

COMITÉ DE SUIVI  
INDÉPENDANT  
DE L'INITIATIVE  
MONDIALE POUR

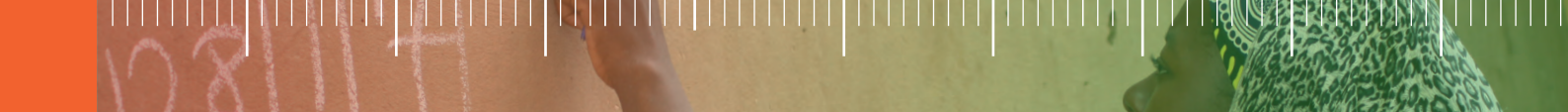
# L'ÉRADICATION DE LA POLIOMYÉLITE



**PERFORMANCES  
OPTIMALES :  
LA PRIORITÉ DU  
MOMENT**

# 12

DOUZIÈME RAPPORT : OCTOBRE 2015



COMITÉ DE SUIVI  
INDÉPENDANT  
DE L'INITIATIVE  
MONDIALE POUR

# L'ÉRADICATION DE LA POLIOMYÉLITE

Le Comité de suivi indépendant fournit une évaluation des progrès réalisés par l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite dans la détection et l'interruption de la transmission de cette maladie à travers le monde. Ce rapport fait suite à la réunion du CSI qui s'est tenue à Londres du 5 au 7 octobre 2015.

**Sir Liam Donaldson (Président)**

Ancien Chief Medical Officer, Angleterre

**Dr Nasr El Sayed**

Ministre délégué à la Santé, Égypte

**Dr Susan Goldstein**

Directrice de Programme, Soul City : Institute for Health & Development Communication, NPO, Afrique du Sud

**Dr Jeffrey Koplan**

Vice-Président pour la Santé mondiale, Université d'Emory

**Dr Sigrun Mogedal**

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

**Professeur Ruth Nduati**

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

**Dr Arvind Singhal**

Professeur de Communication,  
University of Texas à El Paso

**Professeur Michael Toole, AM**

Directeur adjoint, Burnet Institute, Melbourne

**Secrétariat :**

Dr Felix Greaves  
Mme Alison Scott

## PRÉSENTATION

1. Le nombre de cas de poliomyélite survenus depuis le début de l'année 2015 est à son point le plus bas de toute l'histoire.
2. Depuis le dernier rapport du Comité de suivi indépendant (CSI), le Nigéria a été retiré de la liste des pays d'endémie. Seuls deux pays figurent encore sur cette liste : le Pakistan et l'Afghanistan. Le poliovirus sauvage de type 3 n'a pas été signalé dans le monde depuis novembre 2012 ; le poliovirus sauvage de type 2 n'a pas été signalé depuis 1999 ; le poliovirus sauvage de type 1 n'a pas été détecté en Afrique depuis août 2014 (en Somalie). Il s'agit là d'accomplissements majeurs.
3. L'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP) a modifié sa structure et son fonctionnement suite à l'examen de gestion et de gouvernance réalisé en 2014. Dès lors, la prise de décisions, le travail en partenariat, la direction globale, la transparence financière et la cohésion du programme se sont régulièrement améliorés. Toutefois, le niveau de coordination nécessaire entre les partenaires pour garantir des performances élevées au sein des pays demeure problématique.
4. Après avoir passé en revue quatre scénarios de fin de transmission lors de sa réunion à la fin du mois de septembre 2015, le Conseil de surveillance de la poliomyélite a conclu que le programme d'éradication de la poliomyélite mènerait vraisemblablement à l'interruption de la transmission en 2016, et que l'éradication serait officiellement certifiée en 2019. Ce scénario a conduit à une décision par vote formel du Conseil. Il a été chiffré par le Comité de responsabilité financière du Conseil et nécessite un financement de 1,5 milliard de dollars en plus du budget déjà réservé à l'éradication.
5. Si l'interruption de la transmission de la poliomyélite n'a pas lieu en 2016, 800 millions de dollars en plus par an seraient nécessaires pour faire face aux conséquences.

Ce chiffre pourrait facilement atteindre 1 milliard de dollars par an.

### ÉTAPES CLÉS

6. La décision du Conseil de surveillance de la poliomyélite de choisir 2016 comme année d'interruption de la transmission n'est pas une simple hypothèse de planification. Il s'agit en réalité d'une nouvelle date butoir suite à une série de délais antérieurs manqués qui avaient été définis dans les plans stratégiques périodiques du programme d'éradication de la poliomyélite.
7. Pour avoir une chance réelle de respecter ce nouveau délai, il faut au minimum mettre en place les cinq mesures suivantes :
  - Campagnes de grande qualité durant la basse saison (la dernière avant la date butoir) au Pakistan et en Afghanistan ;
  - Résilience sérieusement renforcée pour ce qui est de l'inaccessibilité et de la couverture faible, au Nigéria ;
  - Réduction massive du nombre d'enfants échappant de façon persistante à la vaccination dans les deux pays d'endémie et au Nigéria, et dans toutes les autres régions vulnérables en raison de faibles niveaux d'immunité ;
  - Application rigoureuse et ciblage judicieux d'une combinaison du VPI et du VPO, de manière plus cohérente qu'auparavant, au Pakistan et en Afghanistan ;
  - Expansion majeure et rapide de la surveillance environnementale au Pakistan et en Afghanistan, allée à des mesures rigoureuses de riposte aux flambées lors de l'identification d'échantillons positifs.
8. Le programme doit avoir conscience que si, au sortir de la prochaine basse saison en Afghanistan et au Pakistan, des cas de poliomyélite ou de nombreux échantillons environnementaux positifs subsistent, d'autres flambées du poliovirus se produiront sans aucun doute.

## AFGHANISTAN

9. L'Afghanistan a enregistré plus de cas de poliomyélite causés par le poliovirus sauvage en 2015 qu'à la même époque en 2014. Au début de l'année, on attendait dans les deux pays d'endémie une amélioration. Toutefois, le programme s'avère moins performant en Afghanistan. Par conséquent, le pays n'est pas encore sur la voie de l'interruption de la transmission.
10. Au sud du pays, une faible mobilisation sociale et des équipes de vaccination peu performantes sont à l'origine de cet échec. Dans l'ensemble, 62 % des enfants échappant à la vaccination sont absents et, dans 17 % des cas, ce sont les parents qui refusent. Ces chiffres, tirés de données sociales, sont un indicateur clair des mauvaises performances du programme. Si le pays veut avoir une quelconque chance d'interrompre la transmission durant la basse saison, la tendance doit être inversée de toute urgence.
11. Dans la partie est du pays, les enfants échappent à la vaccination pour des raisons différentes. Ici, les refus sont minoritaires mais 64 % des enfants échappent à la vaccination car l'insécurité les rend inaccessibles. La sécurité se détériore dans la région et certaines factions sont ouvertement opposées au vaccin de la poliomyélite. En outre, négocier l'accès devient plus difficile en raison de la fragmentation grandissante des groupes opposés au gouvernement.
12. Les provinces de Helmand et de Kandahar comptent huit districts dans lesquels des cas de poliomyélite sont survenus et où les interdictions d'accès intermittentes engendrent des problèmes chroniques d'inaccessibilité.
13. Les relations de travail entre les Bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF, entre ces deux agences et leur siège, et avec le gouvernement afghan ne sont pas en phase et sont tout simplement inefficaces. La transmission de la poliomyélite ne pourra être interrompue si ces relations dysfonctionnelles ne sont pas résolues.
14. Le dernier rapport du CSI préconisait l'établissement d'un Centre d'opérations d'urgence. L'expérience réussie au Nigéria (et de plus en plus au Pakistan) est un modèle pour concevoir cette structure organisationnelle de transformation. Les principales agences partenaires sont également expertes et peuvent soutenir ce processus. Le CSI estime que peu de progrès ont été réalisés depuis le dernier rapport. Il réitère qu'un Centre d'opérations d'urgence en Afghanistan doit être créé de toute urgence.



## PAKISTAN

15. Les processus de gestion et de gouvernance au sein du programme du Pakistan se sont améliorés depuis le dernier rapport du CSI. Un Centre d'opérations d'urgence opérationnel est désormais en place. La résolution du problème d'insuffisance des données est en cours. Des camps de santé sont opérationnels dans différentes parties du pays. Ils fournissent toute une gamme de services de santé publique et font participer plus de communautés. Ainsi, ils accroissent le taux de vaccination et améliorent les relations avec les communautés. Les travailleurs de première ligne bénéficient d'une formation plus poussée. Une nouvelle stratégie de communication est en train d'être déployée.
16. L'accès s'est fortement amélioré, le nombre d'enfants dans les zones inaccessibles passant de plus de 500 000 en 2013 à 35 000 cette année. On a enregistré moins de cas de poliovirus sauvage durant la première moitié de cette année par rapport à l'année dernière. Cette baisse est particulièrement marquée dans les zones tribales sous administration fédérale (FATA), où les cas ont chuté de 90 %.
17. Le programme des bénévoles protégés travaillant en continu dans la communauté (en anglais, Continuous Community Protected Volunteers) est une innovation qui s'avère efficace. Cela consiste à faire appel à des personnes recrutées localement (bien souvent des femmes), qui travaillent en toute discrétion et de façon continue au sein leur communauté, et qui promeuvent des pratiques sanitaires dépassant le cadre de la vaccination contre la poliomyélite. Il faut rapidement renforcer cette initiative.
18. Le CSI juge encourageants les progrès récents réalisés en Afghanistan. Toutefois, le programme dans ce pays ne comble toujours pas assez rapidement les importants fossés en matière d'immunité. Le virus est toujours répandu au Pakistan. Le pays n'occupe pas une position aussi forte que le Nigéria n'occupait moins d'un an avant d'interrompre la transmission. Au Nigéria, le virus était seulement présent dans les derniers réservoirs. Le Pakistan doit à présent franchir les étapes critiques suivantes sur le plan des performances et de la responsabilité :
  - amélioration des opérations de vaccination supplémentaires. Dans les districts à plus haut risque, 48 % des enfants échappent à la vaccination tout simplement parce qu'aucune équipe ne leur a rendu visite ;
  - surveillance améliorée des performances ;
  - réduction majeure du nombre d'enfants échappant de façon persistante à la vaccination, notamment à Peshawar et dans les zones tribales sous administration fédérale. Le pays compte encore un million d'enfants sous-immunisés.
19. Le CSI craint que certaines populations n'échappent à la vaccination car on ignore leur existence. La microplanification est une bonne pratique bien établie, essentielle pour localiser chaque enfant dans une zone donnée. Cependant, il convient de procéder conjointement à des microrecensements pour consigner et calculer les populations non reconnues auparavant ou nouvellement identifiées.
20. Interrompre la transmission à Peshawar et dans les grandes zones environnantes est vital. Peshawar est la cinquième plus grande ville du Pakistan. Une zone à forte densité de population s'étend depuis la ville dans la vallée de Peshawar. Des mouvements de population importants et réguliers la relient aux zones tribales sous administration fédérale du pays et à l'Afghanistan. Cette vaste région interconnectée a été apparentée à une « courroie de transmission » de la poliomyélite. Il n'est pas ici question d'ignorer ou de négliger la transmission dans d'autres parties du Pakistan, mais seulement de reconnaître que cette zone est la clé pour trouver une solution pour le pays et, de fait, le monde entier. Le CSI recommande entre autres d'aligner les dispositions géographiques de gestion et de coordination du programme d'éradication de la poliomyélite sur la géographie épidémiologique des régions.

## NIGÉRIA ET RESTE DE L'AFRIQUE

21. Dernièrement, le Nigéria a été retiré de la liste des pays d'endémie, n'ayant connu aucun cas depuis plus d'un an. Cela doit être une source de fierté pour les programmes au Nigéria et dans le reste du monde, mais ne doit pas être prétexte à célébrer. Il reste encore des zones d'immunité insuffisante dans certaines parties du pays, mais aussi dans d'autres pays africains. Le risque de réintroduction de l'infection reste considérable.
22. Le programme du Nigéria doit donner la priorité au développement de la résilience. Cela ne veut pas seulement dire qu'il faut être vigilant et détecter les nouveaux cas de poliomyélite. En effet, il est ici question d'une quête inlassable afin d'identifier chaque faiblesse et vulnérabilité potentielle dans le système de défense du pays contre la poliomyélite. Cela passe par l'utilisation d'une vaste gamme de données de surveillance et de monitoring, afin d'identifier les lacunes en matière d'immunité et de déterminer le taux d'enfants échappant à la vaccination dans les parties les plus vulnérables du pays. Cela passe par la résolution des problèmes d'inaccessibilité avec la même fermeté que durant la tentative réussie de ramener à zéro le nombre de cas de poliomyélite.
23. Pour mettre l'accent sur la résilience, le programme du Nigéria a besoin, comme par le passé, d'un niveau élevé d'engagement politique et professionnel. Comme auparavant, il a besoin d'un niveau élevé de performances techniques et managériales. Disposer de données adéquates suffisantes et agir sur les éléments qui en découlent doit devenir une obsession. En bref, il a besoin que les dirigeants et les travailleurs en première ligne au Nigéria, ainsi que les partenaires de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, se lèvent chaque matin en se posant eux-mêmes et entre eux la question suivante : « Où sont les trous dans notre armure ? » Et que lorsqu'ils rebouchent ces trous, ils soient fiers de leur accomplissement.
24. Le CSI met fortement l'accent sur ces points pour trois raisons. Premièrement, les données de monitoring pour

l'État de Borno montrent que les activités de vaccination supplémentaires cette année ne parviennent pas à atteindre 60 % des communautés. Deuxièmement, les sources du CSI révèlent que l'engagement au quotidien des principales autorités locales s'affaiblit et qu'il reste des incertitudes quant au niveau de financement public destiné au programme. Troisièmement, le concept de résilience est pour le programme une nouveauté sur laquelle il faut communiquer pour parvenir à changer l'état d'esprit des dirigeants, des décideurs, des responsables et du public.

