

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

Rapport

Octobre 2011

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

Octobre 2011

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 l'année prochaine.

Ce troisième rapport fait suite à notre quatrième réunion, qui s'est tenue à Londres du 28 au 30 septembre 2011. Nous nous rencontrerons à Londres du 30 janvier au 1er février 2012 et nous émettrons notre prochain rapport à la suite de cette réunion.

Nous continuons à bénéficier du temps, de l'engagement et du soutien des nombreux partenaires de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite et nous leur en sommes très reconnaissants. Nous continuons à inviter tous les lecteurs de ce rapport à nous faire part de leurs commentaires et à les adresser à notre secrétariat indépendant à l'adresse suivante : IMBSecretariat@polioeradication.org. Notre indépendance demeure essentielle dans notre rôle. Chacun de nous siège au Comité à titre personnel. Comme auparavant, nous continuerons à présenter sincèrement notre point de vue, sans crainte ni indulgence.

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

Dr Nasr El Sayed
Ministre délégué à la Santé, Égypte

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

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

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

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

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

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

TABLE DES MATIÈRES

Synthèse	4
Introduction	6
Constats par pays	8
Constats transversaux du programme	19
Conclusion : objectif d'étape pour fin 2012	27

1. Chaque pays où la transmission de la poliomyélite persiste, à l'exception de l'Inde et de l'Angola, a enregistré davantage de cas à ce jour en 2011 que pendant la même période l'an dernier. Le Tchad, l'Afghanistan et la République démocratique du Congo ont déjà un nombre total de cas supérieur à celui recensé en 2010.
2. Le taux d'occurrence des nouvelles flambées nous rappelle constamment que de nombreux pays dans le monde sont menacés du fait de la facilité avec laquelle la poliomyélite pourrait être importée à travers leurs frontières.
3. Le plan stratégique 2010-2012 avait défini quatre objectifs d'étape intermédiaires. Deux seulement sont en bonne voie. Un a très peu de chances d'être réalisé dans le délai prévu, et un n'a pas été réalisé dans le délai stipulé et reste difficile à atteindre.
4. L'IMEP n'est pas en bonne voie par rapport à l'objectif d'interruption de la transmission pour la fin de 2012, comme elle le prévoyait. En effet, à moins que les problèmes fondamentaux soulignés dans ce rapport ne soient résolus, il y a un risque substantiel que l'interruption de la transmission de la poliomyélite exige bien plus de temps que les 15 mois restants d'ici à la fin 2012.
5. Cette interruption pourrait encore être atteinte à la fin de l'année 2012 si les points faibles du programme, à la fois à l'échelle internationale et à celle des pays sont rapidement corrigés et si l'engagement politique et le soutien financier apportés à l'IMEP sont renforcés.
6. Ce rapport évalue les progrès dans chacun des pays où la transmission persiste. À l'exception de l'Inde, aucun des pays d'endémie ne progresse au rythme où il le devrait.
 - L'Inde a de bonnes chances d'interrompre la transmission cette année
 - Le programme de l'Afghanistan est innovant et bien géré, mais n'arrive toujours pas à atteindre le tiers des enfants dans ses 13 districts à haut risque
 - Le Nigéria affiche un recul par rapport aux progrès qu'il avait réalisés en 2010 ; il doit réobtenir, de façon visible, l'engagement des autorités politiques et des chefs traditionnels
 - Le Pakistan a réalisé peu de progrès concrets par rapport à ces 18 derniers mois ; une révision fondamentale de sa stratégie s'impose.

Le nombre de cas de poliomyélite a augmenté dans cinq des sept pays principaux

Flambées : les mauvaises surprises continuent

Il y a autant d'objectifs atteints que d'objectifs non réalisés

Le programme n'est pas en bonne voie par rapport à son objectif pour fin 2012 ou peu après, sauf si les problèmes fondamentaux sont abordés

Si l'on s'attaque à ces problèmes, un succès imminent est encore possible, même pour fin 2012

L'Inde est le seul des quatre pays d'endémie en bonne voie par rapport à l'objectif d'interruption de la transmission en 2011

Le Pakistan et le Nigéria sont une source de grande inquiétude, en particulier le Pakistan

7. Après avoir manqué leurs objectifs à fin 2010, les trois pays où la transmission est rétablie montrent aujourd'hui certains progrès, bien que dans aucun d'entre eux l'interruption de la transmission ne soit pas encore en vue:
- L'Angola accomplit de bons progrès, mais Luanda demeure un réelle vulnérabilité
 - Le Tchad dispose aujourd'hui des ressources techniques dont il avait besoin et doit maintenant les déployer à bon escient
 - Les indicateurs de la République démocratique du Congo restent en-dessous des objectifs, mais évoluent dans la bonne direction ; l'éventualité de perturbations liées aux élections est une source de grande préoccupation
8. Les mauvaises surprises créées par des flambées inattendues continuent à faire baisser la confiance dans le programme. La Chine s'était débarrassée de la poliomyélite depuis une dizaine d'années jusqu'à la flambée actuelle. La détection d'un cas au Kenya est particulièrement alarmante parce qu'elle montre l'incapacité depuis 2009 à interrompre la transmission qui s'opère depuis longtemps entre le Kenya et l'Ouganda. Le risque de nouvelles flambées reste particulièrement présent dans la Corne de l'Afrique.
9. En plus des constats par pays, nous décrivons cinq problèmes qui représentent des tendances générales dans le programme mondial et réduisent ses chances de réussite. Ils sont liés à l'approche et à la culture. S'attaquer à chacun de ces problèmes exigera de procéder à une introspection difficile pour le programme, mais se traduira par des gains significatifs. Le style et l'approche de la gestion du programme mondial nécessitent une réorientation.
10. De notre point de vue, l'éradication de la poliomyélite doit être traitée comme une urgence mondiale en matière de santé publique. Elle exige davantage de fonds et un engagement politique mondial plus large et plus fort, en particulier de la part des pays non touchés. Le défi reste important, mais l'autre option est de permettre à cette terrible maladie de resurgir.

Il y a certaines nouvelles positives dans chacun des trois pays, à savoir l'Angola, le Tchad et la République démocratique du Congo. Cependant, neuf mois après la date-butoir initiale, aucun d'entre eux n'est près d'atteindre son objectif

Trop de surprises

L'approche et la culture du programme ne correspondent pas à l'heure actuelle à ce qui est exigé

Ce programme a besoin de fonds et nécessite qu'une plus grande priorité lui soit accordée à l'échelle mondiale. Son échec serait une catastrophe

Ceci est le troisième rapport du Comité de suivi indépendant (CSI) de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP). L'IMEP a consacré beaucoup de temps aux tâches suivantes : analyser les données (à la fois qualitatives et quantitatives) ; écouter les autorités des pays, les responsables du programme, les experts, les donateurs et les analystes ; lire, discuter, apprendre et tenir compte des commentaires faits sur nos rapports.

Au cours des réunions, qui précèdent la production des rapports, le CSI a rencontré les Ministres de la Santé et les responsables du programme de chacun des pays touchés, ainsi que les représentants de ses principaux partenaires et un large éventail d'autres acteurs.

Au fil du temps, le CSI s'est forgé une connaissance plus approfondie des forces et des faiblesses de l'IMEP. Nous avons fortement bénéficié de la franchise toujours plus grande de nombre des personnes que nous avons rencontrées. Peu d'entre elles font désormais des présentations avec l'idée de faire une belle prestation. Au contraire, elles savent que le CSI pourra leur apporter la plus grande aide si elle dispose d'un compte-rendu « avec tous ses défauts ».

Quand nous avons adressé notre dernier rapport aux responsables des principaux organismes (OMS, UNICEF, CDC et Rotary International) ainsi qu'à la Fondation Bill & Melinda Gates, nous avons identifié dans la lettre d'accompagnement plusieurs développements qui, s'ils se concrétisaient, seraient des signes importants annonçant que l'éradication est en bonne voie. Les voici.

- Non-réapparition de cas en Inde à la fin de 2011
- Interruption de la transmission dans l'État de Kano et les zones avoisinantes du nord-ouest du Nigéria à la fin de 2011
- Interruption de la transmission du poliovirus de type 3 dans le monde à la fin de 2011
- Développement majeur des ressources et de l'expertise au Tchad et en République démocratique du Congo avec un monitoring indépendant, des données de surveillance et un nombre de cas reflétant clairement l'effet de ce développement à fin octobre 2011
- Baisse manifeste du nombre de cas au Pakistan au cours du second semestre 2011 par rapport au second semestre 2010, montrant en particulier que le plan d'action d'urgence nationale fonctionne dans la province du Sindh
- Absence de nouvelles « surprises » liées à la réapparition de la maladie dans les pays qui en sont exempts

Il s'agit ici du troisième rapport du CSI qui fait suite à une analyse approfondie de l'IMEP

Il y a trois mois, nous avons identifié sept « signes annonciateurs » indiquant que l'éradication était en bonne voie

- Diminution du nombre de rapports sur le terrain indiquant une qualité médiocre ou variable des campagnes de vaccination ou de la surveillance et/ou un leadership local inadéquat

Il y a un large consensus parmi les personnes que nous avons rencontrées sur le constat suivant : seul le premier de ces signes (l'Inde) est susceptible de se concrétiser. Aucun des objectifs que nous avons fixés ne l'a été de façon unilatérale. Ils décrivent simplement les progrès qui seraient en phase avec l'ambition exprimée du programme d'interrompre la transmission de la poliomyélite dans le monde pour fin 2012.

