

COMITÉ DE SUIVI
INDÉPENDANT
DE L'INITIATIVE
MONDIALE POUR

L'ÉRADICATION DE LA POLIOMYÉLITE



UN CHEMIN
VERS
L'ÉRADICATION
SEMÉ
D'EMBÛCHES

11

Onzième Rapport : Mai 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. Le onzième rapport fait suite à la douzième réunion du CSI, qui s'est déroulée à Abu Dhabi les 29 et 30 avril 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 des connaissances pour les services de santé

Professeuse Ruth Nduati

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

Dr Arvind Singhal

Professeur de Communication, Université du Texas à El Paso

Professeur Michael Toole, AM

Directeur adjoint, Burnet Institute, Melbourne

Secrétariat :

Dr Paul Rutter

Mme Alison Scott

INTRODUCTION: PERSONNE N'A DIT QUE CE SERAIT FACILE

Le dernier rapport du Comité de suivi indépendant (CSI) de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite publié en octobre 2014 était clair sur le fait que l'objectif d'interrompre la transmission de la poliomyélite à l'échelle mondiale d'ici la fin de l'année 2014 n'allait pas être atteint. Cela a été confirmé avec l'arrivée de 2015 et le fait que des enfants continuaient d'être paralysés par la poliomyélite. Personne n'a été très surpris, habitué à la triste réalité d'un programme d'éradication de la poliomyélite qui manque échéance après échéance.

Malgré cela, 2015 a apporté un peu d'optimisme au programme. Depuis le mois d'août 2014, le poliovirus sauvage a été détecté dans deux pays seulement, à savoir en Afghanistan et au Pakistan. Le Nigéria, depuis longtemps le troisième pays d'endémie, n'a recensé aucun cas depuis juillet 2014. Les trois flambées régionales récentes (au Moyen-Orient, dans la Corne de l'Afrique et en Afrique centrale) ont connu une accalmie depuis cette date. Au moment où nous rédigeons ce rapport, 23 enfants seulement ont été paralysés par la poliomyélite cette année. On en comptait 77 à la même époque l'année dernière.

L'optimisme est une arme à double tranchant pour ce programme. Soit, il y a eu des progrès réels à propos desquels il faut être positif. Mais le CSI se souvient encore de la bouffée d'optimisme qui a soufflé en 2012. Cette année-là, le nombre de cas a chuté. Il n'y a pas eu de flambées en dehors des pays d'endémie. Le programme semblait en bonne voie. Mais cet optimisme était mal placé. 2013 et 2014 ont apporté trois grandes flambées touchant plusieurs pays, l'augmentation du nombre de cas de poliomyélite à travers le monde et une série de nouveaux défis difficiles pour le programme.

Globalement, le programme mondial en 2015 est en meilleure place qu'il ne l'était lorsque le CSI a commencé son travail il y a presque 5 ans de cela. L'évolution du programme est le résultat prévisible et direct de la prise en compte de conseils et

de l'adoption de nouvelles méthodes de travail. Le programme a bien réagi aux défis lancés par le CSI dans un certain nombre de domaines, notamment :

- Comprendre les raisons pour lesquelles les enfants échappent à plusieurs reprises aux campagnes de vaccination et y remédier
- Renforcer la responsabilisation à travers le programme, afin que les attentes soient claires et respectées
- Améliorer le travail collaboratif entre les partenaires, afin que les points forts de chacun puissent contribuer à l'effort tout entier
- Affecter les meilleurs employés là où ils sont le plus nécessaires
- Placer les gouvernements à la tête des programmes d'éradication de la poliomyélite de leur pays, avec le soutien des partenaires
- Insister sur le caractère urgent afin que le statu quo ne puisse prévaloir
- Encourager l'innovation et la diffusion des idées les plus porteuses
- Mettre l'accent sur la demande, et pas seulement sur l'offre, par le biais d'offres plus fortes centrées sur les personnes qui profiteront aux groupes de population essentiels
- S'assurer que les conflits armés et les sanctions politiques ne constituent des obstacles absolus empêchant le vaccin de parvenir à chaque enfant
- Concentrer les efforts dans de petites zones géographiques (« sanctuaires ») où se concentre le poliovirus
- Mettre davantage l'accent sur la préparation et la riposte aux flambées, et ne pas permettre aux pays d'endémie (malgré leur importance) de monopoliser toute l'attention.

À l'évidence, la plupart de ces défis ont peu à voir avec le virus ou la vaccination, et sont directement liés aux personnes, à la communication et à la gestion. Lorsque l'on s'est attaqué à ces éléments fondamentaux, des progrès ont été observés. Lorsqu'ils ont été ignorés, les progrès ont été lents ou absents. Lorsque la perspective globale a adopté une orientation étroite (plutôt qu'une approche exhaustive alliant la réduction de la maladie et l'atténuation des risques), il y a eu d'importants revers (tels que les flambées majeures de 2013).

Le sentiment d'optimisme est donc bien fondé. Mais il est aussi très dangereux. L'évolution du programme (à savoir deux pas en avant, un pas en arrière) riche d'enseignements montre qu'il ne faut supposer que tout ira sans peine. Les problèmes opérationnels, politiques et liés à la sécurité peuvent survenir soudainement et perturber l'évolution du programme. Le poliovirus a pour habitude de se glisser dans les endroits les plus inaccessibles de la planète. Le succès durement acquis peut vite s'évaporer. Les trois dernières années ont prouvé que l'étape finale de la marche vers l'éradication de la poliomyélite est un chemin cahoteux, le poliovirus se battant pour se sauver de l'extinction.

Ce rapport du CSI, davantage que les précédents rapports, invite instamment le programme, au niveau global et des pays, à adopter, avec détermination et passion, la culture et les méthodes d'amélioration fondamentale de la qualité. Le programme mondial s'est amélioré, mais il est loin d'être excellent. S'il vise véritablement l'excellence, il pourra devenir un programme résilient, avec de fortes chances de parcourir avec succès le chemin cahoteux qui s'annonce. Sinon, il devra croire en sa capacité d'atteindre mollement la ligne d'arrivée malgré de longues périodes de médiocrité.

L'AFGHANISTAN: UNE STAGNATION PRÉOCCUPANTE

Depuis quelques temps déjà, le programme de l'Afghanistan ne fait aucun progrès réel. C'est désormais l'un des deux seuls pays au monde où le poliovirus persiste. Dans le Pakistan voisin, l'autre foyer du virus, le programme d'éradication de la poliomyélite s'est accéléré de façon marquée au cours des six derniers mois. Dans le même temps, l'Afghanistan peine à venir à bout des mêmes problèmes programmatiques auxquels il est confronté depuis des années. Désespérément près de la ligne d'arrivée, le programme d'éradication de la poliomyélite d'Afghanistan se heurte à un mur.

Les problèmes de l'Afghanistan ne peuvent être attribués seulement au Pakistan. Un programme plus robuste en Afghanistan ne permettrait pas au poliovirus du Pakistan de s'installer.

Le CSI est atterré de voir que dans les zones clés de l'est et du sud, le nombre d'enfants ayant échappé à la vaccination reste inchangé par rapport à l'année dernière à la même époque. Il est impossible d'ignorer cette mesure clé de mauvaise performance. Les parents sont plus nombreux à refuser de vacciner leurs enfants contre la poliomyélite en Afghanistan que dans n'importe quel autre pays. À Nangarhâr, deux tiers des parents croient même que la poliomyélite est une maladie guérissable: « pourquoi la vaccination est-elle nécessaire ? » demandent-ils. Bon nombre de parents ailleurs sont du même avis, et les rumeurs néfastes abondent. Quatre mois après la fin de l'année 2014, date butoir pour l'éradication de la poliomyélite, cette stagnation et ce sentiment négatif sont très alarmants.

L'AFGHANISTAN: LE TEMPS EST COMPTÉ

Importants écarts en termes de qualité des campagnes

Helmand et Kandahar: 10 % des enfants non vaccinés
Provinces de l'est: 5 % des enfants non vaccinés



Écarts inchangés en termes de qualité des campagnes

Helmand et Kandahar: 10 % des enfants non vaccinés
Provinces de l'est: 5 % des enfants non vaccinés

Le programme d'éradication de la poliomyélite d'Afghanistan opère dans des circonstances complexes et difficiles. Le jour où le CSI s'est réuni, il y a eu au moins 30 incidents distincts liés à la sécurité dans la région du sud. Le CSI respecte profondément ceux qui travaillent en première ligne dans ces conditions. Pour eux, et pour le pays dans son ensemble, les obstacles à l'éradication doivent être éliminés à tout prix. Les dirigeants doivent intervenir pour soutenir le personnel et atteindre les enfants.

Le nouveau gouvernement d'Afghanistan a pris le pouvoir en 2014. Il a fait part de son engagement clair pour éradiquer la poliomyélite, mais a jusqu'ici du mal à en faire une réalité.

Par le passé, le programme d'éradication de la poliomyélite a su adopter de manière admirable une position neutre. Cela a fonctionné. Il ne s'agit pas purement d'un programme gouvernemental. Dans un pays où les éléments hostiles au gouvernement ont un certain pouvoir, c'est là une caractéristique importante. Mais cela ne peut exonérer le ministère de la Santé de sa responsabilité de mener à bien le travail qui aboutira uniquement s'il intervient. L'engagement du gouvernement envers le programme a pris trop de retard en raison du besoin de neutralité. Le nouveau gouvernement doit se résoudre à maintenir un équilibre délicat entre la neutralité du programme et l'insistance sur la responsabilisation.

