Le principal écueil est qu'il est difficile de trouver des contrôleurs objectifs et réellement indépendants. Ceux-ci connaissent souvent des personnes ayant travaillé dans des campagnes de vaccination qui risquent d'influencer leur jugement. Les données produites par le monitoring indépendant montrent souvent une couverture bien supérieure à ce qu'elle est dans la réalité. L'an dernier, pour tenter de surmonter ce problème, le monitoring indépendant a souvent été assorti d'une nouvelle méthode de recueil des données. Cette méthode plus récente est ce que l'on appelle la technique de sondage par lots appliquée à l'assurance de la qualité (LQAS ou Lot Quality Assurance Sampling). Elle exige des contrôleurs qu'ils visitent un échantillon d'enfants beaucoup plus limité, faisant partie de « lots » sélectionnés au hasard.

L'OMS propose désormais que la LQAS devienne la méthode principale de contrôle de la qualité des campagnes à l'avenir. D'autres dans le partenariat se préoccupent aussi de cette question. Certains s'interrogent sur la méthodologie



EN BREF

Le monitoring des campagnes fournit aussi des données sur la raison pour laquelle des enfants échappent à la vaccination et c'est important

Les points faibles de ces données sont connus depuis longtemps et le programme ne parvient pas à les résoudre

Un débat productif sur le meilleur moyen de suivre les campagnes en générant des décisions rapides est nécessaire

Presser un flacon de vaccin est

LQSA elle-même. Elle est relativement récente et tous ne pensent pas qu'elle ait déjà fait ses preuves. D'autres s'opposent à une évolution vers la LQAS, non pas à cause de la méthodologie elle-même, mais parce qu'ils estiment que celle-ci ne résout pas le problème essentiel, à savoir que les contrôleurs risquent d'être loin d'être objectifs. Ils soutiennent qu'il s'agit là du problème auquel il faut s'attaquer. Ils avancent que la méthode utilisée (monitorage indépendant ou LQAS) a relativement peu d'importance, parce que toutes deux perdent de leur efficacité si elles ne sont pas correctement appliquées.

Le contrôle des campagnes de vaccination a réellement deux objectifs. Comme nous l'avons évoqué, le premier est de déterminer le nombre d'enfants non vaccinés par campagne dans chaque zone. Le second est d'identifier pourquoi ces enfants ont échappé à la vaccination. L'identification du lieu où les enfants n'ont pas été vaccinés donne une indication de l'endroit où des améliorations sont nécessaires. La détermination des raisons pour lesquelles ils ne l'ont pas été nous guident sur le type d'améliorations nécessaires.

Le manque de qualité des données relatives au « pourquoi » fait l'objet de discussions depuis de nombreux mois. À l'heure actuelle, le monitoring indépendant capture ces informations sous des titres très larges. Les catégories « Enfants non disponibles » ou « Autre » n'apportent pas d'informations significatives sur l'intervention susceptible d'être mise en œuvre pour les atteindre à l'avenir. Un enfant pourrait être « indisponible » parce qu'il est malade. Un parent réticent peut déclarer l'enfant « indisponible » et se servir de cela comme prétexte pour refuser le vaccin. Ou encore une enfant peut être hors de la maison lors de la visite de l'équipe de vaccination et celle-ci n'y retourne pas plus tard. Il est décevant que le programme ne soit pas parvenu à résoudre cette situation malgré de longues discussions.

À l'heure actuelle, la méthode LQSA ne capture aucune information sur la raison pour laquelle des enfants n'ont pas été vaccinés. Si le programme évolue vers cette technique, ces informations capitales devront être recueillies d'une autre façon ou l'approche LQAS devra être modifiée. La façon dont cela sera effectué n'est pas claire.

Globalement, il y a à l'heure actuelle des incertitudes substantielles sur la politique du programme relative au monitoring des campagnes. L'acquisition de ces données est cruciale et cela doit donc être résolu. Certains considèrent les données actuelles comme « assez bonnes », mais elles présentent réellement des défauts et un nombre croissant de personnes estiment qu'il faudrait les améliorer.

Le programme doit convenir d'une façon d'avancer. En avril 2012, nous demanderons quel est le plan élaboré pour utiliser, améliorer ou modifier le monitoring indépendant ou le LQSA. Nous tiendrons aussi à connaître spécifiquement la méthode et le délai fixés pour améliorer le recueil des données sur les raisons pour lesquelles des enfants ne sont pas vaccinés. Arriver à concilier les différences et à parvenir à ces décisions est un test important pour la nouvelle architecture du programme.



