

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



Septième rapport - Mai 2013

ON TOUCHE AU BUT...



... si les communautés s'approprient
le programme d'éradication de la poliomyélite

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

Mai 2013

Le Comité de suivi indépendant donne une évaluation des progrès réalisés par l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite dans la détection et l'interruption de la transmission de cette maladie dans le monde.

Ce septième rapport fait suite à notre huitième réunion, qui s'est tenue à Londres du 7 au 9 mai 2013.

Lors de nos réunions, nous bénéficions du temps et de l'engagement des nombreux partenaires de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. Nous apprécions les échanges ouverts avec toutes ces personnes. Mais les points de vue exprimés dans ce rapport sont entièrement les nôtres. Notre indépendance demeure essentielle dans notre rôle. Chacun de nous siège au Comité à titre personnel. Comme toujours, nous continuerons à présenter sincèrement notre point de vue, sans crainte ni indulgence.

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

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

Dr Nasr El Sayed
Ministre délégué à la Santé, Égypte

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

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

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

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

Secrétariat :
Dr Paul Rutter
M. Niall Fry

Professeur Michael Toole, AM
Directeur adjoint (Santé
internationale), Burnet Institute



Synthèse

1. Il s'agit du premier rapport du Comité de suivi indépendant (CSI) de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP) depuis que l'objectif à fin 2012, à savoir l'arrêt de la transmission de la poliomyélite, n'a pas été atteint.
2. C'est aussi le premier rapport du CSI depuis le tragique assassinat de membres d'équipes de vaccination contre la poliomyélite au Pakistan et dans le nord du Nigéria. Une perte profondément ressentie par le monde de la santé publique dans son intégralité. La vie de ces personnes et le service qu'elles ont rendu à la santé publique seront honorés si l'objectif de l'éradication est atteint de façon rapide et décisive.
3. Cet objectif manqué de l'interruption de la transmission n'est pas une raison pour céder la place au pessimisme. Les réalisations du Programme au cours de ces trois dernières années ont été fantastiques. Après s'être stabilisé pendant une dizaine d'années (il n'y a pas eu de réductions substantielles du nombre de cas d'infection à poliovirus sauvage entre 2001 et 2010), le nombre de cas diminue de façon significative depuis 2010. En 2012, il y avait trois pays d'endémie (contre quatre en 2010). En 2012, des cas ont été recensés dans deux autres pays seulement (contre 16 en 2010). En 2012, il y a eu 223 cas de personnes (essentiellement des enfants) paralysés par le poliovirus sauvage (contre 1 352 en 2010).
4. Les dernières données disponibles au moment où nous rédigeons ce rapport (8 mai 2013) révèlent 26 cas d'infection à poliovirus sauvage en 2013 par rapport à 53 à la même date l'an dernier.
5. Une bonne nouvelle, certes. Cependant, si le poliovirus a été durement frappé, il n'est certainement pas éliminé.
6. Dans chacun de ses précédents rapports, le CSI a procédé à une analyse constante des raisons pour lesquelles la performance du Programme n'était pas optimale : attention trop faible prêté aux raisons pour lesquelles les enfants ne sont pas vaccinés ; incapacité à faire respecter les obligations de rendre compte ; incapacité à transférer rapidement, de façon fiable, les méthodes d'excellence du Programme dans les zones où la performance est faible ou médiocre ; incapacité à placer l'amélioration continue de la qualité au cœur du Programme. Voici quelques-unes des principales sources de dysfonctionnement qui permettent au poliovirus de se maintenir dans sa zone de confort.

