

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

Rapport

Juillet 2011

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

Juillet 2011

Ce second rapport fait suite à notre troisième réunion, qui s'est tenue à Londres les 30 juin et 1er juillet 2011.

Voici quels sont les besoins à l'heure actuelle.

- Avoir une vue concise de la situation mondiale
- Continuer à faire clairement et énergiquement de l'éradication de la poliomyélite une priorité dans chaque pays où la transmission se poursuit
- Voir la forêt qui se cache derrière l'arbre en identifiant et en abordant les principaux risques du programme
- Trouver des solutions innovantes pour venir à bout des problèmes profondément ancrés
- Faire remonter à la surface les difficultés fondamentales qui nécessitent une attention urgente

Nous sommes reconnaissants aux nombreux partenaires de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite qui nous ont fourni des informations, une assistance logistique et des points de vue précieux. Nous les remercions pour leur aide et nous les félicitons pour leur engagement. Notre rôle est d'exprimer un point de vue clair et objectif qui soit indépendant de celui de l'un ou l'autre de ces partenaires ou d'autres parties. Chacun de nous siège au Comité à titre personnel. Nous sommes résolument indépendants et continuerons à présenter sincèrement notre point de vue, sans crainte ni indulgence.

Sir Liam Donaldson (Président)
Ancien Chief Medical Officer, Angleterre

Dr Nasr El Sayed
Ministre délégué à la Santé, Égypte

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

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

Professeur Michael Toole
Chef du Centre for International Health,
Burnet Institute, Melbourne

Dr Mushtaque Chowdhury*
Directeur associé, Rockefeller Foundation

Dr Ciro de Quadros
Vice-Président exécutif, Sabin Vaccine Institute

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

Dr Arvind Singhal
Marston Endowed Professor of Communication
University of Texas at El Paso

* Le Docteur Chowdhury n'a pu participer à la réunion, mais il s'associe au présent rapport.

Le Comité de suivi indépendant a été constitué à la demande de l'Assemblée mondiale de la Santé pour suivre les progrès accomplis dans la mise en œuvre du plan stratégique 2010-2012 de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite et orienter les travaux. Le plan stratégique a pour objectif d'interrompre la transmission de la poliomyélite à l'échelle mondiale pour la fin de 2012. La prochaine réunion du Comité de suivi indépendant aura lieu du 28 au 30 septembre 2011 à Londres.

Table des matières

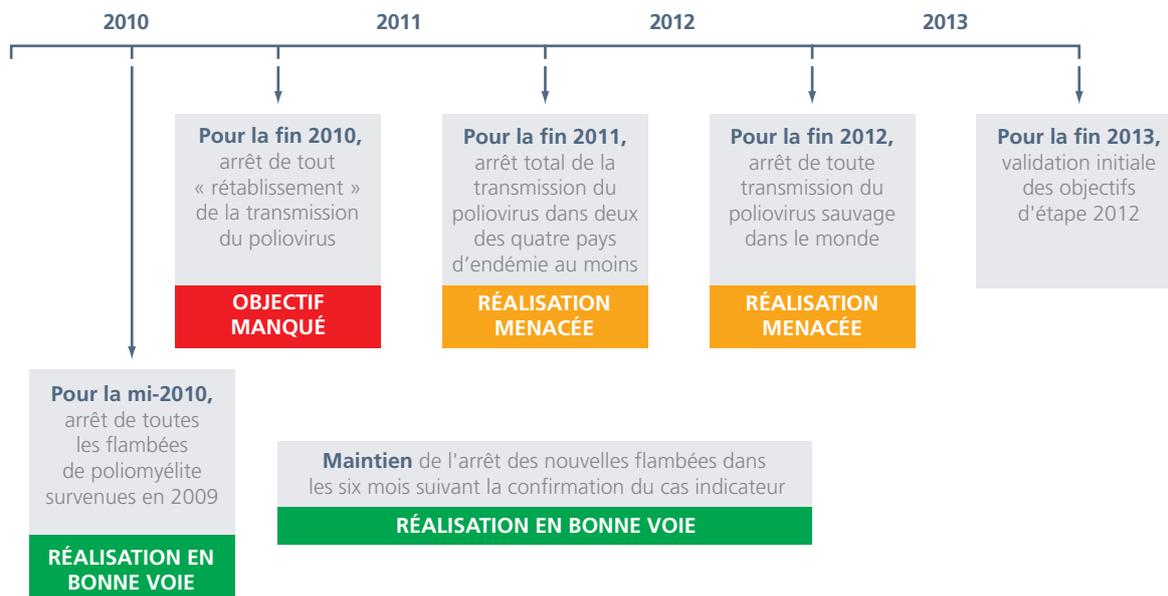
Synthèse	4
Notre précédent rapport	6
Évaluation des progrès accomplis à l'échelle mondiale	7
Évaluation par pays	10
Les sept risques immédiats	18
Analyses des incohérences, points faibles et dysfonctionnements	19
Recommandations	28

1. Notre premier rapport, publié en avril 2011, analyse de façon large et sincère la tâche que représente l'interruption de la transmission de la poliomyélite, son contexte historique, les facteurs clés de son succès et les principaux pays encore concernés. L'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP) est parvenue à réduire de 99% les cas de poliomyélite dans le monde entre 1988 (année de la fondation de l'IMEP) et 2000. Mais ceci a été suivi par une dizaine d'années de « paralysie », sans que de nouvelles avancées aient été enregistrées. Manifestement, l'éradication du dernier 1% reste le plus grand défi. Et seule l'excellence nous permettra de venir à bout de cette tâche.
2. Selon notre évaluation actuelle, l'IMEP n'est pas en bonne voie pour interrompre la transmission de la poliomyélite avant la fin de 2012, et cela pour les raisons suivantes :
 - Les résultats du programme sur le contrôle de la poliomyélite dans les pays où la transmission est rétablie (République démocratique du Congo, Tchad et Angola) sont médiocres
 - Le programme s'avère faible sur l'anticipation et la prévention des flambées dans les pays à haut risque, précédemment exempts de poliomyélite ; quatorze de ces pays ont subi des flambées depuis début 2010
 - Le nombre de cas de poliomyélite au Pakistan évolue dans la mauvaise direction : il a presque doublé cette année par rapport à la même période en 2010
 - La réponse du programme aux situations au Tchad et en République démocratique du Congo en termes d'urgence et de puissance est insuffisante par rapport aux sérieux problèmes de capacités, de compétences et de contrôle qualité sur le terrain dans ces pays.
 - Il y a trop d'exemples d'échecs pour pouvoir assurer constamment des campagnes de vaccination et une surveillance de haute qualité dans les zones clés
3. Si la question est bien là : « Que fera-t-on différemment le mois prochain pour transformer radicalement les progrès contre la persistance de la poliomyélite active ? », il n'y a guère de réponse convaincante. Si cela poursuit encore ainsi, l'objectif d'éradication de la poliomyélite ne sera pas atteint.
4. Or cette éradication est encore possible à court terme, à condition d'obtenir un engagement politique plus fort, des financements sûrs et des capacités techniques accrues. En outre, il faut que les problèmes exposés ci-dessous soient rapidement traités.
5. Ce rapport identifie les principaux facteurs de risque immédiat. Nous en dressons la liste et demandons à l'IMEP de s'assurer de mettre en place un plan bien défini pour traiter de toute urgence chacun d'entre eux.
6. Nous soulignons des incohérences, des points faibles et des dysfonctionnements dans le programme et nous formulons des recommandations afin d'y remédier.
7. Nous soulevons des problèmes essentiels à long terme, liés à de graves déficits de ressources, et soulignons la nécessité d'élaborer un plan de fin de partie clair pour la poliomyélite.
8. Nous mettons à jour notre évaluation des objectifs d'étape dans le monde (voir page suivante) et des progrès accomplis dans chacun des sept pays où la transmission persiste :
 - L'Inde a accompli de solides progrès et ce pays est en bonne voie pour interrompre la transmission cette année.
 - L'Afghanistan réalise de bons progrès, mais les problèmes posés par l'accès aux populations ne sont pas encore bien surmontés.
 - Les élections nationales récentes ont freiné les belles avancées réalisées par le Nigeria et il faut aujourd'hui que les progrès reprennent leur cours.

- Il est évident que le niveau d'engagement au Pakistan est élevé, mais le pays doit encore s'attaquer à de sérieux problèmes de performance au niveau local.
 - Nous sommes favorables à l'octroi d'une assistance technique supplémentaire au Tchad où la situation est alarmante. Il est nécessaire que les équipes en renfort de l'OMS et de l'UNICEF soient rapidement opérationnelles.
 - Nous sommes très préoccupés par la République démocratique du Congo où un engagement visible du Président est nécessaire.
 - L'Angola accomplit de bons progrès, mais doit continuer à concentrer ses efforts sur la province de Luanda.
9. De notre point de vue, l'interruption de la transmission de la poliomyélite doit être traitée comme une urgence sanitaire mondiale. En cas d'échec, nous risquons d'assister à la réapparition de cette maladie sournoise.

Nous continuerons à donner une évaluation franche et indépendante des progrès accomplis. Notre prochaine réunion aura lieu à Londres du 28 au 30 septembre 2011.

Plan stratégique : objectifs d'étape à l'échelle mondiale



Notre évaluation actuelle des progrès accomplis par rapport à chacun des objectifs d'étape du plan stratégique 2010-2012 à l'échelle mondiale

Notre précédent rapport

Notre premier rapport, émis il y a trois mois, présentait un panorama de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite dans sa globalité. Nous avons effectué la synthèse de notre évaluation de la situation actuelle de l'IMEP en adoptant un point de vue extérieur et objectif.

Ce rapport a été bien accueilli. Il semble qu'il ait trouvé un écho auprès de ceux qui connaissent bien le programme.

Progrès substantiels accomplis dans la mise en œuvre de nos recommandations d'avril 2011

Il y a eu des actions importantes en réponse à notre précédent rapport. En particulier :

- Nous avons exprimé notre grande inquiétude en ce qui concerne le Tchad. Le programme d'action d'urgence mis en place dans ce pays est aujourd'hui fortement renforcé. Une augmentation des compétences et capacités techniques sur le terrain est en cours. Comme nous le décrivons plus en détail ci-dessous, nous restons extrêmement préoccupés par le Tchad et surveillerons attentivement le progrès accomplis.
- Nous avons recommandé que les responsables de l'OMS, de l'UNICEF, des CDC, du Rotary International et du Programme pour la santé mondiale (Global Health Programme) de la Fondation Bill & Melinda Gates communiquent par téléconférence afin d'optimiser leurs actions individuelles et celles de leur association pour parvenir à l'éradication de cette maladie. C'est ce qu'ils ont fait et continueront à faire après la publication de chacun de nos rapports. Leur autorité individuelle établie leur confère une puissance inégalée.
- Nous avons recommandé de ne faire aucune distinction réelle entre les pays où la transmission de la poliomyélite est rétablie et ceux où l'infection est endémique. L'OMS, les CDC et l'UNICEF nous ont présenté un plan complet visant à hisser leurs actions dans le premier groupe de pays au niveau de celles mises en place dans le second. Nous suivrons la mise en œuvre de ce plan.

Vous trouverez sur notre site Internet (www.polioeradication.org/IMB.aspx) un résumé des actions entreprises par rapport à chacune de nos recommandations d'avril 2011. Nous continuerons à suivre les progrès accomplis par rapport à chacune d'elles. À chaque fois qu'un partenaire décidera de ne pas mettre en œuvre l'une de nos recommandations, nous lui demanderons de nous informer immédiatement des raisons pour lesquelles il agit de la sorte.

Non-signalement de l'urgence

Nous avons été déçus par la réponse à l'une de nos recommandations. En mai 2011, nous avons recommandé que l'Assemblée mondiale de la Santé envisage une résolution qui déclarerait la persistance de la poliomyélite comme une urgence sanitaire mondiale. Dans nos commentaires, nous lui avons indiqué que, si le terme « urgence » constituait un obstacle d'ordre procédural à une telle résolution, nous ferions preuve de souplesse dans le choix des mots. Nous avons le sentiment qu'après avoir soutenu l'objectif de l'éradication de la poliomyélite, l'Assemblée mondiale de la Santé devait exprimer de façon non équivoque que celui-ci restait une priorité importante pour tous les États-membres et pas seulement pour une minorité intéressée. Un partenariat qui aspire à éradiquer une maladie dans le monde doit être capable d'agir avec suffisamment de rapidité et de souplesse pour développer une résolution reflétant au moins l'esprit de notre recommandation, faute de la mettre en œuvre à la lettre. C'est là une occasion perdue d'accroître notre détermination à l'échelle mondiale. Il s'écoulera donc une année complète avant que cette opportunité ne se présente à nouveau et il conviendra de ne pas la manquer de la même manière.

