



Chaque Enfant **Manqué**

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

Juin 2012

Extrait du dictionnaire de la poliomyélite

manqué 1. Non atteint ou joint 2. Non remarqué, vu ou entendu 3. Laissé de côté, sans avoir été touché 4. Non accompli, réalisé ou exécuté 5. Enfant non protégé dont la vie est menacée 6. Réussite sacrifiée

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

Juin 2012

Le Comité de suivi indépendant a été constitué à la demande de l'Assemblée mondiale de la Santé pour suivre les progrès accomplis dans la mise en œuvre du plan stratégique 2010-2012 de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite et orienter les travaux. Le plan stratégique a pour objectif d'interrompre la transmission de la poliomyélite à l'échelle mondiale pour la fin de cette année.

Ce cinquième rapport fait suite à notre sixième réunion, qui s'est tenue à Londres du 15 au 17 mai 2012. Notre prochaine rencontre aura lieu du 29 au 31 octobre 2012 à Londres et nous émettrons un nouveau rapport à la suite de cette réunion.

Notre indépendance absolue reste un élément clé. Nous avons bénéficié de nombreuses discussions avec des représentants du Programme et d'autres parties intéressées et, comme toujours, nous leur en sommes très reconnaissants. Mais les points de vue exprimés dans ce rapport sont entièrement les nôtres.

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

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

Dr Nasr El Sayed
Ministre délégué à la Santé, Égypte

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

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

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

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

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

Secrétariat : Dr Paul Rutter, Niall Fry

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|--------------------------------|----|
| Synthèse | 5 |
| Cas et objectifs d'étape | 10 |
| Panorama mondial | 14 |
| Évaluation par sanctuaire | 24 |
| Conclusions et recommandations | 43 |

SYNTHÈSE

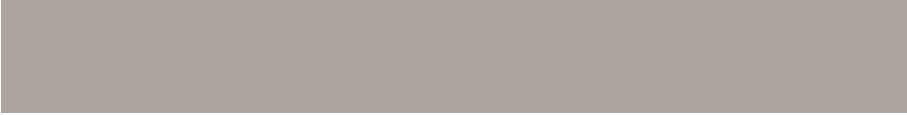
1. La polio se situe à son niveau le plus bas depuis le début de l'enregistrement des chiffres. Au cours des quatre premiers mois de l'année 2012, il y a eu moins de cas de poliomyélite dans moins de districts et moins de pays qu'à n'importe quel moment dans le passé et, surtout, la baisse du nombre de cas en comparaison à cette période l'année passée est importante.
2. Il n'y a plus de cas de polio en Inde. Il s'agit d'un bel exploit démontrant qu'un pays peut réussir s'il prend à cœur sa mission de protéger sa population de cette maladie sournoise.
3. Aucun cas de poliomyélite n'a été signalé en Angola et en République démocratique du Congo depuis le début de l'année 2012 et trois seulement ont été déclarés au Tchad. Or au cours des quatre premiers mois de 2011, ces pays avaient déjà signalé 73 cas.
4. Malgré ces nouvelles très positives, une statistique inquiétante domine le Programme d'éradication de la poliomyélite : il y a 2,7 millions d'enfants dans les six pays touchés en permanence par la poliomyélite qui n'ont jamais reçu ne serait-ce qu'une seule dose de vaccin.
5. La devise de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, à savoir vacciner « jusqu'au dernier enfant », incarne sa vision du succès et résume son objectif ultime. Si l'effort d'éradication n'arrive pas à suivre et à vacciner « chaque enfant manqué » celui-ci sera voué à l'échec.
6. 2,7 millions d'enfant est un chiffre trop important. Ce doit être une onde de choc pour les responsables du Programme mondial et les autorités politiques et sanitaires de chaque pays touché par cette maladie. Personne ne doit pouvoir se détourner du défi que pose ce chiffre. Au niveau mondial et national, dans les villes et les villages, il faut que les raisons précises pour lesquelles tous les enfants non vaccinés - et pas seulement ceux n'ayant jamais reçu ne serait-ce qu'une seule dose - soient exposées de façon explicite et que des mesures correctives s'ensuivent rapidement.
7. De même, aucune autre vérité nationale ne doit être ignorée. L'Inde et les autres pays ayant réussi continuent à s'engager massivement et à mener d'importantes campagnes de vaccination, leurs autorités au plus haut niveau investissant un temps considérable et des sommes importantes pour se protéger d'une réinfection par les pays limitrophes.
8. Il y a quelques semaines, le Comité de suivi indépendant (CSI), devant ce rapport, a écrit au Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé à l'occasion de la 65^e Assemblée mondiale de la Santé à Genève, car son ordre du jour contenait un projet de résolution visant à déclarer la poliomyélite comme une urgence programmatique pour la santé publique mondiale. Dans sa lettre, le CSI évoque une crise. Une crise parce que les succès récents ont ouvert

une opportunité unique qui doit être impérativement saisie. Une crise parce que le manque de financements menace de faire obstacle à l'endigement croissant du virus. Une crise parce qu'en cas de résurgence explosive, un pays après l'autre se verrait attaqué par une maladie dont ils pensaient avoir protégé leurs enfants.

9. Dans ce rapport, le CSI souligne les défis principaux et urgents sur lesquels l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite doit concentrer ses efforts.
- Le risque principal pour le Programme est sa situation financière précaire.
 - Ce manque de financements n'est tout simplement pas compatible avec son objectif ambitieux de faire cesser la transmission de la poliomyélite dans le monde. A l'heure actuelle, des restrictions sont apportées à des campagnes de vaccination, ce qui augmente le risque d'une résurgence explosive de la poliomyélite juste au moment où elle se situe au niveau le plus bas de son histoire.
 - Le postulat sous-jacent à l'Initiative mondiale pour l'éradication de poliomyélite est le suivant : tous les pays du monde reconnaissent que leur volonté collective sera nécessaire pour libérer la planète de ce fléau. Mais il ne nous semble pas que le Programme soit guidé par cette philosophie de « bonne volonté publique mondiale ». La participation à l'éradication tout comme le don de ressources sont inégaux. Nous espérons que la résolution sur la poliomyélite de cette 65^e Assemblée mondiale de la Santé ralliera une fois de plus les pays à cette cause commune.
 - Il convient de mettre en place des campagnes de vaccination et une surveillance toujours de haute qualité partout. Les îlots d'excellence ne suffisent pas. Des améliorations considérables ont été apportées à l'approche de ce Programme sous l'angle de sa direction, mais le niveau de changement requis n'est pas encore atteint. Nous exprimons notre avis sur ce qui reste à faire et sur la façon dont il peut continuer sur cette lancée.
 - Le monde doit savoir ce qui est prévu pour les mois et les années qui suivront 2012. Il s'agit d'une question complexe d'une portée considérable, qui englobe tout ce qui suit : aspects techniques du déploiement de la vaccination, fixation de cibles et d'objectifs, décisions de financement, mobilisation des ressources, mise en place d'autres solutions pour faire face à la faiblesse des engagements et aux mauvaises performances (là où cela s'impose encore) et nécessité de rassurer sur son avenir le personnel travaillant à l'éradication de la poliomyélite et de veiller à ce que les succès du Programme laissent leur empreinte pour les générations futures. La planification de la « phase finale » de la poliomyélite est apparente, mais nous ne sommes pas persuadés que la nature fondamentale de ce qui est exigé soit totalement appréhendée par le Programme.

- D'autres flambées risquent de mettre le Programme sérieusement en danger, de favoriser la transmission de la poliomyélite et d'exiger des fonds et une attention qui auraient pu être utilisés ailleurs. Il faut trouver des méthodes plus innovantes pour mettre fin aux éventuelles flambées de façon plus exhaustive.
10. Le Programme réfléchit et agit de manière trop isolée. Les enfants échappant aux équipes d'éradication de la poliomyélite pourraient être atteints par d'autres services. Des alliances plus fortes et efficaces nous rapprocheraient de l'objectif d'éradication.
 11. Pour chaque personne participant à l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, il va de soi que l'infection qui reste encore propagée par ce virus est surtout confinée à un petit nombre de lieux éloignés les uns des autres à l'intérieur de quelques pays. Le CSI les appelle les « sanctuaires » du virus de la poliomyélite. Il s'agit d'endroits où un grand nombre d'enfants ne sont pas vaccinés et où le virus peut trouver refuge, se multiplier et se préparer à une nouvelle attaque sur les personnes vulnérables.
 12. Dans ce rapport, nous passons en revue dix de ces sanctuaires disséminés dans six pays touchés par la poliomyélite. Nous examinons les principaux défis identifiés par les Programmes nationaux et les actions correctives qu'ils ont envisagées. Atteindre les enfants non vaccinés dans ces sanctuaires est un objectif opérationnel qui a la priorité sur tous les autres. Chaque enfant que le Programme n'arrive pas à vacciner reste vulnérable. Et c'est là que la lutte contre la poliomyélite sera un succès ou un échec. Les défis considérables auxquels nous sommes confrontés exigent des actions, une détermination et une résolution hors du commun.
 13. Les grands progrès réalisés en Angola, en République démocratique du Congo et au Tchad vont de pair avec les améliorations du Programme au Pakistan. Dans ces pays, il y a encore des défis considérables, mais les choses avancent. Ailleurs le panorama est moins réjouissant. Trop d'enfants échappent encore à la vaccination au Nigéria et en Afghanistan.
- Le Nigéria est aujourd'hui le seul pays au monde où les trois types de virus de la poliomyélite coexistent. Le Programme de ce pays comprend les problèmes majeurs, mais il doit encore montrer comment il arrivera à les surmonter. Le Nigéria pose un risque majeur pour le Programme mondial, en partie parce que nombre de ses pays limitrophes sont vulnérables à une propagation de l'infection. Le risque d'une résurgence explosive de la poliomyélite au Nigéria et en Afrique de l'Ouest est toujours présent et, avec lui, le spectre terrifiant de nombreux décès et d'un investissement financier considérable pour reprendre le contrôle. Il convient d'encourager fortement les autorités publiques et sanitaires de ce pays qui ont réalisé un travail exceptionnel : ils ont déjà accompli de solides progrès, mais il faut qu'ils continuent ainsi.

- L'Afghanistan est sur la « liste critique ». L'insécurité explique les mauvais résultats obtenus dans le passé. Mais à notre grande consternation, les cas de poliomyélite augmentent, alors que la sécurité commence depuis peu à montrer des signes d'amélioration. Ceci doit inciter le Programme de l'Afghanistan à revenir aux fondamentaux et à montrer à travers son engagement et ses responsables qu'il est en mesure d'appliquer des programmes de qualité de façon continue et fiable, avec des méthodes ayant fait leurs preuves ailleurs (et aussi dans certaines parties du pays).
14. Le Programme n'a réalisé qu'un seul des objectifs d'étape du plan stratégique 2010-2012. Mais, au cours des six derniers mois, il a considérablement renforcé son action. Il n'a encore jamais réussi à maintenir ses progrès quand il se rapprochait du but. Maintenant, il doit faire en sorte que cette histoire ne se répète plus, en prenant les actions audacieuses nécessaires pour capitaliser sur cette opportunité sans précédent.
 15. Le CSI fait les recommandations suivantes.
 - I. Une réunion d'urgence du groupe mondial des partenaires de la lutte contre la poliomyélite est tenue pour obtenir les financements urgents nécessaires pour relancer les campagnes annulées.
 - II. Le Conseil de supervision de la lutte contre la poliomyélite analyse continuellement l'efficacité du Programme sur le plan des améliorations. Dix actions sont définies à cet effet afin de transformer cette situation.
 - III. Une stratégie de « phase finale et d'héritage » devrait être publiée en urgence afin d'être consultée par le public et les professionnels.
 - IV. Un plan visant à intégrer la vaccination contre la poliomyélite à la réponse humanitaire à la crise alimentaire et aux conflits en Afrique de l'Ouest devrait être rapidement formulé et mis en œuvre. Les alliances avec tous les programmes possibles doivent être explorées de façon urgente parce que chaque contact compte.
 - V. La présence du virus de la poliomyélite dans les échantillons environnementaux doit déclencher une action équivalente à celle mise en œuvre pour réagir aux flambées (Cette recommandation est émise sous réserve d'une étude de faisabilité rapide).
 - VI. Des plans d'urgence doivent être établis dès maintenant afin que le Règlement sanitaire international (RSI) exigent des voyageurs en provenance des pays touchés par la poliomyélite qu'ils aient un carnet de vaccination contre cette maladie à jour ; cette mesure devrait être mise en œuvre lorsqu'il restera seulement deux pays touchés par la maladie.



VII. Le nombre d'enfants ayant échappé à la vaccination (ceux n'ayant reçu aucune dose de vaccin, ceux ayant reçu moins de trois doses et ceux n'ayant pas été vaccinés au cours de la dernière campagne de vaccination dans leur pays) doit être la mesure phare du Programme ; une feuille de papier avec ces trois chiffres doit être placée sur le bureau des responsables des organismes partenaires principaux au début de chaque semaine. Cette action doit démarrer immédiatement.