Dans ce troisième rapport :

- nous évaluons, pays par pays, le progrès accompli pour interrompre la transmission de la poliomyélite
- nous adoptons une approche avec une vue plus large sur le programme dans son ensemble, afin de présenter nos observations sur certains problèmes systémiques ; le fait d'aborder ces problèmes au sein du programme doit renforcer la capacité de l'IMEP à atteindre son objectif important

Nos principaux constats sont clairs et sans ambiguïté. Nous présentons ces résultats de façon sincère. Nous sommes convaincus que la poliomyélite peut et doit être éradiquée. Nous sommes également persuadés qu'elle ne le sera pas si l'on reste sur la trajectoire actuelle. Il est essentiel de procéder à des changements majeurs en ce qui concerne le style, l'engagement et les obligations de rendre compte. Ce rapport explique cette conclusion, fait part de nombreuses observations et donne cinq recommandations.

Seul l'un de ces sept signes annonciateurs s'est concrétisé

Ce rapport examine les progrès dans chaque pays et fournit aussi une évaluation intégrale importante sur le programme

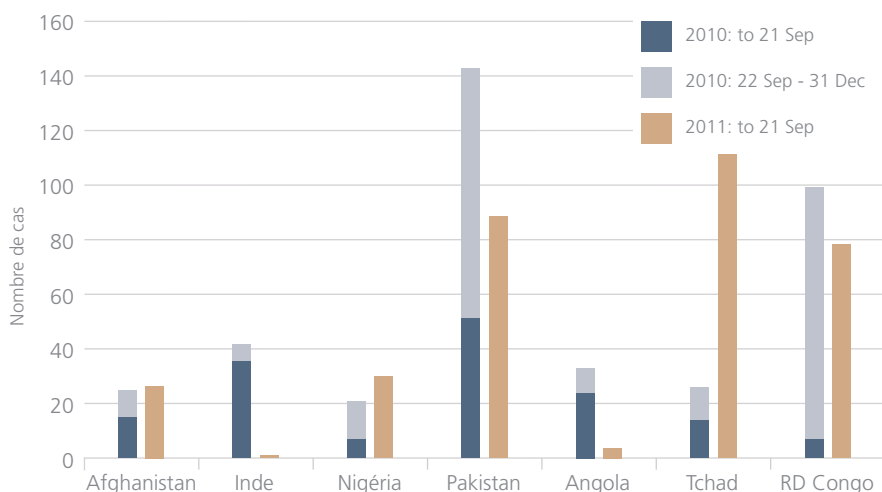
La transmission de la poliomyélite persiste dans sept pays.

- Quatre pays avec une transmission endémique : Afghanistan, Inde, Nigéria et Pakistan
- Trois pays avec un « rétablissement » de la transmission : Angola, Tchad et République démocratique du Congo

À la seule exception de l'Angola et de l'Inde, chacun de ces pays a recensé un plus grand nombre de cas à ce jour en 2011 que pendant la même période l'an dernier (figure 1). À l'issue des trois premiers trimestres 2011, trois d'entre eux enregistraient déjà un nombre de cas supérieur à celui signalé pour toute l'année 2010.

Nous évaluons d'abord les progrès réalisés dans chacun de ces pays, avant d'aborder ceux accomplis dans la gestion des flambées dans les autres pays.

Figure 1 : tous les pays, à l'exception de l'Angola et de l'Inde, enregistrent un nombre de cas supérieur à ce jour en 2011 à celui qu'ils avaient à la même date l'an dernier. Le Tchad, l'Afghanistan et le Nigéria dépassent déjà le nombre total de cas qu'ils avaient recensé au cours de toute l'année 2010



PAYS D'ENDÉMIE

Il est très peu probable que l'IMEP atteigne son objectif d'interrompre la transmission dans deux des quatre pays d'endémie à la fin 2011. L'Inde accomplit de grand progrès et semble en bonne voie par rapport à son objectif d'interruption de la transmission cette année. Le Nigéria a réalisé de solides progrès en 2010, mais enregistré un recul en 2011. L'Afghanistan continue de progresser de façon lente, mais régulière. Le programme du Pakistan est en situation d'échec.

Cinq des sept pays dans lesquels la transmission de la polio persiste ont un nombre de cas supérieur à ce jour en 2011 à celui à la même date l'an dernier

OBJECTIFS D'ÉTAPE POUR FIN 2011

Cessation de la transmission de tous les poliovirus au moins dans 2 des 4 pays d'endémie

RÉALISATION MENACÉE

Afghanistan

L'Afghanistan est un pays très montagneux avec une population dispersée. La couverture vaccinale systématique n'atteint que 20 % dans certaines zones. Mais les conflits sont le plus grand problème pour l'éradication de la poliomyélite, car ils empêchent les vaccinateurs d'atteindre des millions d'enfants. La campagne de vaccination de juillet 2011 n'a atteint en moyenne que les deux tiers des enfants dans chacun des 13 districts à haut risque de ce pays. Seul l'un d'entre eux est parvenu à une couverture de 90 % des enfants. Les constatations virologiques mettent clairement à l'évidence l'existence de lacunes au niveau de la surveillance et pas seulement de la vaccination.

Les principaux problèmes rencontrés par le programme se situent au niveau local et des districts plutôt qu'au plan national ou régional. Cela dit, il y a des points communs importants entre les différentes zones. Elles sont confrontées à des problèmes d'engagement dans les actions visant à éradiquer la poliomyélite, de coordination de ces actions et aussi de financements. Mais le succès en Afghanistan dépend de l'identification de façons d'accéder à plus d'enfants à chaque campagne de vaccination successive. Traditionnellement, les combats en Afghanistan sont cycliques. La saison d'hiver qui arrive offre une opportunité à saisir d'atteindre davantage d'enfants.

L'Afghanistan a été le seul pays à appliquer notre recommandation sur la fixation d'objectifs d'étape intermédiaires dans le parcours vers l'interruption de la transmission. Chacun de ces cinq objectifs sont clairs et appropriés. Ils s'accompagnent tous d'une série d'actions liées et d'indicateurs définis pour suivre leur réalisation.

L'Afghanistan se distingue aussi par son attitude favorable à l'innovation. On trouve des exemples de son ingéniosité à la fois aux niveaux micro et macro. Toutes les innovations ne réussiront pas, mais certaines si. Et cette mentalité gagnante aidera le programme de ce pays à traverser les difficultés qui l'attendent. La création d'équipes permanentes de sensibilisation à la vaccination dans les districts à haut risque est une innovation particulièrement bienvenue.

Nous sommes impressionnés par la gestion du programme en Afghanistan alors qu'il se trouve confronté à des défis considérables. Cela ne veut pas dire que tout va bien. Le pays est loin d'atteindre les objectifs d'étape pour fin 2011 fixés dans le plan stratégique 2010-2012. Il ne réussira pas à éradiquer la poliomyélite tant que le problème d'inaccessibilité ne sera pas mieux surmonté. L'innovation et l'ingéniosité exprimées dans le cadre du programme doivent être maintenues, tout en étant soutenues par un vrai mouvement visant à renforcer constamment l'engagement et la qualité au niveau local et des districts.

L'Afghanistan doit relever de nombreux défis, le plus grand étant l'inaccessibilité liée aux conflits

De sérieuses lacunes existent à la fois au niveau de la vaccination et de la surveillance

Généralement, les combats diminuent pendant les mois d'hiver, ouvrant de plus grandes opportunités d'accès

L'approche disciplinée adoptée par l'Afghanistan dans la gestion du programme se reflète dans les cinq objectifs d'étape intermédiaires qu'il s'est fixé

Son ingéniosité vient à l'appui de son programme et il sait innover face aux problèmes

Il s'agit d'un programme solide, mais qui n'est pas encore en mesure d'int interrompre la transmission de la poliomyélite

Inde

L'avenir est prometteur pour l'Inde. Il y a deux ans seulement, certains auraient jugé inconcevable que l'Inde puisse être sur le point de réussir à éradiquer la poliomyélite. La transmission de cette maladie opposait, avec ses réservoirs de virus résistants, une force considérable. Les conditions sanitaires des zones densément peuplées de l'Uttar Pradesh et du Bihar posaient un énorme défi à l'efficacité des campagnes de vaccination. Le nombre d'individus migrant en Inde à un moment donné est supérieur à la population entière de certains pays. Mais ces défis ont été compris et semblent avoir été surmontés.

