

A large, detailed image of a virus particle, likely poliovirus, is shown in a light green color against a darker green background. The virus has a characteristic icosahedral shape with many small protrusions on its surface.

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

JUSQU'AU DERNIER VIRUS


14

QUATORZIÈME RAPPORT : JUIN 2017



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 les 2 et 3 mai 2017.

Sir Liam Donaldson (Président)

Ancien Chief Medical officer, Angleterre

Dr Thomas Frieden

Ancien directeur, Centers for Disease Control and Prevention, États-Unis

Dr Susan Goldstein

Gestionnaire de programme, Soul City : Institute for Health & Development Communication, NPO, Afrique du Sud

Dr Muhammad Paté

Directeur général, Big Win Philanthropy, ancien Ministre d'État de la Santé, Nigéria

INTRODUCTION

Ceci est le 14e rapport du Comité de suivi indépendant (CSI) de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP). Depuis notre dernier rapport, nous avons réduit le nombre de membres de notre comité et l'avons reconstitué en réponse à la création d'un Comité de suivi indépendant transitoire (CSIT) de la poliomyélite. En l'absence d'une fonction de suivi distincte pour les travaux transitoires et déjà en cours entrepris par l'IMEP, le CSI a traité de manière périodique des aspects ayant trait à la planification de la transition dans ses précédents rapports. Le CSI reconstitué se concentrera désormais exclusivement sur l'objectif n°1 du plan stratégique 2013-2018 de l'IMEP : « l'arrêt total de la transmission du poliovirus sauvage d'ici fin 2014 et des nouvelles flambées de poliovirus dérivés de souches vaccinales dans les 120 jours suivant la confirmation du premier cas ». Cet objectif a été modifié en raison de la décision du Conseil de surveillance de la poliomyélite de choisir le scénario le plus probable basé sur la modélisation en vue de soutenir les efforts de financement du Programme d'éradication de la poliomyélite. Sur la base des différentes échéances pour interrompre la transmission à l'échelle mondiale et dans les pays d'endémie individuels, quatre scénarios ont été élaborés, ceux-ci allant d'« optimiste », « intermédiaire » à « pessimiste ». Le Comité a choisi un scénario « intermédiaire », dans lequel la transmission à l'échelle mondiale serait interrompue d'ici 2016. Dans le scénario « pessimiste », elle le serait d'ici fin 2017.



Le 13e rapport du CSI a été publié en août 2016. Ce rapport évaluait les progrès réalisés par rapport à l'objectif n°1 (modifié) et tenait donc compte de l'échéance du Programme d'éradication de la poliomyélite pour interrompre la transmission du poliovirus à l'échelle mondiale, à savoir fin décembre 2016. L'IMEP a demandé qu'aucune réunion du CSI ne soit organisée à l'automne 2016 afin que le programme puisse se concentrer entièrement sur l'objectif d'interruption de la transmission pour la fin d'année. Ce 14e rapport du CSI fait suite à la réunion du comité qui s'est tenue à Londres en mai 2017 et qui réunissait le personnel de l'IMEP, les bailleurs de fonds, les partenaires élargis et les ministres de la Santé des trois pays d'endémie.

ÉVOLUTION GÉNÉRALE DEPUIS LE DERNIER RAPPORT DU CSI

L'engagement, le dévouement et le courage du personnel de première ligne et de leurs responsables dans chacun des trois pays d'endémie n'ont cessé d'impressionner le CSI. En matière d'exécution des programmes de santé publique, de nombreuses régions dans ces pays sont en proie à une insécurité, un danger et une complexité d'une extraordinaire ampleur.

Sur la base des données allant jusqu'au 31 mai 2017, les points forts depuis notre dernier rapport sont les suivants :

- L'échéance de la fin décembre 2016 pour interrompre la transmission du poliovirus à l'échelle mondiale n'a pas été respectée.
- Le Nigéria a été à nouveau désigné comme pays d'endémie poliomyélitique, un an seulement après avoir été déclaré exempt de poliovirus.
- La découverte d'un poliovirus sauvage qui circulait dans l'État de Borno depuis cinq ans sans avoir été détecté met très sérieusement en doute le fait que la poliomyélite a bien été éradiquée dans toutes les régions d'Afrique.
- La présence du poliovirus dans l'État de Borno porte immédiatement à croire que le poliovirus circule dans les pays au nord du Nigéria, à savoir le Niger, le Tchad, la République centrafricaine et le Cameroun.
- Le cas de poliovirus sauvage le plus récent au Pakistan remonte au 13 février 2017, mais on trouve encore des échantillons environnementaux testés positifs pour le poliovirus dans chacun des trois importants réservoirs du poliovirus.
- Le cas de poliovirus sauvage le plus récent en Afghanistan remonte au 21 février 2017.
- Tous les cas de poliovirus sauvage en Afghanistan depuis avril 2016 étaient de nouvelles introductions. Il n'y a pas eu de circulation rétablie.
- Les cas de poliovirus sauvage associés à une paralysie au Pakistan et en Afghanistan en 2017 ont été réduits de moitié par rapport à la même période l'année passée, ces cas affectant moins de districts et présentant une diversité virale moindre.
- Aucun cas de poliovirus dérivé d'une souche vaccinale n'a été détecté dans les pays d'endémie en 2017, mais deux flambées de poliovirus dérivé d'une souche vaccinale de type 2 (cVDPV2) sont survenues en République démocratique du Congo.

PAKISTAN ET AFGHANISTAN

Le Programme d'éradication de la poliomyélite continue de considérer le Pakistan et l'Afghanistan comme un seul bloc épidémiologique, avec des réservoirs du poliovirus qui couvrent les deux pays. Ce point de vue est correct, mais le programme de chaque pays a ses propres caractéristiques.

En examinant le Pakistan, le CSI a eu la forte impression d'un programme très performant. Le Programme d'éradication de la poliomyélite au Pakistan continue de bénéficier d'une direction politique, de compétences et d'un engagement exceptionnels de la part du Ministre de la Santé, du représentant du Premier ministre pour l'éradication de la poliomyélite et des secrétaires provinciaux.

L'engagement au niveau des divisions, à savoir à l'échelle en dessous de la province, constitue une innovation récente et importante dans la gouvernance du programme. Cela s'est fortement amélioré au cours de l'année dernière. Des groupes de travail dirigés par des commissaires de division opèrent à l'échelle des divisions. Depuis janvier 2017, à l'approche des élections, bon nombre de ces personnes ont été réaffectées. Le ministre pakistanais de la Santé s'est empressé de rassurer le CSI : le Programme d'éradication de la poliomyélite ne souffrirait pas des changements de personnel et de direction survenus avant et après l'élection. Toutefois, il est essentiel que la gouvernance du Programme d'éradication de la poliomyélite reste stable, aussi bien avant qu'après une élection importante. Cela nécessite de prêter attention aux détails : comment s'assurer que les fonctionnaires sont informés de la situation à leur entrée en



PAKISTAN ET AFGHANISTAN

fonction, qu'ils sont encadrés dans leur nouvelles fonctions complexes et qu'ils prennent le relais de la lutte contre la poliomyélite en douceur à un moment crucial pour le Pakistan.

L'impression d'un programme robuste semble être confortée par des données. Le Pakistan a connu deux cas de poliomyélite paralytique associés au poliovirus sauvage en 2017. Tous deux se trouvaient en dehors des réservoirs endémiques. Ces cas ont fait l'objet d'une riposte très agressive. Cependant, on retrouve encore de nombreux échantillons environnementaux positifs dans le bloc de Quetta et dans le district de Killa Abdullah. De tels cas se sont produits de manière constante au cours de ces deux dernières années, à plusieurs endroits, comme à Shaheen



Town, dans le district de Peshawar et à Surpal, dans le bloc de Quetta. On retrouve également des éléments positifs récurrents à Karachi. Toutefois, il faut bien admettre que l'ampleur actuelle de l'échantillonnage environnemental est sans précédent. On compte désormais 53 sites de surveillance actifs au Pakistan. Cela permet de surveiller plus que jamais la circulation du virus. L'Inde n'a commencé à recueillir des échantillons environnementaux qu'une fois ses efforts d'éradication terminés. En Inde, l'environnement a continué de tester positif pour le poliovirus plusieurs mois après le dernier cas. Au vu de ces échantillons environnementaux positifs au Pakistan, il n'y a pas lieu de pavoiser. Mais, deux ans en arrière, la présence de ces échantillons aurait provoqué des cas de poliomyélite paralytique. Cette fois-ci, ce n'est pas le cas, ou du moins, aucun cas n'a été identifié jusqu'ici.

Les données sur la séroprévalence sont l'arbitre ultime de la protection. Les résultats des études réalisées depuis le dernier rapport du CSI rendent compte de hauts niveaux de protection de la population dans toutes les zones des provinces testées, à l'exception du bloc de Quetta. Ici, l'immunité est trop faible. L'expérience en Inde montre que des doses multiples de vaccin (sept ou plus) sont nécessaires dans les zones à forte densité de population. De plus, l'expérience au Pakistan et au Nigéria suggère que le vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI) peut jouer un rôle majeur dans le renforcement de l'immunité dans ces zones.

PAKISTAN ET AFGHANISTAN



Dans le bloc de Quetta, la qualité du programme demeure bien en dessous des performances optimales. Cette région compte le plus grand nombre d'enfants susceptibles de contracter la poliomyélite. Le programme du Pakistan pour l'éradication de la poliomyélite semble avoir le plus de difficultés dans le bloc de Quetta. Les raisons sont multiples : par exemple, il est difficile de trouver des travailleuses communautaires et, lorsqu'elles sont affectées, le roulement est élevé ; le taux de refus est élevé ; il y a sans cesse un mouvement de population à grande échelle ; dans l'ensemble, le Baloutchistan a le moins de ressources et dispose des services publics les plus insuffisants ; la charge de travail supplémentaire engendrée par l'introduction du vaccin antipoliomyélique inactivé (VPI) se fait sentir ; une culture plutôt conservatrice prévaut, ce qui rend très difficile la transformation.

Un tour d'horizon des travaux d'éradication de la poliomyélite au Pakistan révèle de manière frappante le nombre d'enfants échappant encore à la vaccination durant les campagnes. En particulier, beaucoup d'enfants y échappent et ce même après l'achèvement des opérations de vaccination supplémentaires. Cela doit devenir un indicateur clé dans la lutte contre la poliomyélite. Les performances du Programme d'éradication de la poliomyélite au cours des trois dernières saisons (couvrant 15 campagnes de vaccination) sont révélatrices. Au Pakistan, malgré les tentatives de retourner dans les communautés pour rechercher les enfants non vaccinés, les chiffres approximatifs d'enfants non vaccinés sont les suivants : 767 000 (basse saison 2016) ; 760 000 (haute saison 2016) ; 858 000 (basse saison 2017).



Heureusement, ces chiffres représentent de faibles pourcentages par rapport au nombre important d'enfants vaccinés avec succès au Pakistan ces derniers temps. Toutefois, à ce stade des efforts d'éradication, les chiffres absolus, en particulier lorsqu'ils sont concentrés dans les communautés, sont beaucoup plus importants que les pourcentages. Dans de si grandes populations d'enfants vulnérables, les poliovirus ont une chance de survie bien supérieure. Il est inquiétant de constater que c'est dans les zones de niveau 1 (c.-à-d. les districts les plus à risque) que le nombre d'enfants échappant encore à la vaccination est le plus élevé.