Évaluation des progrès accomplis à l'échelle mondiale

Notre point de vue sur l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite reste inchangé : l'éradication est possible et vitale. C'est un véritable privilège de voir l'engagement et le talent de tous ceux qui travaillent pour atteindre cet objectif. Le plan stratégique 2010-2012 de l'IMEP est clair et solide. Dans l'ensemble, ses indicateurs s'avèrent valides. Cependant, si l'on veut parvenir à l'éradication de la poliomyélite à court terme, il faudra lui accorder une attention nettement supérieure.

Les objectifs d'étape de fin 2011 et de fin 2012 ne sont pas en bonne voie

Notre point de vue, selon lequel l'IMEP n'est pas en bonne voie par rapport à son objectif d'interruption de la transmission de la poliomyélite d'ici à fin 2012 comme elle l'avait prévu, reste inébranlable.

L'**Inde** semble effectivement sur la bonne voie pour arrêter la transmission cette année, mais il n'y a rien de garanti. Cet objectif pourrait être à la portée du **Nigéria** et de l'**Afghanistan**. Ces deux pays affichent chacun de bons résultats et doivent être félicités pour leurs avancées. Mais aucun des deux n'a encore atteint le niveau de performance requis pour achever le travail. Nous félicitons le **Pakistan** qui a renforcé son engagement. Mais ce pays continue de nous

préoccuper car il risque d'être le dernier avant-poste de cette maladie sournoise et de compromettre les efforts entrepris à l'échelle mondiale. Cette préoccupation demeurera jusqu'à ce nous constatons que ses plans se traduisent effectivement par des actions au niveau local.

« Nous sommes préoccupés par le Pakistan qui risque d'être le dernier avant-poste de cette maladie sournoise. »

Les pays non endémiques ont une importance stratégique croissante

Au cours des trois dernières années, le nombre de cas de poliomyélite dans les pays d'endémie a chuté de façon substantielle. Pendant cette même période, la situation dans les pays non endémiques s'est aggravée (Figure 1). La hausse dans les pays non endémiques se poursuit. Au cours du 1er semestre 2011, les pays non endémiques ont enregistré deux fois plus de cas que les pays d'endémie (162 contre 79).

Nombre de cas par an dans les pays d'endémie et les pays non endémiques

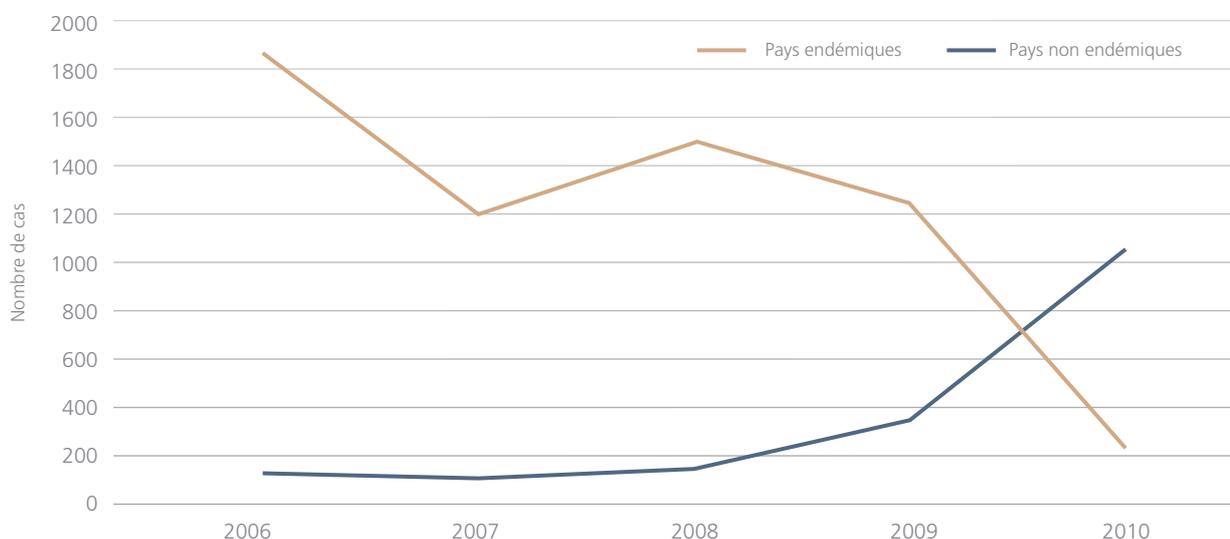


Figure 1 : S'attaquer au problème de la poliomyélite dans les pays non endémiques revêt une importance stratégique accrue

Les pays avec une transmission rétablie demeurent un problème majeur

Les pays non endémiques se répartissent en deux catégories : ceux avec un rétablissement de la transmission depuis 12 mois au moins et ceux avec des flambées plus courtes. L'objectif du plan stratégique 2010-2012 pour la fin de 2010 était d'interrompre la transmission dans les quatre pays où elle est rétablie. Cet objectif a été définitivement manqué et le bilan du programme à cet égard doit être évalué comme médiocre. Des cas continuent toujours à se déclarer en **République démocratique du Congo** et au **Tchad**. Ceux-ci s'élèvent actuellement au total en 2011 à respectivement 59 et 80 cas. **L'Angola** a enregistré 4 cas en 2011. Le **Soudan**, quatrième pays où la transmission est rétablie, n'a pas décelé de cas en 2011, bien que les services de surveillance environnementale aient détecté un virus dans le sud de l'Égypte génétiquement semblable à celui qui était en circulation au Soudan. Ceci soulève l'éventualité d'une transmission persistante non détectée au Soudan.

Dans notre précédent rapport, nous faisons état de nos sérieuses préoccupations concernant les pays avec une transmission rétablie. Dans chacun d'entre eux, la transmission avait cessé, ce qui les différencie des quatre pays d'endémie restants. Et ceci est d'autant plus inquiétant que le programme n'arrive pas à résoudre ce problème. Dans notre dernier rapport, nous avons recommandé de ne faire aucune distinction réelle entre les pays où la transmission de la poliomyélite est rétablie et ceux où l'infection est endémique. Nous avons le plaisir de noter que les plans des CDC, de l'OMS et de l'UNICEF renforcent le soutien que reçoivent ces pays. Nous suivrons cela de très près. Nous sommes heureux de l'attention personnelle que prête à ce sujet le directeur du Bureau régional pour l'Afrique de l'OMS. En juin 2011, il a réuni et présidé une réunion de trois jours pour examiner les efforts supplémentaires que l'OMS pouvait faire pour accélérer la mise en œuvre des programmes d'urgence dans ces pays. Nous le félicitons pour son engagement personnel et sa solide direction des opérations.

Plan stratégique : objectifs d'étape à l'échelle mondiale

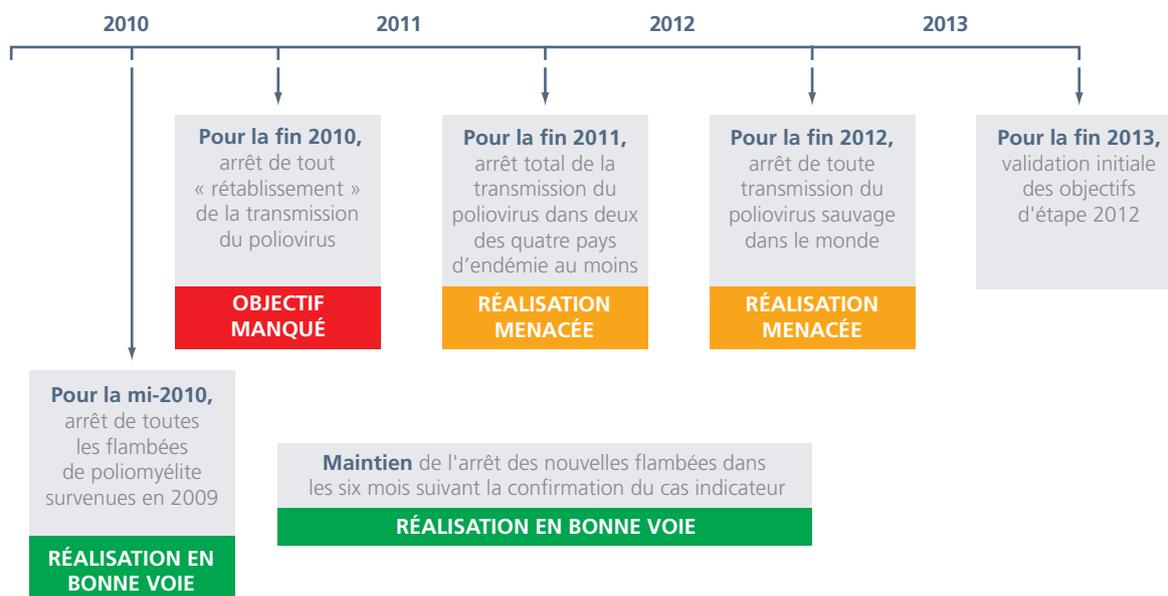


Figure 2 : Notre évaluation actuelle des progrès accomplis par rapport à chacun des objectifs d'étape du plan stratégique 2010 - 2012 à l'échelle mondiale

Succès pour l'arrêt des flambées dans les pays précédemment exempts de poliomyélite ; en revanche, où peut-on parler de prévention réussie ?

L'un des autres objectifs d'étape fixés par le plan stratégique 2010-2012 est le contrôle des flambées qui surviennent dans les pays précédemment exempts de poliomyélite. Le but est d'interrompre ces flambées dans les six mois suivant la confirmation du premier cas. Nous félicitons l'IMEP qui continue à atteindre cet objectif.

Mais nous restons préoccupés par le nombre de flambées qui se produisent. Plusieurs pays, en particulier l'Afrique occidentale, restent vulnérables et constituent de véritables « poudrières » qui risquent d'être embrasées par la transmission provenant d'un pays voisin.

Il est alarmant et démoralisant pour le programme qu'il y ait encore de telles surprises. Quatorze pays ont fait état de flambées de poliomyélite depuis début 2010. Il convient donc d'en faire plus pour identifier ces poudrières et de prendre des mesures avant qu'elles ne s'embrasent. Nous nous réjouissons des efforts entrepris par les CDC et les bureaux régionaux de l'OMS pour accélérer ce travail. Nous continuerons à demander des rapports sur son avancement. Nous sommes préoccupés par la Libye qui vient s'ajouter à la liste des poudrières potentielles et sera fortement

menacée lorsque sa population de réfugiés quittera le Tchad pour retourner dans le pays.

« Il est alarmant et démoralisant pour le programme qu'il y ait encore de telles surprises. » Quatorze pays ont fait état de flambées de poliomyélite depuis début 2010. Il convient donc d'en faire plus pour identifier ces poudrières et de prendre des mesures avant qu'elles ne s'embrasent.

Le déclin des cas de type 3 : une opportunité

Le suivi du nombre de cas est seulement l'une des mesures des progrès accomplis. Sans que nous nous y attachions plus que de raison, cette mesure présente un intérêt. Il y a eu 241 cas de poliomyélite dans le monde au cours du premier semestre 2011, soit une réduction de 47 % par rapport à la même période en 2010. Au cours du premier semestre 2010, 15 pays ont été touchés ; et 13 en 2011. Il est intéressant de noter qu'il y a eu seulement 25 cas de poliovirus de type 3 décelés jusqu'à présent en 2011 (par rapport à 57 au cours du premier semestre 2010). L'incidence du poliovirus de type 3 a considérablement diminué depuis 2009 (Figure 3). Ceci permet d'entrevoir la possibilité d'interrompre totalement sa transmission plus tôt que prévu.