Cas et objectifs d'étape

Figure 1 : Situation mondiale (comparaison entre 2011 et 2012 - période du 1er janvier au 2 mai). Au cours des quatre premiers mois de l'année 2012, il y a eu moins de cas de poliomyélite dans moins de districts et moins de pays par rapport à la même période l'an dernier.

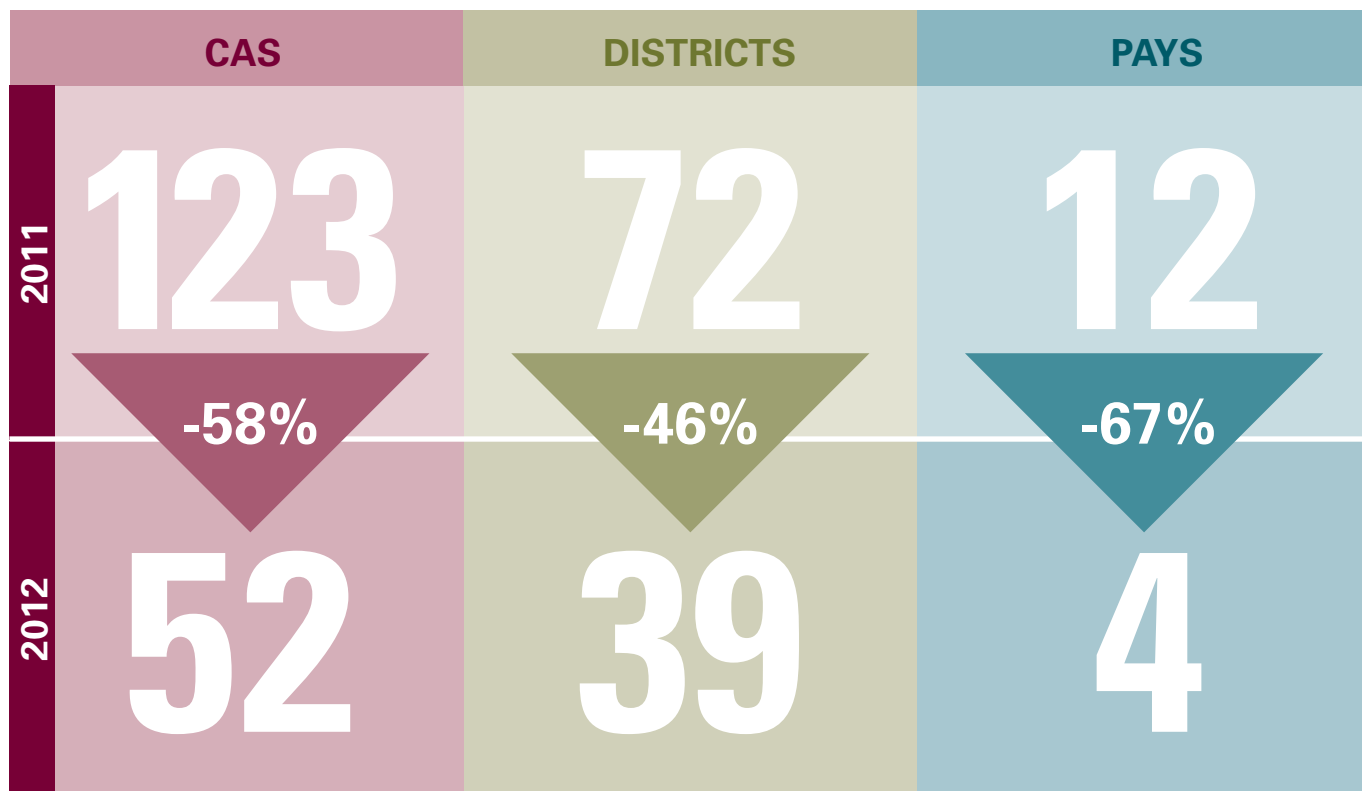
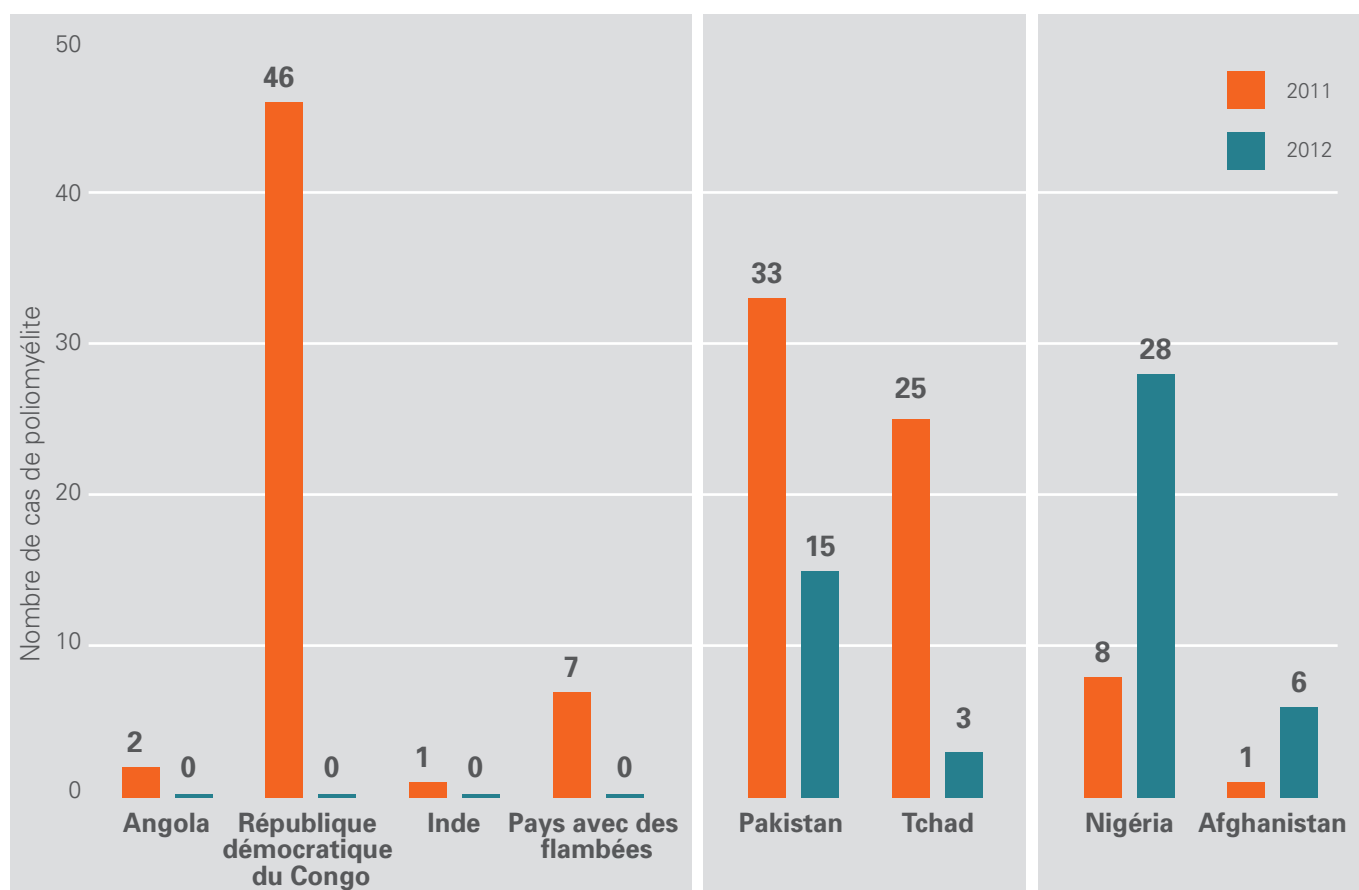


Figure 2 : Situation mondiale (comparaison entre 2011 et 2012 - période du 1er janvier au 2 mai). Jusqu'à présent en 2012 : zéro cas en Angola, en République démocratique du Congo et en Inde ; pas de flambées ; une baisse des cas au Pakistan et au Tchad ; mais des hausses substantielles au Nigéria et en Afghanistan par rapport à la même période l'an dernier.



CAS

Au cours des quatre premiers mois de l'année 2012, il y a eu moins de cas de poliomyélite dans moins de districts et moins de pays qu'à n'importe quel moment dans le passé. La transmission est toujours moins importante à cette période de l'année. Néanmoins, la position actuelle du Programme est nettement plus forte qu'elle ne l'était l'an dernier lors de cette même saison de faible transmission (figure 1).

L'analyse de la situation par pays donne un panorama contrasté du Programme (figure 2). Il y a eu, certes, de très solides performances, mais il reste encore des zones qui soulèvent de sérieuses inquiétudes.

La meilleure nouvelle provient de l'Inde. Pendant des années, nombreux sont ceux qui ont cru que le défi de stopper la transmission de la poliomyélite en Inde serait la cause de l'échec du Programme et qu'il était tout simplement impossible à surmonter. Il s'avère qu'ils ont tort. En janvier 2012, l'Inde a franchi l'objectif d'étape majeur d'une année sans un seul cas de poliomyélite. La maladie n'est plus endémique dans ce pays. Ce qui semblait irréalisable à beaucoup a pourtant été fait. Ceci devrait renforcer sérieusement la confiance dans le Programme.

Ailleurs, nous constatons des développements qui semblent prometteurs. L'Angola et la République démocratique du Congo, deux pays avec une transmission « rétablie » de la poliomyélite, n'ont encore signalé aucun cas cette année. Le dernier cas déclaré en Angola date de juillet 2011 et, en République démocratique du Congo, de décembre 2011. Au cours des quatre premiers mois de l'année 2012, le Tchad, troisième pays connaissant un rétablissement de la transmission de la poliomyélite, a enregistré 88 % de cas de moins que pendant la même période l'an dernier. Quant au Pakistan, il a recensé plus de deux fois moins de cas toujours par rapport à la même période en 2011. Il n'y a pas eu de flambées de poliomyélite en dehors des pays d'endémie ou avec une transmission rétablie.

Mais certaines nouvelles sont également très préoccupantes. Le Nigéria et l'Afghanistan ont recensé bien plus de cas jusqu'à présent cette année que l'an dernier à la même époque.

Le nombre de cas n'est qu'une mesure du progrès, mais il a de l'importance. Il est corrélé par d'autres mesures avec lesquelles nous évaluons la performance du Programme, à la fois en termes quantitatifs et qualitatifs.

Jusqu'à présent cette année, la transmission de la poliomyélite a été mieux endiguée que jamais auparavant

Le succès impressionnant enregistré par l'Inde montre la voie à suivre

Certains pays constatent une réduction du nombre de cas ces derniers mois

Le Nigéria et l'Afghanistan font exception : le nombre de cas de poliomyélite dans ces pays continue à augmenter ; il s'agit des deux exceptions au succès grandissant de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite

OBJECTIFS D'ÉTAPE

Le plan stratégique 2010-2012 avait défini une série d'objectifs d'étape.

Mi-2010 : arrêt de toutes les flambées de poliomyélite survenues en 2009 - Réalisation en bonne voie

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

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

Cet objectif d'étape n'a pas été atteint. La transmission a été stoppée au Soudan dans le délai imparti, mais elle ne l'a pas été en Angola, au Tchad et en République démocratique du Congo. Elle perdure au Tchad. L'Angola et la République démocratique du Congo ne recensent plus de cas depuis quelques mois. Mais ces pays doivent améliorer leurs performances en termes de surveillance et de vaccination pour maintenir ce succès apparent.

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

Vingt pays ont fait état de flambées de poliomyélite depuis début 2010. Le Programme a effectivement réussi à les arrêter toutes dans un délai de six mois. Seule une flambée au Mali s'est prolongée légèrement au-delà de ce délai. Malgré le fait que l'objectif d'étape n'ait pas été atteint à cause de cela, la performance dans ce domaine est solide.

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

L'Inde a atteint cet objectif, mais aucun autre pays n'y est parvenu. Les défis posés par l'arrêt de la transmission en Afghanistan, au Nigéria et au Pakistan sont importants et évoqués de façon détaillée dans ce rapport.

L'objectif final du plan stratégique 2010-2012 est l'arrêt total de la transmission du poliovirus sauvage à fin 2012. Nous aborderons la situation par rapport à cet objectif dans la conclusion de ce rapport.

Quand elles surviennent, les flambées sont rapidement traitées

Les pays d'endémie - Afghanistan, Nigéria et Pakistan - sont la principale source de préoccupations à l'heure actuelle

Le Programme n'a réalisé qu'un seul des quatre objectifs d'étape de son Plan stratégique 2010-2012.