Il est capital de valoriser les équipes en première ligne

Qu'y a-t-il de si difficile à administrer deux gouttes de vaccin à un enfant ? C'est cette question un peu cinglante que posent souvent ceux qui critiquent le programme. Mais ils passent à côté du point fondamental. La compétence d'un vaccinateur n'a rien à voir avec l'administration de ces gouttes dans la bouche d'un enfant. Il faut peu de compétence pour toucher 40 % des enfants dans une communauté, mais il en faut beaucoup pour en atteindre 90 %. Les maisons doivent être visitées selon une séquence logique, même lorsqu'il n'y a pas de numéro ou de nom de rue. Le vaccinateur doit poser les bonnes questions à chaque fois. « Avez-vous des enfants de moins de cinq ans ? » peut susciter la réponse « Non ». Mais si vous demandez s'il y a des enfants qui dorment, d'autres familles dans la maison ou des enfants en visite, la réponse peut être « Oui ». Si un parent ou un enfant est indisponible, le vaccinateur doit l'enregistrer et s'assurer de repasser ultérieurement.

Pour les parents qui décident de vacciner ou non leurs enfants, les vaccinateurs sont le visage de l'éradication de la poliomyélite. Ces derniers sont confrontés aux questions sur la campagne et le vaccin. Connaissent-ils les réponses ? Si un parent n'est pas convaincu, sont-ils capables de le persuader ? Sont-ils des défenseurs efficaces face à eux et pour les futures campagnes de vaccination, en affichant de la bonne volonté plutôt que de la confusion ou de la rancœur ? Tout en faisant cela, sont-ils capables de maintenir des dossiers exacts ? Pour être un excellent vaccinateur et parvenir à ce que le travail soit fait, il faut être doté de compétences organisationnelles considérables, de capacités en matière de communication et de ténacité (figure 6).

Puis, il y a la question de la motivation et de l'engagement. Rien n'est plus inspirant que de sentir que vous faites partie de quelque chose de grand qui soulagera la souffrance humaine. Les personnes inspirées sont elles-mêmes une source d'inspiration pour les autres. Leur enthousiasme sera contagieux, car ils seront solidement imprégnés du sens de leur mission.

Le programme a tendance à percevoir les vaccinateurs comme des travailleurs temporaires en bas de la hiérarchie au lieu de les considérer comme les personnes parmi les plus importantes de tout le programme.

Nous avons parlé à deux vaccinateurs et leur avons demandé si quelqu'un les avait une fois remerciés pour leur travail. Après avoir fini de rire, l'un d'entre eux nous déclara : « *On me réprimande, on me critique et on me dit que je suis fou. Je fais ce travail parce que j'ai besoin d'argent. Je préférerais faire n'importe quoi d'autre.* »

Il ne s'agit pas là de l'expérience de tous les vaccinateurs, mais ce n'est pas non plus un cas rare. Nous pouvons affirmer qu'au cours de nos 18 mois de travail en tant que comité, nous n'avons jamais entendu de discussion stratégique sur le rôle joué par cette partie essentielle du personnel dédié au programme.

EN BREF

facile, atteindre chaque enfant ne l'est pas

Être un vaccinateur efficace exige un certain nombre de compétences organisationnelles et relationnelles, ainsi que de la ténacité

Pour les parents, les vaccinateurs sont le visage de l'éradication de la poliomyélite

Les vaccinateurs sont-ils réellement conscients qu'ils font partie d'une initiative mondiale vitale ?

Les vaccinateurs se sentent-ils appréciés ? Ce n'est pas ce que nous avons constaté



EN BREF

Quels que soit le nombre de millions dépensés et quel que soit le nombre de Présidents engagés, si trop de vaccinateurs du programme sont peu inspirés, démotivés ou mal formés, l'échec sera garanti

Le fait de ne pas payer correctement les vaccinateurs tue l'efficacité des campagnes

Le programme peut engager les vaccinateurs de façon bien meilleure

Il faut traiter les vaccinateurs comme ce qu'ils sont, à savoir les personnes les plus importantes du programme

On peut dire que les centaines de millions de dollars attribués, toutes les réunions avec les Présidents et Premiers Ministres, et les centaines de responsables qualifiés en matière de santé en fonction dans les sièges mondiaux ne serviront à rien si une grande minorité de vaccinateurs ne sait pas ce que l'on attend d'elle, n'a pas les compétences requises pour négocier avec une mère réticente ou est démotivée ou peu inspirée par son travail.

Il y a un autre exemple de ce type de remontée en amont pour la conception d'une solution systémique. Au lieu de traiter les problèmes de performance des vaccinateurs au coup par coup dans des centaines de lieux, le programme devrait se poser la question suivante : quelle est la norme que nous attendons de nos vaccinateurs ? Comment allons-nous les doter des compétences nécessaires pour la respecter ? Comment nous assurer qu'ils sont conscients de faire partie des initiatives d'éradication et d'être appréciés pour leur contribution ? Comment saurons-nous que nous réalisons les objectifs découlant de ces questions ?

L'efficacité des travailleurs chute brutalement en cas de problème lié à leur rémunération. Nous apprécions les initiatives prises pour améliorer la rémunération des vaccinateurs et assurer que celle-ci leur parvienne.