25. Il n'y a pas eu de cas de poliomyélite dans d'autres pays d'Afrique depuis plus d'un an. C'est une bonne nouvelle. Mais le rêve d'une Afrique exempte de poliomyélite ne s'est pas encore réalisé car le filet de sécurité d'une immunité élevée contre la poliomyélite chez les enfants en Afrique demeure disparate et insatisfaisant. Le Bureau régional pour l'Afrique de l'OMS et ses partenaires de l'UNICEF doivent faire davantage.

## UKRAINE

26. Dans ses rapports précédents, le CSI a mis en garde contre l'état médiocre des services de médecine préventive pour les enfants en Ukraine. En conséquence, l'équipe de gestion de l'IMEP, le siège de l'OMS, le bureau régional de l'OMS pour l'Europe et le Centre européen sur les maladies transmissibles ont entrepris des démarches de haut niveau et averti le gouvernement du pays, mais en vain. L'inévitable est arrivé : deux cas de paralysie provoqués par le poliovirus dérivé d'une souche vaccinale.
27. La réaction en Ukraine a été tout à fait scandaleuse. En réaction aux précédentes inquiétudes, les niveaux de couverture de tous les programmes de vaccination sont restés faibles. Aucun budget n'a été affecté aux vaccins et aucun vaccin n'a été acheté. Il n'y a eu aucune campagne de communication publique ou de mobilisation sociale notable. Par conséquent, des rumeurs fausses et trompeuses concernant la sécurité du vaccin se sont répandues. Dans ce contexte, on aurait pu s'attendre à ce qu'une solide riposte soit organisée pour faire face à la situation. Au lieu de cela, la riposte a été

de ne pas riposter (dans les délais exigés par les normes internationales) et de s'écarter des bonnes pratiques en matière de choix de la stratégie de vaccination.

## SYRIE ET AUTRES PAYS AU MOYEN-ORIENT

28. Avant les conflits au Moyen-Orient, bon nombre des pays désormais affectés étaient parvenus à maintenir de bons niveaux de couverture vaccinale contre la poliomyélite. De nos jours, dans certaines régions, les services de santé publique fonctionnent à peine, rendant les populations vulnérables.
29. Depuis l'importante flambée de poliomyélite en 2013 qui a provoqué 38 cas en Syrie et en Iraq, l'IMEP, pilotée par une équipe de riposte aux flambées basée dans la région de la Méditerranée orientale de l'OMS, s'est efforcée de combler autant que possible les fossés en matière d'immunité. L'accent (en dehors du Pakistan et de l'Afghanistan) a été mis en particulier sur : la Syrie, l'Iraq, la Somalie, le Yémen et la Libye. L'équipe renforce la surveillance, organise des campagnes de vaccination supplémentaires et réalise régulièrement des évaluations des risques régionales.
30. Malgré les travaux entrepris par le programme dans la région, la situation demeure fragile. Le niveau d'insécurité fluctue. Les élections en Iraq et en Égypte pourraient perturber le programme. Dans certains pays, la direction et l'engagement politique à l'égard de la poliomyélite restent faibles. Une nouvelle importation de la poliomyélite ou l'émergence d'un poliovirus dérivé d'une souche vaccinale constituent des risques majeurs.
31. L'attention s'est à juste titre portée sur les réfugiés venus du nord-est de la Syrie et de l'Iraq. Toutefois, il importe de s'assurer que les services au sein même des pays sont maintenus pour servir les personnes encore présentes dans le pays et de veiller à ce qu'ils ne s'effondrent pas.
32. Les importants mouvements de population dans la région et vers l'Europe renforcent le risque de réapparition de la poliomyélite. La situation des réfugiés

syriens est le problème le plus préoccupant. On estime que trois à quatre millions de personnes ont été déplacées vers la Turquie, le Liban, la Jordanie, et sont au cœur d'une migration de masse à travers l'Europe. La priorité est de vacciner aux postes frontaliers et dans les camps de réfugiés. C'est là une bonne chose. Cependant, aux différents points de leur périple, les réfugiés peuvent, pour diverses raisons, ne pas vouloir être reconnus ou enregistrés officiellement. Les sources du CSI révèlent par exemple qu'un nombre important de réfugiés syriens ayant atteint la Jordanie a volontairement évité l'inscription et la résidence dans le camp de réfugié. Les niveaux de vaccination dans le camp sont satisfaisants, mais il se peut que ceux qui ont disparu et vivent et travaillent dans la communauté n'aient pas accès à des services de santé publique. Si cette population cachée abrite un grand nombre de familles n'ayant reçu aucune dose de vaccin (ce qui est probable), cela présente un risque grave.



33. Il est essentiel de procéder à un audit détaillé des principaux processus du programme dans cette région agitée. Les sources du CSI signalent que la situation d'urgence complexe au Yémen a interféré avec les installations de réfrigération. Soit, ce sont là des cas isolés. Mais le programme doit être sensible aux problèmes systémiques que dissimulent les voies de communication et de surveillance brisées.

### ENFANTS ÉCHAPPANT DE FAÇON PERSISTANTE À LA VACCINATION

34. Dans ses rapports les plus anciens, le CSI défendait déjà la nécessité pour le programme de considérer le nombre d'enfants échappant à la vaccination comme une mesure clé de performance et comme un moteur majeur d'amélioration. Le programme a adopté cette approche mais la réduction de ces chiffres se fait attendre. Le nombre d'enfants qui échappent de façon persistante à la vaccination durant les campagnes est des plus inquiétants.

35. Une analyse présentée au CSI lors de sa réunion d'octobre 2015 estime que les régions de l'Afrique, de l'Asie du Sud-Est et de la Méditerranée orientale de l'OMS comptent 6,6 millions d'enfants n'ayant jamais reçu de vaccin antipoliomyélitique oral. Ce chiffre est une tache dans le paysage de l'éradication de la poliomyélite. Il est difficile d'imaginer comment la transmission de l'infection peut être interrompue en 2016 avec ce boulet qui pend au cou du programme.

36. Les raisons pour lesquelles les enfants échappent à la vaccination sont réparties dans quatre principaux groupes : a) L'équipe de vaccination ne s'est pas présentée à la date et à l'heure prévues ; b) L'enfant n'était pas disponible lorsque l'équipe s'est rendue à son domicile ; c) Le ou les parents n'ont pas donné leur autorisation pour la vaccination ; d) L'équipe de vaccination n'avait pas accès à la population devant être vaccinée.

37. Ces vastes catégories cachent bien souvent des raisons plus profondes expliquant pourquoi les enfants échappent à la vaccination. Les refus peuvent par exemple refléter le manque de confiance envers les vaccinateurs ; dans deux régions du Pakistan où la transmission se poursuit, les chercheurs ont découvert que, respectivement, 26 % et 34 % des soignants faisaient confiance aux vaccinateurs, contre une moyenne de 61 % au Pakistan ; dans l'État de Borno, au Nigéria, ce chiffre atteint 48 % par rapport à une moyenne nationale de 70 % ; en Afghanistan, la moyenne nationale est de 41 %, loin de ce qu'elle devrait être dans un pays qui a réussi par le passé. Ces données ne sont pas à prendre à la légère. Elles devraient déclencher des sonnettes d'alarme à tous les niveaux du programme. Le manque de confiance envers une quelconque entreprise humaine mène tout droit à l'échec.

38. Il faut mettre en lumière les raisons pour lesquelles les enfants échappent à la vaccination, et se demander pourquoi, encore et encore, jusqu'à connaître les causes profondes expliquant pourquoi les enfants échappent à la vaccination dans certaines localités. C'est là la première étape qui permettra de franchir la ligne d'arrivée de l'éradication de la poliomyélite. Les études qualitatives s'avèrent particulièrement utiles dans ce contexte. La seconde étape consiste à prendre les mesures adéquates pour éliminer l'obstacle à la vaccination et vacciner les enfants manqués. Il est essentiel de reconnaître que l'identification des raisons expliquant pourquoi un enfant a échappé à la vaccination et le choix de la solution sont souvent une affaire très locale et propre au contexte. Sur le plan de la programmation, l'idée est qu'une approche permettant de comprendre pourquoi chaque enfant a échappé à la vaccination et de mettre en œuvre une solution durable doit se répandre à tous les niveaux de l'IMEP et de son système de prestation dans le pays. Il ne faut pas accepter l'idée que les enfants manqués sont « le prix à payer pour mener à bien la mission ».



## SOUCHES DÉRIVÉES DU VACCIN : UNE DISTRACTION MENAÇANTE

39. La présence du poliovirus dérivé d'une souche vaccinale a toujours été considérée comme un détail plutôt mineur à régler une fois que le problème de l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage serait lui-même réglé. En plus de l'Ukraine, des souches dérivées du vaccin ont été retrouvées à Madagascar et au Laos (souches de type 1), mais aussi au Soudan du Sud et en Guinée (souches de type 2). Le programme doit déployer des équipes de pointe pour faire face à ces situations de toute urgence. Les souches de type 2 en particulier constituent une menace pour le remplacement des vaccins antipoliomyélitiques oraux à l'échelle mondiale.
40. Le mécanisme du Règlement sanitaire international s'est avéré très utile durant les dernières étapes du contrôle de la transmission du poliovirus sauvage. Il serait désormais essentiel pour le PVDVc. Le champ d'application du comité d'évaluation du Règlement sanitaire international se limite actuellement au poliovirus sauvage. Cela n'a aucun sens et son champ d'application doit s'étendre pour inclure le PVDVc.

## SÉCURITÉ

41. Dans chacun des pays d'endémie, dans les pays encore endémiques jusqu'à récemment et dans les pays où des flambées ont eu lieu, on retrouve un thème commun : des zones d'insécurité, ainsi que la perturbation de l'infrastructure, de l'accès et de l'attention du gouvernement qui en découle. Dans plusieurs zones, la situation sur le terrain pourrait empirer au cours des prochains mois en raison des événements géopolitiques et locaux. Le CSI ne sous-estime pas la difficulté de la vaccination dans les zones d'insécurité, et respecte profondément l'engagement et le courage de ceux qui opèrent dans ces zones. Le programme a acquis une grande expérience et expertise lui permettant de faire face à de telles situations. Il existe un domaine dans lequel le CSI estime que le programme pourrait renforcer l'efficacité de son approche. Cela consisterait à faire en

sorte que dans chaque zone d'insécurité où doit avoir lieu la vaccination, le plan de vaccination soit entièrement intégré à un plan de sécurité pertinent, convenu avec les autorités locales ou du district concernées, et de faire de ce point une « règle d'or ».

## LA DIFFICULTÉ DE GARDER LE CAP FACE À LA COMPLEXITÉ GRANDISSANTE DU PROGRAMME

42. Le CSI a été créé au départ pour surveiller l'objectif premier de l'IMEP, à savoir interrompre la transmission de la poliomyélite partout et progresser vers la certification de l'éradication de la poliomyélite dans le monde entier. Dans ses précédents rapports, le CSI avait fait remarquer que l'héritage de l'IMEP devait faire l'objet d'un examen officiel, et que la politique vaccinale et l'approvisionnement en vaccin durant les dernières étapes d'interruption de la transmission et de maintien durant trois ans jusqu'à l'éradication nécessitaient une stratégie claire. Des travaux efficaces ont dès lors été entrepris pour résoudre ces points. Les personnes qui sont chargées d'interrompre la transmission sont également tenues de gérer : la logistique du remplacement majeur programmé du type de vaccin antipoliomyélitique oral utilisé par le programme ; le déploiement à l'échelle mondiale du vaccin contre la poliomyélite inactivé (y compris dans les pays affectés par la poliomyélite) ; et l'évaluation et la préservation de l'infrastructure et des bonnes pratiques d'éradication qui pourraient apporter à l'avenir des avantages aux autres programmes de santé publique, en particulier la vaccination systématique. Bien qu'étant d'une importance capitale, cela ne doit pas nous écarter de l'objectif n°1 du programme, à savoir l'éradication de la poliomyélite partout dans le monde.