PAKISTAN ET AFGHANISTAN

Désormais, le Programme d'éradication de la poliomyélite examine en détail les données provenant des campagnes de vaccination concernant les « enfants non disponibles ». On fait la distinction entre les enfants qui, au moment de la visite des vaccinateurs, n'étaient pas disponibles car ils étaient à l'école dans la localité immédiate (NA1), ailleurs dans le district (NA2) ou plus loin (NA3). Trois implications pratiques découlent de ces données. Premièrement, les chiffres actuels sont trop élevés pour croire sans réserve en l'arrêt de la transmission du virus à l'avenir. Deuxièmement, les deux premiers groupes d'enfants « non disponibles » peuvent être atteints si on s'appuie sur une connaissance locale de qualité et de confiance en vue d'identifier une « heure de retour » pour l'enfant. La visite d'un vaccinateur peut alors coïncider avec la disponibilité de l'enfant. Troisièmement, le nombre élevé d'enfants éloignés se trouvant dans une autre région du Pakistan ou de l'Afghanistan constitue le plus gros défi à l'heure actuelle, et c'est un problème qui nécessite des solutions innovantes.

Nous reviendrons sur les implications stratégiques et opérationnelles des mouvements de population dans les conclusions du présent rapport.

Le Programme d'éradication de la poliomyélite en Afghanistan continue d'opérer dans des zones de forte insécurité. Un Centre d'opérations d'urgence est désormais bien établi et en charge de l'exécution du programme. Les performances en termes de surveillance et de vaccination s'améliorent, mais des lacunes persistent.

L'amélioration récente de l'accès, particulièrement dans la province de Kunduz, est un point positif, tout comme la baisse du nombre d'enfants inaccessibles, qui est passé de 300 000 à moins de 100 000. La situation sécuritaire demeure fragile et incertaine, et le Programme d'éradication de la poliomyélite en Afghanistan doit pouvoir tirer parti de chaque opportunité d'accès.

Les indicateurs de surveillance pour le pays semblent positifs. Cependant, les bonnes performances dans les zones environnantes risquent de masquer les mauvaises performances au niveau local, notamment dans les provinces de Kandahar, de Jawzjan et du Badakhchan, où les districts « silencieux » sont source d'inquiétude. L'expansion de l'échantillonnage environnemental dans de nouvelles zones, en particulier dans la province de Kunduz, pourrait constituer une nouvelle ressource importante. Toutefois, l'absence continue d'échantillonnage environnemental dans le district de Sheegal et dans la province de Paktika est une caractéristique défavorable du programme de surveillance. Certes, la logistique de l'échantillonnage y est difficile, et cela souligne le besoin d'innovation.

Le tableau général des activités de vaccination en Afghanistan suggère une amélioration progressive et incrémentielle des performances. De même, le Réseau de communication sur la vaccination parvient à atteindre avec efficacité les enfants non vaccinés initialement lors des campagnes, tout particulièrement dans les provinces de Helmand et de Kandahar et à Kaboul.



PAKISTAN ET AFGHANISTAN



Les efforts transfrontaliers constituent depuis toujours la faiblesse du programme. Le CSI a entendu des témoignages selon lesquels cela s'est amélioré, le personnel des deux côtés souhaitant réellement faire fi de cette division. Des mécanismes de collaboration ont été mis en place et fonctionnent. La régularité des réunions de coordination du programme national est encourageante. Les informations circulent entre les équipes. Le moment est venu de tirer parti de cette collégialité et de passer à un système de responsabilité plus robuste, avec des mesures plus claires de la qualité des travaux transfrontaliers.

NIGÉRIA, LAC TCHAD ET PAYS VOISINS

Lors de la dernière réunion du CSI, le Nigéria venait d'être déclaré exempt de poliomyélite et retiré de la liste des pays d'endémie. La survenue de quatre nouveaux cas peu de temps après fut un événement regrettable. Un poliovirus passé inaperçu pendant cinq ans dans l'État de Borno était à l'origine de cette flambée. Le point de vue du CSI est que ni le Programme d'éradication de la poliomyélite au Nigéria ni l'IMEP au sens large n'ont internalisé les enseignements tirés de Borno : il existe des zones d'ombre au Nigéria, dans la région du lac Tchad et ailleurs en Afrique, où le poliovirus peut se cacher et passer inaperçu. Cela constitue une menace majeure pour l'éradication à l'échelle mondiale.

La riposte à la flambée fut forte mais néanmoins limitée en raison de hauts niveaux d'inaccessibilité. L'IMEP a décrit la population comme étant « piégée ». On estime qu'entre trois et cinq millions de personnes sont affectées. L'action militaire a permis de libérer certaines de ces personnes, mais gérer efficacement les problèmes de sécurité et d'accès demeure essentiel au renforcement de la résilience face à la circulation rétablie du poliovirus au Nigéria. Il est nécessaire de trouver de nouvelles approches pour atteindre ces communautés. Une source du CSI a décrit son voyage par route dans une zone d'endémie et a comptabilisé 15 points de contrôle militaires mais aucun centre de vaccination. Le fait de ne pouvoir atteindre près de la moitié de la population de cette région est un obstacle considérable qui empêche de mettre fin à la flambée et de documenter le fait qu'elle a été stoppée.

L'engagement politique actif envers le programme au Nigéria semble s'être quelque peu affaibli au cours des dernières années, en raison peut-être de l'impression que la poliomyélite a disparu. Le CSI a remarqué que, conforté par la disparition du poliovirus depuis un certain temps, le Programme d'éradication de la poliomyélite au Nigéria s'est peut-être trop vite tourné vers une direction de transition, aux dépens d'efforts continus pour assurer le passage réel à une certitude d'éradication. Le dernier rapport du CSI soulignait le besoin d'adopter un esprit de résilience au sein du programme du Nigéria. Le Programme d'éradication de la poliomyélite au Nigéria doit absolument essayer de trouver toute faiblesse restante dans ses défenses qui pourrait permettre le retour de la poliomyélite.

En janvier 2016, le président du Nigéria a accepté de reconstruire une équipe spéciale présidentielle étendue en vue d'inclure 36 gouverneurs d'État. Au départ, l'implication des gouverneurs, et au travers de ceux-ci, des présidents des zones de gouvernement locales, avait été assurée lors d'une réunion avec M. Bill Gates en 2009. Elle avait été consolidée lors des engagements formels d'Abuja pris par les gouverneurs d'État du Nigéria en 2011. En parallèle, la création de subventions pour la direction des efforts d'éradication de la poliomyélite consenties par la Fondation Bill and Melinda Gates à ce moment-là a également renforcé l'engagement politique envers l'éradication de la poliomyélite. Une tentative de dynamisation des engagements d'Abuja a alors eu lieu lorsque le président et les gouverneurs d'État ont fait une autre déclaration publique en janvier 2016. Toutefois, l'équipe spéciale

NIGÉRIA, LAC TCHAD ET PAYS VOISINS

présidentielle pour l'éradication de la poliomyélite ne s'est pas réunie régulièrement depuis cette date.

À première vue, les données de surveillance pour le nord-est du Nigéria au cours de l'année passée semblent très rassurantes. Cependant, la revue documentaire de la surveillance réalisée dernièrement par le Programme d'éradication de la poliomyélite a mis en exergue des problèmes systémiques au sein du système de surveillance national. Une enquête approfondie est nécessaire et, éventuellement, de fortes mesures correctives. Des comportements suspects en matière de signalement suggèrent une falsification des résultats. De même, on rapporte que les responsables de la surveillance dans certains des États du sud n'ont pas été payés. La possibilité

que la surveillance indépendante dans ces régions puisse être falsifiée est une source d'inquiétude permanente. La nature des travaux entrepris pour assurer la vérification indépendante de l'exactitude des données de surveillance n'apparaît pas clairement.

Les inquiétudes concernant la découverte d'un autre poliovirus circulant ne se limitent pas au Nigéria. Le contexte politique et géographique complexe de la région autour du lac Tchad présente d'énormes défis. Les frontières de plusieurs pays se rejoignent à cet endroit, avec des flux de population imprévisibles, des services gouvernementaux restreints et des capacités sanitaires gouvernementales limitées. Ceux qui connaissent bien la région ont fait la remarque suivante : « Il n'y pas vraiment de frontières ». Les îles dans le lac Tchad sont difficiles à atteindre. Le conflit récent au nord du Nigéria entre l'armée nigériane et Boko Haram a engendré un déplacement massif de population. On estime que 2,5 millions de personnes ont quitté leur domicile. Bon nombre d'entre elles ont rejoint des camps provisoires au Nigéria ou au-delà des frontières, au Niger, au Cameroun et au Tchad. Cette crise humanitaire, qui place la région du lac Tchad dans une situation instable, comporte les ingrédients type que sont la violence, la transmission de maladies infectieuses, de mauvaises conditions sanitaires et la sous-nutrition. Elle ajoute une dimension nouvelle aux risques de résurgence de la poliomyélite dans la région. Le Programme d'éradication de la poliomyélite ne dispose pas d'informations suffisantes sur les événements en cours. Bien que des activités de vaccination aient eu lieu dans tous





NIGÉRIA, LAC TCHAD ET PAYS VOISINS



les pays voisins du Nigéria suite à la récente flambée, il convient de jeter un regard nouveau sur la situation. On a déjà fait état d'une baisse de la surveillance dans d'autres régions d'Afrique en raison du processus de transition. Cela peut être justifié si la surveillance est de bonne qualité, ce qui n'est bien souvent pas le cas.

Le degré de risque et d'importance doit être ressenti aux plus hauts niveaux du gouvernement dans les pays voisins, et le programme doit prendre des mesures exceptionnelles pour s'assurer que cela se produise, notamment par le biais de la représentation de haut niveau auprès des chefs d'État et au travers de l'Union africaine.

À ce stade, le CSI estime que les enseignements plus généraux tirés de la flambée dans l'État de Borno n'ont pas été suffisamment internalisés par le Programme d'éradication de la poliomyélite, que ce soit dans le pays ou à l'échelle de la direction de l'IMEP.

APERÇU

En 2017 (au 31 mai 2017), on recensait cinq cas de poliovirus sauvage. En comparaison aux 16 cas à la même date en 2016, on atteint une fois de plus le chiffre le plus faible depuis le début de la tenue de registres. Cela fait plus de 60 jours que le dernier cas de poliomyélite paralytique causé par un poliovirus sauvage a été signalé à l'échelle mondiale, et ceci est aussi une première pour l'IMEP. De même, la diversité génétique des poliovirus testés a atteint un plancher historique. Cela laisse à penser que l'on s'oriente vers une extinction de l'espèce.