Il y a bien d'autres choses susceptibles d'être mises en œuvre pour comprendre les vaccinateurs, communiquer avec eux, les motiver et leur donner la formation qu'ils exigent pour exceller dans leur rôle. Nous avons observé nous-mêmes des sessions de formation destinées aux vaccinateurs et les avons estimées de qualité variable. Certaines utilisent efficacement les jeux de rôle pour préparer soigneusement les rencontres éventuelles. Dans d'autres, la formation n'est absolument pas sérieuse.

Le programme a une expérience considérable de la communication avec les parents par des moyens sensés et motivants pour eux. Pourquoi ne pas appliquer la même réflexion aux vaccinateurs ? Le programme a une approche de la communication ciblée sur l'extérieur, mais la communication interne fait défaut.

Une fois que l'on réalise l'intérêt de motiver le personnel en première ligne, les idées sur la façon de le faire viennent facilement. Étant donné que le programme a prêté peu d'attention à ce domaine, s'il peut le faire maintenant, il a le potentiel d'en retirer un bénéfice considérable. Le programme doit prendre au sérieux la motivation des vaccinateurs, qui sont les personnes les plus importantes, ainsi que l'amélioration de la communication avec eux, et réfléchir de façon créative à cette question.

Figure 6. Récit de deux équipes de vaccinateurs



Équipe A

En arrivant dans une nouvelle rue, Ravi et Kunal frappent à la porte d'une première maison. « Bonjour. Nous sommes les vaccinateurs contre la poliomyélite. Avez-vous des enfants de moins de 5 ans ? » « Non », se fait entendre la réponse, « le plus jeune a sept ans ». Ravi et Kunal marquent donc la maison d'une croix avec une craie, comme on leur a appris à le faire, et passe à la suivante.



TROIS ENFANTS NON VACCINÉS

Dans la maison suivante, ils reçoivent un accueil plus froid. « La polio ? Veuillez sortir. J'ai entendu dire que ce vaccin mettrait en danger la vie de mon enfant. » Ravi et Kunal sont intimidés. Ils ne connaissent pas grand-chose à propos du vaccin et ne sont donc pas vraiment en mesure de discuter avec ce parent agressif. Ils notent dans leur esprit de signaler cette maison au mobilisateur social (mais l'oublieront plus tard) et passent à la suivante.



DEUX ENFANTS NON VACCINÉS

Alors qu'ils se dirigent vers la maison suivante, un petit groupe d'enfants joue dans la rue. Ravi et Kunal savent que leur travail est de se concentrer sur la visite de chaque maison, alors ils continuent sur leur lancée.



CINQ ENFANTS NON VACCINÉS

Dans la dernière maison, il n'y a personne. Ils passent à la rue suivante, en oubliant malheureusement d'enregistrer cette maison sur leur feuille de pointage.



TROIS ENFANTS NON VACCINÉS

RÉSULTAT FINAL : 13 enfants non vaccinés. L'un d'entre eux pourrait être la source d'une nouvelle transmission de la poliomyélite.

Équipe B

En arrivant dans une nouvelle rue, Amit et Shriva frappent à la porte de la première maison. « Bonjour. Nous sommes les vaccinateurs contre la poliomyélite. Avez-vous des enfants de moins de 5 ans ? » « Non », se fait entendre la réponse, « le plus jeune a sept ans ». « Et y a-t-il d'autres familles vivant ici, ou des invités, des visiteurs ? ». « Oui, ma sœur vit avec nous. Elle a trois jeunes enfants. » Amit et Shriva vaccinent donc les trois enfants dans cette maison et passe à la suivante.

AUCUN ENFANT NON VACCINÉ

Dans la maison suivante, ils reçoivent un accueil plus froid. « La polio ? Veuillez sortir. J'ai entendu dire que ce vaccin mettrait en danger la vie de mon enfant. » Amit and Shriva ont déjà vu cela avant. Shriva réplique : « Madame, je suis aussi une mère. Je souhaite aussi tout ce qu'il y a de mieux pour mon enfant. Pensez-vous que je ferais quoi que ce soit qui mettrait en danger la vie du vôtre ? »

Cela prend un peu de temps, mais Amit et Shriva parlent avec cette mère de ses préoccupations. Ils lui montrent le vaccin, font disparaître ses craintes. Ils sont prêts à faire appel au mobilisateur social en cas de besoin, mais en l'occurrence, ils ont réussi à gérer la discussion eux-mêmes. La mère les autorise à vacciner ses deux enfants. Ils passent à la maison suivante.

AUCUN ENFANT NON VACCINÉ

Alors qu'ils se dirigent vers la maison suivante, un petit groupe d'enfants joue dans la rue. Amit et Shriva savent que l'objectif est de vacciner chaque enfant dans le monde entier aujourd'hui. Aussi s'arrêtent-ils pour voir ces enfants. Trois d'entre eux ont déjà la marque sur le doigt montrant qu'ils ont été vaccinés, mais ils en vaccinent cinq qui ne l'ont pas été.

AUCUN ENFANT NON VACCINÉ

Dans la dernière maison, il n'y a personne. Ils passent à la rue suivante, enregistrent cette maison sur leur feuille de pointage et y retournent en fin de journée pour vacciner les trois enfants qui s'y trouvent.