## CONCLUSIONS

43. La nouvelle date butoir définie par le Conseil de surveillance de la poliomyélite, à savoir l'interruption de la transmission de la poliomyélite durant l'année 2016, constitue un défi considérable pour l'IMEP et les pays, défi qui nécessitera une amélioration majeure des performances du programme au cours de l'année à venir.
44. La difficulté pour le Nigéria, où la transmission est interrompue depuis plus d'un an, est de passer d'une approche consistant à ramener à zéro le nombre de cas de poliomyélite à une approche programmatique visant à renforcer la résilience. Cela nécessitera une perspective différente et un niveau d'engagement soutenu, une source de financement solide et continue, et une attention constante aux données permettant d'identifier les faiblesses des défenses des communautés face à l'infection par la poliomyélite. Le Nigéria est pour l'instant exempt de poliomyélite mais n'est pas encore un pays résilient à la poliomyélite.
45. La difficulté à laquelle est confronté le programme du Pakistan, qui est mieux coordonné et dirigé qu'il y a un an, est de stopper la « courroie de transmission » de la poliomyélite à Peshawar et dans les vastes zones géographiques environnantes. Le poliovirus est toujours répandu au Pakistan. Peshawar ne doit pas monopoliser toute l'attention. C'est la dernière basse saison avant la nouvelle date butoir de 2016 et, si la transmission de la poliomyélite n'est pas interrompue durant cette période, une importante flambée se produira au Pakistan durant la prochaine haute saison.
46. Le défi pour le programme d'Afghanistan est d'éliminer le doute et le dysfonctionnement qui l'entourent à l'aube de sa dernière basse saison. La création d'un Centre d'opérations d'urgence totalement opérationnel est une première étape essentielle et devrait avoir lieu immédiatement. Régler le problème que posent les relations de travail inefficaces entre les agences et les partenaires du gouvernement est également une priorité importante. La poliomyélite ne pourra disparaître du pays sans une planification et une mise en œuvre étroites et régulières avec le Pakistan voisin.
47. Les vulnérabilités empêchant de faire progresser l'interruption de la transmission, qui émergent des pays non endémiques, n'ont pas disparu. Les flambées dévastatrices qui ont eu lieu il y a 18 mois dans la Corne de l'Afrique et au Moyen-Orient sont encore présentes dans les mémoires, et la fierté, la crédibilité et les finances du programme ont essuyé de lourds revers. La Corne de l'Afrique compte à elle seule plus de 400 000 enfants réfugiés. Beaucoup d'efforts ont été réalisés pour atténuer le risque de récurrence. Toutefois, la situation changeante sur le plan de la sécurité, l'engagement politique variable et les performances sous-optimales en première ligne sont les signes d'une résilience trop fragile. L'important mouvement de population, en particulier en Syrie, présente un nouveau défi. Organiser une vaccination à grande échelle aux postes frontaliers est un défi évident. Mais il ne faut pas négliger le risque grandissant posé par les réfugiés qui évitent l'enregistrement officiel et le confinement dans les camps. Le mouvement de masse de populations invisibles et faiblement immunisées sur de grandes distances est un composant nouveau et effrayant dans l'équation des risques.
48. L'Ukraine est depuis quelque temps déjà une catastrophe en devenir. La situation y est désastreuse et constitue un danger pour les pays voisins. La présence du poliovirus dérivé d'une souche vaccinale dans quatre autres pays inquiète aussi le CSI.
49. Si chaque niveau du programme (à savoir mondial, national, régional, local, équipes et vaccinateurs) était inlassable et inébranlable, et faisait preuve de la plus grande créativité possible pour localiser les enfants ayant échappé à la vaccination, pour comprendre pourquoi ils y ont échappé et pour mettre en place une solution adaptée aux circonstances locales, le monde serait débarrassé de la poliomyélite.

50. Le prix payé par l'homme pour ne pas avoir éradiqué la poliomyélite a toujours été évident. Suite au travail entrepris par le comité principal de l'IMEP, les implications financières sont à présent elles aussi évidentes. Désormais, tout manque sérieux d'engagement de la part de la direction, toute tolérance envers les performances insuffisantes des équipes de vaccination, tout manquement à localiser ou à vacciner un groupe d'enfant échappant de façon persistante à la vaccination, pourrait coûter 1 milliard de dollars par an en plus de l'actuel budget affecté au programme. Aucun niveau de responsabilité ne peut ignorer le prix à payer pour chaque année où les échecs du programme, petits ou grands, empêchent l'extinction du poliovirus.

## INTRODUCTION

Ceci est le 12e rapport du Comité de suivi indépendant (CSI) de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP). Il est publié au moment où le nombre de cas de paralysie provoquée par le poliovirus est à son point le plus bas de toute l'histoire. Il rapporte que le Nigéria a été retiré de la liste des pays d'endémie. Il estime que le Pakistan a renforcé son programme depuis la parution du dernier rapport. Il reste encore beaucoup à faire en Afghanistan.

En septembre 2015, le Conseil de surveillance de la poliomyélite a étudié un certain nombre de scénarios pour l'interruption de la transmission dans les derniers pays d'endémie. Après mûre réflexion, le conseil a conclu que cela se produira très probablement en 2016, et mènera à une possible éradication en 2019. En conséquence de cette décision, un nouvel engagement financier, à savoir 1,5 milliard de dollars supplémentaires, est à présent nécessaire. Ne se contentant pas seulement de définir un objectif de levée de fonds précis, cette décision établit un nouveau calendrier exigeant pour l'achèvement de cette tâche. Si louable soit-elle, ne pas atteindre cet objectif engendrerait des coûts importants, estimés à 800 millions de dollars pour chaque année supplémentaire. Le message que l'on en tire est fort : à ce stade avancé, la plus petite faiblesse de

performance sur le terrain pourrait avoir des conséquences se chiffrant à plusieurs millions, voire même un milliard de dollars.

Le 11e rapport du CSI était intitulé « Un chemin vers l'éradication semé d'embûches ». La vérité est qu'il n'a jamais existé et n'existe pas de chemin sans heurts vers l'éradication de la poliomyélite. C'est se tromper que de penser qu'il suffit maintenant, pour décrocher le trophée scintillant de l'éradication de la poliomyélite dans le monde, d'éponger les quelques cas restants dans les deux derniers pays d'endémie. Les risques de transmission au-delà de la nouvelle date butoir de 2016 demeurent élevés. Le programme d'éradication de la poliomyélite qui a entamé son travail dans les années 80 s'apparente à un marathon et non à un sprint. Pour surmonter les derniers obstacles et éliminer les risques restants, le programme devra se porter comme un athlète au mieux de sa forme et être prêt à offrir des performances jusqu'ici inégalées. Une telle forme est essentielle car la course se dispute contre un adversaire, le poliovirus, qui se prépare depuis des milliers d'années à son combat final pour la survie et qui a gagné tous ses combats jusqu'à présent. Le programme n'est pas encore cet athlète tout-puissant, mais il peut le devenir.

## FINANCES : DÉCISIONS COURAGEUSES, CONSÉQUENCES IMPORTANTES

Scénario	1	2	3	4
		2014		
Interruption au Nigéria	2014	2014	2014	2015
Interruption au Pakistan/Afghanistan	2015	2016	2017	2017
Certification mondiale	2018	2019	2020	2020
<b>Coût total</b>	<b>6,5 milliards USD</b>	<b>USD 7,8 milliards</b>	<b>8,6 milliards USD</b>	<b>10 milliards USD</b>

Le coût total inclut les coûts jusqu'à la certification et par la suite. Dans le scénario 2, le budget jusqu'à la certification est de 7 milliards de dollars.

Le défunt et très regretté Dr Ciro de Quadros, responsable de la santé publique et membre du CSI, qui a remporté le combat contre le poliovirus dans la région Amériques, a déclaré :

**« OÙ QU'IL Y AIT DES FAIBLESSES EN TERMES D'IMMUNITÉ, DE SURVEILLANCE OU DE MONITORAGE ; OÙ QUE SE TROUVENT LES ENFANTS NON VACCINÉS ; OÙ QU'UNE CAMPAGNE DE VACCINATION MANQUE DE PASSION, LE POLIOVIRUS LES RETROUVERA. »**

Ciro de Quadros

Le programme d'éradication de la poliomyélite dispose de l'expérience, du savoir-faire et des compétences nécessaires pour interrompre dès à présent la transmission de la poliomyélite. Au nom de l'humanité, il doit utiliser ce pouvoir afin de pousser le poliovirus à l'extinction.

Ce rapport du CSI vise à fournir à l'IMEP les connaissances et les mesures recommandées pour l'aider à finir le travail.



## AFGHANISTAN

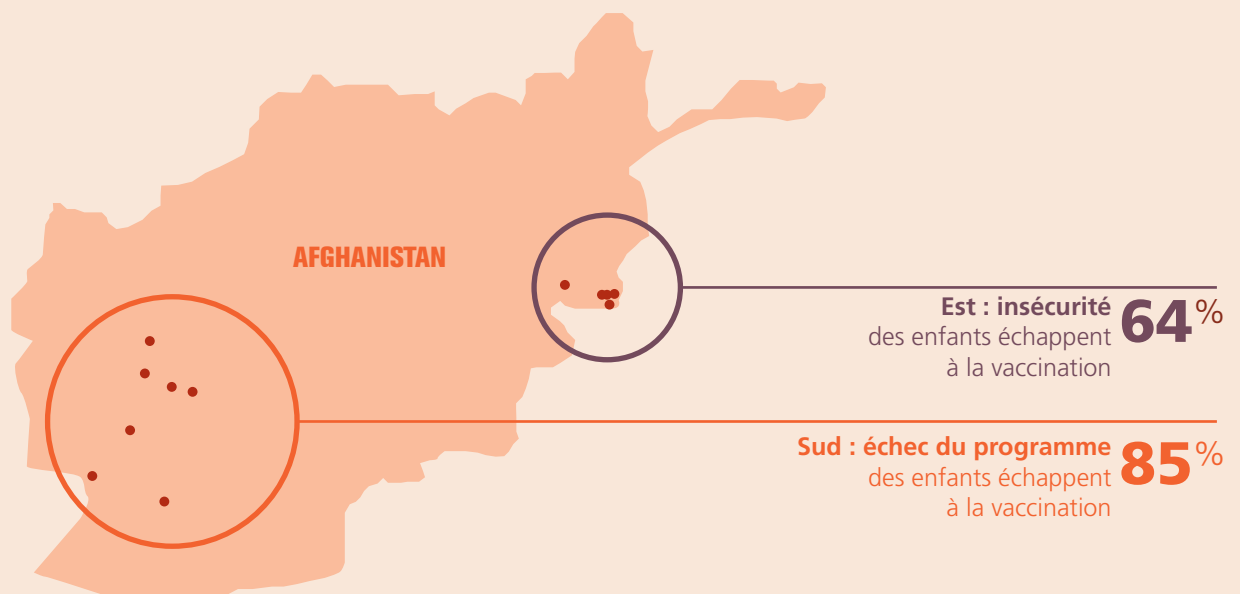
Le programme en Afghanistan n'est pas encore sur la voie de l'interruption de la transmission de la poliomyélite. Il y a, à tous les niveaux, un manque de clarté, un dysfonctionnement sérieux et une prise de décisions lente. Ceci transparaît dans les performances sur le terrain, avec plus de cas recensés cette année que l'année dernière à la même époque. Une seule basse saison restante avant de devoir interrompre la transmission, le programme n'est pas en bonne voie. Il convient de prendre des mesures correctives.

Au niveau stratégique le plus vaste, la situation sur le plan de la sécurité et de l'accessibilité a empiré et est devenue plus fragmentée. On ne sait avec certitude qui dirige les groupes opposés au gouvernement. Ceux-ci sont en train de se fragmenter, rendant moins évidentes les voies de négociation pour l'accès. Il y a trois ans, le programme d'éradication de la poliomyélite s'accompagnait d'une plus grande neutralité et d'un accent mis sur l'aspect humanitaire. Cela ne signifie pas qu'il n'y avait jamais de problèmes d'accès, mais on pouvait généralement planifier et mettre en œuvre les campagnes

de vaccination dans le respect du calendrier. Aujourd'hui, le vaccin contre la poliomyélite redevient, selon le CSI, un pion sur l'échiquier politique, et les factions dans le pays sont prêtes à restreindre ou interdire l'accès si cela profite à leur programme élargi. En perturbant et en rendant imprévisible l'accès aux enfants dans de nombreux districts, les interdictions dans les provinces du sud ont engendré une immunité réduite et laissent présager un environnement potentiellement plus complexe pour le programme. Cela souligne l'importance d'utiliser toute fenêtre d'opportunité d'accès lorsqu'elle est ouverte. La recommandation du CSI d'élaborer une nouvelle politique pour l'IMEP en vue d'intégrer les plans de sécurité et opérationnels concerne ce point.

