

Le dernier combat de la poliomyélite ?



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

Novembre 2012

GUIDE DE SURVIE DU POLIOVIRUS

COMMENT SE PROTÉGER CONTRE L'INITIATIVE
MONDIALE D'ÉRADICATION DE LA POLIOMYÉLITE



LU PAR TOUS LES POLIOVIRUS DU MONDE

TOUT CE DONT UN VIRUS A BESOIN POUR SURVIVRE EN 2013

Y COMPRIS LES ÉLÉMENTS ESSENTIELS TELS QUE LE MANQUE DE CONCORDANCE POLITIQUE
LA FAIBLE DEMANDE DES PARENTS • LA FAIBLESSE DU LEADERSHIP LOCAL LE DÉSENGAGEMENT DES CHEFS
TRADITIONNELS ET RELIGIEUX • LES MICRO-PLANS NON SATISFAISANTS • LE NOMBRE ÉLEVÉ DE REFUS •
LES NOMADES ET LES MIGRANTS MAL DESSERVIS • UN MONITORAGE BIAISÉ • UNE MOBILISATION
SOCIALE INADÉQUATE • LE MANQUE DE SURVEILLANCE DES PFA • LES PROGRAMMES SOUS-FINANÇÉS

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

Novembre 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 avait pour objectif d'interrompre la transmission de la poliomyélite à l'échelle mondiale pour la fin de cette année.

Ce sixième rapport fait suite à notre septième réunion, qui s'est tenue à Londres du 29 au 31 octobre 2012.

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 (Président)

Ancien Chief Medical Officer, Angleterre

Professeur 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

Professeur 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, M. Niall Fry

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

Nos rapports sont entièrement indépendants. Aucun projet n'est partagé avec le Programme avant d'avoir été finalisé. Bien que de nombreuses données proviennent de l'IMEP, le CSI développe également ses propres analyses et présentations. (Nous sommes d'ailleurs reconnaissants au Dr Robert Merrifield pour l'aide qu'il nous a apportée pour certaines analyses contenues dans ce rapport). Le travail portant sur la conception de ce rapport est mené par Président et le Secrétariat du CSI en collaboration avec 22 Design, une agence basée à Londres, Royaume-Uni

TABLE DES MATIÈRES

Synthèse	5
Le dernier combat de la poliomyélite ?	10
Cas et objectifs d'étape	14
Pays et sanctuaires	19
Panorama mondial	40
Conclusions et recommandations	52

SYNTHÈSE

1. Lorsque le Comité de suivi indépendant (CSI) a émis son premier rapport début avril 2011 :
 - 99 % des cas de poliomyélite avaient été éradiqués dix ans auparavant, mais le dernier 1 % subsistait depuis lors
 - La maladie était endémique dans quatre pays : Inde, Pakistan, Nigéria et Afghanistan
 - Dans trois pays où la poliomyélite avait été éradiquée, la transmission était « rétablie » depuis plus de six mois : Angola, Tchad et République démocratique du Congo
 - Il y avait eu 14 flambées épidémiques dans d'autres pays depuis début 2010

2. Dans sa série de réunions et de rapports, le CSI a mis au défi les pays affectés par la maladie et les personnes à la tête de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (nous utilisons le terme de « Programme » pour désigner l'ensemble de ces personnes et activités) d'avoir un regard critique sur leurs performances et de les améliorer. Le CSI a incité le Programme à élargir sa réflexion et son approche pour englober davantage les facteurs humains qui sont essentiels dans cette entreprise. Traditionnellement, les points forts du Programme étaient les activités et les interventions visant au contrôle épidémiologique de la maladie. Le CSI a soulevé des questions, attiré l'attention sur les domaines suivants et recommandé des actions :
 - Les personnes compétentes sont-elles affectées aux bons postes ?
 - Y a-t-il un engagement politique et un alignement à tous les niveaux (local, régional et national) ?
 - Les responsables politiques travaillent-ils efficacement avec les chefs traditionnels et religieux ?
 - La gestion des journées de vaccination locale respecte-t-elle toujours les meilleures pratiques ?
 - Les vaccinateurs en première ligne sont-ils correctement formés et valorisés ?
 - Le Programme reçoit-il le degré d'attention et de priorité nécessaire à sa réussite ?
 - Quelqu'un s'attache-t-il à comprendre pourquoi les journées de vaccination laissent de côté les mêmes enfants de façon répétée et à réfléchir sur ce qui peut être fait ?
 - Que peut-on faire pour éliminer les refus et augmenter la demande de la part des communautés ?
 - Le Programme pense-t-il et agit-il de façon trop isolée, en laissant échapper des opportunités d'alliances solides et efficaces ?

3. Le CSI est heureux de voir que le Programme a répondu de façon positive à ses conseils. Nous avons vu que ses responsables réfléchissent et apprennent, et qu'ils modifient l'orientation du Programme et renforcent son urgence.

4. Au moment nous émettons notre sixième rapport :
 - La poliomyélite a été éradiquée dans le monde, à l'exception d'un dernier 0,1% : il y avait 350 000 cas en 1988 ; et il y en a seulement 175 jusqu'à maintenant en 2012.

- La poliomyélite est plus étroitement confinée qu'elle ne l'était auparavant et touche seulement 94 districts dans quatre pays jusqu'à présent cette année
 - Le Programme bénéficie d'un niveau de priorité et d'engagement sans précédent. Cela résulte essentiellement de la déclaration de l'Assemblée mondiale de la Santé selon laquelle la poliomyélite est une urgence de dimension mondiale pour la santé publique
5. Le CSI a été établi afin de contrôler le plan stratégique 2010-2012 du Programme. Celui-ci avait pour objectif d'interrompre la transmission de la poliomyélite à l'échelle mondiale à fin 2012. Manifestement, le Programme ne réalisera pas son objectif.
 6. Bien que le Programme ait encore manqué une nouvelle échéance, le CSI estime que ses perspectives sont plus positives que jamais. Si ce niveau de progrès avait été réalisé au début de la période 2010-2012 et non à la fin seulement, la transmission aurait pu être stoppée à présent.
 7. L'histoire montre à quel point la poliomyélite peut être cruelle et qu'elle resurgit plus facilement qu'elle ne se laisse maîtriser. Le risque d'avoir davantage de cas de poliomyélite en 2013 qu'en 2012, et dans plus de pays, est important. Le Programme doit se voir attribuer un niveau de priorité afin non seulement de minimiser ce risque, mais aussi d'accomplir des progrès majeurs sur la cessation de la transmission pendant une nouvelle année.
 8. Le défi à venir est colossal pour chacun des quatre pays où la transmission de la poliomyélite persiste.
 - Le Nigéria est le seul pays où la transmission a été plus importante cette année que l'an dernier. On a finalement la preuve que davantage d'enfants sont vaccinés. Avec la forte augmentation de son personnel et son plan bien construit, le Programme nigérian est peut-être sur le point de réaliser une belle avancée. Au cours des six prochains mois, le monde aura les yeux rivés sur lui. Si le nombre de cas ne diminue pas, la propagation aux autres pays est absolument inévitable. Le destin de la poliomyélite au Nigéria et, de ce fait, en Afrique, est aujourd'hui entre les mains du Programme nigérian, et cela va du Président au vaccinateur. Les Présidents des zones de gouvernement locales et les chefs traditionnels du nord jouent un rôle crucial dans la direction de cette mission. Le Programme doit faire son maximum pour les encourager et les soutenir.
 - Les chances d'éliminer la poliomyélite au Pakistan ont évolué au cours de l'an dernier. Son programme a été réorienté et cela a abouti une baisse du nombre de cas en 2012. Mais les élections imminentes dans ce pays risquent de détourner l'attention du gouvernement et de permettre au virus de resurgir. Ces élections et la complexité de la situation en termes de sécurité sont les principaux risques encourus par le Pakistan en 2013.
 - L'Afghanistan a accompli des progrès certains, mais trop lents, au cours des deux dernières années. La lenteur de cette amélioration est inquiétante, en particulier du fait de l'incertitude concernant la situation de la sécurité avec le retrait des troupes internationales.

- Le Tchad a réorganisé son programme sur la poliomyélite au cours de l'année dernière et n'a connu que cinq cas jusqu'à présent en 2012. Il doit maintenant capitaliser sur ce redressement pour créer un programme pouvant aboutir à l'élimination totale du moindre poliovirus dans le pays.
9. Chaque pays mettra fin à la transmission de la poliomyélite si ses responsables à chaque niveau prennent à cœur leur mission de protéger les enfants contre la poliomyélite et d'éviter que leur vie ne soit brisée par celle-ci. Le terme « appropriation » incarne ce qu'il convient de faire. En Inde, le gouvernement et la population se sont réellement « appropriés » la tâche de protéger les enfants et les familles du fléau de la poliomyélite. L'Inde voulait éviter de ternir son image de nation en plein essor, moderne et dynamique, en hébergeant un virus que la plupart des pays du monde ont déjà éradiqué. L'Inde s'est « appropriée » l'action d'éradication de la poliomyélite, avec comme conséquence directe, la cessation de la transmission pour la première fois de son histoire.
10. Nous faisons dix recommandations au Programme d'éradication à l'échelle mondiale.
- À chaque fois qu'un enfant ou un adulte sort d'Afghanistan, du Nigéria ou du Pakistan pour se rendre dans un pays étranger, il risque de véhiculer le poliovirus. Nous recommandons que le Comité d'experts du Règlement sanitaire international émette d'urgence une recommandation permanente avant mai 2013 introduisant, dans chacun de ces pays, une vaccination ou des contrôles de vaccination obligatoires avant le voyage jusqu'à ce que la transmission à l'échelle nationale soit stoppée. Aucun pays ne devrait autoriser un citoyen d'un État d'endémie à traverser les frontières sans disposer d'un certificat de vaccination valide.
 - La basse saison au cours des six prochains mois sera un moment crucial. Chacun des quatre pays affectés a planifié de nombreuses actions, au risque de perdre l'ordre des priorités. Les pays ayant mis fin à la transmission offrent des enseignements essentiels sur ce que doivent être ces priorités. Nous recommandons que chaque pays touché par la poliomyélite étudie rapidement son plan et les meilleures pratiques ailleurs, afin d'établir une liste de cinq objectifs prioritaires au maximum qu'ils s'engageront impérativement à atteindre avant fin avril 2013, et qu'il maintienne l'attention et le rythme nécessaires pour y parvenir.
 - Quand les mêmes enfants échappent aux campagnes de vaccination les unes après les autres, les campagnes fréquentes ne sont peut-être pas le meilleur moyen de mettre fin à la transmission de la poliomyélite. Nous recommandons qu'une analyse soit commandée en urgence pour examiner la relation entre la fréquence et la qualité des campagnes de vaccination afin de guider les décisions programmatiques sur l'intervalle optimum entre celles-ci.
 - Les mères et les pères jouent un rôle crucial dans la réussite du Programme, mais n'ont pas la possibilité de s'exprimer dans le cadre de celui-ci. Nous recommandons que chaque équipe spéciale (ou entité équivalente) au niveau des districts des pays d'endémie soit composée, entre autres, d'un parent représentant les parents du district.

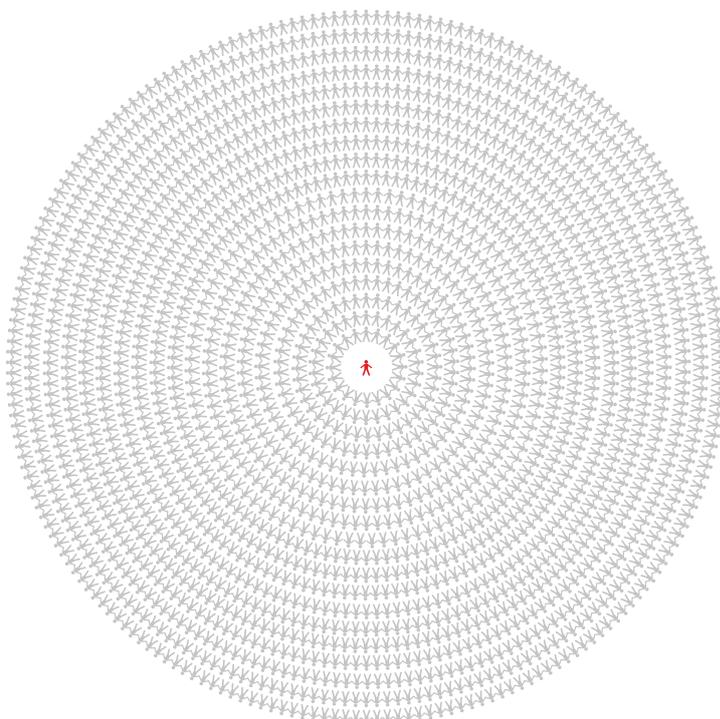
- Trop de communautés perçoivent la vaccination contre la poliomyélite comme une obligation n'apportant pas de bénéfice. Nous recommandons de saisir toutes les opportunités d'associer le vaccin de la poliomyélite à d'autres bénéfices en termes de santé et de voisinage.
- Le Programme ne peut tolérer que des problèmes d'approvisionnement en vaccins dictent les moments auxquels les campagnes doivent ou non avoir lieu. Le CSI demande un rapport sur l'approvisionnement en vaccins à chacune de ses prochaines réunions.
- Il est essentiel de connaître les enseignements, positifs et négatifs, que les futurs programmes de santé publique peuvent tirer de l'éradication de la poliomyélite. Il s'agit d'une partie distincte et importante de l'héritage du Programme sur l'éradication de la poliomyélite. Ces enseignements doivent être rigoureux et exhaustifs. Ils doivent impliquer d'autres partenaires du domaine de la vaccination et cela doit démarrer dès à présent. Nous recommandons que le Programme accélère la planification et définisse comment saisir et diffuser les enseignements tirés de l'éradication de la poliomyélite, dans le cadre du plan stratégique sur l'héritage de cette initiative, et indique comment superviser et financer cela en se détournant le moins possible du travail actuel.
- Il serait dangereux de supposer que la poliomyélite restera confinée à quatre pays. Les mouvements de populations et la faible immunité font qu'un grand nombre d'autres pays et zones risquent d'importer la poliomyélite, en particulier le Yémen, la Libye, la Corne de l'Afrique, la Somalie, l'Ukraine, l'Ouganda et le Kenya. Nous recommandons qu'une surveillance intensive de la poliomyélite soit établie dans les pays où le risque d'une flambée épidémique est le plus élevé. Nous recommandons aussi que les bureaux régionaux de l'OMS concernés émettent au cours du mois prochain un plan d'action visant à renforcer la couverture de la vaccination et la surveillance dans ces zones.
- Il est capital que l'Inde conserve son statut durement acquis de pays exempt de la poliomyélite. Nous recommandons que l'Inde planifie un exercice de simulation pour tester l'état de préparation de ses plans de riposte d'urgence. Nous recommandons que cet exercice débute à une date non annoncée au milieu de l'année 2013, en choisissant au hasard un échantillon de districts et en procédant à un examen en temps réel, à partir de cette simulation, de la capacité du pays à riposter d'urgence.
- Un Centre des opérations d'urgence est actuellement en création au Nigéria. Nous recommandons qu'un flux audiovisuel continu soit diffusé en ligne et en direct depuis ce centre, avec un moyen permettant aux experts de la poliomyélite du monde entier et au CSI d'observer la situation et de formuler des commentaires à tout moment.

11. Le Programme termine l'année 2012 dans une position complexe, avec un délai non respecté, mais de solides progrès accomplis. Que va-t-il se passer ensuite ? Le Programme développe un plan stratégique. Mais les aspirations ne sont plus suffisantes et ce plan doit être un manifeste rigoureux pour la réussite. Comme il sollicite un investissement de 5,5 milliards USD, il doit résolument aborder cette question : pourquoi ce Programme peut-il réaliser maintenant ce qu'il n'a pas réussi à faire jusqu'à présent ? Le corps de ce rapport définit les domaines stratégiques qui

requièrent un développement poussé : assurer, entre autres, clarté et réalisme sur le lien entre le Programme et la vaccination systématique, et garantir que la mission d'éradication soit réellement menée par les pays où la poliomyélite persiste.

12. L'année 2012 touchant à sa fin, le CIS félicite tous ceux et celles qui en ont fait un succès pour le Programme d'éradication de la poliomyélite. Nous rendons également hommage à ceux et celles qui ont tragiquement perdu la vie en cherchant à éradiquer cette maladie.
13. Le Programme n'a jamais été dans une position aussi forte, mais la façon dont l'histoire regardera l'année 2012 dépendra de ce qui se passera ensuite. Le poliovirus encore présent occupe désormais seulement 0,2 % des terres dans le monde. Assistons-nous à son dernier combat ? Il faudrait être naïf pour affirmer que cela est certain. Le virus a contre-attaqué et déjoué le Programme à plusieurs reprises. Son guide de survie est bien ancré : un leadership faible, un manque d'engagement de la part des parents, des micro-plans non satisfaisants et un financement insuffisant. Ce moment est capital pour l'histoire de la santé publique. Avec un dernier effort concerté, nous pourrions certainement écrire l'histoire du dernier combat de la poliomyélite.

Figure 1. Le dernier combat de la poliomyélite ?