L'Inde a bien géré son seul cas de poliomyélite en 2011 (dans le Bengale occidental). Sa riposte a été rapide et efficace. Le pays a exercé et maintenu une forte surveillance et des niveaux de vaccination impressionnants. D'autres cas peuvent survenir, mais l'Inde semble prête à les gérer. Elle a de bonnes chances d'interrompre la transmission de la poliomyélite d'ici à fin 2011.

L'Inde est passée par un processus d'apprentissage long et implacable. Son programme, hautement sophistiqué, comprend de nombreux experts. Ce pays envisage maintenant la façon de déployer son expertise afin de soutenir d'autres pays. Et nous l'incitons fortement à le faire.

Cette perspective d'interruption de la transmission en Inde soulève une question difficile pour ce pays et pour le programme dans sa globalité. L'Inde peut-elle maintenir des campagnes avec l'intensité nécessaire pour rester exempte de la poliomyélite, tout en restant menacée par la présence de la maladie dans d'autres pays ?

Nigéria

Le Nigéria est un pays essentiel sur le plan stratégique pour éradiquer la poliomyélite. Ses États du sud sont exempts de la maladie depuis une dizaine d'années, mais la transmission qui persiste dans le nord a semé de façon répétitive l'infection dans plusieurs pays avoisinants. Interrompre la transmission de la poliomyélite au Nigéria devrait être l'une des premières priorités pour protéger les enfants nigériens et pour mettre un terme aux exportations du virus qui érodent de précieuses ressources du programme mondial.

Le Nigéria a réalisé des progrès impressionnants en 2010, parvenant à une réduction de 95 % du nombre de cas de poliomyélite. Dans notre rapport d'avril, nous soulignons que ceci lui offrait une possibilité d'arrêter la transmission de la poliomyélite pour de bon. Malgré nos avertissements, les

L'Inde est en bonne voie d'interrompre la transmission de la poliomyélite en 2011

L'Inde a repoussé les obstacles les uns après les autres pour parvenir à une position très favorable

L'Inde a beaucoup à offrir aux autres pays affectés par la poliomyélite

L'Inde saura-t-elle maintenir des campagnes avec l'intensité requise jusqu'à ce que l'éradication mondiale élimine le risque de réinfection ?

Le Nord du Nigéria est une source incessante de transmission dans une grande partie du nord de l'Afrique

Le Nigéria a marqué un recul par rapport aux progrès qu'il avait réalisés en 2010, au grand désarroi de tous ceux qui avaient l'éloge de la façon dont le programme était dirigé

élections subséquentes ont brisé l'élan du programme. À l'issue des trois premiers trimestres 2011, le Nigéria a déjà recensé plus de cas de poliomyélite que pendant toute l'année 2010. En terme simples, la couverture vaccinale systématique reste trop faible dans des parties entières du nord du pays. Près de 30 % des circonscriptions à plus haut risque ont rate plus de 10 % des enfants. Il s'agit d'un résultat embarrassant et inacceptable.

Établis en février 2009, les engagements d'Abuja devaient être la pierre angulaire du programme du Nigéria, un bon mécanisme pour obtenir l'engagement actif extrêmement important des gouverneurs. Il est inquiétant de constater que l'adhésion à ces engagements a diminué de façon vertigineuse. Malheureusement, les difficultés du Nigéria ont également été exacerbées par une situation qui s'est détériorée sur le plan de la sécurité dans un certain nombre d'États du nord ces derniers mois.

Ce n'est pas l'engagement ou la défense de la cause à un haut niveau qui fait défaut. Le problème, comme ailleurs, est d'aligner sur cette volonté les actions de l'État et des autorités locales. Les chefs politiques et traditionnels doivent être impliqués. À défaut, quelles que soient les autres avancées réalisées par le programme, elles resteront infructueuses. Précédemment cette année, le Nigéria avait acquis de la crédibilité en tant que pays ayant un programme sur la bonne trajectoire pour interrompre la transmission de la poliomyélite. Cette crédibilité s'est émoussée. Le Nigéria doit démontrer qu'il peut obtenir l'engagement soutenu des autorités politiques et des chefs traditionnels, s'il veut à nouveau être reconnu comme un pays doté d'un programme capable d'interrompre bientôt la transmission de la poliomyélite.

Pakistan

En 2010, trois des quatre pays d'endémie ont affiché chacun une réduction de 60 % ou plus de leur nombre de cas annuels de poliomyélite. Le quatrième pays, le Pakistan, se distingue, mais pour de mauvaises raisons. En 2010, il a recensé 50 % de cas en plus qu'en 2009 et, en 2011, la situation s'est encore aggravée.

Il y a neuf mois, le Président du Pakistan a lancé un plan d'action d'urgence dans le but de reprendre le contrôle de la situation. Un plan qui, sur le papier, semblait bon. Il attribuait la responsabilité de l'éradication de la poliomyélite aux districts et sous-districts. Il établissait également une cellule de surveillance nationale de la poliomyélite supervisée par le Premier Ministre.

Les engagements d'Abuja, annoncés partout comme essentiels pour le programme de ce pays, se sont maintenant effondrés

La participation active à la fois des chefs politiques et traditionnels reste aussi importante qu'auparavant et il est urgent que celle-ci soit redynamisée

Le Nigéria risque de perdre tout ce qu'il avait gagné

Le nombre de cas de poliomyélite au Pakistan s'aggrave d'année en année ; la situation est désastreuse

Ce plan n'a quasiment fait aucun chemin. Au sommet, le Président et le Premier Ministre sont engagés dans l'éradication de la poliomyélite. Mais les actions des milliers de travailleurs en dessous ne sont pas en phase avec cet engagement et peu de choses sont faites pour les y aligner. La dissolution du ministère pakistanais de la Santé a encore d'avantage affaibli l'emprise du programme ainsi que toutes les chaînes de responsabilité ou d'autorité.

Le défi n'est pas de nature technique. C'est une question de gestion de personnel. Le succès de l'éradication de la poliomyélite dépend des milliers de personnes impliquées dans la vaccination, la supervision et la gestion. Nombreuses sont celles qui sont motivées par leur travail : elles sont fières de ce qu'elles font et travaillent intensément pour débarrasser leurs communautés de la poliomyélite. Mais nombreuses aussi sont celles qui ne sont pas motivées ou qui, au mieux, sont indifférentes. Il semble que certains responsables locaux ont l'impression que la vaccination contre la poliomyélite pèse peu sur leurs relations avec leur électorat ou avec leurs responsables politiques.

Les comités ou équipes de travail ne font pas défaut. Mais les obligations de rendre compte ne peuvent être correctement mises en œuvre à travers un comité.

Dans trop de zones du Pakistan, l'administration est faible. Les niveaux d'intérêt pour l'éradication de la poliomyélite et l'appropriation de cette cause sont peu élevés ; les équipes ne peuvent atteindre les enfants à cause des problèmes de sécurité ; et la santé n'a généralement pas une priorité élevée par rapport à d'autres problèmes apparemment plus urgents.

Il semble absolument évident qu'il y a un profond dysfonctionnement dans la façon de diriger le programme d'éradication de la polio du Pakistan. Les engagements pris au sommet ne sont tout simplement pas traduits en actions efficaces en première ligne. Le Pakistan est confronté à d'autres difficultés qui vont des inondations récentes à l'inaccessibilité créée par les conflits. Mais le problème d'alignement précité et le manque d'obligations de rendre compte restent les principales difficultés dont souffre le programme. L'équipe de direction stratégique de l'IMEP exerce un contrôle très limité sur ces points. Par conséquent, l'effort d'éradication glisse vers un précipice. La question qui se pose est fondamentale : que peut faire de plus le gouvernement fédéral si les structures au niveau des provinces ne suivent pas ?

Certaines parties du Pakistan résistent à cette tendance. Au Punjab, par exemple, la transmission de la poliomyélite est faible. Il y a une raison à cela : les plans des districts et des sous-districts sont clairs et le Premier Ministre fait réellement attention à ce que les obligations de rendre compte soient clairement définies.

Le plan d'action d'urgence du Pakistan a du sens sur le papier, mais il n'est pas traduit en action de façon sensée

Le programme du Pakistan comporte trop de personnes qui ne le soutiennent pas

Les dysfonctionnements ne se comptent plus dans le programme au Pakistan

Le Pakistan manque d'un responsable au niveau fédéral, capable de faire respecter l'autorité présidentielle dans les districts où la performance n'est pas bonne

L'éradication de la poliomyélite au Pakistan glisse vers un précipice

Le Punjab apporte la preuve qu'il est possible d'obtenir des résultats au Pakistan

Dans notre dernier rapport, la province de Sindh était qualifiée de baromètre du progrès, car elle n'était pas touchée par les combats. Mais elle a depuis souffert d'inondations dévastatrices. Le Balouchistan est désormais un baromètre plus exact, bien que les rapports puissent ne pas être satisfaisants. Nous surveillerons les progrès dans cette zone de façon plus étroite.