Sur le plan technique, les données révèlent différents problèmes au point de livraison en conséquence desquels des enfants échappent à la vaccination. À l'est du pays, c'est l'accès qui pose problème : 64 % des enfants échappent à la vaccination car ils ne sont pas accessibles. Au sud, ce sont les performances du programme et la mobilisation sociale : 62 % des enfants échappant à la vaccination seraient « absents »

### AFGHANISTAN : RAISONS EXPLIQUANT POURQUOI DES ENFANTS ÉCHAPPENT À LA VACCINATION



ou indisponibles lorsque le vaccinateur leur rend visite ; dans 17 % des cas, les parents refusent la vaccination ; et dans 5 % des cas, l'équipe ne s'est pas présentée. Cela nous rappelle que le contexte sécuritaire ne peut être utilisé comme excuse pour justifier les mauvaises performances. Lorsque l'accès est disponible, il s'accompagne bien souvent d'activités de vaccination supplémentaires de mauvaise qualité.

Même si le nouveau plan d'action d'urgence national est un pas en avant, le fait qu'il ait été présenté « juste à temps » lors de la réunion du CSI en octobre, l'encre à peine sèche, plutôt que d'être envoyé à l'avance, suggère un mode de direction réactif. Les dispositions prises au plus haut niveau du gouvernement afghan afin de diriger le programme d'éradication de la poliomyélite semblent claires sur le papier, mais en sont bien loin en réalité. Dans l'ensemble, l'obligation de rendre compte semble opérer selon un modèle « dispersé ». En conséquence, les partenaires extérieurs au gouvernement doivent « surveiller les individus » au lieu de faire avancer les choses auprès de la personne qui a le pouvoir d'approuver une stratégie et de prendre des décisions au nom du gouvernement. La première étape pour garantir un programme efficace est de parvenir à une coordination forte et cohésive. Ce n'est pas ce qui se passe pour l'instant. Les progrès pour la création d'un Centre d'opérations d'urgence opérationnel en Afghanistan sont très lents. On ne saurait trop insister sur cette nécessité absolue. Le processus de mise en œuvre doit se mesurer en jours et non pas en semaines.

Il convient de nommer un véritable leader, ayant une expérience du terrain, aux commandes du Centre d'opérations d'urgence. Si l'on choisit la mauvaise personne pour des raisons politiques ou autres, cela pourrait coûter des centaines de millions de dollars au programme mondial d'éradication de la poliomyélite, car le poliovirus continuerait de se répandre en Afghanistan. C'est pourquoi les personnes les plus haut placées au sein de l'IMEP doivent s'investir directement et personnellement dans le travail avec le gouvernement, afin de s'assurer qu'une personne appropriée est nommée à ce poste.

Outre la complexité au sein des structures gouvernementales internes, les partenaires internationaux à travers le programme n'ont pas toujours été des plus efficaces en termes de collaboration en Afghanistan. Savoir à qui incombe la responsabilité de l'orientation technique est, selon plusieurs sources du CSI, source de querelles au niveau du pays. Les conditions de réalisation du travail sont sans aucun doute difficiles, en raison de l'environnement sécuritaire incertain. Il est donc d'autant plus important de partager les données et les ressources. Mais, trop souvent, cela n'a pas lieu.

Étant donné le rôle important des ONG dans la prestation des services, elles doivent jouer un rôle de premier plan dans le nouveau Centre d'opérations d'urgence. Cela est d'autant plus vrai qu'elles opèrent dans les parties du pays que le gouvernement ne contrôle pas.



## PAKISTAN

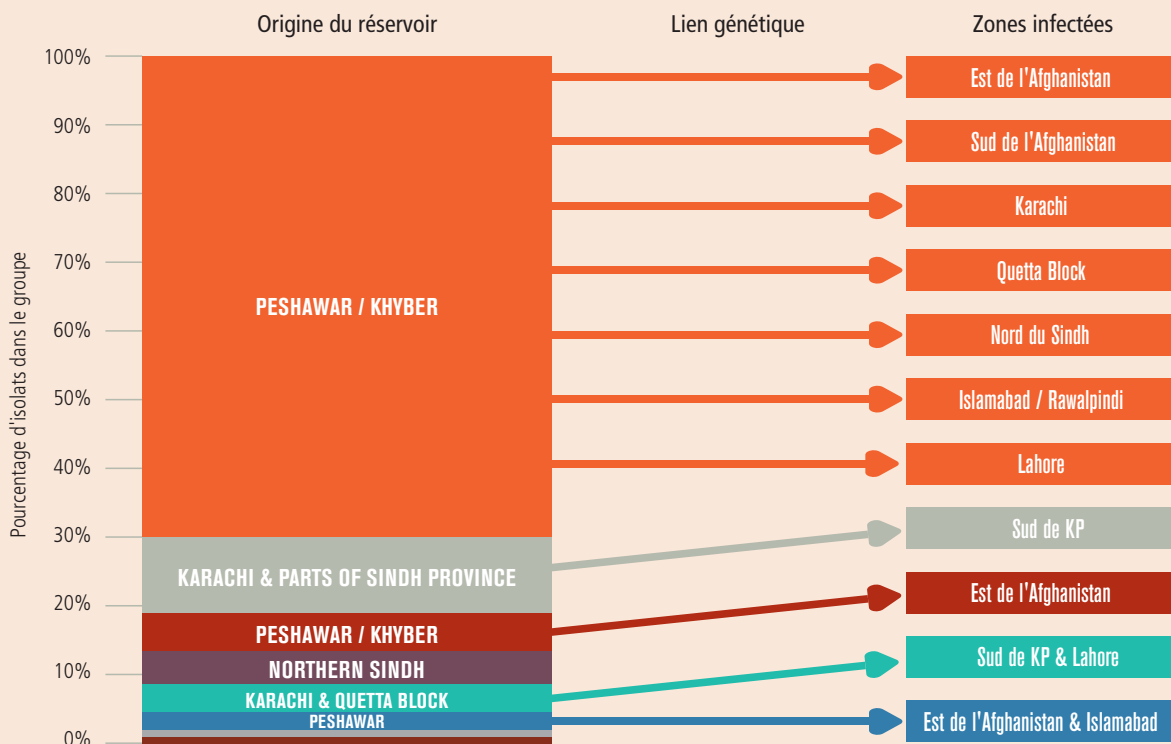
Depuis le dernier rapport du CSI, le programme d'éradication de la poliomyélite au Pakistan s'est fortement amélioré. Lors de la dernière réunion du CSI, la délégation du Pakistan a montré qu'elle resserrait son emprise sur la gestion et la planification du programme dans le pays. Les secrétaires provinciaux, également présents à la réunion, ont fait preuve de leurs connaissances et de leur engagement profonds, et font maintenant clairement partie de la famille de l'éradication de la poliomyélite dans le monde. Malgré ces avancées, certains domaines continuent à poser problème (à la fois sur le plan géographique et programmatique) et il convient de les résoudre. Il reste encore beaucoup à faire.

Le programme du Pakistan a réussi à obtenir l'engagement gouvernemental et politique au niveau national et régional,

et c'est tout à son honneur. Les Centres d'opérations d'urgence (au niveau national et provincial) sont opérationnels et font une différence. L'implication accrue du gouvernement régional dans de nombreux domaines est impressionnante, et ses connaissances locales, ses relations et ses efforts diplomatiques continueront d'être essentiels à la gestion efficace du programme.

Dans certains endroits, des innovations ont été testées et se sont avérées efficaces. L'approche de vaccination protégée en continu dans la communauté (en anglais, Continuous Community Protected Vaccination ou CCPV), qui consiste à placer des travailleuses de santé communautaires locales au cœur de leur communauté et à aller au-delà de la promotion de la vaccination, semble être une façon sensée

### GRUPE GÉNÉTIQUE DE CAS DE PVS1 ACTIFS AU PAKISTAN : L'IMPACT DE LA « COURROIE DE TRANSMISSION » À PESHAWAR



Notes techniques supprimées pour des raisons de clarté, disponibles sur demande. Source : OMS



et pragmatique d'opérer. Il faut rapidement renforcer cette initiative.

De plus, la nouvelle campagne de communication positive et basée sur la confiance représente une avancée, notamment car elle présente les travailleurs en première ligne comme des défenseurs de la communauté. Le renforcement de la formation du personnel d'exploitation est également une bonne chose, en particulier la proportion élevée (96 %) de responsables ayant suivi une formation améliorée dans les districts à plus haut risque. Les camps de santé, qui proposent toute une gamme de services de santé publique recherchés, sont devenus une pratique établie qui permet de développer la confiance et de faire parvenir le vaccin à plus d'enfants. Ils coûtent cher mais sont indispensables.

Toutes ces innovations laissent entrevoir une amélioration progressive et incrémentielle, et transparaissent dans la baisse considérable du nombre de cas par rapport à l'année dernière. La baisse du nombre de cas dans les zones tribales sous administration fédérale de 94 % par rapport à 2014 est particulièrement impressionnante.

Dans le même temps, le fossé en matière d'immunité n'est pas comblé assez rapidement. Un million d'enfants sont sous-immunisés. Le nombre d'enfants inaccessibles s'est amélioré grâce à un meilleur contexte sécuritaire, et est passé de plus d'un demi-million d'enfants en 2013 à moins de 35 000 en septembre 2015.

Même si la sécurité empêche d'atteindre les enfants dans certaines régions, il ne faut en aucun cas excuser les mauvaises performances du programme. Dans certaines zones, les opérations de vaccination supplémentaires restent insuffisantes, notamment à Quetta et à Karachi. Cette année, des cas de poliovirus sauvage se sont également déclarés dans la province de Sindh, à l'écart des zones qui posaient problème auparavant. Ces provinces non affectées par des conflits devraient enregistrer de meilleures performances. Il ne faut ainsi perdre de vue aucune partie du pays, même si l'accent est principalement mis sur quelques réservoirs spécifiques.

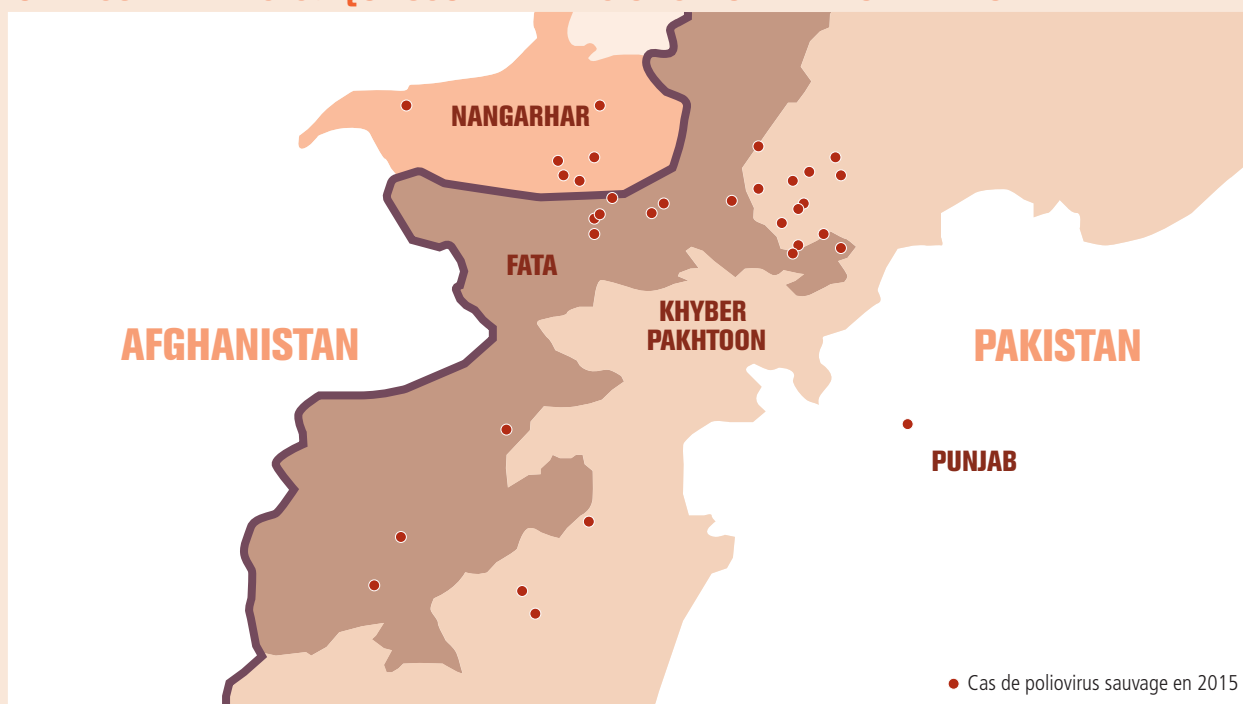
Bien qu'une vigilance et des activités d'éradication soient nécessaires dans l'ensemble du pays, c'est sur Peshawar et les régions environnantes qu'il faut se concentrer durant cette basse saison si l'on veut interrompre la transmission.

Tout au long de l'histoire, le chemin qui relie Peshawar à Jalalabad, à travers les montagnes le long de la passe de Khyber, a été d'une grande importance stratégique. Ce fut un axe commercial important le long de la Route de la Soie, et un couloir militaire critique dans de nombreux conflits au fil des siècles. Les petites et grandes villes et les villages le long de cette route et dans la vallée de Peshawar environnante, et les flux de personnes qui les traversent pour rejoindre la frontière et les zones tribales sous administration fédérale du pays, sont au cœur d'un important réservoir du poliovirus sauvage. Une fois de plus dans l'histoire de la poliomyélite, ce réservoir fait l'objet de toute l'attention mondiale. Il est le foyer du poliovirus et sa « courroie de transmission ».