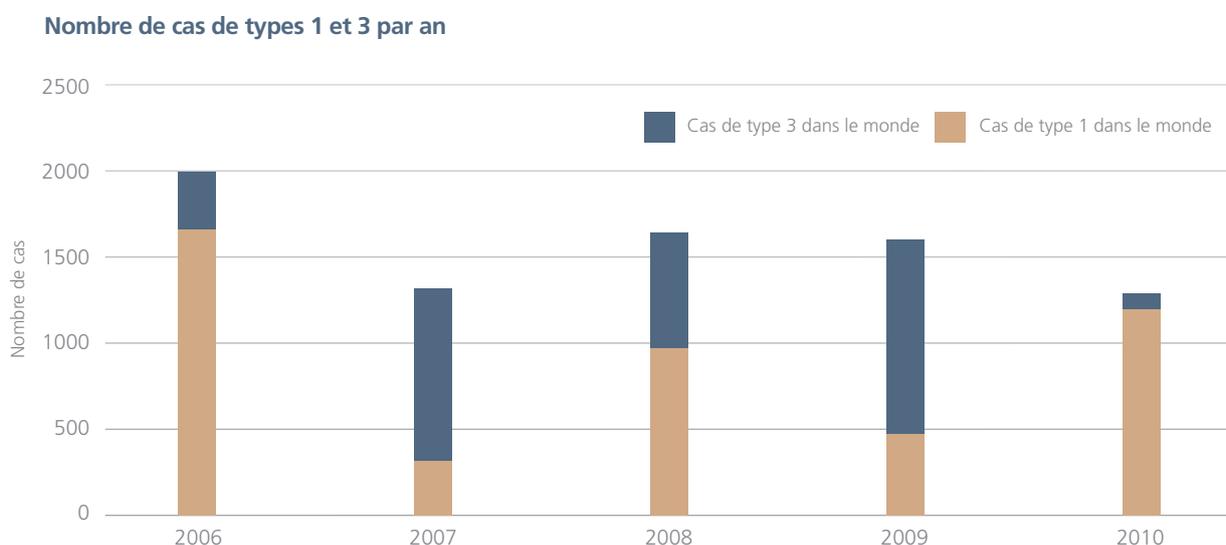


Figure 3 : Il y a eu une forte baisse des cas de type 3 entre 2009 et 2010.

Au cours de notre réunion, nous avons eu des discussions avec le Ministre de la Santé de chacun des sept pays où la transmission de la poliomyélite est établie (pays où la transmission est « rétablie » et pays « d'endémie ») ou son représentant. Nous sommes reconnaissants à toutes ces personnes de leur participation.

Les progrès accomplis par ces pays couvrent un large spectre. Nous évaluons les progrès à partir d'un certain nombre de données. Nous examinons l'épidémiologie actuelle, l'analyse des données de vaccination et de surveillance des CDC, les rapports qui nous sont remis par les pays et d'autres informations qui nous parviennent. Nous avons découvert que ces sources se recoupaient bien.

Le nombre de cas de polio est seulement un indicateur des progrès accomplis, mais ce qu'il exprime a de la valeur. La comparaison entre les premiers semestres 2010 et 2011 permet de constater une baisse du nombre de cas dans trois pays et une hausse dans quatre (Figure 4).

Nous ne proposerons pas de recommandations pour chaque pays à chaque réunion. Nos recommandations spécifiques sont clairement soulignées. Nous continuerons à travailler avec chacun de ces sept pays pour suivre attentivement les progrès réalisés.

Angola

L'Angola n'a pas atteint l'objectif fixé par le plan stratégique de 2010-2012, à savoir parvenir à une interruption de la transmission de la poliomyélite à fin 2010. Quatre cas ont été décelés au cours du premier semestre 2011, tous dans la province du sud-est, Kuando Kubango.

Les données montrent qu'il existe des problèmes récurrents, liés à la fois à la qualité des campagnes de vaccination et à la surveillance. Les données issues des contrôles indépendants laissent entendre que la qualité des campagnes de vaccination s'est améliorée au cours des derniers mois. Le taux national d'enfants non vaccinés se situe entre 6% et 8%. Cependant ceci ne reflète pas l'écart considérable au niveau infranational. Dans la province cruciale de Luanda, seul un des neuf districts a assuré régulièrement une couverture de plus 90% lors des tournées de vaccination de février, de mars et d'avril. À l'heure actuelle, le bilan de surveillance est affaibli par les problèmes de recueil d'échantillons de selles.

Évaluation

Nous félicitons le gouvernement de l'Angola pour son engagement manifeste dans ce travail. Les ressources financières qu'il a attribuées à cette initiative sont notables. Cependant, l'Angola doit encore accomplir un travail considérable s'il veut avoir une

Nombre de cas de janvier à juin : 2010 par rapport à 2011

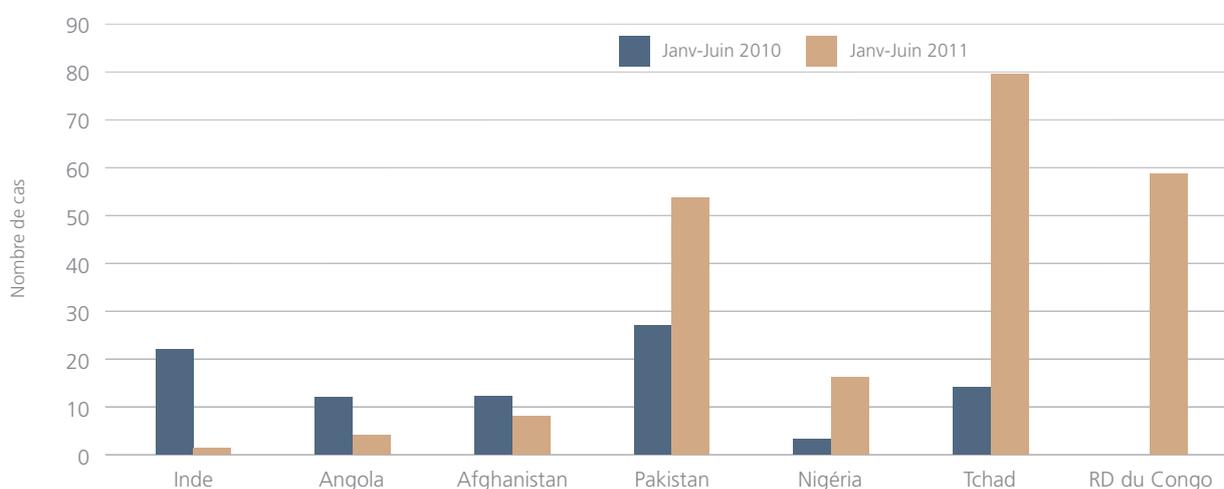


Figure 4 : On constate des écarts substantiels dans les progrès accomplis par chaque pays.

chance d'interrompre bientôt la transmission de la poliomyélite.

Il est primordial que la province de Luanda reste exempte de poliomyélite. Il n'y a pas encore eu de cas décelés cette année, mais elle reste très menacée. Nous nous félicitons de l'implication personnelle du Vice-ministre de la Santé et du Gouverneur de la province de Luanda. Nous comprenons que des enfants sont employés en tant que vaccinateurs. Il s'agit d'un problème auquel il convient de s'attaquer. Les données démontrent clairement que le bilan de vaccination de la province de Luanda est loin d'atteindre ce qui est exigé pour lui assurer d'interrompre la transmission de la polio. Nous avons été heureux d'apprendre que plusieurs initiatives avaient été mises en place pour augmenter cette performance, y compris des mesures pour améliorer la formation et assurer l'homogénéité des équipes de vaccinateurs d'une campagne à l'autre. Cependant, la dégradation de la performance de la province de Luanda lors de la campagne de mai montre qu'il convient de concentrer davantage d'efforts dans cette zone.

« Il est primordial que la province de Luanda soit exempte de poliomyélite. »

Nous savons qu'un poste clé de l'OMS - celui d'épidémiologiste international travaillant pour aider le gouvernement au niveau national - a été sans cesse pourvu par des personnes ayant seulement des contrats à court terme. Il est clairement nécessaire d'accélérer le recrutement à ce poste d'un membre du personnel à plus long terme.

Recommandations

- **Nous recommandons que l'OMS désigne, au plus vite, un épidémiologiste avec un contrat à long terme pour aider le gouvernement angolais**

Afghanistan

Le problème est l'arrêt de la transmission de la poliomyélite se concentre dans 13 districts de la région sud de l'Afghanistan. Chacun fait l'objet d'un conflit, ce qui fait que l'accès aux enfants représente un problème énorme. Le programme fonctionne avec un réseau d'organisations non gouvernementales et emploie, pour accéder aux enfants, des négociateurs (enseignants, mollahs, vétérinaires et autres), qui peuvent réagir à l'évolution de la situation dans chaque zone. L'Afghanistan est un pays très montagneux, ce qui complique encore l'accès aux populations dispersées.

Au cours des trois dernières campagnes de vaccinations, seulement deux des treize districts à haut risque sont parvenus à une couverture de 90 %. Il arrive souvent dans certains districts que la moitié des enfants ne soient pas vaccinés.

Il y a eu huit cas de poliomyélite signalés en 2011 jusqu'à présent. Les CDC jugent le bilan de ce pays comme médiocre pour la vaccination et moyen pour la surveillance.

Évaluation

Nous sommes impressionnés par la qualité du leadership que nous constatons en Afghanistan. L'engagement du président est manifeste. La stratégie adoptée dans ce pays est réactive, souple et dynamique. Compte tenu des circonstances difficiles, de bons progrès ont été accomplis. Cependant, l'Afghanistan n'est pas en bonne voie par rapport à l'objectif d'interruption de la transmission avant la fin de 2011. En effet, les données relatives à la vaccination laissent entendre que le pays est très loin du but.

Il semble que le « Groupe consultatif informel » (GCI) soit un forum particulièrement utile pour mettre en avant les problèmes dans les zones à haut risque et les résoudre de bonne foi en dehors des réseaux formels. Il montre l'intérêt de créer des espaces sûrs et ouverts où les problèmes peuvent être débattus et résolus par les parties prenantes sans prétention, justification ou reproche. Les responsables de ce GCI, par exemple, savent que des enfants sont employés comme vaccinateurs dans certaines régions et essaient de résoudre ce problème.

Nous nous félicitons de l'engagement du secteur de la santé publique auprès du secteur de la santé animale afin de vaincre la poliomyélite. Nous notons la mise en œuvre d'innovations comme l'intégration délibérée de jeunes enfants en tant qu'adjoints (et non vaccinateurs) aux équipes de vaccination dans les zones où cela assure aux vaccinateurs un accès aux maisons. Il semble vital que de telles pratiques innovantes soient systématiquement identifiées et amplifiées.

Tchad

Dans notre précédent rapport, nous avons indiqué que la situation au Tchad constituait une urgence de santé publique. La transmission est maintenant largement diffusée. Quatre-vingt cas ont été détectés en 2011 jusqu'à présent. Ceux-ci sont dispersés dans tout le pays, bien que le Logone oriental soit une source particulière d'attention et de préoccupation. Les CDC estiment que le bilan de la vaccination est médiocre et celui de la surveillance moyen.

Dans notre précédent rapport, nous recommandions que le plan d'action d'urgence du Tchad soit renforcé et que les CDC et l'OMS envoient rapidement sur place une équipe spéciale afin de renforcer le niveau de soutien technique disponible dans le pays.

Évaluation

Le plan d'action d'urgence n'a pas été révisé aussi rapidement que nous le souhaitions. Il est incroyable que ce processus ait pris six semaines. Cependant, le document qui en résulte est solide. Il fixe des objectifs, des délais et des étapes clairement définis. Il établit des mécanismes pour les obligations de rendre compte. À l'heure actuelle, l'UNICEF, les CDC et l'OMS renforcent chacun le soutien technique qu'ils apportent à ce pays. Il nous a été dit qu'un nouvel effectif de 100 personnes au total serait en poste dans un délai de quatre semaines. Nous nous réjouissons que le directeur du Bureau régional pour l'Afrique de l'OMS et le représentant de l'OMS au Tchad aient clairement et personnellement pris en main la direction des opérations. Le problème crucial et délicat qui se pose maintenant est de réunir au plus vite cet effectif en renfort en une équipe opérationnelle coordonnée. Toutes les mesures doivent être prises pour y parvenir. L'introduction simultanée d'un effectif aussi important offre la possibilité aux trois organismes concernés de

créer une équipe avec une même identité et d'élaborer une formation commune.