Le Pakistan est aujourd'hui très à la traîne par rapport à tous les autres pays du monde. Sans un changement fondamental très rapide, on peut parier sans risque que ce sera le dernier pays sur terre où la poliomyélite sera encore présente, laissant ses enfants et ceux des pays voisins vulnérables à une paralysie autrement évitable plus longtemps qu'ils ne le devraient. Les problèmes sont parfaitement clairs. Il convient donc de concentrer les efforts sur l'identification de solutions réelles et différentes. Nous recommandons au Pakistan de repenser fondamentalement son plan d'action d'urgence national, en se focalisant sur ce qu'il faut faire pour renforcer de façon significative les obligations de rendre compte. Nous lui recommandons aussi d'envisager de sous-traiter la gestion d'éléments du programme à des organisations non gouvernementales plutôt que de les laisser avec le gouvernement.

Le Balouchistan et le Sindh constituent les principaux baromètres des progrès à l'avenir

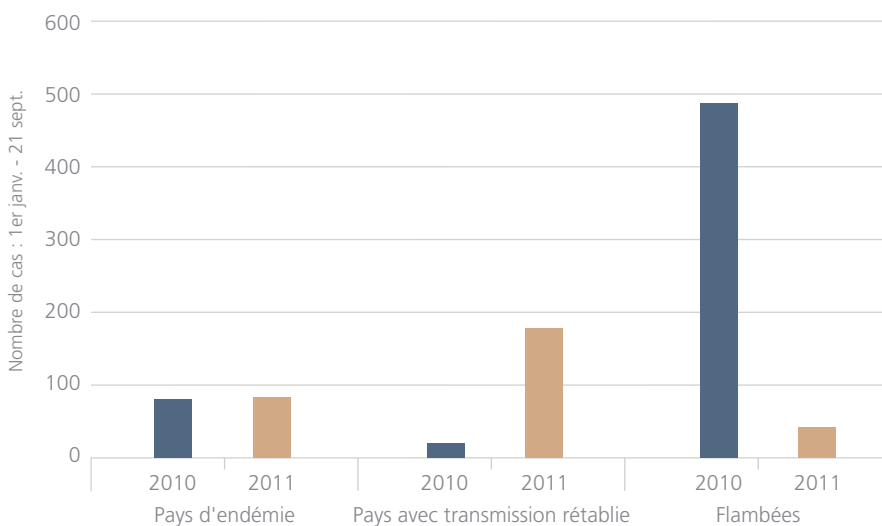
La riposte du Pakistan à la poliomyélite est la plus faible au monde

Il est urgent qu'une révision stratégique fondamentale soit effectuée

PAYS AVEC UN RÉTABLISSEMENT DE LA TRANSMISSION

Lorsque le plan stratégique 2010-2012 a été lancé, la transmission de la poliomyélite était « rétablie » dans quatre pays. Le plan avait pour objectif d'interrompre cette transmission pour la fin de 2010. Dans trois de ces quatre pays, l'objectif n'a pas été atteint : Angola, Tchad et République démocratique du Congo. À ce jour en 2011, l'un de ces pays a recensé près de la moitié de la totalité des cas de poliomyélite détectés (figures 2 et 3).

Figure 2 : par rapport à la même période en 2010, on a constaté, à ce jour en 2011, bien plus de cas dans les pays avec une transmission rétablie, bien moins de cas dus à des flambées épidémiques et environ le même nombre de cas dans les pays d'endémie



Angola

La poliomyélite s'est rétablie en Angola en 2005 après quatre années d'exemption. Ce pays en a réinfecté six autres depuis lors et les progrès en vue d'interrompre à nouveau la transmission se sont fait attendre. Il y a apparemment de bonnes nouvelles. L'Angola n'a pas détecté de cas de poliomyélite depuis ces sept derniers mois. Il s'agit du plus long intervalle enregistré depuis 2005.

Le programme a donné de bons résultats en 2011, avec une activité maintenue à un rythme effréné. Le gouvernement a apporté un soutien financier considérable. Nous sommes de plus en plus optimistes en ce qui concerne les progrès dans ce pays.

Le programme a une bonne perception des défis substantiels qui restent et doit s'y attaquer sans perdre le rythme. Le plan de sept mois pour le Luanda est un

OBJECTIFS D'ETAPE POUR FIN 2010

Cessation de la transmission rétablie

RÉALISATION MANQUÉE

Nous sommes de plus en plus optimistes sur les progrès en Angola, mais il reste encore des défis substantiels

Les performances en vaccination et en surveillance restent faibles à Luanda, ce qui représente un danger

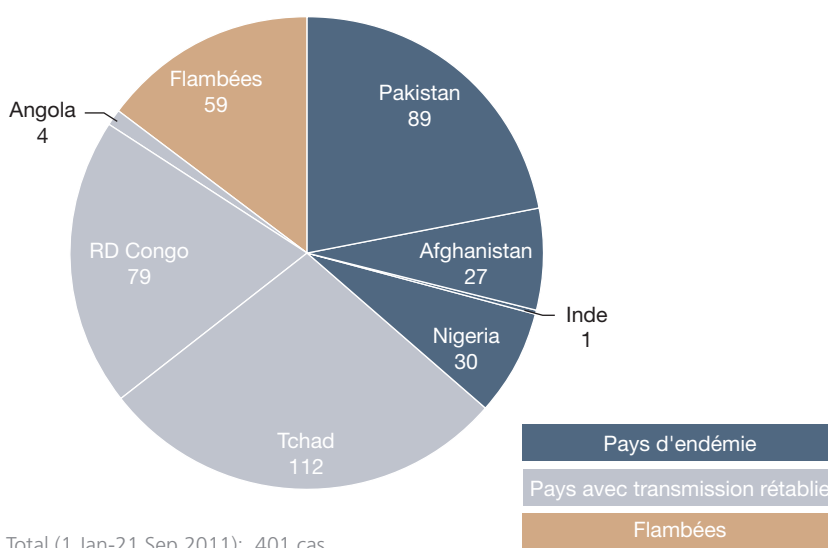
développement capital. Une épidémie dans la Luanda risquerait de se propager rapidement dans la province et au-delà. La surveillance est encore trop inégale et nous ne pouvons pas être sûrs qu'il n'y ait pas de cas qui surviennent à l'heure actuelle. La stratégie basée sur les communautés a eu un impact positif.

Mais dans la plupart des districts, plus de 10 % des enfants sont manqués au cours des campagnes de vaccination. Il s'agit d'une mauvaise performance. Un leadership engagé à la fois des gouverneurs des provinces et des administrateurs municipaux et locaux est essentiel pour réussir. Mais cet engagement est variable. Le nouveau système d'indicateurs permettant de suivre l'engagement doit être appliqué afin de mettre à l'honneur ceux qui mènent le combat contre la poliomyélite et demander des comptes à ceux dont les performances ne sont pas à la hauteur.

Si cet intervalle de sept mois est bien réel, il représente une opportunité que l'Angola doit saisir. Les principaux indicateurs de processus du plan stratégique 2010-2012 fournissent des objectifs clairs sur la qualité de la vaccination et de la surveillance. Or ces objectifs n'ont pas encore été atteints. Leur réalisation augmenterait substantiellement les chances d'une interruption permanente de la poliomyélite. Nous félicitons l'Angola du chemin parcouru jusqu'ici, mais un travail décisif doit encore être effectué sans relâche pour surmonter les difficultés qui demeurent, atteindre ces objectifs et s'assurer un vrai succès.

L'Angola a encore du chemin à parcourir pour atteindre les indicateurs principaux de processus lui ayant été fixés comme objectifs pour fin 2011 ; il doit en faire plus pour y parvenir

Figure 3 : à ce jour en 2011, 48 % des cas signalés l'ont été dans les pays avec un rétablissement de la poliomyélite, 37 % dans les pays d'endémie et 15 % dans les pays connaissant des flambées



Tchad

Le Tchad est le pays d'Afrique qui enregistre le plus grand nombre de cas de poliomyélite. Il représente plus du quart des cas signalés dans le monde. Il n'a pas de système de soins de santé organisé et accessible. Il compte donc sur des campagnes qui se heurtent à d'énormes défis logistiques, techniques et financiers. En conséquence, la réponse au besoin d'éradiquer la polio au Tchad a été faible et inefficace.

Le CSI avait été tant alarmé par la situation au Tchad qu'il l'avait caractérisée comme une urgence sanitaire publique et avait demandé une mobilisation urgente et substantielle sur le plan de l'engagement, des ressources et des compétences. Au cours des six mois suivants, il y a eu une amélioration du niveau et du rythme des actions.