Bien qu'il s'agisse ici d'un seul bloc épidémiologique, celui-ci couvre deux pays souverains. La présence continue de cas dans la vallée de Peshawar et des deux côtés de la frontière entre l'Afghanistan et le Pakistan qui sépare ces deux villes, montre qu'une attention renforcée et des efforts d'éradication intenses sont nécessaires. Le fait que ce réservoir de la maladie couvre deux côtés d'une frontière nationale et plusieurs régions administratives pakistanaises vient ajouter à la complexité. Chaque jour, de nombreuses personnes franchissent cette frontière poreuse qui comporte de nombreux points de passage. L'élimination de ce réservoir nécessite des actions simultanées des deux côtés de la frontière. Ce n'est pas un problème que l'on peut résoudre de manière unilatérale. Pour l'instant, l'administration et l'épidémiologie ne sont pas en phase, bien qu'elles devraient l'être. Une approche commune sera nécessaire.

L'IMEP doit travailler de toute urgence avec le gouvernement pakistanais pour aligner la géographie épidémiologique de cette partie du pays sur les mesures de planification et de coordination. Pour l'instant, ces deux aspects relèvent de juridictions différentes. Le programme doit doubler d'efforts pour localiser les populations non vaccinées dans ce pays montagneux et contrasté. Il doit aussi comprendre

## L'IMPORTANCE DE LA COORDINATION UN BLOC ÉPIDÉMIOLOGIQUE COUVRANT TROIS ZONES ADMINISTRATIVES



quand ses processus ne sont pas parfaits. Il doit comprendre par exemple que lorsque le motif « Aucune équipe » est utilisé pour justifier les enfants manqués, c'est un échec programmatique qui doit être remonté au niveau du secrétaire provincial, et que des mesures correctives doivent être prises.

Le programme du Pakistan doit faire un meilleur usage des données. Cela passe par une amélioration constante à chaque étape du cycle d'information : a) un monitoring accru, b) une capacité accrue d'évaluation rapide et sophistiquée des données afin de comprendre les performances et, c) la capacité à apporter des changements rapides entre les campagnes, et au niveau local, sur la base des nouvelles informations fournies.

Dans l'ensemble, le programme au Pakistan a apporté une série de changements incrémentiels qui vont dans le bon sens, mais il reste des domaines nécessitant une forte amélioration, qu'il faut apporter de toute urgence. Il ne reste qu'une basse saison pour réussir avant la nouvelle date butoir de 2016 et avant

que les conséquences d'un échec chiffré à 1 milliard de dollars s'abattent sur le programme. Pour réussir, il ne peut plus y avoir d'excuses, de retards ni de distractions. Il faut se concentrer sans relâche sur Peshawar et les territoires voisins. C'est la clé de la réussite ou de l'échec au Pakistan. Si la poliomyélite peut être éradiquée dans cette partie du Pakistan durant la basse saison, il y a alors d'excellentes chances que le pays interrompe la transmission en 2016. Si au sortir de la basse saison des cas subsistent à Peshawar, la « courroie de transmission » de la poliomyélite se remettra en marche et il y aura très certainement une flambée importante durant la haute saison.

D'autres régions du Pakistan doivent également faire l'objet d'une forte attention. Le parallèle avec le Nigéria est troublant. Un an avant l'interruption de la transmission au Nigéria, il y avait moins de réservoirs qu'au Pakistan. Sur cette base, le Pakistan n'est pas encore en bonne voie pour 2016.

## NIGÉRIA ET RESTE DE L'AFRIQUE

Depuis le dernier rapport du CSI, le Nigéria a été retiré de la liste des pays d'endémie. C'est là un accomplissement remarquable que l'on doit à la fois au gouvernement nigérian à la tête de cette réussite et aux partenaires internationaux qui ont apporté leur précieux soutien. Cependant, le risque de réintroduction est toujours présent, en raison de lacunes continues sur le plan de la surveillance et de l'immunité. Le niveau d'immunité en Inde nécessaire pour prévenir le retour de la transmission dépassait largement les 90 %. C'est l'objectif que doit atteindre le Nigéria.

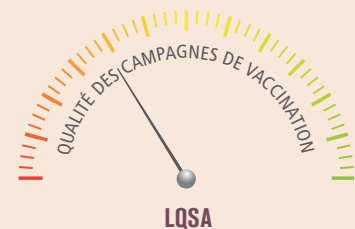
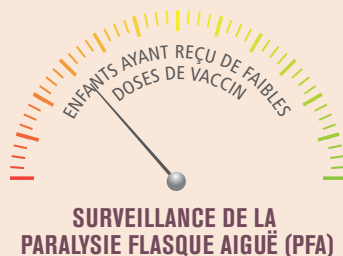
Après les célébrations des dernières semaines, le temps est venu de réorienter l'approche et de redoubler d'efforts. La nature de la tâche a maintenant changé. L'interruption de la transmission à elle seule ne suffit pas pour obtenir la certification d'exemption de virus en 2017. Plutôt que de mettre comme avant l'accent sur l'éradication, le programme doit à présent passer à une perspective de résilience.

La résilience désigne une façon de penser et un ensemble d'activités qui permettent de minimiser le risque de reprise de la transmission. Les compétences et les ressources nécessaires à l'éradication sont différentes de celles requises pour prévenir la réintroduction. Le programme doit réfléchir aux caractéristiques d'une organisation résiliente et passer

à ce nouveau modèle. Celle-ci nécessite essentiellement une vigilance constante des faiblesses et des vulnérabilités, et une capacité à repérer les signes révélateurs d'un dysfonctionnement. Une organisation hautement résiliente réagit avec fermeté à un faible signe d'échec. Chaque jour, le personnel du programme doit se poser les questions suivantes : Où sont les failles dans nos défenses ? Où sont les trous dans notre armure ? À quels endroits le poliovirus est-il le plus susceptible de revenir ?

Présentement, le pays dispose de l'infrastructure nécessaire pour éradiquer la poliomyélite. De ce point de vue, celle-ci est bien conçue et bien équipée. Il convient à présent de la remodeler pour assurer la résilience. Pour faire comme l'a fait et le fait encore l'Inde, il ne faut pas donner au poliovirus la moindre chance de revenir dans le pays. Dans bien des cas, cela nécessite de s'appuyer sur les accomplissements réalisés jusqu'ici, tels que le développement d'une équipe hautement efficace et compétente au sein du Centre d'opérations d'urgence du Nigéria. Dans certains domaines, notamment la surveillance et le monitoring, cela nécessite le développement de nouvelles capacités, et de nouvelles approches pour synthétiser les données afin d'identifier les premiers indicateurs de risque.

### REPRÉSENTATION D'UN TABLEAU DE BORD DE LA RÉSILIENCE FACE À LA POLIOMYÉLITE



Ceci est une illustration qui ne correspond pas à une évaluation réelle.

Le programme du Nigéria, supervisé par ses partenaires de l'IMEP, doit réaliser un examen stratégique en vue d'étudier l'étendue et la qualité des données nécessaires à une exploration constante des faiblesses. Il se peut que certaines données non recueillies ou un aspect jusqu'ici mineur nécessitent d'être fortement développé. Il pourrait s'agir par exemple de la surveillance environnementale et des données de séroprévalence. Après avoir passé en revue les besoins en matière de données, le programme du Nigéria devrait créer un Tableau de bord de la résilience face à la poliomyélite. Celui-ci doit être le principal moteur du renforcement de la résilience.

Cette transformation vers une protection résiliente de la population contre la poliomyélite nécessitera un engagement continu, une volonté politique et une détermination nationale pour passer à une position de préparation et de riposte. Il s'agit là d'un concept nouveau qu'il pourrait être difficile d'intégrer à un système qui a été conçu pour une tâche légèrement différente.

La direction et l'engagement politiques ont été cruciaux pour amener le programme au stade actuel. Il est essentiel de maintenir ce haut niveau d'engagement durant cette transition vers un modèle de résilience. Il est primordial que tous les échelons du gouvernement, notamment au niveau de l'État et des régions, demeurent engagés et ne succombent pas à la « fatigue de la poliomyélite ». Le niveau d'engagement en baisse, enregistré par rapport à une mesure convenue de l'implication locale pour les États à haut risque, est source d'inquiétude. Le détachement du gouvernement local est un risque majeur pour le programme. L'incapacité d'assurer le financement nécessaire à l'instauration de la résilience serait un désastre.

L'accès au nord-est du pays demeure difficile, et 60 % des communautés dans l'État de Borno ont échappé aux activités de vaccination cette année. Cela signifie que 250 000 enfants ont échappé à la vaccination, et engendre une faible immunité face au poliovirus de type 1 et 2. En outre, alors que les indices de surveillance au niveau de l'État sont rassurants à l'échelle du pays tout entier, ce n'est pas le cas dans certaines zones infranationales, à la fois en ce qui concerne la paralysie flasque aiguë et les échantillons environnementaux. Le regroupement avec les zones voisines plus performantes ne doit pas servir à masquer les mauvaises performances. Les échantillons environnementaux positifs prélevés récemment à Kaduna montrent que le virus est toujours présent dans le pays et sont un signe d'alarme.

Communiquer le message au public sera également ardu car c'est une histoire nuancée qu'il est difficile de raconter. Elle doit rendre compte du fait que des progrès ont été réalisés, tout en insistant sur le fait que le Nigéria n'est pas encore un pays résilient face à la poliomyélite. Le programme devra trouver le juste équilibre pour trouver le ton qui convient. Bien que cela soit tentant, il ne doit pas succomber à l'envie d'être trop optimiste. L'expertise de l'UNICEF dans ces domaines sera essentielle pour le gouvernement.

Dans ces domaines de préoccupation, il faut tirer des enseignements des expériences ailleurs, notamment en Inde, concernant a) la communication du risque auprès du public, b) les plans de riposte au niveau de l'État (avec les noms des responsables), c) les études annuelles ciblées de sérosurveillance pour fournir des preuves objectives des endroits où l'immunité est en baisse, et d) l'attention accordée aux régions frontalières. Ces enseignements ont été tirés dans d'autres pays par le passé. Tout doit être fait pour permettre le partage de ces enseignements.

## TROUS DANS L'ARMURE DE LA RÉSILIENCE DU NIGÉRIA :

- 250 000 enfants ayant échappé à la vaccination dans l'État de Borno
- Implication politique en baisse
- Lacunes sur le plan de la surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA)
- Grèves des travailleurs de la santé



La question de l'héritage concerne tout particulièrement le Nigéria, où bon nombre des personnes et des structures ayant fait partie du programme d'éradication de la poliomyélite pourraient apporter des avantages futurs à d'autres domaines de la santé publique. Il importe d'accomplir ces progrès. Toutefois, la planification héritée ne doit pas empêcher de se concentrer sur la tâche première, à savoir rester exempt de poliomyélite jusqu'à la certification.

Afin de trouver cet équilibre entre résilience et héritage, peut-être faudra-t-il désigner une personne spécialement responsable du volet hérité, plutôt que de demander aux équipes de terrain de s'en charger en plus de leur travail quotidien. L'héritage, bien qu'étant essentiel, peut aussi devenir une distraction. Le message prépondérant porte sur la résilience, la vigilance et la réactivité. Il faut réfléchir à l'héritage dans ce contexte. Le CSI a fait une recommandation à cet égard.

Au-delà du Nigéria, les flambées provoquées par le poliovirus dérivé d'une souche vaccinale à Madagascar, et les cas au Mali, au Soudan et en République démocratique du Congo, nous rappellent qu'en Afrique, dans un trop grand nombre de régions, la surveillance demeure faible, trop d'enfants échappent à la vaccination et les niveaux de vaccination sont inadéquats. L'immunité disparate constatée actuellement présente un risque pour l'Afrique exempte de poliomyélite. Chaque pays doit s'assurer qu'il dispose de plans de riposte clairs et que des personnes très compétentes estiment être personnellement responsables de l'exécution de ces plans. La nouvelle direction du Bureau régional pour l'Afrique de l'OMS doit jouer un rôle essentiel dans la protection des populations des pays africains encore vulnérables face à la poliomyélite.

## UKRAINE

La situation en Ukraine est alarmante. Deux enfants ont été paralysés, le premier en juin 2015 et le second en juillet 2015, par un poliovirus de type 1 dérivé d'une souche vaccinale. Cela n'a pas été confirmé avant le mois d'août. Plus d'un mois après, aucune riposte à la flambée n'avait été lancée.

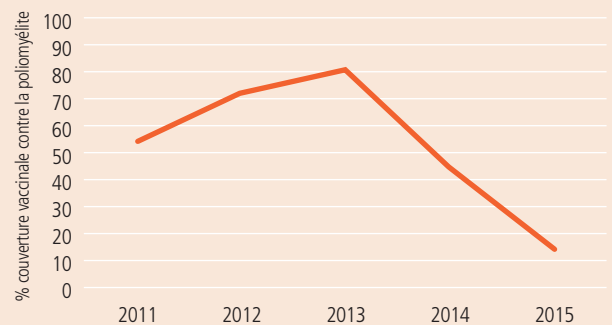
Une flambée provoquée par un virus dérivé d'une souche vaccinale montre à chaque pays, y compris aux pays comparativement riches et dotés d'un système de santé développé, le risque qu'ils courent s'ils permettent à leurs programmes de vaccination de s'affaiblir et de se détériorer.