♣ = 350 000 cas en 1988 ♣ = 175 cas en 2012 (à ce jour)



**Le dernier combat
de la
poliomyélite ?**

Figure 2. Évaluer le succès : la pression conduit des familles de poliovirus vers l'extinction

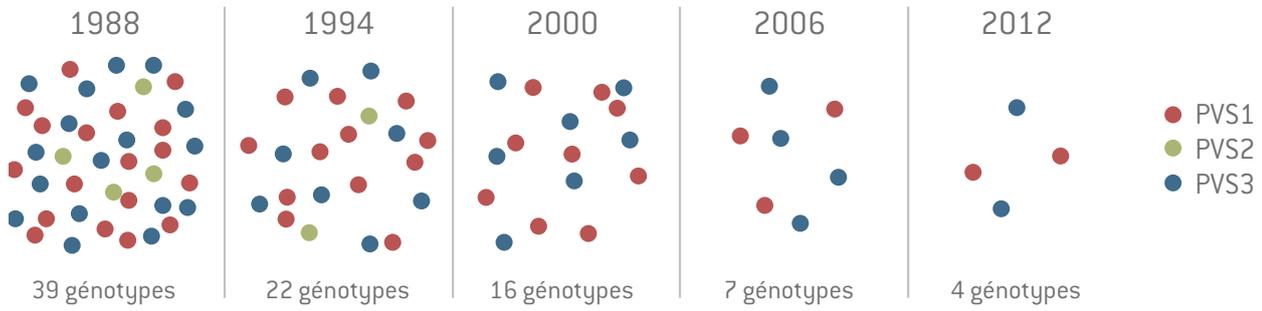
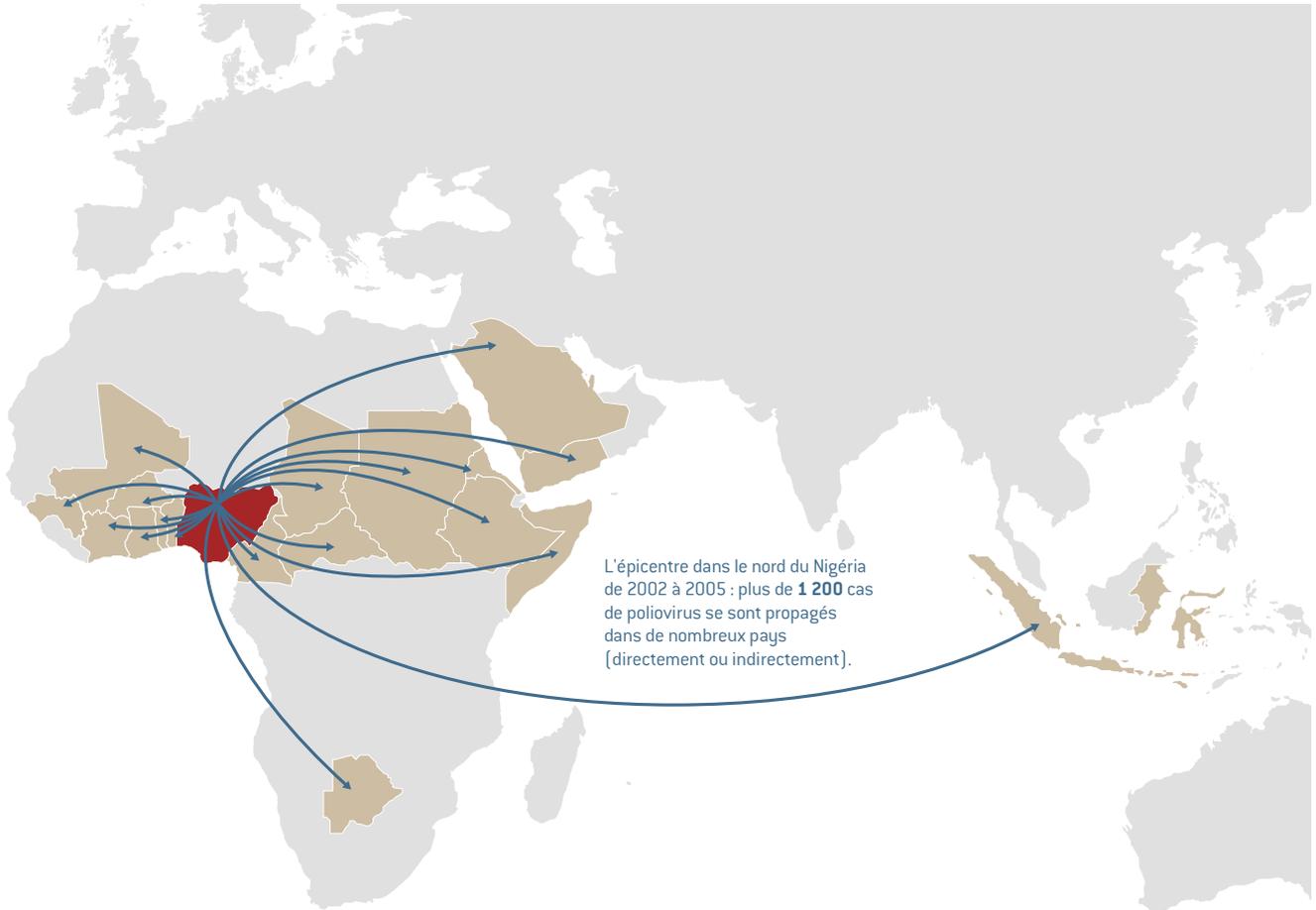


Figure 3. Un avertissement donné par l'histoire : comment le poliovirus a-t-il échappé à l'IMEP ?



LE DERNIER COMBAT DE LA POLIOMYÉLITE ?

Créée en 1988, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a accompli des progrès remarquables au cours des douze premières années de son existence. En 2001, elle avait parcouru, comme ceci est souvent mentionné, 99 % du chemin pour parvenir à l'éradication de la poliomyélite. Les dix années qui ont suivi ont été, de fait, fort différentes. Les progrès ont stagné. De 2002 à 2010 :

- Le nombre de pays d'endémie est resté résolument à quatre
- Il n'y a jamais eu moins de 9 pays infectés par la poliomyélite au cours d'une année donnée
- Nous ne sommes jamais descendus en-dessous de 750 enfants paralysés par la poliomyélite par an

L'histoire commencera peut-être à regarder 2012 comme l'année marquant le début de la fin du poliovirus :

- Les pays infectés par le poliovirus dans le monde sont passés de seize en 2011, à seulement quatre à présent (à ce jour, au moins)
- Le nombre de pays d'endémie a finalement été réduit à trois
- Le nombre de cas de poliomyélite est de 175 jusqu'à présent

Il est très probable que nous recensons moins de 325 cas de poliomyélite cette année, ce qui représente la moitié du nombre de cas signalés en 2011 et moins de 0,1 % des 350 000 cas recensés en 1988. Bientôt, s'agissant de la poliomyélite, on ne parlera peut-être plus du « dernier 1 % », mais du « dernier 0,1 % ».

Jusqu'à présent cette année, la poliomyélite est restée concentrée dans seulement 94 districts des quatre pays touchés par celle-ci. Ceux-ci ne représentent que 0,2 % de toute la surface de la terre. En 1988, il y avait 39 familles génétiques de poliovirus sauvage de trois types différents. En 2012, la grande majorité d'entre elles ont disparu. Il ne reste plus désormais que quatre familles de deux types différents (voir figure 2).

Avec l'année 2012 qui tire à sa fin, le Programme a de bonnes raisons d'être optimiste. Ce pourrait être, effectivement, le dernier combat de la poliomyélite.

Cependant, on a déjà entendu dire auparavant que l'« on touchait presque au but ». L'histoire montre cruellement que les progrès difficilement gagnés se perdent facilement. En 2001, le nombre de cas de poliomyélite avait atteint son niveau historiquement le plus bas. Dans les années qui ont suivi, les progrès se sont étioyés et le virus s'est propagé une fois encore. La figure 3 illustre la propagation du virus dans le nord du Nigéria dans le passé.

Ce rapport examine chacun des pays affectés et le Programme à l'échelle mondiale. Nous constatons de bonnes raisons d'être optimistes, mais aussi un rude défi à venir.

Au moment d'entamer 2013, le Programme dispose d'une opportunité en or. Mais ce serait une erreur terrible que d'imaginer que la victoire est déjà assurée. Pour vaincre le poliovirus, la performance encore variable du Programme au niveau des districts et en-dessous doit atteindre l'excellence, et cela pas seulement occasionnellement, mais à chaque fois et partout.

1988 à 2001 : 99 % de réduction des cas

2002 à 2010 : stagnation

2012 : le début de la fin du poliovirus ?

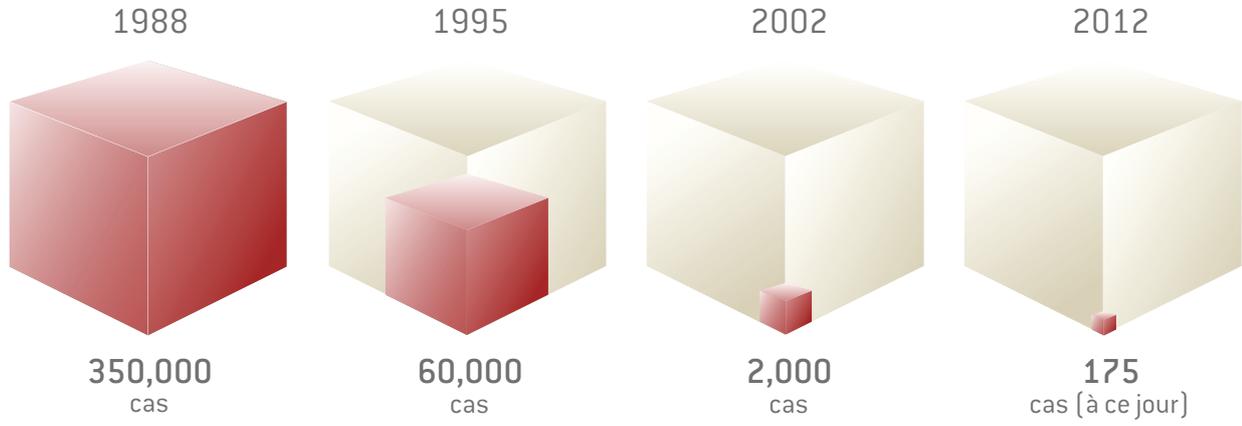
Le dernier 0,1 % ?

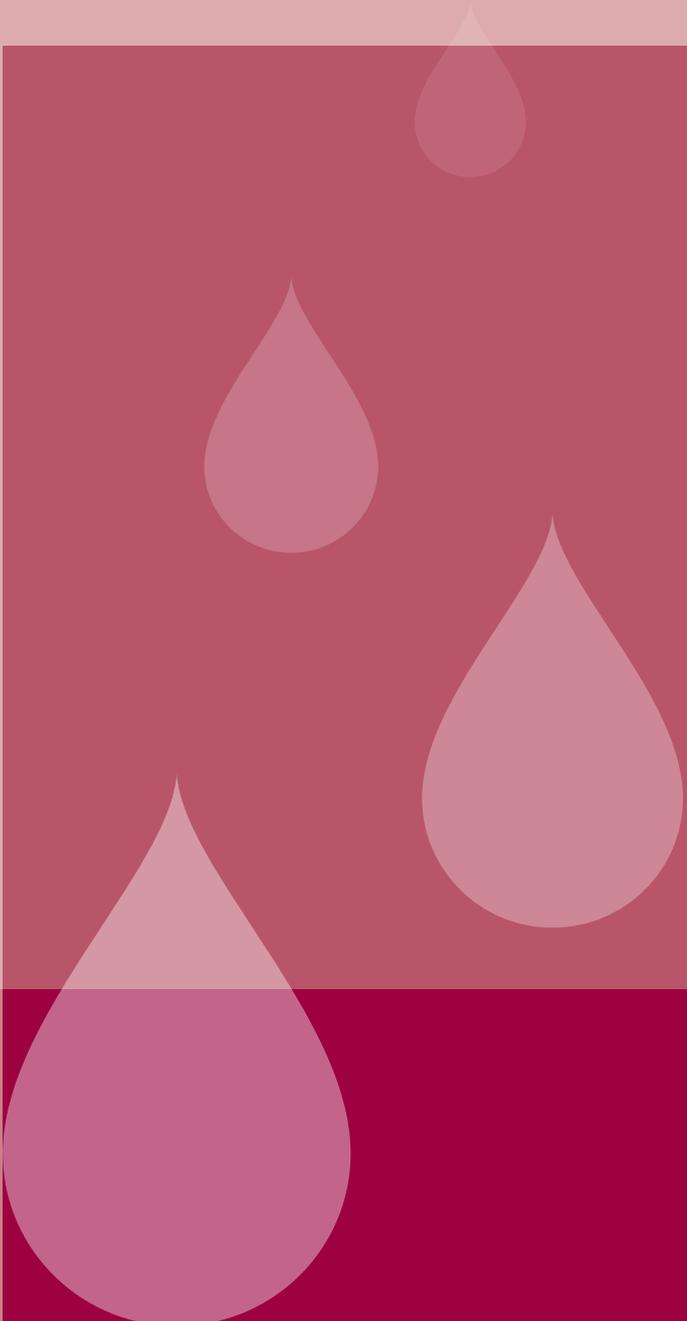
Une minuscule proportion du monde touchée : le virus est sous pression

L'histoire montre que les progrès difficilement gagnés se perdent aussi facilement

Une opportunité en or maintenant, mais une victoire non encore assurée

Figure 4. La poliomyélite est prise au piège : après 24 ans, il y a une opportunité à saisir





Cas et
objectifs d'étape



Figure 5. Un rude défi : la transmission « rétablie » et les flambées épidémiques sont presque tombées à zéro, mais le nombre de cas dans les pays d'endémie n'a quasiment pas changé

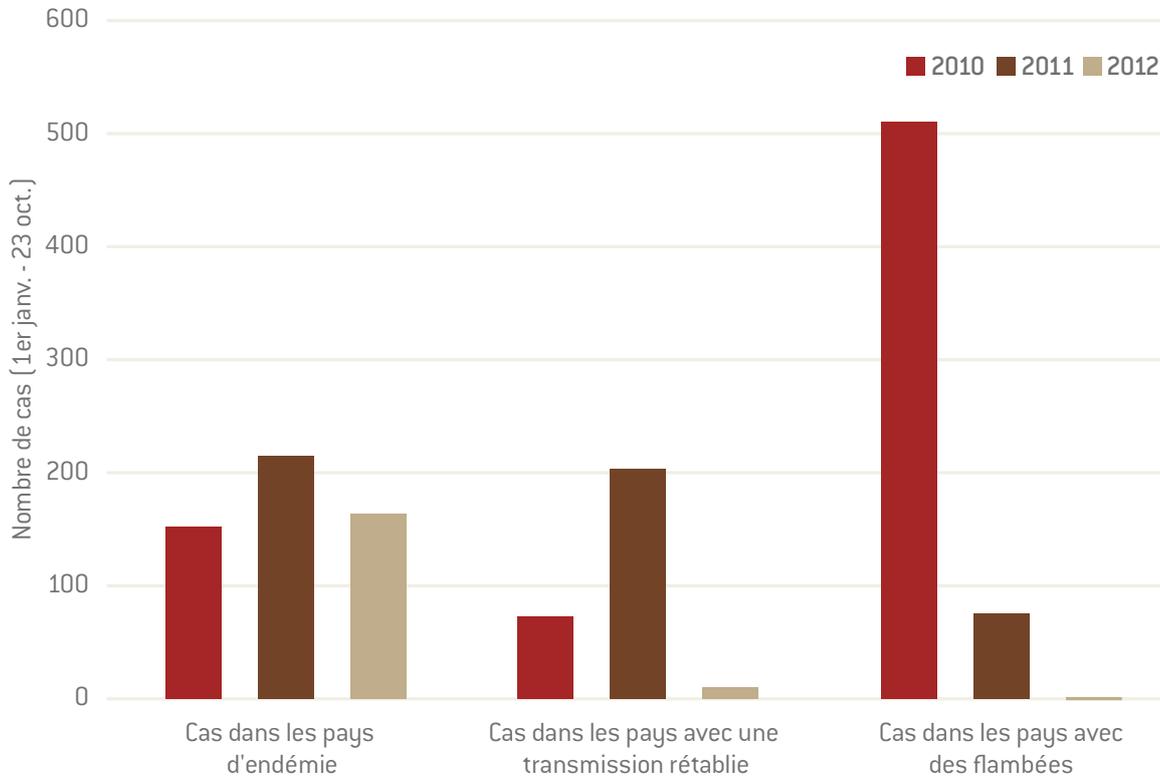
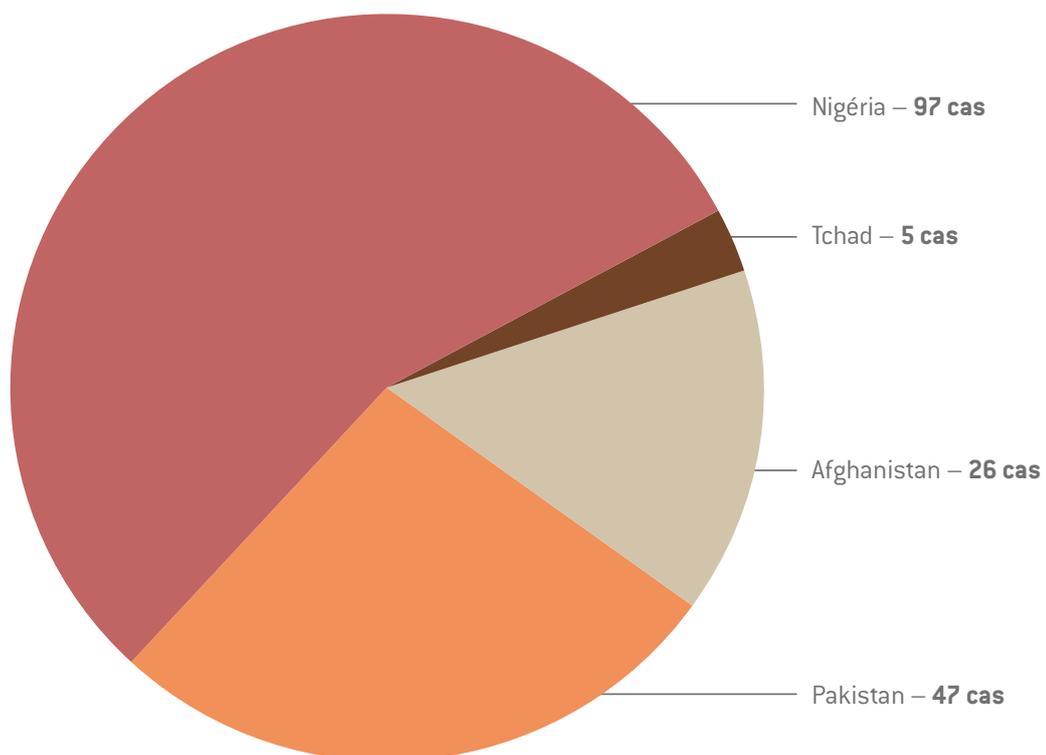


Figure 6. Une dure vérité : tous les pays, sauf le Nigéria, sont sur la bonne voie



175 cas de poliovirus jusqu'à présent en 2012 : dans quatre pays

CAS

Jusqu'à présent en 2012, 175 enfants dans quatre pays du monde ont été paralysés par la poliomyélite. Même si tout cas dans lequel un enfant est touché par une maladie pouvant être facilement évitée demeure une tragédie, ces chiffres représentent des progrès remarquables pour le Programme à l'échelle mondiale. À la même époque en 2011, il y avait trois fois plus d'enfants paralysés dans quatre fois plus de pays.