Le Président du Tchad s'est fortement engagé dans l'éradication. Un effectif de 80 personnes supplémentaires environ, dédiées à la poliomyélite, a été placé au service du programme et leur formation a démarré. Néanmoins, un groupe d'une vingtaine d'autres personnes environ, employées par le gouvernement, semble ne pas être intégré au programme et il est nécessaire de remédier à cette situation. Une autre lacune majeure persiste : le programme n'est pas doté d'un responsable professionnel compétent à l'échelle nationale.

La fréquence et la qualité des vaccinations dans les prochains mois seront cruciales pour le Tchad. Une campagne est prévue fin octobre, mais elle ne bénéficiera pas complètement des ressources supplémentaires encore en cours d'intégration. Une autre campagne est également prévue en novembre. Celle-ci devra être différente de toutes celles qu'a connu le Tchad auparavant, sinon, le nouveau plan devra faire face à un échec public humiliant. L'évaluation doit également tenir compte du fait que la fin de l'année est une période de faible transmission. Par conséquent, tout succès apparent doit être jugé avec prudence.

République démocratique du Congo

Nos précédentes évaluations sur la République démocratique du Congo ont révélé un pays avec un système de soins de santé présentant des dysfonctionnements, luttant pour monter la réponse supplémentaire nécessaire pour interrompre la transmission de la poliomyélite. La surveillance est tellement faible qu'une chaîne de transmission a été manquée pendant deux ans. Un certain nombre de sources nous ont parlé de multiples problèmes sur le terrain concernant les campagnes de vaccination ainsi que la surveillance.

Le nombre de cas au Tchad est le plus élevé d'Afrique

Il y a six mois, un engagement faible, des ressources inexistantes, des dysfonctionnements dans la vaccination et des difficultés logistiques colossales impliquaient qu'il n'y avait aucune perspective d'éradication

L'engagement accru au sommet et l'affectation de personnel supplémentaire ont amélioré la situation

Le Tchad doit se doter d'un solide leader professionnel pour diriger le programme

La qualité de la campagne de novembre devra être supérieure à tout ce que l'on a pu constater auparavant dans ce pays

Jusqu'à récemment, la République démocratique du Congo n'a pas réussi à élaborer une riposte crédible à la transmission continue de la poliomyélite

Malgré le nombre important de cas de poliomyélite cette année, certains signes positifs montrent que le programme en République démocratique du Congo se renforce. Nous avons souligné précédemment l'importance d'obtenir l'engagement actif du Président en faveur du programme. Le fait qu'il ait organisé une réunion en août pour demander à chacun des gouverneurs des comptes sur leurs actions contre la poliomyélite a été une initiative bien accueillie. Nous demandons que ceci se poursuive. Du côté des équipes en première ligne, certaines preuves montrent que la couverture vaccinale s'améliore progressivement.

Malgré ces améliorations notables, nous avons encore certaines préoccupations. Une enquête plus approfondie sur des preuves contraires de l'UNICEF, suggérant que les taux de refus déclarés ou non déclarés au Katanga peuvent être exceptionnellement élevés, est nécessaire. Le pays s'est fixé un objectif d'interruption de la transmission de la poliomyélite pour fin septembre 2011 qui ne sera pas atteint.

Il semble également qu'il ne réalisera pas non plus les objectifs pour fin 2011 fixés dans le plan stratégique. Malgré ces améliorations, trop peu de provinces réalisent des taux de couverture de plus de 90% dans leurs campagnes de vaccination de façon constante. Le « faible » taux de surveillance dans ce pays est dû à un problème important lié à l'adéquation des échantillons. D'autres indicateurs suggèrent que le système est assez solide, même si il existe des zones « silencieuses » qui ne détectent aucun cas de poliomyélite. Une situation qui peut être - ou non - expliquée par leur population relativement faible.

La République démocratique du Congo doit maintenant se libérer du cycle de progrès en dents de scie que l'on rencontre trop souvent dans l'IMEP. Les élections à venir dans le pays pèsent sur le programme et suscitent de profondes inquiétudes parmi nous, étant donné ce qui s'est passé avec l'éradication de la poliomyélite lors des élections au Nigéria. Ce moment dans l'évolution du programme est trop important pour que ce risque soit toléré et des plans de contingence doivent être formulés afin d'éviter toute interruption du programme.

Des signes plus positifs commencent à apparaître, y compris un signal fort du Président sur le plan du leadership

Les taux de couverture vaccinale sont trop faibles dans de nombreuses provinces ; le programme est loin d'atteindre les objectifs qui lui permettront d'interrompre la transmission

La République démocratique du Congo a gagné du terrain dans sa lutte contre la poliomyélite ; et des dispositions explicites doivent être prises pour éviter que la gouvernance du programme ne soit perturbée

FLAMBÉES EPIDEMIQUES

En plus des sept pays avec une transmission persistante, des flambées de poliomyélite se sont produites dans d'autres pays en 2011. Six d'entre eux se situent en Afrique. Le septième est la Chine.

Le plan stratégique 2010-2012 fixait deux objectifs d'étape concernant les flambées. En premier lieu, toutes les flambées survenues en 2009 devaient être stoppées pour mi-2010. En second lieu, toutes les flambées subséquentes devaient être interrompues dans les six mois.

Si l'on envisage les flambées sur la base d'un pays spécifique, le programme a continué à atteindre ces objectifs d'étape. Cependant, un cas détecté récemment démontre que la réalité de la transmission de la poliomyélite est plus complexe que ne le suggèrent au premier abord ces objectifs d'étape. En effet, on a découvert qu'un cas de polio détecté au Kenya en juillet 2011 était génétiquement lié à un autre cas survenu en Ouganda en 2010. Ce cas en Ouganda était, à son tour, lié à un cas apparu au Kenya en 2009. Cela ne veut pas nécessairement dire que le programme n'a pas réussi à interrompre la flambée de 2009 au Kenya. Il y a des mouvements de population à travers la frontière séparant le Kenya et l'Ouganda. L'action entreprise pour interrompre la transmission au Kenya n'a clairement pas réussi à empêcher la propagation en Ouganda. De la même manière, en 2010, l'action entreprise pour faire cesser la transmission en Ouganda n'a pas réussi à interrompre la transmission vers le Kenya. Il est capital que l'action maintenant engagée au Kenya et en Ouganda soit suffisante pour interrompre toute transmission supplémentaire dans ces deux pays. En d'autres termes, il faut mettre en place des campagnes nationales. Cet exemple constitue aussi un rappel général important pour le programme sur la nécessité de mener un travail transfrontalier.

Techniquement parlant, la définition des objectifs d'étape portant sur les flambées se limitait au pays concerné. Cependant, le fait qu'une flambée touchant plusieurs pays ait persisté pendant deux années est clairement un constat d'échec pour le programme. La poliomyélite ne respecte pas les frontières. En réalité, la transmission de la poliomyélite s'est rétablie à la fois au Kenya et en Ouganda pendant ces deux dernières années. Celle-ci doit être interrompue.

La Corne de l'Afrique risque de faire l'objet d'autres flambées de poliomyélite. La famine et l'agitation politique déchirent des populations entières. La Somalie pose une inquiétude particulière, avec un million d'enfants qui ne peuvent être atteints par les vaccinateurs. Toutefois, il convient de féliciter les officiers de surveillance de l'OMS dans ce pays pour leur travail. Deux bureaux régionaux assument la responsabilité de l'OMS dans le soutien de la Corne de l'Afrique : AFRO et EMRO. Ces bureaux doivent veiller à entretenir une collaboration optimale.

OBJECTIFS D'ÉTAPE POUR MI-2010

Arrêt de toutes les flambées de poliomyélite survenues en 2009

RÉALISATION EN BONNE VOIE

OBJECTIFS D'ÉTAPE EN COURS

Arrêt des nouvelles flambées dans les six mois suivant la confirmation du cas index

RÉALISATION EN BONNE VOIE

La Chine est maintenant sous les feux des projecteurs en ce qui concerne la poliomyélite pour de mauvaises raisons et risque de faire l'objet d'infections supplémentaires venant du Pakistan

La détection d'un cas au Kenya, lié à de précédentes flambées en Ouganda et au Kenya, indique un véritable échec

Ces deux pays doivent impérativement agir pour arrêter cette persistance inquiétante de la transmission

La Corne de l'Afrique présente toujours un haut risque de nouvelles flambées, la poche d'un million d'enfants inaccessibles en Somalie posant un problème particulier

Chaque pays a son propre contexte et ses propres défis. Mais si l'on examine globalement l'IMEP, un certain nombre de caractéristiques se distinguent. Celles-ci sont liées en particulier à l'approche et à la culture.

Il n'y a donc rien de surprenant à l'existence de telles tendances générales. Chaque programme, entreprise ou groupe dans le monde développe une façon particulière de faire les choses au fil du temps. L'IMEP a eu plus de vingt années pour ce faire. Beaucoup de ses tendances générales sont positives, mais certaines sont problématiques.