Ce sont là des points positifs, mais ceux-ci ne suffisent pas pour permettre au CSI et au Programme d'éradication de la poliomyélite d'être sûrs que la dernière transmission du poliovirus au monde aura lieu en 2017. Comme nous l'avons expliqué auparavant dans le présent rapport, il s'agit là de la date « pessimiste » d'éradication, mais elle semble à présent optimiste. Des efforts supplémentaires sont nécessaires. Le Pakistan et l'Afghanistan devront remédier aux imperfections qui demeurent au sein de leur programme s'ils veulent développer leur résilience, et ce, même après le dernier cas apparent dans ces pays. Il convient de tenir compte des enseignements tirés du Nigéria si l'on veut éviter le ballet incessant entre le statut de pays endémique et non endémique.

L'équilibre entre optimisme et réalisme

Le nombre de cas de poliomyélite confirmés est une approximation du nombre réel d'infections par le poliovirus sauvage. En théorie, chaque cas symptomatique de

poliomyélite s'accompagne de 200 infections. Selon le raisonnement actuel, dans un contexte de taux de vaccination élevés, ce chiffre pourrait être de 1 000, voire plus. Il importe que cela soit intégré dans la réflexion des responsables du Programme d'éradication de la poliomyélite et largement utilisé dans les communications avec les chefs d'équipe et le personnel au niveau opérationnel. La différence entre les infections identifiées et les infections cachées n'est pas une distinction ésotérique. Elle est d'une importance essentielle pour l'éradication de la maladie. On considère parfois les échantillons positifs comme n'étant « pas la vraie poliomyélite » ou reflétant la circulation dans l'environnement, plutôt qu'un signe de transmission continue entre les personnes, toutefois sans paralysie.

Au cours des deux dernières années, les communications de l'IMEP n'ont cessé de mettre l'accent sur « le nombre de cas le plus bas de toute l'histoire ». On risque ainsi de répandre l'idée que ces faibles chiffres sont tout ce qu'il reste de la poliomyélite. Par exemple, les efforts et l'engagement nécessaires pour terminer le travail en mettant fin à la circulation du virus associée aux 37 cas de poliomyélite paralytique en 2016 sont très différents de ceux nécessaires pour stopper 37 000 infections. La multiplication du nombre de cas détectés par 1 000 est un moyen bien plus réaliste de présenter les programmes et les plans. C'est là l'esprit et le ton qui devraient animer les travaux du Programme d'éradication de la poliomyélite durant le reste de l'année.

ENFANTS NON VACCINÉS AU SEIN DES POPULATIONS MOBILES

Le Programme d'éradication de la poliomyélite au Pakistan fait ce qu'il est censé faire : atteindre un grand nombre d'enfants manqués, combler les lacunes au niveau des communautés et renforcer les systèmes de surveillance. Il enregistre des performances quasi parfaites. Mais il reste à faire. Un grand pas de plus est nécessaire pour parvenir à une réelle interruption de la transmission de la poliomyélite. Il est essentiel que l'engagement des responsables du gouvernement national et provincial et des responsables de districts demeure à son niveau actuel : très énergique, extrêmement focalisé et sans compromis vis-à-vis de ses objectifs. Au Pakistan, la victoire est à portée de main.

Le nombre d'enfants qui ont manqué les campagnes de vaccination demeure trop élevé. S'il est à l'origine d'une nouvelle transmission, il pourrait engendrer une regrettable flambée sur le chemin de l'éradication. Le plus gros problème auquel se heurte le Programme d'éradication de la poliomyélite au Pakistan et en Afghanistan est de savoir comment atteindre efficacement les nombreux enfants qui se déplacent avec leur famille.

La solution à ce problème comporte plusieurs facettes. Premièrement, il existe un important groupe d'enfants provisoirement absents de leur domicile lorsque l'équipe de vaccination leur rend visite. Il se peut qu'ils soient à l'école ou partis pour quelques jours ou semaines, par exemple pour assister à un mariage dans un sous-district ou dans le district. Les visites de suivi ne permettent pas encore de retrouver un nombre suffisant de ces enfants. Il est essentiel de pouvoir accéder à de bonnes connaissances



locales pour faire en sorte qu'une visite corresponde exactement au retour de l'enfant chez lui. Cette granularité des informations et cette compréhension sont essentielles. Cela nécessite d'impliquer les autochtones, d'adopter une approche renforcée de la microplanification et de prendre des dispositions flexibles pour les visites. Les meilleures équipes procèdent déjà ainsi, mais cette bonne pratique n'est pas systématiquement appliquée partout et n'est pas suffisamment visible au sein du Programme d'éradication de la poliomyélite. Elle doit être clairement énoncée et toutes les équipes doivent procéder ainsi.

Deuxièmement, il existe des groupes nomades connus. Il est essentiel que le Programme d'éradication de la poliomyélite continue de les atteindre. Certaines de leurs habitudes



ENFANTS NON VACCINÉS AU SEIN DES POPULATIONS MOBILES



migratoires sont constantes mais pas entièrement prévisibles. L'utilisation de camps de santé, qui fournissent toute une gamme de services de santé publique, s'est avérée être un moyen efficace d'impliquer des personnes. Il importe de développer cette approche.

Troisièmement, le problème le plus épineux est de savoir comment atteindre les enfants mobiles beaucoup plus nombreux qui ne font pas partie de communautés nomades. Le Programme d'éradication de la poliomyélite utilise pour ces enfants l'appellation « invités ». Cela signifie qu'ils voyagent avec leur famille régulièrement d'un logement à un autre, et séjournent avec de la famille ou des amis pour des durées variables. Ils représentent 90 % de ce que le Programme d'éradication de la poliomyélite a désigné comme les « populations d'enfants mobiles à haut risque ». Pour l'essentiel, leur forme d'habitat est distribuée. Ils parcourent de longues distances entre différentes bases. Il existe bien souvent des liens sociaux complexes entre les sous-populations, de sorte que les enfants non vaccinés peuvent se regrouper au sein d'une zone à forte densité de population. Les enfants les plus démunis appartiennent à ces populations mobiles. Le risque d'une propagation du poliovirus est élevé.

Une avancée majeure est nécessaire pour résoudre le problème que présente la mobilité massive de population pour le Programme d'éradication de la poliomyélite. Bien sûr, une partie de la solution est la pratique de longue date qui consiste à vacciner les enfants aux points de transit et aux postes frontaliers. Cela est tout

particulièrement important là où transite un nombre important de personnes. Toutefois, cette approche, bien que nécessaire et importante, n'est pas suffisante pour apporter des changements transformateurs majeurs. Elle ne permettra pas de vacciner des centaines de milliers d'enfants suffisamment de fois pour maintenir des niveaux d'immunité appropriés.

Les équipes les plus performantes innovent en « recadrant » la question de savoir comment atteindre les enfants dans les familles mobiles. Plutôt que de se concentrer sur l'identification des enfants durant leurs déplacements, l'interrogation porte sur la manière d'organiser la vaccination pour atteindre les enfants à leur point de départ et leur point d'arrivée, même si cette « arrivée » n'est qu'un séjour de quelques jours chez un proche. Ce n'est pas chose facile. Une approche différente et beaucoup plus souple du processus de microplanification, des activités de vaccination et de la direction d'équipe est nécessaire. En bref, les actions personnalisées pour atteindre une population vaste et très mobile d'enfants qui se déplacent avec leur famille à travers le Pakistan et entrent en Afghanistan pour revenir ensuite au Pakistan doivent être entièrement intégrées à tous les aspects de l'exécution du Programme d'éradication de la poliomyélite au niveau local. Pour cela, il faut aussi avoir accès à des connaissances locales détaillées, des renseignements non confirmés, des données sociales approfondies et le soutien des communautés. Si les données nécessaires ne sont pas disponibles, il faut alors les collecter. Si personne n'est disponible pour produire des analyses claires et ciblées des données, les programmes



ENFANTS NON VACCINÉS AU SEIN DES POPULATIONS MOBILES



nationaux doivent alors obtenir l'aide de l'IMEP à l'échelle mondiale pour développer leurs capacités d'analyse. Cela passe par la recherche de solutions nouvelles et créatives, conçues par les autochtones, solutions appelées « micro innovations ». Cette approche fondamentalement différente a été adoptée dans certains endroits, mais elle doit être stratégiquement déployée par la direction de l'IMEP. La règle d'or est que chaque enfant devrait figurer dans le microplan de quelqu'un. Afin que ces programmes puissent atteindre les communautés nomades, il est essentiel, dès lors que cela est possible, d'impliquer les dirigeants de la communauté et les personnalités et organisations influentes dans les efforts de vaccination.

EXÉCUTION DU PROGRAMME EN AFGHANISTAN

Le CSI a passé en revue les informations recueillies par le Programme d'éradication de la poliomyélite à partir des cas récents de poliomyélite paralytique et des échantillons environnementaux positifs. Cette démarche avait pour objectif de tirer parti de la granularité des conclusions sur la nature systémique des problèmes opérationnels. L'investigation sur de tels événements semble être très complète et détaillée. Les documents produits sont très complets et comportent bien souvent jusqu'à 30 pages. Cependant, les faiblesses de performance du programme mises au jour par les enquêtes menées sur les cas semblent très frappantes. Elles révèlent des situations où les éléments fondamentaux ne sont pas exécutés de manière adéquate

Un cas de poliomyélite paralytique dans la province de Paktika, au sud-est de l'Afghanistan, illustre ces points plus importants. Entre autres, le rapport d'une enquête menée sur ce cas et supervisée par l'équipe nationale de riposte rapide formulait les jugements suivants :

L'enfant n'avait reçu aucune dose de vaccin antipoliomyélitique oral, que ce soit lors de la vaccination systématique ou de campagnes de vaccination.

- Le mécanisme de coordination entre l'équipe dédiée à la poliomyélite, les partenaires et les ONG pour la gestion des campagnes et la vaccination systématique était insuffisant.
- L'ONG chargée de mettre en place la série de services de santé de base (Basic Package of Health Services) n'était pas entièrement impliquée dans le programme.



EXÉCUTION DU PROGRAMME EN AFGHANISTAN

- Il n'existait aucune preuve d'une coordination de pré-campagne à l'échelle de la province.
- La qualité des visites PFA n'était pas « à la hauteur ».
- Un camp accueillant les populations déplacées n'avait pas été inclus dans le microplan et avait été ignoré pendant deux ans.
- Il y a ceux qui disent que les cas, examinés de manière aussi détaillée, exposent inévitablement de tels résultats. Toutefois, ce point de vue banalise les faiblesses de performance mises en exergue.

Dans son dernier rapport, le CSI a recommandé le renforcement du rôle des ONG dans l'éradication de la poliomyélite en Afghanistan. Nous sommes revenus sur ce point lors de notre dernière réunion qui regroupait l'IMEP, les bailleurs de fonds, les partenaires élargis et le ministre de la Santé afghan. Nous avons été confrontés à un certain niveau de « résistance » de la part du Programme d'éradication de la poliomyélite en Afghanistan, qui est très clairement d'avis qu'aucune action supplémentaire n'est requise. Cependant, quasiment tous les services de soins de santé primaires en Afghanistan, notamment la vaccination systématique, sont fournis par une ONG désignée, généralement une ONG locale, pour chaque province. En vue de fournir ces services, des fonds provenant de divers bailleurs de fonds leur sont fournis par l'intermédiaire de la Banque Mondiale. Les ONG ne sont pas fortement impliquées dans le Programme d'éradication

de la poliomyélite du pays. Pour l'essentiel, ce sont l'OMS et l'UNICEF qui s'en chargent, au travers d'un programme vertical parallèle. Le CSI est toujours d'avis que les ONG basées en Afghanistan pourraient s'impliquer davantage dans la microplanification et les campagnes de vaccination. Afin de mieux les intégrer au Programme d'éradication de la poliomyélite, et outre la présence de représentants d'ONG dans les Centres d'opérations d'urgence nationaux et provinciaux, il serait bon de désigner un coordinateur d'ONG à plein-temps pour l'éradication de la poliomyélite en Afghanistan. En outre, la politique d'élargissement du rôle des vaccinatrices étant une telle réussite au Pakistan, le CSI est déçu de constater que le Programme d'éradication de la poliomyélite en Afghanistan n'a fait aucun progrès dans ce domaine. De même, le CSI continue de s'inquiéter du manque de données sur les performances dans les régions contrôlées par des entités non gouvernementales.