Cependant, nous ne sommes pas dans une situation de progrès uniformes dans le monde. Les excellentes performances dans certaines zones contrastent avec les progrès difficiles ailleurs.

L'Angola, le Tchad et la République démocratique du Congo sont les pays ayant été classés avec une transmission « rétablie » de la poliomyélite. Chacun s'était débarrassé d'elle dans le passé, tout cela pour la voir réapparaître. Dans chacun de ces pays, de très solides progrès sont réalisés pour stopper à nouveau la transmission. L'Angola n'a pas recensé un cas de poliomyélite depuis juillet 2011 et la République démocratique du Congo depuis décembre 2011. Au Tchad, 114 enfants étaient paralysés à la même époque l'an dernier. Or ce pays a recensé 5 cas seulement en 2012, le dernier datant de juin.

En 2012, il n'y a pas eu une seule flambée de poliomyélite en dehors des pays avec une transmission continue. Ces flambées avaient touché onze pays en 2010 et huit en 2011. Elles avaient démoralisé l'Initiative mondiale. Par conséquent, leur absence jusqu'à présent cette année est une très bonne nouvelle.

En janvier 2012, l'Inde a franchi une étape majeure avec une année sans cas de poliomyélite et sa suppression de la liste des pays d'endémie. Nous ne saurions trop insister sur l'importance de cette étape. Ceci devrait démontrer, à tous les pays où la poliomyélite est encore présente et au monde entier, que rien n'est impossible.

Il reste trois pays avec une transmission endémique : l'Afghanistan, le Nigéria et le Pakistan. Ce sont effectivement les pays où le virus de la poliomyélite mène son dernier combat contre l'effort mondial pour l'éradiquer.

- Au Nigéria, le nombre de cas de poliomyélite a augmenté significativement de 2010 à 2011 et il en a été de même encore cette année.
- L'Afghanistan et le Pakistan ont tous deux vu le nombre de cas de poliomyélite augmenter de 2010 à 2011, mais enregistrent une baisse cette année.

Chacun de ces pays se trouve confronté à des défis substantiels, qui sont présentés dans ce rapport.

Le nombre de cas n'est qu'une mesure parmi d'autres. Lorsque nous examinons le Programme, nous prêtons aussi attention à la propagation géographique et à la rapidité avec laquelle chaque pays trouve les enfants manqués. Mais le nombre de cas actuels raconte une histoire exacte : celle d'une année suscitant des raisons d'être optimistes bien fondées, mais modérées par la preuve que les défis profondément enracinés dans les pays d'endémie restent importants.

2012 : le nombre historiquement le plus bas de cas de poliomyélite

Aucune transmission en Angola et en République démocratique du Congo en 2012, et une baisse significative au Tchad

Aucune nouvelle flambée dans les pays non touchés

L'Inde rayée de la liste des pays d'endémie

Le dernier bastion du virus : moins de cas au Pakistan et en Afghanistan ; hausses au Nigéria



Figure 7. La poliomyélite peut aller et venir, mais une action décisive peut briser ce cycle

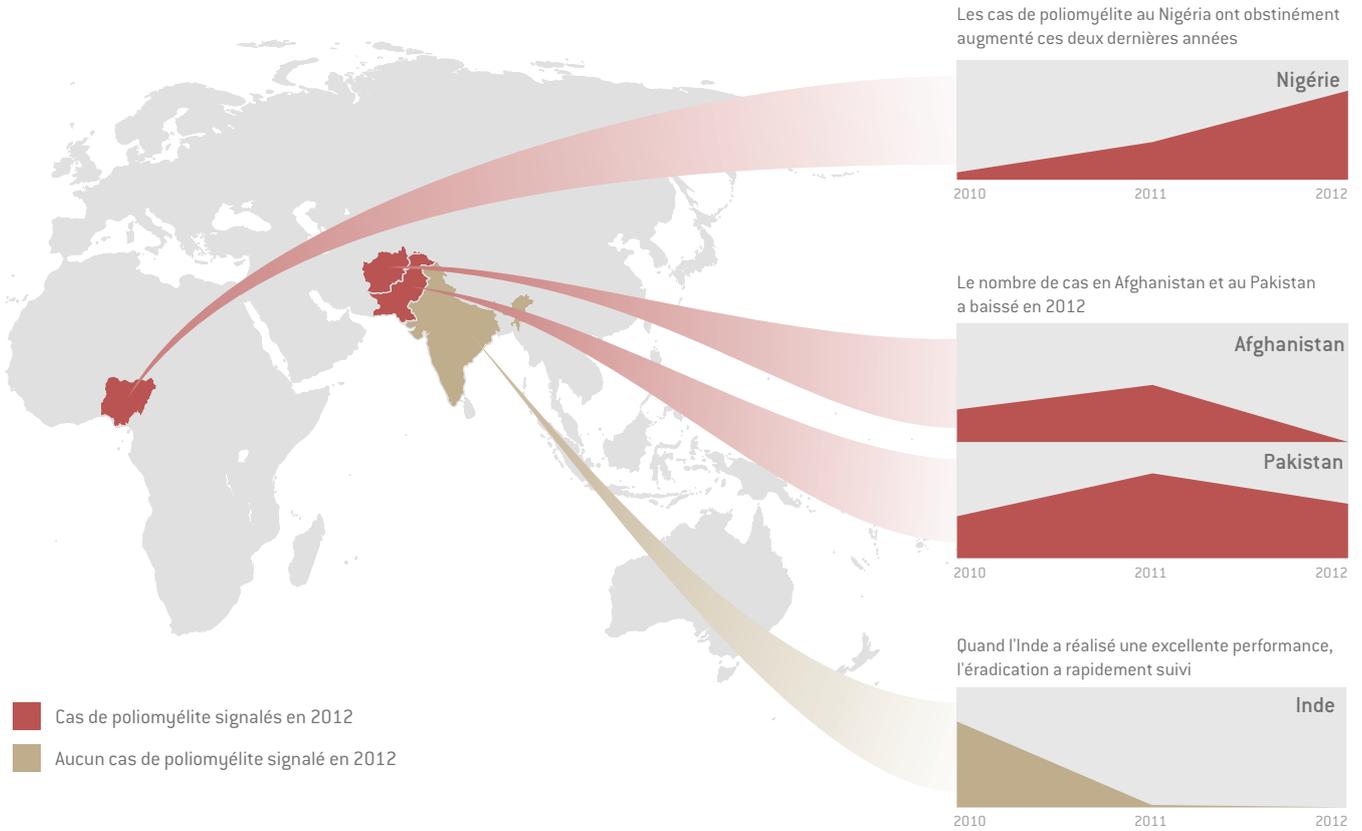
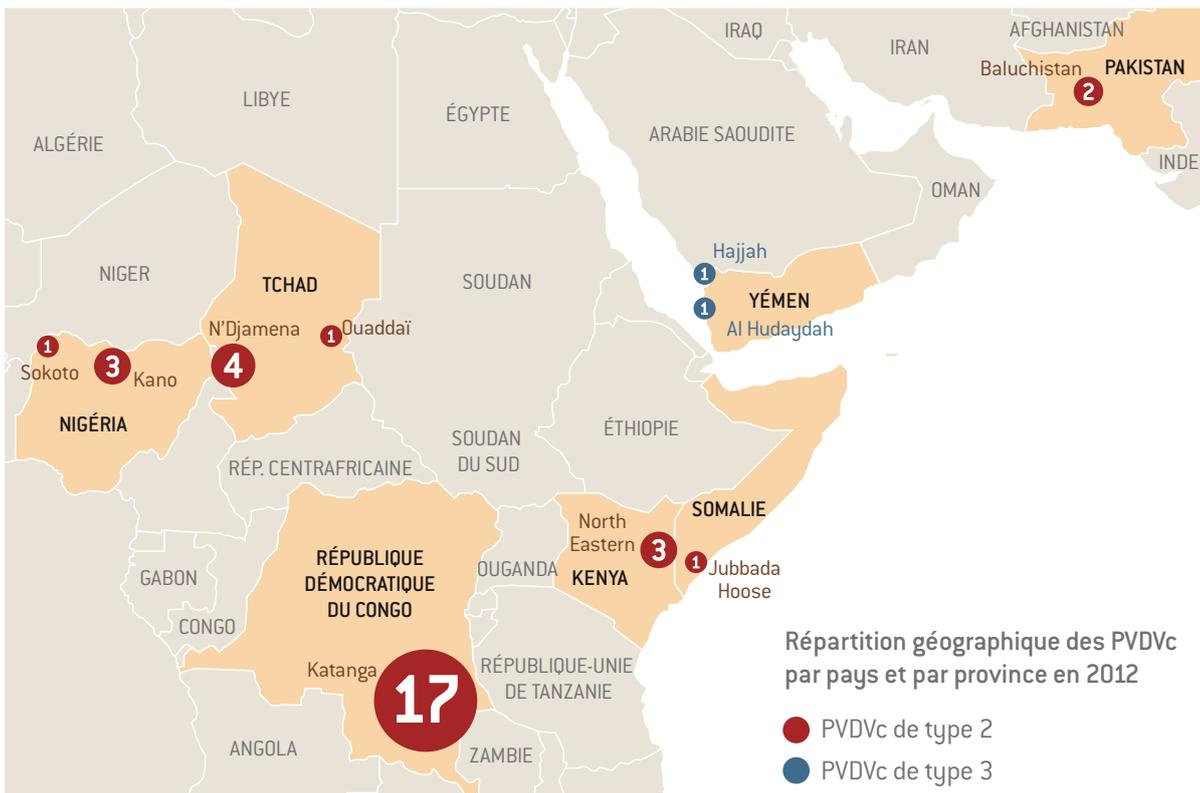


Figure 8. Dans l'ombre : les cas de poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale (PVDVc) témoignent de faibles niveaux d'immunité



OBJECTIFS D'ÉTAPE

Le plan stratégique 2010-2012 du Programme exige que le Comité de suivi indépendant contrôle les objectifs d'étape du parcours vers l'éradication mondiale de la poliomyélite prévue fin 2012. Il est désormais absolument évident que cet objectif ne sera pas atteint.

Transmission rétablie

Fin 2010 : arrêt de la transmission « rétablie » du poliovirus - **Objectif manqué**

Au début de l'année 2010, quatre pays enregistraient un rétablissement de la transmission. Le Soudan a réussi à stopper la transmission à la date butoir de fin 2010, mais pas l'Angola, ni le Tchad, ni la République démocratique du Congo. La fin de l'année 2012 approche et, avec elle, la réalisation de cet objectif. Chacun de ces pays a encore du travail à faire. Ils doivent en particulier renforcer la surveillance afin de s'assurer que la poliomyélite a vraiment été éliminée. Bien que l'objectif à fin 2010 n'ait pas été atteint, tous doivent être félicités pour les progrès qu'ils ont réalisés depuis.

Transmission endémique

Fin 2011 : arrêt de la transmission du poliovirus dans 2 des 4 pays d'endémie au moins - **Objectif manqué**

L'Inde est le seul pays d'endémie ayant mis fin à la transmission avant fin 2011. Ce rapport prête une attention particulière à l'Afghanistan, au Nigéria et au Pakistan où la transmission continue est désormais l'obstacle majeur à l'éradication mondiale.

Flambées épidémiques

Objectifs en cours : arrêt des nouvelles flambées dans les six mois suivant la confirmation du cas index - **Objectif manqué**

Cet objectif d'étape n'a pas été atteint, mais l'est presque. Le Programme s'est trouvé confronté à 19 flambées épidémiques depuis le début de l'année 2010. Il en a stoppé 18 en six mois. Il a montré de solides performances à cet égard.

Mi-2010 : arrêt de toutes les flambées de poliomyélite survenues en 2009 - **Objectif atteint**

Cet objectif d'étape a été atteint, mais rien ne permet de suggérer qu'aucune flambée survenue en 2009 ne s'est poursuivie ou ne se poursuit.

Poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale

Une moindre attention est prêtée aux poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale (PVDVc) qu'au poliovirus de type sauvage. Il n'y a pas d'objectif d'étape pour ceux-ci. Le CSI remarque qu'il y a eu 34 cas de PVDVc jusqu'à présent cette année. Il convient de s'en souvenir. Chaque cas de PVDVc représente un autre enfant paralysé et l'existence continue de points de présence des PVDVc fait ressortir que la couverture de vaccination est sous-optimale dans les pays concernés (voir figure 8).

Objectif manqué : dans les pays avec une transmission « rétablie », mais des progrès impressionnants

Objectif manqué : toujours trop de pays d'endémie

Objectif manqué : mais le Programme a bien riposté aux flambées épidémiques

Objectif atteint : arrêt de toutes les flambées épidémiques survenues en 2009

Les poliovirus dérivés d'une souche vaccinale doivent être pris plus au sérieux



Pays et
sanctuaires



Afghanistan

EN BREF

Les héros de la lutte contre la poliomyélite travaillent malgré les problèmes d'insécurité

L'insécurité n'est pas forcément synonyme d'inaccessibilité

La mauvaise performance du Programme constitue le problème majeur

Sanctuaries

Les provinces de Helmand et de Kandahar sont réputées pour leur insécurité. Le personnel en première ligne dans ces zones fait vraiment partie des plus courageux au monde. Ces deux provinces représentent les deux tiers des cas de poliomyélite dans le pays jusqu'à présent cette année, comme c'était le cas en 2011.

L'inaccessibilité liée à l'insécurité peut avoir des conséquences graves, comme on peut le voir dans le district de Maiwand dans la province de Kandahar. Là, une petite zone géographique, qui n'a pu être atteinte par les vaccinateurs depuis trois ans, a recensé six cas de poliomyélite en 2012. Mais fort heureusement, les négociations locales ont permis de vacciner ces enfants vulnérables le mois dernier. Ceci prouve clairement que l'insécurité n'est pas toujours synonyme d'inaccessibilité.

Aussi difficile que soit le niveau d'insécurité dans le sud de l'Afghanistan, il est désormais bien établi que ce n'est pas la principale raison pour laquelle le Programme ne réussit pas à y éradiquer la poliomyélite. Même lorsqu'il est possible d'accéder aux enfants, il y a des problèmes de gestion fondamentaux qui ne sont pas encore correctement abordés. Des signes inquiétants montrent que le Programme n'évolue pas totalement dans la bonne direction. En avril 2012, on estimait que 49 % des enfants de la province de Helmand avait reçu au moins 4 doses de vaccin l'an dernier. En septembre, ce chiffre était descendu à 37 %.

EN BREF

Les équipes de vaccinations permanentes qui s'avèrent performantes ne sont présentes que dans cinq des treize districts à haut risque

Diminution du nombre de cas par rapport à l'an dernier

Le Pakistan et l'Afghanistan doivent travailler de concert : le virus circule facilement entre ces deux pays

L'éradication de la poliomyélite au Pakistan ne mènera pas forcément à l'éradication en Afghanistan, car le virus est endémique dans le sud

Mise en œuvre avec une lenteur inacceptable du groupe spécial : cinq mois

Les équipes de vaccination permanentes au sud de l'Afghanistan sont depuis longtemps reconnues comme l'innovation phare du programme. Elles ont administrées des gouttes de vaccin à 146 000 enfants, dont 9 000 d'entre eux n'avaient jamais reçu ne serait-ce qu'une seule dose. Leur approche ne devrait plus être considérée comme une innovation, mais comme une pratique acceptée. Le secret de leur réussite est leur faible visibilité et leur introduction par étape. Mais pour autant on ne comprend pas pourquoi, compte tenu de leur valeur, elles sont actives dans seulement cinq des treize districts à haut risque du sud de l'Afghanistan.