L'engagement du gouvernement du Tchad à cet égard est louable. Comme les postes politiques clés seront pourvus dans les semaines qui viennent, il est capital que leurs détenteurs s'engagent également dans cette initiative.

Nous avons aussi été informés que le gouvernement tchadien développe des plans en vue d'un investissement majeur dans le secteur de la santé. La faiblesse du système de soins de santé primaires dans ce pays affecte aussi sa capacité à se préserver de la poliomyélite une fois que la transmission sera interrompue et doit être abordée.

Le nouveau plan d'action d'urgence du Tchad est globalement solide, mais il a pour objectif de s'attaquer à de nombreux domaines simultanément. Il ne fait pas clairement une priorité de la flambée de la maladie dans l'est du pays. L'analyse de la situation dans ce pays identifie des zones à haut risque. Mais ceci ne se reflète pas dans les objectifs fixés et les actions prévues. Le plan définit des indicateurs pour suivre le renforcement du soutien technique. Cependant, ces indicateurs portent sur les structures et les processus, et ne permettront donc pas d'évaluer la performance réelle de cette équipe renforcée.

La situation au Tchad reste très préoccupante. Nous demandons de recevoir toutes les deux semaines des mises à jour sur la mise en œuvre de ce programme, en particulier sur les progrès accomplis dans l'établissement d'une équipe OMS/CDC/UNICEF opérationnelle. Compte tenu de la situation d'urgence au Tchad, nous n'hésiterons pas à exprimer, aux responsables concernés de ces organismes, nos préoccupations sur les retards dans cette mise en œuvre. Il est crucial que le Tchad reçoive le plus haut degré d'attention.

Recommandations

- **Nous recommandons que les responsables de l'OMS, des CDC et de l'UNICEF veillent personnellement à ce que les dispositions nécessaires soient en place pour permettre aux nouvelles équipes de leurs organismes au Tchad de commencer à opérer de façon**

- efficace dans les meilleurs délais.
- Nous recommandons que le plan d'action d'urgence du Tchad soit révisé afin (i) d'accorder plus clairement une priorité aux zones identifiées comme étant à haut risque, (ii) d'établir des indicateurs de performance susceptibles d'être suivis à mesure que les équipes techniques progressent en taille.
 - Nous recommandons que le programme du Tchad inclue un travail collaboratif avec le secteur de la santé animale afin de renforcer la vaccination parmi les populations éloignées et difficiles à atteindre.
 - Nous demandons de recevoir toutes les deux semaines des mises à jour sur la mise en œuvre du plan d'urgence au Tchad, en particulier sur les progrès accomplis dans l'établissement d'une équipe OMS/CDC/ UNICEF opérationnelle.

République démocratique du Congo

Ayant manqué l'objectif d'interruption de la transmission avant la fin de 2010, la République démocratique du Congo a détecté 59 cas en 2011 jusqu'à présent. À la même époque l'an dernier, aucun cas n'avait été signalé depuis six mois. La majorité des cas décelés en 2011 ont été enregistrés à Kinshasa. Il y a trois chaînes de transmission actuellement actives dans le pays. La chaîne de transmission active la plus persistante se trouve à l'est et perdure depuis 2006.

Sur la base de données issues de contrôles indépendants, les CDC estiment que le bilan de la vaccination dans ce pays est moyen. Lors de la Journée nationale de vaccination d'avril 2011, cinq des onze États n'ont pas réussi à atteindre plus de 10 % des enfants.

La situation épidémiologique a radicalement changé depuis la rédaction du plan stratégique 2010-2012 de l'IMEP. Ce plan établit un indicateur principal de processus pour la vaccination, qui est ciblé seulement sur trois provinces : Orientale, Nord-Kivu et Sud-Kivu. Or la transmission est maintenant bien plus répandue.

Le bilan de la surveillance est médiocre. L'inadéquation

des échantillons de selles pose un problème particulier. L'analyse virologique confirme l'existence d'une grave lacune sur le plan de la surveillance, en particulier à l'est du pays.

Le plan d'urgence du pays vise à interrompre la transmission avant fin septembre 2011.

Évaluation

Nous sommes profondément préoccupés par la situation en République démocratique du Congo. Le tableau inquiétant révélé par les données de vaccination et de surveillance est confirmé par l'observation d'un dysfonctionnement largement répandu sur le terrain. Notre dernier rapport faisait l'éloge du plan d'action d'urgence du pays. Compte tenu des progrès actuels, il est hautement improbable que la République démocratique du Congo parvienne à interrompre la transmission de la poliomyélite avant la fin du mois de septembre 2011, comme cela était prévu.

Un engagement des autorités au plus haut niveau est indispensable pour éradiquer la poliomyélite et nous demandons instamment à la participation active du Président dans cette cause. Sans cette participation, il nous est impossible de croire que le changement actif nécessaire pour éradiquer la transmission de cette maladie en République démocratique du Congo sera fait.

Recommandations

- Nous recommandons que les principaux partenaires obtiennent l'engagement du Président de la République démocratique du Congo, en tant qu'autorité responsable des actions d'urgence dans ce pays pour interrompre la transmission de la poliomyélite.
- Nous recommandons que la République démocratique du Congo, en collaboration avec les CDC et l'OMS, modifie l'indicateur principal de processus pour fin 2011, qui est basé sur la vaccination, afin de refléter la nécessité d'une bonne couverture de toutes les régions récemment touchées.

Inde

En 2009, l'Inde avait signalé 741 cas de poliomyélite. En 2010, ce chiffre a diminué de 94 % avec 42 cas. Au cours du premier semestre 2011, un seul cas a été enregistré dans ce pays. L'ouest de l'Uttar Pradesh et le centre du Bihar étaient depuis longtemps au cœur de cette transmission persistante. Les derniers cas dans ces régions ont été détectés respectivement il y a plus de 15 et 9 mois. Le seul cas déclaré dans le pays en 2011 a été détecté le 13 janvier dans l'ouest du Bengale.

Sur la base des bilans de vaccination et de surveillance, les CDC estiment aujourd'hui que l'Inde présente un faible risque d'échec sur le plan de la détection et de l'interruption de la transmission. L'Inde a atteint avec succès les objectifs nationaux qui lui avaient été spécifiquement fixés pour fin 2010 dans le plan stratégique 2010-2012 de l'IMEP. Un résultat qui n'a été atteint par aucun autre pays touché par une endémie ou une transmission. Les échantillons environnementaux n'ont rapporté aucun cas de poliovirus sauvage à ce jour en 2011.

Évaluation

Tout ce que nous constatons en Inde semble positif. Jusqu'ici, le pays s'est livré à un travail intensif et a procédé à d'importants investissements financiers pour éradiquer la maladie. L'échelle de sa riposte a été considérable (Figure 5). La preuve absolue est encore à quelques mois. Le pays entre maintenant dans la haute saison classique pour la transmission de la poliomyélite. Nous félicitons vivement l'Inde pour ce qu'elle a réalisé jusqu'ici. Mais nous tenons aussi à rappeler que toute attitude d'autosatisfaction serait fatale dans les mois cruciaux qui attendent l'Inde. La riposte ne peut consister à rester immobile en attendant que les choses se passent. Elle suppose de rechercher de façon proactive chaque vulnérabilité potentielle et de la surmonter.

Un résumé des actions actuelles nous a été présenté. Il est globalement très bien formulé. Une question doit rester prioritaire à l'esprit de tous : « Où sommes-nous vulnérables et que pouvons-nous faire à cet égard ? » Nous ne sommes pas persuadés qu'une analyse des risques suffisante ait été menée dans tous les états du pays. Où se trouvent les principales vulnérabilités au sein de chaque État ? Si l'on réunit toutes ces analyses,

quel est l'État le plus vulnérable ? Des actions sont entreprises sur chacune de ces questions, mais elles mériteraient d'être approfondies par des recherches plus importantes et de voir leur rythme s'accélérer.

Recommandations

- Nous recommandons qu'au cours du prochain mois, chaque État de l'Inde procède à sa propre analyse de risque pour identifier les zones et les populations à haut risque d'importation et de propagation de la poliomyélite et élaborer un plan clair pour traiter les vulnérabilités identifiées.
- Nous recommandons que le programme national indien mette à jour avec un regard critique sa propre perception des risques à la lumière des analyses menées par les États, pour définir si certaines zones nécessitent une intervention supplémentaire.

Chaque Journée nationale de vaccination en Inde inclut :

225 000 000	doses de vaccin contre la poliomyélite
2 000 000	porte-vaccins
6 300 000	packs de glace
2 500 000	vaccinateurs
1 170 000	équipes de vaccination
155 000	superviseurs dans 155 000 véhicules
709 000	stands de vaccination
174 000 000	enfants vaccinés

Figure 5 : Ces chiffres illustrent l'envergure du programme contre la poliomyélite en Inde.

Nigéria

Situation

Le Nigéria a accompli d'excellents progrès en 2010. Le nombre de cas déclarés cette année est inférieur de 95 % à celui de 2009. Indépendamment du fait que l'interruption de la transmission de la poliomyélite au Nigéria constitue un objectif capital en soi, celle-ci revêt une importance stratégique pour l'initiative d'éradication à l'échelle mondiale. Le virus se propage facilement depuis le nord du Nigéria, répandant l'infection dans les pays voisins dans laquelle la couverture par la vaccination systématique est faible (Figure 6). Outre l'impact humain, la lutte contre ces flambées détourne l'attention du programme mondial et coûte cher.

Le *Plan stratégique 2010-2012 de l'IMEP* identifie douze États nigériens à haut risque. Huit d'entre eux ont atteint les principaux indicateurs de processus fixés pour fin 2010 et fin 2011 : moins de 10 % des enfants

ne recevant pas de doses de VPO et plus de 80 % recevant au moins trois doses. Les États de Katsina et de Yobe ne parviennent pas à atteindre les premier et second indicateurs respectivement. Les États de Borno et de Kano n'ont atteint aucun des deux indicateurs.

Les données de monitoring des « engagements d'Abuja » suivent l'implication personnelle des gouverneurs des États dans les actions d'éradication. Ces engagements ont décliné de façon substantielle pendant la dernière période électorale. En effet, le nombre de cas de poliomyélite enregistrés au premier semestre 2011 est cinq fois plus important qu'au premier semestre 2010.

Dans notre rapport d'avril 2011, nous avons estimé que le Nigéria n'était pas en bonne voie pour interrompre la transmission de la poliomyélite avant fin 2011. Nous avons indiqué qu'il avait le potentiel pour y arriver et lui avons vivement conseillé de s'engager à atteindre cet objectif. Pour répondre à notre demande,

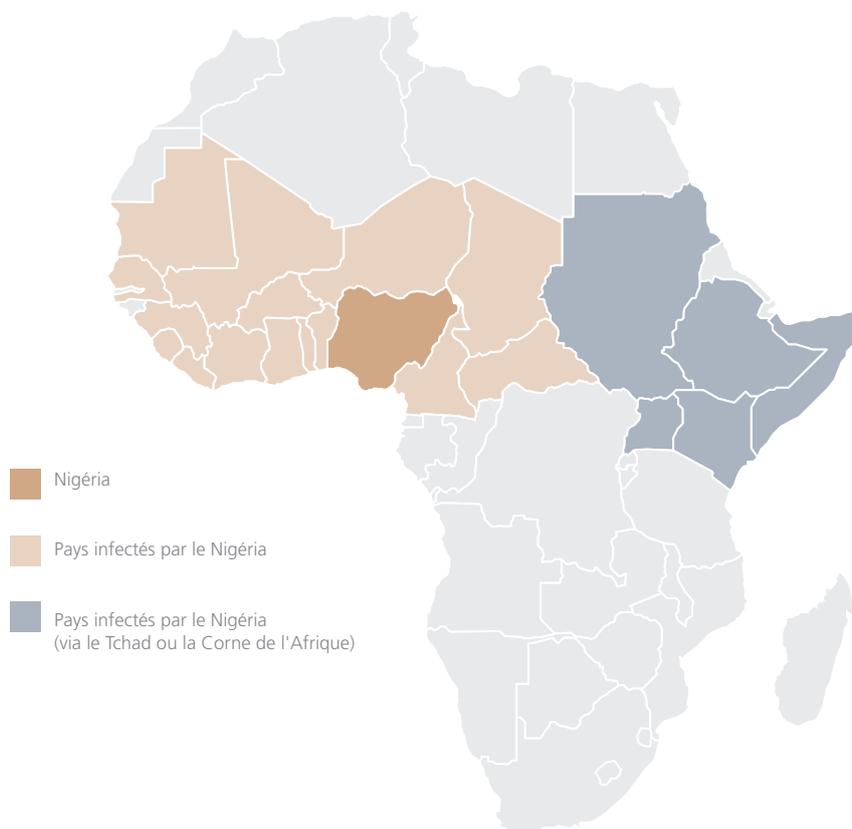


Figure 6 : L'importance stratégique du Nigéria pour parvenir à l'éradication mondiale est démontrée par la propagation de la poliomyélite à 20 autres pays de l'Afrique entre 2006 et 2010.

le pays a rapidement développé un plan d'action d'urgence. Celui-ci édicte clairement les responsabilités à chaque niveau. Il remet sur le devant de la scène la priorité accordée aux engagements d'Abuja, en tant qu'outil de suivi de l'implication personnelle des autorités dans la direction des opérations dans les zones de gouvernement locales (LGA).