Panorama mondial

PANORAMA MONDIAL

Figure 3 : Les campagnes annulées à l'échelle mondiale

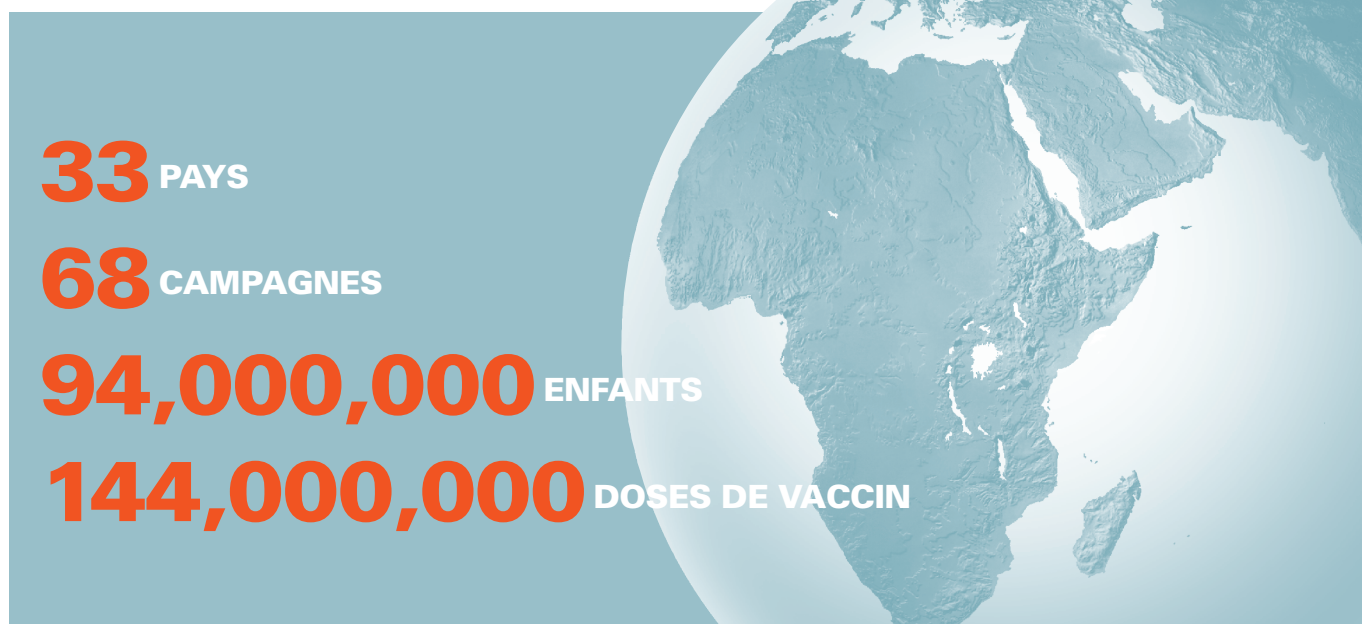
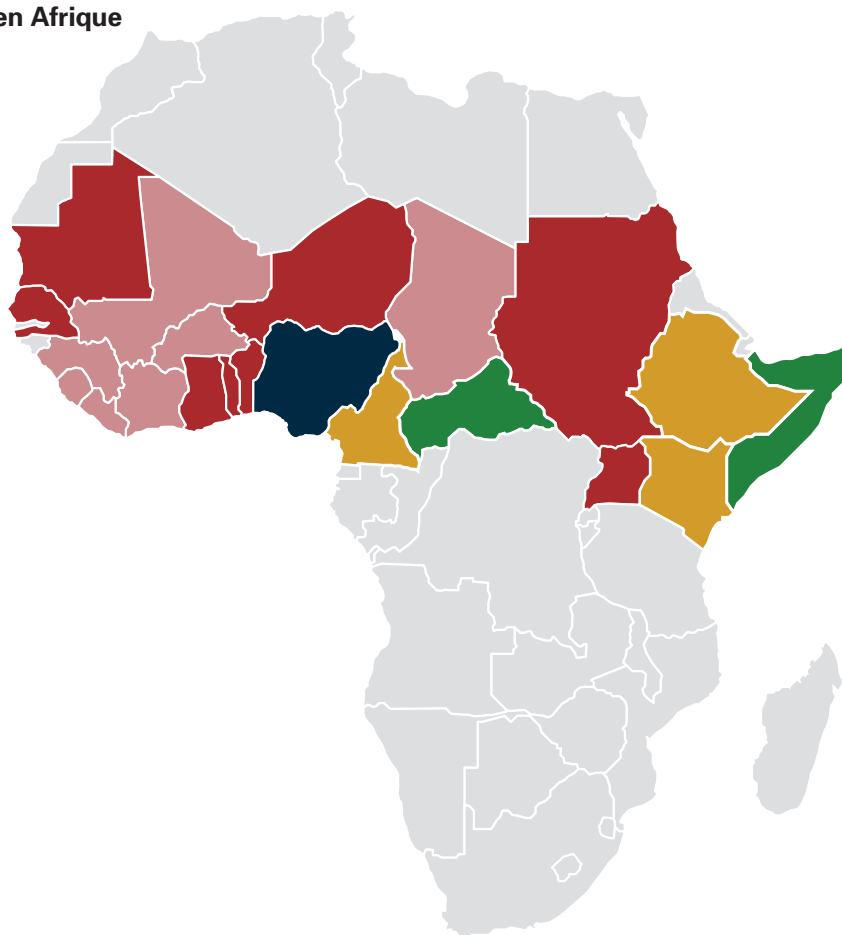


Figure 4 : Les campagnes menacées en Afrique

Chacun des 20 pays sur la carte a été infecté par la transmission de poliomyélite depuis le Nigéria entre 2006 et 2010. Jusqu'à présent en 2012, huit de ces pays n'ont pas fait l'objet de campagnes de vaccination planifiées, faute de financement. Et d'ici à fin 2012, deux d'entre eux seulement ne seront pas touchés par des restrictions.

- Campagnes déjà manquées en 2012
- Futures campagnes 2012 annulées
- Futures campagnes 2012 réduites
- Aucune campagne 2012 annulée
- Nigéria



PANORAMA MONDIAL

Au niveau stratégique le plus élevé, quatre défis doivent être privilégiés.

1. Le manque de financement n'est tout simplement pas compatible avec l'objectif ambitieux de faire cesser la transmission de la poliomyélite dans le monde. A l'heure actuelle, des restrictions sont apportées aux campagnes de vaccination, ce qui augmente le risque d'une résurgence explosive de la poliomyélite juste au moment où elle se situe au niveau le plus bas de son histoire.

Dans les archives du Programme d'éradication de la poliomyélite dans le monde, rapport après rapport, il est fait état d'un manque de financements. Chaque appel de dons pour combler ce déficit est réellement nécessaire, mais les personnes se lassent d'entendre ce message.

Il en résulte qu'il est difficile de souligner encore une fois le manque de fonds.

Cependant le contexte est différent et particulier. Au moment précis où l'action mondiale pour éradiquer la poliomyélite réalise de solides progrès (et des progrès supérieurs à ceux préalablement constatés depuis de nombreuses années), la situation financière conduit à des réductions réelles du nombre de campagnes de vaccination contre cette maladie. Des pans de l'Afrique sont frappés, menaçant les pays touchés ou non par la poliomyélite.

Ces derniers mois, le Programme est sorti de dix ans de stagnation avec l'objectif de « dernier 1 % ».

Le succès de l'Inde est très impressionnant et devrait convaincre les plus sceptiques que l'arrêt de la transmission de la poliomyélite est un objectif réalisable. La position du Programme sur le plan épidémiologique n'a jamais été aussi forte, puisque seulement quatre pays ont recensé des cas de poliomyélite au cours des quatre premiers mois 2012.

C'est cette juxtaposition douce et amère de solides progrès et de coupes sombres qui rend cette crise aussi cruelle.

Le Programme se comporte bien dans d'autres aspects également. Des progrès significatifs ont été constatés l'an dernier dans l'approche de la gestion du Programme et sur le plan des obligations de rendre des comptes, grâce aux responsables au plus haut niveau chez les principaux organismes partenaires et au sein du gouvernement des pays touchés par la poliomyélite. L'Assemblée mondiale de la Santé vient de déclarer que l'éradication de la poliomyélite constituait une urgence programmatique de dimension mondiale pour la santé publique. Celle-ci fait donc l'objet d'une attention sans précédent.

En bref, il s'agit d'une position de force sur laquelle le Programme doit capitaliser. La réduction des fonds menace sa capacité à le faire et il risque de perdre une belle opportunité.

Le manque de financements a atteint un paroxysme et mène à une action qui n'a pas de sens

La position épidémiologique du Programme n'a jamais été aussi forte

Le contrôle managérial plus important sur la performance du Programme, géré au plus niveau, donne des résultats

L'Assemblée mondiale de la Santé a déclaré que la poliomyélite constituait une urgence

EN BREF

Les réductions conduiront à l'annulation des doses de vaccin pour 94 millions d'enfants cette année.

La réduction des campagnes de vaccination sur une bande entière de l'Afrique de l'Ouest et centrale fait courir un grand risque

Ces campagnes n'ont pas été prévues comme une option supplémentaire facultative ; elles sont indispensables

Le déficit financier a des répercussions qui vont au-delà des campagnes annulées ; il a un impact négatif large sur le programme

Permettre que des campagnes restent annulées n'est pas simplement risqué, c'est imprudent.

Le budget du Programme pour 2012-2013 s'élève à 2,2 milliards de dollars. Le déficit de financement est de 945 millions de dollars. L'impact le plus visible de ce manque de fonds est l'annulation d'importantes campagnes de vaccination et sa portée est significative : cela touchera 94 millions d'enfants avant la fin de l'année (figure 3).

Nombre des campagnes annulées étaient prévues en Afrique de l'Ouest et centrale. Si la poliomyélite continue à circuler dans le nord du Nigéria (et récemment cette circulation ne s'est pas simplement poursuivie, mais elle a augmenté), le risque d'infection dans ces régions demeure important. L'histoire le prouve. De 2006 à 2010, vingt pays africains ont été infectés par le poliovirus en provenance du Nigéria. Or des campagnes ont été annulées dans la majorité de ces pays vulnérables (figure 4).

La planification a été réalisée en sachant que les fonds seraient serrés. Aucune campagne non pertinente n'a été planifiée. Si l'IMEP ne peut plus mener désormais les campagnes nécessaires, cela menace terriblement son objectif tout entier. La probabilité de flambées augmente sérieusement. Outre leur impact immédiat, ces flambées génèrent des dépenses supplémentaires, détournent l'attention du personnel du Programme et sont démotivantes. Il en résulte un recul du Programme.

Les campagnes annulées sont la préoccupation la plus visible, mais les répercussions du manque de financements sont plus profondes que cela. Il crée une contrainte pour le Programme. Le recrutement du personnel hautement nécessaire est retardé. Un temps considérable est consacré à la quête de trésorerie. Le déficit financier a de multiples effets mineurs qui s'ajoutent à un impact majeur sur sa performance.

Le financement de l'éradication de la poliomyélite pose depuis longtemps des problèmes complexes, qui n'ont pas été abordés de façon ouverte : qui doit payer pour le Programme d'éradication de la poliomyélite ? Celui-ci reçoit une aide financière de la part d'une minorité de gouvernements seulement qui y adhèrent et leurs citoyens partageront finalement le bénéfice de cette bonne action mondiale. Les contributions des pays les plus riches sont insuffisantes par rapport à ce qui est nécessaire pour exécuter cette tâche.

Un problème immédiat doit être rapidement résolu : le fait de permettre que des campagnes de vaccination en Afrique soient annulées est imprudent. Mais le Programme a également besoin d'une solution plus permanente pour sortir de cet état de manque de financements chronique. Il ne peut espérer arrêter la transmission et parvenir à l'éradication en avançant cahin-caha d'une crise de financement à une autre.

Nous recommandons une réunion d'urgence du groupe mondial des partenaires de la lutte contre la poliomyélite avec un point à l'ordre du jour : comment résoudre le déficit de financement, qui menace le Programme, de façon à i) rétablir les campagnes annulées et ii) lui procurer les fonds nécessaires pour lui permettre de capitaliser sur l'occasion en or qu'il lui est offerte aujourd'hui au lieu de la gaspiller.

2. Le Programme a entamé une transformation de son approche en termes de gestion ; cette transformation doit se poursuivre de façon énergique.

Dans nos précédents rapports, nous avons critiqué plusieurs aspects de la gestion du Programme mondial. Il est évident qu'un programme capable de réduire de 99 % l'incidence de la poliomyélite dans le monde reflète une action impressionnante. Faire cesser la transmission dans plus de 100 pays est un bel exploit. Nous respectons profondément cela. Mais ce n'est pas le but. L'objectif est de parvenir à 100 % et, sur ce compte, le Programme ne se montre pas à la hauteur.

Le Programme semble enfermé dans une certaine façon d'opérer qui, certes, lui a permis d'atteindre le chiffre de 99 %, mais pas les 100 %. De fait, nous avons estimé qu'il convenait d'imputer à cette réussite à 99 % la stagnation qui s'en est suivie. Le succès entraîne l'inertie. Les habitudes et les approches à l'origine de sa réussite auparavant ne fonctionnent plus et le Programme a mis du temps avant d'appréhender entièrement cela.

Parmi d'autres aspects stratégiques, nous avons souligné la nécessité pour le Programme de passer à la vitesse supérieure. Au début, cela a été reçu avec une certaine résistance. Mais très vite, les responsables du Programme ont bien réagi à notre critique.

Nos observations sur les changements nécessaires figurent dans plusieurs rapports et les actions du Programme sont dispersées de la même manière. À partir de toutes ces données réunies, nous résumons au verso les dix points sur lesquels le programme donne des résultats insuffisants ; dix aspects qui exigent une transformation. Ensemble, ces transformations pourront le faire passer d'une Initiative à 99 % à une Initiative à 100 %.