DYNAMISER LA VACCINATION SYSTÉMATIQUE

Faible niveau de vaccination systématique dans les réservoirs du poliovirus au Pakistan et en Afghanistan

Un observateur aguerri des services de santé publique au Pakistan a fait la remarque suivante au CSI : « Si le pays disposait d'un programme de vaccination systématique relativement compétent dans ses réservoirs, la poliomyélite aurait disparu depuis longtemps. »

Le fait est que, malgré certaines améliorations récentes, les zones clés du Pakistan enregistrent les plus mauvais niveaux de couverture de vaccination systématique au monde. La plupart des termes transformés en acronymes et utilisés par le personnel du Programme d'éradication de la poliomyélite et par le secteur de la santé publique au sens large sont rarement prononcés dans leur intégralité. Prenons l'exemple de l'acronyme AVS (« SIA » en anglais). Il signifie : « Activités de vaccination supplémentaires » (en anglais, « Supplementary immunisation activities »). Il s'agit là du pilier du Programme d'éradication de la poliomyélite. Les AVS coûtent des centaines de millions de dollars par an. Plus personne ne réfléchit à la signification de ces mots. Pourtant, le mot « supplémentaire » est là pour une raison. Il est censé rappeler que ces activités de vaccination viennent s'ajouter à la vaccination systématique. Cette dernière devrait être le moyen de renforcer l'immunité centrale d'une population dans le temps. Les AVS sont censées combler les lacunes que la vaccination systématique n'est pas parvenue à combler.

En réalité, dans les zones clés du monde affectées par la poliomyélite, les lacunes sont devenues des gouffres et la logique de base a été oubliée. En effet, on a mis « la charrue » qu'est la vaccination supplémentaire avant « les bœufs », à savoir la vaccination systématique.

Cette question ne concerne pas seulement la planification de la transition. Un coup de pouce fort et immédiat pour renforcer la vaccination systématique dans les réservoirs du poliovirus pourrait être le coup de grâce pour le poliovirus.



FINIES LES SURPRISES

La compétence du Programme en matière de surveillance

La qualité du système de surveillance dans certaines régions des trois pays d'endémie n'est pas systématiquement suffisante pour être sûr que chaque virus est détecté. La présence d'un poliovirus passé inaperçu durant cinq ans dans l'État de Borno, au nord du Nigéria, illustre parfaitement ce point. En effet, elle a eu pour effet de confisquer au Nigéria son tout nouveau statut de pays non endémique et de refroidir les gros titres jubilatoires dans les médias d'une Afrique sans poliomyélite.

Bien que les indicateurs disponibles dépeignent un système de surveillance de la poliomyélite robuste et sensible au Nigéria, ces données pourraient être trompeuses. Dans l'État de Borno, la répartition incorrecte du signalement géographique des cas de paralysie flasque aiguë (PFA) a masqué un suivi médiocre de la part des zones inaccessibles. Elle a masqué les lacunes de surveillance de la poliomyélite dans la majeure partie de l'État. Le programme au Nigéria est censé recueillir des échantillons de selles pour tous les cas de PFA dans un délai de 14 jours et ne signale quasiment jamais de cas pour lequel un échantillon de selles fait défaut (0,07 % en 2016). Ce haut niveau de performance a été observé durant plusieurs années dans la majorité des zones de gouvernement local. Cette tendance est sans précédent dans la surveillance de la poliomyélite à l'échelle mondiale, et il est peu probable qu'un système quel qu'il soit puisse tenir ce cap

sur une longue période. Combinés aux récentes revues documentaires de la surveillance sur le terrain qui ont mis au jour des dates d'apparition de la paralysie erronées pour certains cas de PFA, ces schémas de données révèlent l'existence de problèmes systémiques de qualité des données au Nigéria. Ainsi, même si le Nigéria dispose d'une vaste infrastructure de surveillance de la PFA et compte le plus grand nombre de signalements de PFA parmi les pays d'endémie, on doit s'inquiéter de la sensibilité et de la validité de la surveillance dans le pays.

Le Nigéria a mis en place un système de vérification des cas en 2015 et, en 2016, plus de 16 800 cas de PFA ont été vérifiés. Malgré le coût élevé de ce système, les données de vérification des cas sont de mauvaise qualité et ne sont pas pleinement utilisées. En outre, ces données n'ont pas permis de signaler les incohérences et la manipulation potentielle des données de PFA identifiées dans les récents examens des données.

Bien qu'il soit probable que les cas soient rapidement détectés dans la plupart des régions du Nigéria autres que l'État de Borno, le CSI n'a pas entièrement confiance dans l'actuel système de surveillance au Nigéria. Il est essentiel et urgent de tenir le personnel chargé de la surveillance responsable de ses actes.

Le poliovirus dans l'État de Borno n'était pas la seule mauvaise surprise pour le Programme d'éradication de la poliomyélite. Plus tôt, en mars et avril 2016, trois cas

FINIES LES SURPRISES

de poliomyélite paralytique sont survenus dans la région de Bannu au Pakistan. Les cas se sont déclarés sur une courte période et correspondaient à de multiples lignées génétiques, laissant entrevoir une sérieuse lacune en matière d'immunité. On retient avant tout de cet événement qu'il était pour une large part inattendu. Cependant, l'enquête menée sur ces cas a montré que cela n'aurait pas dû être une surprise, et ce, pour plusieurs raisons.

Au cours des six derniers mois, le CSI a vu les personnes impliquées dans le Programme d'éradication de la poliomyélite se poser la question suivante : « Pourrait-il y avoir un autre Borno ? » et « Pourrait-il y avoir un autre Bannu ? ». Ce sont là les questions que le Programme d'éradication de la poliomyélite devrait se poser. Toutefois, rien ne dit que cet état d'esprit « en amont » est généralisé. Pourtant, il devrait l'être. Il sera impossible d'avancer vers l'éradication à moins que le Programme d'éradication de la poliomyélite n'internalise les enseignements tirés de Borno et de Bannu. Cela passe par une utilisation optimale des données disponibles, pour poser des questions pénétrantes et autocritiques. Le fait qu'il soit si difficile d'améliorer le statut de « parent pauvre » de la surveillance par rapport aux activités de vaccination, alors que le monde entier dépendra de sa véracité dans les années précédant la certification, est paradoxal. Cela est étroitement lié à la nécessité d'une évaluation rigoureuse avant de déclarer les flambées de transmission de la poliomyélite comme terminées. Une leçon importante à retenir de la flambée dans l'État de Borno est qu'on ne peut déclarer une zone comme exempte de poliomyélite si l'on ne peut y accéder.

La surveillance de la PFA s'est améliorée dans toutes les provinces du Pakistan. Toutefois, des poches de mauvaises performances subsistent. La surveillance environnementale a permis de détecter la transmission du poliovirus sauvage en l'absence de cas d'infection par la PFA, en particulier au Pendjab. Le Pakistan doit encore améliorer la surveillance de la PFA dans et aux alentours des poches connues de transmission du poliovirus sauvage dans les districts ne figurant pas dans le groupe hautement prioritaire. En Afghanistan, la surveillance de la PFA s'est améliorée au cours des deux dernières années. L'adéquation des échantillons de selles, à des fins de surveillance, est élevée et est désormais meilleure dans la région du sud.

L'isolation du poliovirus sauvage entre la surveillance environnementale et la surveillance de la PFA est bien corroborée. Cependant, de nombreux districts en Afghanistan comptent une faible population (398 districts comptent en moyenne 51 000 enfants de moins de 15 ans). Par nature, on attend dans ces districts un faible nombre de cas de PFA non poliomyélitiques. Ainsi, savoir dans quelle mesure le système fonctionne correctement prend du temps. De même, de nombreux districts à travers le pays présentent différents degrés d'inaccessibilité, de telle sorte que des approches particulières de la détection de cas sont nécessaires.

Toutefois, la transmission du poliovirus chevauchant la frontière entre l'Afghanistan et le Pakistan, il est très probable que la surveillance de la PFA y est médiocre, malgré les indicateurs de performance globalement élevés dans ce domaine.

FINIES LES SURPRISES

Les conclusions des revues documentaires de la surveillance au Nigéria, au Pakistan et en Afghanistan soulignent le besoin d'une amélioration systématique de la surveillance de la PFA. Les écarts nationaux et sous-nationaux en matière de surveillance de la poliomyélite doivent être comblés en vue de se préparer pour la certification d'exemption de poliomyélite. Le besoin d'une amélioration systématique de la surveillance de la PFA va bien au-delà des trois pays d'endémie. Les zones dangereuses et inaccessibles limitent l'exhaustivité des systèmes de surveillance ; les sous-populations susceptibles de soutenir la transmission peuvent ne pas être prises en compte dans les systèmes de surveillance ; les indicateurs nationaux peuvent masquer de mauvaises performances au niveau sous-national ; et les indicateurs de la surveillance de la PFA peuvent faire l'objet de manipulation.

Faiblesses de la résilience au Nigéria et dans les pays voisins

Le CSI s'inquiète de la situation au Nigéria, et ce, à plusieurs égards. Premièrement, ce programme généralement robuste ne semble pas comprendre pleinement le statut des populations importantes dans les zones inaccessibles au nord du pays. On ignore la taille de la population qui demeure « piégée » en raison de l'insécurité, malgré une intervention militaire pour libérer les communautés. De même, les conditions sanitaires dans certains des camps accueillant les personnes déplacées sont, selon les sources du CSI, déplorables. Personne ne sait avec certitude ce

qu'il se passe dans cette région. Il est tout à fait possible que le poliovirus y soit présent et qu'il circule dans les camps ou au sein des populations qui demeurent piégées. Il est également nécessaire d'accorder une importance particulière aux 15 zones de gouvernement local à haut risque autour de l'État de Borno.

Deuxièmement, l'équipe spéciale présidentielle s'est réunie une fois seulement depuis 2015, à l'approche de la réunion du CSI en avril 2017, avec le vice-président et le président. Malgré de nombreuses déclarations d'engagement, le CSI s'inquiète du fait que le niveau d'engagement et d'alignement politiques actifs au niveau fédéral, des États et local n'est pas proportionnel aux risques permanents de résurgence de la poliomyélite dans le pays. En outre, une élection aura lieu en 2019. Dans le passé, les élections au Nigéria se sont avérées perturbatrices pour les travaux d'éradication de la poliomyélite.