Dans ses précédents rapports, le CSI a rappelé que l'Ukraine enregistrait de mauvaises performances en termes de vaccination. De même, nombreux sont ceux qui ont émis un avertissement à l'encontre de l'Ukraine, notamment le siège de l'OMS, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe et la communauté universitaire internationale. En Ukraine cette année, 14 % seulement des enfants de moins d'un an ont reçu trois doses de vaccin. À présent, les conséquences, en aucun cas inévitables, se font sentir.

Nous sommes conscients que les événements historiques ont engendré un sentiment très négatif envers la vaccination en général dans le pays. Toutefois, la réaction du gouvernement a été lente, inefficace et a manqué de ressources pour les programmes de vaccination des enfants en général, et pour cette flambée en particulier. Le pays ne peut excuser la situation dans laquelle il se trouve. Résoudre le problème nécessite un niveau d'engagement différent de la part du gouvernement et des mesures urgentes.

La disponibilité de nombreux canaux de communication, y compris les médias sociaux, signifie que le programme pourrait organiser une campagne de communication et de plaidoyer créative et intéressante pour vaincre l'hésitation à l'égard de la vaccination, aspect qui semble avoir été traité à contrecœur.

### L'UKRAINE : UNE CATASTROPHE RAMPANTE



Le CSI est conscient de la complexité du contexte sécuritaire actuel en Ukraine, et comprend que les problèmes d'accès et de sécurité ont un impact sur les campagnes de vaccination. Cependant, les cas ne se trouvent pas dans les zones affectées par le conflit. Bien au contraire, ils sont aussi loin du conflit que possible et près de la frontière roumaine. D'ailleurs, dans l'Oblast de Transcarpathie où les cas ont été recensés, les niveaux de vaccination sont supérieurs à la moyenne nationale (de tout juste 18 %). Plusieurs parties du pays affectées par le conflit sont une véritable « boîte noire » lorsqu'il s'agit de rendre des comptes. Nous espérons seulement que la même situation ne s'y reproduise pas.

Pour compliquer un peu plus la riposte tardive, les mesures proposées ne respectent pas les normes scientifiques bien établies et le calendrier recommandé par l'OMS. En tant que tel, le pays présente non seulement un risque pour lui-même et ses enfants, mais aussi pour ses voisins, pour les pays de l'Union européenne, et menace sa crédibilité internationale.

## SYRIE ET AUTRES PAYS AU MOYEN-ORIENT

Il n'y a pas si longtemps, la plupart des pays au Moyen-Orient disposaient de systèmes robustes et efficaces de vaccination contre la poliomyélite. La couverture était élevée et le risque était faible. Cependant, suite aux récents conflits, la situation sur le terrain a changé pour beaucoup de personnes. Dans plusieurs pays, une grande part de l'infrastructure a été détruite, bon nombre de travailleurs qualifiés sont partis et les systèmes de santé publique se sont fortement détériorés.

La flambée provoquée par le poliovirus sauvage en Syrie et en Iraq en 2013 et 2014 est une conséquence terrible mais prévisible. L'équipe de riposte aux flambées basée au Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale a fait preuve d'efficacité, et a pris les mesures nécessaires pour maîtriser la situation, grâce à des activités de surveillance et de vaccination améliorées dans les pays où la sécurité a été compromise, en particulier en Syrie, en Iraq, en Somalie, au Yémen et en Libye. Il faut féliciter ses efforts dans ces régions.

L'afflux de personnes déplacées qui en découle, résultat direct de l'insécurité régionale, vers les pays voisins plus stables constitue un problème différent qui nécessite ses propres efforts. Ces importants mouvements de personnes, qui sont en soi une terrible tragédie, présentent un risque profond pour le programme d'éradication de la poliomyélite.

Des opérations de vaccination ciblées sont en train de se dérouler dans de nombreux postes frontaliers et dans les camps créés pour accueillir les personnes déplacées. Bien que ces camps représentent une population cible claire pour de telles activités, le CSI est conscient que bon nombre des réfugiés au Moyen-Orient ne restent pas dans les structures officielles conçues pour les accueillir, et vivent officieusement dans les communautés en vue d'y refaire leur vie. Craignant bien souvent la légitimité de leur statut et réticents à interagir avec les structures officielles de l'État, ces personnes risquent de ne pas recevoir les vaccinations dont ils ont besoin. Les sources du CSI estiment que ce problème n'est pas géré efficacement pour l'instant. Il semble possible, voire même probable, que de nombreuses familles n'ayant reçu aucune dose de vaccin fassent partie de ces populations cachées.



Il est difficile de quantifier les risques en raison du manque d'informations concernant le nombre de personnes dans les différents contextes et leurs niveaux d'immunité. Mais elles constituent un risque et il convient de faire davantage pour estimer ce chiffre. Étant donné le nombre élevé de réfugiés (on parle de trois millions à travers la Turquie, le Liban et la Jordanie), l'évaluation des risques et l'action s'imposent. Des efforts doivent être faits pour sensibiliser les personnes au besoin de vaccination et pour en faire une activité sans conséquences bureaucratiques. Si un enfant se présente pour se faire vacciner, il n'y a aucune raison d'enquêter sur son identité.

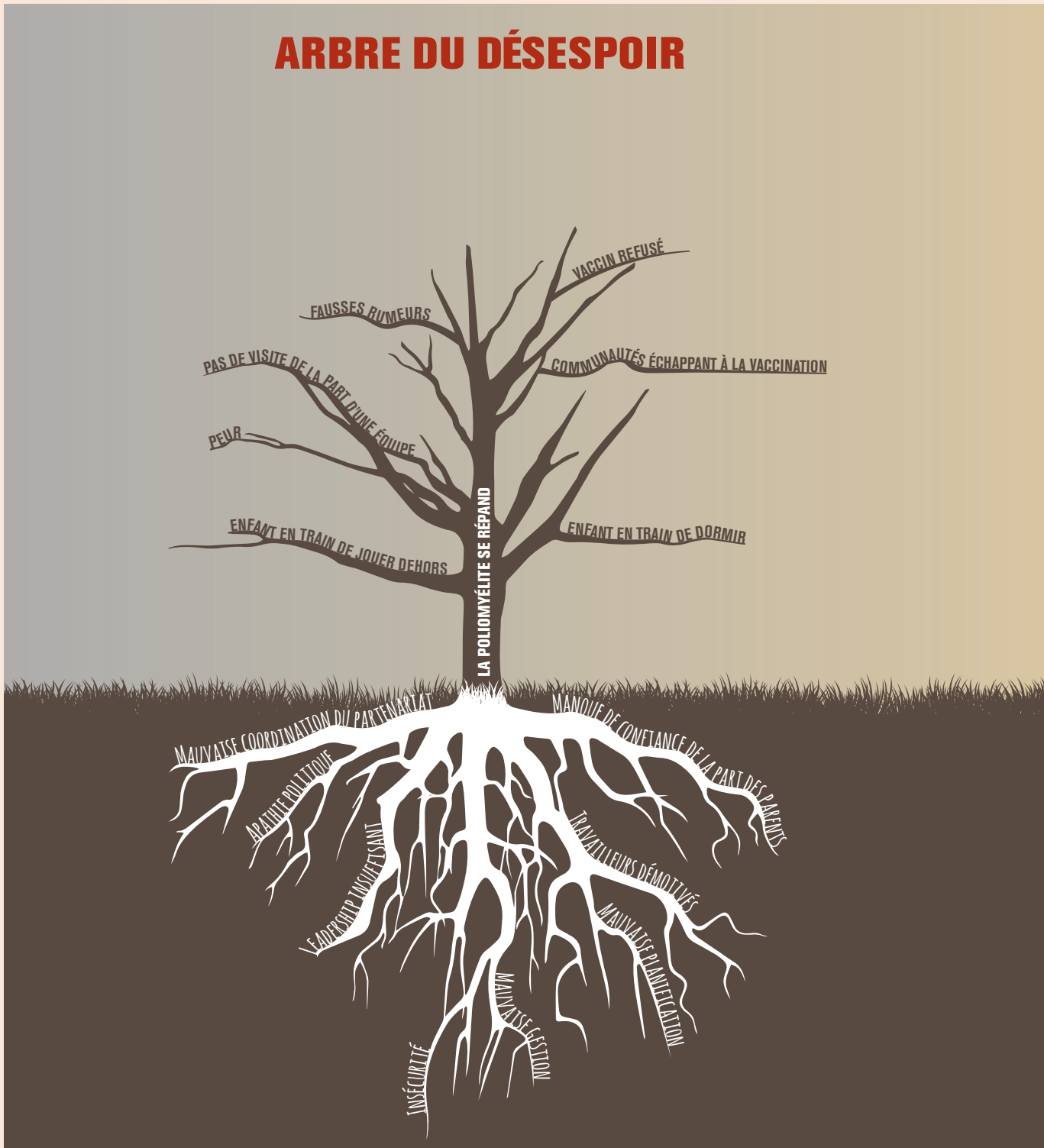
En outre, de nouvelles routes migratoires s'ouvrent et changent constamment tandis que de nombreux réfugiés viennent chercher refuge en Europe. Bon nombre de ces routes traversent des États des Balkans et de l'Europe de l'Est où les niveaux d'immunité ne sont pas toujours ce qu'ils devraient être. La flambée actuelle et la mauvaise gestion en Ukraine (qui se trouve potentiellement sur le chemin des routes migratoires en raison de ses frontières avec les pays de l'Union européenne) illustrent le risque explosif potentiel présenté par les cas importés et les pays mal préparés. Alors que l'IMEP resserre l'étau sur les derniers pays d'endémie, les risques en dehors de ces pays ont fortement augmenté. Systèmes de santé détériorés dans les zones de conflit ; mouvements massifs de personnes vulnérables sur de longues distances, avec des conditions sanitaires et alimentaires inadéquates ; crainte de centaines de milliers de migrants qui pensent qu'utiliser les services de santé pourrait conduire à leur enregistrement officiel, chose qu'ils cherchent désespérément à éviter. Ce sont là les causes de ces risques.

Enfin, tandis que la situation sécuritaire en Syrie et en Iraq continue d'attirer la plus forte attention de par le monde, la situation dans d'autres pays demeure très risquée. Les sources du CSI signalent notamment la défaillance de la chaîne du froid au Yémen en raison de la poursuite des combats, et l'effondrement quasi-total des systèmes de vaccination en Libye. Ces régions vont avoir besoin d'un soutien considérable pour revenir à des normes de base minimales.