Dans certains de ces domaines, des progrès considérables ont été accomplis et la situation du Programme est bien meilleure qu'elle ne l'était il y a un an. Mais dans d'autres, la transformation nécessaire n'a tout simplement pas commencé. Le Programme peut - et doit - faire avancer ce processus.

Nous recommandons que le Conseil de supervision de la lutte contre la poliomyélite attache une attention particulière à poursuivre le processus de changement programmatique ayant été entamé. Nous avons identifié dix transformations nécessaires pour le Programme (figure 5) et avons procédé à une évaluation des progrès accomplis par rapport à chacune d'elles. Nous recommandons que le Conseil de supervision de la lutte contre la poliomyélite les utilise comme guide pour analyser les progrès et planifier d'autres actions.

Le passage d'une éradication de 99 % à une éradication à 100 % s'avère depuis longtemps difficile à atteindre

Notre critique sur la gestion du Programme n'a pas été facile à entendre, mais a entraîné une réaction positive

Nous résumons maintenant les dix transformations principales que nous avons déclarées nécessaires

D'excellents progrès ont été accomplis sur certaines d'entre elles, et beaucoup moins sur d'autres

Figure 5 : LES DIX TRANSFORMATIONS À RÉALISER PAR L'INITIATIVE MONDIALE POUR L'ÉRADICATION DE LA POLIOMYÉLITE

Transformation 1 : les responsables du Programme au plus haut niveau doivent lui donner une vraie priorité opérationnelle

Des protocoles d'urgences ont été activés par l'OMS, les CDC et l'UNICEF. Les responsables des principaux organismes partenaires se réunissent tous les trimestres pour coordonner leurs actions. Les directeurs régionaux de l'OMS et le Secrétaire général des Nations-Unies se sont engagés personnellement à cet égard. Un groupe spécial dirigé par un chef de gouvernement a été établi dans chaque pays d'endémie.

Transformation en cours de réalisation : à poursuivre

Transformation 2 : collaboration et coordination étroites entre les partenaires

Les relations de travail entre les organismes partenaires principaux sont nettement plus étroites sur le plan mondial et régional. Mais l'engagement de certains d'entre eux est encore insuffisant ; la coordination varie au niveau national ; il n'y a pas d'approche systématique pour identifier et bâtir des alliances pratiques avec des initiatives non liées à la poliomyélite au niveau local ; les organismes partenaires principaux travaillent souvent séparément, y compris les vaccinateurs et les mobilisateurs sociaux ; et les réunions entre les pays dont les frontières sont vulnérables (Nigéria, Tchad, Niger et Cameroun) pourraient être plus fréquentes.

Un certain progrès, mais un important potentiel inexploité

Transformation 3 : un personnel bien géré dans sa totalité, avec des obligations de rendre compte

Un effectif de 160 personnes a été explicitement formé à gérer le personnel, une première pour l'OMS. De plus en plus, les membres de personnel dont la performance n'est pas satisfaisante ne sont pas autorisés à conserver leur poste. On constate un engagement croissant des personnes disposant de l'autorité, comme les commissaires de district, à obliger le personnel à rendre des comptes. Mais l'engagement des gouverneurs des États du Nigéria varie ; et la reddition de compte des ONG dans le Sud de l'Afghanistan n'est pas suffisante.

De solides progrès sur lesquels il convient de capitaliser

Transformation 4 : un personnel d'assistance technique suffisant dans les pays

Des effectifs nationaux et internationaux supplémentaires sont en poste ou en cours de recrutement par le biais de plusieurs mécanismes différents, dont les équipes STOP. Mais les structures pour gérer ces afflux majeurs de personnel ne sont pas encore suffisamment développées pour en tirer le meilleur parti ; et il est possible de mieux d'exploiter les ressources mises à la disposition d'autres initiatives en matière de santé publique et présentes sur le terrain.

De solides progrès sur lesquels il convient de capitaliser

Transformation 5: des vaccinateurs en première ligne bien formés et motivés

Les salaires ont été augmentés dans certains pays. Dans les plans d'action d'urgence, il est prêté attention à la sélection, à la formation et au contrôle des vaccinateurs. Mais le problème fondamental de la paie non versée en temps voulu reste encore non résolu dans de nombreux lieux ; la façon dont le personnel du Programme pense aux travailleurs en première ligne et les traite peut être nettement améliorée ; il est possible d'en faire beaucoup plus pour engager et motiver ces personnes cruciales.

Un certain progrès, mais un important potentiel inexploité

Figure 5 : LES DIX TRANSFORMATIONS À RÉALISER PAR L'INITIATIVE MONDIALE POUR L'ÉRADICATION DE LA POLIOMYÉLITE

Transformation 6 : utilisation de données riches et exploitables dans tout le Programme


Les données au niveau mondial sont de mieux en mieux intégrées, une plate-forme de données unique étant en cours de développement. Mais ces données sont encore transmises vers les échelons supérieurs au lieu d'être utilisées pour en faire une analyse critique et apporter des idées ; nous attendons encore une augmentation des analyses, riches en informations, mises à la disposition des équipes locales et nationales ; le recueil des données sur les « enfants manqués » exige encore plus d'attention ; et un système de contrôle des données clair et unifié reste encore difficile à atteindre.



Un certain progrès, mais un important potentiel inexploité

Transformation 7 : un mouvement mondial fortement engagé dans le soutien de l'éradication de la poliomyélite


Le Programme devient plus à l'aise pour communiquer sur les risques et les mauvaises nouvelles. Mais il est très frappant de constater que, mis à part les Rotariens et le travail du Global Poverty Project en Australie, il y a peu de mouvement public visant à soutenir l'éradication totale de la poliomyélite ; et on ne constate pas non plus un soutien suffisant de la part des autres initiatives mondiales de santé publique qui ont pourtant beaucoup à gagner si l'IMEP réussit – et beaucoup à perdre si elle échoue.



Un certain progrès, mais un important potentiel inexploité

Transformation 8 : une culture de l'innovation florissante

Un processus a été établi au niveau mondial pour identifier et développer les innovations. Mais le premier cycle n'est toujours pas terminé, en attendant la formation du Comité de pilotage de l'éradication de la poliomyélite. Malgré de bons exemples d'innovations locales, il n'y a toujours pas d'approche systématique pour exploiter ou étendre les innovations locales.



Un certain progrès, mais un important potentiel inexploité

Transformation 9 : des problèmes systémiques traités par l'application et le développement de solutions basées sur les meilleures pratiques


Les derniers plans d'action dans tout le Programme tirent des enseignements substantiels de l'Inde. Un groupe de réflexion a été créé pour développer la capacité à lutter contre l'insécurité. Une plus grande attention a été prêtée à la mobilisation sociale. Mais il y a eu peu de progrès sur la résolution des problèmes systémiques posés par la faible qualité des données sociales et des microplans.



De solides progrès sur lesquels il convient de capitaliser

Transformation 10 : l'attraction des parents pour la vaccination doit prévaloir sur la pression pour qu'ils l'acceptent

L'accent sur la mobilisation sociale a été intensifié et il y a eu une augmentation substantielle du personnel chargé de la communication. Mais on ne constate pas encore une évolution majeure de « la pression » vers « l'attraction ».



Un léger progrès, mais un important potentiel inexploité

3. Le Programme doit exposer de façon convaincante sa vision et montrer que sa réalisation ne se limitera pas à l'éradication de la poliomyélite, mais bénéficiera plus largement à la santé publique et ira bien au-delà des défis

Le Programme suppose que l'éradication totale de la poliomyélite dans le monde sera tellement impressionnante qu'il détient déjà la meilleure vision qu'il pouvait souhaiter. Cela semble raisonnable jusqu'à ce que l'on réalise qu'il peut représenter et en faire beaucoup plus que cela. Aussi impressionnante que puisse être l'éradication de la poliomyélite, le Programme n'atteindra pas tout son potentiel si sa vision reste limitée à cela. La poliomyélite est invisible aux yeux d'une grande partie du monde et il en est ainsi depuis au moins une dizaine d'années. Elle est le moins visible dans les pays qui pourraient se permettre d'accroître le plus leur soutien au Programme.

Il s'agit d'un Programme qui touche les foyers privés de tout autre soin de santé ; ses microplans ciblent des communautés entières ; et ses réseaux de communication et de surveillance pénètrent les populations les plus démunies de la terre. Il a formé des personnes par milliers, bâti des laboratoires et renforcé la chaîne du froid internationale. Sa réalisation démontrera l'ampleur considérable de ce que la communauté mondiale peut accomplir. Alors que se passera-t-il quand la poliomyélite sera éradiquée ? Comment tout ce potentiel sera-t-il utilisé ? Son héritage se dissipera-t-il ?

Le Programme suit un axe chronologique psychologique qui a démarré en 1988 et s'achèvera avec l'éradication de la poliomyélite. Nombre des organismes partenaires ont des visions différentes et prometteuses pour l'avenir de la santé mondiale (autres initiatives d'éradication, renforcement des Programmes de vaccination systématique, soins de santé universels), mais ne formulent pas clairement les nombreuses façons dont le programme pour l'éradication de la poliomyélite peut y contribuer. Pour la génération qui suit, l'éradication de la poliomyélite ne sera pas la fin de l'axe chronologique, mais le début. Quelle sera l'empreinte de l'éradication de la poliomyélite ? Qu'en restera-t-il pour épauler les futurs programmes ? C'est ce que le Programme d'éradication de la poliomyélite doit établir.

Lorsque nous demandons aux personnes y participant : « Que se passera-t-il lorsque la transmission de la poliomyélite aura cessé ? » Ils évoquent le passage au VPOt- VPOb, le PVDVc ou encore le VPI en doses fractionnées. Le plan d'action d'urgence en fait autant. Comme d'habitude, les questions techniques sur le vaccin dominant. Pour reprendre une expression bien connue, « elles sont nécessaires, mais pas suffisantes ».

Il y a plusieurs raisons pour lesquelles la planification de ce qui va suivre doit être effectuée dès maintenant et ne peut simplement pas attendre que l'éradication soit réalisée. Après l'éradication, les infrastructures et la dynamique s'effriteront vite si un plan n'est pas mis en place. Pour beaucoup, aller au bout de l'éradication de la poliomyélite est perçu à l'heure actuelle comme une tâche pénible avant d'en voir la fin. Le fait d'apporter une vision plus large peut contribuer à ranimer l'enthousiasme.

Le Programme manque de vision sur ce qu'il a à transmettre et qui peut aller bien au-delà de l'éradication de la poliomyélite

L'initiative pour l'éradication de la poliomyélite a construit une infrastructure précieuse. La laissera-t-on simplement s'atrophier ?

L'éradication de la poliomyélite n'est pas reliée à d'autres objectifs majeurs pour la santé dans le monde, malgré le potentiel évident à en tirer

Quand nous posons la question « Que se passera-t-il ensuite ? », nous obtenons souvent une réponse technique sur les vaccins contre la poliomyélite

La définition de ce qui arrivera après l'éradication renforcera la probabilité de parvenir à celle-ci

EN BREF

Sauf si on lui dit le contraire, le personnel s'imaginera qu'il sera bientôt mis au chômage technique, ce qui réduira son envie d'arrêter la transmission de la poliomyélite

Le fait de communiquer tout le potentiel du programme permet d'exposer clairement ce qui est en jeu

Le soutien financier sera accru si le programme montre correctement comment il remplit les objectifs plus larges des donateurs

Le programme doit faire preuve d'audace pour prévenir d'autres flambées catastrophiques

Il convient aussi de rassurer les millions de personnes qui travaillent à l'éradication de la poliomyélite dans le monde et leur faire savoir qu'elles ne se retrouveront pas sans emploi lorsque la maladie sera éradiquée. Leurs compétences et leur expérience seront très précieuses pour d'autres services de santé. Si personne ne communique sur ce point, leurs inquiétudes pour eux-mêmes et leur famille risquent de détourner leur attention du travail vital qui leur a été confié.

Tous ceux qui ont un intérêt dans ce Programme doivent comprendre l'étendue complète de ce qu'il peut réaliser et donc également de ce qui est en jeu. Son échec freinerait gravement l'enthousiasme pour d'autres initiatives majeures pour la santé dans le monde, en particulier celles portant sur la vaccination, l'élimination des maladies ou les partenariats importants. Si le Programme le faisait savoir, il ne serait pas alarmiste, mais présenterait une vision exhaustive réelle de ce qu'il y a à gagner ou à perdre.

Dans la plupart des organismes partenaires qui financent le Programme, ceux qui signent les chèques gèrent des portefeuilles bien plus larges que l'éradication de la poliomyélite. Pourtant le Programme ne leur demande actuellement que ce qu'ils peuvent donner pour soutenir l'éradication de cette maladie. Il faudrait leur expliquer tout ce que leur investissement peut permettre de réaliser et comment le Programme peut contribuer à l'exécution de plusieurs de leurs objectifs plus larges.

Le Programme prévoit de publier sa stratégie de phase finale ultérieurement cette année. Jusqu'à présent, sa vision est restée trop étroite.