Troisièmement, dans certaines régions du sud du pays, il semblerait que les responsables de la surveillance n'ont pas été payés. Cela signifie qu'on ne peut compter sur les données de surveillance provenant de ces régions. Cela sous-entend aussi que l'importance de la surveillance n'est pas reconnue par les plus hautes instances du pays.

Quatrièmement, la présence du poliovirus circulant dans l'État de Borno signifie qu'une nouvelle flambée pourrait survenir dans la région du lac Tchad ou dans tout pays voisin, à tout moment. Les autres pays ne sont pas aussi bien préparés que le Nigéria pour faire face à une



FINIES LES SURPRISES



circulation rétablie. Il se peut qu'une riposte généralisée d'une telle qualité ne soit pas possible.

Cinquièmement, les implications de l'État de Borno pour les autres régions d'Afrique, notamment en République démocratique du Congo, ne semblent pas avoir été totalement comprises. Selon certaines rumeurs, les efforts de surveillance dans les zones d'accessibilité limitée sont réduits plutôt que renforcés.

Le CSI est très inquiet du fait qu'il n'y a eu aucune action précoce de haut niveau pour impliquer les chefs d'État dans la région en vue de leur signifier le degré de médiocrité de l'accès et des performances, et de les avertir du grave danger de réintroduction de la poliomyélite dans leur pays. L'importance de leur impact décisionnel aurait dû leur être expliquée. Il semblerait que cela ait lieu un peu tardivement. Toutefois, le CSI a été informé à l'occasion de sa réunion qu'une lettre avait été rédigée à l'OMS mais qu'elle « n'avait jamais vu le jour ».

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Le Programme d'éradication de la poliomyélite a atteint un niveau de performance qui laisse entrevoir un certain optimisme quant à l'interruption permanente de la transmission du poliovirus à l'échelle mondiale en 2017. Le Nigéria dispose d'un programme robuste, qui fut le premier à utiliser un Centre d'opérations d'urgence pour intégrer toute une gamme de partenaires en vue de stimuler les performances. Le Pakistan a bénéficié d'une direction exceptionnelle partagée par le Ministre de la Santé et le représentant du Premier Ministre pour l'éradication de la poliomyélite. La transformation du Programme d'éradication de la poliomyélite dans ce pays, programme qui fut jugé désastreux dans un précédent rapport du CSI, est assez remarquable. Le Programme en Afghanistan a débouché sur des résultats positifs malgré les sérieux problèmes d'accès dus au conflit.

Tout ceci mérite des éloges. Cependant, le Programme d'éradication de la poliomyélite dans les trois pays d'endémie et à travers le monde n'est pas encore arrivé à ses fins. L'optimisme doit être tempéré par le réalisme concernant les risques et les défis encore présents. Le Programme pourra seulement réussir si l'on trouve le bon équilibre.

Si on lit correctement la narration et l'analyse statistique du présent rapport, cinq grandes priorités d'action sautent aux yeux :

- Il convient de trouver une solution innovante et transformatrice pour vacciner le grand nombre d'« enfants invités » présents dans la vaste population

mobile à haut risque du Pakistan. L'approche actuelle ne permettra pas de réduire le nombre d'« enfants non vaccinés » de centaines de milliers à des centaines en moins de six mois.

- Un redressement spectaculaire et immédiat du faible taux de couverture de la vaccination systématique dans les réservoirs du poliovirus au Pakistan et en Afghanistan est nécessaire. La position actuelle entache le record du Programme en matière de performances améliorées.
- Le Programme au Nigéria n'a pas encore compris qu'il doit devenir un exemple de gestion en tant qu'entreprise hautement résiliente ; tous ses efforts doivent porter sur le renforcement des défenses contre toute flambée du poliovirus.
- Toute la région du nord du Nigéria, du lac Tchad et des pays voisins est devenue une zone rouge où le risque de résurgence du poliovirus circulant est élevé ; les dirigeants politiques au plus haut niveau devraient être en état d'alerte maximale et totalement impliqués.
- La qualité et l'intégrité des données de surveillance au sein du Programme d'éradication de la poliomyélite, en particulier au nord du Nigéria et dans d'autres régions d'Afrique qui sont susceptibles d'abriter une autre flambée regrettable et passée inaperçue depuis longtemps, ne sont pas à la hauteur. Cela compromet la capacité du Programme d'éradication de la poliomyélite de s'assurer que la transmission est terminée.

CONCLUSIONS AND RECOMMEN- DATIONS

Ce sont là des problèmes majeurs qui menacent le succès du processus d'éradication de la poliomyélite. Ce sont des problèmes qui attendent une solution. Les méthodes testées et éprouvées actuellement utilisées demeurent nécessaires, mais il nous faut encore trouver des solutions vectrices de transformation pour résoudre ces problèmes.

Remarque concernant les recommandations du CSI

Ceci est le 14e rapport du CSI. L'expérience montre que la valeur apportée par le CSI au programme couvre différents niveaux, et qu'elle n'émane pas seulement des recommandations. Elle provient notamment des responsables nationaux et de ceux du programme lorsqu'ils se préparent pour les réunions du CSI et qu'ils rendent publiquement compte de leurs performances et de leurs actes ; d'une attention accrue portée sur un problème particulièrement important, en conséquence des observations du CSI ; de la diffusion de bonnes pratiques entre les programmes des différents pays en conséquence des analyses (et autres) du CSI ; et de la stimulation de la pensée créative et de solutions innovantes. Ainsi, les recommandations constituent seulement une partie du processus du CSI, et doivent être envisagées parallèlement à la réunion et au rapport, et non pas de manière isolée.

Par le passé, la majorité des recommandations du CSI ont été acceptées et suivies de façon efficace. Toutefois, le Programme d'éradication de la poliomyélite a parfois, par manque de réflexion, laissé en suspens le problème sous-jacent conduisant à une recommandation. Chaque

recommandation dans le présent rapport y figure pour une bonne raison. Si elle ne met pas le doigt sur le problème ou qu'elle est d'une quelconque manière problématique, il convient de ne pas la rejeter entièrement. Il est impératif de comprendre l'esprit et l'intention de cette recommandation, par le biais de discussions supplémentaires avec le CSI si nécessaire, et d'y donner suite. Le rapport décrit une série de problèmes complexes, pour lesquels il n'existe aucune solution simple. Le CSI recommande des mesures importantes qui seront utiles. Toutefois, nous invitons l'IMEP et les programmes des pays à sortir des sentiers battus, à proposer des idées efficaces, et à faire preuve de créativité et d'ingéniosité.

Recommandations

1. La qualité, la fiabilité, la capacité et l'authenticité des données de surveillance dans diverses régions au sein du Programme d'éradication de la poliomyélite soulèvent des inquiétudes.

NOUS RECOMMANDONS à l'IMEP de réexaminer les revues documentaires de la surveillance qu'il réalise actuellement afin de s'assurer qu'elles s'attaquent aux points suivants : mesure afin d'identifier et de combler les lacunes de surveillance au niveau national et sous-national ; plans pour les initiatives de détection des cas spéciaux dans toutes les régions inaccessibles ; identification rapide et précise des régions (nationales et sous-nationales) où la qualité des données est faible ; mesures claires pour

CONCLUSIONS AND RECOMMEN- DATIONS

identifier et résoudre le problème de manipulation des données. Un rapport consolidé passant en revue la surveillance doit être publié de toute urgence. Cela permettra de renforcer la transparence des problèmes et permettra à l'IMEP d'améliorer rapidement la surveillance dans les zones d'ombre, notamment en mobilisant directement les chefs d'État. Le CSI exigera la présentation d'un rapport spécial consacré à la surveillance de la poliomyélite lors de sa prochaine réunion.

2. Le nombre d'enfants « non disponibles » pour se faire vacciner au Pakistan car ils se trouvent ailleurs dans un sous-district ou dans le district est trop élevé.

NOUS RECOMMANDONS au Programme d'éradication de la poliomyélite au Pakistan de modifier et d'améliorer de toute urgence sa microplanification locale, ainsi que ses méthodes de recueil de connaissances locales hautement granulaires sur les déplacements individuels des enfants. Il convient également de tirer parti de l'expérience des équipes locales les plus performantes. Ces mesures devraient permettre de créer un modèle de bonne pratique pour faire coïncider les visites des vaccinateurs avec le retour à la maison des enfants qui se trouvaient ailleurs, dans les environs ou dans le district.

3. Le nombre d'« enfants invités » qui se déplacent régulièrement avec leur famille d'un endroit à l'autre au Pakistan et en Afghanistan est énorme. Ceux d'entre eux qui, même après des opérations de vaccination supplémentaires, n'ont pas reçu le vaccin antipoliomyélitique se comptent en centaines de milliers.

NOUS RECOMMANDONS un changement radical dans l'approche adoptée pour cette population en vue de mettre davantage l'accent sur l'identification et la vaccination de ces enfants-là où ils résident, quelle que soit la durée de leur séjour. Pour s'attaquer à ce problème, les programmes au Pakistan et en Afghanistan doivent mettre en place une nouvelle stratégie fondée sur l'intégration des populations mobiles dans le processus tout entier de microplanification et de gestion de programme locale et sur la mobilisation des dirigeants dans les efforts de vaccination.

4. L'ensemble des sources de données disponibles montre que les taux de vaccination dans les régions vulnérables du Pakistan et de l'Afghanistan sont très faibles, malgré d'importants investissements par l'alliance GAVI et d'autres groupes.

NOUS RECOMMANDONS la création d'un groupe de travail spécial pour opérer une transformation majeure des performances au cours des six prochains mois.

CONCLUSIONS AND RECOMMEN- DATIONS

5. Les ONG doivent davantage s'impliquer dans le Programme d'éradication de la poliomyélite en Afghanistan. Pour l'essentiel, ce sont l'OMS et l'UNICEF qui s'en chargent, au travers d'un programme vertical parallèle. Les ONG basées en Afghanistan pourraient être plus impliquées dans la microplanification et les campagnes de vaccination.

NOUS RECOMMANDONS la création d'un poste de Coordinateur des ONG pour la poliomyélite en Afghanistan.

6. Le conflit au nord du Nigéria engendre le déplacement massif de population vers des camps provisoires au Nigéria et au-delà des frontières, au Niger, au Cameroun et au Tchad. L'inaccessibilité qui persiste dans l'État de Borno, et une résilience à la poliomyélite très insuffisante dans les zones et pays en grande partie sans frontières autour du Nigéria, engendrent une situation dangereuse qui pourrait facilement masquer des poliovirus dont le Programme d'éradication de la poliomyélite ignore l'existence.

NOUS RECOMMANDONS à la direction mondiale de l'IMEP d'impliquer fortement les chefs d'État de ces pays en vue de convenir d'un plan d'action stratégique coordonné.

7. L'équipe spéciale présidentielle pour l'éradication de la poliomyélite au Nigéria s'est peu réunie durant les dernières années. Une direction et une coordination politique forte sont essentielles si le Nigéria souhaite recouvrer son statut de pays non endémique avant les deux autres pays d'endémie.

NOUS RECOMMANDONS à l'équipe spéciale présidentielle de se réunir régulièrement, sous la présidence du vice-président du Nigéria lorsque le président n'est pas disponible.