AUCUN ENFANT NON VACCINÉ

RÉSULTAT FINAL : aucun enfant non vacciné ; le district a une bonne chance de se débarrasser de la poliomyélite.



L'importance capitale de l'existence d'obligations de rendre compte bien définies

Notre dernier rapport soulignait le manque d'obligations de rendre compte significatives dans tout le programme. Les partenaires ont accepté cette critique. L'OMS s'est attachée à développer un cadre clair sur les obligations de rendre compte. Les CDC travaillent également au développement de formations aux compétences de gestion. Il y aura un test clair et décisif sur l'efficacité de ce travail :

- Le personnel au niveau local connaît-il parfaitement ce que l'on attend de lui ? Ses membres ont-ils des comptes à rendre sur leur réponse à ces attentes ?
- Le personnel de toute l'organisation est-il capable de diriger et d'influencer efficacement les autres, de leur demander des comptes par les moyens à sa disposition ?
- Les principaux responsables qui ne remplissent pas leurs fonctions sont-ils autorisés à les conserver ?

Nous avons précédemment exprimé notre consternation à l'égard des personnes qui demeurent en poste alors qu'il est notoire qu'elles ont de piètres performances. Il sera toujours difficile d'agir. Mais nous sommes en présence d'une urgence avec un enjeu énorme. Il y a eu une amélioration sur ce point, mais nous continuons à recevoir des exemples de membres du personnel réputés pour être peu performants, qui sont pourtant maintenus à des postes cruciaux. Le pouvoir de celui qui fait barrage est considérable. Un seul individu peut contrecarrer le travail positif de dizaines d'autres, en particulier s'il occupe un poste de direction clé.

Nous apprécions l'évolution vers une définition plus stricte des mandats pour les missions des consultants et les membres de l'équipe STOP. L'établissement d'attentes clairement définies aide chacun à mieux travailler. Ceci s'applique tout au long de la chaîne en aval. Imaginez qu'un responsable de l'éradication de la poliomyélite au niveau d'un district observe un superviseur qui n'accomplit pas sa mission comme il l'attendait. Si tous deux possèdent déjà un document stipulant clairement ce que le superviseur devrait faire, ils disposent d'une base pour une conversation significative sur la performance. Dans le cas contraire, le résultat probable sera un avertissement d'un côté et des excuses de l'autre.

Alors qu'il visitait un pays avec un rétablissement de la transmission, un membre du CSI avait entendu dire par plusieurs administrateurs de district que la performance de certains vaccinateurs laissait à désirer. Cependant, il n'y avait pas d'évaluation explicite de la performance des vaccinateurs, ni de méthode claire pour réagir face à ces performances médiocres. Il s'agit d'une partie nécessaire du système, qui va de pair avec l'accent renforcé sur la motivation et la formation des vaccinateurs que nous avons déjà évoqué.

EN BREF

Nous avons souligné que la faiblesse des obligations de rendre compte était un problème endémique du programme

Les partenaires, acceptant la critique, prennent des mesures pour y faire face

Nous l'avons déjà exprimé auparavant : il n'y a aucune excuse à la mauvaise performance

La définition d'attentes plus précises pour les consultants et les membres de l'équipe STOP sera précieuse - et cela devrait être généralisé à l'ensemble du personnel.



Tenir compte du contexte, sans espérer qu'il changera

Pour réussir à l'échelle mondiale, le programme doit être capable stopper la poliomyélite dans les régions rongées par des problèmes de sécurité. Nous applaudissons l'engagement de ceux qui travaillent dans ces régions difficiles. La valeur de leur travail doit être optimisée de façon intelligente. C'est un fait désolant, mais c'est néanmoins un fait : l'insécurité n'est pas prête de disparaître. Il n'y a pas aucune chance que tous les pays touchés par la poliomyélite soit exempts des problèmes de sécurité qui limitent l'accès aux enfants.

La transmission a déjà été stoppée dans des zones dangereuses. En Somalie, au Soudan, en Angola et en République démocratique du Congo, par exemple. Le programme doit appliquer à la lettre ce qu'il a appris dans ce domaine, tout en reconnaissant que les défis actuels semblent s'avérer encore plus importants.

Nous avons entendu parler d'approches innovantes en vue d'opérer dans les zones non sûres, du recours à des négociateurs et à des partenariats avec les ONG, et de l'intérêt d'engager des chefs de groupes d'opposition afin d'obtenir un soutien pour la vaccination. Mais ces stratégies actuelles n'arrêtent pas la transmission.

Le programme espère que le contexte changera, qu'il finira par « passer » malgré le problème de l'insécurité et que, d'une certaine manière, cela ira, et nous n'arrivons pas à lui ôter ce sentiment. Or ce n'est pas le cas. Aussi affligeant que soit le contexte, il doit être accepté tel qu'il est.