Le ministère de la Santé afghan n'a pas participé à la dernière réunion du CSI car il avait d'autres priorités. Il apparaît clairement que le ministre est attaché à la cause, personnellement et au nom des deux parties. Le problème est qu'il n'existe aucun mécanisme efficace pour transformer ce sentiment en résultats au fil des jours. Ce problème très pratique nécessite une solution urgente. Dans chaque pays ayant réussi dernièrement, la solution a été de placer un très haut responsable à la tête des affaires courantes du programme. Désigner une personne qui ne fait pas le poids pour ce poste essentiel est généralement voué à l'échec.

Une fois nommé, selon la recommandation du CSI, le haut responsable doit diriger un programme clairement axé sur les districts à haut risque dans les provinces de Helmand, de Kandahar et celles situées à l'est du pays (en s'assurant que les personnes, les finances et le soutien politique appropriés sont en place afin d'atteindre rapidement chaque enfant non vacciné).

Dans le passé, le programme d'éradication de la poliomyélite d'Afghanistan a fait preuve d'innovation, et plusieurs pays l'ont copié. Il fut le premier à utiliser le vaccin antipoliomyélique oral bivalent (VPOb), le premier à introduire des équipes de vaccination permanentes et le premier à trouver de nouvelles approches pour atteindre les populations aux frontières. À présent, il est temps que l'Afghanistan réclame son dû et s'inspire des développements innovants dans d'autres pays.

L'AFGHANISTAN: LA MÊME RENGAINÉ

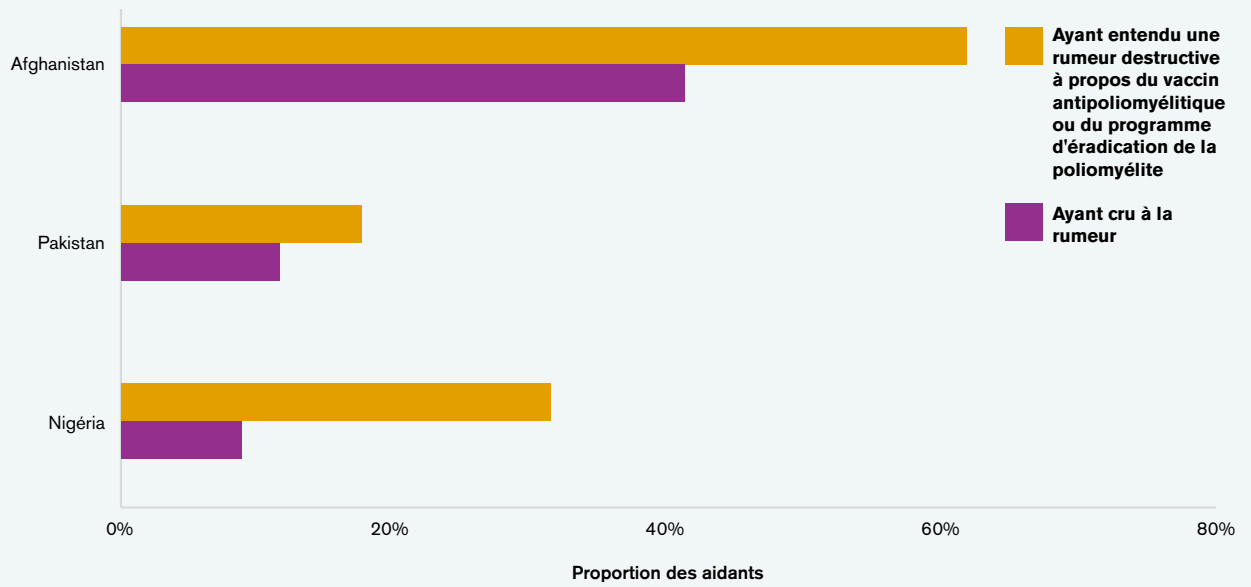


Le concept de Centre d'opérations d'urgence a énormément aidé le Nigéria et le Pakistan. Reproduire exactement ce modèle pourrait ne pas fonctionner en Afghanistan, mais les principes qui ont rendu ces centres au potentiel transformateur doivent être introduits de toute urgence. Tous les dirigeants des programmes nationaux et les responsables de leurs partenaires doivent travailler en équipe et se réunir au quotidien. Une orientation claire, une étroite collaboration, des fonctions intégrées, d'excellentes données à jour et une résolution décisive des problèmes font partie des facteurs clés de réussite qui ont fonctionné au Nigéria.

Il existe un besoin pressant de redynamiser la mise en place du plan d'action d'urgence national et d'affiner davantage l'approche pour réaliser des campagnes de grande qualité dans les zones d'insécurité.

L'expérience récente au Pakistan montre que le changement peut se produire rapidement. La mise en place des changements à apporter au système en Afghanistan ne doit pas prendre plus de quelques semaines. Lors de sa prochaine réunion (octobre 2015), le CSI jugera le pays selon qu'il a ou non renversé la situation.

SENTIMENT NÉGATIF: LES RUMEURS VONT BON TRAIN EN AFGHANISTAN



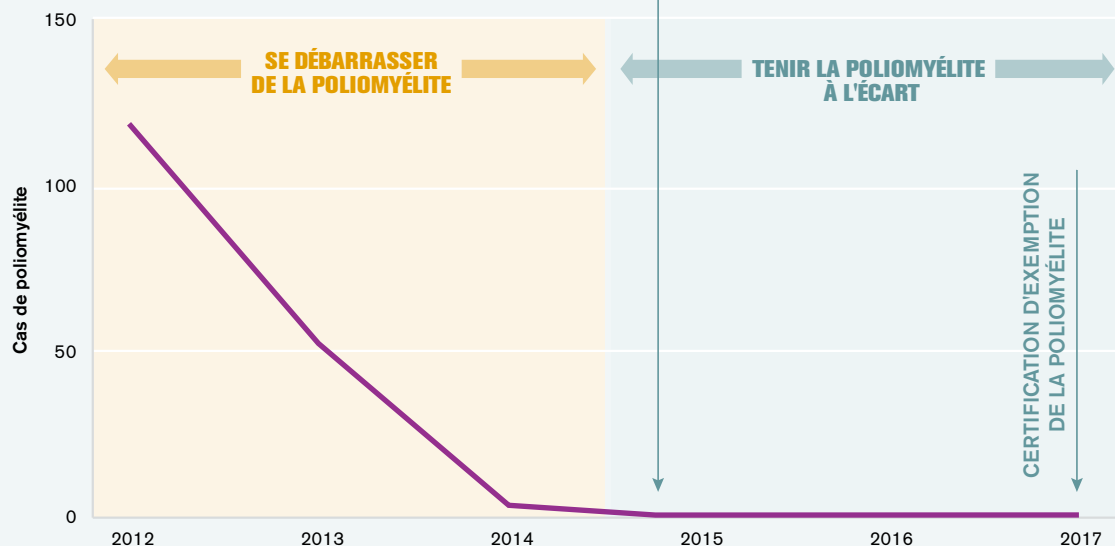
NIGÉRIA: DÉVELOPPER LA RÉSILIENCE POUR RESTER EXEMPT DE POLIOMYÉLITE JUSQU'À 2017

Dans son dernier rapport, le CSI a félicité le programme du Nigéria pour avoir été exempt du poliovirus sauvage pendant trois mois. Cette période a maintenant atteint dix mois. Le poliovirus du Nigéria a régulièrement infecté d'autres pays d'Afrique par le passé, mais cela fait plus d'un an que cela ne s'est pas produit. Aucun poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale n'a été détecté depuis janvier 2015. Les élections générales qui ont eu lieu dans le pays n'ont pas entraîné la détérioration des performances du programme, comme ce fut le cas lors des précédentes élections. Les améliorations du programme du Nigéria transparaissent clairement dans les énormes progrès

réalisés en matière d'immunité dans les pires zones de gouvernement local.

Les facteurs les plus importants dans les progrès réalisés par le Nigéria semblent être : premièrement, la mise en place de Centres d'opérations d'urgence, qui ont permis de transformer la qualité de la planification, de la prise de décisions, de la coordination et du travail entre les agences ; deuxièmement, l'adoption d'une approche axée sur l'innovation et sur le développement rapide ; et, troisièmement, la lutte contre les mauvaises performances individuelles.

NIGÉRIA: VOUS ÊTES ICI



On a suggéré dans la presse que le pays s'était déjà débarrassé de la poliomyélite. Cette attitude est dangereuse. La difficulté pour le programme du Nigéria est désormais de rester résilient. La certification d'un Nigéria exempt de poliomyélite ne peut avoir lieu avant 2017. Il est aussi essentiel que le programme enregistre d'excellentes performances au cours des trois prochaines années comme il

l'a fait au cours des trois dernières années.

Le nord-est du pays constitue la zone la plus vulnérable. Ici, les vaccinateurs ne peuvent accéder à 62 % des campements. Cela crée des angles morts préoccupants pour le programme. Il est urgent de déterminer qui vit où, et de réinstaurer des campagnes de vaccination qui fonctionnent aussi normalement que possible. Pour cela, il faut innover et être

prêt à s'adresser à divers partenaires. De même, il est crucial d'effectuer une surveillance solide, afin que le Nigéria puisse répondre rapidement à la présence éventuelle du poliovirus. La surveillance est généralement fiable, mais il existe encore des domaines sur lesquels il convient de se pencher. Il y a eu 35 cas compatibles en 2014, signe des lacunes sur le plan de la surveillance. Le programme a identifié 40 zones de gouvernement local où la surveillance doit être améliorée.

Beaucoup repose entre les mains du nouveau gouvernement nigérian. Avec un solide engagement, le Nigéria pourrait très bien éradiquer la poliomyélite dans les délais, et célébrer ainsi une belle victoire. Mais si le programme d'éradication de la poliomyélite perd son élan ou son soutien, le Nigéria pourrait être responsable du retour de la poliomyélite à l'intérieur de ses frontières, mais aussi ailleurs en Afrique.