Nous recommandons qu'au lieu d'une « stratégie de phase finale », le Programme développe une « stratégie de phase finale et d'héritage », décrivant la fin de la poliomyélite et le début de ce qui suivra. Celle-ci devra être publiée en urgence afin d'être consultée par le public et les professionnels.

4. D'autres flambées risquent de menacer fortement le Programme, de favoriser la transmission de la poliomyélite et d'exiger des fonds et une attention qui ne peuvent plus être investis ailleurs. Il faut trouver des méthodes plus innovantes pour mettre fin aux éventuelles flambées de façon plus exhaustive.

Le Programme et le monde aussi doivent mettre en œuvre des actions audacieuses afin de nous rapprocher de la récompense ultime : l'éradication de la transmission de la poliomyélite. Les opportunités doivent être saisies quand elles se présentent. Prévenir les flambées est capital à cet égard. Étant donné que le nombre de pays où la poliomyélite circule a diminué, il devient de plus en plus important de la confiner à l'intérieur de leurs frontières. Les flambées ailleurs ont un coût humain élevé. Elles entraînent des dépenses importantes pour le Programme et détournent des ressources qui ne peuvent plus être utilisées ailleurs.

Nous accueillons favorablement l'intention du Programme de coordonner plus étroitement ses efforts avec la réponse humanitaire à la crise alimentaire en Afrique de l'Ouest et au conflit armé au Mali. Ces populations sont vulnérables à

EN BREF

La crise humanitaire en Afrique de l'Ouest pourrait facilement être aggravée par la poliomyélite

Le Programme doit utiliser de façon audacieuse les outils à sa disposition. Le moment d'exploiter le Règlement sanitaire international approche

La surveillance environnementale est un moyen de renforcer la détection des flambées et devrait être utilisée bien plus largement

l'infection par la poliomyélite et risquent d'échapper aux campagnes de vaccination traditionnelles. Le fait de saisir chaque occasion de les atteindre afin de leur administrer quelques gouttes de vaccin les protège. Cela réduit le risque de flambées parmi les populations à risque ou déplacées.

Nous recommandons que le plan du Programme visant à intégrer la vaccination contre la poliomyélite à la réponse humanitaire à la crise alimentaire et aux conflits en Afrique de l'Ouest soit développé de façon rigoureuse et mis en œuvre en urgence. Les alliances avec tous les Programmes possibles doivent être explorées de façon urgente parce que chaque contact compte.

Le Règlement sanitaire international offre un mécanisme qui permettrait de minimiser le risque d'une propagation internationale de la poliomyélite. Bientôt, lorsque des personnes arriveront d'un pays où circule la poliomyélite, elles devront présenter un carnet de vaccination montrant qu'elles ont été correctement vaccinées avant leur voyage.

Nous recommandons que des plans d'urgence soient élaborés en vue d'utiliser le Règlement sanitaire international pour exiger que les personnes se rendant dans un pays touché par la poliomyélite démontrent avec un document à l'appui qu'elles ont été correctement vaccinées avant d'être autorisées à voyager. Ces plans devraient être élaborés avec l'intention de les mettre en œuvre lorsqu'il ne restera plus que deux pays avec une transmission endémique ou rétablie.

La question qui se pose également est celle de la définition d'une flambée. À l'heure actuelle, une riposte équivalente à celle mise en œuvre pour réagir aux flambées est déclenchée lorsqu'un cas est détecté. Cependant, le prélèvement d'échantillons dans les eaux usées est un moyen plus sensible de déceler une transmission de faible niveau. Le recours plus large à la surveillance environnementale, associé à une riposte adaptée, permettrait de déceler les flambées et d'y mettre fin plus rapidement.

Nous recommandons que le recours à la surveillance environnementale soit sensiblement élargi et, si possible, qu'un échantillon environnemental positif déclenche une riposte équivalente à celle mise en œuvre pour réagir aux flambées. Nous reconnaissons qu'il convient d'étudier la faisabilité et la logistique d'une telle action, mais ceci doit être effectué rapidement.



Évaluation PAR sanctuaire

ÉVALUATION PAR SANCTUAIRE

Le défi de l'éradication de la poliomyélite dans le monde se limite à un petit nombre de pays et à certaines parties spécifiques à l'intérieur de ceux-ci. Dans notre précédent rapport, nous les avons qualifiés de « sanctuaires » du poliovirus, c'est-à-dire de lieux où il peut trouver refuge.

Il n'y a aucun mystère sur la raison pour laquelle le virus se trouve en sécurité dans ces sanctuaires. Campagne après campagne, trop d'enfants échappent à la vaccination. L'arrêt de la transmission exige donc de cibler précisément l'attention sur ces enfants manqués et sur la nécessité de vacciner un plus grand nombre d'enfants lors de la campagne suivante. Sans cette priorité, le Programme n'est qu'un moyen onéreux de vacciner certains enfants à de nombreuses reprises, tout en en laissant d'autres non vaccinés campagne après campagne.

Les données sur le Programme des six pays où la transmission persiste montrent que 2,7 millions d'enfants de moins de cinq ans n'ont jamais reçu ne serait-ce qu'une dose de vaccin contre la poliomyélite (figure 6). Le nombre d'enfants beaucoup plus important qui reçoivent un nombre de doses dangereusement faible n'est pas facile à discerner dans les statistiques du Programme. Même à l'intérieur de petites zones, les enfants manqués peuvent appartenir de façon disproportionnée à des groupes de populations minoritaires. Tous ne se trouvent pas dans les sanctuaires. Mais si une approche ciblée sur les enfants manqués par les campagnes de vaccination et basée sur les données peut être affinée dans les sanctuaires, elle peut aussi être appliquée ailleurs.

Dans nos précédents rapports, nous avons évalué le Programme par pays. Dans ce rapport, nous l'envisageons par sanctuaire. Nombre des défis posés par les sanctuaires de la poliomyélite relèvent des mêmes catégories générales (mauvaise gestion du Programme, faible demande des communautés). Mais si nous approfondissons les choses et examinons la situation dans le détail, force est de constater que les défis ne sont jamais identiques d'un sanctuaire à l'autre. Dans notre analyse de chaque sanctuaire, nous portons un intérêt particulier au degré de précision avec lequel les raisons sous-jacentes aux enfants manqués sont appréhendées, les solutions sont décrites et l'impact est suivi. Les descriptions imprécises comme « mauvaise qualité », « problèmes de gestion » et « refus » dévoilent peu de choses sur la nature même du problème et donc sur la solution requise. Une attention ciblée sur les enfants manqués par les campagnes de vaccination, les données riches en informations et les plans précis représentent les points les plus forts pour chasser le virus qui s'abrite dans ces sanctuaires et, de ce fait, assurer l'éradication de la poliomyélite dans le monde.

Nous portons notre attention sur ces sanctuaires pour deux raisons. En premier lieu, il s'agit de secteurs qui exigent une plus grande priorité. En second lieu, nous considérons que les actions du Programme à l'intérieur de ces sanctuaires constituera une fenêtre ouverte sur les programmes des pays dans leur ensemble. Si un pays peut s'attaquer aux lieux qui lui posent les défis les plus sérieux, il est bien placé pour stopper l'éradication ailleurs.

Sanctuaires du poliovirus : lieux où celui-ci trouve refuge

Les sanctuaires existent uniquement parce que trop d'enfants sont manqués par les campagnes de vaccination

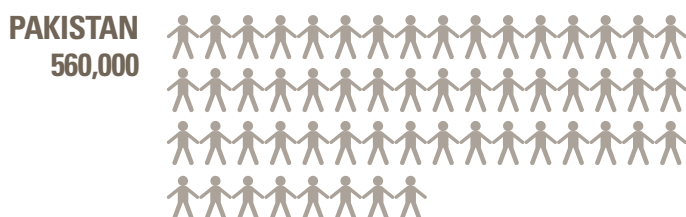
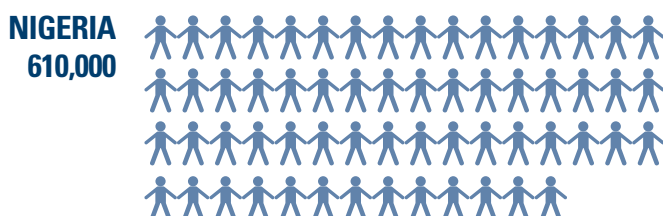
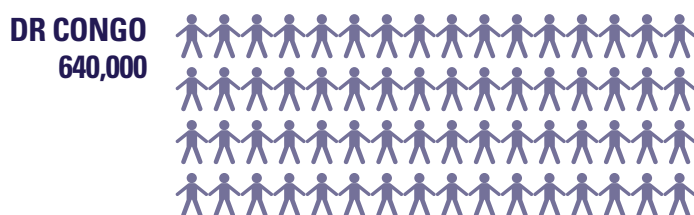
Certains enfant ne sont absolument pas vaccinés : 2,7 millions d'entre eux n'ont jamais reçu ne serait-ce qu'une dose de vaccin et plus encore n'en ont reçu qu'un nombre dangereusement faible

Chaque sanctuaire pose un défi différent, mais l'approche à adopter doit être la même : identifier et suivre les raisons pour lesquelles des enfants échappent à la vaccination

Si un pays peut s'attaquer sérieusement à ses sanctuaires les plus difficiles, il peut le faire aussi ailleurs

ENFANTS JAMAIS VACCINÉS

Figure 6 : 2,7 millions d'enfants n'ont jamais reçu ne serait-ce qu'une seule dose de vaccins dans les six pays où la transmission de la poliomyélite subsiste.



TOTAL 2,700,000 enfants dans les six pays touchés de façon persistante par la poliomyélite n'ayant jamais reçu une seule dose de vaccin

 = 10 000 enfants

Il s'agit d'estimations sur la base du « pourcentage d'enfants avec 0 dose » (évaluation des risques pour le plan stratégique 2010-2012 de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite par les CDC) et estimations de la population de moins de cinq ans (Révision 2010 des Perspectives de la population mondiale des Nations Unies).



Afghanistan

EN BREF

L'insécurité n'est pas le seul problème posé par les provinces de Helmand et de Kandahar. Celle-ci a diminué récemment et pourtant le nombre d'enfants manqués est plus élevé

Non informés des campagnes de vaccination, les parents ne sont pas chez eux lors de la visite des vaccinateurs

Il y a des dysfonctionnements répétés dans les fondamentaux de la gestion des campagnes de vaccination

Helmand et Kandahar

Les deux tiers des cas de poliomyélite signalés en Afghanistan en 2011 se situaient dans deux provinces du sud : Helmand et Kandahar. L'an dernier, celles-ci ont enregistré une hausse considérable des cas de poliomyélite et il y a eu une certaine confusion au sein de la direction du Programme sur la cause de cette situation.

Le monde associe Helmand et Kandahar à l'insécurité. Cette insécurité a posé un défi majeur au Programme. Mais il ne s'agit pas là de la seule raison – et pas même de la principale raison - pour laquelle des enfants n'ont pas été vaccinés. Malgré les signes positifs d'amélioration de la sécurité dans certains lieux récemment, la couverture de la vaccination a réellement décliné.

Dans les provinces de Helmand et de Kandahar, les parents sont effectivement très peu informés des campagnes à venir. Dans le district de Kandahar, la raison principale pour laquelle les enfants ne sont pas vaccinés est qu'il n'y a personne au domicile lors des visites des vaccinateurs. Les parents sont nettement mieux informés lorsque des réseaux de communication sur la vaccination sont établis. Or ceux-ci ne sont présents que dans un quart des 13 districts à plus haut risque et doivent être étendus. Ce manque d'information sur les campagnes n'est pas le seul problème. Dans le district de Shawalikot, où moins de 10 % des aidants avaient été prévenus à l'avance des campagnes de vaccination, la raison principale pour laquelle des enfants ont échappé celle-ci est tout simplement que les maisons n'ont pas été visitées. Il s'agit d'une lacune dans l'établissement des microplans, la formation et/ou la supervision.

On commence à mieux percevoir les raisons spécifiques pour lesquelles des enfants ne sont pas vaccinés dans chaque district. Le Programme a lancé certaines actions

correctives sensées. Les Gouverneurs des provinces sont chargés de surveiller directement les performances. Les équipes de gestion du PEV (Programme élargi de vaccination) dans les districts se sont aussi vu confier un rôle accru pour assurer la qualité des campagnes de vaccination. Pour renforcer la communication, une utilisation renforcée des émissions de radio est prévue.

De nombreuses améliorations sont possibles. À titre d'exemple, l'exécution des campagnes de vaccination dépend des ONG ayant passé un contrat avec le Ministère de la Santé publique pour la mise en place d'une série de services de santé de base (Basic Package of Health Services). Les obligations de rendre compte de ces ONG doivent être renforcées. Ce n'est pas facile parce que la chaîne de sous-traitance est souvent longue et complexe. Ce problème nécessite une solution crédible, qui n'est tout simplement pas encore claire.

Le Programme a mis du temps à réaliser que ses problèmes allaient au-delà de l'insécurité. Il doit rattraper ce retard d'urgence dans son analyse des raisons propres aux lieux expliquant que des enfants ne sont pas vaccinés et initier des solutions plus efficaces.