Évaluation

L'essoufflement de la dynamique due aux élections dans le pays a dissipé un peu notre optimisme depuis la publication de notre rapport d'avril 2011.

Cela étant dit, il est clair que la détermination des autorités à diriger ce programme au Nigéria n'a pas faibli. Il s'agit là d'un signe positif. Le gouvernement du pays renforce son engagement à éradiquer la poliomyélite. Ceci est ostensiblement démontré par la récente attribution de fonds fédéraux à cette initiative. Le plan d'action d'urgence qui nous a été présenté est solide.

Pour que le pays se montre à la hauteur de l'engagement affiché par gouvernement au plus haut niveau, la performance devra être élevée dans les zones géographiques cruciales.

Le plan d'action cite les États qui suscitent des préoccupations particulières (y compris ceux décrits ci-dessus où les données montrent clairement un bilan de vaccination décevant).

L'État de Kano est une préoccupation majeure. Sa couverture vaccinale systématique est faible; on constate une persistance des trois types de poliovirus qui y circulent; et cet État constitue le lien géographique entre le nord-est et le nord-ouest. Kano reste un risque qui couve et qui pourrait saper toute l'initiative d'éradication.

« Kano reste un risque qui couve et pourrait saper toute l'initiative d'éradication. »

Nous avons été préoccupés lorsque nous avons appris les retards dans l'approvisionnement des vaccins financés par la Banque mondiale. Ces retards, qui se sont étalés sur plusieurs mois l'an dernier, représentent une source de risque continue et doivent être rapidement résolus.

Le renforcement des activités de communication et de mobilisation sociale dans le nord du Nigéria est notable. La mise en œuvre d'une stratégie de communication intensive dans les hôpitaux ces derniers mois est un pas dans la bonne direction. L'accent accru mis sur la microplanification guidée par les données, afin d'identifier les foyers résistants et les enfants non vaccinés, est d'une importance cruciale pour suivre et résoudre ces problèmes. L'engagement croissant des chefs religieux et traditionnels au cours des six derniers mois est palpable. Les émirs de certaines zones de gouvernement locales (LGA), notamment dans les États de Zamfara et Sokoto, tiennent désormais de réunions dans leur palais, ce qui confère de la visibilité et de la crédibilité aux campagnes de vaccination contre la poliomyélite.

Nous nous réjouissons du lancement de la surveillance environnementale au Nigéria. Il est clair que des lacunes importantes persistent sur le plan de la surveillance. Nous avons noté la réalisation récemment d'une revue documentaire de la surveillance dans l'État de Kano. À cela s'ajoutent des projets de réalisation d'autres revues dans les États de Kabi et Sokoto, ainsi qu'un projet ultérieur d'une revue documentaire internationale de surveillance.

Recommandations

- **Nous recommandons que le Nigéria travaille avec les CDC et l'OMS afin de convenir de l'introduction d'un principal indicateur de processus supplémentaire pour fin 2011, basé sur les données de monitoring indépendants.**

Pakistan

Situation

Parmi les pays d'endémie, le Pakistan est le seul à avoir enregistré une hausse des cas entre 2009 et 2010. Pour riposter à cette situation, le pays a élaboré un plan d'action national d'urgence. Celui-ci vise deux objectifs. Dans les zones tribales sous administration fédérale (FATA), son but est de développer des stratégies afin d'augmenter la couverture dans les zones peu accessibles. Ailleurs, il accorde une attention particulière à 33 districts à haut risque dans le Khyber Pakhtunkhwa (ex-Province de la Frontière du Nord-Ouest), le Sindh, le Baloutchistan et le centre du Pakistan. Son but est d'augmenter la couverture vaccinale par le biais d'une série bien définie de comités et d'autorités responsables - sous-districts (union councils), districts, provinces et niveau national - chacun faisant remonter les indicateurs de processus et les données de couverture le long de la chaîne.

D'après l'évaluation des CDC, la performance de la vaccination reste faible et le bilan de la surveillance moyen. Cinquante-quatre cas ont été signalés cette année jusqu'à présent, exactement le double du chiffre enregistré au cours du premier semestre 2010.

Évaluation

Notre évaluation précédente indiquait que le plan d'action d'urgence du Pakistan était bien formulé, mais que son effet sur le terrain n'était pas encore visible. Elle reste inchangée aujourd'hui. Nous félicitons le premier Ministre qui a pris personnellement la direction des opérations. En juin 2011, il a présidé la réunion d'un groupe spécial. Cependant, il apparaît clairement que les effets de ce plan ne se font pas encore réellement sentir au niveau des sous-districts.

En effet, l'objectif de ce plan était d'interrompre la transmission de la poliomyélite dans les FATA, le Khyber Pakhtunkhwa et le centre du Pakistan avant le milieu de 2011. Or, à l'évidence, il n'a pas été atteint.

L'action entreprise pour augmenter de façon significative les capacités au niveau des districts et des sous-districts est louable. Un effectif de cent personnes dédiées à la communication et à la mobilisation sociale au niveau des districts et un effectif de quatre cents personnes au niveau des sous-districts sont cours de

recrutement. Il s'agit là d'un développement important et nécessaire.

La province du Sindh présente un intérêt particulier. Dans d'autres zones du pays, le programme doit surmonter les problèmes causés par les conflits et l'insécurité, ce qui n'est pas le cas dans le Sindh. Nous allons donc étudier cette province en tant que simple indicateur du succès (ou non) de la mise en œuvre actuelle du plan national. Et il n'y a véritablement aucune raison pour que nous n'y constations pas bientôt de réels progrès.

L'engagement croissant du Pakistan dans l'interruption de la transmission de la poliomyélite est de plus en plus manifeste. Il convient d'ailleurs de féliciter son gouvernement pour l'action qu'il entreprend. À l'heure actuelle, le travail fourni par ses partenaires est intensif. Cependant, le Pakistan est encore à la traîne derrière les autres pays d'endémie. Il semble encore qu'il sera le dernier pays à arrêter la transmission, ce qui fait qu'il met en danger ses voisins et l'initiative mondiale. Ce pays doit faire preuve d'une énergie sans faille pour s'attaquer aux problèmes de mise en œuvre de son programme d'action d'urgence.

« Le Pakistan doit faire preuve d'une énergie sans faille pour s'attaquer aux problèmes de mise en œuvre de son programme d'action d'urgence. »

Les sept risques immédiats

Au nombre des complexités de ce programme mondial figure la nécessité pour ses responsables d'avoir toujours une vue précise des principaux risques immédiats auxquels celui-ci se trouve confronté.

Selon notre évaluation, ces risques sont les suivants.

1. Incapacité à éteindre la transmission dans les zones connues pour répandre largement l'infection : nord du Nigéria, province de Luanda en Angola, est de la République démocratique du Congo et Tchad.
2. En République démocratique du Congo, incapacité à obtenir l'engagement nécessaire au niveau présidentiel pour faire de l'éradication de la poliomyélite dans ce pays un impératif.
3. Au Tchad, incapacité à souder le nouvel effectif de 100 personnes sur le terrain en une équipe de haute qualité apportant des améliorations.
4. En Inde, incapacité à déceler les signes d'alerte dans les zones non touchées actuellement par la poliomyélite, mais où elle pourrait encore réapparaître
5. Incapacité à combler les insuffisances de la surveillance au niveau infranational, ce qui permet à la poliomyélite de subsister en passant inaperçue.
6. Au Pakistan, incapacité à renforcer les obligations de rendre compte, ce qui permet de poursuivre des campagnes de vaccination inefficaces dans de nombreux sous-districts.
7. Incapacité d'agir sur les points faibles et les déficits des programmes de vaccination à un micro-niveau dans de nombreuses zones touchées.

Notre premier rapport, publié en avril 2011, évaluait les facteurs clés de succès de l'IMEP : facteurs techniques, facteurs organisationnels, facteurs politiques et de gouvernance, facteurs d'infrastructure et facteurs humains.

Il reste frappant de voir que le programme ne permet pas d'atteindre une performance uniforme dans tous ces facteurs clés de succès. À titre d'exemple, les campagnes de vaccination menées régulièrement, avec très peu d'enfants non vaccinés, sont une référence pour le programme dans certains pays. Mais dans d'autres, les campagnes sont effectuées de façon sporadique et laissent constamment de côté un grand nombre d'enfants, ce qui fait que la population se trouve sans protection contre le virus.

Dans certains pays, l'engagement au plus haut niveau est important et les systèmes d'exécution aux niveaux régional et local reflètent cet engagement et s'alignent sur celui-ci, tandis que dans d'autres, l'engagement politique au niveau national se dégrade et se trouve complètement dissipé lorsqu'il atteint les équipes en première ligne.

Cette partie de notre rapport est basée sur nos connaissances qui s'approfondissent des raisons du succès, de l'échec et de la médiocrité des performances, afin d'en analyser leurs causes profondes. À la fin de ce rapport, nous formulerons des recommandations visant à répondre aux points que nous évoquons dans cette partie.

1. Le manque d'encadrement local, de savoir-faire et d'expérience rend impossible tout progrès

Dans certains pays touchés par la poliomyélite, malgré l'engagement politique au niveau le plus élevé, il n'y a simplement pas assez de personnes pour exécuter le programme et assurer que cet engagement se traduise en action sur le terrain. Les fonctions d'encadrement local ne sont pas faciles. Elles exigent des personnes concernées qu'elles possèdent une expérience de la microplanification, qu'elles motivent et mobilisent le personnel, qu'elles recueillent et analysent les données, qu'elles maintiennent inexorablement la priorité sur l'assurance qualité, qu'elles soient expertes en

logistique et qu'elles soient créatives et capables de trouver rapidement des solutions. Faute de mettre en place des leaders locaux dotés de telles compétences (et plus encore) dans les zones névralgiques, réfractaires à la vaccination, il est presque certain que l'éradication de la poliomyélite échouera.

Il n'est pas bon de croire comme M. Micawber (dans « David Copperfield » de Charles Dickens) que « quelque chose arrivera ». De la même manière, les délais de formation sont trop longs. Nous pensons fortement que les pays affichant un solide parcours dans l'éradication de la poliomyélite pourraient créer de façon naturelle des partenariats avec les pays touchés. Par exemple, pourquoi ne pourrait-on pas détacher des effectifs du Brésil pour renforcer les actions d'éradication en Angola ? Pourquoi l'effectif égyptien ne prêterait-il pas main forte au Tchad ? Pourquoi l'expertise chinoise ne pourrait-elle pas être déployée pour soutenir la République démocratique du Congo ? Ces partenariats, associés à une aide financière appropriée, pourraient aussi démontrer très efficacement l'existence d'un soutien politique plus large en faveur de l'éradication. Nous formulons une recommandation à l'appui de cette idée.