L'Inde a été confrontée au défi de rester exempte de poliomyélite entre ses derniers cas détectés et sa déclaration

officielle d'exemption de la poliomyélite, et elle l'a relevé. Le CSI considère que le Nigéria n'a pas atteint les niveaux d'excellence programmatique atteints en Inde. Les domaines de risque que nous avons décrits signifient que le Nigéria n'est pas encore en sécurité. Le Nigéria doit développer sa résilience et, au cours des six prochains mois, faire en sorte que son programme passe de bon à excellent. Le CSI s'inquiète énormément du fait que les responsables du gouvernement national, d'État et local, ainsi que le public nigérian, pourraient à présent croire que la poliomyélite a disparu à jamais du Nigéria. Il faut donc insister sur le fait que le Nigéria n'a pas encore été déclaré exempt de poliomyélite. Le programme et ses partenaires ont besoin d'un plan de communication et de plaidoyer clair et coordonné, afin de s'assurer que le public et les dirigeants politiques comprennent le travail considérable qu'il reste à accomplir. Dans le même temps, il convient de mettre un terme au triomphalisme grandissant qui entoure la perspective d'une Afrique exempte de poliomyélite

LA RESPONSABILISATION EN ACTION: REMERCIEMENTS, AVERTISSEMENTS ET ADIEUX AU NIGÉRIA

MENTIONS ÉLOGIEUSES ÉCRITES OU VERBALES 1344 EMPLOYÉS



AVERTISSEMENTS ÉCRITS OU VERBAUX 716 EMPLOYÉS



NON RENOUELEMENT DU CONTRAT 276 EMPLOYÉS



Personnel employé par l'OMS ; janvier-juin 2014

LE PAKISTAN: DES CHANGEMENTS POSITIFS RÉCENTS MAIS IL EST ENCORE TROP TÔT POUR SE PRONONCER

Au Pakistan, la poliomyélite a paralysé trois fois plus d'enfants en 2014 qu'en 2013 et, en conséquence, le programme a pataugé. Lors des réunions et des discussions organisées avant le dernier rapport, le CSI a reçu un flot incessant de commentaires négatifs à propos du programme d'éradication de la poliomyélite au Pakistan. Ceux qui se sont exprimés l'ont fait en des termes durs et désespérés, certains exprimant leur pitié pour les enfants du Pakistan. Peu d'entre eux étaient prêts à faire ouvertement part de leurs commentaires par peur d'offenser le gouvernement.

Étant le seul élément indépendant du programme d'éradication de la poliomyélite, sans aucun enjeu dans la planification et la livraison, le CSI n'a pas eu d'autre choix que de dire, très publiquement, la vérité. Il a ainsi exposé les faiblesses fondamentales du programme d'éradication de la poliomyélite au Pakistan. Le CSI a recommandé des changements visant non seulement à renforcer le programme, mais aussi à le placer à un niveau d'urgence nationale. Le gouvernement du Pakistan n'a pas accepté la recommandation du CSI, mais a trouvé et adopté une autre approche qui aura, selon lui, le même impact.

Six mois après, une différence positive apparaît clairement. Il est trop tôt pour se prononcer sur les signes d'amélioration, mais ceux-ci sont évidents. Entre autres, le gouvernement du Pakistan a pris les rênes de l'éradication de la poliomyélite. Le premier ministre a mis en place un groupe de réflexion, pour piloter le programme au plus haut niveau possible. Le Centre d'opérations d'urgence national nouvellement créé fonctionne bien, avec une direction forte de la part du gouvernement et le soutien des partenaires. Il existe un véritable sentiment de collaboration (entre les différentes parties qui gouvernent le pays et ses provinces ; entre l'administration civile et l'armée ; et entre les partenaires du programme). Le CSI a rencontré les hauts dirigeants fédéraux et locaux, et a été impressionné par leurs connaissances du contexte de l'éradication de la poliomyélite et par leur détermination pour améliorer la situation.

Il est encore trop tôt pour se prononcer. Le programme du Pakistan est encore au pied d'une très haute montagne qu'il doit franchir. De nombreux dysfonctionnements persistent. Dans certains domaines, la moitié des micro-plans utilisés lors des campagnes sont dépassés. On découvre des campements entiers qui avaient auparavant échappé à la vaccination. La plupart des Centres d'opérations d'urgence fonctionnent correctement depuis quelques semaines seulement. Des méthodes de travail similaires doivent pénétrer bien au-delà du niveau fédéral et provincial, pour atteindre les districts et les sous-districts où la poliomyélite continue de circuler.

Le programme ne paie pas de manière fiable ses employés en première ligne. Ce problème doit être résolu de toute urgence. Le programme du Pakistan a des idées pour stimuler le moral, l'engagement et le statut de ses très importants vaccinateurs, mais cela sera inutile si l'on n'élimine pas le véritable facteur de démotivation, à savoir le fait de ne pas être payé en totalité et dans les délais.

Afin de tirer parti de ce nouvel élan, le programme doit, au niveau du pays, comprendre véritablement la géographie sociale dans les zones affectées. Des innovations sont en place afin de remédier à des situations locales, telles que l'offre d'un ensemble plus vaste de services allant au-delà du vaccin contre la poliomyélite. De telles innovations doivent perdurer.

Le Pakistan ne doit pas renoncer à affronter les obstacles fondamentaux qui l'empêchent d'atteindre les enfants. Il ne doit pas non plus continuer d'opter pour des solutions fatiguées et sans originalité qui ont échoué par le passé. Bien que la majorité du pays soit exempte de poliomyélite, et ce depuis quelques temps déjà, éradiquer la poliomyélite dans les quelques zones géographiques où elle est encore présente est une tâche ardue. Dans la majorité du pays, les enfants sont vaccinés de manière fiable contre la poliomyélite. Mais des enfants échappent encore à la vaccination dans trop de pays.

LE PAKISTAN: LE MONDE ENTIER OBSERVE



KHYBER PAKHTUNKHWA

Au Pakistan, c'est Peshawar qui inquiète le plus le CSI. Des campagnes répétées de vaccination n'ont pas permis d'interrompre la transmission dans cette zone de déplacements de populations. L'initiative United For Health a été un grand pas dans la bonne direction, rapprochant le gouvernement du Khyber Pakhtunkhwa, les zones tribales sous administration fédérale voisines et l'armée. Le programme à Peshawar doit être renforcé de toute urgence, grâce à une direction solide et de nouvelles idées. La collaboration demeure essentielle. De petites zones spécifiques continuent de présenter le plus gros défi. Elles nécessitent une attention particulière afin d'adapter le programme au contexte local propre. Celles-ci ne se trouvent pas uniquement à Peshawar. Certaines zones de Bannu et de Tank ont aussi besoin d'une attention particulière.

ZONES TRIBALES SOUS ADMINISTRATION FÉDÉRALE (FATA)

Il y a un an, les zones tribales sous administration fédérale du Waziristan du Nord et du Sud constituaient la plus grande inquiétude pour le programme d'éradication de la poliomyélite du Pakistan (en fait, pour le programme mondial tout entier). Cela a changé en juin 2014 lorsqu'une intervention militaire majeure a permis de placer ces zones sous le contrôle du gouvernement. Alertée au préalable de cet incident, la population a fui la région en masse. Tandis que les personnes déplacées commencent à revenir au cours des prochains mois, de solides plans sont en place pour s'assurer que la vaccination se poursuive.

L'Agence de Khyber constitue désormais la plus grande inquiétude dans les zones tribales sous administration fédérale. Dans deux de ses subdivisions, Bara et Jamrud, la sécurité et la qualité des campagnes constituent d'importants obstacles aux progrès. Il y a de fréquents mouvements entre Khyber et Peshawar qui permettent au virus de circuler, mais qui offrent aussi l'opportunité de

vacciner les enfants qui se déplacent. Le programme dans les zones tribales sous administration fédérale est bien piloté et a permis d'augmenter l'accessibilité au cours des derniers mois. Il s'agit cependant d'une région complexe, et le soutien militaire et politique au plus haut niveau est essentiel pour combler les lacunes du programme d'éradication de la poliomyélite dans les zones tribales sous administration fédérale.

SINDH

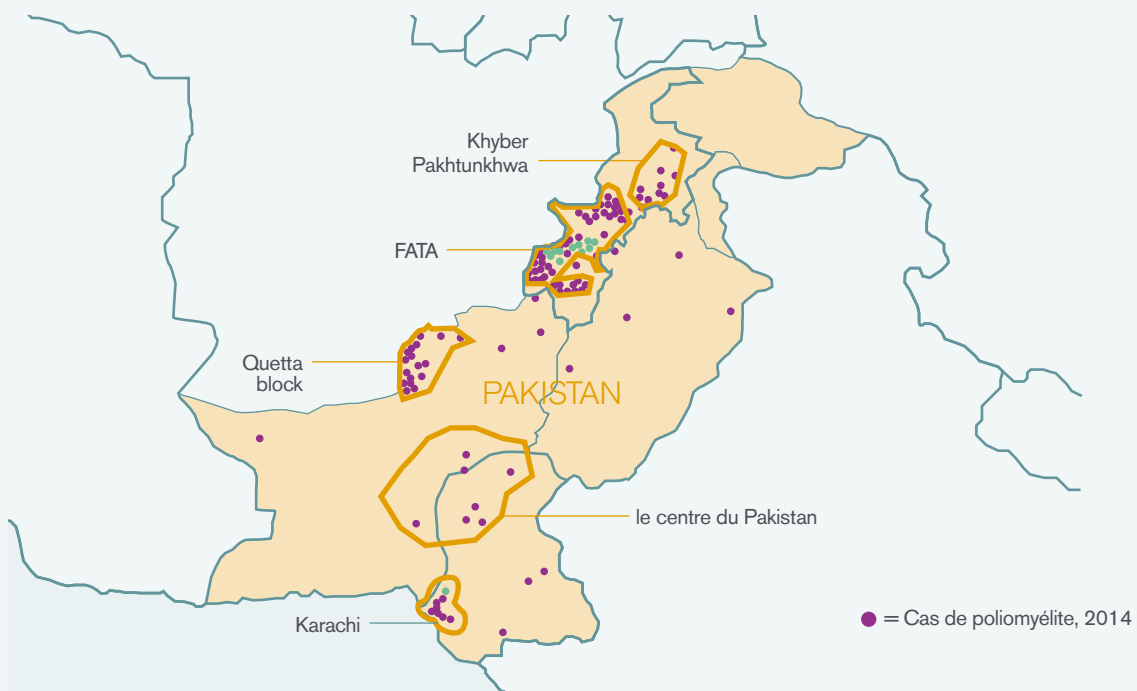
Le poliovirus tend à sévir à Karachi, mais un programme de plus en plus efficace fait des progrès dans ce domaine. En avril 2015, la surveillance environnementale n'a détecté aucun poliovirus à Gadap. Dans cette ville qui dispose d'un nouveau Centre d'opérations d'urgence et d'un soutien multipartite pour éradiquer la poliomyélite, c'est un bon résultat. Toutefois, les campagnes continuent d'être retardées et le virus se propage régulièrement de Karachi