Ces constats sont importants. Le fait de procéder à des améliorations dans l'approche globale même du programme mondial présente clairement des avantages qui ne se limitent pas à un seul pays. Ces constatations que nous faisons en tant qu'observateurs externes peuvent être difficiles à percevoir pour les personnes au sein du programme. Pour ceux qui sont plongés dans l'éradication de la poliomyélite au jour le jour, la culture et l'approche de l'IMEP représentent simplement les choses telles qu'elles sont. Bien que certaines de ses évaluations puissent susciter un certain désagrément, le programme tirerait parti à les considérer aussi sérieusement que les constats par pays.

1. Les personnes sont un élément clé du programme et doivent être considérées comme tel

L'éradication de la poliomyélite ne sera possible que si le large éventail d'individus qui y travaillent comprend des personnes motivées, organisées, bien reliées entre elles et dirigées comme il faut. Il y a au cœur de cette éradication un défi au niveau de la gestion du changement. Souvent, les programmes de gestion du changement prêtent peu d'attention aux facteurs humains et sont trop orientés vers les aspects techniques des défis. L'IMEP risque d'en faire de même.

- Comment se fait-il que des personnes, dont on sait qu'elles sont fatiguées et inefficaces, sont autorisées à rester dans des postes de direction clés ?
- Comment se fait-il que des postes en première ligne dans certains pays continuent à être tellement sous-payés qu'ils ne peuvent attirer le type de personnel dont a besoin l'IMEP ?
- Comment se fait-il que certaines personnes n'aient pas de comptes à rendre sur leur médiocre performance ?
- Comment se fait-il que des vaccinateurs ne reçoivent pas la rémunération qui leur est promise ?
- Comment se fait-il que certains chefs d'équipe ne soient pas capables d'assurer la qualité du travail qu'ils supervisent ?

Un programme de cette longévité génère inévitablement une façon particulière de faire les choses

Si nombre des tendances générales dans le programme sont positives, certaines d'entre elles l'empêchent de réussir

Il ne sera peut-être pas facile pour le programme d'intégrer ces évaluations, mais son sort en dépend

Dans les programmes de gestion du changement, les défis techniques sont souvent perçus comme étant plus importants que les défis liés au personnel. Mais ce sont les personnes qui feront que l'éradication de la poliomyélite réussira ou échouera

Plusieurs caractéristiques du programme montrent que l'IMEP risque de faire la même erreur

Le programme met un fort accent sur les éléments techniques de l'éradication de la poliomyélite, comme l'identification des cas et l'organisation des campagnes de vaccination. Il met l'accent sur la communication avec des personnes en dehors du programme immédiat : parents, hommes politiques clés et partenaires. Mais met-il un accent suffisant sur les facteurs humains du programme ? Nous pensons que non. Nous ne doutons pas un instant que le programme fonctionnerait mieux ceux-ci étaient abordés. Il s'agit de questions centrales et non périphériques. Le programme doit systématiquement identifier et traiter ces questions avec la même énergie que celle qu'il déploie dans son approche des cas de poliomyélite.

2. Les rapports importants et données principales du programme ne traduisent pas une obsession pour l'amélioration de la qualité et l'exécution des plans

Ce programme ne peut se limiter à augmenter le nombre des campagnes de vaccination et à riposter à la poliomyélite là où elle surgit. Il doit être résolument axé sur l'amélioration de la qualité des campagnes de vaccination et de la surveillance. Au-delà des données indiquant où la couverture n'est pas bonne, son approche doit être constamment de chercher à avoir une connaissance approfondie des raisons pour lesquelles elle ne l'est pas. Il faut qu'il soit discipliné dans l'élaboration et le suivi des plans qui s'attaquent à ces problèmes au niveau le plus essentiel. Tous ces éléments sont présents dans l'IMEP, mais ne sont pas toujours exprimés de façon claire. Ils sont souvent vagues. Ils sont évoqués, mais ne se trouvent pas au cœur du programme comme ils le devraient. Certaines de nos critiques portent sur la façon dont le programme exploite les données.

En termes simples, le processus d'amélioration de la couverture des campagnes de vaccination dans un pays comporte quatre étapes

Étape n°1. Identifier les lieux où la performance n'est pas satisfaisante

Le programme le fait bien. Il exploite les données pour identifier les lieux qui n'atteignent pas la couverture vaccinale requise. Ces données, qui décrivent principalement les cas de poliomyélite et les niveaux de vaccination, dominent les rapports du programme.

Étape n°2. Comprendre les problèmes sous-jacents aux performances non satisfaisantes

Les raisons expliquant les insuffisances en termes de performance sont moins bien décrites. En règle générale, nous voyons qu'il y a certaines données sur

Les personnes sont au cœur du programme et doivent être reconnues comme telles

Si nous devons résumer en quelques mots le point faible du programme, nous dirions que c'est le manque de mécanismes à l'appui des obligations de rendre compte

Des éléments essentiels à l'amélioration de la qualité ne sont pas assez développés dans l'IMEP. Ils sont là, mais plus vagues qu'ils devraient l'être

L'IMEP arrive bien à utiliser les données pour identifier les lieux où il existe des problèmes de qualité

L'IMEP arrive moins bien à utiliser ces données pour comprendre vraiment ces problèmes de qualité ; pour les définir et les décrire avec précision ; pour les communiquer

Il est nécessaire que l'amélioration des campagnes de vaccination et de la qualité de la surveillance fasse l'objet d'une attention sans relâche

ce point, mais elles sont noyées dans d'autres qui se contentent simplement d'indiquer où se situent les problèmes. Il peut y avoir plusieurs facteurs: refus des parents, inaccessibilité liée à l'existence de conflits, microplanification de faible qualité et d'autres encore. Pour exceller, les programmes doivent exploiter les données pour se forger une idée précise des problèmes derrière les piètres performances, au niveau le plus profond.

Nous ne voyons pas que le programme intègre ces données ni qu'il les suit comme elles devraient l'être.

Étape n°3. Planifier pour traiter les problèmes

Certains des documents de planification du programme sont bons, mais beaucoup présentent des faiblesses parce qu'ils ne définissent pas avec précision les actions à entreprendre, parce qu'ils assignent des obligations de rendre compte de façon tellement large que celles-ci ne signifient plus rien ou parce qu'ils ne sont pas assortis de délais. Il serait possible de fixer un certain nombre d'objectifs quantifiés : par exemple, réduire de 3 % les refus des parents, assurer la qualité de 95 % des microplans ou accéder à 10 % d'enfants en plus. Peu de plans le font et cela diminue leur force.

Étape n°4. Suivre de façon visible la mise en œuvre du plan

Nous n'avons pas encore vu un seul exemple de document qui suit la mise en œuvre des actions définies dans le plan d'un pays. Il y en a peut-être, mais ils ne sont certainement pas marquants. Nous voyons occasionnellement des données sur les indicateurs, mais nous ne constatons pas qu'elles font l'objet d'un suivi ou sont rapportées de façon systématique. Cette situation fait que la possibilité de maintenir l'attention sur les priorités et d'accélérer la mise en œuvre par des obligations de rendre compte imposées aux pays, aux équipes et aux personnes, n'est pas exploitée.

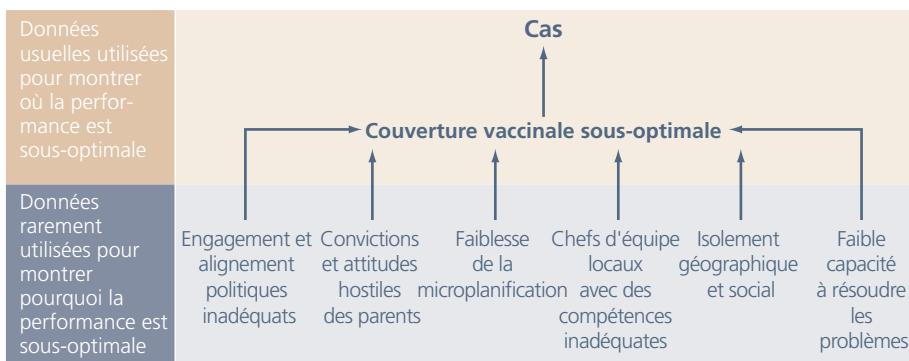
La plupart des données que nous voyons être utilisées dans le programme décrivent où se trouvent les lacunes, mais en disent beaucoup moins sur les raisons pour lesquelles elles existent et ce qui est fait pour les combler (figure 4). Cela est vrai pour les synthèses des pays qui nous ont été présentées lors de notre réunion de septembre. Cela se vérifie également dans les synthèses nationales et mondiales au cœur du mécanisme de rapport hebdomadaire de l'IMEP. Les rapports les plus visibles du programme sont importants parce qu'ils donnent le ton du programme dans son ensemble.