Analyse nationale

Il y a eu seulement 26 cas de poliomyélite en Afghanistan cette année, soit 43 de moins qu'à la même époque l'an dernier. Bien que ceci soit une bonne nouvelle, les données sur la couverture de la vaccination montrent peu d'amélioration sur le nombre d'enfants ayant été vaccinés. Dans la région très importante du sud, il y a des signes qui montrent une baisse du niveau de couverture dans certains districts.

La poursuite de l'éradication de la poliomyélite par l'Afghanistan est inextricablement liée à celle de son voisin, le Pakistan. L'analyse génétique montre clairement l'existence de chaînes de transmission entre les deux pays. Le CSI s'est réjoui de la réunion transfrontalière à Kaboul en juillet 2012. Cette volonté admirable de travailler de concert doit maintenant se traduire par une meilleure collaboration sur le terrain. L'objectif fondamental devrait être de coordonner les équipes de vaccination pakistanaïses et afghanes de chaque côté de la frontière, de façon à ce qu'aucun enfant n'échappe à la vaccination entre les deux.

Nombre de personnes pensent que la poliomyélite persiste en Afghanistan uniquement à cause de sa frontière avec le Pakistan. On dit souvent que, dès que le Pakistan aura éradiqué la poliomyélite, l'Afghanistan suivra certainement. Il s'agit d'une conviction erronée et dangereuse. Il y a trois chaînes de transmission de la poliomyélite en Afghanistan. Il y en a effectivement deux en provenance du Pakistan, mais la troisième est propre à l'Afghanistan. Circulant dans les provinces de Kandahar et de Farah, elle apporte la preuve absolue que l'Afghanistan reste un pays d'endémie à part entière et qu'il ne se trouve pas seulement dans le sillage du Pakistan.

Il a été déclaré au CSI en mai 2012 qu'un groupe spécial interministériel avait été formé et dirigerait une approche gouvernementale concernant l'éradication de la poliomyélite. Cinq mois plus tard, ce groupe spécial devait encore se rencontrer en personne. Le lancement du plan d'action d'urgence par le Président en Afghanistan est apprécié, mais arrive bien plus tard dans l'année que dans les autres pays d'endémie. Ce plan d'action est solide, mais la lenteur de sa mise en œuvre est préoccupante.

EN BREF

Conclusion de l'équipe d'examen indépendant : la gestion de base du programme doit être améliorée

L'Afghanistan peut éradiquer la poliomyélite

En juillet, une équipe d'examen indépendant a visité l'Afghanistan à notre demande. Le rapport de cette équipe montre clairement qu'il n'y a pas de mystère sur le fait que la poliomyélite continue à circuler. L'inaccessibilité constitue une partie du problème, mais une petite partie seulement. Il est également nécessaire de corriger les faiblesses fondamentales en matière de gestion. Les équipes de gestion du PEV dans les districts (EGPD) ont aussi besoin de renfort, avec un soutien au niveau national et provincial. Il faut que les ONG, qui mettent en place la série de services de santé de base (Basic Package of Health Services), aient des comptes à rendre sur l'augmentation des taux de couverture de la vaccination systématique, y compris contre la poliomyélite. Des efforts constants doivent être effectués pour mobiliser la population. L'un des moyens d'y parvenir serait d'étendre les soins et l'assistance offerts à ceux qui sont paralysés par le virus de la poliomyélite - ce qui aurait en plus l'avantage d'augmenter potentiellement la notification des cas de PFA.

Il n'y a aucune raison pour que la poliomyélite s'attarde en Afghanistan. Les défis sont connus et les solutions écrites. Il est vital que l'action s'accélère. Nous espérons qu'avec la nomination d'un représentant du Président pour la poliomyélite, ceci va maintenant commencer à se produire. Finalement, tous les Afghans d'aujourd'hui et des générations à venir recueilleront les bénéfices de vivre dans une nation débarrassée de la poliomyélite.



Angola

EN BREF

Félicitations : la poliomyélite a une fois de plus été éradiquée en Angola

Mais Luanda pourrait être mûre pour de nouvelles flambées de poliomyélite : améliorations de la surveillance retardées

Une vraie appropriation par le gouvernement = l'éradication de la poliomyélite

L'Angola s'est initialement débarrassé de la poliomyélite en 2001. Mais, en tant que plate-forme de transport, il est vulnérable à une réinfection. Il a été frappé cruellement à trois reprises, à chaque fois à partir de l'Inde. Deux importations ont été rapidement gérées, mais la troisième s'est profondément enracinée. Cette transmission rétablie de la poliomyélite hante l'Angola depuis 2005. Mais en juillet 2012, soit sept années plus tard, le pays a fêté sa première année sans cas de poliomyélite. Il semble avoir éradiqué la poliomyélite une fois de plus.

Notre plus grande préoccupation en Angola concerne Luanda, sa capitale. Le défi pour les vaccinateurs a été de couvrir entièrement ses hautes tours peuplées d'un grand nombre d'enfants. Luanda a été et continue à être le lieu où la poliomyélite pourrait être le plus facilement importée et c'est aussi le lieu où sa circulation pourrait ensuite se développer. C'est un endroit où une surveillance de haute qualité est de la plus grande importance. Si la surveillance s'est beaucoup améliorée dans le pays, il y a encore à Luanda des poches qui ne sont pas au niveau requis. De plus, il avait été déclaré au CSI il y a cinq mois que la surveillance environnementale serait établie. Or on nous dit maintenant que cela sera fait début 2013. Or ça ne peut plus attendre.

Le gouvernement angolais mérite d'être félicité pour ses réalisations. Ces dernières années, il a financé la plus grande partie de son programme d'éradication de la poliomyélite. Sa population récolte aujourd'hui les fruits de cet investissement. L'Angola démontre que la poliomyélite ne survit pas longtemps face à une vraie appropriation de la lutte contre celle-ci par le gouvernement.

Il ne se contente pas de poursuivre ses actions pour l'éradication de la poliomyélite, il les améliore. La couverture vaccinale a continué à être renforcée jusqu'en 2012, bien qu'il y ait encore à Luanda certaines municipalités où plus de 10 % des enfants échappent à la vaccination.



Le retour de l'Angola à un statut exempt de poliomyélite donne un élan au Programme d'éradication dans le monde. Mais tant que la poliomyélite n'aura pas disparu de la planète, le programme de l'Angola ne doit pas seulement être maintenu, il doit aussi conserver l'habitude d'amélioration continue qu'il a prise. Nous incitons l'Angola à canaliser le courant positif actuel et à l'orienter vers la relève d'un nouveau défi : faire de ses défenses contre une nouvelle flambée de poliomyélite les plus fortes au monde. Pour y parvenir, les performances en termes de couverture vaccinale systématique et de surveillance doivent présenter le même niveau de solidité dans tout le pays.

EN BREF

Les efforts pour parvenir à l'éradication doivent être poursuivis afin de repousser une nouvelle importation



Tchad

EN BREF

Réduction importante du nombre de cas

Contacts réussis avec la population nomade

Contribution des hélicoptères

Surveillance de la frontière avec le Nigéria

S'attaquer à la poliomyélite au Tchad n'est pas facile, mais les résultats sont encourageants. En 2011, 114 enfants tchadiens étaient paralysés par le poliovirus sauvage à mi-octobre. Il n'y en a eu que cinq en 2012, le cas le plus récent remontant à juin. Le gouvernement et ses partenaires ont bien pris les choses en main. Il y a eu peu de tolérance pour les performances non satisfaisantes et un réel engagement à éradiquer la poliomyélite de la part du Président lui-même.

Il était crucial d'atteindre la population nomade qui est importante. L'analyse des cas de poliomyélite montre, en effet, que les enfants nomades sont touchés de façon disproportionnée. Il s'agit d'un segment de population mal desservi, qui n'a pas été cartographié de façon détaillée auparavant. Le Programme a cherché à obtenir de l'aide de ces communautés afin de développer des stratégies visant à trouver et vacciner leurs enfants. Ce travail innovant, qui a aussi impliqué le secteur vétérinaire, conjugué au contact avec les chefs nomades par téléphone portable donne des résultats au Tchad et pourrait être reproduit ailleurs dans le cadre du Programme à l'échelle mondiale.

Le lac Tchad a également nécessité une attention particulière. Le Programme a réussi à atteindre par hélicoptère les populations qui étaient entièrement coupées des autres services. Le lac se situe à l'intersection du Tchad et de trois autres pays : Niger, Cameroun et Nigéria. Le CSI s'est réjoui d'apprendre qu'une réunion transfrontalière, avec la participation des quatre pays, avait eu lieu récemment à N'Djamena. Celle-ci a abouti à la planification d'une surveillance intégrée et de campagnes de vaccination synchronisées.

La frontière avec le Nigéria est une préoccupation majeure pour le Tchad. Le Tchad a été victime d'un poliovirus exporté du Nigéria dans le passé et la même chose pourrait facilement se reproduire. Le Tchad doit agir de façon proactive pour minimiser ce risque. La meilleure garantie est de continuer à développer la couverture vaccinale et la surveillance.

EN BREF

Encore trop d'enfants manqués

L'heure n'est pas à l'autosatisfaction sur l'engagement des communautés

Sans un engagement continu, le Tchad risquerait encore de perdre le terrain gagné

Bien que de solides progrès aient été accomplis au Tchad, nous avons encore des préoccupations fondamentales. Il y a encore de nombreux enfants manqués. L'occurrence de poliovirus dérivés de la souche vaccinale, en particulier dans la capitale, en est la preuve. La couverture vaccinale systématique a été aussi désastreuse en 2012 qu'en 2011. Il y a eu également quatorze « cas compatibles » avec une poliomyélite au Tchad cette année. Ceci souligne les lacunes du système de surveillance. Si les cas de PFA étaient décelés et analysés en temps voulu, avec les échantillons adéquats, nous saurions définitivement s'il s'agit ou non de cas de poliomyélite. Le système de recherche et d'examen des cas compatibles doit être fortement amélioré. Il s'agit là d'une priorité urgente.

Le refus de la vaccination n'a pratiquement pas été un problème au Tchad. Cependant, l'engagement de la communauté reste essentiel. Le pourcentage d'enfants manqués pour des « raisons sociales » est encore élevé. Le manque de sensibilisation des aidants aux campagnes de vaccination est aujourd'hui évalué comme à haut risque par l'UNICEF, une difficulté accrue par le fait que la plus grande partie du personnel de base dédié à la communication n'est pas encore en place sur le terrain.

Le moment est crucial pour le Programme au Tchad. Son haut degré d'engagement et de dynamisme ne peut être relâché. En 2013, le nombre de cas de poliomyélite dans le pays peut encore partir dans un sens ou dans l'autre. Mais personne ne veut voir le Tchad perdre le terrain gagné au prix d'un travail intensif au cours des dix-huit derniers mois.



République démocratique du Congo

EN BREF

Pratiquement une année sans un cas de poliovirus sauvage

Des lacunes inquiétantes au niveau de la surveillance

Le plus grand nombre de cas au monde de poliovirus dérivés de souches vaccinales

Des niveaux de refus encore inacceptables au Katanga, mais des progrès sont réalisés

Une transmission continue de la poliomyélite s'est installée en République démocratique du Congo en 2008, à la suite d'une importation depuis son voisin l'Angola. Ce qui est prometteur, c'est que le dernier cas de poliovirus sauvage du pays remonte à décembre 2011.

Le CSI a été déçu de ne pas recevoir un rapport en personne de la part de la République démocratique du Congo. Malgré l'absence très positive de cas en 2012, la tâche n'est pas encore finie. Le pays présente deux points faibles : une faible couverture vaccinale systématique et des zones où la surveillance est constamment insuffisante. En 2009, une chaîne de transmission est restée non décelée pendant un an à cause de lacunes au niveau de la surveillance. Ceci ne doit pas se reproduire. La surveillance a été améliorée dans de nombreuses zones, mais il reste encore des lacunes inquiétantes.

La République démocratique du Congo a également été hantée par les poliovirus circulants dérivés de souches vaccinales. Avec 17 cas, elle recense le nombre le plus élevé de cas de PVDVc au monde cette année. Cette chaîne de transmission semble désormais avoir été stoppée, mais son occurrence témoigne de l'insuffisance de la couverture vaccinale.

La province du Katanga reste la priorité pour les actions d'éradication de la poliomyélite. Il s'agit du lieu de transmission des PVDVc. Au Katanga, 50 % des enfants manqués le sont encore à cause d'un refus de la vaccination, ceci représente quatre fois la moyenne nationale et la plus grande proportion au monde. Des progrès encourageants ont été réalisés. L'envoi massif de plus de 18 000 mobilisateurs sociaux dans la province a permis d'informer plus de parents sur les campagnes de vaccination dans celle-ci que partout ailleurs dans le monde. Au cours du semestre de janvier à juin, le pourcentage total des enfants manqués à cause du refus des parents a baissé de 10 % à 4 %.



La République démocratique du Congo a accompli des progrès significatifs par rapport à son programme d'éradication de la poliomyélite. Nous incitons le pays à poursuivre ces améliorations et à veiller à ce que l'insécurité croissante qu'il connaît à l'est ne déstabilise pas les avancées réalisées. Perdre la trajectoire d'amélioration actuelle serait une calamité.

EN BREF

La République démocratique du Congo doit poursuivre ses améliorations



Inde

EN BREF

La fierté du Programme : la poliomyélite est éradiquée en Inde, mais le risque d'importation demeure

Un bel héritage pour la santé publique - s'il est correctement géré

L'Inde aide les pays d'endémie restants

Les plans d'action d'urgence de l'Inde doivent être de tout premier ordre

Cela fait huit mois que l'Inde s'enorgueillit d'avoir été rayée de la liste des pays d'endémie. Des arrangements sont en cours pour certifier l'éradication de la poliomyélite dans la région du sud-est asiatique en 2014. Cette certification régionale sera un événement historique à célébrer, mais n'aura pas d'effet concret sur le risque. L'Inde restera un pays à haut risque tant que la transmission de la poliomyélite se maintiendra ailleurs dans le monde et, de fait, chez ses voisins les plus proches. Le Programme de l'Inde doit maintenir son niveau extrêmement élevé de couverture vaccinale et de surveillance.

À l'heure actuelle, il examine attentivement la question de l'héritage ou de ce qui devrait suivre. Le défi de l'éradication de la poliomyélite en Inde a été sans précédent et a exigé l'élaboration d'un programme sophistiqué. Ceci a généré des actifs précieux - d'ordre humain, organisationnel, logistique et sur le plan de la réputation - dont il convient de saisir la grande valeur pour améliorer la santé des personnes en Inde.

Conformément à notre recommandation précédente, les professionnels de l'éradication de la poliomyélite en Inde apportent désormais leur aide aux pays d'endémie restants. Nous encourageons vivement le maintien de ce soutien transfrontalier et souhaitons qu'il soit étendu dans la plus grande mesure possible.

Si le poliovirus est réimporté en Inde, il faudra la riposte la plus rapide possible pour stopper le rétablissement de la transmission. Le plan d'action d'urgence du Programme vise à monter une campagne de vaccination en sept jours face à un tel événement. Ces plans doivent être actualisés et être prêts à être utilisés. L'élan derrière cette approche ne doit pas s'estomper au fil des mois.

Nous recommandons que l'Inde planifie un exercice de simulation pour tester l'état de préparation de ses plans de riposte d'urgence. Nous recommandons que cet exercice débute à une date non annoncée au milieu de l'année 2013, en choisissant au hasard un échantillon de districts et en procédant à un examen en temps réel, à partir de cette simulation, de la capacité du pays à riposter d'urgence.



Nigéria

EN BREF

Explosion des cas de poliomyélite dans les États du nord

Seul un tiers des enfants reçoit le vaccin polio oral de type 3 lors des campagnes de vaccination systématique

Plus de 105 000 enfants manqués

Importance cruciale des réunions de bilan le soir

Sanctuaries

Kano, Katsina et Kaduna

Ces États au cœur du nord du Nigéria ont assisté à une explosion de la poliomyélite en 2012. Ensemble, ils ont recensé 59 cas cette année, ce qui représente 60 % du nombre total de cas au Nigéria.

La micro-planification n'a été satisfaisante dans aucune des 44 zones de gouvernement locales (LGA). Pour y remédier, le Programme mène un examen approfondi des micro-plans et procède à des exercices de vérification sur le terrain. La couverture vaccinale systématique est également très faible : seulement 33 % des enfants reçoivent trois doses de vaccin polio oral. De ce fait, il n'y a pas de filet de sécurité pour les enfants qui ne sont pas atteints pendant les opérations de vaccinations supplémentaires. Le Programme informe de plus en plus les Présidents des zones de gouvernement locales de l'importance de la vaccination systématique, mais doit renforcer substantiellement cette activité.

Sokoto et Zamfara

Le poliovirus garde prise de façon tenace dans ces deux États du nord-ouest. Rien que dans le Sokoto, plus de 105 000 enfants ont échappé aux campagnes d'octobre 2012.

L'engagement insuffisant du Gouverneur de l'État du Sokoto était auparavant un problème. Nous sommes heureux d'apprendre qu'il a lancé personnellement les campagnes de juin et de septembre et a fourni des équipements fortement nécessaires comme des réfrigérateurs solaires. Nous espérons que ceci se poursuivra et que d'autres Gouverneurs d'État suivront cet exemple. Le Programme a maintenant identifié que la mauvaise qualité des réunions de bilan le soir constituait un problème. Ces réunions sont extrêmement

importantes pour assurer le succès d'une campagne de vaccination. Il est nécessaire de procéder à des améliorations d'urgence à cet égard.