vers d'autres régions du Pakistan. La violence est endémique dans cette mégapole et menace de perturber même les campagnes les mieux organisées. Il convient de maintenir une direction forte du programme à Karachi. Sinon, tout sera perdu. Une autre flambée s'est produite au nord de la province de Sindh, frontalière avec le Baloutchistan et le Punjab. Il est difficile de gérer cette région centrale du Pakistan car elle implique trois provinces et nécessite une attention soutenue.

BALOUTCHISTAN

Le bloc de Quetta, à savoir Quetta, Killa Abdullah et Pishin, a interrompu la transmission de la poliomyélite en 2013, mais a été réinfecté depuis. Ici aussi, un Centre d'opérations d'urgence a été créé dernièrement. Celui-ci bénéficie d'une direction solide. Les indicateurs de qualité révèlent cependant de mauvaises performances des campagnes qui doivent être redressées.

2014 AU PAKISTAN: L'ANNÉE DE TOUS LES DANGERS



PUNJAB

Le Punjab a la meilleure couverture vaccinale systématique du Pakistan avec, en général, des campagnes efficaces et peu de problèmes en termes de poliomyélite. La province innove, utilisant la technologie pour effectuer le suivi et soutenir le travail des vaccinateurs. Mais avec la flambée à sa frontière avec le nord de la province de Sindh et d'importants déplacements entre les provinces, le Punjab doit être des plus vigilants face à la poliomyélite.

Le Pakistan semble avoir établi une trajectoire plus positive pour son programme d'éradication de la poliomyélite. De nombreux autres changements sont nécessaires pour faire de cet élan positif précoce une amélioration opérationnelle et, par là même, une avancée significative contre la poliomyélite. Plusieurs éléments déjà en place doivent être renforcés pour que le pays puisse réussir

- Premièrement, la direction doit revenir aux plus hautes instances du pays. Le Groupe de réflexion et le Groupe spécial national du Premier ministre doivent poursuivre leurs efforts, et se réunir encore plus souvent et assumer un rôle de direction encore plus fort. Chaque secrétaire en chef doit piloter l'éradication de la poliomyélite dans sa province. Ces dirigeants au plus haut niveau doivent s'assurer que le plan d'action d'urgence national est mis en œuvre dans sa totalité. Les réunions fréquentes et efficaces des dirigeants du pays seront la démonstration la plus forte de la volonté politique qui est vitale pour la réussite du pays.

- Deuxièmement, il doit y avoir une collaboration multipartite. Les parties du Pakistan ont déclaré que l'éradication de la poliomyélite doit transcender la politique. Ceci est louable, mais aussi essentiel pour réussir.
- Troisièmement, l'armée et la police jouent un rôle crucial, en défendant les enfants du Pakistan contre un ennemi (le poliovirus) qui est petit, mais mortel.
- Quatrièmement, le programme tente d'améliorer les éléments fondamentaux dans les zones où cela importe le plus (micro-plans ; sélection, formation et motivation des vaccinateurs ; mobilisation sociale ; identification des enfants non vaccinés).

Le temps presse. Le Pakistan était censé interrompre la transmission de la poliomyélite à la fin de l'année 2014 et a échoué. Le pays s'est fixé un nouvel objectif : interrompre la transmission de la poliomyélite d'ici mai 2016. Pour certains, cette date est trop lointaine. Ce délai ne permet pas d'adopter une vitesse de croisière. Il faut agir maintenant. Au cours des semaines à venir, le Pakistan devra bâtir un programme vraiment capable d'éradiquer la poliomyélite. Il devra pour cela remédier rapidement aux dysfonctionnements majeurs qui perdurent. Le CSI n'en attendra pas moins lors de son prochain examen du programme du Pakistan.

LES SITES DES RÉCENTES FLAMBÉES: UNE STABILITÉ FRAGILE

Les importantes flambées en Afrique et au Moyen-Orient qui ont fait de 2013 une « année horrible » pour le programme d'éradication de la poliomyélite ont été étouffées. La poliomyélite a gagné tout d'abord la Somalie, puis la Corne de l'Afrique, le Moyen-Orient et l'Afrique centrale, frappant trois des zones les plus complexes du monde. Chacune de ces flambées s'est poursuivie en 2014. Au total, 275 enfants ont été paralysés et cela a ébranlé la confiance à l'égard de la direction du programme, qui n'avait pas tenu compte des avertissements concernant les faibles niveaux d'immunité dans des pays voisins de zones d'endémie, et a risqué d'effrayer les bailleurs de fonds qui doutaient des compétences des dirigeants du programme.

Le CSI a critiqué la gestion au début des flambées dans la Corne de l'Afrique et en Afrique centrale, qui a mis trop de temps pour se mettre en marche. La flambée au Moyen-Orient a été très bien gérée.

Ces flambées sont sans doute terminées, mais personne ne doit plus jamais supposer que la tâche d'éradication de la poliomyélite concerne uniquement les pays d'endémie. Les conflits armés qui ressurgissent et les déplacements de population massifs au Yémen sont un rappel de la vulnérabilité constante. Le programme s'efforce de renforcer les niveaux d'immunité dans ces vastes territoires géographiques. De même, au cours des derniers mois, les capacités de riposte aux flambées ont été renforcées, avec le développement de nouvelles procédures opérationnelles standard et un calendrier permettant d'assurer le déploiement en temps voulu du personnel. La détection des flambées repose sur une solide surveillance, thème abordé séparément dans le présent rapport.

Le défunt Dr Ciro de Quadros, membre du CSI et expert dans l'éradication de la poliomyélite, a averti à maintes reprises le programme que son calendrier de campagnes de vaccination doit être basé sur le besoin et qu'aucun raccourci ne doit

être pris en raison d'un contrôle financier peu clairvoyant. Le programme s'est amélioré sur ce point et compte un calendrier de campagnes très chargé. Cependant, le CSI considère que son autre message de longue date (concernant la qualité de ces campagnes) n'a toujours pas été entendu. Dans certains pays d'Afrique, un quart des enfants identifiés par le système de surveillance (cas NPAFP) n'ont reçu aucune dose de vaccin. Il faut multiplier les efforts. Pour cela, il faut mettre plus de personnes expérimentées sur le terrain afin d'examiner et de renforcer la qualité des campagnes. Les sources du CSI ont exprimé leur profonde inquiétude quant à certains aspects des dispositions prises dans les pays vulnérables aux flambées. Au Yémen, la chaîne du froid pour les vaccins s'est dégradée, en particulier dans les petits villages ; dans certaines villes de Libye, l'immunité est inférieure à 50 % ; certains camps en Syrie sont des zones interdites ; des millions de visiteurs se rendent dans les lieux saints en Irak où la vaccination est faible ; en Europe ; la couverture vaccinale dans une Ukraine ravagée par le conflit est parmi les plus faibles du monde. Le CSI demande que ces problèmes fassent l'objet d'un examen.

En 2013, le poliovirus a pris racine dans trois régions du monde qui étaient hautement vulnérables aux flambées et ces mêmes régions demeurent exposées à un risque élevé. En effet, il existe un risque que la transmission se poursuive sans être détectée, particulièrement en Somalie et en Syrie, même si toutefois cela est peu probable. Le risque d'une nouvelle importation dans un pays en situation d'urgence (tel que le Yémen) ou de crise (tel que le Népal) est grand. L'infrastructure des services de santé s'est fortement détériorée en Syrie, en Irak et en Libye, tandis que le conflit boucle des zones à différents degrés, empêchant ainsi d'atteindre facilement les enfants. D'importants fossés en matière d'immunité continuent de se creuser dans les localités sous-régionales, selon des schémas complexes et en évolution rapide. Il importe que la haute direction en charge de l'éradication de la poliomyélite dans ces deux

régions dispose de personnes ne participant pas aux tâches opérationnelles pour maintenir une vue d'ensemble et recueillir en temps réel des données relatives à la santé publique, à savoir des données et des rapports d'état provenant du terrain, pour cartographier cette position.