Nombre des plans de l'IMEP sont affaiblis par de simples erreurs de conception et, de ce fait, les obligations de rendre compte restent mal définies et non appliquées

La mise en œuvre des plans n'est pas suivie de façon routinière : elle reste vague au lieu d'être fortement visible

Des rapports importants du programme parlent beaucoup du « où », mais peu du « pourquoi » ou de ce qui est fait ; il est nécessaire de changer résolument cette priorité

Figure 4 : L'IMEP se focalise avant tout sur les données qui ne servent qu'à indiquer où la performance est sous-optimale, mais ne peuvent expliquer pourquoi



Une application plus complète de ces simples approches profiterait grandement au programme. Surtout, le programme en tirerait avantage si cela était fait de façon très visible et montrait à tous qu'il est axé sur l'amélioration de la qualité, discipliné et piloté à partir des données.

En outre, les données ne sont pas partagées aussi bien qu'elles pourraient l'être. Les programmes des pays ne semblent pas utiliser les rapports trimestriels que l'IMEP reçoit des CDC et de l'UNICEF. Certains nous disent qu'ils ne les reçoivent pas, donnant ainsi l'impression que ces rapports ne sont destinés qu'aux responsables mondiaux. Ceci renforce le sentiment que globalement le programme observe et attend, au lieu d'utiliser les données avec l'objectif de responsabiliser et juger. Au niveau mondial, les données ne sont pas liées de façon à présenter une analyse unifiée des principaux problèmes auxquels se trouve confronté chaque pays.

3. Du fait de son esprit d'optimisme, l'IMEP risque d'esquiver les problèmes réellement difficiles qu'il faut essentiellement résoudre pour parvenir à l'éradication

Traditionnellement, l'IMEP a toujours présenté une vue très positive du programme, mettant en avant ses réussites et minimisant l'importance des défis. L'optimisme et l'énergie positive qui règnent dans le programme sont louables à plus d'un titre. Ils traduisent une démarche volontariste vis-à-vis de l'éradication de la poliomyélite. Mais l'excès d'optimisme a de réels inconvénients.

À tout moment donné, on constate un mélange de signes positifs et négatifs dans le programme. Si l'on prend n'importe quel pays, nous voyons que des progrès sont réalisés sur certains fronts alors que les problèmes s'accumulent

Il s'agit de points simples, mais importants

Le programme doit aussi évoluer et passer de l'existence de flux de données sans rapport entre eux à la production d'une vue unifiée à partir des nombreuses informations qu'il reçoit

Il y a un optimisme à propos de l'IMEP qui a des racines et des intentions toute à fait positives. Mais cela crée un risque de passer à côté des réalités et de dysfonctionnements insolubles

sur d'autres. Cela est également vrai pour le programme mondial. Il est dans la nature des optimistes de voir plutôt les succès que les défis et de s'emparer des bonnes nouvelles plutôt que de s'appesantir sur les mauvaises. De ce fait, à tout moment donné, le succès absolu semble imminent.

Le programme a une narration bien établie de positivité, un sentiment omniprésent d'« y être presque ». Le danger vient de la façon dont le programme traite les informations qui ne s'intègrent pas bien à cette narration. Nous avons observé que le programme :

- N'est pas totalement ouvert aux critiques et les perçoit comme trop négatives, bien qu'elles puissent apporter des informations importantes dont il pourrait tirer avantage
- Tend à croire que les dysfonctionnements observés sont confinés aux territoires géographiques particuliers où ils se produisent, au lieu de voir en eux des signes de problèmes systémiques plus larges
- Affiche de la nervosité quand il s'agit de débattre de façon ouverte de points négatifs ou difficiles

L'optimisme et la positivité sont des atouts pour le programme à plusieurs titres, mais l'IMEP augmenterait sa chance de réussir si :

- L'IMEP accueillait les critiques pour comprendre leurs raisons et envisager réellement le contenu de ce qu'elles avancent au lieu de risquer de l'ignorer en considérant celles-ci comme négatives. L'éradication de la poliomyélite est une entreprise ambitieuse. Le programme ne peut se permettre de limiter la portée des informations qui lui permettent d'apprendre.
- L'IMEP envisageait activement l'éventualité d'implications systémiques en présence de dysfonctionnements semblant initialement limités à une zone locale. Bien que chaque pays soit différent, il y a des liens importants dans le programme. Les difficultés qui surgissent à un endroit peuvent indiquer des problèmes plus larges.
- Tous les partenaires étaient plus profondément engagés dans les hauts et les bas du programme, aboutissant ainsi à un dialogue ouvert et à un sentiment de responsabilité multilatérale dans le programme.

Il y a plusieurs zones géographiques où les progrès sont clairement à la traîne par rapport au plan. Dans chacune de ces zones géographiques, le programme doit prendre des décisions. La stratégie actuelle fonctionne-t-elle de façon générale, mais à un rythme plus lent que ce que nous avons espéré ? Ou s'agit-il d'un échec fondamental de la stratégie ? S'il apparaît que l'approche actuelle fonctionne en règle générale, faut-il la maintenir, la

Le programme a une narration bien établie de positivité : les données qui ne cadrent pas avec cette narration risquent de recevoir une attention insuffisante

Le programme aurait davantage de chances de réussir s'il accueillait les critiques, identifiait les implications systémiques des dysfonctionnements et se montrait parfaitement ouvert vis-à-vis des partenaires. Ceci conduirait ces derniers à une plus grande appropriation du programme et leur conférerait une responsabilité accrue

L'IMEP doit procéder à des évaluations plus pointues au niveau stratégique sur les zones où continuer dans la même voie ne servirait à rien

renforcer régulièrement et lui attribuer plus de temps et de fonds. Mais s'il s'agit d'un échec fondamental de la stratégie, ce sont précisément les actions à éviter. Au contraire, dans de telles situations, le programme doit réviser fondamentalement sa stratégie afin de réexaminer en profondeur les éléments techniques, opérationnels et humains qui font obstacle aux progrès et de remettre en question toutes les hypothèses devenues implicites dans les parties du programme qui sont en difficultés.

Ceci soulève des problèmes particuliers pour un programme ayant un penchant optimiste. Le programme risque de mettre du temps à se rendre réellement compte que sa stratégie ne fonctionne pas. Il tendra à sous-estimer la profondeur des problèmes. Il ne sera pas à l'aise à l'idée de s'engager dans le type de processus exigé pour repenser entièrement une stratégie qui ne fonctionne pas. Un processus qui devrait accepter volontiers les critiques, intégrer leur apport de façon constructive au lieu de les rejeter en les qualifiant de destructrices. Un processus qui devrait remettre en question toutes les hypothèses de la stratégie précédente. Un processus qui doit publiquement mettre à nu toutes les incertitudes et tous les défis douloureux du programme. Ce processus aboutirait à une stratégie plus solide et un consensus plus large à l'appui de sa mise en œuvre. Mais il présente un véritable défi par rapport à la façon établie dont le programme est mené.

Nous ne remettons pas en question l'optimisme en soi. Un programme rempli de pessimistes aurait abandonné depuis longtemps. Ce sens de la positivité est impressionnant et doit être maintenu. Il y a aussi un équilibre difficile à maintenir parce qu'il est juste et nécessaire que les réalisations soient mises à l'honneur, communiquées et partagées avec ceux qui financent le programme. Mais le programme doit reconnaître qu'une culture de positivité risque de faire obstacle à sa capacité d'aborder les vraies vérités. Dans la reconnaissance de cette tendance, il doit s'efforcer de faire preuve d'un maximum d'objectivité et de vaincre ce qui est devenu un « besoin » profondément ancré de maintenir une narrative positive. C'est l'Italien Antonio Gramsci qui a peut-être le mieux exprimé la position idéale : « Allier le pessimisme de l'intelligence à l'optimisme de la volonté ».

Un programme qui cherche à tout prix à maintenir la positivité aura du mal à déconstruire et reconstruire la stratégie à un niveau suffisamment fondamental

L'optimisme est utile à maints égards, mais le programme a besoin de réaliser les conséquences de sa tendance à appliquer une « narrative positive »

« Allier le pessimisme de l'intelligence à l'optimisme de la volonté » (Gramsci)

4. Des journées nationales de vaccination (JNV) ou des journées locales de vaccination (JLV) ? La politique n'est pas claire.

Il semble ne pas y avoir de politique claire dans le programme sur l'équilibre optimal entre les journées nationales de vaccination (JNV) et les journées locales de vaccination (JLV). Certains soutiennent que les JNV ont diminué lorsque le programme s'est trouvé confronté à des difficultés financières et qu'elles n'ont pas été entièrement rétablies. D'autres avancent que les JLV sont préférables aux JNV parce qu'elles permettent de concentrer les énergies sur les zones présentant les risques les plus élevés. D'autres encore disent que les JLV risquent de cibler les anciennes zones à haut risque et d'ignorer d'autres zones dans les pays qui pourraient connaître le plus grand risque de flambée à l'avenir. Nous observons simplement qu'il semble y avoir moins de JNV que dans les premiers temps du programme et que ceci représente un risque et nécessite une politique définitive plus claire.