- 7.** Le Programme a accompli des progrès importants dans la gestion de ces problèmes. Une urgence mondiale a été déclarée et un personnel de renfort a été mis en place. Les obligations de rendre compte ont été renforcées dans de nombreux secteurs, de même que la sélection et la rémunération des vaccinateurs. Une attention plus ciblée a été portée sur la recherche des enfants manqués lors des campagnes de vaccination et sur les principales zones d'endémie (« sanctuaires »). Ces changements et bien d'autres ont permis au Programme de renverser la tendance en sa faveur et d'obtenir d'importants résultats.
- 8.** Dans ce rapport, nous avons élaboré une « carte du système » visant à éradiquer la poliomyélite. Certaines parties de ce système ont été conçues et développées au fil de nombreuses années par le Programme. D'autres représentent l'environnement naturel complexe dans lequel le Programme opère, avec tous les facteurs politiques, financiers et liés à la sécurité qui affectent son travail de multiples façons.
- 9.** Dans ses deux rapports précédents, le CSI avait fortement recommandé l'introduction d'un certificat de vaccination obligatoire pour les personnes en provenance des pays d'endémie. Le CSI continue à penser qu'il s'agirait d'une mesure efficace pour étayer l'effort d'éradication de la poliomyélite. C'est l'une des nouvelles actions qui contribueraient à faire basculer l'équilibre des forces au détriment de la survie du poliovirus.
- 10.** La complexité de la carte du système tient au fait qu'elle rappelle de façon frappante que chaque domaine d'activité (politique, financier, stratégique, opérations techniques et sécurité) joue considérablement sur les communautés locales dans lesquelles les programmes de vaccination réussissent ou échouent. Mais cela va plus loin encore. Les facteurs pesant à l'intérieur des domaines de cette carte du système peuvent interagir les uns avec les autres d'une façon qu'il n'est pas toujours possible de prévoir ou de maîtriser.
- 11.** La carte du système montre aussi clairement que la puissance du Programme se mesure seulement en son point le plus faible et que les forces complexes affectant les communautés ne peuvent être complètement contrôlées.
- 12.** Il est regrettable cependant que le Programme d'éradication de la poliomyélite et, en particulier, son vaccin soient perçus de façon très négative dans de nombreux lieux où le virus circule encore. Nombre de communautés considèrent que le vaccin est imposé par l'extérieur et n'en comprennent pas les bénéfices. Les parents se demandent « pourquoi autant de doses ? » et obtiennent souvent des réponses peu satisfaisantes. Lorsque les militants s'opposant au Programme ont produit récemment une série de CD pour diffuser leurs messages au Nigéria, ils ont reçu un accueil favorable et ceux-ci se sont rapidement répandus vers le nord.

13. Le CSI est très inquiet parce que le Programme mondial s'investit peu dans la communication et la mobilisation sociale alors qu'elles pourraient non seulement neutraliser l'opinion négative des communautés, mais aussi générer une vraie demande. Au sein du Programme, la communication fait figure de parent pauvre dans le cadre de l'administration du vaccin et reçoit injustement beaucoup moins d'attention. Partout, l'expertise en matière de communication se fait rare. L'UNICEF, principale agence pour la communication, manque de puissance. Mais la communication est l'affaire de tous et doit occuper une place plus importante parmi les préoccupations au cœur du Programme. Nous signalons ce point faible depuis un certain temps. Il n'a pas été résolu et constitue aujourd'hui un danger présent et réel pour l'éradication de la poliomyélite.

14. Parmi les domaines dans lesquels la communication a de fortes capacités, le CSI peut citer :

- La réfutation rapide des assertions infondées et sans caractère scientifique au sujet du vaccin
- L'engagement dans un dialogue avec les communautés et les groupes locaux afin de s'assurer un soutien plus large de leur part, en particulier les groupes de femmes et les chefs religieux
- L'éducation et l'information des parents et des communautés, et la formation des vaccinateurs eux-mêmes en leur apportant les explications nécessaires afin qu'il n'y ait plus de questions auxquelles ils ne puissent répondre de façon bien informée et rassurante
- L'intégration de l'administration du vaccin de la poliomyélite à d'autres avantages médicaux et sociaux demandés par les communautés
- Une défense efficace et constante des bénéfices du vaccin.

Le problème, c'est que cette communication n'est pas effectuée à l'échelle requise, ni avec l'énergie et l'attention nécessaires pour faire une différence là où elle est le plus utile.

15. Selon le plan stratégique de l'IMEP, « l'expérience au sein de l'IMEP montre que la circulation du poliovirus a peu de chance de survivre dans les communautés entièrement mobilisées, même dans les contextes les plus difficiles. » Le CSI n'aurait pas pu mieux dire. L'équipe de direction du Programme doit faire de cette rhétorique une réalité, ce qui n'est pas le cas à l'heure actuelle. Si le manque de communication constaté actuellement n'est pas résolu, il constituera une menace sérieuse pour le Programme. A contrario, une communication plus forte, prise en charge et gérée de façon ambitieuse, a le potentiel de faire réellement progresser le Programme.