Borno

Le nord-est de Borno est confronté à une situation instable sur le plan de la sécurité et à la nécessité de mettre en œuvre des changements programmatiques. Le courage et le dévouement du personnel dédié au programme pour l'éradication de la poliomyélite, qui continue à servir ces communautés dans ces conditions difficiles, méritent les plus hauts éloges.

Les membres d'un groupe respecté de femmes islamiques ont été engagés pour travailler dans des zones où la sécurité est précaire et s'avèrent être un précieux atout. Une saison des pluies perturbée a aussi créé des problèmes d'inaccessibilité. Le programme a mené des campagnes d'administration d'une dose supplémentaire dans un intervalle court au mois de mai pour atténuer son impact sur la couverture vaccinale. La saison des pluies a également coïncidé avec un afflux de nomades. Le Programme a fourni des ressources supplémentaires pour permettre de vacciner ces enfants n'ayant souvent reçu aucune dose. Atteindre tous ces nomades est une priorité essentielle.

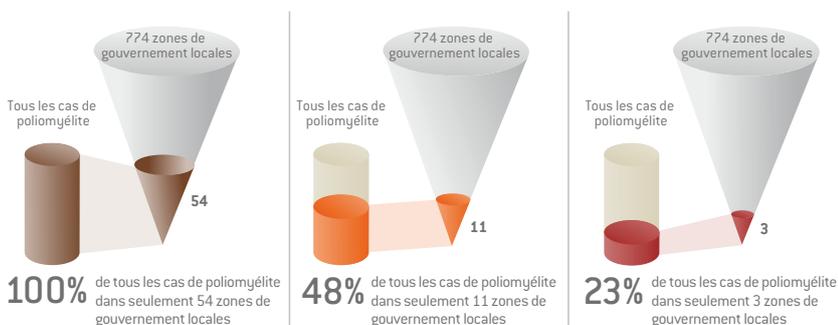
Des sanctuaires dans les sanctuaires

Au premier coup d'œil, les sanctuaires du poliovirus identifiés ci-dessus laissent entendre que les cas de poliomyélite sont uniformément répartis dans tout le nord du Nigéria. En creusant un peu plus profondément cependant, on se rend compte que ce n'est pas le cas.

En fait, les cas de poliomyélite sont fortement concentrés dans un nombre relativement limité de districts (figure 9). En effet, 23 % des cas de poliovirus en 2012 ont été décelés dans seulement trois zones de gouvernement locales : Katsina, Batsari et Minjibar.

Et c'est l'objet du modèle du sanctuaire : repérer précisément les zones où le virus persiste, comprendre l'ensemble spécifique de raisons pour lesquelles il persiste et formuler la série appropriée d'interventions pour atteindre chaque enfant manqué. Plus le Programme nigérian réussira à repérer ces « sanctuaires dans les sanctuaires », plus il sera en mesure de cibler ses efforts et plus la transmission pourra être arrêtée rapidement.

Figure 9. Le plus grand nombre menacé par le plus petit nombre : les cas de poliomyélite au Nigéria sont fortement concentrés sur le plan géographique



Un personnel courageux et dévoué

Un groupe de femmes islamiques faisant un excellent travail

Des cas de poliomyélite concentrés dans un très petit nombre de districts

EN BREF

Le monde a les yeux rivés sur le Nigéria : la récente hausse des cas de poliomyélite a engendré de sérieuses préoccupations, mais un engagement et une action solides sont en place

Un tiers des enfants paralysés ont été victimes du refus du vaccin

Envergure désespérément faible de la mobilisation sociale

Donner à la communauté ce dont elle a besoin, en même temps que des gouttes de vaccin contre la poliomyélite

Analyse nationale

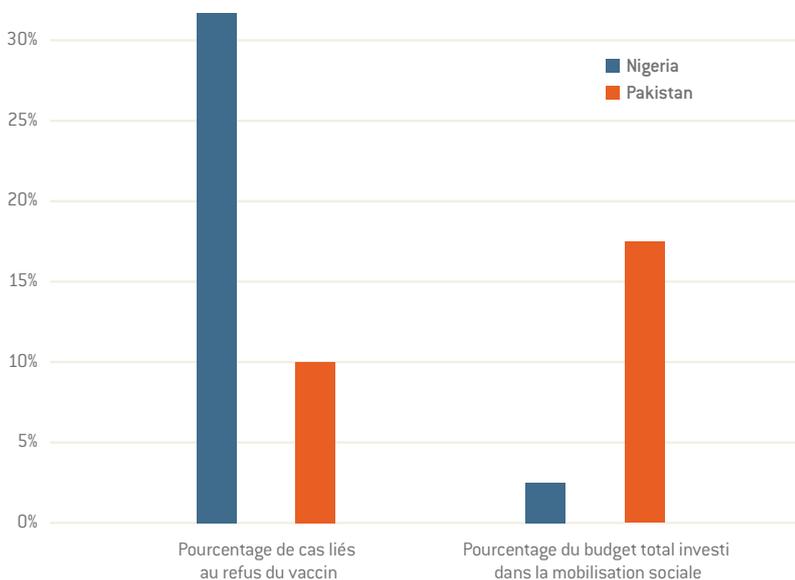
Quiconque connaît l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite surveille le Nigéria plus attentivement que n'importe quel autre endroit ailleurs dans le monde. En 2012, l'augmentation de la poliomyélite dans ce pays a créé un douloureux contraste par rapport au terrain gagné dans tous les autres. Après deux années consécutives de hausse du nombre de cas, le désir de chacun - et d'autant plus des responsables du Programme nigérien dont l'engagement est fort - est de le voir baisser l'an prochain. De nouvelles mesures bénéficiant de la confiance de la direction de l'IMEP sont mises en place.

Il est évident qu'il y a encore des problèmes fondamentaux dans le Programme nigérien. Des communautés entières sont laissées de côté dans les micro-plans. La détection de virus orphelins souligne l'existence de lacunes majeures dans la surveillance. Et un tiers des enfants paralysés par la poliomyélite en 2012 n'ont pas été vaccinés parce que leurs parents ont refusé.

Le CSI a été préoccupé d'apprendre que les dépenses en mobilisation sociale sont plus faibles dans le Nigéria que dans les autres pays où le refus pose relativement moins de problème (voir figure 10). Les refus explicites ne sont que l'arbre cachant la forêt. « Enfant absent », telle a été la raison invoquée pour 66 % des enfants manqués dans le Katsina au cours de la campagne de juillet. Il peut être plus facile pour une mère d'avancer cette excuse que de refuser carrément le vaccin.

Il faut développer davantage les efforts d'engagement de la part des communautés. Même les éléments de base, comme les affiches et bannières sur la poliomyélite, ont brillé par leur absence. Nul n'ignore que la poliomyélite est rarement au premier rang des préoccupations d'une mère nigérienne. Le Programme doit donc ouvrir ses oreilles pour comprendre ce qui importe le plus, à savoir les besoins spécifiques de chaque communauté, et y répondre. Une communauté furieuse en raison de la quantité d'ordures dans ses rues ? Envoyer des camions sanitaires avec des équipes de vaccination. Un village sans eau potable ? Proposer du chlore avec le vaccin contre la poliomyélite. Un bidonville souffrant d'une flambée de diarrhée infantile ? Fournir une solution de réhydratation par voie orale par le biais des mobilisateurs sociaux pour la poliomyélite

Figure 10. Un illogisme flagrant : le financement de la mobilisation sociale au Nigéria est considérablement en-deçà du niveau exigé par l'incidence des cas liés au refus du vaccin.



EN BREF

Les Présidents des zones de gouvernement locales doivent tout simplement présider les réunions de leur groupe spécial

Signes précurseurs d'une reprise du Programme : des améliorations sont effectuées

Le pouvoir d'éradiquer la poliomyélite et la responsabilité à cet égard se trouvent désormais entre les mains des Présidents des zones de gouvernement locales et des chefs traditionnels

L'engagement doit se transmettre du niveau national au niveau local

Un partenariat solide entre les Présidents de zones de gouvernement locales et les chefs traditionnels est une formule gagnante

Si le Nigéria s'approprie véritablement le Programme (dans le même style que l'Inde), l'éradication suivra rapidement

Le leadership et l'engagement des Présidents des zones de gouvernement locales et des chefs traditionnels sont cruciaux. Dans certains endroits, ces personnes sont fortement engagées. Mais dans nombre d'autres, ils ne président même pas les réunions du groupe spécial de leur zone de gouvernement locale, qui sont au cœur de la préparation et de la mise en œuvre des campagnes. Dans l'État de Katsina, seulement 12 des 34 Présidents de zones de gouvernement locales ont assisté aux réunions de bilan le soir au cours de la dernière campagne de vaccination.

Mais malgré tout ce qui ne va pas encore, il semble que le programme pour l'éradication de la poliomyélite du Nigéria évolue dans le bon sens. Le pays a procédé à une sérieuse augmentation des effectifs. Il a entamé une micro-planification maison par maison. Les améliorations sont apportées d'une campagne à l'autre par l'analyse détaillée des feuilles de pointage des vaccinateurs. Les populations nomades sont en cours d'identification : plus de 1 500 « nouveaux » campements jusqu'à présent. Les équipes de vaccinateurs ont été restructurées et leur charge de travail a été rationalisée. Le Programme a accueilli volontiers ses collègues en provenance de l'Inde et tire des enseignements de leur expérience. Il y a une énergie retrouvée et ces développements sont prometteurs.

La capacité de mettre fin à la transmission de la poliomyélite est désormais entre les mains de tous dans la chaîne allant du Président au vaccinateur. Les chefs traditionnels et les Présidents des zones de gouvernement locales du nord du pays jouent un rôle particulièrement important. Ce sont eux qui peuvent être à la tête de l'éradication de la poliomyélite en Afrique. Le rôle de tous les autres est de les encourager et de les aider dans ce sens. L'expérience ailleurs montre que les données - et leur qualité - seront importantes pour inciter ces personnes à agir.

L'engagement des responsables nationaux doit être transmis vers le bas et se refléter dans celui des chefs locaux. À titre de mesure pratique, il serait peut-être utile que la personne à la tête du groupe spécial de l'État téléphone toutes les semaines aux responsables de chaque zone de gouvernement locale à haut risque pour contrôler régulièrement les progrès réalisés ? Il est encourageant de voir que le Président cherche personnellement à connaître les zones de gouvernement locales affichant de bonnes performances et les autres.

Les chefs traditionnels constituent un réseau hautement compétent et sont très respectés par leurs communautés. Il faut les investir du rôle crucial qu'ils peuvent indubitablement jouer. Le solide leadership du Sultan de Sokoto est admirable : il dirige les chefs traditionnels de façon à ce qu'ils s'approprient le Programme d'éradication de la polio. Une relation forte, d'égal à égal, entre les Présidents des zones de gouvernement locales et les chefs traditionnels est le fondement d'une équipe gagnante.

Ce qui se passe au Nigéria est préoccupant à l'échelle mondiale, mais l'est avant tout pour les Nigériens. Peu importe le nombre de leaders mondiaux rendant visite au Président, peu importe les rapports que nous rédigeons et peu importe ce que peut dire tout autre individu, la seule chose qui transformera le Programme d'éradication de la poliomyélite au Nigéria est l'existence d'une masse critique de personnes (parents, leaders et personnes influentes) s'emparant réellement de cette mission d'éradication pour se l'approprier. Si cela se produit, le Nigéria arrivera à se débarrasser rapidement de cette maladie.

EN BREF

Il y a bon espoir que de nouvelles mesures se traduisent par un fort impact sur le nombre de cas

Le nouveau Centre d'opérations d'urgence est particulièrement apprécié

Un nombre de cas inférieur doit être recensé en 2013 : pas de si, ni de mais

Il nous est demandé de procéder à une évaluation des progrès réalisés par le Programme. Il s'agit d'une évaluation difficile à faire. Manifestement tous les ingrédients sont réunis pour permettre des améliorations programmatiques, mais nous continuons à entendre parler de problèmes fondamentaux. Il y a des preuves laissant entendre que le nombre d'enfants manqués a baissé, mais ces preuves ne sont pas uniformes. Le résultat doit être le nombre de cas de poliomyélite que nous constatons. Mais si cette tendance doit s'inverser, les signes précurseurs de l'amélioration que nous entrevoyons maintenant devront être encouragés et devront continuer à se développer.

Nous nous réjouissons de l'établissement d'un Centre des opérations d'urgence à la pointe du progrès au Nigéria. Ceci offre une occasion unique aux experts du monde entier de s'engager aux côtés de l'équipe nigériane et de la soutenir (par leurs encouragements et leurs conseils) pendant qu'elle effectue ce travail vital.

Nous recommandons qu'un flux audiovisuel continu soit diffusé en direct depuis le Centre des opérations d'urgence du Nigéria, avec un moyen permettant aux experts de la poliomyélite du monde entier et au CSI d'observer la situation et de formuler des commentaires à tout moment.

Le Nigéria sera peut-être le dernier pays au monde touché par la poliomyélite. Personne au Nigéria ne souhaite que le nom du pays soit synonyme de poliomyélite. Le Nigéria, en tant que nation, ne peut se permettre de connaître une autre année d'augmentation de la transmission. Le leadership du Programme d'éradication de la poliomyélite dans le monde et celui du Nigéria sont fermement convaincus que le nombre de cas de poliomyélite diminuera en 2013. Le CSI se réjouit de cette nouvelle détermination.



Pakistan

EN BREF

Le Khyber Pakhtunkhwa est le « super sanctuaire » du Pakistan

Proposition de doubler le salaire des travailleurs en première ligne : ceci doit être fait

Sanctuaries

Khyber Pakhtunkhwa (KP)

Le Khyber Pakhtunkhwa est le « super sanctuaire » du Pakistan. Il a connu une hausse marquée de la poliomyélite au cours du second semestre 2012. Il représente 40 % de tous les cas de poliomyélite au Pakistan et 46 % des villes et districts infectés dans ce pays cette année. Une performance irrégulière au niveau du sous-district, une mauvaise mise en place de la stratégie pour la population de migrants et l'absence de campagnes de vaccination supplémentaires pendant la saison où la transmission est faible sont autant d'éléments ayant contribué à cette hausse. Il est inquiétant de constater que 50 000 enfants ont échappé à la vaccination durant les campagnes de septembre. Deux campagnes à l'échelle de la province sont prévues en novembre et décembre. Celles-ci devront être d'une qualité nettement supérieure si elles veulent avoir l'effet souhaité.

La proposition de doubler le salaire des travailleurs en première ligne en janvier et de leur attribuer des primes pour leurs bonnes performances est fort appréciée. Si elle est mise en œuvre, ceci incitera davantage les équipes de vaccination à éliminer tous les obstacles pour atteindre les enfants les plus vulnérables. Si le Premier Ministre a accepté d'accroître la fréquence des campagnes, nous sommes préoccupés parce que l'apport de ressources financières à l'appui de celles-ci doit encore être confirmé.

Travailler avec les communautés sera vital pour étouffer la hausse récente du nombre de cas. Le Programme a identifié, à juste titre, la nécessité de mettre en place de solides campagnes dans les médias pour engager les communautés avant le déroulement des nombreuses campagnes de vaccination. Il serait utile de trouver d'autres moyens de communiquer et de collaborer avec les communautés.

Plus de 200 000 enfants innocents mis en danger par les groupes opposés au gouvernement

Le refus est encore un problème majeur

Des signes prometteurs : baisse au niveau de la détection du virus

Réunir tous les partenaires autour de la table pour aborder des questions difficiles est une excellente mesure

Gadap : une zone minuscule, mais un énorme problème

Convaincre les familles pachtoues est encore essentiel pour réussir

Zones tribales sous administration fédérale (FATA)

Dans les zones tribales sous administration fédérale, la vie de 203 000 enfants innocents a été mise en péril par les actions de groupes opposés au gouvernement qui ont interdit les vaccinateurs contre la poliomyélite du nord au sud du Waziristan. La protection des enfants les plus vulnérables du Pakistan devrait être une cause universelle. Il est encourageant de noter cependant que le nombre d'enfants inaccessibles dans le Tehsil de Bara dans l'Agence de Khyber a réellement diminué ces derniers mois : il est passé de plus de 46 000 en janvier 2012 à moins de 18 000 en septembre 2012. La meilleure coopération entre les civils et l'armée en est l'une des principales raisons. Le Programme devrait s'efforcer de maximiser ce partenariat.

Sur cette toile de fond, le Programme dans les zones tribales sous administration fédérale ne doit pas perdre de vue la nécessité d'améliorer d'autres aspects de la préparation et de la mise en œuvre des campagnes. Les efforts visant à accroître l'accessibilité seront anéantis si les campagnes sont mal exécutées ou si les mères refusent le vaccin. Les analyses montrent que la probabilité que les parents refusent le VPO dans ces zones est 40 % plus élevée que dans les autres parties du pays.

Bloc de Quetta (Pishin, Killa Abdullah et ville de Quetta)

Le bloc de Quetta montre des signes prometteurs. Aucun poliovirus sauvage n'a été identifié par la surveillance environnementale en février 2012. Un seul cas de poliomyélite a été décelé depuis la dernière réunion du CSI en mai 2012. Mais tout ne va pas pour le mieux. Dans le district de Killa Abdullah, 22 % des enfants ont échappé à la vaccination au cours des campagnes de juillet. Et la détection récente de cas de poliomyélite dérivés des souches vaccinales dans le Bloc de Quetta souligne les lacunes continues dans la couverture vaccinale.