Il convient de supposer que le programme d'éradication de la poliomyélite va être confronté à l'avenir à une ou plusieurs flambées complexes. Il faut donc à nouveau se poser la question suivante: le programme fait-il tout ce qu'il peut pour atténuer

le risque de flambée? Si cela se produit, le programme sera-t-il à même de réagir avec résilience, c'est-à-dire sans épuiser les ressources (en particulier humaines, mais aussi financières et en vaccin) disponibles ailleurs? Selon le CSI, le programme peut désormais répondre à ces questions avec plus d'assurance qu'il ne l'aurait fait il y a deux ans. Mais un examen critique supplémentaire serait utile. Il ne faut pas laisser le financement et le soutien accrus qui ont accompagné les trois flambées retomber trop vite.

FAIBLE IMMUNITÉ: TROP DE POPULATIONS EXPOSÉES AU RISQUE



LE SYSTÈME MONDIAL D'ÉRADICATION DE LA POLIOMYÉLITE

IL FAUT EXPLOITER LE POUVOIR DES PERSONNES

L'éradication de la poliomyélite est un programme de personnes. Son travail est fait par plusieurs milliers de personnes, pour le bien de l'humanité toute entière. Ce sont les personnes, et non le vaccin ou le virus, qui comptent le plus.

Le CSI a insisté sur ce message à maintes reprises dans ses précédents rapports. Par le passé, le programme a eu trop tendance à se concentrer sur les éléments techniques de l'éradication de la poliomyélite, à savoir le vaccin et le virus, et à ne pas tenir suffisamment compte des facteurs humains. Il accorde désormais beaucoup plus d'attention aux personnes qu'auparavant. Le rôle central des personnes dans la réussite est de plus en plus reconnu. À ce stade critique, il ne doit y avoir aucun relâchement à ce niveau. D'ailleurs, cette approche doit aller encore plus loin, et ce, de trois manières importantes.

Premièrement, la réussite du programme repose en grande partie sur un petit nombre de spécialistes techniques, dont les compétences peuvent être utilisées pour stimuler les performances du programme dans les pays d'endémie restants, pour mettre en place les ripostes aux flambées et pour faire un travail stratégique au niveau mondial. Ils constituent une ressource limitée et précieuse. Lorsque les meilleures personnes sont déployées dans les pires endroits, ils obtiennent de vrais résultats. Mais si elles sont transférées depuis une zone présentant un risque de second niveau, elles doivent aussi être remplacées par des personnes compétentes. Les cas de personnes transférées, par exemple, du Moyen-Orient ou de la Corne de l'Afrique vers le Pakistan, inquiètent le CSI. Un tel redéploiement peut être entièrement approprié pour les besoins changeants du programme, mais cela donne globalement l'impression d'un programme mondial surexploité. Si l'évolution reste positive, cela n'est pas un problème. Mais en cas d'imprévu (cela peut se produire) le programme sera-t-il en mesure d'y

faire face? Le programme mondial dispose-t-il du personnel nécessaire pour faire face au meilleur ou au pire cas de figure? Le CSI craint que la première hypothèse soit plus proche de la vérité. Il n'est pas facile de trouver plus de personnes compétentes, mais il importe que le programme mette tout en œuvre pour y parvenir. De brillants jeunes diplômés ont beaucoup apporté au programme, ainsi que des personnes récemment retraitées. Trouver d'autres personnes comme cela et les envoyer rapidement là où elles sont nécessaires pourrait être un facteur déterminant dans la réussite du programme (et dans son indispensable résilience au cas où la situation se dégraderait).

Deuxièmement, il existe un fort potentiel inexploité consistant à mieux motiver les travailleurs en première ligne. Leur importance est à présent bien reconnue, de même que leur sélection, leur formation et leur rémunération. Mais bien comprendre et renforcer leur motivation est un terrain très fertile qui demeure quasiment inexploité. Peut-être le Pakistan peut-il désormais intervenir dans ce domaine porteur, domaine où aucun autre pays ne s'est vraiment aventuré dans l'histoire récente de l'éradication de la poliomyélite.

Enfin, lorsque des victoires surviennent sur le chemin de l'éradication, celles-ci doivent être reconnues et célébrées comme triomphes des personnes dont le dur labeur en a fait une réalité. Au Nigéria, il est des plus pressants de clarifier que les progrès réalisés contre la poliomyélite appartiennent aux personnes du Nigéria. Avec le temps, lorsque l'éradication mondiale aura eu lieu, elle doit être célébrée comme une victoire des nombreux travailleurs du programme, en particulier ceux qui ont risqué leur vie. Ce n'est pas seulement l'attitude juste et correcte à adopter (cela peut aussi permettre de galvaniser l'élan nécessaire pour poursuivre et passer à d'autres initiatives pour améliorer la santé). La victoire appartiendra aux vaccineurs qui se sont rendus à maintes reprises dans chaque foyer. Elle appartiendra aux responsables du programme qui ont travaillé 7 jours sur 7 pour combler

les lacunes dans la mise en œuvre des campagnes. Il faut reconnaître l'importante contribution des bailleurs de fonds du programme, mais la victoire n'est pas (et ne doit être considérée comme) essentiellement la leur. Les organismes partenaires méritent d'être félicités lorsque tout va bien, mais eux non plus ne doivent pas occuper une place centrale sous le feu des projecteurs.

ZONES D'INSÉCURITÉ: BESOIN D'UNE ARCHITECTURE POUR LA COORDINATION

L'IMEP présente un bon bilan en matière d'accès à des parties du monde en apparence inaccessibles, même aux interventions humanitaires. Toutefois, la réponse sécuritaire à l'inaccessibilité n'est parfois pas bien coordonnée avec le suivi des vaccinations. Par exemple, il n'est pas recommandé d'envoyer 500 policiers dans une zone sans disposer d'une planification conjointe détaillée afin d'évaluer les besoins logistiques de l'activité de santé publique. Il est également nécessaire de s'assurer que des communications élaborées préliminaires responsabilisent les populations locales et préservent l'impression de neutralité des vaccinateurs. Les experts du programme mondial doivent fournir plus de conseils et de soutien aux équipes des pays dans ce domaine critique, complexe et sensible.

GROS PLAN SUR LES ZONES FRONTALIÈRES ET LES POINTS DE PASSAGE FRONTALIERS: VRAISEMBLABLEMENT LE DERNIER REFUGE DE LA POLIOMYÉLITE

Lorsque la poliomyélite a été éradiquée dans d'autres régions de l'OMS, ce fut souvent dans les zones frontalières et aux points de passage frontaliers que le poliovirus a livré son dernier combat. Il se pourrait bien que l'histoire se répète en Afghanistan et au Pakistan. Chacun de ces pays a été infecté par le virus provenant de l'autre pays, et une grande partie des cas de poliomyélite se trouvaient près de la frontière des deux pays. Le CSI a été déçu d'apprendre qu'une réunion transfrontalière qui était prévue entre l'Afghanistan et le Pakistan a été retardée de plusieurs semaines, suite à une annulation de dernière minute pour des raisons de sécurité.

Ce n'est pas le retard en soi qui pose problème mais le fait qu'il prouve que la collaboration transfrontalière entre les deux pays n'est pas considérée comme l'une des clés essentielles pour interrompre la transmission. Cette collaboration est primordiale si l'on veut être sûr d'atteindre chaque enfant qui franchit la frontière. Elle est aussi vitale pour s'assurer qu'il n'y a pas, durant les campagnes de vaccination, d'écart entre là où chaque vaccination par l'équipe d'Afghanistan se termine et là où chaque vaccination par l'équipe du Pakistan commence. Si on comprenait vraiment l'importance de ce point, la réunion annulée aurait été reprogrammée dans les jours, plutôt que dans les mois suivants.

L'autre frontière importante pour le programme d'éradication de la poliomyélite est le Lac Tchad, où le Tchad, le Cameroun, le Niger et le Nigéria se rencontrent. Cette zone complexe, comportant des centaines d'îles dispersées, a connu une collaboration transfrontalière efficace par le passé, mais la situation est à présent plus difficile. Cette année, le conflit qui oppose les insurgés et les forces armées est monté en puissance et celui-ci pourrait davantage se renforcer. La direction du programme mondial doit s'engager totalement face à ce problème particulier, comme l'a conseillé le CSI dans un précédent rapport.

LA MESURE DE PERFORMANCE ABSOLUE: LES ENFANTS ÉCHAPPANT DE FAÇON PERSISTANTE À LA VACCINATION

Le CSI a indiqué en tête de son rapport publié en juin 2012 qu'on estimait à 2,7 millions le nombre d'enfants échappant entièrement à la vaccination dans le cadre du programme, dans les zones clés du monde, les rendant vulnérables face à la poliomyélite. Cette mesure, à savoir *l'enfant non vacciné*, extraite de la masse de données recueillies par le programme d'éradication, montrait avec une simplicité effrayante que le programme était un échec.

Dans ce rapport et les rapports suivants, le CSI a encouragé le programme à faire des enfants non vaccinés sa priorité. Avec le temps, un fort accent a été mis sur cet aspect, avec de bons résultats.

LES ENFANTS ÉCHAPPANT DE FAÇON PERSISTANTE À LA VACCINATION: CHACUN EST UN ÉCHEC DU PROGRAMME



Dans les pays d'endémie

Dans les pays où vient de se produire une flambée

Nombre estimé d'enfants de moins de cinq ans n'ayant reçu aucune dose de vaccin antipoliomyélique Source : NPAFP % 0-dose 13 mai 2014-12 mai 2015, Estimations de populations de l'ONU 2015

Une nouvelle analyse montre aujourd'hui que l'Afghanistan, le Nigéria et le Pakistan comptent au total environ 760 000 enfants n'ayant jamais reçu ne serait-ce qu'une dose de vaccin contre la poliomyélite. Ces enfants échappant de façon persistante à la vaccination sont abandonnés par le programme et sont la clé pour interrompre la transmission de la poliomyélite dans le monde.

Ils n'habitent pas seulement dans les pays d'endémie. On en compte 1,9 million dans les pays ayant connu des flambées en 2013-2014. Chacun est une raison pour le virus de revenir.