- 16.** Si un programme d'urgence mondial pour la santé d'un budget d'un milliard de dollars par an était élaboré de toutes pièces aujourd'hui, sa structure de gestion ne ressemblerait en rien à celle de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. Il serait probablement doté d'un secrétariat central, reconnu comme la seule source de direction claire et rapide pour le compte de ses partenaires. Ce n'est probablement pas le moment aujourd'hui de procéder à un remaniement radical de la structure de l'IMEP, mais son organisation complexe avec de multiples partenaires crée de sérieux problèmes qu'il convient de résoudre. Lorsque les partenaires ne s'entendent pas sur des points importants (comme le partage des données ou le rôle du VPI), cela se solde très souvent par des débats infinis qui tournent en rond et peuvent se prolonger quasiment pendant plusieurs années. Cette stagnation et le maintien du statu quo permettent au virus de continuer à subsister. Dans le même ordre d'idées, les principaux partenaires sont trop tournés sur eux-mêmes au lieu d'être extrêmement réceptifs à ce que les pays affectés par la poliomyélite attendent d'eux en tant que groupe. Si une restructuration majeure à ce stade du Programme est jugée comme trop perturbatrice, les partenaires mondiaux doivent alors fortement atténuer, au sein des structures actuelles, ces problèmes qui constituent un frein majeur au progrès.
- 17.** L'idée d'utiliser un vaccin antipoliomyélitique injectable (VPI) dans les pays d'endémie, qui évolue au rythme d'un escargot à cause des dissensions entre les partenaires, est en cours de discussion depuis plus de deux ans maintenant. Selon le plan pour la phase finale, le VPI sera introduit dans trois pays d'endémie (et 137 autres pays) en 2015. Certains sont favorables à une introduction plus rapide dans ces pays d'endémie car ils pensent qu'elle aiderait à stopper la transmission de la maladie. Les discussions autour de cette idée piétinent parce qu'il n'y a pas de données sur des essais opérationnels permettant de tester les idées avancées en faveur ou à l'encontre de ce concept. Un essai au Pakistan, prévu ultérieurement cette année, doit répondre, une fois pour toutes, à toutes les questions sur le plan immunologique, opérationnel et de la communication. Les discussions ne peuvent pas continuer à s'enliser ainsi. Le Programme a besoin d'un plan clair, fondé sur des preuves, avant fin 2013.
- 18.** L'Afghanistan est sur le point d'interrompre la transmission de la poliomyélite, mais il en est à ce stade depuis certain temps maintenant. Il a besoin d'un dernier progrès majeur pour résoudre les erreurs fondamentales qui pèsent encore sur ses campagnes de vaccination. Sa capacité à se rendre dans des zones « inaccessibles » est un vrai point fort, mais il doit encore atteindre des communautés de taille importante. La nécessité de mettre fin à la transmission d'ici à fin 2014 doit être clairement exprimée depuis les sphères supérieures du gouvernement jusqu'aux échelons inférieurs et tout le monde doit y donner suite.

- 19.** Le Programme du Nigéria s'est accéléré l'an dernier dans la plupart des zones et à maints égards. Néanmoins, les progrès stagnent dans les zones de gouvernement locales, ce qui constitue une véritable épine dans le pied pour le Programme. L'insécurité est un problème plus important que jamais et l'approche du Programme face à cela n'a pas encore été optimisée. Malgré ses progrès récents, le Nigéria est le pays qui a le plus besoin de concentrer ses efforts au plan stratégique sur la communication.
- 20.** Le Pakistan a fait évoluer son Programme en 2012. Le renforcement de son engagement politique a conduit à un ensemble d'améliorations programmatiques. Celles-ci ont eu un réel impact, en réduisant significativement la circulation du virus. Le pays a tenu des élections dans les jours qui ont suivi la réunion du CSI. Une solide direction du Programme de la part de ceux qui arrivent au pouvoir sera désormais cruciale. Jamais l'interruption de la transmission au Pakistan n'avait semblé aussi facile, mais les événements récents l'ont rendue plus compliquée. Le Programme du Pakistan est solide, mais nul ne doute qu'il doit affronter un énorme défi.
- 21.** Il a été clairement démontré que, dans les trois pays d'endémie, l'engagement à éradiquer la poliomyélite aux échelons politiques les plus élevés est absolu. Mais il sera crucial que chaque pays maintienne cet engagement pour mettre fin à la transmission.
- 22.** Les cas de poliomyélite en Somalie et au Kenya rapportés dans les jours qui ont suivi la réunion du CSI sont profondément inquiétants et rappellent qu'aucun pays ne sera à l'abri de la poliomyélite tant qu'elle n'aura pas été entièrement éradiquée.
- 23.** Le Comité de Suivi Indépendant estime que l'interruption de la poliomyélite d'ici à fin 2014 est une perspective réaliste. Mais il est important de comprendre ce qu'il en coûtera. Au cours de ces deux années, le Programme a été largement amélioré. La transmission peut être stoppée si le Programme reconnaît l'absolue nécessité de continuer à s'améliorer et le fait dans l'urgence et avec souplesse. Le programme qui arrêtera finalement la transmission n'est pas le Programme tel qu'il existe aujourd'hui, mais un programme bien ciblé qui aura évolué rapidement à partir de celui-ci. Il s'agira d'un programme réellement articulé autour des communautés, qui considèrera la communication comme un élément clé de sa réussite, plutôt qu'un programme guidé par l'offre qui verra la communication comme une simple mesure palliative. Il s'agira d'un programme qui s'attaquera à tous les points faibles au fur à mesure qu'ils se présentent et analysera constamment le système d'éradication de la poliomyélite pour faire jouer chaque élément en sa faveur.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	11
LES CAS DE POLIOMYÉLITE	13
LE SYSTÈME D'ÉRADICATION DE LA POLIOMYÉLITE	19
AFGHANISTAN	25
NIGÉRIA	29
PAKISTAN	34
LES COMMUNAUTÉS ENGAGÉES ÉRADIQUENT LA POLIOMYÉLITE	38
UNE GESTION MONDIALE RÉCEPTIVE ET COORDONNÉE	46
SORTIR DE L'IMPASSE SUR UN PROBLÈME LIÉ À LA POLITIQUE DU PROGRAMME : LE VPI DANS LES PAYS D'ENDÉMIE	52
DIX TRANSFORMATIONS	56
CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS	60