Nous félicitons le gouvernement d'avoir apporté un financement d'un montant équivalent à celui de l'IMEP pour les vaccinateurs, ce qui double leur salaire global. Ces salaires plus élevés attireront des vaccinateurs de meilleur niveau, qui s'efforceront davantage de trouver le dernier enfant pour le vacciner. L'implication constante du Secrétaire en chef et d'autres hauts responsables est aussi importante et effectivement cruciale pour que les récentes améliorations se poursuivent et se généralisent dans le Bloc de Quetta. La formation d'une « Consultation de toutes les parties en situation de crise », y compris des chefs religieux, est une innovation appréciée. Nous attendons avec intérêt des nouvelles de son impact.

Gadap à Karachi

Gadap à Karachi (en particulier l'Union Council 4) dans le sud du Pakistan reste une épine dans le pied du Programme d'éradication de la poliomyélite dans le monde. Il est extrêmement frustrant pour tous ceux qui participent au Programme de voir qu'une petite zone géographique comme celle-ci peut venir à la rescousse du poliovirus. Bien qu'aucun cas de poliomyélite n'ait été recensé depuis novembre 2011, les tests des échantillons environnementaux restent positifs.

À la suite d'un accident majeur lié à la sécurité en juillet 2012, Gadap a été déclaré « zone interdite » pour le personnel des Nations Unies. Il convient de rendre hommage au commissaire de district et à son équipe qui ont assuré le maintien des campagnes de vaccination pendant cette période. Les communautés pachtoues restent encore sous-vaccinées : 89 % des enfants ont été vaccinés dans une seule zone pachtoune de l'UC-4, par rapport à plus de 97 % des enfants dans les zones comprenant plusieurs ethnies.

Le programme doit continuer à faire des efforts acharnés pour engager les familles pachtounes. À son crédit, le Programme à Karachi semble avoir un talent pour engager les communautés dont d'autres parties du Pakistan pourraient tirer des enseignements. Le ramassage des ordures et les chars pour la communication parrainés par le Programme pour l'éradication de la poliomyélite, tout comme les dispensaires créés avec l'aide du Rotary, doivent être fortement félicités.

Analyse nationale

Il y a un an seulement, le programme pour l'éradication de la poliomyélite au Pakistan allait très mal. Le nombre de cas était dans une spirale ascendante. Son plan d'action relevait davantage du « plan » que de l'« action ». Un groupe entier de responsables des vaccinateurs sapaît les progrès. Nous avons indiqué qu'il y avait de sérieux dysfonctionnements dans le programme et que son approche devait être radicalement modifiée.

Un an plus tard, le panorama est très différent. L'engagement des responsables au plus haut niveau a servi de catalyseur aux progrès. Les indicateurs montrent que les enfants vaccinés au cours des campagnes sont plus nombreux, que les refus de la vaccination diminuent et que la surveillance s'améliore. Il y avait 132 cas à la même époque l'an dernier et ce chiffre est descendu à 47 seulement en 2012.

La couverture vaccinale et la surveillance doivent toutes deux être améliorées. La surveillance environnementale révèle une transmission dans les provinces du Punjab et du Sindh, mais aucun cas n'a été recensé. L'analyse virologique confirme la persistance de lacunes dans la surveillance. Trop d'enfants échappent encore aux vaccinateurs, en particulier les enfants pachtounes.

De nombreuses avancées programmatiques ont été réalisées, dont deux sont à souligner. Le gouvernement contracte actuellement un emprunt de 227 millions de dollars auprès de la Banque de développement islamique pour financer les opérations d'éradication. Une démonstration significative de son engagement. Il a aussi augmenté le salaire des vaccinateurs dans certaines zones clés et établi un mécanisme de paiement direct pour assurer qu'ils reçoivent l'argent qui leur est dû. Ce dernier a rencontré une certaine résistance de la part d'éléments perturbateurs qui profitaient auparavant des méthodes de décaissement moins transparentes. Il s'agit là d'un signe positif montrant que le paiement direct produit les effets désirés. Nous incitons le Programme à tenir bon à l'égard ces personnes inutiles.

Le Programme s'est établi sur une trajectoire d'amélioration, mais il a encore deux défis de nature très différente à affronter.

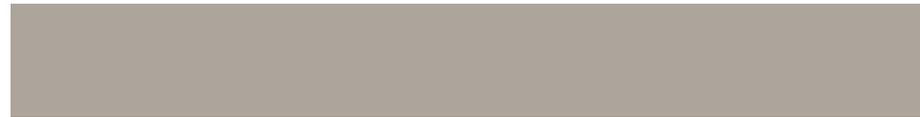
Le premier sont les élections nationales à venir. Nous avons vu au Nigéria et ailleurs à quel point les élections peuvent perturber les actions d'éradication de la poliomyélite. On aurait affaire à une parodie si les progrès impressionnants accomplis par le Pakistan au cours des douze derniers mois étaient anéantis à cause de l'inattention des personnes mêmes dont l'autorité a contribué de façon significative aux récentes améliorations. Les préparatifs visant à protéger le Programme d'éradication de la poliomyélite de toute perturbation liée aux élections nationales doivent être infaillibles. Nous savons que des préparatifs sont effectués au niveau national, mais nous sommes aussi fortement préoccupés par les sérieuses perturbations susceptibles de se produire au niveau local.

Amélioration réelle au Pakistan : nombre de cas diminué de moitié cette année

Des lacunes persistent dans la surveillance

L'emprunt auprès de la Banque de développement islamique est un vrai signe de l'engagement du gouvernement

Les perturbations liées aux élections sont une préoccupation majeure



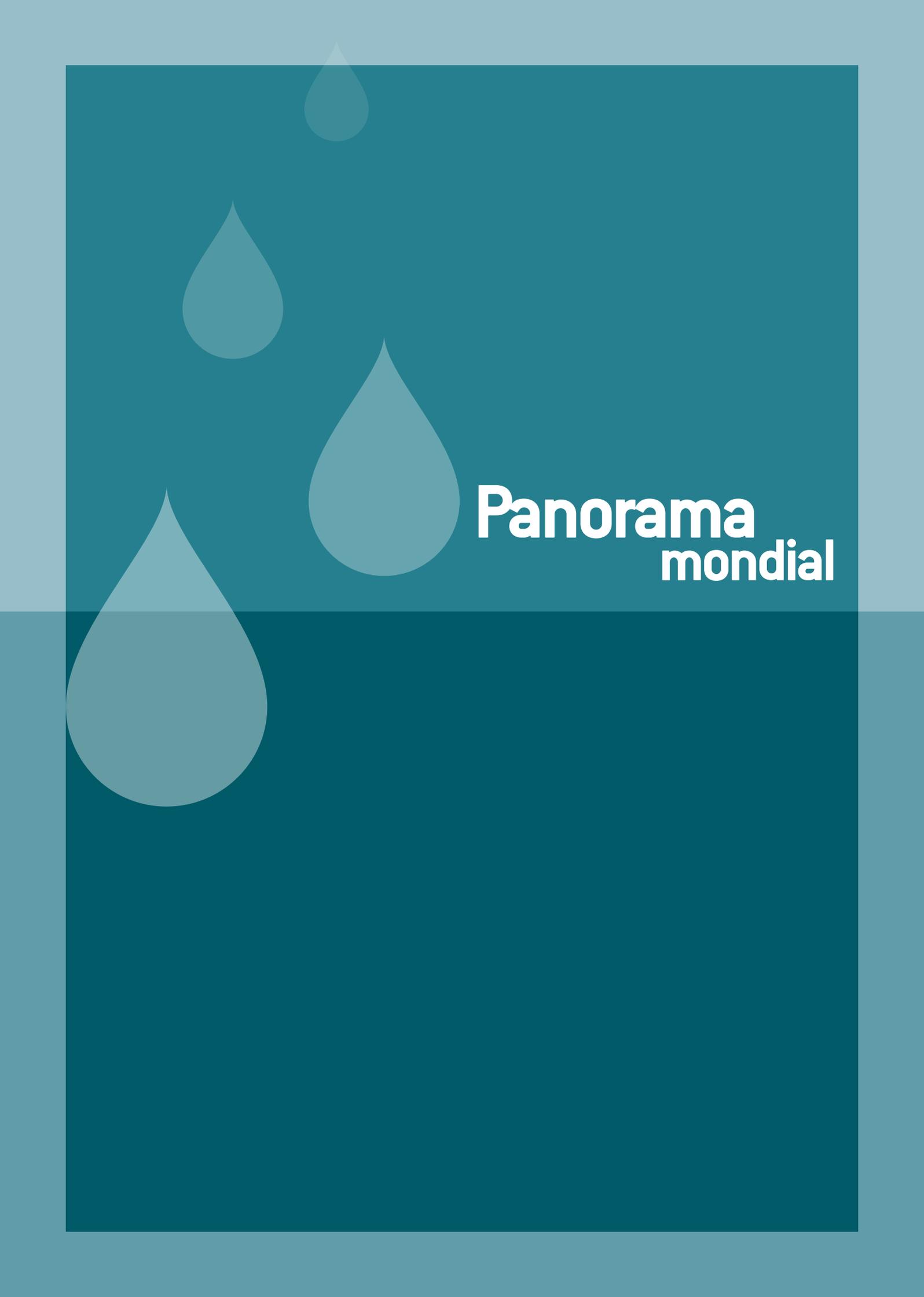
Le second défi important est la question de la sécurité et l'accès. La poliomyélite est devenue un échiquier politique au Waziristan. À Karachi et à Quetta, l'assassinat de deux membres du personnel de lutte contre la poliomyélite est un rappel important et tragique du courage du personnel dédié à ce combat dans de nombreux lieux. Le Programme prend les bonnes mesures pour faire face à ces deux situations, mais celles-ci confèrent une nouvelle complexité regrettable aux défis posés par l'inaccessibilité.

Le CSI félicite le Pakistan et ses organismes partenaires pour les progrès réalisés contre la poliomyélite l'an dernier. Nous souhaitons ardemment que la même détermination et la même souplesse soient appliquées pour relever le défi lié à l'insécurité et que tout soit fait pour empêcher que les élections n'anéantissent les progrès.

EN BREF

Les héros de lutte contre la poliomyélite sont une inspiration pour le Programme dans le monde

Ces solides progrès doivent être maintenus

The background is a solid teal color. There are four stylized water droplets of varying sizes and positions. One is at the top center, one is to the left of the center, one is in the center, and one is on the left side, overlapping the bottom edge of the teal area.

Panorama mondial

PANORAMA MONDIAL

Nous avons identifié huit préoccupations que le Programme doit aborder de façon urgente.

Puis nous avons envisagé la question « Que se passera-t-il ensuite ? », comme il est maintenant certain que le Programme n'attendra pas son objectif d'arrêt de la transmission à fin 2012.

1. Les États membres de l'OMS exigent que tout enfant ou adulte sortant d'Afghanistan, du Nigéria et du Pakistan ait un certificat de vaccination contre la poliomyélite pour réduire le risque substantiel de propagation du virus aux pays qui s'en sont débarrassés.

Depuis le début de 2010, il y a eu 19 flambées épidémiques dans des pays exempts du virus. Le risque d'autres flambées est encore à un niveau inacceptable. Outre les coûts humains et financiers, les flambées détournent l'attention de la poursuite de l'éradication de la poliomyélite de façon inutile et démoralisante. Il convient de les prévenir.

Il semble essentiel d'assurer que les personnes venant d'un pays d'endémie et se rendant à l'étranger aient été vaccinées contre la poliomyélite. Pour répondre à notre recommandation précédente, l'Organisation mondiale de la Santé a examiné comment le Règlement sanitaire international pouvait être utilisé à l'appui. Nous sommes d'accord avec son évaluation : une « recommandation permanente » est le meilleur mécanisme disponible. Certains percevront cela comme une mesure extrême, mais elle est nécessaire. Ce n'est d'ailleurs pas l'utilisation la plus extrême du Règlement sanitaire international qui aurait pu être proposée.

Compte tenu du risque élevé de propagation et des dégâts qu'elle ferait, nous pensons que cette mesure doit être introduite d'urgence et qu'elle est cohérente par rapport à l'état d'« urgence » de la transmission continue de la poliomyélite et de la menace que constituent les pays d'endémie pour les autres.

Nous recommandons que le Comité d'experts du Règlement sanitaire international émette en urgence une recommandation permanente en mai 2013 qui introduira la vaccination ou des contrôles de la vaccination avant les voyages en Afghanistan, au Nigéria et au Pakistan jusqu'à ce que la transmission à l'échelle nationale soit stoppée. Aucun pays ne devrait autoriser un citoyen d'un État d'endémie à traverser les frontières sans disposer d'un certificat de vaccination valide.

2. Pour optimiser le rythme des améliorations au cours des six prochains mois, chaque pays affecté devra établir des objectifs prioritaires mieux définis et s'assurer de les réaliser.

De 2011 à 2012, le nombre de cas de poliomyélite dans le monde a diminué de moitié. À la veille de l'année 2013, le programme de chaque pays d'endémie est dans une position plus solide qu'il ne l'était il y a un an. Les six prochains mois constituent un moment crucial : la basse saison pour la transmission de la poliomyélite offre l'opportunité de gagner encore du terrain avant le début de la haute saison.

De futures flambées épidémiques menacent l'objectif d'éradication

Un certificat de vaccination contre la poliomyélite pour les voyageurs en provenance des pays d'endémie

La basse saison sur le plan de la transmission constitue une opportunité en or

Les plans d'actions des pays ne doivent pas être « l'arbre qui cache la forêt »

L'expérience de l'Inde peut aider à sélectionner les actions prioritaires

La préparation est essentielle pour réussir une campagne

Lors de sa réunion, le CSI a écouté les présentations de chaque pays affecté représenté. Nous avons été impressionnés par les vastes plans d'action de chaque pays. Mais, souvent, il n'a pas été facile d'identifier les priorités. Si les actions avec le plus fort impact potentiel ne se voient pas accorder explicitement une priorité, elles risquent de se perdre dans la masse.

Dans le Programme d'éradication de la poliomyélite dans le monde, les délais prévus pour la mise en œuvre des changements essentiels sont trop souvent dépassés. Une réunion après l'autre, par exemple, il nous a été dit : « L'augmentation des ressources humaines est presque achevée. Nous devons nous assurer maintenant que ces effectifs soient correctement gérés et formés. »

Le programme de chaque pays, avec ses partenaires, doit établir une liste brève et claire des objectifs prioritaires au cours des six prochains mois. Les autres actions doivent être poursuivies également, mais il convient de se focaliser sur ces priorités.

C'est aux pays - et non à nous - de les établir. Il est utile que certaines meilleures pratiques utilisées en l'Inde et ailleurs soient maintenant définies avec plus de clarté qu'auparavant, à la fois dans le plan d'action d'urgence 2012-2013 et lors de notre réunion. Les pratiques suivantes nous ont particulièrement frappés et nous ont semblé être des priorités importantes et efficaces :

- Replanifier tout le monitoring des campagnes de façon à ce qu'il ait lieu en même temps que la campagne et non après, et que les problèmes puissent être ainsi résolus en temps réel
- Veuillez à ce que toutes les réunions de groupe spécial d'un district sans exception soient intégralement présidées par l'autorité désignée.
- Effectuer le processus de micro-planification maison par maison.
- Veiller à ce que l'augmentation de personnel donne un résultat efficace, en procédant à un monitoring rigoureux.
- Procéder à un renforcement de la mobilisation sociale dans les zones enregistrant un nombre élevé de refus : enfants absents ou endormis, manque de sensibilisation aux campagnes ou hostilité envers le vaccin.

Nous recommandons que, dans les quinze prochains jours, les responsables du Programme en Afghanistan, au Nigéria, au Pakistan et au Tchad discutent du plan de leur pays et des meilleures pratiques ailleurs afin de rédiger, avec leurs partenaires, une liste de cinq objectifs prioritaires au maximum qu'ils réaliseront d'ici à fin avril 2013, de faire circuler ces objectifs auprès de tous les effectifs du programme et de maintenir l'attention et le rythme nécessaires pour les réaliser.

3. Quand les campagnes les unes après les autres laissent de côté les mêmes enfants, leur fréquence peut ne pas être le meilleur moyen de mettre fin à la transmission de la poliomyélite.

Pour l'observateur extérieur, les journées des campagnes de vaccination peuvent sembler la partie la plus importante et la plus impressionnante du Programme. Vacciner des millions d'enfants contre la poliomyélite en quelques jours seulement est effectivement un exploit remarquable. Mais il y a plus remarquable et plus important encore : le travail effectué entre

les campagnes. Le travail pour assurer que la campagne suivante ne laisse de côté moins d'enfants que la précédente ; pour mieux cartographier les communautés ; pour comprendre pourquoi des enfants échappent à la vaccination et trouver des moyens de les atteindre. Le travail pour mobiliser les gouverneurs et les parents en faveur de cette cause. Il s'agit du travail intelligent. Sans celui-ci, campagne après campagne, les mêmes enfants échappent à la vaccination et la poliomyélite subsiste.

Il y a des inconvénients à mener des campagnes trop fréquentes. Elles sont onéreuses. Elles sont fatigantes. Les parents commencent à demander pourquoi elles sont nécessaires. Le temps consacré à organiser une campagne est un temps qui peut être utilisé pour améliorer la qualité de la campagne suivante.

Il y a un compromis à faire entre la fréquence et la qualité des campagnes de vaccination. Ceci n'a pas été analysé de façon explicite. Il se peut que l'équilibre actuel soit le bon. S'il ne l'est pas, il s'agit là d'une question essentielle à résoudre. L'équilibre optimal est susceptible de varier d'un endroit à un autre. Quelle que soit la réponse, il est crucial que la priorité soit donnée à l'amélioration de la couverture d'une campagne sur l'autre et à la vaccination d'un plus grand nombre d'enfants manqués.