Analyse nationale

Malgré les nombreuses lacunes du Programme dans le sanctuaire principal de la poliomyélite en Afghanistan, il y a encore des raisons d'espérer. Le Président s'est engagé personnellement. Les équipes de vaccination permanentes se sont avérées un succès et leur utilisation doit maintenant être optimisée. Le CSI a été impressionné par la création d'un forum interministériel afin d'orienter l'approche de « l'ensemble du gouvernement » pour éradiquer la poliomyélite. Il s'agit exactement du travail en commun et de l'appropriation plus large qui sont nécessaires pour parvenir à l'éradication de la poliomyélite en Afghanistan. La poliomyélite ne relève pas seulement du Ministère de la Santé publique, mais de tout le gouvernement afghan. Chacun a un rôle à jouer.

Un bilan indépendant sur le Programme, ainsi que nous l'avions recommandé dans notre rapport de février, sera effectué en juillet. L'objectif principal de ce bilan doit être d'identifier les actions détaillées spécifiques à chaque lieu, qui sont exigées pour réduire sensiblement le nombre d'enfants manqués, de façon à ce qu'elles puissent être mises en œuvre immédiatement.

Le CSI est satisfait des exemples de coopération entre l'Afghanistan et le Pakistan dont il a été informé. Nous avons aussi entendu parler de la nécessité que celle-ci s'établisse sous forme de liaison hebdomadaire, voire quotidienne, et qu'il y ait aussi un suivi commun en temps réel des cas et des campagnes. Nous encourageons ces deux gouvernements à travailler de concert pour renforcer cette relation prometteuse.

L'Afghanistan est résolument sur la « liste critique ». Pendant trop longtemps, le voile de la sécurité a masqué la large série de lacunes existant dans le Programme. Le plan d'action d'urgence du pays soulève ce voile, mais des améliorations soutenues dans l'analyse et la rectification des problèmes sont nécessaires pour faire cesser la poliomyélite sous peu.

Les obligations de rendre compte des ONG doivent être renforcées

Le leadership présidentiel et le travail de tout le gouvernement sont une bonne chose

L'Afghanistan est sur la « liste critique » et l'étendue de ses problèmes est désormais plus claire. Des solutions d'une précision rigoureuse doivent voir le jour

Angola



EN BREF

Luanda est le meilleur terrain pour la poliomyélite en Angola

Des enfant dorment au cœur de la capitale du pays sans être protégés par le vaccin

Les problèmes et les solutions à Luanda ont été définis avec clarté

Une surveillance médiocre et des niveaux inacceptables d'enfants manqués menacent gravement la capitale de l'Angola

Luanda

Luanda abrite un tiers de la population du pays et nombre de personnes n'ont pas accès à l'eau potable et à des conditions sanitaires adéquates. Rien de surprenant donc à ce que cette capitale ait été le facteur de la transmission de la poliomyélite en Angola.

Les données du monitoring indépendant ont leurs limites, mais la tendance qu'elles affichent à Luanda sont inquiétantes. Le pourcentage des enfants ayant échappé aux campagnes de vaccination a augmenté de façon régulière l'an dernier. En mars 2012, plus de 10 % des enfants ont été manqués dans huit des neuf municipalités. Il ne s'agit pas d'une zone en guerre. Et il ne s'agit pas non plus d'une partie du pays éloignée et inaccessible. Ces enfants dorment la nuit au cœur de la capitale du pays. Cette situation n'est donc pas tolérable.

Le Programme a réussi à établir clairement certaines des raisons sous-jacentes à celle-ci : vaccinateurs ne se présentant pas, mauvais recrutement, manque de sensibilisation des communautés à la vaccination. Il a présenté des solutions crédibles : intégration de la poliomyélite aux évaluations du personnel de santé, définition de critères pour assurer un recrutement en temps opportun et collaboration avec les chefs religieux.

Nous avons exprimé précédemment à plusieurs reprises nos préoccupations sur la qualité de la surveillance à Luanda. Le Programme les a acceptées et a fait de grands pas en avant en procurant des véhicules supplémentaires et en informant davantage les communautés locales. Cependant le taux moyen de PFA (paralysies flasques aiguës) à Luanda demeure supérieur au seuil considéré comme



acceptable, mais inférieur à la moyenne de ces deux dernières années. Le pays doit faire preuve d'une plus grande ambition dans le renforcement de la surveillance. Si un cas survient à Luanda et n'est pas rapidement décelé, la transmission pourrait gagner du terrain dans cette ville densément peuplée.

Analyse nationale

L'Angola n'a constaté aucun cas de poliomyélite depuis 10 mois et c'est une situation prometteuse pour le pays. Celui-ci doit être félicité pour les améliorations qu'il a apportées à son programme ces dernières années. Il a parcouru du chemin pour bâtir une forteresse contre la poliomyélite. Mais si nous approfondissons les choses, à Luanda en particulier, nous continuons à estimer que les fondations de cette forteresse ne sont pas assez solides pour garantir une protection constante à l'Angola. Ces félicitations sont prématurées à ce stade.

L'investissement financier du gouvernement angolais dans le Programme d'éradication de la poliomyélite doit être chaleureusement félicité. D'autres pays touchés par la poliomyélite feraient bien de tirer des enseignements de cette démonstration la plus tangible d'une appropriation du programme et d'une reddition de compte réelle. Nous savons que des élections présidentielles sont prévues en août 2012. La planification doit être suffisamment rigoureuse pour assurer que l'activité politique plus intense pendant cette période n'aura pas d'effet négatif sur le Programme d'éradication de la poliomyélite.

Les lacunes dans la surveillance et le grand nombre d'enfants manqués constituent des problèmes majeurs dans tout le pays. Le CSI a entendu dire qu'une surveillance environnementale avait été planifiée pour juin 2012. Il est essentiel que ceci soit lancé dès que possible et de la façon la plus large. Cette surveillance aidera le programme angolais à cibler ses actions pendant les mois à venir qui sont cruciaux.

EN BREF

Avec zéro cas depuis 10 mois, l'Angola a parcouru du chemin, mais des améliorations de l'organisation et du contrôle qualité de son programme sont encore nécessaires

Les élections à venir ne doivent pas perturber ces progrès et le renforcement de la surveillance est capital



TCHAD

EN BREF

En 2011, la transmission au Tchad avait tendance à toucher l'ensemble du pays, le Logone oriental recensant davantage de cas que toutes les autres provinces

Le pays a adopté une approche systématique en identifiant les enfants manqués dans le Logone oriental

Après avoir remarqué que les enfants échappent souvent aux campagnes de vaccination, le Tchad met davantage l'accent sur les enfants nomades

La situation au Tchad diffère quelque peu de celle connue par les autres pays touchés de façon persistante. Le défi ne se limite pas à une zone géographique précise. Il est surtout national et disséminé.

Il y a une zone géographique à laquelle il convient de prêter attention, il s'agit de la province du Logone Oriental au sud du pays à la frontière de la République centrafricaine et du Cameroun.

En 2011, cette province a recensé 58 cas de poliomyélite, soit près de la moitié du nombre total de cas dans le pays. La plupart d'entre eux se situent dans le district de Bebedjia. En 2012, les deux cas recensés dans la province se sont déclarés à Bessao. Ce district se situe sur un axe migratoire bien établi. Par conséquent, sa population fluctue énormément au fil du temps.

Le Programme a réussi à améliorer les campagnes de vaccination dans le Logone oriental. Les enfants manqués sont nettement moins nombreux qu'ils ne l'étaient il y a six mois. Les raisons du refus de la vaccination ont été systématiquement identifiées et traitées.

Le Programme a aussi décelé l'importance des populations nomades. Au Tchad, deux cas de poliomyélite sur trois en 2012 ont été recensés dans ce petit groupe minoritaire. Les données montrent que les enfants des familles nomades ont deux fois plus de probabilités que les autres de ne recevoir absolument aucune dose de vaccin contre la poliomyélite. Les campagnes de vaccination de mars et d'avril 2012 comportaient une action ciblée visant à atteindre les enfants nomades. Nous demandons au Programme de collaborer avec le Ministère de l'Élevage pour identifier et atteindre les campements nomades.



Dans notre rapport de février 2012, nous avons souligné la vulnérabilité des communautés dispersées sur les îles du lac Tchad, à la frontière du Nigéria, du Niger et du Cameroun. Nous sommes ravis d'apprendre que le Président du Tchad a mis des hélicoptères à disposition pour atteindre ces communautés pendant les campagnes de vaccination.

Au Tchad, les données montrent toujours une amélioration lente, mais régulière au plan national. L'augmentation des niveaux d'immunité n'est pas telle qu'elle pourrait nous convaincre d'une nette évolution et de l'imminence de l'éradication de la poliomyélite dans ce pays. Sa couverture vaccinale systématique est faible et cela veut dire qu'il dispose de très peu de protection contre d'éventuelles nouvelles flambées. Toutefois la situation s'est nettement améliorée depuis que nous l'avons qualifiée de situation d'urgence il y a un an. Les problèmes ont été systématiquement identifiés et abordés.

Néanmoins, certains problèmes fondamentaux subsistent : chaîne du froid, stocks de vaccins, formation du personnel et qualité des microplans. Et aussi longtemps que la poliomyélite sera endémique au Nigéria, le Tchad sera fortement menacé. Le programme doit être félicité pour ce qu'il a accompli jusqu'à présent et doit persister envers et contre tout à identifier les enfants manqués.

EN BREF

La variole n'aurait pas été éradiquée sans hélicoptères

Le Tchad a franchi un grand pas l'an dernier

Mais sa couverture vaccinale systématique est faible et sa proximité avec le Nigéria le contraint à en faire encore plus



République démocratique du Congo

EN BREF

Le Nord Katanga a réalisé des progrès encourageants au cours de ces derniers mois

Le sérieux travail de mobilisation des communautés et des groupes religieux a porté ses fruits

Nord Katanga

Le Nord Katanga est une zone géographique éloignée dans la République démocratique du Congo avec une population dispersée. Il a fait l'objet d'une attention particulière pendant un certain temps, en partie parce qu'on pensait que la résistance déclarée au vaccin contre la poliomyélite était la cause du nombre d'enfants manqués pendant les campagnes.

Cependant, des progrès encourageants ont été réalisés. Au cours du premier trimestre 2012, dans le district de Tanganyika, la proportion d'enfants manqués par les campagnes de vaccination a baissé de 17 % à 8 %. Ceci est dû, au moins en partie, à l'accent mis sur la mobilisation des groupes religieux qui s'opposaient depuis longtemps à la vaccination. Cette action intensive a permis de vacciner pour la première fois de leur vie un certain nombre d'enfants contre la poliomyélite.

Les refus déclarés restent un problème substantiel. Sur l'ensemble des enfants manqués par les campagnes de vaccination, 40 % le sont pour cette raison. Mais ceci en laisse encore 60 % qui échappent à la vaccination pour d'autres motifs. L'utilisation des données sociales au Katanga a été remarquable et a permis de déterrer des problèmes et de générer des solutions.

Le CSI en conclut que le Programme a agi avec rigueur dans le Nord Katanga pour identifier et traiter les raisons pour lesquelles des enfants ne sont pas vaccinés. Il a encore du chemin à parcourir, mais ses progrès sont prometteurs.

EN BREF

Aucun cas n'a été recensé en République démocratique du Congo en 2012, mais le Programme doit être vigilant face aux dangers qui existent toujours

La plupart des refus sont « hésitants » et non « catégoriques » et représentent des gains potentiels rapides

La couverture vaccinale systématique est faible et il n'y a donc pas de filet de sécurité

L'amélioration de la surveillance doit être poursuivie. Y a-t-il des sanctuaires secrets ?

La République démocratique du Congo reste vulnérable. Il faut continuer à encourager à améliorer son programme

Analyse nationale

La République démocratique du Congo n'a recensé aucun cas de poliomyélite depuis décembre 2011. Mais il est encore bien trop tôt pour affirmer en toute confiance que ceci représente une véritable interruption de la transmission. Il est absolument indispensable que le programme du pays reste dans un état d'alerte avancé.

Le refus des groupes religieux constitue encore un problème majeur. Le CSI est heureux d'apprendre la distinction qui est faite entre les « refus hésitants » et les « refus catégoriques ». Ces derniers sont les plus difficiles à vaincre, mais ils sont moins nombreux. Les premiers peuvent être facilement conquis avec un programme de communication passionné et proactif. Les parents qui « refusent avec hésitation » peuvent, s'ils finissent par se laisser convaincre par la vaccination, avoir un effet « boule de neige » dans leurs communautés, en ajoutant leur propre voie aux actions de communication des partenaires.

Les difficultés en République démocratique du Congo ne sont pas uniquement liées aux refus de la vaccination. La faible couverture vaccinale systématique fait qu'il n'y a pas de filet de sécurité. Il est donc crucial de la renforcer et de travailler à l'amélioration de la couverture des campagnes de vaccination.

L'évaluation objective des CDC indiquent une amélioration de la performance sur le plan de la surveillance. Le CSI s'en réjouit. La chance de la République démocratique du Congo est que l'inaccessibilité de certaines parties du pays assure une protection naturelle contre la propagation du virus de la poliomyélite. Mais il est largement reconnu que la poliomyélite peut survivre dans des petites communautés apparemment isolées. Nous incitons la République démocratique du Congo à accroître sa surveillance environnementale afin d'identifier une fois pour toutes où se trouvent les sanctuaires secrets du poliovirus dans le pays.