Introduction

Le maintien de la transmission de la poliomyélite est dû à la conjugaison de nombreux facteurs différents. Cette maladie ne sera stoppée pour de bon que lorsque le Programme atteindra un niveau de performance optimal vis-à-vis de chacun d'eux.

Ce rapport vous présente le concept du Système d'éradication de la poliomyélite, accompagné d'une carte illustrant ces multiples facteurs différents et leur mode d'interaction. Cette approche montre clairement que la force du système visant à éradiquer la poliomyélite se mesure seulement en son point le plus faible.

Plusieurs parties du Programme sont aujourd'hui très solides et le CSI félicite ceux qui ont travaillé sans relâche pour parvenir à ce résultat. Mais sous certains aspects et dans certaines zones au sein des pays d'endémie, le Programme montre des points particulièrement faibles.

Nous commencerons par souligner ces faiblesses pays par pays. Ensuite, nous examinerons deux points faibles programmatiques au niveau mondial : la nécessité de renforcer sérieusement l'attention portée à la communication (pour résoudre le problème posé par les communautés qui ont une perception négative du vaccin et des parents qui ne comprennent pas la nécessité de faire vacciner leurs enfants) ; et la nécessité d'une gestion plus réceptive et mieux coordonnée du partenariat mondial. Pour terminer, nous exposerons clairement la nécessité de résoudre l'impasse sur un problème de politique majeur : à quel moment vaut-il mieux déployer le VPI dans les pays d'endémie restants ?

Mais pourquoi se focaliser sur les points faibles alors qu'il y a tant de points forts ? Parce que le virus de la poliomyélite va en profiter. Aussi impressionnants qu'aient été les derniers progrès, le CSI est fermement convaincu que la mission d'éradication de la poliomyélite dans les zones d'endémie restantes est énorme et ne doit pas être sous-estimée. Il s'agit certainement du défi le plus important que le Programme ait dû relever. Par conséquent, pour réussir, il doit être plus performant qu'il ne l'a jamais été.

LES CAS DE POLIOMYÉLITE



Les cas de poliomyélite

L'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a accompli de solides progrès au cours des deux dernières années. Ceci se reflète dans le nombre de cas de poliomyélite et le nombre de pays affectés par cette maladie.

Lors de la réunion du CSI le 8 mai 2013, 26 cas avaient été recensés jusqu'à cette date en 2013 dans trois pays seulement : Afghanistan, Nigéria et Pakistan.

Au cours de la même période l'an dernier (1er janvier au 8 mai 2012), il y avait eu 53 cas dans quatre pays. Depuis ce moment-là, la transmission a été interrompue au Tchad et le nombre de cas dans les trois pays d'endémie en 2013 jusqu'à ce jour est inférieur de moitié à ce qu'il était en 2012.

Il y a deux ans (1er janvier au 8 mai 2011), il y avait 145 cas dans 12 pays, soit cinq fois plus de cas dans quatre fois plus de pays que cette année. Pendant cette période, le Pakistan, le Tchad et la République démocratique du Congo avaient recensé chacun plus de 30 cas de poliomyélite, soit plus que le total des cas à l'échelle mondiale ces deux dernières années.