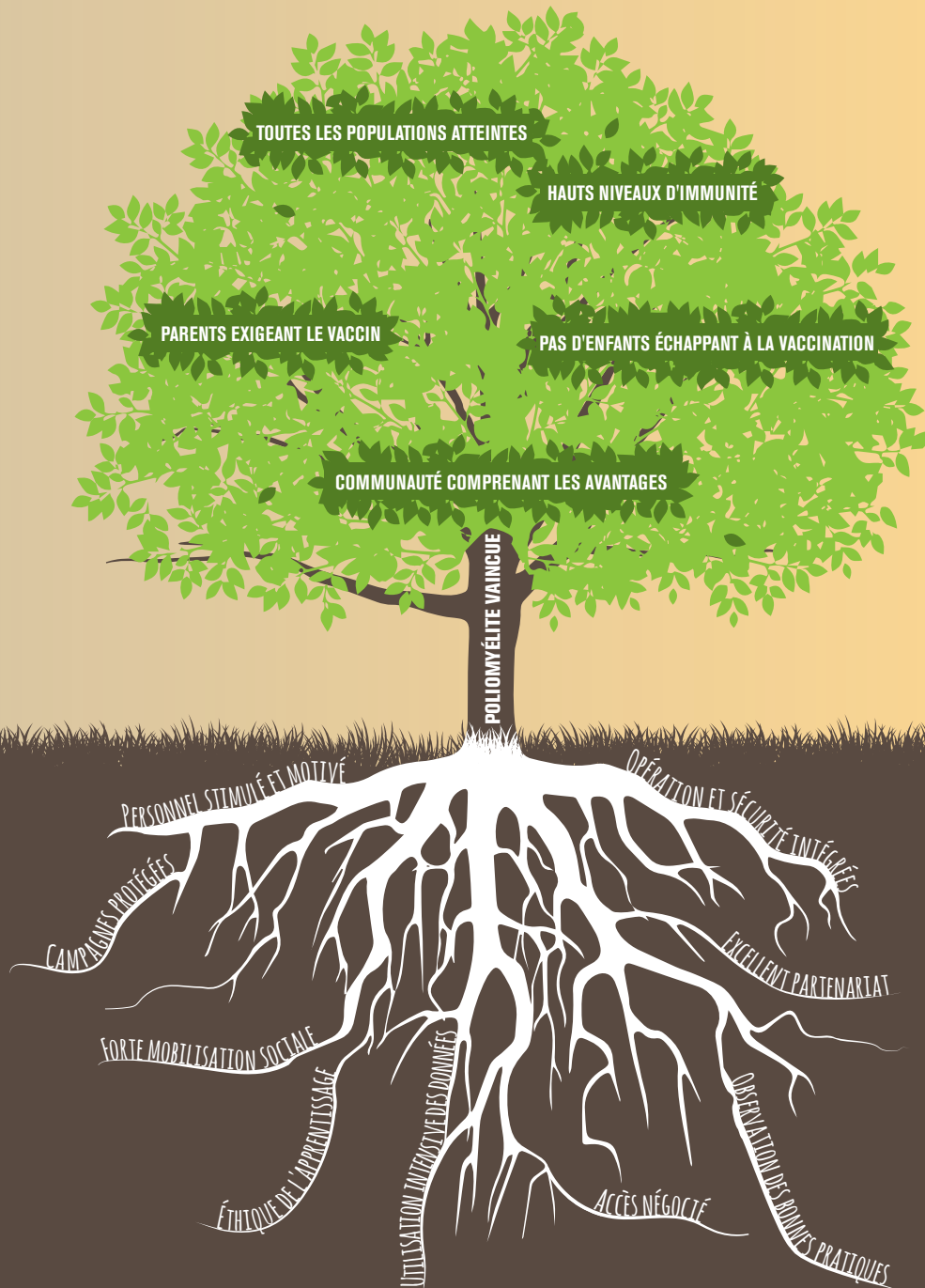
# ENFANTS ÉCHAPPANT DE FAÇON PERSISTANTE À LA VACCINATION

## ARBRE DU DÉSESPOIR



TION

## ARBRE DE L'ESPOIR



Afin d'améliorer les performances, le CSI a utilisé les chiffres relatifs aux enfants manqués et les causes de ce phénomène. Ces mesures sont désormais largement utilisées pour faire respecter les obligations de rendre compte dans le programme à tous les niveaux. Cependant, le nombre toujours élevé d'enfants échappant de façon persistante à la vaccination nuit à la crédibilité du programme et de ses dirigeants au niveau mondial et des pays. Force est de constater l'embarras pesant sur un programme d'éradication qui tolère le fait que 6,6 millions d'enfants échappent de façon persistante à la vaccination.

Malgré ces chiffres toujours préoccupants, la réflexion à l'égard du problème des enfants manqués dans le cadre du programme a gagné en clarté. La taxonomie désormais couramment utilisée est simple mais aussi révélatrice. Seules quatre raisons expliquent pourquoi certains enfants ne sont pas couverts : 1) l'enfant n'a pas pu être atteint car il se trouvait dans une zone inaccessible, 2) l'enfant était accessible, mais l'équipe de vaccination n'a pu, pour une raison ou une autre, l'atteindre, 3) l'équipe de vaccination est arrivée mais les parents lui ont refusé l'accès à leur enfant et 4) l'équipe de vaccination est arrivée et l'enfant n'était pas présent.

Au sein de ces quatre catégories, un énorme travail de compréhension sur la profondeur, la complexité et les aspects anthropologiques est nécessaire, afin de comprendre la cause profonde. Par exemple, les enfants manqués dans la zone où l'équipe ne s'est pas présentée (ce que l'on désigne bien souvent par la courte mention méprisante « Aucune équipe ») impliquent un dysfonctionnement dans la matrice de microplanification, de gestion, de supervision, de recrutement et de motivation. Pour ce qui est des refus, la raison peut-être compréhensible, l'enfant étant malade par exemple. Mais dans certains cas, le refus est dû au fait que le parent ne comprend pas les avantages de la vaccination car les messages du programme ont échoué, ou à une fausse rumeur plus convaincante et paraissant plus crédible car il n'y a pas eu de réfutation évidente.

La confiance dans les vaccinateurs est un problème crucial. Les campagnes de vaccination réussiront si et seulement

si le message invitant à la vaccination est bien reçu, et si les vaccinateurs sont eux-mêmes dignes de confiance. Des sondages récents révèlent que cela varie grandement au sein des pays. Au Pakistan, le degré de confiance à l'égard des vaccinateurs dans les zones tribales sous administration fédérale (26 %) et au Nord-Waziristan (34 %) se situe largement en dessous de la moyenne nationale (61 %). De même, le chiffre de 48 % dans l'État de Borno est préoccupant si on le compare à la moyenne nationale au Nigéria (70 %). Le fait que seulement 40 % des personnes interrogées en Afghanistan font largement confiance aux vaccinateurs est très inquiétant.

En outre, il est nécessaire de développer des approches efficaces à l'égard de la convergence nécessaire entre la vaccination systématique, les opérations de vaccination supplémentaires et l'introduction du VPI, afin d'interrompre puis de prévenir la transmission. Cela passera par l'examen des meilleures méthodes de déploiement de ces approches mixtes pour atteindre les enfants manqués dans les zones de faible couverture, et sera un élément essentiel de la résilience, dans un premier temps, et de l'héritage par la suite.

Il faut examiner plus attentivement le contexte pour savoir pourquoi des enfants échappent à la vaccination. Ce sera aux différentes disciplines expertes de se demander encore et encore pourquoi. L'effort quantitatif de l'épidémiologie devra être rapporté aux compétences qualitatives des chercheurs sociaux, pour obtenir des informations provenant de sources aussi nombreuses que possible jusqu'à ce que des solutions potentielles soient identifiées et déployées. La disponibilité de ces données, par le biais d'institutions indépendantes, et s'accompagnant de méthodologies robustes, est un atout pour le programme. Tandis que le poliovirus sauvage est progressivement circonscrit à des zones géographiques limitées, il est plus que jamais nécessaire de bien comprendre, d'un point de vue qualitatif local, les performances du programme et les attitudes du public. Ces données sont précieuses et ne sont pas seulement un sujet de discussion intéressant. Elles doivent être utilisées pour cibler les activités en vue d'atteindre et de vacciner avec succès de plus en plus d'enfants.

Les meilleurs exemples de l'utilisation des données sociales sont souvent les plus simples. Au Pakistan, faire appel à des vaccinateurs de sexe féminin et les faire travailler à temps plein (améliorant par là même leur sécurité d'emploi) a permis d'augmenter grandement les performances. C'est là un changement moindre en apparence mais qui a montré que cela valait la peine d'étudier ce que (dans un contexte différent) l'épidémiologiste britannique, Geoffrey Rose a baptisé « les causes des causes », ou plus simplement, se demander pourquoi encore et encore.

### **POLIOVIRUS DÉRIVÉ D'UNE SOUCHE VACCINALE**

Comparé à son cousin sauvage, le poliovirus dérivé d'une souche vaccinale peut sembler être une menace moindre, une réflexion après coup désagréable, mais très contrôlable. Il n'en est rien. Aux derniers stades de l'éradication, la survenue de tout poliovirus est une menace. Le flot continu de flambées et de cas ces derniers temps (survenus jusqu'ici en 2015 au Nigéria, en Ukraine, à Madagascar, au Laos et en Guinée) est la preuve d'une menace persistante, imprévisible et bien souvent mal gérée.

Lorsque ces cas surviennent, des équipes hautement compétentes devraient être déployées pour gérer et contenir la flambée. La mémoire institutionnelle locale et l'expérience de la gestion pouvant faire défaut, ces équipes doivent inclure un personnel ultra-performant issu des programmes partenaires, ainsi que des fonctionnaires responsables au niveau local.

Le Règlement sanitaire international a été un complément utile des diverses mesures utilisées pour combattre le poliovirus sauvage au cours des deux dernières années. Les règles ne permettent pas au Règlement sanitaire international d'être appliqué au poliovirus dérivé d'une souche vaccinale. Ceci est tout à fait anachronique car l'apparition de ces virus constitue aussi une urgence de santé publique. Cela est d'autant plus vrai en Ukraine, du fait de la menace qu'il présente pour les pays voisins. Le remplacement imminent des vaccins antipoliomyélitiques

oraux (qui démarrera en avril 2016, comme SAGE l'a récemment confirmé) est également d'une importance capitale. Durant les mois qui précèdent ce remplacement et après celui-ci, toute flambée du virus de type 2 dérivé du vaccin antipoliomyélitique oral (cVDPV2) nécessitera une riposte rapide et décisive, et sera un événement d'importance internationale, précisément car le vaccin permettant d'interrompre la transmission sera retiré en avril 2016.

### **LA DIFFICULTÉ DE GARDER LE CAP FACE À LA COMPLEXITÉ GRANDISSANTE DU PROGRAMME**

Le CSI a été créé pour soutenir l'objectif premier de l'IMEP, à savoir l'interruption de la transmission du poliovirus en vue de son éradication. Au fil du temps, le CSI a choisi de formuler des observations concernant plusieurs autres aspects, notamment la planification du transfert de compétences, la dynamique et l'infrastructure du programme, la préparation au remplacement du vaccin oral de manière coordonnée à travers le monde et l'introduction du VPI dans de nombreux pays. Bien que l'accomplissement de chacune de ces tâches soit d'une importance vitale, il est primordial de trouver le bon équilibre entre les priorités accordées à ces différents objectifs. Dans le cas des pays toujours en phase d'éradication, ou de ceux passant à une approche de résilience, ces tâches supplémentaires risquent de créer une distraction et de détourner les compétences et les ressources des domaines où elles sont le plus nécessaires. Dans les deux pays d'endémie et au Nigéria, les équipes de prestation doivent disposer d'un espace suffisant pour pouvoir définir les priorités. Cela peut nécessiter la création de postes et de structures hérités spécifiques, en plus et non à la place des rôles se concentrant directement sur l'éradication.

Ce qui doit constituer une activité clé pour interrompre la transmission et renforcer la résilience dans certaines zones apparaîtra aussi comme des éléments du travail « hérité » après l'éradication. La différence réside dans le fait qu'on planifie pour le présent ou pour l'avenir, et non pas ce qui

constitue une activité clé ou non. Pour la partie de l'IMEP qui travaille sur le volet hérité, c'est bien là son activité principale. Toutefois, elle ne doit pas opérer isolément des autres parties travaillant sur l'objectif premier du plan stratégique.

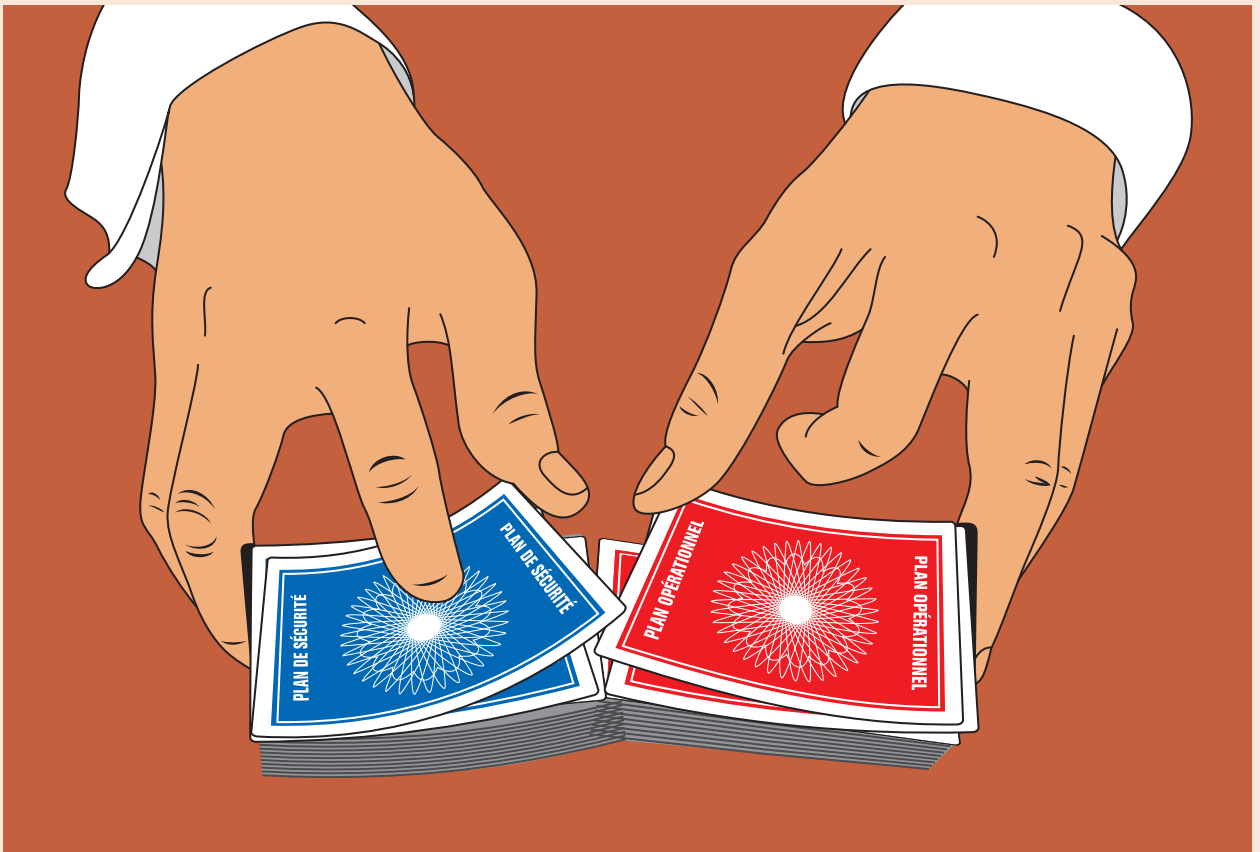
## SÉCURITÉ

La sécurité est un thème commun que l'on retrouve dans chacun des domaines d'inquiétude restants au sein du programme. En Afghanistan, en particulier, où les interdictions d'accès dans les provinces du sud ont fortement perturbé les activités, la situation ne peut qu'empirer avec la fragmentation des groupes d'opposition.