2. Le fait de ne pas reconnaître que les connaissances locales des personnes sur le terrain ont des répercussions à l'échelle du programme met en danger l'IMEP

Peu importe l'ampleur de l'engagement et de la planification à l'échelle mondiale, régionale ou nationale, l'éradication de la poliomyélite ne pourra finalement être réalisée que si les conditions locales sont bonnes. L'un des aspects les plus difficiles de tout programme de changement est d'exploiter les informations au micro-niveau qui soulignent les dysfonctionnements, afin de « diagnostiquer » les problèmes au niveau du système et de prendre des actions correctives stratégiques. De la même manière, souvent la tentation est grande dans un programme globalement réussi d'écarter les observations sur les mauvaises pratiques formulées au plan local, en les considérant comme des cas isolés, ou de supposer que l'encadrement local les résoudra automatiquement.

Nous sommes de plus en plus préoccupés par le fait que les observations issues du terrain ne sont pas remontées jusqu'aux décideurs et qu'aucune action ne soit prise les concernant.

Nous avons rencontré de nombreux exemples de ces situations. Mais quatre d'entre elles semblent bien illustrer ces points dans leur généralité.

- Lors d'une campagne, les vaccinateurs sont restés passivement à leur poste sur la place de la ville au lieu de se mélanger à la foule et d'encourager activement les aidants à amener les enfants pour les faire vacciner
- Falsification des feuilles de pointage en exagérant la couverture vaccinale
- Pannes d'électricité conduisant au gaspillage et à la perte d'échantillons de selles
- Vaccinateurs payés qui « sous-traitent » les tâches à des enfants non formés

Ceci peut vous sembler être des observations beaucoup trop subtiles pour être soulevées aux plus hauts niveaux d'un programme mondial. Nous ne partageons pas ce point de vue. Si l'on tient compte de l'effet de la partie submergée de l'iceberg, cela veut dire que ces observations ne représentent probablement pas toute l'étendue des dysfonctionnements se produisant au sein de l'équipe observée et que ceux-ci s'étendent au-delà de cette équipe à d'autres équipes ou d'autres tâches. Chaque observation doit donc être considérée comme un signal. Si une équipe reste à son poste et ne se mêle pas à la foule, qu'est-ce que cela indique ? Cela suggère qu'elle ne s'engage pas activement dans la tâche dont elle est chargée, à savoir vacciner autant d'enfants qu'elle peut. Ses instructions étaient peut-être trop rigides et elle n'a pas été encouragée à faire appel à son propre jugement. Elle a peut-être omis de prendre des responsabilités. Il y a beaucoup d'enseignements derrière chacun de ces événements. Si les feuilles de pointage sont falsifiées, qu'est-ce que cela signifie sous l'angle de l'engagement dans le programme ? Il est fort peu probable qu'il s'agisse d'un événement isolé et cela reflète un dysfonctionnement profond et préjudiciable.

Quand un même problème se produit dans de nombreux lieux différents, des solutions à l'échelle du système peuvent s'avérer nécessaires. L'emploi d'enfants en tant que vaccinateurs est un exemple de thème récurrent. En plus du problème de la « sous-traitance », ceci peut se produire parce que le remboursement offert est insuffisant pour attirer des vaccinateurs matures motivés ou parce que les processus de recrutement sont laxistes.

Les observations au micro-niveau sont importantes pour deux raisons. En premier lieu, le fait qu'elles se produisent dans des lieux géographiques différents indique clairement là où réside le plus grand problème. En second lieu, ces observations sont une source riche d'enseignements. Le trait commun entre les trois observations ci-dessus, si ce n'est les quatre, est l'absence de prise de responsabilité. Le programme peut en tirer des enseignements sur la façon de communiquer avec les effectifs.

Les observations au micro-niveau racontent l'histoire vraie, comme ne peuvent le faire les indicateurs sophistiqués. Elles doivent arriver sur le bureau des responsables au plus haut niveau et être exploitées et prises avec autant de sérieux que les macro-indicateurs de l'efficacité du programme.

3. L'incapacité à voir et à reconnaître l'importance des données sociales fait que des enfants ne sont pas vaccinés pendant les tournées de vaccination.

La polio évolue de façon mystérieuse, touchant des groupes particuliers de la population de façon disproportionnée et se propageant d'une manière qui n'est pas immédiatement visible. Le recueil d'informations détaillées sur chaque enfant ayant contracté la poliomyélite a permis de mettre au grand jour certains de ses mystères. Des stratégies nationales entières ont été améliorées en prenant en compte les idées précieuses que les rapports sur ces cas peuvent apporter. En Inde, ils ont montré que les enfants des populations nomades étaient fréquemment touchés par la poliomyélite parce qu'ils avaient manqué de façon répétée les tournées de vaccination. Ces enfants vivent en dehors de la carte et ne sont pas enregistrés par les microplans qui guident les visites de maison en maison. Des investigateurs à l'œil vigilant ont

remarqué l'existence de rapports récurrents sur la poliomyélite touchant les enfants des travailleurs migrants dans les briqueteries. Ces informations ont déclenché des initiatives nationales visant à atteindre ces groupes de population vulnérables pendant les jours de vaccination. Si les rapports sur ces cas s'étaient contentés d'exposer seulement les données médicales, de telles subtilités auraient été ignorées et le programme de vaccination en Inde aurait été moins performant.

Bien que des progrès aient été accomplis dans le recueil et le suivi des données d'ordre social pour guider les actions d'éradication de la poliomyélite, la qualité et l'exhaustivité de ces données varient de façon substantielle entre les pays. Nous avons appris avec inquiétude qu'il est courant que ces données soient omises dans les formulaires lors des investigations sur les cas de poliomyélite et que les formulaires d'enquête sont souvent vierges là où devraient se trouver ces informations. Nous ne pouvons savoir quelles sont les connaissances qui font défaut de ce fait, mais ce dont nous sommes certains c'est qu'elles font défaut. Quand les travailleurs de l'IMEP entrent en contact avec un enfant atteint de la poliomyélite, ils ont une occasion en or de recueillir des données d'une valeur réelle. Qu'ils soient médecins, employés par un gouvernement local ou spécialistes de la communication, leur responsabilité doit être identique : enregistrer des données complètes susceptibles d'être profitables au programme. Nous formulons une recommandation spécifique de traiter ce point.

4. La standardisation mondiale des procédures a été une grande réussite dans d'autres programmes ; alors pourquoi ne l'est-elle pour la polio ?

Parmi les diverses raisons complexes de la faible couverture vaccinale, il en est une qui semble tristement simple. Certaines zones affichent une couverture faible parce que les vaccinateurs n'utilisent pas toujours les mêmes techniques comme le font leurs collègues plus performants ailleurs. Le défi que cela soulève pour la gestion est de réduire les écarts et de trouver des moyens d'élever la performance des groupes les moins bons

au niveau de celle des meilleurs. Les techniques en elles-mêmes n'ont rien de complexe. Le problème est de faire en sorte que les gens les utilisent de façon fiable. La réponse standard consiste à élaborer des règles et des check-lists. Mais celles-ci ont tendance à prendre la poussière sur des étagères au lieu d'atteindre les personnes qui doivent les appliquer.

Les écarts de performance sont un problème auquel sont confrontés de nombreux secteurs et le programme sur la poliomyélite peut tirer des enseignements des solutions qu'ils ont adoptées. Les passagers aériens, n'apprécieraient pas les écarts de performance. Ils veulent savoir que le pilote de leur appareil a pris chacune de mesures fondamentales qui lui sont imposées. Les check-lists font intégralement partie du travail d'un pilote. Elles sont utilisées de façon très particulière. Leur exécution est bien loin d'être considérée comme un simple exercice de paperasse ou une vague série d'incitations de second plan. Bien au contraire, la check-list vise à stimuler la communication au sein de l'équipe et l'engagement de l'équipe à accomplir une action. Les pilotes s'expriment à travers leur check-list en vérifiant que chaque action principale a bien été exécutée. Et aucune des actions n'est compliquée pour les pilotes formés. Ils sont même capables de se souvenir de la plupart d'entre elles sans l'aide de la check-list. Cependant, la check-list constitue un guide pour garantir qu'il n'y ait jamais aucun oubli. En la passant en revue ensemble, les pilotes prennent leurs responsabilités. Cela les soude en tant qu'équipe.

L'utilisation des check-lists en équipe se répand désormais dans la pratique clinique. Dans les blocs opératoires, certaines actions, qui sont manifestement essentielles, sont encore omises avec une fréquence notable. Nous citerons la vérification de l'identité du patient ou le fait de s'assurer que tous les consommables indispensables sont bien en place. Les équipes chirurgicales utilisent désormais la check-list de sécurité chirurgicale de l'OMS pour convenir oralement des meilleures pratiques simples avant de démarrer l'intervention. Nombreux étaient ceux qui pensaient que cette check-list était inutile et qu'elle n'aurait aucun impact. Ils se sont trompés.

Son utilisation réduit de façon sensible le nombre d'opérations au cours desquelles des actions simples sont oubliées et fait chuter la mortalité opératoire de 40 %, un taux remarquable.

Nous recommandons qu'un enseignement similaire soit appliqué à la poliomyélite. Il ne s'agit pas de créer davantage de paperasse. À l'instar de ce qui se passe dans le cockpit et au bloc opératoire, le cœur du sujet ici est d'améliorer la mémorisation des actions nécessaires par les équipes de vaccination et de rendre ces équipes responsables de suivre à la lettre ce rappel. Cela ajoutera quelques minutes de plus à la journée de vaccination, mais l'effet sera multiplié par dix.

5. Les personnes résolvent les micro-problèmes à condition d'avoir la responsabilité pour le faire

Dans la vaccination contre la poliomyélite, il y a deux choses certaines : les vaccinateurs rencontreront des difficultés et il n'y a pas deux endroits où elles seront exactement pareilles. Il est important que les effectifs en première ligne appliquent systématiquement les meilleures pratiques. Il est tout aussi important qu'ils réagissent avec souplesse aux problèmes spécifiques auxquels ils sont confrontés. Lorsque l'on a été jusqu'au bout des règles, l'ingéniosité humaine doit prendre le relais. Nous avons été très intéressés par l'histoire des vaccinateurs qui s'étaient vus refuser l'entrée dans des maisons en Afghanistan parce que les mères étaient trop intimidées pour leur ouvrir la porte. La réponse ingénieuse à cette situation a consisté à intégrer un enfant à l'équipe de vaccination pour l'aider à obtenir cet accès. L'enfant peut approcher de la maison et négocier avec la mère comme ne peut le faire l'équipe de vaccination. Le recours à des enfants en tant que vaccinateurs est un problème dans certaines parties du monde. Mais si l'on met l'accent sur cette approche subtile, on aboutit à une excellente solution.

Dans le nord du Nigéria, une vaccinatrice a découvert qu'elle pouvait venir à bout de l'accueil glacial qui lui était réservée en aidant une mère à piler le millet. En constatant que cette tactique marchait dans un foyer, elle l'a rapidement appliquée à d'autres et l'a partagée avec ses

collègues. Il s'agit d'une solution simple, trouvée rapidement par un travailleur souple et motivé. Un vaccinateur rigide ou non intéressé n'aurait pas eu cette idée.

Ces « micro-innovations » ou pratiques micro-comportementales sont souvent fûtées parce qu'elles sont simples. Elles peuvent être extrêmement efficaces. Habituellement, il est impossible de les transmettre chacune au-delà de leur contexte particulier. Mais elles peuvent être partagées avec d'autres au niveau local. Et ce que nous pouvons et devons néanmoins généraliser, c'est un comportement axé sur la résolution des problèmes, la volonté de réussir et la liberté d'innover pour les personnes en première ligne. Nous formulons des recommandations sur la façon de stimuler systématiquement ces attitudes.

6. On parle de l'utilisation sélective d'une combinaison du VPI et du VPO. Pourquoi ne pas l'envisager sérieusement ?

Nous entendons murmurer de l'idée d'administrer le VPI et le VPO de façon combinée. Les partisans de cette approche soulignent la valeur particulière de cette idée dans les zones où l'accès aux enfants est sérieusement limité par les conflits. Dans de tels environnements, chaque opportunité d'atteindre un enfant est précieuse. Les incursions répétées pour la vaccination ne sont pas possibles. De ce fait, il convient de profiter de chacune d'elles pour réaliser l'intervention la plus efficace qui soit. Il y a certaines preuves à l'appui du fait qu'une approche combinant les deux vaccins réduit le risque d'échec de la vaccination par rapport à l'administration du VPI ou du VPO seul. (Figure 7).