Les pays vulnérables

Aucun pays au monde ne sera totalement à l'abri de la poliomyélite tant qu'elle n'aura pas été complètement éradiquée. Mais certains pays sont plus vulnérables que d'autres. Une solide analyse scientifique des zones les plus risquées, région par région, a été présentée au CSI. Nous avons deux inquiétudes.

En premier lieu, alors que l'analyse souligne des zones de risque, les actions prises pour les atténuer ne sont pas toujours suffisantes. En second lieu, l'analyse ne doit pas remplacer une évaluation de « bon sens » sur la localisation des risques les plus élevés. En conjuguant l'analyse qui nous a été présentée à notre bon sens, il ressort que les pays d'Afrique les plus concernés sont ceux qui figurent sur le schéma à la page 16.

De solides progrès depuis deux ans

Seulement 26 cas d'infection à poliovirus jusqu'à présent en 2013

La moitié moins que l'an dernier

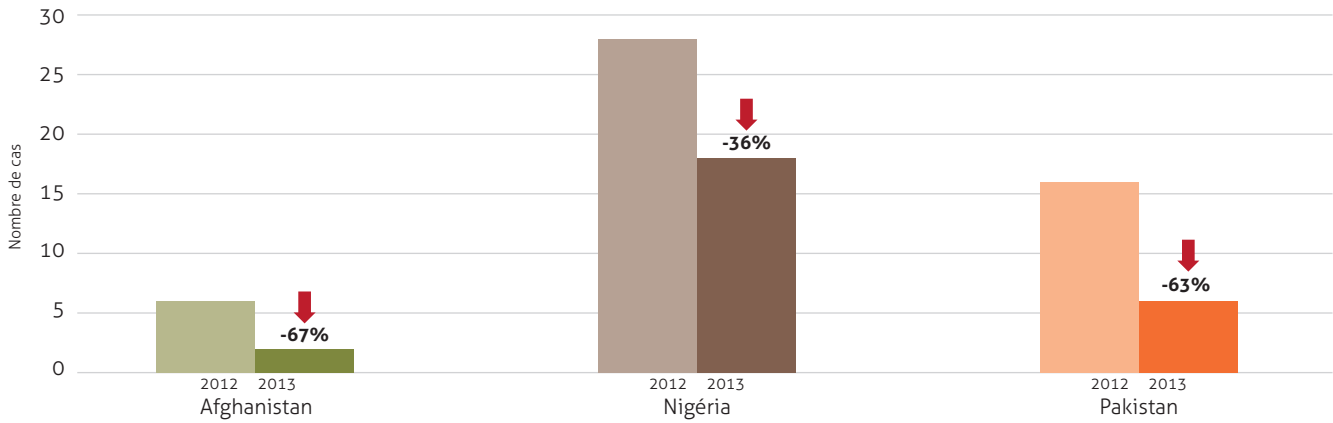
Un cinquième du nombre total de cas en 2011

La menace de la poliomyélite plane encore sur un grand nombre de pays vulnérables

Partout dans le monde, des pays sont sujets à une importation de la poliomyélite

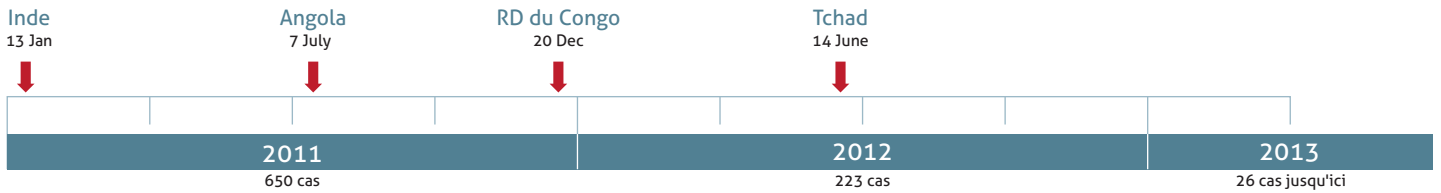
DUREMENT FRAPPÉ, MAIS PAS ÉLIMINÉ, LE POLIOVIRUS SAUVAGE EST PRÉSENT DANS LES TROIS PAYS D'ENDÉMIE

Nombre de cas dans chacun des pays d'endémie en 2012-2013 ; période du 1er janvier au 7 mai