8. La détermination de la date de fin d'une flambée de poliovirus a actuellement lieu au sein du Programme d'éradication de la poliomyélite. Alors que la perspective d'interruption de la transmission à l'échelle mondiale approche, la validité des jugements concernant les risques de circulation permanente du poliovirus devient essentielle.

NOUS RECOMMANDONS aux Comités de certification régionale de dorénavant déclarer officiellement comme dûment effectuées les mesures prises suite à une flambée.

CONCLUSIONS AND RECOMMEN- DATIONS

9. Dans bon nombre de nos précédents rapports, nous avons insisté sur l'importance des données sociales. Leur utilisation est essentielle pour permettre une pleine compréhension des causes profondes des problèmes et un ciblage des mesures efficaces là où le comportement et les attitudes des personnes et des communautés sont cruciales pour l'exécution réussie d'un programme. Nous avons noté une utilisation sensiblement réduite des données sociales dans les discussions entre le CSI et l'IMEP.

NOUS RECOMMANDONS un examen officiel de l'utilisation des données sociales au sein du Programme d'éradication de la poliomyélite et la formulation et l'utilisation systématique d'une nouvelle directive en vue d'optimiser leur valeur.

10. Un moyen permettant de multiplier les opportunités régulières afin que les groupes de personnes puissent innover dans les domaines des processus, de la gestion, de la communication et de la technologie a toujours fait défaut au Programme d'éradication de la poliomyélite.

NOUS RECOMMANDONS l'établissement d'un système de pôles d'innovation au Pakistan et en Afghanistan. Ceux-ci devront demander leur avis aux populations locales, aux personnes n'appartenant pas au secteur de la santé publique et aux jeunes qui ne sont pas habitués à travailler au sein de structures organisationnelles officielles. Ils devraient tout d'abord s'orienter vers la recherche de solutions innovantes aux problèmes décrits dans le présent rapport.

Selon une source du CSI, un travailleur de première ligne très dévoué œuvrant dans l'un des pays d'endémie, a déclaré : « Mon travail est de m'assurer que tant que le soleil brillera et tant que les rivières couleront, le poliovirus ne paralysera aucun autre enfant. » Nous n'aurions pas pu mieux dire. La chasse au dernier virus doit être sans relâche.

APERÇU DES DONNÉES

Le poliovirus est présent dans les principaux réservoirs

Région	Cas de poliovirus sauvage			Échantillons environnementaux de PVS		
	Basse saison 2016	Haute saison 2016	Basse saison 2017	Basse saison 2016	Haute saison 2016	Basse saison 2017
Couloir Kandahar & Helmand - Quetta	4	0	3	3	20	21
Couloir Nangarhar & Jalalabad - Vallée de Peshawar	3	0	0	5	5	7
Couloir Paktika - Sud - Waziristan	0	9	0	0	0	0
Karachi	1	0	0	8	1	11
Nord du Sindh	3	0	0	5	1	1
Autre	10	6	3	6	8	8
Total	21	15	6	27	35	48

La haute saison va de mai à septembre, la basse saison d'octobre à avril.

Source : Organisation mondiale de la Santé

Enfants inaccessibles

Area	Basse saison 2016	Haute saison 2016	Basse saison 2017
Kandahar & Helmand to Quetta corridor	14592	32945	33001
Nangarhar & Jalalabad to Peshawar Valley corridor	28543	21422	13343
Paktika to South Waziristan Corridor	6500	18827	29051
Karachi	0	0	0
Northern Sindh	0	0	0
Other	146865	286560	153897
Total	196500	359754	229292

La haute saison va de mai à septembre, la basse saison d'octobre à avril.

Source : Organisation mondiale de la Santé

APERÇU DES DONNÉES

Enfants non vaccinés après les opérations de vaccination supplémentaires au Pakistan

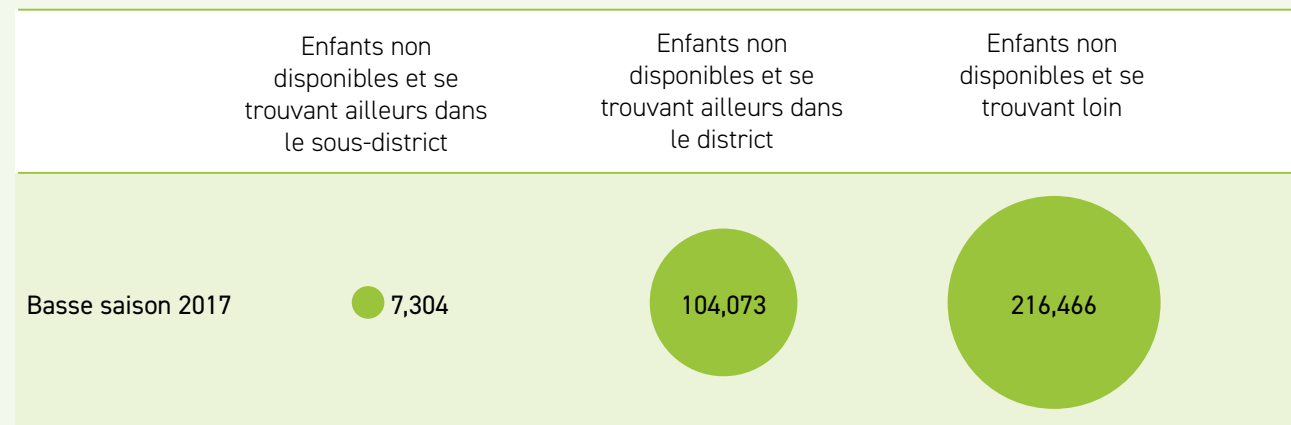
Campagne de vaccination	Enfants manqués
Basse saison -2016	767 072
Décembre 2015	110 586
Janvier 2016	105 615
Février 2016	131 737
Mars 2016	123 969
Avril 2016	155 834
Mai 2016	139 331
Haute saison -2016	760 219
Juillet 2016	91 156
Août 2016	165 042
Septembre 2016	184 518
Octobre 2016	141 044
Novembre 2016	178 459
Basse saison -2017	858 393
Décembre 2016	222 652
Janvier 2017	197 256
Février 2017	214 816
Avril 2017	223 669
Total	2 385 684

APERÇU DES DONNÉES

Taux de vaccination dans les réservoirs du poliovirus

Zone à haut risque	Pourcentage d'enfants ayant reçu le vaccin pentavalent	Pourcentage d'enfants ayant reçu le vaccin antipoliomyélitique inactivé
Killa Abdullah	9 %	7 %
Khyber	26 %	22 %
Peshawar Zone 1 & 2	61 %	57 %
Peshawar Zone 3 & 4	55 %	52 %
Quetta	23 %	17 %
Pishin	6 %	10 %
Karachi Zone 1	40 %	34 %
Karachi Zone 2	59 %	50 %
Karachi Zone 3	32 %	22 %
Karachi Zone 4	59 %	47 %

Nouvelles informations concernant les enfants « non disponibles » et montrant des chiffres élevés dans l'ensemble, les plus élevés concernant les enfants voyageant plus loin



Ces chiffres sont le reflet des modèles de mouvement et les enfants non classés ont été exclus.

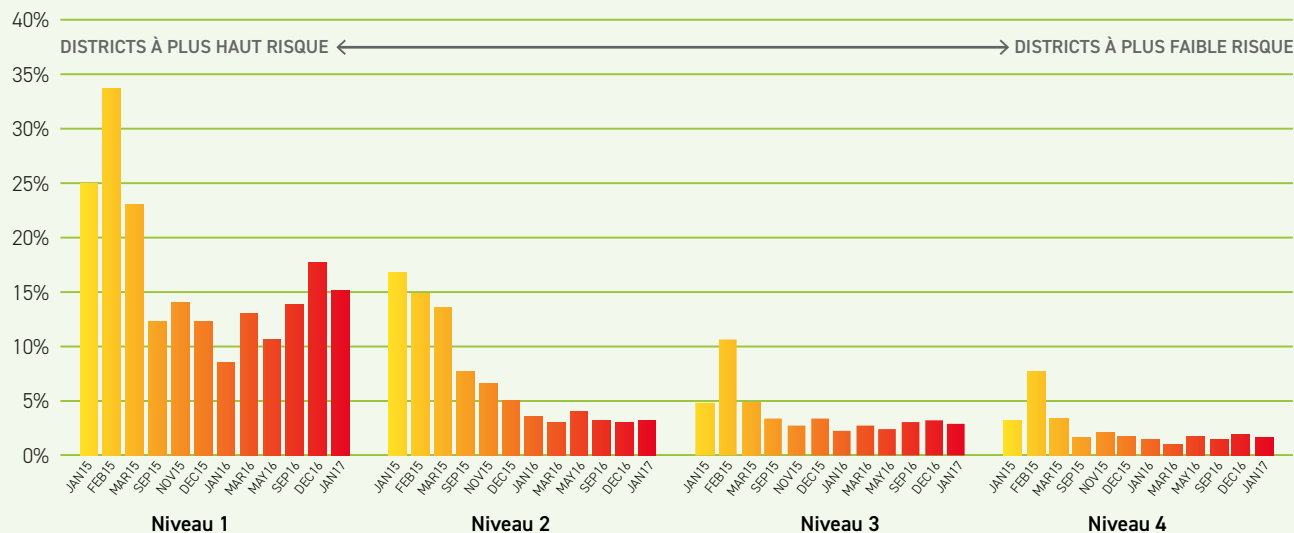
Organisation mondiale de la Santé



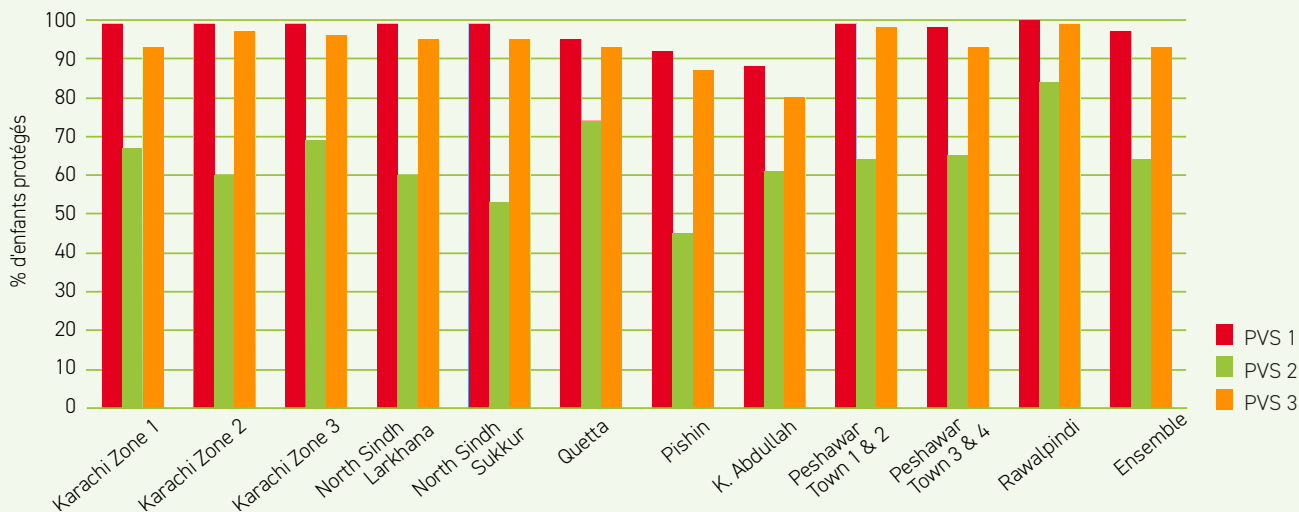
APERÇU DES DONNÉES



La proportion des enfants non vaccinés après des opérations de vaccination supplémentaires est la plus élevée dans les districts de niveau 1