Nous la complétons pour les progrès incontestables qu'elle a accomplis et nous espérons sincèrement pouvoir lui adresser toutes nos félicitations quand le moment sera venu. Nous ne savons pas encore si nous pourrions le faire ou non, car cela dépendra de sa capacité à continuer à améliorer son programme, même en l'absence apparente de cas. Et cela est plus important que jamais.



Nigéria

EN BREF

L'insécurité est un problème majeur dans l'État de Borno, mais ce n'est pas le seul

Les données doivent être mieux exploitées afin de fournir des informations détaillées et utiles, et de susciter des actions correctives

Au Nigéria, le poliovirus réside dans quatre sanctuaires spécifiques dans les États de Borno, Kano, Sokoto et Zamfara au nord du pays. Ensemble, ils représentent les deux tiers des cas de poliomyélite recensés jusqu'à présent en 2012.

État de Borno

L'État de Borno au nord-est du Nigéria compte 5 millions d'habitants. Certains vivent dans les îles du lac Tchad et d'autres dans le nord de l'État, qui est difficile d'accès à cause du désert de sable. L'État de Borno se situe à la frontière du Niger, du Tchad et du Cameroun.

Il y a plusieurs raisons pour lesquelles les enfants échappent à la vaccination dans le Borno. Les tirs et les explosions font malheureusement partie de la vie quotidienne dans certaines parties de cet État et certaines zones de gouvernement locales (LGA) sont de ce fait sous couvre-feu, ce qui rend les déplacements difficiles. Récemment, l'explosion d'une bombe a détruit un réfrigérateur solaire et, de ce fait, la chaîne du froid connaît aujourd'hui des problèmes. Le programme explique aussi que les refus constituent un blocage à la vaccination des enfants, la principale raison de ces refus étant d'origine religieuse.

Le CSI a le sentiment que les problèmes dans l'État de Borno n'ont pas été suffisamment analysés et décrits. Nous voyons très peu de données qui apportent des informations capitales. Nous savons, par exemple, que 22 % des enfants manqués par les campagnes de vaccination dans cet État sont dus à des refus. Mais nous ne savons rien des 78 % qui restent. Y a-t-il eu une analyse correcte des données sur les enfants ayant échappé à la vaccination ? Si oui, a-t-elle été exploitée ?

EN BREF

Le Programme a peu d'emprise dans l'État de Borno et celle-ci doit être resserrée

L'État de Kano affiche le plus mauvais score sur le nombre d'enfants manqués

Les données doivent être exploitées pour classer les actions par ordre de priorité

L'innovation est louable

Le groupe spécial polio de l'État fonctionne bien

Certaines actions visant à répondre aux problèmes identifiés sont énumérées. Si celles-ci semblent raisonnables, nous n'en avons entendu parler que dans des termes très généraux. Lorsque les défis auront été étudiés avec plus de précision, des actions spécifiques ciblées devront être mises en place pour les surmonter. Nous sommes conscients que ces défis sont nombreux et que des progrès ont été accomplis. Mais à l'heure actuelle, le CSI ne pense pas qu'ils soient appréhendés dans une mesure suffisante.

État de Kano

L'État de Kano se trouve au cœur du nord du Nigéria et a une population essentiellement urbaine de 11 millions d'habitants environ. De tous les États nigériens, il s'agit de celui qui compte le plus petit nombre d'enfants ayant reçu au moins trois doses de vaccin oral contre la poliomyélite. Ce chiffre s'établit à l'heure actuelle à 74 %, bien en-dessous de l'objectif de 90 %. Les données de monitoring indépendant de mars montrent que plus de 10 % des enfants ont été manqués par les campagnes de vaccination dans plus de la moitié des zones de gouvernement locales (LGA) dans l'État de Kano. Il s'agit de la moins bonne performance de tout le pays. Cet État a recensé les trois types de poliovirus en 2011, et des cas de type 1 et de type 3 jusqu'à présent en 2012.

Le Programme fait état d'un grand nombre de raisons pour lesquelles les enfants échappent à la vaccination : refus dus au fait que la nécessité de la vaccination n'est pas ressentie ou parce que les parents doutent de l'innocuité du vaccin ; manque d'obligations de rendre compte au niveau des zones de gouvernement locales ; médiocrité des microplans ; insécurité ; manque d'engagement des chefs traditionnels ; nombre inadéquat d'équipes de vaccination ; et stocks de vaccins épuisés.

Le Programme fournit une longue liste des actions qui sont entreprises. Mais il est difficile de savoir quels sont les principaux problèmes et comment il établit l'ordre de priorité de ces actions. Nous n'avons pas vu beaucoup de données apportant une connaissance précise des problèmes énumérés.

L'État a piloté certaines stratégies qui sont aujourd'hui déployées ailleurs : effort spécifique pour vacciner les populations nomades et utilisation de la cartographie GPS pour améliorer la qualité des microplans. La cartographie GPS est une belle illustration de la façon dont l'innovation peut fonctionner. Elle avait pour but, à l'origine, de suivre la performance des équipes pendant les campagnes de vaccination. Son utilisation a évolué et elle est employée essentiellement avant ces campagnes afin de créer de meilleurs microplans pour les équipes.

L'État de Kano dispose d'une équipe spéciale sur place, dédiée à la poliomyélite et présidée par le vice-gouverneur. Il nous a été dit que les 44 présidents des zones de gouvernement locales ont participé à la campagne de vaccination de mars. Nous apprécions le fait que la campagne de mai ait été reportée quand il est devenu évident que son niveau de préparation était insuffisant.

Le CSI en conclut que, s'il y a de bons exemples d'innovation dans l'État de Kano, nombre des raisons pour lesquelles des enfants ne sont pas vaccinés n'ont pas encore été traitées de façon adéquate.

Zamfara et Sokoto

Les États voisins de Zamfara et Sokoto ont des économies essentiellement agricoles. Ils ont recensé neuf cas de poliomyélite jusqu'à présent en 2012. Mais l'année dernière à la même époque, il n'en avait constaté qu'un seul.

Dans l'État de Zamfara, le CSI a reçu un tableau détaillé décrivant les défis et les actions entreprises pour surmonter chacun d'entre eux. Il s'agit du seul sanctuaire nigérian où les relations entre les défis et les actions sont clairement exposées. À chaque défi correspond une série d'actions liées.

Dans l'État de Sokoto, le Programme énumère un certain nombre de défis majeurs. Il souligne l'engagement politique inadéquat, reflété en particulier par le fait que seul huit des 23 présidents des zones de gouvernement locales ont participé à la dernière campagne de vaccination. Les refus posent problème, en particulier dans les zones de gouvernement locales plus métropolitaines. Ceci est dû en partie à la rhétorique anti-VPO des chefs religieux et des chefs de file universitaires.

Malheureusement, il est difficile de savoir en quoi les solutions proposées dans l'État de Sokoto seront différentes de ce qui a déjà été fait, bien que chacune d'elles semblent sensées. Le Programme prévoit d'intensifier la défense de la cause de l'éradication de la poliomyélite et la sensibilisation à celle-ci. Il nous a été dit également que des « efforts sont réalisés » pour renforcer les obligations de rendre compte.

Analyse nationale

À l'instar des responsables du Programme mondial et du Programme national, le CSI a été choqué par les événements survenus en 2011, lorsque ce programme apparemment prometteur a sombré dans le chaos. Depuis lors, beaucoup de temps a été investi pour essayer de retrouver la dynamique de 2010. Les responsables du Programme nigérian font un travail impressionnant, mais ne sont pas encore parvenus à maîtriser complètement les stratégies requises pour remettre le programme sur les rails. Le Nigéria est aujourd'hui le seul pays au monde où les trois types de virus de la poliomyélite coexistent : type 1, type 3 et poliovirus circulant de type 2 dérivé d'une souche vaccinale. La transmission continue de la poliomyélite crée ici une menace réelle pour les pays voisins. Il convient de la maîtriser rapidement.

Nous apprécions beaucoup le plan d'action d'urgence national. Nous nous réjouissons de l'augmentation du personnel à l'appui de sa mise en œuvre, bien que la gestion de cet effectif important soit un défi qui exige une attention supplémentaire. Nous apprécions en particulier le fait que le Président ait créé un groupe spécial national et que chaque État dispose d'un groupe spécial mené par un vice-gouverneur. Il conviendra de capitaliser sur le nouveau plan d'action d'urgence national, mais il s'agit là d'une véritable opportunité pour le Nigéria. Le CSI incite le Nigéria à démontrer que le scepticisme sur son programme est infondé en mettant en œuvre celui-ci de façon exhaustive.

L'État de Zamfara doit aligner étroitement les actions entreprises sur les défis auxquels il est confronté

Les hommes politiques dans l'État de Sokoto doivent davantage soutenir et diriger le Programme s'ils veulent renverser les attitudes anti-vaccin

Quelles sont les mesures inédites et remarquables qui peuvent maintenant être prises ?

Les responsables du Programme au Nigéria, qui font un travail impressionnant, doivent retrouver la maîtrise de l'art d'éradiquer la poliomyélite

Le plan d'action d'urgence national est solide. Ce qui figure sur le papier doit être converti en réalisation



Le CSI aurait tort de masquer sa préoccupation constante sur la mauvaise performance programmatique au Nigéria. Mais nous sommes confiants en raison de l'expérience que nous avons connue en 2010, lorsque le Programme mettait tout en œuvre pour découvrir les raisons pour lesquelles des enfants échappaient à la vaccination et pour mettre en place des solutions. Le Programme doit retrouver sa capacité à appliquer entièrement les fondamentaux. L'une des priorités au cœur de l'action d'éradication est d'identifier les enfants manqués et c'est quelque chose que le Nigéria faisait bien en 2010.

EN BREF

Le Nigéria est une grande source de préoccupation. Mais il y a de l'espoir. Le Programme doit reproduire sa performance de 2010 qui avait suscité beaucoup d'éloges



Pakistan

EN BREF

**Union Council Four et Gadap :
un sanctuaire à l'intérieur d'un
sanctuaire**

**Les problèmes sont clairement
identifiés. Des actions
étroitement liées sont lancées**

Il y a trois lieux au Pakistan où le poliovirus a des sanctuaires bien implantés : Gadap à Karachi (en particulier l'Union Council 4) ; l'Agence de Khyber dans les zones tribales sous administration fédérale (FATA) ; et Pishin dans le Balouchistan.

Union Council Four, Gadap, Karachi

L'Union Council 4 (UC-4), une région pachtoune fortement peuplée, qui manque sérieusement de services de base et enregistre des taux d'alphabétisation faibles, est un bastion du poliovirus dans le sanctuaire plus large de Gadap. Depuis 2006, plus de 80 % des cas de poliomyélite de Gadap ont été recensés dans l'UC-4. Lors de la campagne de vaccination de mars 2012, les données de monitoring indépendant montrent que 6 % des enfants ont échappé à la vaccination à Gadap, ce qui représente le chiffre le plus élevé du Sindh et du Punjab.

Le Programme a clairement identifié les principaux obstacles qui empêchent d'atteindre un plus grand nombre d'enfants manqués. Les vaccinateurs non locaux, qui ne parlent pas le pashto, ne peuvent pas convaincre les mères et avoir accès aux enfants. Dans le passé, des vaccinateurs employés de façon temporaire ont dû être changés à la dernière minute avant le démarrage d'une campagne. De ce fait, ils n'étaient pas préparés et ne connaissaient pas le terrain. Les travailleurs migrants n'ont pas été entièrement identifiés et inclus dans les microplans. Par conséquent, leurs enfants qui sont les plus vulnérables ont été laissés de côté.

Le programme a été félicité pour sa solide analyse des raisons sous-jacentes aux enfants manqués par les campagnes de vaccination et pour les actions étroitement liées qu'il a initiées pour y faire face. Des vaccinateurs locaux parlant le pashto sont recherchés et recrutés avec des contrats permanents mieux rémunérés. Des

campagnes ont été reportées lorsque la préparation semblait inadéquate. Des sites de vaccination supplémentaires pour les populations en transit permettent de mieux cibler la communauté de migrants.

Dirigé par un commissaire de district enthousiaste et soutenu par une équipe programme solide, l'UC-4 et Gadap devraient sortir de cette situation. Les tests pratiqués sur les échantillons issus de la surveillance environnementale récente sont négatifs pour le poliovirus. Les engagements récents de la communauté sont impressionnants. Si le Programme peut maintenant renforcer sa stratégie pour la population de migrants, il pourra retirer des fruits de cette orientation positive.

Pishin, bloc de Quetta

Le district de Pishin est l'une des trois zones les plus problématiques dans le bloc de Quetta touché par la poliomyélite (les autres étant la ville de Quetta et Killah Abdullah). La population est à 99 % pachtoune. Le taux d'enfants manqués par la dernière campagne de vaccination de mars 2012 s'élève à 16 %.