Ces chiffres scandaleusement élevés montrent à quel point le programme d'éradication de la poliomyélite est loin de l'excellence.

DE SIMPLS GOUTTES DE VACCIN ET LA COMPLEXITÉ QU'ELLES CACHENT

Le travail qui consiste à s'assurer que le vaccin antipoliomyélique adapté est disponible en quantités appropriées au bon moment et au bon endroit semble relativement simple. Mais cela en est bien loin. Les processus de production et de livraison du vaccin en première ligne dans les quatre coins du monde s'appuient sur des jugements et des calculs complexes à l'abri des regards du public. Il est largement tenu pour acquis que tout ce qui est

nécessaire se produira pour fournir au programme ce dont il a besoin, quand il en a besoin, sans interruption ni incident. Au sein de l'IMEP, ce travail est effectué par l'UNICEF, et implique des milliards de doses de vaccin antipoliomyélique chaque année. Les besoins en vaccin sont calculés ; les capacités de fabrication sont identifiées; les fonds sont mobilisés; les prix sont négociés; les sites de stockage sont identifiés; les commandes sont passées; les livraisons sont effectuées; et les chaînes du froid sont maintenues. Le cycle de vie de la gestion du vaccin a été affiné au fil des décennies. Les compétences scientifiques, stratégiques et logistiques sont bien développées et ont servi le programme d'éradication de la poliomyélite avec succès.

Au fil des années, les besoins en vaccin ont été stables et prévisibles, offrant ainsi des délais suffisants pour la fabrication et l'approvisionnement. Mais une grande partie de ce processus ne l'est pas. Les flambées et les plans modifiés ont engendré une forte demande imprévue en vaccin, et ces besoins ont été en grande partie satisfaits.

Le programme d'éradication de la poliomyélite entre maintenant dans une phase où la gestion du vaccin est plus complexe que jamais, et où les conséquences financières et sur la santé publique en cas d'erreur sont bien plus importantes qu'auparavant. Cette nouvelle complexité est due en partie au retrait du vaccin antipoliomyélique oral trivalent (VPOt), qui est prévu en avril 2016 et dont nous parlerons dans la section suivante.

À ce stade des efforts d'éradication, le monde ne peut se permettre qu'un retard de disponibilité du vaccin affecte la riposte à une flambée, ou qu'un approvisionnement limité ralentisse les avancées dans les pays d'endémie restants. Il est primordial de poursuivre le développement des éléments essentiels à une gestion et à une prévision de la demande efficaces. En mai 2014, le CSI a rappelé que de nombreux pays demandaient plus de vaccins qu'ils n'en avaient besoin, car ils ne tenaient pas dûment compte du stock de vaccins dont ils disposaient déjà. Le CSI applaudit le travail réalisé par l'UNICEF pour remédier à ce problème. Le personnel technique déployé à travers le programme STOP est désormais formé à la gestion des vaccins. Une procédure opérationnelle

standard vise à renforcer l'évaluation des stocks de vaccins. Le Bureau régional pour l'Afrique de l'ouest et l'Afrique centrale de l'UNICEF a ouvert la voie dans ce domaine, en réduisant la demande en vaccin antipoliomyélitique oral de 2,5 millions de doses en deux mois.

Bien qu'un important travail ait été réalisé, le gaspillage du vaccin se poursuit. Les sources du CSI déclarent avoir vu des réfrigérateurs contenant une quantité de vaccin très excessive par rapport aux besoins ; ces doses de vaccin qui ne sont pas utilisées sont gaspillées. Le vaccin est précieux et il existe une marge d'amélioration considérable afin que les pays, soutenus par leurs partenaires, améliorent encore sa gestion judicieuse.

LE POLIOVIRUS DÉRIVÉ D'UNE SOUCHE VACCINALE: UN OBSTACLE POTENTIEL

Le retrait à l'échelle mondiale du vaccin antipoliomyélitique oral trivalent est prévu pour avril 2016. Par conséquent, le temps pour interrompre les flambées actuelles des souches en circulation du virus de type 2 dérivées du vaccin antipoliomyélitique oral (PVDVc2) est compté.

Il y avait au départ trois types de poliovirus sauvages. Le virus de type 2 fut le premier à être éradiqué en 1999. Le virus de type 3 n'a pas été observé depuis 2012. Durant l'année en cours, la Commission mondiale de certification décidera s'il a été éradiqué ou non. Le virus de type 1 circule toujours, du moins en Afghanistan et au Pakistan.

On continue d'utiliser le vaccin oral contre ces trois types de virus. Le vaccin antipoliomyélitique oral trivalent (VPOt) protège contre les types 1, 2 et 3 ; le vaccin bivalent (VPOb) protège contre les types 1 et 3.

Lorsque l'immunité est sous-optimale, la souche du virus contenue dans le vaccin peut muter et se répandre, engendrant ainsi des paralysies par la poliomyélite. Il s'agit là d'un poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale (PVDVc). Bien qu'étant rare, c'est l'inconvénient d'un vaccin antipoliomyélitique oral que l'on ne rencontre pas avec un vaccin contre la poliomyélite inactivé (VPI) par injection. Le vaccin antipoliomyélitique oral

doit donc être retiré car le poliovirus sauvage a été éradiqué.

Lorsque les trois types de poliovirus sauvages auront été éradiqués, tous les vaccins antipoliomyélitiques oraux devront être retirés. Le vaccin ciblant le virus de type 2 éradiqué pourra bientôt être retiré. L'objectif est d'effectuer son retrait mondial d'ici avril 2016. Cela nécessitera le retrait du vaccin antipoliomyélitique oral trivalent (VPOt), qui sera remplacé par le vaccin bivalent (VPOb) (« remplacement de VPOt par VPOb »).

Pour ce remplacement, le VPOb doit être disponible en grandes quantités. Cela nécessite l'introduction du vaccin contre la poliomyélite inactivé (VPI) par injection dans les calendriers de vaccination systématique à travers le monde. Et cela nécessite aussi la gestion prudente des provisions restantes de VPOt, afin de garantir une production suffisante jusqu'au moment du retrait et le maintien d'un stock suffisant après cela. Bien qu'étant à la fois vital et complexe, le retrait du VPOt est aussi une répétition pour le retrait du VPO, qui aura lieu une fois la poliomyélite éradiquée.

SAGE, le comité dont le programme mondial tire ses principaux conseils scientifiques, étudie depuis plus d'un an déjà la date du remplacement du vaccin antipoliomyélitique. Lors de sa dernière réunion, il a cité avril 2016 comme date provisoire pour le retrait du vaccin antipoliomyélitique bivalent. Cette décision était nécessaire pour couvrir tous les aspects de la préparation (un vaste chantier).

Il existe des risques qui pourraient conduire SAGE à revenir sur cette recommandation. Le risque premier est que le Nigéria ou le Pakistan ne parvienne pas à mettre définitivement fin aux flambées de PVDVc.

Le remplacement du VPOt par le VPOb est très complexe. Il implique que chaque pays utilisant un VPO retire le vaccin durant une brève période de deux semaines. Les préparatifs vont bon train. Si une flambée au Nigéria, au Pakistan ou ailleurs retarde le processus, cela pourrait engendrer le chaos, la confusion et des coûts énormes. Il est essentiel que le Nigéria et le Pakistan s'assurent que leurs flambées de PVDVc sont stoppées définitivement et rapidement.

UNE SURVEILLANCE ADAPTÉE POUR LE PRÉSENT ET POUR L'AVENIR

Une surveillance efficace a toujours été la pierre angulaire de l'éradication de la poliomyélite. Mais elle n'a jamais été aussi vitale qu'à cette étape avancée des efforts d'éradication de la poliomyélite. Sans surveillance efficace, on s'expose à un risque de retard dans la détection des flambées et dans la riposte à celles-ci. La surveillance sera aussi la base sur laquelle le monde sera certifié exempt de poliomyélite, lorsque ce jour arrivera.

La surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA) est depuis longtemps déjà le principal fondement de la surveillance de la poliomyélite, chaque cas de paralysie de ce type devant être signalé et faire l'objet d'une enquête. Au cours des dernières années, la surveillance environnementale a joué un rôle croissant (en détectant le virus directement dans les cours d'eau). Ces deux types de surveillance sont complémentaires. L'expérience de la surveillance de la PFA est plus ancienne et ses mesures de qualité sont mieux développées.

Deux principaux indicateurs permettent de mesurer la qualité de la surveillance de la PFA. Les normes établies pour chaque indicateur sont largement reconnues pour être des minima absolus. Personne n'oserait dire que la surveillance est efficace si les normes ne sont pas satisfaites. En outre, satisfaire les normes n'est pas une garantie que la poliomyélite puisse se transmettre sans être détectée.

Étant donné l'importance de la surveillance, le CSI reste préoccupé par les écarts qui existent encore. Seulement 9 des 70 pays en Afrique (AFRO) et Méditerranée orientale (EMRO) satisfont les normes pour les deux types de surveillance dans chaque zone sous-nationale.

De plus, à l'approche de l'éradication, la qualité du diagnostic clinique des cas de poliomyélite potentiellement compatibles gagne en importance. Même en l'absence de cas de poliovirus sauvage confirmés par un laboratoire, le signalement continu de cas compatibles menace la certification. Toutefois, si la surveillance de la PFA était optimale, ces cas potentiels ne se produiraient pas.

Le programme mondial reconnaît que l'amélioration de la surveillance n'a pas fait l'objet d'une attention stratégique suffisante. Il faut à présent avancer rapidement pour combler cet écart. Lors de sa prochaine réunion, le CSI demandera qu'on l'informe des mesures en cours.