Il y a une autre toile de fond à l'éradication de la poliomyélite dans certaines parties du monde : le changement politique. Nous avons été choqués de voir qu'il était pratiquement accepté que les efforts d'éradication puissent faiblir à l'approche d'élections et pendant celles-ci. C'est quasiment comme s'il considérait une élection comme une force naturelle ennemie aussi négative que le poliovirus lui-même.

Le programme doit être encore plus sophistiqué dans sa compréhension de ces obstacles et dans ses stratégies pour opérer dans de tels environnements. Il s'agit d'autres domaines sur lesquels une focalisation systémique spécifique serait bénéfique. Elle permettrait au programme de disposer d'un noyau de personnes qui seraient des experts de premier rang à l'échelle mondiale sur la façon d'exécuter un programme face à l'insécurité et au changement politique. L'arrêt de la transmission en dépend.



L'ouverture à l'innovation engendre le succès

Des avancées considérables ont été réalisées grâce à des innovations telles que le marquage au doigt, le monitoring des campagnes et le VPO bivalent. Mais dans notre précédent rapport, nous faisons observer que, malgré sa valeur démontrable, l'innovation n'était pas suffisamment chérie. Le programme se trouve confronté aux défis les plus difficiles de l'histoire et

EN BREF

Le programme ne fonctionne pas à un niveau permettant de stopper la transmission dans toutes les zones dangereuses

L'insécurité et les conflits seront toujours présents ; par conséquent, il convient de trouver des moyens durables de les contourner

Les stratégies actuelles n'arrêtent pas la transmission

Malheureusement, nous ne pouvons espérer que ce défi passera

Considérer une élection comme une justification d'une mauvaise performance est inacceptable

Le programme a besoin de développer la plus grande expertise au monde pour faire face à la réalité d'obstacles apparemment insurmontables

Bien que les précédentes innovations se soient révélées d'une grande valeur, le programme n'en a pas fait assez pour stimuler l'innovation récemment



EN BREF

Le programme est conservateur en soi et s'en tient à ce qu'il connaît le mieux

L'innovation peut aider à faire passer la balance de 99 % (impasse) à 100 % (succès)

Le groupe de travail sur l'innovation est une initiative bienvenue

Ce groupe de travail doit aplanir la voie pour les innovations : il faut laisser les esprits créatifs s'exprimer

Faire preuve d'ouverture à l'égard d'innovations mineures est tout aussi important que de faire adopter une innovation majeure

Il y a de nombreuses innovations susceptibles d'être saisies et diffusées

il est donc plus important que jamais d'aider les bonnes idées à prospérer. L'innovation peut permettre à la balance à passer à 100 % au lieu de rester collée à 99 %.

Or elle ne prospère pas naturellement dans un enchevêtrement bureaucratique complexe. Elle doit être aidée dans son parcours. Nous avons observé une tendance à débattre excessivement des idées de façon informelle plutôt qu'à décider de les piloter de façon formelle. Nous avons constaté que les innovations qui existent au sein du programme ne sont pas toujours bien diffusées.

Nous avons observé que l'accent mis sur l'innovation et la recherche porte essentiellement sur les éléments techniques du défi, plutôt que sur les éléments opérationnels tout aussi importants comme la gestion du personnel ou l'organisation de la vaccination. Nous avons indiqué qu'il fallait qu'un « courant d'innovations systématisées » circule à travers le programme.

La réponse des partenaires semblent bien correspondre à nos observations. Ils ont mis sur pied un groupe de travail spécifique sur l'innovation. Celui-ci examine de façon formelle les idées qui devraient être pilotées et développées.

L'important maintenant est l'assise sur laquelle ce groupe de travail s'établit. Un processus est nécessaire dans une certaine mesure, mais pas au point d'étouffer l'esprit d'innovation. La fonction de ce groupe est d'agir pour aplanir le chemin. Son succès sera jugé sur la facilité avec laquelle les bonnes idées avancent du concept au projet pilote et sur la façon dont les projets pilotes prometteurs progressent jusqu'à une mise en œuvre à large échelle. Il faut qu'il envisage tous les aspects du programme ayant un potentiel en termes d'innovation. Les innovations dans des secteurs encore inexplorés peuvent porter davantage de fruits que celles dans les domaines déjà bien ratissés.

Il est utile de sélectionner un nombre relativement limité d'idées à fort potentiel et de les accélérer dans le processus d'essai et de développement. Mais il faut aussi, que ceci relève ou non du groupe de travail sur l'innovation, que le programme se penche davantage sur les aspects plus larges de l'innovation : comment assurer que les bonnes idées soient saisies quand elles naissent au sein des équipes en première ligne ou comment diffuser des idées qui n'ont pas besoin d'essai formel. Le défi est de laisser libre cours à l'esprit d'innovation dans tout le programme en capitalisant sur une base solide d'idées testées.