Données sur la séroprévalence

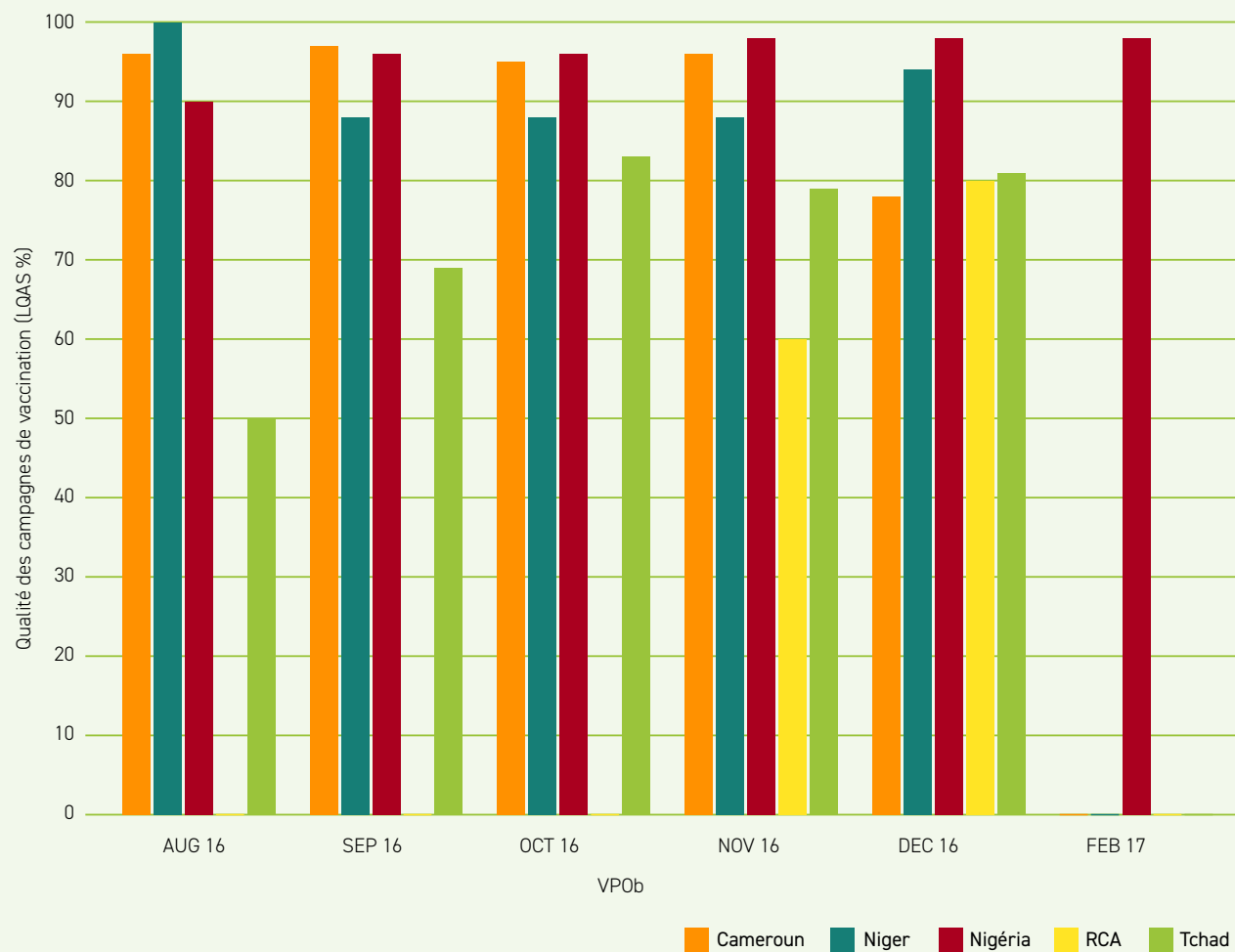




APERÇU DES DONNÉES

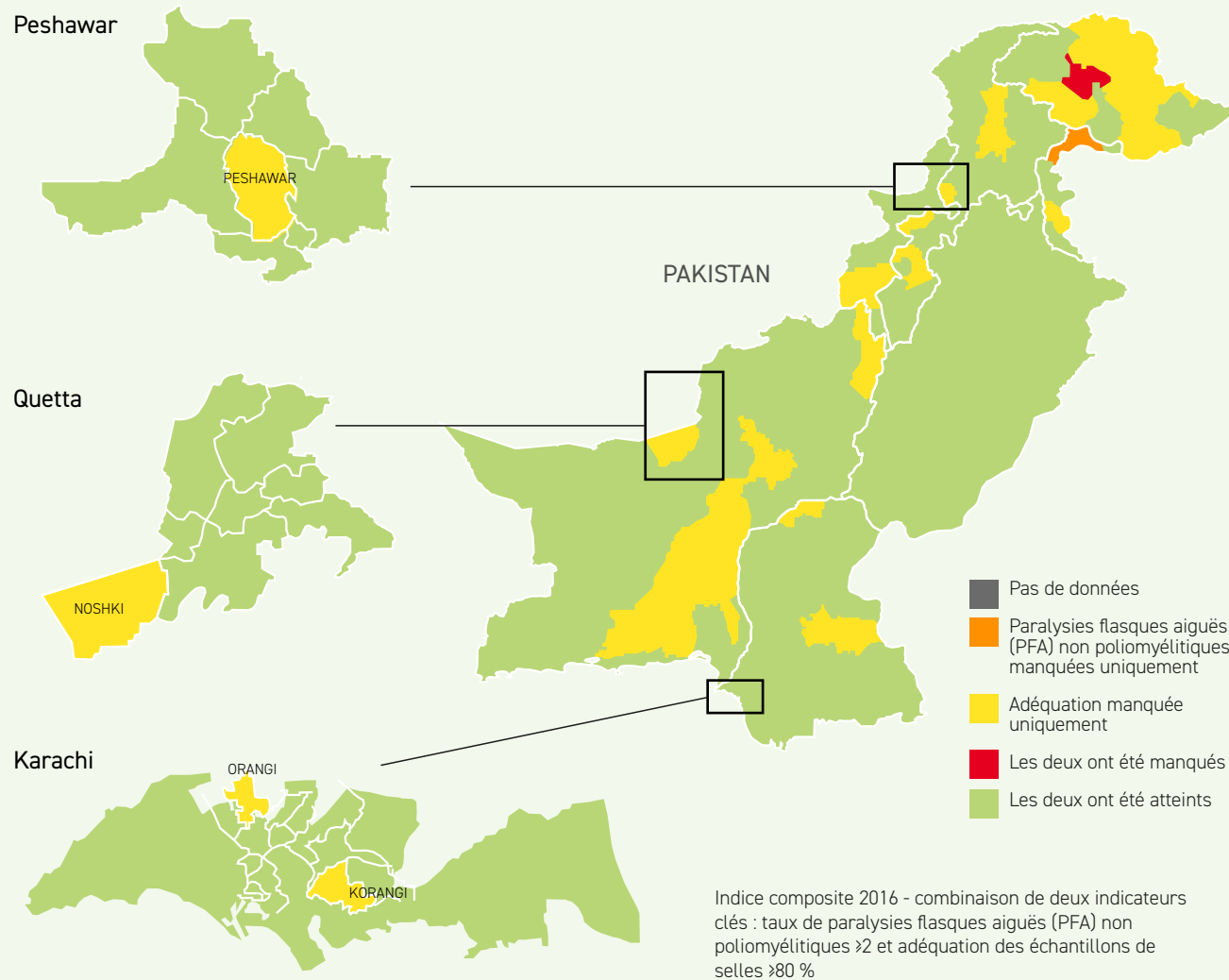


Qualité de la vaccination dans la région du lac Tchad en réponse à la découverte du poliovirus dans l'État de Borno



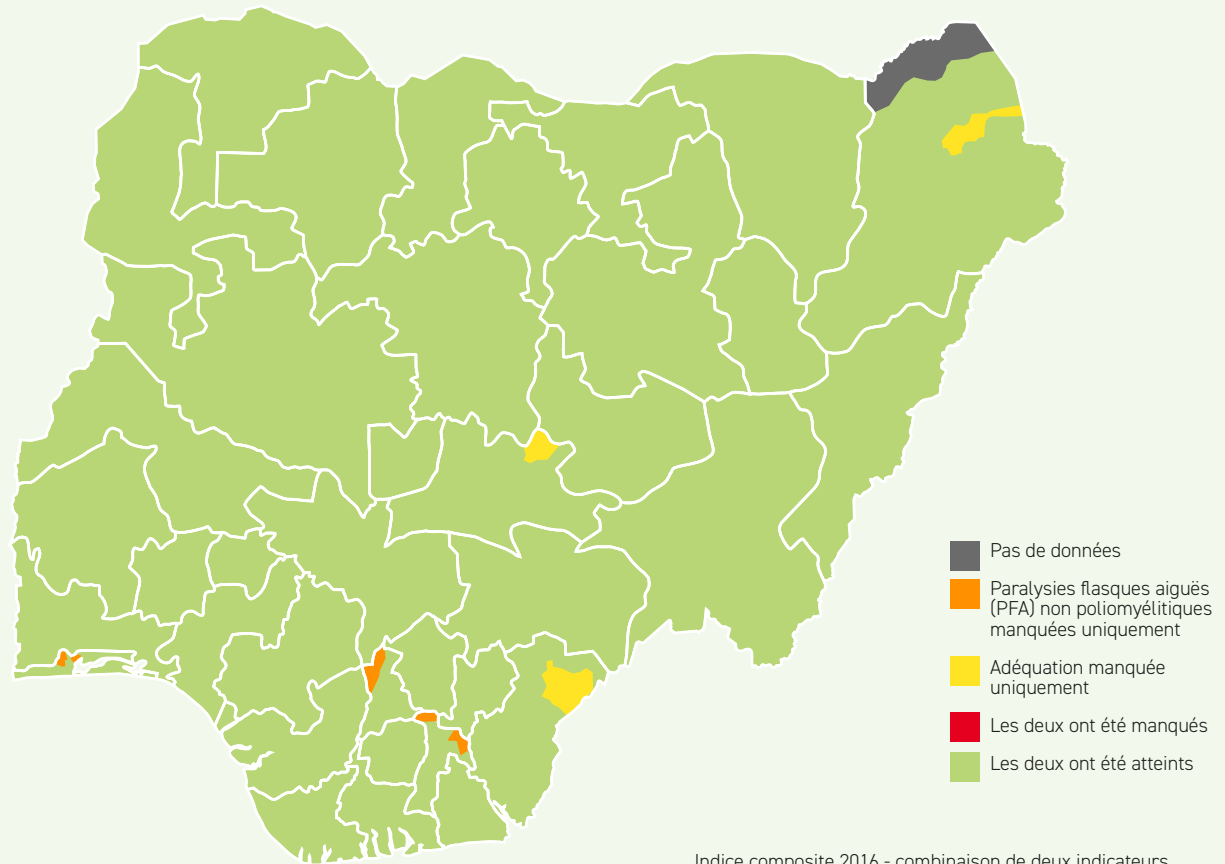
APERÇU DES DONNÉES

Surveillance en amélioration au Pakistan, mais des poches de mauvaises performances subsistent