Nous recommandons qu'une analyse soit commandée en urgence pour examiner la relation entre la fréquence et la qualité des campagnes de vaccination afin de guider les décisions programmatiques sur l'intervalle optimum entre celles-ci.

4. Les mères et les pères jouent un rôle essentiel dans la réussite du Programme, mais n'ont pas voix au chapitre.

Il y a un changement qui à lui seul transformerait davantage le Programme que les autres. Un changement qui, s'il était rapidement mis en œuvre, mettrait fin à la transmission. Ce changement, c'est celui de la demande des parents pour le vaccin. Dans un programme d'éradication idéal, chaque mère devrait être dans la rue pour réclamer que son enfant soit vacciné ; elle devrait indiquer aux vaccinateurs les enfants manqués et faire des suggestions pour contribuer à la réussite de ce programme. Bref, l'éradication de la poliomyélite devrait être son objectif ; le programme lui appartiendrait tout autant qu'aux leaders de son pays.

L'idéal n'est pas accessible partout, mais il est possible de faire des pas en avant. Dans de nombreux pays, les messages du Programme dans les médias cherchent à développer un sentiment d'appartenance et de responsabilité partagée. Les mobilisateurs agissent de même auprès des personnes et des communautés. Mais on constate que les structures du pouvoir du Programme ne reflètent pas cela. Les systèmes ne donnent pas réellement la voix aux parents dans le Programme, ne recherchent pas leurs idées et ne se les approprient pas.

Dans chaque pays, la réunion du groupe spécial au niveau du district est désormais une étape importante dans la préparation de la campagne. Ce groupe spécial est manifestement un lieu où les mères pourraient davantage s'exprimer et être rapprochées du pouvoir. L'innovation non coûteuse consistant à les impliquer à ce niveau pourrait avoir un impact immédiat en générant des idées auxquelles personne n'avait pensé et en assurant que leur point de vue bien fondé soit entendu. Il pourrait aussi rapprocher le Programme de cette vision idéale dans laquelle celui-ci appartient aux parents.

Trop de campagnes : pas assez de temps pour procéder aux améliorations ?

Une demande profondément ancrée de la part des parents devrait rendre le poliovirus vulnérable

La voix des parents doit être entendue

Nous recommandons que chaque équipe spéciale (ou entité équivalente) au niveau des districts des pays d'endémie soit composée, entre autres, d'un parent représentant les parents du district.

5. Trop de communautés perçoivent la poliomyélite comme une obligation et non un bénéfice.

La poliomyélite est désormais une maladie rare. Grâce au travail de millions de personnes dans le cadre du Programme d'éradication au cours des 24 dernières années, cette maladie autrefois largement crainte est désormais un souvenir lointain pour la plupart des gens. Parallèlement dans les sanctuaires de la poliomyélite encore présents dans le monde, les pères et les mères font de leur mieux pour élever des enfants heureux et en bonne santé dans des conditions extrêmement difficiles. Les épidémies de rougeole et de malaria déciment des communautés. Les ordures s'empilent au coin des rues ou dans des égouts à ciel ouvert. Les aliments nutritifs, lorsqu'ils sont disponibles, sont souvent trop onéreux. Le rêve d'une éducation de base reste seulement un rêve.

Il n'est donc pas surprenant que, lorsqu'un vaccinateur frappe à la porte, comme cela s'est produit le mois dernier et le mois d'avant, les parents moyens les accueillent avec étonnement : « Pourquoi le vaccin contre la poliomyélite ? Et pourquoi pas autre chose ? Quelque chose dont mon enfant a vraiment besoin ? »

Ceux d'entre nous qui sont bien informés sur la poliomyélite connaissent la réponse. La poliomyélite présente encore un danger et, si nous n'allons pas jusqu'au bout du travail, des enfants dans le monde seront à nouveau menacés. Mais ces mères et ces pères ne vivent pas dans un futur hypothétique ; ils luttent ici et maintenant. Si le Programme pour l'éradication de la poliomyélite ne peut attirer les parents avec le vaccin à lui seul, il doit chercher la formule à offrir.

Le programme le sait. Il appelle cela « Polio-Plus » : le vaccin contre la poliomyélite plus un autre service. Néanmoins, traduire un discours en action pratique s'avère beaucoup plus difficile. Nous entendons souvent la même plainte : « La logistique est trop complexe ». Peut-être qu'aux yeux de ces personnes, polio-plus représente une instruction impossible à exécuter, consistant à délivrer tous les services avec le vaccin de la poliomyélite. Mais ce n'est pas ce qui est demandé. Le Programme pour l'éradication de la poliomyélite ne doit pas nécessairement livrer tous les articles figurant sur la « liste de courses » des parents, un seul serait déjà bénéfique. Il n'est même pas nécessaire que le Programme assure lui-même ce service supplémentaire : il doit s'engager activement avec d'autres partenaires et créer des alliances.

Nous incitons le Programme pour l'éradication de la poliomyélite à identifier, dans chaque communauté locale, un service prioritaire susceptible d'être proposé avec le vaccin et à assurer qu'il le soit. Il y a des exemples de meilleures pratiques à cet égard. Nous entendons parler de camions qui ramassent les ordures tandis que des équipes de vaccination arrivent dans leur sillage ; ou encore de moustiquaires distribués par des mobilisateurs sociaux en collaboration avec des programmes de lutte contre la malaria. Chaque communauté a sa propre série de besoins. Le Programme pour l'éradication de la poliomyélite doit les identifier

La perception de la menace de la poliomyélite est souvent faible

Nombre de communautés souhaitent désespérément obtenir d'autres services que le vaccin

Nombre d'opportunités manquées concernant l'association du vaccin à d'autres services

Administrer des gouttes de vaccin avec un autre service utile à la communauté concernée

et les utiliser à son avantage. Ce faisant, il réussira non seulement à vacciner davantage d'enfants, mais à améliorer les conditions de vie des communautés qu'il cherche à desservir.

Il y a une autre question qui présente une importance vitale : que se passe-t-il pour les enfants paralysés par la poliomyélite ? Quels sont les soins et l'aide qu'ils reçoivent ? Nous savons que le Programme se soucie profondément de chaque enfant atteint par la poliomyélite. S'il pouvait le démontrer de façon plus résolue, cela renforcerait sa relation avec les communautés (et, bien entendu, avec les enfants eux-mêmes).

Nous recommandons de saisir toutes les opportunités d'associer le vaccin de la poliomyélite à d'autres bénéfices en termes de santé et de voisinage.

6. Le Programme ne peut tolérer que des problèmes d'approvisionnement en vaccins dictent les moments auxquels les campagnes peuvent avoir lieu ou non.

Le CSI a rédigé cinq rapports avant celui-ci, couvrant différents aspects du Programme d'éradication de la poliomyélite dans le monde. Un aspect dont on a peu parlé est l'approvisionnement en vaccins. La distribution des vaccins contre la poliomyélite dans le monde entier est une entreprise logistique remarquable. Historiquement, l'offre et la demande étaient généralement équilibrées et un stock tampon de vaccins supplémentaires permettait d'assurer que le calendrier des campagnes soit fixé essentiellement selon leur nécessité et non selon la disponibilité du vaccin. Mais récemment, il y a eu des problèmes. De ce fait, les campagnes prévues fin 2012 et début 2013 ont été retardées. Le Programme prend des mesures claires pour rectifier la situation, mais cela révèle l'existence d'une vulnérabilité importante.

Les fabricants de vaccins jouent un rôle important dans le Programme. La valeur de leur contribution doit être reconnue. Parallèlement, ils doivent réaliser la responsabilité qu'ils ont. La nécessité de maintenir un approvisionnement de vaccins disponible devient d'autant plus importante que nous approchons de l'éradication. Il est vital que cet approvisionnement ne s'épuise pas trop rapidement. Le vaccin oral sera encore nécessaire pendant plusieurs années à venir et sa disponibilité en temps opportun est capitale.

Le CSI demande un rapport sur l'approvisionnement en vaccins à chacune de ses prochaines réunions.

7. Tirer des enseignements de l'éradication de la poliomyélite est un élément capital de l'héritage du Programme. Ceci doit être fait de façon exhaustive et rigoureuse, et démarrer maintenant.

Quelques questions :

- Quand la poliomyélite sera éradiquée, l'éradication d'une autre maladie devrait-elle être une priorité en matière de santé à l'échelle mondiale ?
- Si c'est le cas, que nous enseigne l'expérience tirée de la poliomyélite sur la façon dont cela devra être fait ?

Approvisionnement en vaccins : un problème hautement visible quand les choses vont mal

À mesure que l'on se rapproche de l'éradication, il ne faudrait pas que l'approvisionnement en vaccins s'épuise trop tôt

Que se passera-t-il après la poliomyélite ? Que peut apporter aux autres l'expérience tirée de celle-ci ?

Ces questions circulent et s'amplifieront brusquement après l'éradication de la poliomyélite. Des questions moins évidentes surgiront également : qu'est-ce que le programme peut nous apprendre sur le développement de soins primaires universels à l'échelle mondiale ? Le contrôle du tabac ? La lutte contre l'inactivité physique ? Tout ceci n'a rien d'abstrait. Il s'agit d'enseignements pratiques sur la façon de travailler en partenariat, de mobiliser les communautés et les donateurs et d'opérer à l'échelle voulue, et même - oserons-nous le dire ? - sur le rôle de la fonction de monitoring indépendant.

Nous avons souligné la nécessité de prévoir l'héritage pour la première fois en juillet 2011 et apprécions le fait que le Programme le fasse maintenant. Mais l'héritage ne se limite pas au matériel et va au-delà de l'infrastructure physique du Programme.

Il englobe également l'importante propriété intellectuelle accumulée depuis 1988. Ce vaste dépôt de connaissances et d'expérience ne doit pas rester confiné dans l'esprit des personnes remarquables ayant collaboré au Programme. Au moment où ce dernier commence à bâtir un plan stratégique concernant cet héritage, nous recommandons vivement que le recueil et la diffusion de ces connaissances rigoureuses soient un volet essentiel.

Nous soulignons ce point maintenant parce qu'il est nécessaire qu'il démarre dès que possible. L'Inde à elle seule apporte suffisamment d'enseignements pour des dizaines de projets de recherche utiles. Certains soutiennent que cela peut encore attendre, mais nous pensons que ces connaissances se dissiperont au fil des mois. Il est très rare que les programmes dédiés à la santé récupèrent correctement les enseignements à en tirer. L'éradication de la poliomyélite doit devenir une exception.

Le processus de recueil des connaissances - comme celui plus large de la planification de l'héritage - doit être inclusif. Il doit susciter l'intérêt des personnes ayant une expertise dans les domaines plus larges de la vaccination et au-delà.

Nous ne voulons pas dire par là que ce recueil des connaissances doit détourner l'attention des personnes qui travaillent à l'éradication de la poliomyélite. Celles-ci ont des priorités plus urgentes. Mais cela doit être une priorité pour d'autres.

Nous recommandons que le Programme accélère la planification et définisse comment collecter de façon rigoureuse et exhaustive les enseignements tirés de l'éradication de la poliomyélite, et indique comment superviser et financer cela, en se détournant le moins possible du travail actuel.

8. Le Programme d'éradication de la polio à l'échelle mondiale se focalise à juste titre sur l'arrêt de la transmission de la polio dans les quatre pays touchés, mais il ne doit pas perdre de vue les vulnérabilités ailleurs dans le monde.

Il serait dangereux de supposer que la poliomyélite restera confinée aux quatre pays qui en sont affectés. Les mouvements de populations et la faible immunité font qu'un grand nombre d'autres pays et zones risquent d'importer la poliomyélite, en particulier le Yémen, la Libye, la Corne de l'Afrique, la Somalie, l'Ukraine, l'Ouganda et le Kenya. Les pays bordant le Nigéria sont très préoccupants. Il y a des poudrières qui risquent de s'embraser bien trop facilement.

Le démarrage d'un bon recueil des connaissances ne peut attendre

Nombre pays exempts de la poliomyélite sont vulnérables à de nouvelles importations ; l'autosatisfaction s'insinue

Le CSI a souvent entendu ce type de préoccupations exprimé par des personnes ayant une connaissance approfondie de la qualité des programmes de vaccination et de la surveillance dans différentes parties du monde. Nous avons régulièrement interrogé le Programme d'éradication à l'échelle mondiale sur la situation dans les parties du monde actuellement exemptes de poliomyélite et avons été rassurés de voir qu'il connaissait les risques potentiels.

Cependant, le CSI estime que le contexte actuel, avec le poliovirus confiné dans un petit nombre d'endroits dans le monde, exige une approche plus affirmée. À défaut, nous courons le risque de voir tout l'excellent travail réalisé l'an dernier anéanti par des flambées épidémiques explosives, dangereuses et démoralisantes, qui détourneront l'attention.

Nous recommandons qu'une surveillance intensive de la poliomyélite soit établie dans les pays où le risque d'une flambée épidémique est le plus élevé. Nous recommandons aussi que les bureaux régionaux de l'OMS concernés émettent au cours du mois prochain un plan d'action visant à renforcer la couverture de la vaccination et la surveillance dans ces zones.

Fin 2012 : que se passera-t-il ensuite ?

Le programme finit l'année 2012 dans une situation complexe. Il a accompli de solides progrès et bénéficie d'un grand soutien. Mais il avait déclaré qu'il mettrait fin à la transmission de la poliomyélite dans le monde à cette date et n'a pas réussi.

Le Programme a commencé à développer ce qu'il appelle un « plan stratégique de phase finale 2013 - 2018 ». Le CSI a vu un avant-projet de ce document lors de sa réunion et émet des réserves sur cet avant-projet. Il manque de clarté et s'apparente davantage à un plan pour éradiquer le vaccin de la poliomyélite que pour éradiquer le poliovirus. Une semaine après notre réunion, un plan mis à jour a été présenté par oral au Groupe consultatif stratégique d'experts (Strategic Advisory Group of Experts ou SAGE) et cette version semble avoir été améliorée par rapport à ce que nous avons vu.

Pour atteindre l'objectif d'éradication, ce qu'il n'a toujours pas réussi à faire jusqu'à présent, le Programme a besoin d'un plan exemplaire. Celui-ci doit définir :

Une argumentation suffisamment persuasive pour justifier un investissement de 5,5 milliards USD.

Un plan crédible et, en particulier, un plan qui doit être soutenu par un investissement de 5,5 milliards USD, doit montrer de façon convaincante que le Programme est capable de réaliser dans les deux prochaines années ce qu'il n'a pas réussi à faire au cours de la dernière période du dernier plan stratégique. Ce n'est pas seulement une question d'optimisme. Et cela n'autorise pas non plus quiconque à prendre l'argent et à continuer à afficher des performances non satisfaisantes. Cette argumentation doit définir rigoureusement comment et quand le poliovirus sera éradiqué.

Une modélisation a été entreprise afin d'établir la rapidité avec laquelle la trajectoire actuelle de l'amélioration programmatique pourrait conduire à l'arrêt de la transmission. Le contrôle moderne des maladies infectieuses chez les populations humaines et animales est, dans sa majeure partie, basé sur la modélisation statistique. La modélisation n'est pas une simple extrapolation de la situation actuelle permettant d'obtenir une solide prévision de ce que sera l'occurrence de la maladie à l'avenir. Il y a des incertitudes. Certaines d'entre elles peuvent être intégrées au modèle. Mais il y a des événements imprévus et imprévisibles qui peuvent modifier totalement la trajectoire d'une maladie, sans pouvoir être intégrées à un modèle.

Un modèle dépend surtout de ses hypothèses. En formulant des hypothèses différentes, différents experts en statistique vont élaborer des modèles différents et, de ce fait, émettront des prévisions différentes. Il serait bon que ces diverses évaluations soient débattues de façon ouverte et scientifique, et analysées rigoureusement par des homologues. Ceci n'a pas encore eu lieu.

Le Programme peut souhaiter ou non bâtir son argumentation sur cette modélisation. S'il le fait, le modèle devra être soumis à un débat ouvert et à un examen. S'il ne le fait pas, son argumentation devra s'appuyer sur un autre fondement. Le Programme ne peut légitimement faire référence au modèle existant comme cela en passant, tout en laissant entendre qu'il devrait constituer un bon fondement pour créer la confiance.

L'éradication, une occasion qui ne se présente qu'une fois par génération, exige un plan qui ne se présente qu'une fois par génération

La demande d'un investissement de plusieurs milliards requiert une argumentation solide

Aucune modélisation n'est certaine : les marges d'erreur doivent être analysées

Un examen rigoureux par des pairs est la norme

EN BREF

Développer la narration : les bénéfices de l'éradication sont nombreux

Il n'y a pas de raison de craindre l'incertitude, mais celle-ci doit être solidement analysée

Des définitions explicites sont nécessaires

Éradication de la poliomyélite et vaccination systématique : construire l'argumentation de la politique une fois pour toutes

Convenir du budget correspondant

La narration du Programme est naturellement convaincante : la polio est une maladie effroyable... nous pouvons débarrasser le monde de celle-ci... et nous devons le faire. Mais cette narration est incomplète. Quels sont tous les avantages estimés d'une éradication réussie ? Des bénéfices humains, économiques ou en termes de développement ? Et ce qui est tout aussi important, quel est le coût de l'échec ? Ces points doivent être définis et quantifiés.