Le CSI a le plus grand respect pour les travailleurs opérant dans ces conditions difficiles et reconnaît l'expertise, le courage et le dévouement de ceux qui œuvrent pour sécuriser l'accès. La gestion de la sécurité est aussi un

domaine dans lequel le programme a beaucoup progressé, notamment en ce qui concerne la baisse considérable du nombre d'enfants inaccessibles au Pakistan. Cependant, on peut faire davantage pour tirer meilleur parti de chaque fenêtre d'opportunité.

La coopération avec les services de sécurité doit être considérée comme une priorité, et les travaux supplémentaires en vue d'améliorer les niveaux de collaboration avec ces services doivent s'inscrire dans la routine. Chaque fois que l'accès à une zone dangereuse est possible, il faut l'exploiter au maximum en s'aidant d'un plan intégré qui comprend l'équipe de vaccination et les services de sécurité locaux et du district concernés.



## CONCLUSIONS

La décision du Conseil de surveillance de la poliomyélite de planifier l'interruption de la transmission en 2016 a insufflé un nouveau sens de l'urgence dans le programme. Cet objectif ambitieux est réalisable, mais nécessite des performances améliorées. Le Nigéria doit s'adapter et garder le cap ; le Pakistan doit continuer et s'améliorer ; et l'Afghanistan doit opérer un changement radical.

Il convient de féliciter le Nigéria. Toutefois, la transition d'une perspective d'éradication vers une perspective de résilience nécessite un changement culturel subtil mais néanmoins important. L'infrastructure et les systèmes existants d'éradication doivent être remaniés afin de s'adapter à la mission de vigilance et de riposte. Les lacunes existantes en matière de surveillance et d'immunité doivent être comblées, et les flux de données existants doivent être intégrés pour favoriser une sensibilisation poussée aux activités et aux faiblesses potentielles. Le gouvernement local doit rester impliqué, les communications avec le public doivent trouver le ton qui convient et des enseignements doivent

être tirés de l'Inde. Le Nigéria est pour l'instant exempt de poliomyélite mais n'est pas encore un pays résilient à la poliomyélite.

Le programme du Pakistan est désormais plus performant qu'auparavant, et le nombre réduit de cas par rapport à l'année dernière en dit long. Cependant, la poliomyélite est encore assez répandue au Pakistan. Le réservoir tenace du virus dans la région de Peshawar présente un risque énorme, menaçant d'agir encore et encore comme courroie de transmission de l'épidémie, l'exportant vers d'autres parties du pays. Dans de nombreux endroits, la qualité des activités de vaccination supplémentaires doit s'améliorer, tout comme les compétences d'utilisation et d'analyse des données, afin de permettre au programme de devenir agile et réactif. Les mois à venir précédant la dernière basse saison sont cruciaux. Si l'on ne peut maintenir l'élan et apporter d'autres améliorations, le risque d'une nouvelle flambée durant la haute saison est bien réel.



Le programme de l'Afghanistan ne fonctionne pas assez bien. Il risque de devenir le maillon faible dans la poursuite de l'interruption de la transmission en 2016. Le gouvernement a besoin de clarifier les rôles et les responsabilités au sein de la structure complexe qui s'est développée. Les partenaires internationaux doivent aussi mieux collaborer. Le développement rapide d'un Centre d'opérations d'urgence opérationnel, si retardé, doit être une exigence absolue. Le contexte sécuritaire restant incertain, il faut tirer parti de chaque opportunité d'atteindre les enfants inaccessibles.

En Afghanistan et au Pakistan, la géographie de l'administration n'est pas en phase avec la géographie du virus. Un travail collaboratif, à travers les frontières régionales et nationales, sera requis. Pour ce faire, des structures et relations nouvelles doivent être développées rapidement.

Au-delà des pays d'endémie, le programme doit conserver le sens de l'urgence à l'égard des flambées provoquées par un virus dérivé d'une souche vaccinale. Les récents événements en Ukraine et à Madagascar, peu après les flambées de l'année passée dans la Corne de l'Afrique, sont préoccupants, en particulier si l'on considère la réponse médiocre des gouvernements. La crise des migrants au Moyen-Orient, qui affecte désormais l'Europe, présente des risques nouveaux et incertains qui devront être mesurés et atténués. La flambée en Ukraine, un pays riche, rappelle ce qui peut se passer lorsqu'on laisse le programme de vaccination d'un pays se détériorer. L'inéluabilité de la situation qui s'est produite est d'autant plus frustrante au vu des avertissements répétés lancés par le passé.

Les problèmes thématiques à travers le programme sont désespérément constants. Les enfants échappant à la vaccination doivent être la priorité. Il faut faire preuve d'une curiosité irrépressible pour remonter aux racines du problème et déterminer pourquoi ces enfants ne sont pas atteints. Cette curiosité envers la compréhension du problème, puis une approche flexible pour changer et améliorer la situation en s'inspirant des leçons tirées, doivent faire partie du travail de chacun à chaque niveau du programme.



Les débats sur l'héritage, bien qu'importants et urgents, risquent d'être une distraction dans les domaines qui se concentrent sur l'éradication. Il faut trouver l'équilibre et un espace doit être créé pour permettre aux éradicateurs d'éradiquer, sans devoir se soucier des questions plus générales.

Alors que la ligne d'arrivée approche à grands pas, le coût potentiel de toute erreur est amplifié. Le programme doit mobiliser toutes les compétences et les capacités, et toute l'imagination et l'énergie possible pour atteindre l'objectif ambitieux qui a été établi. Tout décalage ou toute utilisation inefficace des ressources, toute acceptation de performances insuffisantes, toute inattention de la part de la direction ou tout manque de concentration organisationnelle pourrait retarder le programme d'une année. Outre le coût énorme d'un tel retard sur le plan humain, cela pourrait coûter 1 milliard de dollars.

## RECOMMANDATIONS

### PAKISTAN ET AFGHANISTAN

- 1 Tous les partenaires au sein de l'IMEP, et le gouvernement afghan, doivent de toute urgence mettre en place un Centre d'opérations d'urgence en Afghanistan. Celui-ci doit disposer du même niveau de fonctionnalité que le centre qui a été vecteur de changement au Nigéria.
- 2 Les ONG qui contribuent à l'éradication de la poliomyélite en Afghanistan doivent être membres à part entière du nouveau Centre d'opérations d'urgence.
- 3 Les partenaires de l'IMEP et le gouvernement afghan doivent procéder rapidement à l'examen et à la refonte des mesures de direction, de responsabilité et de coordination pour le programme d'éradication de la poliomyélite dans le pays afin d'établir une nouvelle orientation.
- 4 Les partenaires de l'IMEP doivent aider les gouvernements pakistanais et afghan à établir un organe exécutif et de planification commun pour mener à bien les activités transfrontalières de prévention et de contrôle. Cela ne doit pas seulement couvrir les postes frontaliers, mais doit aussi couvrir les communautés situées à une certaine distance de la frontière. Une solution consisterait à créer un Centre d'opérations d'urgence gouvernemental conjoint. Cependant, les dirigeants du programme doivent s'assurer que le modèle organisationnel est très supérieur aux dispositions inefficaces du passé.
- 5 L'IMEP et le gouvernement pakistanais doivent accorder la plus haute priorité à l'interruption de la transmission à Peshawar et dans les régions voisines. Il faut pour cela corriger de toute urgence le décalage entre la géographie « épidémiologique » de la poliomyélite et la géographie « de la planification et de la coordination » dans cette partie du pays. Pour ce faire, il serait bon d'envisager sérieusement la reconfiguration des dispositions du Centre d'opérations d'urgence régional. Le soutien à ces régions doit inclure une assistance technique experte pour la gestion et l'utilisation des données au niveau local. La haute direction de l'IMEP doit à cet égard participer à la conception du flux de données essentiel.
- 6 Le CDC doit réaliser un examen spécial urgent du schéma et des caractéristiques génétiques des échantillons environnementaux positifs dans différentes régions du Pakistan. Cet examen devrait avoir pour objectif premier d'identifier les groupes de population susceptibles d'avoir échappé à la vaccination lors de la microplanification antérieure. Il est essentiel que ce travail soit effectué à temps afin de pouvoir éclairer les actuelles campagnes de vaccination de basse saison.
- 7 Les membres les plus haut placés de l'IMEP doivent travailler avec les dirigeants des programmes d'éradication de la poliomyélite au Pakistan et en Afghanistan en vue de planifier une série de campagnes de vaccination par le VPI et par le VPO précisément ciblées. Le CSI a insisté à maintes reprises sur les avantages de telles campagnes en termes d'immunité. Toutefois, les stocks de vaccin étant limités, il est essentiel que ces campagnes visent en priorité, en s'appuyant sur la microplanification et les microrecensements, les enfants difficiles à atteindre et échappant de façon persistante à la vaccination.



## NIGÉRIA

**8** La direction de l'IMEP doit collaborer avec le Centre d'opérations d'urgence au Nigéria pour réaliser un examen stratégique de la portée et de l'adéquation des flux de données en vue de surveiller la résilience du pays face à la réintroduction de la transmission de la poliomyélite. À partir de là, il faudra créer un tableau de bord de la résilience face à la poliomyélite, qui deviendra l'outil principal pour orienter la stratégie de vaccination.

**9** Un directeur responsable du volet hérité doit être nommé pour diriger la planification de l'héritage au Nigéria. Il devra s'assurer que le personnel et les dirigeants du programme ne s'écartent pas de leur mission de renforcement de la résilience pour maintenir le pays et le reste de l'Afrique exempts de poliomyélite jusqu'à la certification officielle.

**10** L'IMEP doit réaliser une nouvelle campagne de communication et de mobilisation sociale pour sensibiliser les parents et les professionnels de santé au fait que la vaccination contre la poliomyélite est toujours nécessaire pour protéger les enfants de la maladie.

## UKRAINE

**11** Le gouvernement ukrainien doit demander à l'IMEP de l'aider en créant un panel international indépendant à même de le conseiller pour faire face à la situation et en enquêtant sur les allégations d'effets indésirables du vaccin antipoliomyélique, problème qui a, par le passé, érodé la confiance du public à l'égard de la vaccination. Le panel constituerait également une source d'information publique crédible, dénuée de conflits d'intérêts.

**12** Il faut demander au Comité d'examen du Règlement sanitaire international de déclarer la situation en Ukraine « une urgence de santé publique ». Il est fortement recommandé de changer les règles afin que la réglementation couvre les virus dérivés d'une souche vaccinale.

## COMMUNAUTÉS DE RÉFUGIÉS ET DE MIGRANTS

**13** L'IMEP, par le biais des bureaux de l'OMS en Méditerranée orientale et en Europe, doit procéder à une évaluation plus détaillée des risques liés à l'immunité des communautés de migrants et de réfugiés provenant de la zone de conflit au Moyen-Orient, y compris ceux qui ne sont pas hébergés dans des structures officielles. Sur la base des conclusions de cette évaluation, il faudra envisager des activités de vaccinations supplémentaires en Jordanie, au Liban, en Turquie, et sur les routes migratoires vers l'Europe.

**14** Les pays du Moyen-Orient accueillant des réfugiés syriens doivent promouvoir la vaccination gratuite pour les enfants sans la nécessité d'être enregistré officiellement ou de se soumettre à des contrôles d'identité.

## POLITIQUE ET MESURES À L'ÉCHELLE DU PROGRAMME TOUT ENTIER

**15** L'IMEP doit introduire, au titre de la politique, une « règle d'or » selon laquelle, dans toutes les zones d'insécurité, un plan intégré unique doit être créé (intégrant les éléments programmatiques et de sécurité) avant chaque campagne de vaccination ou autre activité en lien avec la poliomyélite. Cela permettrait de coordonner étroitement les mesures de sécurité et les activités techniques planifiées en lien avec la poliomyélite. Le plan serait approuvé par toutes les parties prenantes et communiqué à toutes les équipes.

**16** L'IMEP doit déployer ses dirigeants les plus compétents pour organiser la riposte aux flambées provoquées par un poliovirus dérivé d'une souche vaccinale dans les pays autres que l'Ukraine (où une initiative spéciale est recommandée). Présentement, ces pays sont les suivants : Madagascar, Laos, Guinée et Soudan du Sud.