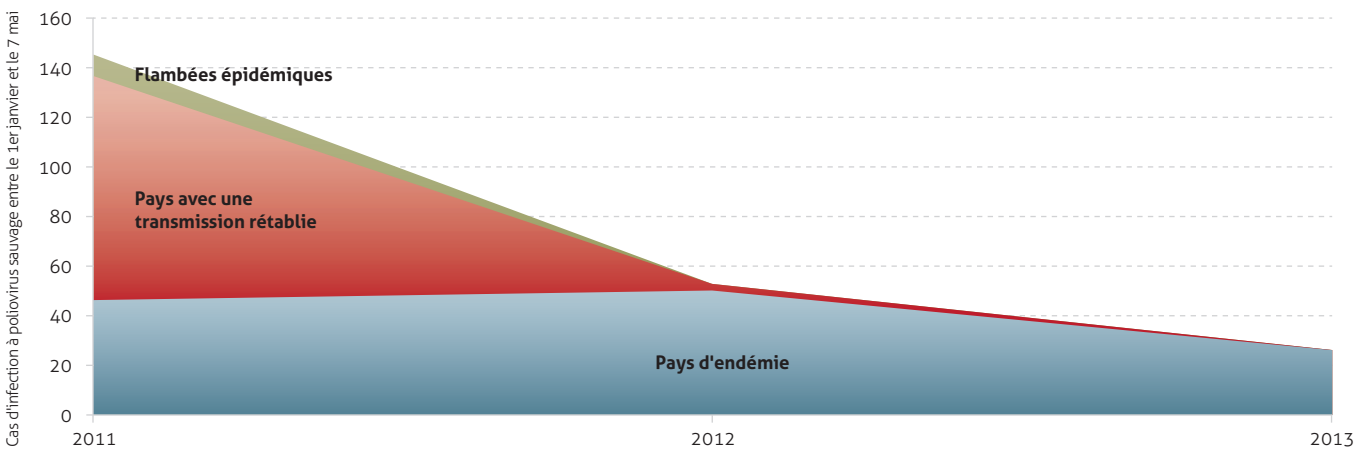


HISTORIQUE DE LA POLIOMYÉLITE : DE SOLIDES PROGRÈS...

Cas le plus récent en :



...MAIS LE NOYAU DUR ENDÉMIQUE SUBSISTE



NOMBREUX SONT LES PAYS D'AFRIQUE SONT VULNÉRABLES À UNE IMPORTATION DE LA POLIOMYÉLITE

Mali

- Population : 15 millions
- Campagne de vaccination interrompue par les récents conflits

Niger

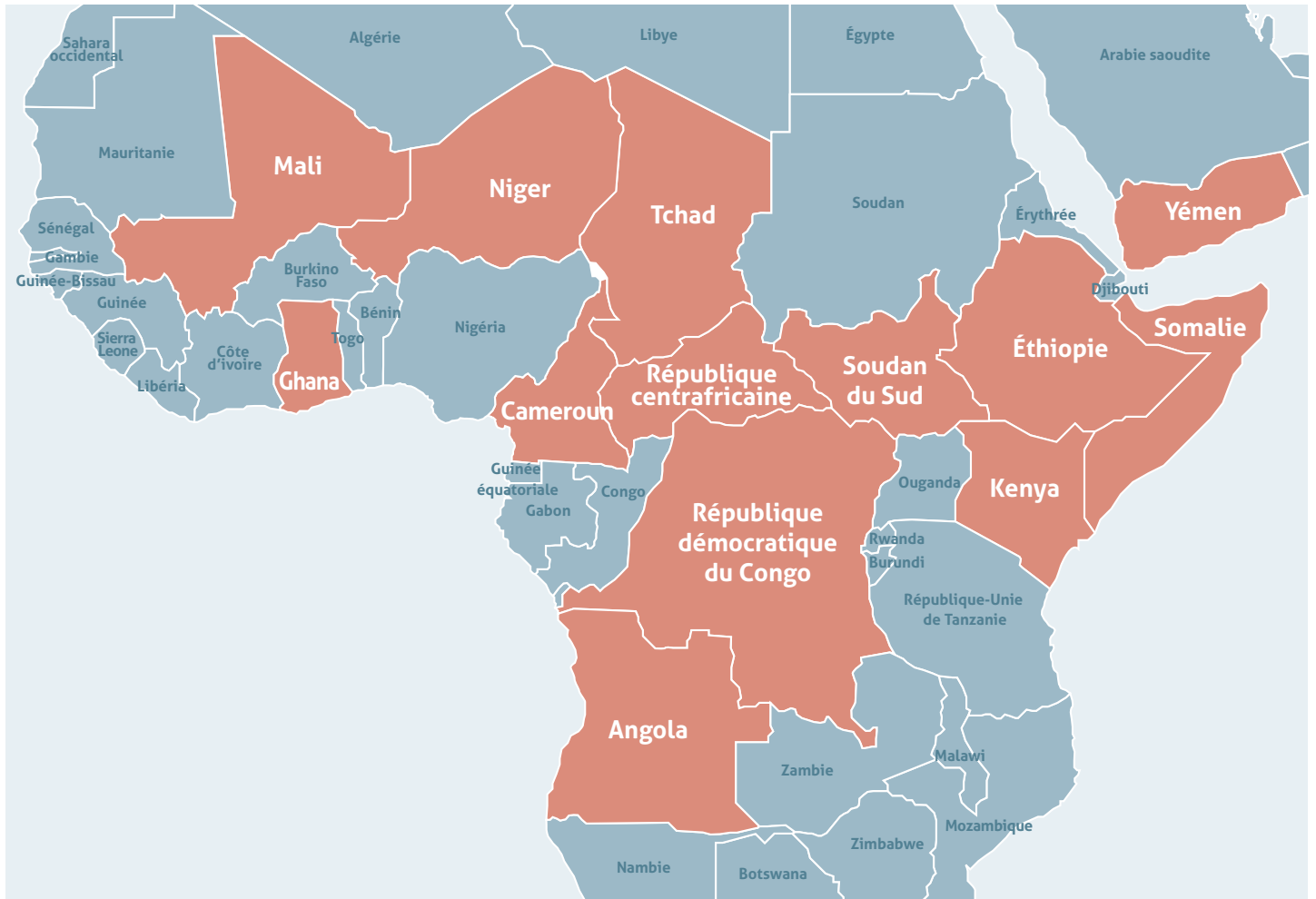
- Population : 17 millions
- Un cas d'infection à poliovirus sauvage importé du Nigéria : 15 novembre 2012