5. Le programme n'en fait pas assez pour stimuler l'innovation

Imaginez un programme dont les approches établies ne sont pas parvenues à atteindre un objectif. On pourrait s'attendre à trouver dans ce programme une culture qui accueille les idées nouvelles pouvant lui permettre de parvenir au but difficile à atteindre, qui encourage et teste systématiquement de telles idées de façon à ce que les plus fructueuses soient mises en œuvre. Or ce n'est pas le cas avec l'IMEP. Le manque relatif d'innovation est frappant.

Nous entendons parler de résistance historique à l'innovation. L'idée d'un vaccin bivalent a mis des années avant d'être largement acceptée dans le programme et donc testée. Or cette technologie est aujourd'hui capitale pour l'IMEP.

Il y a quelques exemples d'innovations récentes comme la méthode Lot Quality Assurance Sampling (LQAS) et l'utilisation d'une technologie par satellite pour suivre les vaccinateurs. Mais le programme manque d'un solide flux d'innovations. L'innovation n'est pas choyée. Elle n'est parfois même pas bienvenue, trop volontiers condamnée à mort par bureaucratie. Notre rapport de juillet, tout en reconnaissant l'existence d'un éventail de points de vue, recommandait d'envisager sérieusement l'approche par une combinaison du VPI et du VPO. Cette recommandation a été suivie d'une réponse laissant entendre qu'elle était inopportune, car il avait été demandé à un groupe de travail technique d'examiner l'utilisation du VPI en général dans le cadre d'une mission plus large. Cette suggestion spécifique a été diluée, voire perdue. Il n'y a aucun sentiment d'urgence, aucune volonté sérieuse d'envisager cette innovation.

Il n'y a pas de politique bien définie sur l'équilibre optimal entre les JNV et les JLV

L'IMEP serait plus forte si elle évaluait réellement les solutions innovantes pour résoudre ses problèmes tenaces

Les jugements sont passés trop à la hâte sur des suggestions, qui pourraient s'avérer prometteuses si on leur donnait une chance

Nous avons également recommandé la création de mécanismes de jumelage entre les pays. L'idée était la suivante : au niveau ministériel, un pays exempt de poliomyélite s'engagerait à soutenir un pays essayant de s'en débarrasser. Ce soutien aurait été à la fois financier et technique. Ceci aurait instauré des relations plus directes et plus significatives entre les deux pays concernés que celles qui existent lorsque les financements suivent des voies complexes et que l'apport d'expertise est fait par de multiples pays à de nombreux autres pays. Un jumelage qui fonctionne bien, pourrait contribuer à accroître la notoriété publique et l'engagement politique à l'échelle mondiale, tout en contribuant à renforcer le soutien technique et financier. La suggestion du jumelage offre, par essence, quelque chose qui diffère de la façon dont le programme opère actuellement.

Il nous a été répondu que différents pays apportaient déjà leur expertise technique à divers autres. Nous avons été rabroués avec de vagues affirmations telles que « la politique est très difficile ». Notre message n'a pas été compris. Comme la vie continue à un rythme effréné, l'essence même de la différence apportée par cette suggestion risque de se perdre.

Peut-être qu'aucune de ces innovations n'apporterait grand-chose dans tous les cas, même si elles étaient correctement testées. Mais nous ne pouvons pas le savoir sans les avoir essayées. Si le programme teste suffisamment d'innovations, il finira par trouver de vrais trésors qui stimuleront son succès.

Les innovations qui existent dans le programme doivent être constamment reconnues, documentées et partagées. Nos précédentes recommandations sur la nécessité d'encourager et d'intensifier les micro-innovations n'ont pas encore reçues toute l'attention requise. Les innovations programmatiques seront aussi importantes que les innovations techniques, si ce n'est plus.

Peut-être cette réticence à innover provient-elle de la conviction que le programme possède déjà tout ce qu'il lui faut et que l'innovation détourne de la mise en œuvre de ce qui est connu.

Peut-être est-elle due à une légère lassitude liée à l'impression que tout a déjà été essayé.

Nous ne voulons pas dire qu'il faut orienter tous les efforts vers un autre cap, ni inonder le programme d'une marée de pratiques non testées. Nous souhaitons plutôt qu'il y ait un courant plus important d'innovations systématisées afin d'encourager et de tester de nouvelles idées. Les innovations n'exigent pas forcément des ressources substantielles et ne détournent pas une énergie importante. Elles doivent être testées à petit échelle, correctement évaluées et mises en œuvre plus largement si elles sont positives.

L'étincelle d'une nouvelle idée est vite étouffée si rien n'est fait pour la développer

Si le programme arrivait à systématiser l'innovation, il bénéficierait de nouvelles avancées

L'IMEP prévoit d'interrompre la transmission de la poliomyélite à l'échelle mondiale pour la fin de 2012. Pour juger si elle est en bonne voie par rapport à cet objectif, nous nous appuyons sur plusieurs sources de données et d'intelligence.

- Sur les quatre objectifs d'étape intermédiaires du plan stratégique, un n'a pas été réalisé et reste à atteindre ; un second risque très probablement de ne pas être atteint à la fin de 2011. Il n'y en a que deux sur la bonne voie.
- La plupart des pays ne sont pas en bonne voie par rapport aux objectifs sur les principaux indicateurs de processus pour fin 2011 qui leur ont été fixés dans le plan stratégique. La plupart de ces objectifs n'ont pas non plus été réalisés à la fin de 2010.
- Nous continuons à entendre parler de dysfonctionnements sur le terrain à l'échelle du programme et nous constatons que ceux-ci ne sont pas encore remontés et traités de façon systémique.
- Seule l'Inde se distingue en tant que pays ayant manifestement réalisé des progrès constants sur une longue période de temps. Les autres pays ont avancé et reculé, cette situation affectant désormais notre optimisme lorsque nous constatons un nouveau progrès. La situation au Pakistan et au Nigéria est particulièrement préoccupante.
- Vu dans son ensemble, le programme présente plusieurs caractéristiques qui affaiblissent ses chances de réussir
- Il reste menacé par un important manque de financement

Compte tenu de tout ce qui précède, il est impossible de conclure que le programme est en bonne voie par rapport à son objectif pour fin 2012.

Il reste quinze mois. Nous continuons à croire sincèrement que ce délai est suffisamment long et que la réussite est encore possible. Mais elle ne sera pas obtenue en maintenant la même trajectoire ou en améliorant les performances ici et là. Elle exige que le programme s'attaque aux problèmes les plus fondamentaux identifiés par ce rapport et les traite comme de vraies priorités organisationnelles, nationales et mondiales.

Certains des problèmes identifiés dans ce rapport sont si profonds qu'il ne faut pas croire que le fait d'avoir « plus de temps » permettra de les résoudre. L'accent doit être mis sur la résolution des problèmes eux-mêmes. Un délai plus long peut être une exigence, mais il ne constitue pas en lui-même la réponse.

Vu sous des angles différents, il est manifeste que le programme n'est pas encore en bonne voie par rapport à son objectif d'interruption de la transmission pour la fin de 2012

Le succès n'est pas hors d'atteinte. Il reste 15 mois et il peut encore être atteint en temps voulu si les problèmes fondamentaux sont traités

« Plus de temps » n'est pas la bonne réponse quand il existe des problèmes fondamentaux

La poliomyélite ne pourra tout simplement pas être éradiquée, à moins de lui accorder une plus grande priorité dans nombre des pays qu'elle affecte et dans le monde. Il convient de combler le manque de financement. En outre, l'éradication de la poliomyélite doit faire l'objet d'une plus grande attention et appropriation de la part de la sphère politique mondiale. Nous continuons à penser qu'elle doit être traitée comme une urgence mondiale en matière de santé publique. Ce rapport montre que les difficultés sont grandes, mais l'IMEP est une initiative essentielle. Un échec à l'heure actuelle entraînerait des souffrances et des décès chez les enfants les plus vulnérables au monde.

Une plus haute priorité accordée à la poliomyélite se traduirait en grande amélioration. Il s'agit d'une urgence mondiale en matière de santé publique. Un échec serait une catastrophe.

RECOMMANDATIONS

- Nous recommandons que les chefs des agences partenaires principales envisagent chacune des conclusions du constat transversal du programme et prennent les devants pour s'attaquer aux problèmes identifiés
- Nous recommandons que, dans un petit nombre de projets pilotes, la gestion locale des campagnes de vaccination soit sous-traitée par les gouvernements à des organisations non gouvernementales appropriées
- Nous recommandons qu'un représentant de haut niveau des partenaires principaux et un de la Fondation Bill and Melinda Gates rencontrent les autorités du Pakistan pour convenir des solutions urgentes à adopter face aux énormes dysfonctionnements dans le programme de ce pays
- Nous recommandons que l'Inde et le Nigéria progressent dans leur accord informel visant à ce que des responsables de la santé publique en Inde visitent et aident le Nigéria
- Nous recommandons que l'IMEP examine fondamentalement les obligations de rendre compte et leur mise en application à tous les niveaux du programme