Nous avons constaté des innovations modestes sur le terrain qui étaient intéressantes. À titre d'exemple, un superviseur dans l'État de Zamfara au Nigéria distribue au hasard des cartes de « chasse au trésor » dans sa zone, avant que les campagnes de vaccination contre la poliomyélite ne démarrent, et met au défi ses équipes de vaccination de les ramener toutes à l'issue du troisième jour. Un autre vaccinateur offre un prix symbolique aux enfants qui



EN BREF

Un bon premier progrès a été accompli, mais il ne doit pas maintenant se trouver paralysé par la bureaucratie

La focalisation sur l'éradication de la poliomyélite est louable, mais elle ne doit pas aveugler le programme sur les causes liées qui se situent autour de son champ d'opération

Un plus grand renforcement des liens avec le PEV et GAVI servirait beaucoup le programme sur la poliomyélite

Le programme n'est pas tout seul et doit atteindre un plus grand nombre d'alliés naturels, du niveau mondial au niveau local

peuvent en localiser cinq autres n'ayant pas été encore vaccinés dans la zone. L'impact de ces initiatives est limité, mais tangible. Elles n'exigent pas non plus un effort considérable. Des idées comme celles-ci devraient être mieux recueillies et diffusées.

Un programme innovant est, en partie, un programme ouvert aux idées. Par exemple, certains peuvent penser qu'il est excessif de se demander si le Tchad pourrait avoir besoin d'employer des hélicoptères pour atteindre les îles éloignées. Mais l'éradication de la variole a nécessité cette action dans certaines parties du monde seulement.

Il y a là une avancée prometteuse. Il nous semble que le programme a accepté jusqu'ici les suggestions liées à l'innovation que nous lui avons faites, mais seulement pour s'y désintéresser et les ralentir au point de les enrayer. Nous souhaitons constater un suivi énergétique jusqu'au bout cette fois-ci.



Rechercher des synergies

Le programme est hautement focalisé sur l'éradication de la poliomyélite. Un objectif aussi immense que l'éradication ne sera pas atteint si ceux qui le poursuivent se laissent détourner par d'autres objectifs. Il y a un équilibre à trouver. Le programme n'existe pas en vase clos. Il y a d'autres programmes qui ont des objectifs synergiques. Ceux qui poursuivent l'éradication de la poliomyélite ne doivent pas fermer les yeux sur cet état de fait.

Nous apprécions le fait que les CDC aient créé un petit groupe afin d'examiner les opportunités d'enrichissement réciproque entre le programme sur la poliomyélite et le Programme élargi de vaccination (PEV). Le fait que la poliomyélite ait toujours été séparée du PEV sous l'angle programmatique est une question qui fait l'objet de controverses. Nous ne suggérerions pas de revoir fondamentalement cette décision à ce stade. La vaccination de routine demeurera un facteur important dans l'éradication de la poliomyélite. Des liens subsistent entre les deux programmes. Nous souhaiterions qu'ils soient renforcés.

De la même manière, nous apprécierions un renforcement des liens du programme avec l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (Global Alliance for Vaccines and Immunization - GAVI). Une fois encore, les deux programmes ont beaucoup de choses en commun. Un progrès a été réalisé à cet égard, mais il serait utile d'en faire davantage. La valeur des relations synergiques est présente à tous les niveaux. À proximité de la première ligne, les partenariats avec les ONG sont devenus une partie de plus en plus importante du programme.

Il y a beaucoup d'autres programmes confrontés à des défis identiques à celui-ci ou se recoupant avec lui. Au niveau local, national et mondial, le programme pourrait en faire davantage pour les identifier, en tirer des enseignements et mieux fonctionner avec eux.



EN BREF

L'éradication de la poliomyélite doit devenir une urgence pour tous ceux qui peuvent y contribuer et pas seulement pour ceux dont le titre inclut le terme de « poliomyélite »

Un partenariat étroit est indispensable, mais ne se met pas en place facilement

Reconnaissant cette nécessité, le programme prend des mesures pour renforcer ses partenariats, mais ceci doit aller plus loin

Les données doivent circuler librement : il s'agit d'un seul programme et non de cinq

Si les capacités de partenaires sont sous-employées à cause d'un esprit de clocher, ceci est du gaspillage

Il faut que l'on s'approprie cette mission d'urgence qu'est l'éradication de la poliomyélite bien plus largement dans le monde. La question de l'achèvement de l'éradication de la poliomyélite ne repose plus seulement sur les épaules de ceux ayant un titre où figure le terme de « poliomyélite ». Ceci est vrai chez les organismes partenaires qui doivent considérer à chaque niveau quelles sont les synergies susceptibles d'être trouvées avec d'autres programmes et quel soutien supplémentaire peut être apporté à l'éradication de la poliomyélite. Et ceci est particulièrement vrai aussi au niveau de la communauté. Les personnes impliquées dans l'exécution de services parallèles doivent être appelées en renfort afin d'atteindre chaque enfant à vacciner.