Tchad

- Population : 11 millions
- De l'autre côté du lac Tchad : le Nigéria, un pays d'endémie

Soudan du Sud

- Population : 9 millions
- Un système de santé indigent dans le pays du monde le plus récent



Yémen

- Population : 24 millions
- PVDC de type 3 recensé il n'y a pas plus longtemps qu'en août 2012

Éthiopie

- Population : 91 millions
- AVS reportées au 4ème trimestre 2013 malgré la longue frontière avec la Somalie

Cameroun

- Population : 20 millions
- Performance sous-optimale le long de la frontière avec le Nigéria

République démocratique du Congo

- Population : 76 millions
- Une longue histoire d'opposition au vaccin

Ghana

- Population : 24 millions
- Une marée d'indicateurs rouges figure dans l'évaluation des risques établie par l'IMEP

Somalie

- Population : 10 millions
- Plus de 500 000 enfants non vaccinés depuis trois ans en raison des conflits
- Un cas d'infection à poliovirus sauvage le 18 avril 2013 : riposte en cours pour réagir à une flambée épidémique

Angola

- Population : 19 millions
- Poliomyélite éliminée seulement récemment ; de grandes zones sont encore vulnérables

Kenya

- Population : 44 millions
- Couverture par trois doses de vaccin antipoliomyélitique oral le long de la frontière avec la Somalie inférieure à 50 % dans certains endroits
- Un cas d'infection à poliovirus sauvage le 30 avril 2013 : riposte en cours pour réagir à une flambée épidémique

République centrafricaine

- Population : 5 millions
- AVS reportées depuis décembre 2012 en raison de l'insécurité

En bref

Les risques ne se limitent pas au continent africain. En Asie, les Philippines et l'Indonésie figurent en bonne place sur la liste des pays à risque, en particulier compte tenu de leur population très nombreuse et mobile. En Europe, le CSI a entendu parler de rapports inquiétants sur une baisse de la couverture en Ukraine. Dans la région de la Méditerranée orientale, les conflits permanents en Syrie et le mouvement de réfugiés qui en résulte crée le type d'opportunités que recherche précisément le virus de la poliomyélite.

Les experts perçoivent de différentes façons le poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale (PVDVc). D'un certain côté, c'est un poliovirus comme les autres : il paralyse les enfants et circule librement, même s'il est issu du vaccin. D'un autre, il est totalement différent du poliovirus sauvage et sa transmission est plus facile à stopper. Néanmoins, certains voient sa présence comme la marque d'une couverture vaccinale faible et donc comme un avertissement au sein de la population, le signal que le poliovirus sauvage pourrait facilement circuler s'il était importé.