QUALITÉ DES CAMPAGNES: INCAPACITÉ DE NORMALISER LES BONNES PRATIQUES

La qualité variable des campagnes de vaccination à travers le monde continue de surprendre le CSI. Il est essentiel que chaque équipe de vaccination, où qu'elle se trouve dans le monde, réalise une campagne de grande qualité. Dans tout autre domaine à haut risque, adopter une approche de « laissez-faire » concernant la protection du public serait inacceptable. Qui voyagerait avec une compagnie dont la qualité des inspections des moteurs avant le vol peut varier d'un aéroport à l'autre et d'un mois à l'autre ? L'existence et le respect ou non d'une procédure opérationnelle standard pour les campagnes de vaccination contre la poliomyélite sont aussi quelque chose qui peut faire la différence entre la vie et la mort. Nous en reparlerons dans la section de ce rapport portant sur la qualité et les performances.

L'EXAMEN DE LA GESTION: UNE CHANCE DE REDYNAMISER L'IMEP

TII s'agit du premier rapport du CSI depuis l'achèvement de l'examen de la gestion de l'IMEP qui a été mis en place suite à une recommandation du CSI datant d'octobre 2013. Il est encore tôt pour évaluer l'impact global de l'examen, mais l'IMEP a agi rapidement pour mettre en œuvre les mesures relatives aux structures, à la gouvernance et à la direction approuvées par le Conseil de surveillance de la poliomyélite suite à l'évaluation.

Le CSI jugera en particulier l'impact de ces changements en évaluant dans quelle mesure le siège du programme assume ses fonctions clés, à savoir:

- Communication de la vision
- Élaboration de politiques
- Pilotage de l'amélioration de la qualité
- Nomination des meilleures personnes aux postes critiques
- Mobilisation des ressources
- Compte-rendu des progrès et des finances

Si les changements dans l'examen n'ont pas permis d'intégrer solidement chacune de ces fonctions dans la gestion stratégique mondiale du programme, les nouvelles structures (et leurs acronymes) nées de l'examen seront alors considérées comme rien d'autre que du « vieux vin dans des bouteilles neuves ».

PERSPECTIVES D'AVENIR: SEULEMENT LE MEILLEUR CONVIENTRA

Dans chacun de ses précédents rapports, le CSI a évalué les progrès comme étant en bonne voie, faisant fausse route ou exposés à un risque, et ce par rapport à un délai défini. Après avoir manqué le délai de la fin 2014 et sans autre délai fixé, une telle évaluation n'est plus pertinente. L'éradication de la poliomyélite est attendue depuis longtemps et chaque jour qui passe est un jour de trop. Tous les efforts doivent se concentrer sur l'exécution totale et urgente de la tâche.

Au cours de l'année à venir, l'approche du programme d'éradication de la poliomyélite pourrait se ranger dans l'un des trois scénarios suivants:

- **Le scénario du laissez-faire**, dans lequel la priorité est une Afrique exempte de poliomyélite, avec comme mesures dans les deux autres pays d'endémie guère mieux que la prévention de la maladie et les activités de contrôle de routine, et l'exécution de campagnes de vaccination dans les autres pays exposés à un plus grand risque d'infection.
- **Le scénario du changement incrémentiel**, dans lequel de vastes activités d'amélioration sont réalisées pour obtenir des changements progressifs, en améliorant la qualité des campagnes, en renforçant la surveillance et en améliorant l'accessibilité.
- **Le scénario d'une pleine implication**, dans lequel les raisons expliquant la transmission persistante dans chaque poche sont pleinement comprises; où l'on se concentre sans relâche sur l'amélioration à tous les niveaux; où l'on permet aux travailleurs de première ligne de trouver de nouvelles solutions aux problèmes insolubles; et où l'on adopte rapidement les bonnes pratiques et les innovations qui émanent des autres parties du programme. Dans ce scénario, le nombre d'enfants échappant de façon persistante à la vaccination chute.

Durant la période où le CSI a surveillé les progrès vers l'éradication de la poliomyélite, le programme a oscillé entre le premier et le second scénario, allant parfois de l'avant avec détermination mais prenant souvent du retard. Certes, les efforts se concentrent sur l'amélioration de la qualité des campagnes. Les questions d'accès aux populations sont une grande priorité pour le programme. Il reste encore un peu à faire pour améliorer la surveillance. Mais est-ce suffisant? Le CSI a l'impression depuis un certain temps que le programme fixe bien souvent une trajectoire dont on peut dire qu'elle est « la même mais meilleure ». À l'évidence, ce type d'amélioration progressive est nécessaire. Mais peut-être n'est-ce pas suffisant pour éradiquer la poliomyélite. Des mesures du changement transformationnel sont également nécessaires.

La meilleure chance pour éradiquer la poliomyélite est d'adopter le troisième scénario. Dans le scénario de pleine implication, il n'y aurait plus d'endroits où le poliovirus pourrait se cacher. Qu'est-ce qu'une « pleine implication »? Cela veut dire trois choses : premièrement, un niveau de direction politique dans les pays qui dépasse l'engagement et va jusqu'à la pleine responsabilité de l'éradication de la poliomyélite. Des dirigeants politiques pleinement impliqués dans un pays seront animés d'une passion ardente pour bannir à jamais cette cruelle maladie de leur

territoire. Deuxièmement, « pleinement impliqué » veut dire une direction du programme en phase, que ce soit au niveau mondial, national, provincial ou des quartiers, et qui comprenne l'intérêt de faire de l'amélioration de la qualité le moteur de tout aspect de son travail ; troisièmement, « pleinement impliqué » veut dire un programme qui met l'accent, à tous les niveaux, sur l'importance des personnes, qu'il s'agisse de recruter les bonnes personnes pour les postes les plus difficiles, de traiter les vaccinateurs de première ligne avec dignité et respect, d'éliminer l'intimidation et la corruption, ou d'expliquer aux parents combien ils importent dans le cadre de l'initiative toute entière.

PERFORMANCES: PASSER DE L'ORDINAIRE À L'EXTRAORDINAIRE

Dans l'univers de l'amélioration de la qualité on dit souvent que:

“Chaque système est parfaitement conçu pour produire les résultats qu'il obtient.”

La dure vérité est que, dès à présent, le système d'éradication de la poliomyélite est parfaitement conçu pour manquer l'objectif d'éradication.

Un système, qu'il relève de la santé publique, des soins de santé ou de tout autre secteur, se compose des processus, actions, interactions, interventions, méthodes de travail, technologies, relations et comportements humains qui produisent des résultats, voulus ou non. La citation ci-dessus est simple et marquante mais, après réflexion, elle est aussi profonde. Appliquée au programme d'éradication de la poliomyélite au niveau mondial et des pays, cela veut dire que les résultats obtenus sont la conséquence directe de la manière dont le « système » est conçu et utilisé.

Le système actuel est conçu pour apporter régulièrement des conséquences non voulues (les enfants échappent à la vaccination; il existe des écarts de surveillance; les parents ressentent une certaine lassitude vis-à-vis de la vaccination; et le poliovirus persiste) aussi sûrement qu'il apporte des conséquences voulues. Si le système ne change pas, les résultats non voulus persisteront car le système d'éradication de la poliomyélite est « parfaitement conçu » pour les produire.

Pour améliorer le système, il faut aller de l'avant et étudier dans le détail les processus qui sont essentiels à la réussite du système, comprendre pleinement leurs défauts, les remanier, puis s'assurer qu'ils sont livrés exactement comme prévu, à chaque fois.

Au départ, trois *processus critiques* doivent être remaniés (lorsqu'ils sont en-dessous de l'excellence) ou améliorés (lorsqu'ils sont généralement efficaces). Ces trois processus sont les suivants:

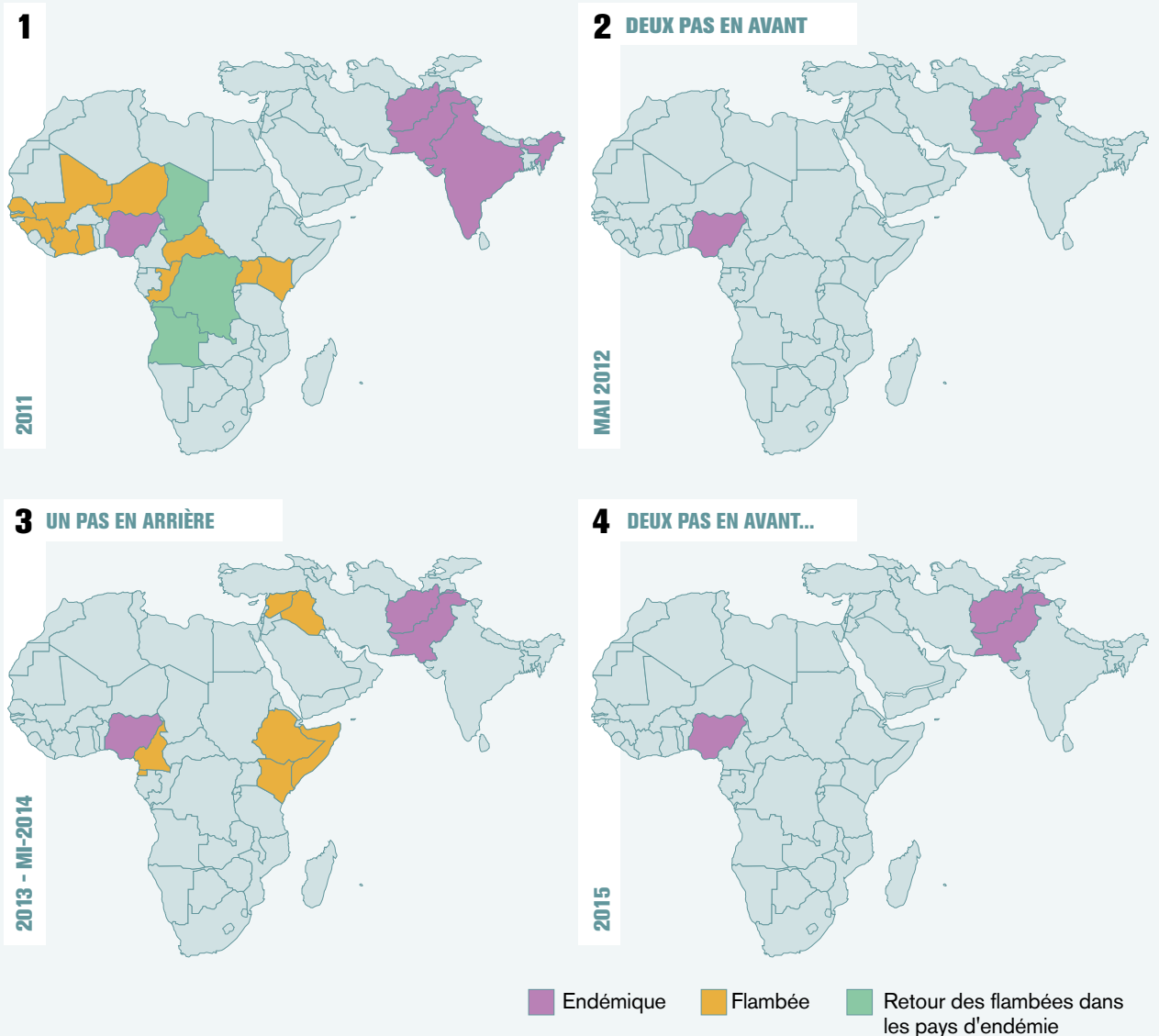
- Atteindre chaque enfant: Enquêter chaque fois qu'un enfant échappe à la vaccination; déterminer et mettre en œuvre les mesures nécessaires pour atteindre chaque enfant, mais aussi pour éviter que cela ne se reproduise
- Renforcer la surveillance: S'assurer d'examiner toutes les lacunes du système de surveillance et y remédier
- Garantir un suivi indépendant rigoureux: Améliorer le processus d'évaluation de la qualité des campagnes

C'est là une tâche difficile. Cela ne veut pas dire qu'il faut élaborer des règles et des procédures opérationnelles standard, ou essayer d'imposer un seul modèle partout. Il faut renforcer les principes fondamentaux du processus d'amélioration de la qualité en place au niveau mondial, national et local.

Peut-être faudra-t-il dix ans pour développer l'expertise au sein du programme, pour faire un tel travail au niveau requis pour pouvoir faire une différence. C'est pourquoi le

CSI a recommandé que des experts spécialisés intègrent les équipes de vaccination dans les pays, afin d'introduire rapidement l'approche transformationnelle qui est si nécessaire. On pourrait rétorquer que cette aide externe n'est pas nécessaire et que tout peut être fait en interne. Mais les performances sous-optimales continues qui côtoient d'impressionnantes améliorations trahissent une approche mixte. Cette approche, où l'excellence existe seulement de manière inégale, est vouée à l'échec.

LE CHEMIN VERS L'ÉRADICATION DE LA POLIOMYÉLITE N'A JAMAIS ÉTÉ SANS DIFFICULTÉS



CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Au cours des dernières années, le CSI a constaté que le programme d'éradication de la poliomyélite avait amélioré son système et, par là même, ses performances. Toutefois, il reste encore à accomplir un travail fondamental de refonte du système.

Le CSI insiste sur le fait que les avancées récentes doivent être applaudies, mais qu'elles ne doivent pas être une source de triomphalisme. On pourrait être tenté de se laisser aller, de penser que ce n'est maintenant qu'une question de temps. Le chemin cahoteux vers l'éradication ne permet pas de se reposer sur ses lauriers.

Le CSI a fait une série de recommandations visant à catalyser les changements supplémentaires nécessaires. Aucune boule de cristal ne peut maintenant nous dire quand la poliomyélite sera éradiquée. Pas besoin d'une boule de cristal non plus pour savoir que la poliomyélite ne sera pas éradiquée tant que le système ne sera pas parfaitement conçu pour y parvenir.

La rapidité d'amélioration du système est essentielle. Sans la discipline d'une mise en œuvre rapide, le poliovirus sera encore en circulation dans plus d'un an. En bref, le programme aura donné permission au poliovirus de continuer de paralyser les enfants pendant plus d'un an après le dernier délai manqué pour interrompre la transmission. C'est le poliovirus qui va célébrer sa victoire, pas le programme.

AFGHANISTAN

1. Le CSI recommande que le ministre de la Santé afghan désigne un haut responsable jouissant des compétences et de la crédibilité nécessaires pour diriger le programme au quotidien au nom du ministre.
2. Le CSI recommande aux responsables du programme des régions du sud et de l'est de l'Afghanistan de se rendre au plus vite dans les Centres d'opérations

d'urgence au Pakistan et de revenir avec des idées pouvant être correctement mises en pratique en Afghanistan le plus vite possible.

NIGÉRIA

3. Le CSI recommande au nouveau président du Nigéria de déclarer clairement et publiquement que la poliomyélite ne peut pas encore être considérée comme éradiquée au Nigéria, et d'élaborer et de diriger un plan pour obtenir la certification d'exemption en 2017.

PAKISTAN

4. Le CSI recommande au Groupe spécial national du Pakistan de se réunir au minimum une fois par mois jusqu'à l'interruption de la transmission de la poliomyélite, pour superviser la mise en œuvre rigoureuse du plan d'action d'urgence national. Le Groupe spécial national doit en particulier s'assurer qu'une réunion mensuelle rassemblant chaque secrétaire en chef et ses commissaires adjoints ait lieu sans exception, et que chacun soit présent, afin de superviser de près la mise en œuvre du plan d'action d'urgence national dans chaque province.
5. Le CSI recommande au Groupe spécial national du Pakistan de résoudre, dans les quatre prochaines semaines, les problèmes à la source du non-paiement des travailleurs de première ligne, pour empêcher que le moral de ce groupe essentiel ne se détériore davantage, ce qui pourrait avoir des conséquences fatales pour le programme.

FLAMBÉES

6. Le CSI recommande au Conseil de surveillance de la poliomyélite de rappeler de manière explicite que la planification du programme (dans les pays d'endémie et au-delà) se base sur ce qui est nécessaire pour

parvenir à l'éradication, et ne doit pas être limitée par les fonds disponibles, et qu'il faut trouver des fonds supplémentaires au cas où ceux-ci seraient insuffisants. Le CSI recommande également au Groupe mondial des partenaires de la lutte contre la poliomyélite d'appuyer formellement cette approche, et d'essayer activement de mobiliser les fonds supplémentaires qui pourraient être nécessaires. Le travail du Comité de responsabilité financière est critique pour s'assurer que les finances sont bien gérées, et que les bailleurs de fonds disposent des informations et des assurances appropriées.

IL FAUT EXPLOITER LE POUVOIR DES PERSONNES

7. Le CSI recommande aux organismes partenaires de l'IMEP d'organiser une réunion urgente en vue de i) tout mettre en œuvre pour recruter rapidement davantage de travailleurs de qualité dans les pays infectés et à haut risque, en réduisant, le cas échéant, les formalités pour y parvenir, ii) clairement établir si les meilleures personnes se trouvent actuellement là où elles sont le plus nécessaires.

UNE SURVEILLANCE ADAPTÉE POUR LE PRÉSENT ET POUR L'AVENIR

8. Le CSI recommande au programme d'accélérer les activités d'amélioration de la surveillance, afin d'atteindre la norme de certification mondiale d'ici la fin de l'année 2015. Toute incertitude à propos de ce qu'est la norme de certification mondiale (en particulier le rôle de la surveillance environnementale) doit être clarifiée avec la participation de la Commission mondiale de certification.

DE SIMPLES GOUTTES DE VACCIN

9. Dans les pays d'endémie et prioritaires, le CSI recommande que l'on réduise au minimum de toute urgence le gaspillage du vaccin de 15 % dans chaque zone sous-nationale, en commençant par la mise en

œuvre complète de la procédure opérationnelle standard du programme pour rendre compte de l'utilisation et des stocks de vaccin.

POLIOVIRUS DÉRIVÉ D'UNE SOUCHE VACCINALE: UN OBSTACLE POTENTIEL

10. Le CSI recommande qu'une mise à jour mensuelle sur l'éradication du poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale dans leur pays soit transmise au premier ministre pakistanais et au président nigérian, afin de s'assurer qu'aucun de ces deux pays ne fasse obstacle au retrait mondial programmé du vaccin antipoliomyélique oral trivalent.

LES ENFANTS ÉCHAPPANT DE FAÇON PERSISTANTE

11. Le CSI recommande l'organisation de toute urgence d'un sommet mondial consacré aux enfants échappant de façon persistante à la vaccination, qui serait chargé d'établir un plan permettant de réduire le nombre de ces enfants de 50 % en six mois.

PERFORMANCES: PASSER DE L'ORDINAIRE À L'EXTRAORDINAIRE

12. Le CSI recommande à l'IMEP de fournir immédiatement des fonds afin de désigner une société ayant une vaste expérience dans le remaniement de processus et l'amélioration de la qualité. Cette société devra déployer du personnel dans chaque Centre d'opérations d'urgence et au niveau de la direction du programme mondial. Le CSI demande que cette recommandation soit mise en œuvre de toute urgence, que la société soit sélectionnée d'ici le 1er juillet 2015, que les équipes soient en place d'ici le 1er août 2015 et que les premiers résultats de l'amélioration soient publiés d'ici la prochaine réunion du CSI qui aura lieu en octobre 2015.