Pour finir, l'éradication de la poliomyélite est un objectif hautement complexe, sans réel précédent. Personne ne peut prouver qu'il sera atteint. Les donateurs réguliers du Programme ont la perception nécessaire pour le savoir et leur vision leur permet d'affronter l'incertitude. Mais cela n'empêche pas une analyse rigoureuse des faits tels qu'ils sont connus. Cette révision stratégique est l'occasion pour chacun de tester et d'affiner sa réflexion et, en faisant de ce processus une démarche inclusive, d'établir une solide base de soutien. Nous apprécions le fait que ceci ait déjà démarré, mais il faut aller plus loin.

Une terminologie claire

Étant donné que le plan évolue, il ne peut y avoir d'ambiguïté sur les définitions principales. Les termes de « phase finale », d'« héritage » et même d'« éradication » n'ont pas le même sens pour tout le monde. Leur signification pour le Programme doit être établie avec précision.

Un énoncé non ambigu d'une politique sur le vaccin soutenue par une argumentation

Les relations entre l'IMEP et la vaccination systématique sont depuis longtemps un terrain de complications et de tensions. Cette dernière a peu de respect pour le style et les méthodes d'un soi-disant « programme vertical ».

Le personnel financé par la lutte contre la polio apporte son assistance aux activités de vaccination systématique. Dans certaines zones, celle-ci s'effondrerait sans lui. Mais les campagnes de vaccination peuvent aussi détourner l'attention de la vaccination systématique. Chaque dose de vaccin donnée au cours d'une campagne de vaccination systématique bénéficie à l'initiative pour l'éradication de la poliomyélite. Néanmoins, les campagnes ciblées sur la poliomyélite sont aussi essentielles pour la stratégie d'éradication et il est difficile de se concentrer à la fois sur celles-ci et sur la vaccination systématique.

L'IMEP, qui travaille dans cette situation complexe, doit décider où elle se situe. Il y a essentiellement deux options :

- La première option pour l'IMEP est de se focaliser sur l'éradication de la poliomyélite principalement par le biais d'un programme vertical ciblé continu, en s'associant à la vaccination systématique, lorsque ceci est adapté au contexte local, et en planifiant l'héritage avec soin.
- La seconde option pour l'IMEP est d'être plus ambitieuse sur la façon dont elle peut contribuer à soutenir la vaccination systématique et s'intégrer aux programmes de vaccination nationaux ou travailler en étroite collaboration avec eux afin de maximiser son apport.

L'IMEP doit être absolument claire, en interne et à l'extérieur, sur celle de ses deux options qu'elle poursuit. Elle ne peut aspirer à réaliser la seconde option si elle n'a pas réellement le budget requis et si elle ne travaille pas en étroite coordination. L'évaluation de ces options

doit être ouverte et rigoureuse. Il doit y avoir une analyse objective du potentiel de l'IMEP à contribuer au renforcement de la vaccination systématique par son approche largement verticale des campagnes et par le financement et les ressources disponibles pour cela, afin d'éviter le risque d'exagérer l'impact positif que cela pourra avoir.

En plus de cela, il y a des problèmes importants sur la politique relative à la cessation de l'utilisation du vaccin antipoliomyélique oral trivalent, à l'utilisation du vaccin injectable, et ainsi de suite. Il s'agit de problèmes complexes : il faut impérativement une communication claire et des délais bien définis.

Prévoir une amélioration tactique continue

La stratégie pour parvenir à l'éradication doit être ancrée dans la compréhension la plus approfondie possible de la nature des obstacles et de leur importance. Le Programme ne doit avoir peur de les définir dans leur intégralité. Ils suscitent des questions qui n'ont pas toutes des réponses complètes. Mais ces réponses arriveront bien mieux si les questions sont claires et ouvertes que si elles ne le sont pas.

Le Programme a clairement défini l'ensemble actuel des tactiques mises en œuvre dans les pays d'endémie. Les questions stratégiques ici sont de savoir comment accélérer cette mise en œuvre et comment développer sans cesse de nouvelles améliorations tactiques de façon innovante et les diffuser rapidement.

Plans d'urgence

Le Programme opère dans un environnement complexe et incertain. Il a raison de fixer un « Plan A » limité. Mais compte tenu de l'incertitude, il convient d'envisager également d'autres alternatives. Que se passerait-il si deux pays d'endémie mettaient fin à la transmission alors qu'un autre ferait peu de progrès ? Que se passerait-il si le Programme se trouvait à court de financement ? Ces scénarios sont réalistes et méritent d'être envisagés ouvertement.

Origine, gouvernance et obligation de rendre compte du Programme

L'Afghanistan, le Nigéria et le Pakistan doivent mener la charge finale pour parvenir à un monde débarrassé de la poliomyélite. Une partie significative de ce plan doit être le leur. C'est ce que certains appellent « l'appropriation ». D'autres évoquent l'« engagement national ». D'autres encore veulent savoir ce qu'il en est de l'obligation de rendre compte. Les trois sont imbriqués. Le plan doit expliquer clairement pourquoi et comment les pays d'endémie doivent s'unir pour parvenir à cet objectif.

La gouvernance et l'obligation de rendre compte pour l'ensemble du plan sont essentielles. Concevoir cela n'est pas une tâche facile. La structure de gouvernance globale du Programme a été améliorée, mais son fonctionnement est lourd et n'est pas en phase avec la conception d'une fonction de management stratégique et opérationnelle moderne. Les différents groupes et comités absorbent beaucoup de temps du Programme, sans être aussi efficaces qu'ils ne le devraient. Le Programme pourrait bénéficier d'un recentrage de sa structure de gouvernance permettant d'assurer que ses fonctions clés telles que l'obligation de rendre compte, l'élaboration des politiques, la consultation, la mobilisation

Une exposition totale des obstacles est requise

Personne ne peut prévoir l'avenir : s'y préparer

Les pays d'endémie restants doivent être ceux qui s'approprient en premier lieu le plan stratégique pour la phase finale

La gouvernance doit être considérablement recentrée

Être précis sur qui a approuvé quoi**Suivre la voie pour y arriver et pas seulement les grandes étapes en chemin****Ne pas oublier ce qu'il faut faire aujourd'hui : mettre fin à la transmission dans les pays d'endémie**

des ressources et les bilans indépendants soient correctement et efficacement gérées.

Lorsque le plan stratégique sera présenté au Conseil exécutif de l'OMS, le document devra établir clairement non seulement les personnes ayant participé à son développement, mais aussi comment elles y ont participé. À titre d'exemple, le Groupe consultatif stratégique d'experts a fourni des apports techniques essentiels, mais cela ne veut pas dire qu'il a passé en revue chaque élément du plan.

Il est indispensable de se focaliser sur l'exécution, et non sur des objectifs aspirationnels

Le Programme doit fixer la trajectoire d'amélioration qu'il prévoit de suivre. Ceci exige un certain nombre de mesures. Il est particulièrement important de suivre les enfants manqués dans les sanctuaires. Avec des trajectoires planifiées pour chaque mesure, le progrès peut alors être contrôlé.

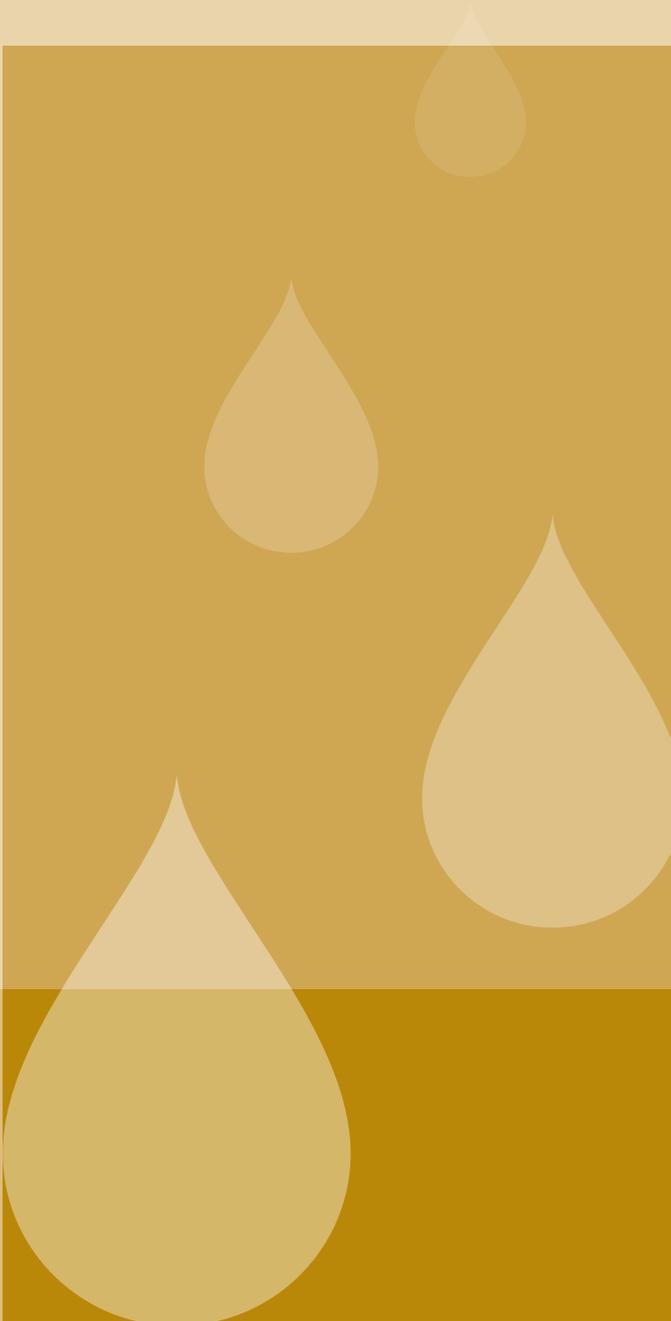
C'est ce qui permettra de maintenir l'attention, le dynamisme et l'obligation de rendre compte. Il devrait être possible, à n'importe quel moment, de dire où les progrès sont en bonne voie et où ils ne le sont pas ; et s'ils ne le sont pas, quelle est l'importance du décalage. Il s'agit d'une partie essentielle non seulement pour atteindre un objectif éloigné, mais aussi pour définir la voie pour y arriver. Une fois que ces graphiques seront élaborés, les gens viseront naturellement la fin de la courbe. Ils voudront savoir quand sera interrompue la transmission. Mais il est bien plus utile de suivre la trajectoire que d'aspirer en atteignant le bout.

Mettre fin à la transmission est d'une importance primordiale

Le Programme souhaite que la stratégie 2013-2018 réunisse chaque aspect du travail nécessaire pour parvenir à l'éradication et envisager ce qui arrivera au-delà. Il s'agit d'un point fort majeur parce que les différentes composantes de ce travail (arrêt de la transmission, passage à un autre vaccin, certification et héritage) sont étroitement imbriquées. Lorsque l'on regarde toutes les pièces du puzzle, on constate un risque réel. Ces derniers mois, le Programme a réussi à centrer son énergie stratégique sur l'arrêt de la transmission du poliovirus sauvage dans le petit nombre de pays d'endémie. Ceci a été extrêmement bénéfique. Les activités définies dans le nouveau plan exigent que le Programme élargisse son attention en termes géographiques et d'envergure. Ceci ne doit pas diluer l'énergie mise dans l'arrêt de la transmission du poliovirus sauvage : l'objectif se montre depuis longtemps difficile à atteindre. Le programme doit, par une structure et un effectif appropriés, s'assurer qu'il conserve le degré de prééminence nécessaire au niveau mondial ainsi que dans les pays affectés et à risque.

Trois observations finales :

- Ce Programme a beaucoup appris et s'est considérablement développé depuis le lancement du plan stratégique 2010-2012 il y a trois ans. La prochaine stratégie doit être ambitieuse dans sa volonté de faire mieux que la précédente.
- Le Programme a une histoire importante et passionnante à raconter : il doit le faire de façon irrésistible.
- Clarté et transparence doivent être les règles du jeu à mesure que le plan est développé et mis en pratique.



Conclusions et recommandations

CONCLUSIONS

Il ne reste plus que quelques semaines maintenant avant la fin 2012 et le Programme est certain de ne pas atteindre le principal objectif de son plan stratégique 2010-2012, à savoir mettre fin à la transmission avant fin 2012. L'impact de cet échec a été atténué par la phase finale de ce plan qui montre de belles réalisations : l'Inde et l'Angola sont exempts de la poliomyélite depuis plus d'un an ; la République démocratique du Congo leur emboîte le pas ; le nombre de cas en Afghanistan, au Tchad et au Pakistan est inférieur à celui de l'an dernier ; à l'échelle mondiale, la poliomyélite atteint son niveau historique le plus bas. Seul le Nigéria assombrit le tableau, mais montre des signes encourageants avec la mise en place de nouvelles politiques solides et des actions engagées. Le CSI trouve encourageant que les programmes à l'échelle mondiale et des pays aient agi sur les conseils qu'il a prodigués dans ses cinq rapports.

Selon toutes les apparences, le poliovirus mène son dernier combat dans 0,2 % de la surface terrestre. Un observateur non informé pourrait en conclure qu'il n'a aucune chance de survie. Mais ceux qui ciblent le poliovirus depuis trois décennies pour aboutir à son extinction savent que c'est un ennemi redoutable. Il survit pour des raisons bien connues. Le poliovirus trouve des armes auprès des enfants non vaccinés, dans les campagnes mal gérées, dans la faiblesse des données, chez les parents mal informés, dans un mauvais leadership politique et de santé publique, et dans la résistance à l'adoption des meilleures pratiques.

Il y a un seul ingrédient, une formule magique pour la transformation qui manque encore dans les pays touchés par la poliomyélite : une appropriation absolue. L'appropriation veut dire que les parents demandent le vaccin et font leur la mission de protéger leurs enfants. L'appropriation veut dire que les responsables locaux relèvent le défi de débarrasser leur zone de la poliomyélite. L'appropriation signifie qu'une masse critique de la population peut être protégée, doit l'être et le sera par l'éradication de la poliomyélite. L'appropriation est surtout une question de fierté nationale : celle d'un pays déterminé à être une nation dynamique et respectée au XXI^e siècle et non un pays méprisé parce que sa réputation reste ternie par une maladie qui, presque partout ailleurs dans le monde, ne survit que dans la mémoire des grands-parents.

Un nouveau plan stratégique est en préparation. Il doit être très différent de ses prédécesseurs. Il doit se fonder et être développé sur la connaissance et la compréhension des derniers obstacles auxquels doit faire face l'éradication de la poliomyélite - non seulement les éléments techniques, mais aussi les « facteurs humains » toujours importants et toujours difficiles à résoudre. Il doit être rigoureux dans l'établissement des raisons pour lesquelles la poliomyélite peut et doit être éradiquée et comment cela sera réalisé. Il doit être profondément convaincant pour attirer tous ceux qui, dans le monde, peuvent aider le Programme à vaincre le dernier combat de la poliomyélite.

RECOMMANDATIONS

Ce rapport fait dix recommandations.

1. Nous recommandons que le Comité d'experts du Règlement sanitaire international émette en urgence une recommandation permanente en mai 2013 qui introduira la vaccination ou des contrôles de la vaccination en Afghanistan, au Nigéria et au Pakistan avant les voyages jusqu'à ce que la transmission à l'échelle nationale soit stoppée. Aucun pays ne devrait autoriser un citoyen d'un État d'endémie à traverser les frontières sans disposer d'un certificat de vaccination valide.
2. Nous recommandons que, dans les quinze prochains jours, les responsables du Programme en Afghanistan, au Nigéria, au Pakistan et au Tchad discutent du plan de leur pays et des meilleures pratiques ailleurs afin de rédiger, avec leurs partenaires, une liste de cinq objectifs prioritaires au maximum qu'ils réaliseront d'ici à fin avril 2013, de faire circuler ces objectifs auprès de tous les effectifs du programme et de maintenir l'attention et le rythme nécessaires pour les réaliser.
3. Nous recommandons qu'une analyse soit commandée en urgence pour examiner la relation entre la fréquence et la qualité des campagnes de vaccination afin de guider les décisions pragmatiques sur l'intervalle optimum entre celles-ci.
4. Nous recommandons que chaque groupe spécial au niveau des districts dans les pays d'endémie (ou entité équivalente) soit composé de façon à inclure un parent, représentant les parents du district.
5. Nous recommandons de saisir toutes les opportunités d'associer le vaccin de la poliomyélite à d'autres bénéfices en termes de santé et de voisinage.
6. Le CSI demande un rapport sur l'approvisionnement en vaccins à chacune de ses prochaines réunions.
7. Nous recommandons que le Programme accélère la planification et définisse comment collecter de façon rigoureuse et exhaustive les enseignements tirés de l'éradication de la poliomyélite, et indique comment superviser et financer cela, en se détournant le moins possible du travail actuel.
8. Nous recommandons qu'une surveillance intensive de la poliomyélite soit établie dans les pays où le risque d'une flambée épidémique est le plus élevé. Nous recommandons aussi que les bureaux régionaux de l'OMS concernés émettent au cours du mois prochain un plan d'action visant à renforcer la couverture de la vaccination et la surveillance dans ces zones.
9. Nous recommandons que l'Inde planifie un exercice de simulation pour tester l'état de préparation de ses plans de riposte d'urgence. Nous recommandons que cet exercice débute à une date non annoncée au milieu de l'année 2013, en choisissant au hasard un échantillon de districts et en procédant à un examen en temps réel, à partir de cette simulation, de la capacité du pays à riposter d'urgence.
10. Nous recommandons qu'un flux audiovisuel continu soit diffusé en direct depuis le Centre des opérations d'urgence du Nigéria, avec un moyen permettant aux experts de la poliomyélite du monde entier et au CSI d'observer la situation et de formuler des commentaires à tout moment.