Les partenariats ont besoin d'être activement maintenus

Un jour bientôt, nous espérons que les gens se retourneront sur l'éradication de la poliomyélite et évoqueront ce qui lui aura permis de réussir. Lorsque cela sera le cas, le terme de « partenariat » sera l'un des premiers à être cités. Le programme montre que les partenariats peuvent atteindre des performances que les organismes à eux seuls ne pourraient jamais réaliser. Un partenariat efficace ne se noue pas facilement. Il ne se tisse pas sans une attention soutenue.

Nous avons évoqué précédemment certains des problèmes posés par le partenariat de ce programme. Nous sommes heureux de constater un mouvement dans la bonne direction. À la suite de notre dernier rapport, les partenaires ont tenu des réunions productives. La nouvelle architecture mondiale du programme est une étape forte. Il est important que le partenariat continue à travailler pour qu'elle fonctionne. Les structures de prise de décisions devenant plus inclusives, ceux qui sont à l'intérieur de celles-ci ont une vraie responsabilité. Les structures inclusives ont de nombreux avantages. Leur risque principal est de ralentir le rythme. Le partenariat ne peut se permettre de succomber à cela.

Les partenariats fonctionnent quand chaque organisme apporte la plus grande contribution qu'il puisse offrir et que d'autres agences travaillent pour les aider à y parvenir. Deux problèmes particuliers nous inquiètent. Il s'agit, en premier lieu, du partage des données entre les partenaires. Nous avons entendu parler de ces problèmes par différentes sources au cours de ces derniers mois. Les données sont l'élément moteur du programme. Il convient seulement de trouver des moyens de leur permettre de circuler librement entre ceux qui peuvent les utiliser au profit du programme. Ce n'est pas nécessairement simple, mais c'est capital. Nous espérons que ces problèmes seront rapidement résolus.

En second lieu, le programme a un certain nombre de partenaires dont les capacités techniques se recoupent. Ceci exige une coordination productive pour faire le meilleur usage de cet atout, qui pourrait être sensiblement améliorée. Nous constatons que certains résultats obtenus par un partenaire ne sont pas pris en compte comme il faut par le partenariat. Nous voyons



EN BREF

L'urgence de l'éradication de la poliomyélite est d'une importance primordiale

L'éradication de la poliomyélite est une histoire capitale et enthousiasmante qui reste largement non dite et incomprise

Lorsque le grand public s'engage, le programme en retire des fruits

Les nouvelles techniques pour impliquer le public à l'échelle mondiale sont très prometteuses, sur le plan financier et à d'autres égards

Ancré dans la résolution pour la poliomyélite de l'Assemblée mondiale de la Santé, le programme devait lancer une approche révolutionnaire pour susciter l'imagination du grand public à l'échelle mondiale

des situations dans lesquelles la capacité de contribution des professionnels d'organismes partenaires est freinée par d'autres agences qui agissent sur la défensive. Nous avons remarqué une certaine amélioration ces derniers mois. Nous espérons que celle-ci se renforcera encore.



Susciter l'imagination du public

L'éradication de la poliomyélite est réellement une préoccupation mondiale, et cela pas seulement parce qu'elle a le mandat de l'Assemblée mondiale de la Santé. Si elle échoue, la répercussion sera mondiale. Un nombre bien plus grand de pays sera infecté et des centaines de milliers d'enfants seront paralysés. En revanche, si elle réussit, elle génèrera un grand bénéfice collectif. Le droit de célébrer doit aussi être partagé dans le monde.

La connaissance de la polio dans le grand public est faible. Quand nous parlons de l'éradication aux gens, peu d'entre eux savent qu'elle pourrait être imminente. Même certains professionnels de santé, par ailleurs bien informés, pensent qu'elle a déjà eu lieu. Presque personne ne sait que le programme se trouve de façon précaire sur le fil du rasoir entre le succès et l'échec. Le programme peut en faire beaucoup plus pour attirer le public et l'engager comme partenaire ou contributeur à ce programme prometteur. Il s'agit d'une initiative mondiale, mais ce n'est pas encore un mouvement mondial.

Dans le public mondial, il peut y avoir des bailleurs de fonds, des collecteurs de fonds et des défenseurs. Les personnes du Rotary International profondément engagées ont réussi leur défi de lever 200 millions de dollars six mois avant la date prévue. En 2011, le Global Poverty Project a levé 118 millions de dollars au profit de l'éradication de la poliomyélite. Ceci a contribué à renforcer la sensibilisation des populations au programme de la poliomyélite, en particulier en Australie. Le gouvernement australien a augmenté substantiellement sa contribution financière. Le Global Poverty Project utilise des approches auxquelles ce programme n'a jamais eu recours et dont il compte tirer des enseignements. Faire appel à l'imagination du public a du potentiel et ce n'est pas une nouveauté. Dans les années 1930, Franklin D. Roosevelt avait incité l'Amérique à contribuer à la « March of Dimes », qui a financé le développement du vaccin contre la poliomyélite. La mauvaise nouvelle, c'est qu'il y a encore un manque de financement important. La bonne nouvelle, c'est qu'il y a encore des voies qui n'ont pas été explorées.