Il nous a été remis une longue liste de raisons expliquant cette situation. Il y a les poches de refus. Les équipes sont souvent mal constituées (trop de vaccinateurs pour les enfants, pas assez de femmes et de personnel employé par le gouvernement). Les déplacements du personnel des partenaires de l'IMEP sont limités à cause des problèmes de sécurité, ce qui entraîne un manque de soutien et de supervision. Bien que le programme se soit donné beaucoup de mal pour éliminer le personnel paramédical qui freinait ses progrès, nombre des médecins du travail les ayant remplacés manifestent jusqu'à présent peu d'intérêt.

La longue liste de défis est en quelque sorte rassurante. Le Programme a correctement identifié les raisons pour lesquelles les enfants échappaient à la vaccination. Cette analyse lui a permis de formuler des actions correctives. Des salles de contrôle de la poliomyélite ont été créées et le personnel dont la performance n'est pas satisfaisante est suspendu. Des campagnes de vaccination ont été échelonnées pour étendre la supervision et une sous-traitance a été mise en place. L'attribution claire de responsabilités à chaque partenaire doit être félicitée.

Le CSI s'inquiète car il a entendu le Programme déclarer que « certaines choses semblent ingérables avec l'orientation actuelle ». Si c'est le cas, cette orientation doit être modifiée et cela rapidement. D'autres analyses et actions seront nécessaires, mais l'heure n'est pas au défaitisme. Il existe un fondement solide sur lequel le Programme peut capitaliser.

Le Programme dans l'UC-4 fonctionne bien et il doit viser la perfection

Les médecins du travail de Pishin doivent passer à la vitesse supérieure

Le Programme a procédé à une solide analyse des problèmes et lancé des actions concrètes

Si un programme veut réussir, rien ne doit être considéré comme « ingérable »

Agence de Khyber, FATA

L'Agence de Khyber abrite le seul poliovirus de type 3 circulant en Asie. Depuis 2010, elle a recensé 64 cas de poliomyélite, un chiffre étonnamment élevé.

L'insécurité est un problème dans la région de l'Agence de Khyber, mais le Programme a agi de façon opportune pour vacciner en masse les enfants déplacés jusqu'à l'âge de 5 ans, avec une stratégie de dose supplémentaire à bref intervalle. Certains des enfants vaccinés n'avaient pas reçu de gouttes de vaccin depuis septembre 2009. Cette détermination impressionnante à vacciner ces enfants vulnérables doit être maintenue.

Le Programme a fait preuve d'innovation en intégrant des enfants locaux aux équipes de mobilisation sociale en tant qu'adjoints, ce qui leur a permis d'atteindre des endroits où elles n'auraient pas pu pénétrer sans eux.

La situation de la sécurité reste volatile. Par conséquent, le Programme doit être prêt à réagir à son évolution. Plus il reste informé et préparé, plus il pourra envoyer d'équipes de vaccination dans les lieux devenus accessibles en très peu de temps.

Les zones tribales sous administration fédérale (FATA) ne constituent pas un bloc immuable dominé par l'insécurité et l'inaccessibilité. Au cours des six derniers mois, le nombre de zones accessibles a augmenté. Le problème majeur ici est que des enfants échappent encore à la vaccination même lorsqu'il est possible de les atteindre. Les actions proposées comprennent des mesures disciplinaires pour le personnel peu performant, une augmentation du personnel devant rendre des comptes au gouvernement et une intensification de l'engagement des chefs politiques et religieux. Le CSI n'est pas encore convaincu que cela semble suffisant pour remédier aux problèmes actuels. Il faudra en faire davantage, sinon les efforts impressionnants accomplis dans les camps de réfugiés et les zones touchées par les conflits seront vains.

Le CSI a noté une différence sur l'importance respective accordée par les représentants du pays et le Programme sur le recours à une stratégie de « pare-feux », le Programme se montrant moins sûr de son efficacité. Il convient de parvenir rapidement à une connaissance partagée des avantages et inconvénients de cette stratégie.

Analyse nationale

Au cours des six derniers mois, le Programme du Pakistan a réalisé des avancées remarquables, c'est-à-dire depuis le moment où le rapport du CSI l'avait décrit, souvenez-vous, comme présentant « un profond dysfonctionnement ». Son énergie nouvelle, doublée d'un leadership politique fort, a donné lieu à un plan d'action d'urgence national renforcé, adapté pour faire cesser la transmission de la poliomyélite. Le Programme a considérablement intensifié son action et doit poursuivre sur sa lancée.

L'Agence de Khyber abrite le seul poliovirus sauvage de type 3 (PVS3) en Asie

Face à l'insécurité, la détermination à atteindre les enfants est remarquable

Des informations rapides sur la fluidité de la situation de la sécurité sont impératives

Le Programme doit en faire davantage pour améliorer la performance dans les lieux accessibles

L'efficacité de la « création de pare-feux » doit être établie

Le Programme au Pakistan s'est intensifié

Les commissaires de districts dotés du pouvoir de coordonner les services locaux de base (notamment l'éducation, les conditions sanitaires et la santé) représentent un élément clé de l'amélioration des actions visant à éradiquer la poliomyélite. Ils sont particulièrement bien placés pour accroître l'attractivité de la couverture vaccinale contre la poliomyélite. Le CSI a entendu parler d'un enlèvement des déchets à l'instigation du Programme d'éradication de la poliomyélite, ainsi que de la distribution de compléments nutritionnels en même temps que les gouttes de vaccin contre la poliomyélite. Ces actions sont vitales pour développer la bonne volonté des communautés et augmenter l'« attraction » pour la vaccination contre la poliomyélite. Le CSI insiste sur la nécessité que les commissaires de district aient une obligation constante de rendre des comptes et de rechercher à optimiser l'attractivité de la couverture vaccinale contre la poliomyélite dans leur zone.

Le CSI a été informé que des commissaires de district ont passé un temps excessif à établir des contacts avec les différents partenaires de l'IMEP. Ceci risque de les empêcher de consacrer toute leur énergie là où elle produit le grand impact, à savoir la supervision de la mise en place des campagnes de vaccination à l'échelon local. Nous incitons les partenaires de l'IMEP à identifier un mécanisme plus rationalisé par lequel les commissaires de district pourraient rechercher leur soutien conjoint. Une plus grande intégration des partenaires de l'IMEP du niveau national au niveau local permettra de concrétiser le concept d'« une seule équipe contre la poliomyélite » réunie autour de l'UNICEF et de l'OMS.

La motivation est essentielle pour maintenir la dynamique. Le CSI entend de plus en plus parler des vrais héros de la lutte contre la poliomyélite au Pakistan : les vaccinateurs et les mobilisateurs sociaux qui vont de maison en maison, de rue en rue et de zone rurale en zone rurale. C'est encourageant et cela doit se poursuivre. Un pays peut être évalué par la façon dont il traite ses héros. Des progrès sont accomplis, mais des efforts supplémentaires sont nécessaires pour donner encore plus d'attrait à la mission des vaccinateurs et des mobilisateurs sociaux. Le paiement est un aspect important à cet égard. Le pays parle de mécanismes de paiement directs depuis quelque temps maintenant. Ceux-ci doivent être rapidement mis en œuvre de façon large.

Nous apprécions l'attention prêtée par le Programme aux sanctuaires du poliovirus. Il y a toujours une tension inhérente à cela, mais il ne faudrait pas que le programme ait des œillères face aux vulnérabilités ailleurs dans le pays. Le CSI a été informé des résultats inquiétants de la surveillance environnementale au Pakistan, notamment au Lahore et au Punjab. Il est évident que le virus circule largement. Le Programme ne doit pas permettre l'apparition de nouveaux sanctuaires.

Le programme du Pakistan est à nouveau sur les rails pour faire cesser la transmission de la poliomyélite. De nombreux kilomètres difficiles l'attendent encore. S'il arrive à conserver son degré de détermination actuel et la rigueur de son approche, il semble de mieux en mieux placé pour atteindre son but.

Les commissaires de district ont un rôle vital à jouer et semblent passer trop de temps dans des conversations distinctes avec les partenaires

Les héros de la lutte contre la poliomyélite doivent être mieux récompensés

Le programme ne doit pas baisser la garde ailleurs dans le pays

Le Pakistan a sensiblement amélioré sa performance et cette amélioration doit se poursuivre



Conclusions^{et} recommandations

CONCLUSIONS

Le Plan stratégique 2010-2012 a pour objectif d'interrompre la transmission de la poliomyélite à la fin de l'année 2012. Pendant longtemps, cet objectif n'a pas été en bonne voie. Il en est toujours ainsi, bien que les progrès accomplis par le Programme se soient accélérés ces derniers mois. Chaque pays infecté par la poliomyélite a - maintenant ou à un moment donné ces dernières années - montré sa capacité et sa détermination. Le défi pour chacun d'entre eux est d'atteindre une performance optimale rapidement et simultanément. Une fois que chaque pays aura réussi à atteindre suffisamment d'enfants manqués, la transmission s'arrêtera vite. Il serait prématuré d'écarter totalement la réalisation de l'objectif de fin 2012.

La position actuelle du Programme est solide à de nombreux égards et offre une opportunité de créer une dynamique qui doit être saisie. Saisir cette opportunité suppose de venir à bout des risques importants qui font obstacle à l'éradication de la poliomyélite, le déficit financier étant le plus important. Elle suppose également d'être ambitieux sur les autres améliorations programmatiques possibles.

Nos recommandations portent sur les principales préoccupations au niveau mondial. Nous demandons que les programmes des pays tirent parti de nos constats à l'échelle nationale et dans chaque sanctuaire. C'est au Nigéria et en Afghanistan que les améliorations à réaliser sont les plus urgentes.

Le défi de l'arrêt de la transmission de la poliomyélite se résume à atteindre les enfants manqués par les campagnes de vaccination. L'attention prêtée par le Programme à cela s'est accentuée un peu l'an dernier, mais il a encore du chemin à parcourir.

Nous analyserons les progrès réalisés à la fin du mois d'octobre 2012. Nous incitons chaque pays et chaque partenaire à s'attaquer aux défis qui subsistent. La récompense, à savoir un monde débarrassé de la poliomyélite, est plus accessible, mais elle est loin d'être garantie.

RECOMMANDATIONS

1. Nous recommandons une réunion d'urgence du groupe mondial des partenaires de la lutte contre la poliomyélite avec un point à l'ordre du jour : comment résoudre le déficit de financement, qui menace le Programme, de façon à i) rétablir les campagnes annulées et ii) lui procurer les fonds nécessaires pour lui permettre de capitaliser sur l'occasion en or qu'il lui est offerte aujourd'hui au lieu de la gaspiller.
2. Nous recommandons que le Conseil de supervision de la lutte contre la poliomyélite attache une attention particulière à poursuivre le processus de changement programmatique ayant été entamé. Nous avons identifié dix transformations requises par le Programme et procédé à une évaluation des progrès accomplis par rapport à chacune d'entre elles. Nous recommandons que le Conseil de supervision de la lutte contre la poliomyélite les utilise comme guide pour évaluer les progrès et planifier d'autres actions.
3. Nous recommandons qu'au lieu d'une simple « stratégie de phase finale », le programme développe une « stratégie de phase finale et d'héritage », décrivant la fin de la poliomyélite et le début de ce qui suivra. Celle-ci devrait être publiée en urgence pour être consultée par le public et les professionnels.
4. Nous recommandons que le plan du Programme visant à intégrer la vaccination contre la poliomyélite à la réponse humanitaire à la crise alimentaire et aux conflits en Afrique de l'Ouest soit développé de façon rigoureuse et mis en œuvre en urgence. Les alliances avec tous les programmes possibles doivent être explorées de façon urgente parce que chaque contact compte.
5. Nous recommandons que le recours à la surveillance environnementale soit largement étendu et, si possible, qu'un échantillon environnemental positif déclenche une action équivalente à celle mise en œuvre pour réagir aux flambées. Nous reconnaissons qu'il convient d'étudier la faisabilité et la logistique d'une telle action, mais cela doit être réalisé rapidement.
6. Nous recommandons que des plans d'urgence soient élaborés en vue d'utiliser le Règlement sanitaire international pour exiger que les personnes se rendant dans un pays touché par la poliomyélite démontrent avec un document à l'appui qu'elles ont été correctement vaccinées avant d'être autorisées à voyager. Ces plans doivent être développés avec l'intention de les mettre en œuvre lorsqu'il restera seulement deux pays avec une transmission endémique ou rétablie.

7. Le nombre d'enfants ayant échappé à la vaccination (ceux n'ayant reçu aucune dose de vaccin, ceux ayant reçu moins de trois doses et ceux n'ayant pas été vaccinés au cours de la dernière campagne de vaccination dans leur pays) doit être la mesure phare du Programme ; une feuille de papier avec ces trois chiffres doit être placée sur le bureau des responsables des organismes partenaires principaux au début de chaque semaine. Cette action doit démarrer immédiatement.

Le CSI examinera aussi deux autres points de façon plus détaillée. Le premier sera de chercher à nous assurer de la façon dont le Programme équilibre le recours au monitoring indépendant et à la technique de sondage par lots appliquée à l'assurance de la qualité (LOAS ou Lot Quality Assurance Sampling). Le second sera d'examiner attentivement les plans mis en place pour empêcher une pénurie de vaccin oral contre la poliomyélite en 2013, ce qui a été identifié comme un risque.