APERÇU DES DONNÉES

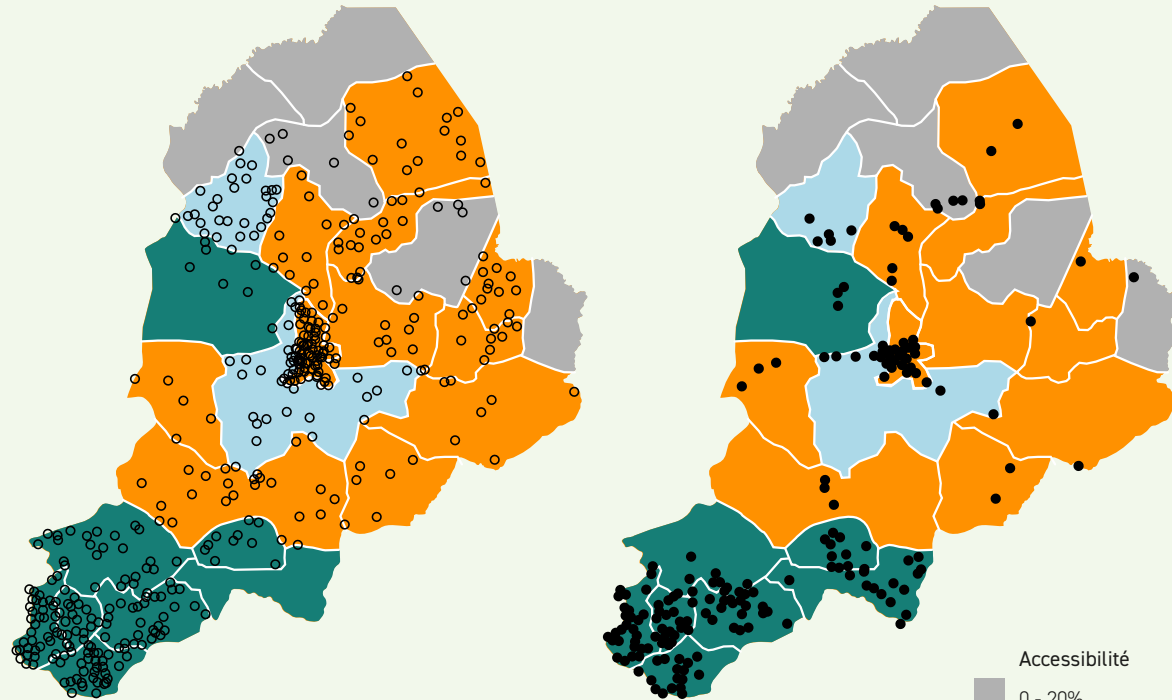
Qualité de la surveillance au Nigéria : nombreux sont ceux qui ont du mal à croire en ces données



Indice composite 2016 - combinaison de deux indicateurs clés : taux de paralysies flasques aiguës (PFA) non poliomyélitiques ≥ 2 et adéquation des échantillons de selles $\geq 80\%$

APERÇU DES DONNÉES

Approche inquiétante de la surveillance de la poliomyélite dans l'État de Borno, 2016



Affectation de cas de PFA
par le Programme du
Nigéria aux zones de
gouvernement local

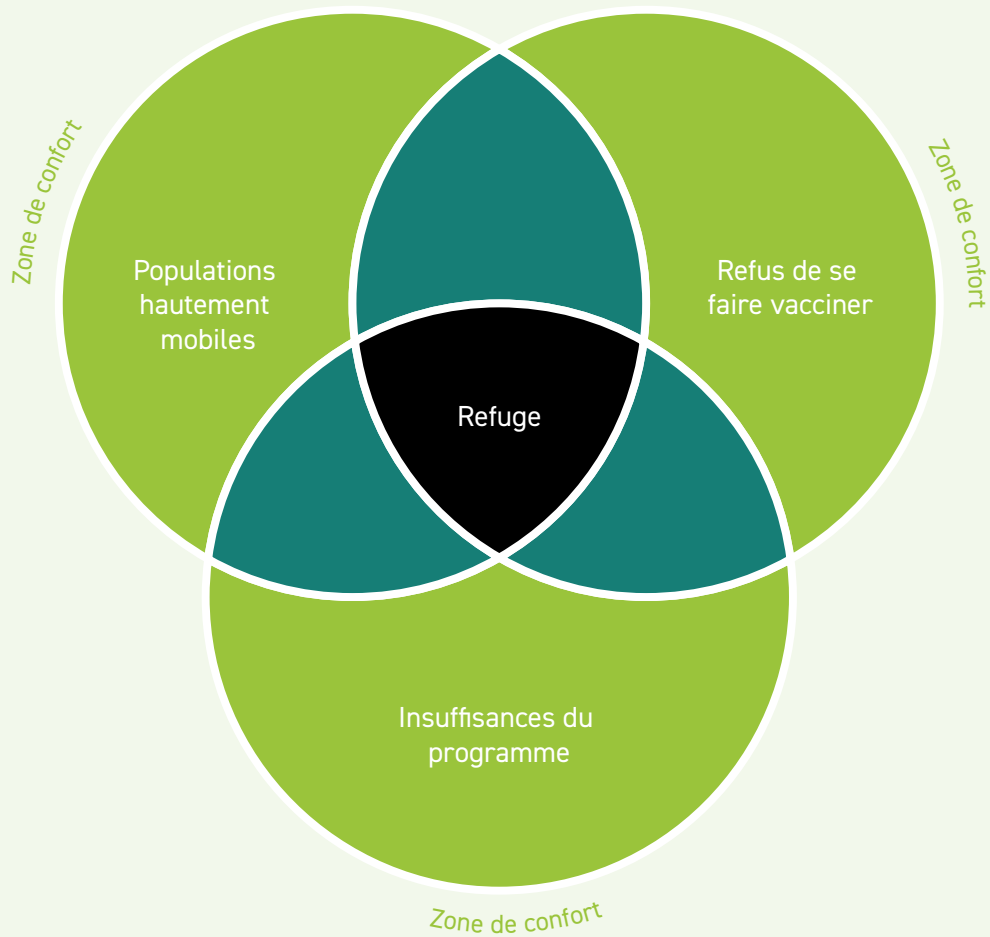
Localisation par satellite
des cas de PFA lorsqu'ils
sont vus par l'équipe de
vérification des cas



APERÇU DES DONNÉES



Les zones de confort du poliovirus

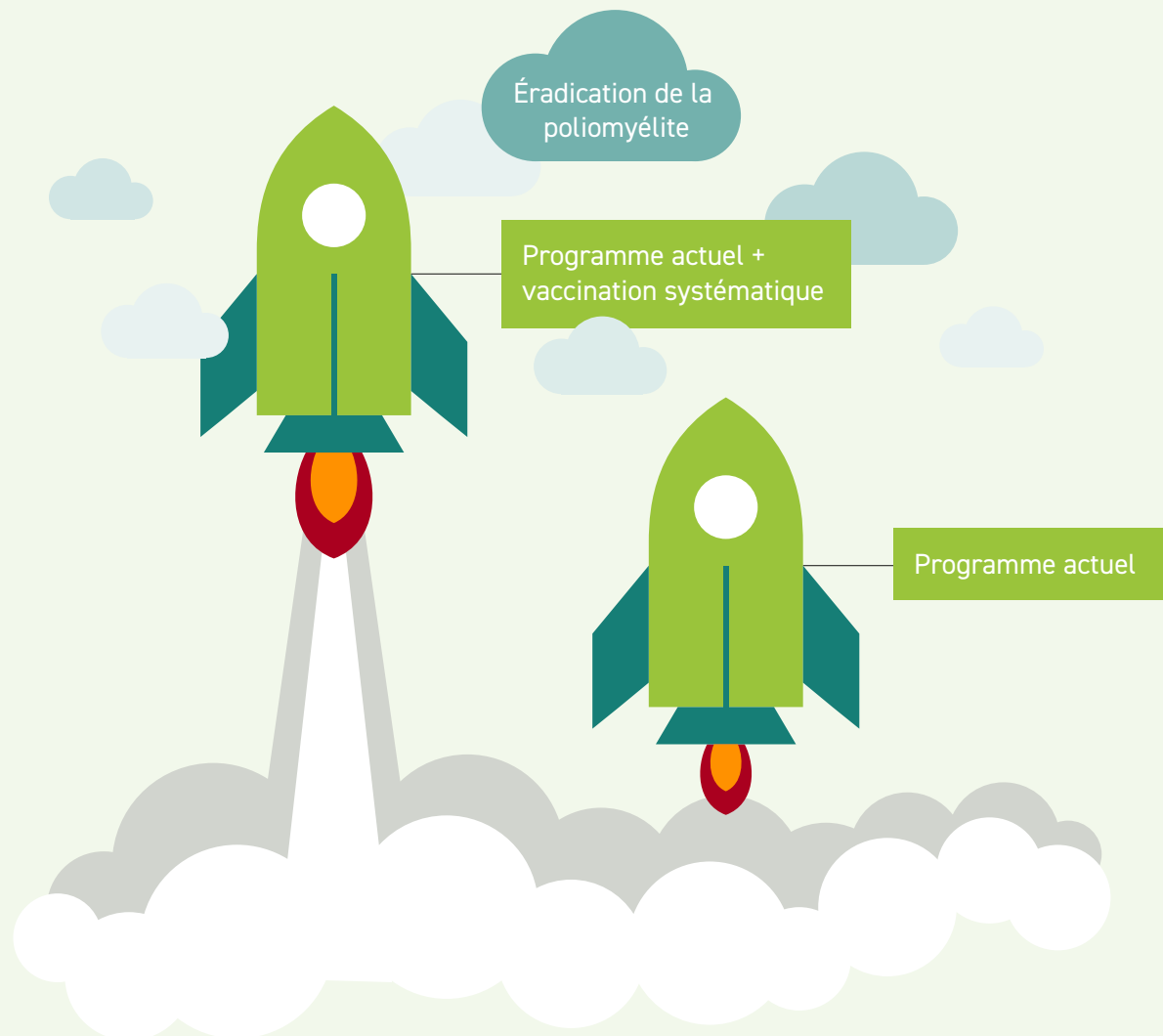




APERÇU DES DONNÉES



La vaccination systématique pourrait être un moteur dans les réservoirs du poliovirus





COMITÉ DE SUIVI INDÉPENDANT

DE L'INITIATIVE MONDIALE
POUR L'ÉRADICATION DE LA
POLIOMYÉLITE