En mai 2012, l'Assemblée mondiale de la Santé envisagera une solution visant à faire de la poliomyélite une urgence. S'il y a une chance d'engager le public mondial, c'est bien celle-ci. Il s'agit d'une situation très particulière qui nécessite une communication très particulière. Nous recommandons que le programme développe et exécute une stratégie de communication et d'engagement exceptionnelle, comme on n'en a jamais vu auparavant dans la santé mondiale.



Conclusion

Recommandations



CONCLUSION

Nous félicitons le programme de l'Inde qui a atteint l'objectif phénoménal de n'avoir décelé aucun cas de poliomyélite pendant un an. Ce résultat est impressionnant. Il devrait renforcer considérablement la confiance dans la capacité du programme à stopper la transmission ailleurs.

La réalisation de l'Inde est remarquable car, par ailleurs, le programme n'est pas en bonne voie. Des améliorations programmatiques considérables sont encore nécessaires pour arrêter la transmission mondiale dans un futur proche et plus encore pour y parvenir d'ici à fin 2012.

Notre précédent rapport formulait de façon franche des critiques du programme dans son intégralité. Cela n'a pas été facile à entendre pour les personnes qui y participent, mais il était nécessaire de les exprimer. Nous admirons la réaction que nous avons constatée jusqu'à présent. Au niveau des sièges, les partenaires, sous l'autorité particulière de l'OMS et des CDC, ont pris le taureau par les cornes.

Des changements ont été mis en œuvre et ceux-ci offrent un potentiel d'amélioration considérable. Nous souhaitons être absolument clairs sur le fait qu'ils n'ont pas encore apporté de différences significatives en première ligne, là où c'est important. Les changements ne doivent pas baisser de régime. Il faut maintenant les intégrer au niveau régional et à celui des pays pour qu'ils produisent l'impact dont nous avons tellement besoin.

Nous avons formulé de nouvelles observations sur les problèmes à l'intérieur même du programme. S'attaquer à ces problèmes offre la possibilité de hisser la performance vers la barre haute exigée pour stopper la transmission. Le programme doit avoir une volonté d'amélioration suffisante pour accepter ces nouvelles observations et agir à partir de celles-ci. Si la capacité de le faire n'est pas suffisante à l'heure actuelle, les règles de l'urgence imposent de la trouver.

Nous avons souligné notre grave préoccupation vis-à-vis de la situation au Nigéria et au Pakistan. Ces deux pays représentent la menace la plus importante à la possibilité de parvenir à une éradication mondiale.

Il s'agit absolument d'une situation d'urgence. L'échec demeure une possibilité, même s'il est dévastateur, ne serait-ce même qu'à envisager. Dans les pays et les organismes partenaires, l'achèvement de l'éradication de la poliomyélite exige de mettre en œuvre toutes les caractéristiques d'une riposte d'urgence. L'Assemblée mondiale de la Santé doit veiller à ce qu'une vraie priorité soit accordée à l'éradication de la poliomyélite à l'échelle mondiale. Le défi est colossal. Le programme doit exceller. Aucun obstacle ne doit pouvoir empêcher ce programme d'atteindre son objectif vital.



Recommandations

Nous avons fourni des observations dans tout le corps de ce rapport qui, nous l'espérons, guideront utilement le programme au fur et à mesure que sa riposte d'urgence suivra son cours. Nous formulons également sept recommandations spécifiques.

Nous recommandons ce qui suit :

1. Une attention particulière devrait être accordée au plan d'action 2012 du Nigéria par son groupe spécial présidentiel afin d'élaborer une stratégie susceptible d'arrêter la transmission de façon crédible
2. Un bilan indépendant devrait être rapidement entrepris en Afghanistan pour déterminer les raisons de la hausse du nombre de cas en 2011 et proposer des solutions
3. Les responsables des organismes partenaires principaux devraient veiller à étendre à l'échelle régionale et à celle des pays la portée des changements positifs entamés au niveau des sièges ; nous les incitons aussi à demander à leurs équipes de leur démontrer régulièrement que les problèmes systémiques ont été identifiés et que des solutions ont été rapidement mises en place
4. L'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2012 devrait élaborer le fondement d'une stratégie de communication suprême, qui suscite l'engagement du grand public à l'échelle mondiale en faveur de l'éradication de la poliomyélite et mobilise le soutien le plus large possible pour cet objectif
5. Les vaccinateurs devraient être la cible d'une action de communication interne visant à les impliquer, les former et les inciter à réussir
6. Le programme devrait développer une capacité de « cellule de réflexion » pour examiner et développer des solutions sur : i) les problèmes opérationnels systémiques des journées de vaccination et ii) la façon de mieux opérer dans les zones dangereuses
7. Les partenaires devaient convenir de la façon dont le monitoring de la campagne pourrait être amélioré afin de fournir les données les plus solides possibles sur le nombre d'enfants non vaccinés, y compris des connaissances exploitables sur les raisons pour lesquelles ils ne le sont pas. Nous demandons d'être informés sur le plan d'ici à avril 2012