D'autres sont opposés à cette idée et estiment qu'elle est une source de complexité et de coût supplémentaires inutiles et qu'elle pourrait être dangereuse. Nous n'avons pas d'opinion particulière concernant la réponse à cette question. Mais nous remarquons qu'elle est simplement dans l'air et non réellement appréhendée. Ceci a le potentiel d'être une innovation utile. Par conséquent, le débat doit être correctement aéré. Nous formulons une recommandation dans ce sens.

7. L'IMEP est davantage basée sur « la pression » que « l'attraction ». Où est la mobilisation de la demande venant des parents ?

De nombreux systèmes de santé développés ont désormais pris conscience que les patients ne font pas purement et simplement ce que les médecins leur prescrivent de faire. Ils sont passés d'un modus operandi dans lequel le médecin dominait et « la conformité » était l'objectif, à un autre dans lequel il y a un dialogue équilibré entre les parties, une reconnaissance du fait que le patient partage à la fois le pouvoir et la responsabilité. Des programmes sont appliqués pour responsabiliser les patients, qui indiquent alors à leur médecin ce qu'ils désirent qu'il fasse pour eux plutôt que l'inverse.

Le langage adopté par l'IMEP nous fait penser à celui que l'on entendait dans les salles de consultation il y a fort longtemps. « La conformité » est encore mesurée et les « refus » sont quelque chose contre lequel il faut lutter. Tout cela s'apparente assez à une confrontation. Même le travail des mobilisateurs sociaux vise encore à sensibiliser les gens aux campagnes et à vaincre les refus rencontrés.

Il y a quelques d'espaces dédiés à « l'attraction » dans le programme. Le Rotary fait du bon travail avec des groupes qui mobilisent les communautés. Toutefois, dans l'ensemble, le programme ne semble pas atteindre le niveau plus profond qui consiste à susciter réellement et sincèrement la demande. Il manque l'occasion de développer une confiance à long terme et de stimuler la demande au niveau émotionnel au sein des communautés, une demande qui peut même aller au-delà de la poliomyélite.

Si chaque parent comprenait réellement ce qu'est le vaccin antipoliomyélique, il le réclamerait à corps et à cris, et il n'y aurait pas besoin de « lutte ». Si chaque mère était encouragée à voir la vaccination comme faisant partie de son rôle nourricier, elle considérerait la non-vaccination comme une négligence vis-à-vis de son enfant. Elle se battrait pour l'obtenir. Il y a manifestement des espaces dédiés à cela dans le programme, mais l'approche basée sur la « pression » domine nettement par rapport à celle fondée sur « l'attraction ».

Pourcentage d'enfants avec un échec de la séroconversion après une vaccination de type 1

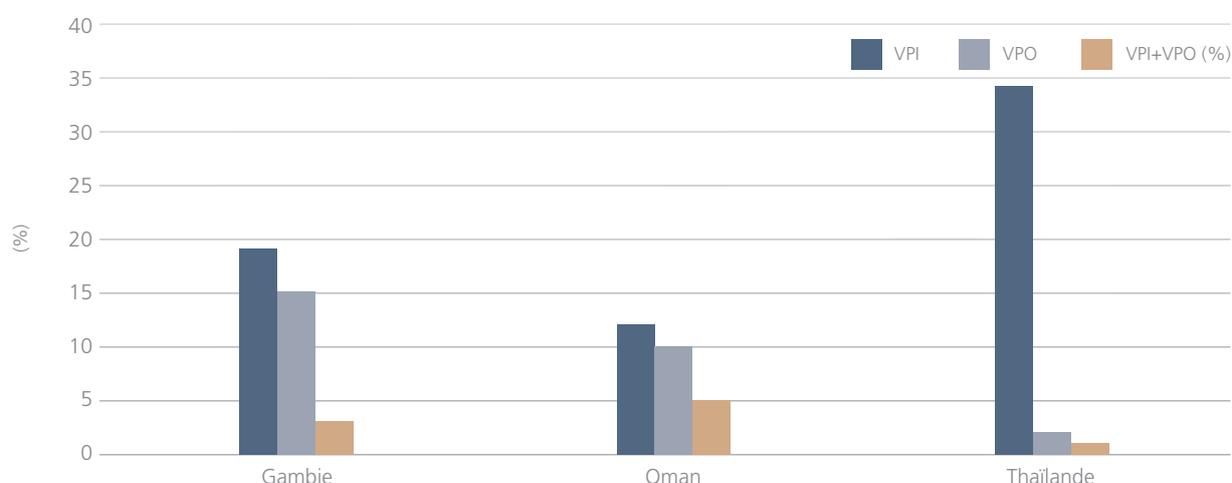


Figure 7 : Les résultats du schéma de vaccination combinant le VPI et le VPO montrent un nombre d'enfants avec un échec de la séroconversion inférieur à celui obtenu en utilisant le VPI ou le VPO seul.

Source : WHO Collaborative Study Group on Oral and Inactivated Polio Vaccines. Combined Immunisation of infants with oral and inactivated poliovirus vaccines: results of a randomized trial in The Gambia, Oman and Thailand, J Infect Dis 175(Suppl 1):S215-S227, 1997.

8. L'insuffisance de financements prévue est on ne peut plus sérieuse. Où se trouve le plan pour résoudre ce problème ?

Il devient parfaitement clair que, si nous poursuivons la même approche concernant la mobilisation des ressources, cela ne permettra pas de financer l'éradication de la poliomyélite jusqu'à son terme. L'IMEP dispose d'un groupe de personnes pleines de talents, dédiées à la mobilisation des ressources. Elle a, depuis longtemps, le soutien d'un groupe principal de partenaires. Mais il n'est ni bon ni durable que la charge financière de ce programme repose de façon disproportionnée sur une base de financements étroite. Il y a un certain nombre de pays riches qui ont demandé l'éradication de la poliomyélite, mais l'ont à peine soutenue financièrement.

Il est aussi évident que l'aspect narratif de l'éradication de la poliomyélite est trop peu développé. De façon délibérée ou non, le message transmis par l'IMEP semble être : (i) il s'agit d'une cause importante, (ii) nous touchons presque le but, (iii) nous ne pouvons pas échouer aussi près du but. Tous ces arguments sont valables. Mais chacun d'entre eux peut être facilement réfuté : il y a de nombreuses causes importantes ; l'IMEP a déjà déclaré qu'elle touchait « presque le but » ; or les économistes ne considèrent pas les investissements à fonds perdu lorsqu'ils évaluent les futures options.

L'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI) soutient fortement l'éradication de la poliomyélite depuis quelques années. Nombre de ses principaux partenaires sont également partisans de cette éradication. Les partenaires de l'Alliance GAVI ont d'ailleurs engagé récemment 4,3 milliards de dollars pour ce travail. La mission de cette Alliance est de sauver des vies infantiles et de protéger la santé des gens en augmentant l'accès à la vaccination dans les pays pauvres. Parmi ses indicateurs, citons le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans et le nombre de futurs décès évités. Il existe des synergies claires entre les objectifs de l'Alliance GAVI et celui de l'IMEP.

Il est possible de parvenir à une plus grande défense de cette cause au sein du public. Dans l'esprit des personnes qui soutiennent l'éradication de la

poliomyélite et travaillent dans ce but, il 'agit d'une grande initiative internationale ayant une importance historique. Dans l'esprit du public, on constate que l'histoire n'est pas la même. Certains ont vaguement l'idée que la poliomyélite a déjà été éradiquée. Et la majorité ne voit pas son utilité. Le Rotary International a fait un excellent travail pour faire connaître cette cause. Nul doute que sa campagne « En finir avec la polio » a accru la sensibilisation à celle-ci. La Fondation Bill & Melinda Gates a également élevé le profil de la poliomyélite, surtout grâce au travail de ses co-présidents. Mais le problème est plus sérieux dans les milieux politiques et de la santé que dans l'esprit du public. Et le programme en pâtit. Les politiciens suivent leurs électeurs. Si des groupes de personnes considéraient l'éradication de la poliomyélite comme une question majeure, il en irait de même pour leur gouvernement.

La poliomyélite a été l'une des principales causes de handicap dans le monde. Les groupes qui défendent les personnes souffrant d'un handicap verraient certainement un grand intérêt à son éradication. Leur voix est puissante. Le fait d'orienter la défense de cette cause vers des groupes spécifiques de ce type pourrait s'avérer un moyen très efficace de susciter une plus grande sensibilisation du public.

9. Les enseignements tirés des innovations majeures dans une partie du programme doivent être appliqués correctement ailleurs.

Nous ne cessons de constater des problèmes de responsabilisation là où il existe une division entre les échelons local et fédéral. Les engagements d'Abuja au Nigéria constituent un système particulier qui a permis de vaincre ce problème. Il convient de remarquer qu'aucune autre approche de ce type n'existe ailleurs. Le système des engagements d'Abuja s'appuie essentiellement sur quatre éléments :

Engagements d'Abuja Quatre éléments clés

Engagement public (1)
par des gouverneurs à accomplir des actions spécifiques (2).
Indicateurs suivis (3) chaque mois et diffusés publiquement (4) dans la presse.

On rencontre couramment ailleurs les second et troisième points. Mais ce n'est pas le cas pour le premier et le quatrième. Nous proposons une recommandation pour résoudre ce point spécifique.

10. La fixation d'un délai a peu de valeur s'il n'est pas accompagné d'étapes bien définies

La plupart des pays ayant un plan d'action d'urgence ont fixé la date à laquelle ils souhaitaient que la transmission soit interrompue. Ces dates semblent un peu arbitraires dans la mesure où elles ne donnent pas une idée précise de la façon dont les progrès seront accomplis d'ici là. Si un pays espère arrêter la transmission de la maladie avant la fin de l'année, quels sont les résultats que nous devrions voir en septembre? Faute d'une définition de sous-objectifs, il n'y a pas vraiment de moyen de savoir si le plan est en bonne voie avant qu'il n'ait atteint sa date limite. Dans certains pays, nous entendons parler de plans ambitieux pour arrêter la transmission en l'espace de quelques mois seulement. Même les principaux indicateurs de processus bien définis ne permettent pas d'évaluer les progrès réalisés au cours d'une période de temps aussi brève.

Si nous voulons convaincre tous les pays que le délai pour l'obtention d'un objectif final n'est pas une question de conviction ou de fanfaronnades, il est crucial que nous soyons capables de modéliser les progrès à accomplir pour être sur la voie de la réussite. La recommandation que nous formulons demande à ces pays d'aborder la question.

11. Le programme doit fixer un plan clairement défini couvrant la période de post-éradication

Le plan stratégique actuel couvre la période jusqu'à l'éradication de la poliomyélite. La planification de ce qu'il faudra faire après cela est un vrai puzzle. Certaines pièces de ce puzzle sont enregistrées dans des dossiers formels. Mais dans certains cas, la réflexion a été poussée plus loin après qu'ils ont été rédigés. Le flou et l'incertitude demeurent sur la façon de mettre en place toutes les pièces du puzzle pour obtenir une image unifiée.

L'IMEP doit très rapidement concentrer ses efforts pour dissiper ce flou, en élaborant un plan qui

couvre la période de post-éradication. Ceci est nécessaire pour plusieurs raisons. Il est absolument manifeste que l'IMEP a besoin d'assez de temps pour planifier avec précision chacune des étapes, obtenir l'accord des parties concernées et commencer à mettre en œuvre les plans.

Les plans pour les phases subséquentes de l'éradication de la polio peuvent présenter des synergies susceptibles d'être déjà exploitées aujourd'hui. Par exemple, il peut devenir évident qu'un travail particulier sera nécessaire pour améliorer la surveillance dans certaines zones au cours d'une phase ultérieure. Ce travail devrait être effectué dès maintenant afin que la phase actuelle du programme en bénéficie également. De la même manière, il peut être décidé que le VPI aura un rôle substantiel à jouer dans les phases subséquentes. Ceci ferait alors baisser son coût de production et l'IMEP devrait trouver un moyen de l'administrer plus largement qu'à présent. Cela ouvrirait la possibilité au VPI de jouer aussi un plus grand rôle dans la phase actuelle. Il s'agit là de simples exemples. Les synergies totales ne pourront être identifiées avant que les plans ne soient débattus dans leur totalité de façon ouverte.

Les partenaires ont besoin de connaître le contenu du plan. L'interruption de la transmission est un chapitre clé de l'histoire de l'éradication de la poliomyélite. Mais nul n'ignore que ce n'est pas la fin de l'histoire. Nous entendons des partenaires qui, de façon compréhensible, se montrent peu empressés à augmenter leur soutien pour la phase actuelle, sans avoir une parfaite connaissance de ce qui suivra. Ils exigent une idée précise du temps qu'il faudra à l'histoire de l'éradication de la poliomyélite pour arriver à son terme et de ce que cela coûtera. La capacité à combler le manque de fonds à court terme dépend de la clarification de la vision à long terme.

La planification devra établir l'introduction progressive d'actions de surveillance et d'exécution de services systématiques liées au mode d'éradication, une fois que celle-ci sera achevée. Ceci exigera une collaboration étroite avec les services de soins de santé primaires. Un démarrage

rapide optimisera l'effectivité et l'efficacité de cette approche.

Le programme doit aussi démontrer une soif d'efficacité. Les partenaires ont besoin de savoir que les opérations actuelles sont analysées de façon implacable afin d'identifier les secteurs où il est possible d'économiser des ressources. Ils veulent savoir que l'IMEP est souple et innovante.

Largement appliqué, ce plan pourrait optimiser l'héritage laissé par l'IMEP. L'IMEP a principalement concentré ses efforts sur son objectif central : éradiquer la poliomyélite. Certains ont contesté cette position. Il est ressorti d'une réunion de l'OMS en 1999 que les programmes subséquents sur l'éradication devraient adopter une approche plus large dès le départ (Figure 8).

Nous ne sommes pas au début du programme d'éradication. L'examen rétrospectif n'a qu'une faible utilité. Aujourd'hui, ce n'est plus le moment de redéfinir une stratégie complète. Mais c'est le moment d'identifier précisément ce que devrait être l'héritage de l'IMEP dans une perspective future. « Nous avons éradiqué la poliomyélite » ... et quoi d'autre ?

- Les microplans ont permis de cartographier des milliers de communautés dans le détail. Comment est-il possible de continuer à les utiliser au mieux ?
- Des dizaines de milliers de personnes ont reçu une formation de mobilisateur social. Comment leurs compétences pourront-elles être utilisées une fois que la poliomyélite sera éradiquée ?
- Des dizaines de laboratoires ont été installés et ces centaines de techniciens formés.

Et la liste n'est pas finie. Sans l'élaboration d'un plan clair pour chacune de ces ressources, les gens perdront leurs compétences, les équipements prendront la poussière et les microplans deviendront des reliques. Comme l'indique le compte rendu de la réunion de l'OMS de 1999, « les effets positifs ne sont pas automatiques, ils doivent être planifiés ».

Aujourd'hui, ce n'est plus le moment redéfinir une stratégie complète. Mais c'est le moment d'identifier précisément ce que devrait être l'héritage de l'IMEP dans une perspective future. « Nous avons éradiqué la poliomyélite » ... et quoi d'autre ?

Le travail de l'IMEP a semé des germes qui ont un potentiel. Mais il faut les nourrir si l'on veut qu'ils portent des fruits. L'objectif central reste l'éradication de la poliomyélite, mais il convient de ne pas perdre les gains supplémentaires. Nous nous félicitons du travail effectué par le Comité de recherche sur la poliomyélite. À l'heure actuelle, il sollicite, entre autres, des propositions sur un projet pilote visant à utiliser les ressources de l'IMEP pour améliorer la qualité des vaccinations systématiques.

« Les futurs programmes d'éradication devraient identifier explicitement dès le départ comment ils contribueront à renforcer les systèmes de santé et avoir des objectifs, des indicateurs et des données de référence spécifiques pour mesurer leurs progrès. »

- Réunion sur l'impact des programmes ciblés sur les systèmes de santé : étude de cas de l'Initiative sur l'éradication de la poliomyélite. OMS, Genève 16-17 décembre 1999

Figure 8 : Il est ressorti d'une réunion de l'OMS en 1999 que les programmes subséquents sur l'éradication devraient poursuivre un objectif stratégique plus large que la simple éradication de la maladie.

Les décisions sur la vaccination sont complexes. Il ne s'agit pas seulement de déterminer quand et comment passer du VPO au VPI, mais aussi d'un type de VPO à un autre. La surveillance est capitale. Nous observons, en particulier, que les Comités d'experts auront un rôle important à jouer dans des cas qui peuvent être cliniquement des cas de poliomyélite, mais ont été décelés trop tard pour obtenir une confirmation par le laboratoire. Ces comités doivent être libres de faire un diagnostic de la poliomyélite si telle est leur opinion et doivent avoir accès au matériel de diagnostic dont ils ont besoin. Il convient d'accorder de l'attention à ces complexités, sans que celles-ci ne la monopolisent totalement. Il faut aussi laisser de la place à l'objectif visant à assurer l'optimisation de l'héritage de l'IMEP pour la santé publique et la prestation des services de santé. (Figure 9).

- **Stratégie et logistique relatives à la vaccination**
- **Assurer la surveillance**
- **Exploiter l'héritage potentiel pour la santé publique et la prestation des services de santé**

Figure 9 : Les trois principaux problèmes que le plan de fin de partie pour la poliomyélite doit résoudre

L'intention des partenaires de publier un avant-projet de plan de fin de partie pour la poliomyélite est louable. Nous demandons à l'étudier avant notre prochaine réunion.

Recommandations

Sur la base de notre analyse précédente,

1. Nous recommandons que les équipes de direction respectives des principaux organismes partenaires s'assurent qu'un plan bien défini est en place pour répondre à chacun des sept risques principaux que nous avons soulignés.
2. Nous recommandons la création de mécanismes de jumelage, par lesquels un pays engage explicitement une assistance financière et une expertise technique pour soutenir un pays désigné, touché par la polio. De tels accords doivent être agréés au niveau ministériel. Le pays touché par la polio garde le contrôle principal sur la nature de l'assistance technique qu'il demande. Nous recommandons que l'IMEP s'efforce de créer très rapidement au moins deux accords de ce type, afin que ces accords et l'assistance technique soient en place dans les trois prochains mois.
3. Nous recommandons que les principaux partenaires de l'IMEP et les programmes des pays exigent que toutes les parties des formulaires d'enquête sur les cas de PFA (c'est-à-dire de poliomyélite éventuelle) soient remplies en totalité, en particulier les parties sur les données sociales. Tous les formulaires dans lesquels l'information est manquante devraient être retournés aux personnes les ayant rendus afin qu'elles les complètent.
4. Nous recommandons que le Rotary International pilote l'utilisation d'une brève check-list pour les équipes de vaccination au début et à la fin de chaque journée de vaccination. Les points de la check-list devraient refléter les meilleures pratiques acceptées, qui sont enseignées aux équipes. Le travail de la journée ne pourrait commencer ou se terminer, sans que l'équipe ait passé en revue la check-list et se soit engagée sur chacun de ses points.
5. Nous recommandons que l'UNICEF pilote et mette rapidement en œuvre un outil simple que le personnel sur le terrain pourrait utiliser dans les sessions de débriefing sur la vaccination afin d'identifier, d'enregistrer et de diffuser localement les micro-innovations efficaces. Nous recommandons que l'UNICEF laisse entendre que cet outil sera utilisé après chaque campagne de vaccination et que des rapports très brefs seront établis dans le monde et partagés rapidement.
6. Nous recommandons que l'UNICEF crée ou commande des matériels textuels et audiovisuels (y compris des courts films) qui utilisent des études de cas pour montrer la puissance des micro-innovations, et incitent les vaccinateurs et les mobilisateurs sociaux à faire preuve de créativité pour s'attaquer aux défis qu'ils rencontrent. Ces vidéos pourraient être largement distribuées pour être vues lors des journées de formation des équipes de vaccination. L'IMEP pourrait souhaiter profiter de cette occasion pour transmettre d'autres messages importants, comme la vision mondiale de l'éradication de la poliomyélite et le rôle essentiel des travailleurs en première ligne.
7. Nous recommandons que, lors de sa prochaine réunion, le Groupe consultatif stratégique d'experts de la vaccination (SAGE) examine les possibilités d'une approche par une combinaison du VPI et du VPO à adopter dans les environnements appropriés.
8. Nous recommandons que les principaux partenaires identifient les leaders dans la défense des droits des personnes handicapées et explorent leur intérêt pour de plus amples informations sur l'éradication de la poliomyélite, en vue d'une éventuelle préconisation d'un soutien politique et financier renforcé.
9. Nous recommandons que les principaux partenaires analysent de façon formelle avec l'Alliance GAVI si une partie de son important financement récent pourrait être affecté à des activités qui concernent des objectifs communs à GAVI et à l'IMEP.
10. Nous recommandons que l'Angola, l'Afghanistan, le Pakistan, la République Démocratique du Congo et le Tchad créent chacun un système reprenant les quatre éléments principaux des engagements d'Abuja pour renforcer et contrôler l'engagement des personnes clés au niveau local et des États/provinces.

11. Nous recommandons que chacun des sept pays, dans lesquels la transmission est établie, fixe un calendrier avec des étapes en vue de l'interruption de la transmission.
12. Nous recommandons que le plan du fin de partie de l'IMEP intègre un plan, phase par phase, pour optimiser l'héritage de l'IMEP pour la santé publique et la prestation des services de santé. Celui-ci devrait reprendre les bénéfices réalisables et définir la façon dont ils peuvent être obtenus, en établissant des objectifs, des étapes et des indicateurs précis. Nous recommandons à l'IMEP de désigner une personne ou un groupe qui aurait une autorité clairement définie pour mener cette partie du travail. Celle-ci peut nécessiter un recrutement. A défaut, cela pourrait se faire par l'identification d'une ressource existante ailleurs, au sein de l'UNICEF ou de l'OMS. Un tel accord permettrait aux équipes actuelles clés de se concentrer sur l'achèvement de l'éradication de la poliomyélite, tout en assurant que l'attention nécessaire est accordée à l'objectif élargi.

Et par rapport à ce qui est mentionné précédemment dans le rapport,

13. Nous recommandons que l'OMS désigne au plus tôt un épidémiologiste, avec un contrat à long terme pour assister le gouvernement national angolais.
14. Nous recommandons que les responsables de l'OMS, des CDC et de l'UNICEF prêtent personnellement attention à ce que les dispositions soient prises pour permettre aux nouvelles équipes de leurs organismes au Tchad de commencer à travailler efficacement dans les meilleurs délais.
15. Nous recommandons que le plan d'action d'urgence au Tchad soit révisé afin (i) d'établir des priorités plus claires dans les zones identifiées comme étant à haut risque, (ii) de créer des indicateurs de performance susceptibles d'être suivis à mesure que les équipes techniques progressent en taille.
16. Nous recommandons que le programme au Tchad inclue un travail collaboratif avec le secteur de la santé animale pour améliorer la vaccination auprès des populations éloignées et difficiles à atteindre.
17. Nous demandons de recevoir toutes les deux semaines des mises à jour sur la mise en œuvre du plan d'urgence au Tchad, en particulier sur les progrès accomplis dans l'établissement d'une équipe OMS/CDC/UNICEF opérationnelle.
18. Nous recommandons que les principaux partenaires assurent l'engagement du président de la République Démocratique du Congo en tant qu'autorité responsable des actions d'urgence dans le pays pour l'éradication de la transmission de la poliomyélite.
19. Nous recommandons que la République Démocratique du Congo, en collaboration avec les CDC et l'OMS, modifie pour fin 2011 le principal indicateur de processus, basé sur la vaccination, afin de refléter la nécessité d'une bonne couverture dans les régions récemment touchées.
20. Nous recommandons qu'au cours du prochain mois, chaque état indien procède à sa propre analyse de risque pour identifier les zones et les populations présentant un risque élevé d'importation et de propagation de la poliomyélite et élaborer un plan clair afin de répondre aux vulnérabilités identifiées.
21. Nous recommandons que le programme national indien mette à jour avec un regard critique sa propre perception des risques à la lumière des analyses des états pour définir si certaines zones nécessitent une intervention supplémentaire.
22. Nous recommandons que le Nigéria travaille avec les CDC et l'OMS afin de convenir de l'introduction d'un principal indicateur de processus supplémentaire pour fin 2011, basé sur les données de monitoring indépendants.