Quel que soit le point de vue adopté, le PVDVc suscite de vives préoccupations. Les cas causés par ce type de virus ne sont pas inclus dans les grands comptages, mais leur impact ne doit pas être négligé. Quatre pays ont recensé des cas de PVDVc en 2013 : le Pakistan (3 jusqu'à présent en 2013), l'Afghanistan (3), le Tchad (1) et la Somalie (1).

Nouvelle flambée épidémique : Corne de l'Afrique

En Somalie, le voyant d'avertissement sur le PVDVc est au rouge. Le pays fait l'objet d'une transmission continue du PVDVc depuis plus de trois ans. Après la réunion du CSI, nous avons reçu une nouvelle que nous redoutions depuis longtemps : un cas d'infection à poliovirus sauvage a été décelé. Ce cas, qui résulte d'une nouvelle importation, est le premier depuis mars 2007.

La Somalie cause depuis longtemps des inquiétudes en raison du grand nombre d'enfants non vaccinés. On estime à plus d'un demi-million le nombre d'enfants que les vaccinateurs n'ont pas pu atteindre cette année. Au cours des années précédentes, ce chiffre s'élevait à 800 000. De ce fait, la Somalie possède le plus grand réservoir d'enfants susceptibles de contracter la poliomyélite dans le monde.

Un problème encore exacerbé par les mouvements de population au sein du pays et au-delà. Comme on pouvait s'y attendre, un cas d'infection à poliovirus sauvage a été confirmé ces deux dernières semaines chez une petite fille de 4 mois à Dadaab au Kenya. Il s'agit là d'un signe inquiétant de l'escalade potentielle de cette crise. C'est le premier cas dans le pays depuis juillet 2011. Dadaab héberge un grand centre qui accueille plus de 500 000 réfugiés provenant de toute la Corne de l'Afrique. On ne sait pas avec exactitude par quelle voie ce virus est entré en Somalie. Mais ceci montre la nécessité de renforcer la surveillance dans la région, y compris au Kenya.

Asie, Europe, Méditerranée orientale : ces régions présentent toutes des zones sensibles

PVDVc : le signal d'une faible couverture vaccinale

Huit cas de PVDVc cette année dans quatre pays

La nouvelle redoutée : le poliovirus sauvage en Somalie, un pays sensible

Et aujourd'hui un cas au Kenya

La gravité de cette situation ne doit pas être sous-estimée. Les mouvements de population et l'existence d'importantes lacunes sur le plan immunitaire dans la Corne de l'Afrique offrent un environnement parfait pour une propagation sans entraves du poliovirus.

La Somalie et le Kenya ont lancé une riposte d'urgence. Sans une action rapide et efficace, le poliovirus sauvage risque de se rétablir dans la Corne de l'Afrique. Chaque communauté doit disposer des outils permettant de prévenir et de déceler la propagation de la poliomyélite.

Les cas compatibles

Il y a un nombre significatif de cas « compatibles » avec la poliomyélite. Il s'agit des cas dans lesquels une personne présente des symptômes cliniques et des signes suggérant une infection par le poliovirus, mais sans confirmation du diagnostic par des analyses de laboratoire. Ces cas représentent un échec partiel du système de surveillance car, pour être performant, un tel système devrait déceler de façon précoce les cas éventuels et fournir des examens d'échantillons de selles probants. En 2012, il y eu seulement 223 cas confirmés de poliovirus sauvage. Mais à cela s'ajoutent 273 cas « compatibles » avec la poliomyélite. Le CSI pense qu'une plus grande attention doit être prêtée au problème des cas compatibles : il convient d'améliorer les systèmes de surveillance pour réduire leur nombre et le Programme doit veiller à ce que les comités d'experts examinant les cas compatibles disposent des ressources nécessaires (comme des vidéos des patients qui ne peuvent être examinés en personne par ces comités) pour leur permettre de poser un diagnostic clinique exact.

NOUS RECOMMANDONS QUE LES CAS COMPATIBLES SOIENT RAPPORTÉS RÉGULIÈREMENT DANS LES BULLETINS, RAPPORTS ET PRÉSENTATIONS DU PROGRAMME, EN PLUS DU NOMBRE DE CAS CONFIRMÉS. NOUS RECOMMANDONS ÉGALEMENT DE PRÊTER UNE PLUS GRANDE ATTENTION À LA RÉDUCTION DU NOMBRE DE CAS COMPATIBLES PAR UNE MEILLEURE SURVEILLANCE ET PAR LA MISE À LA DISPOSITION DES COMITÉS D'EXPERTS DES RESSOURCES QUI LEUR SONT NÉCESSAIRES POUR LEUR PERMETTRE DE POSER UN DIAGNOSTIC EXACT QUAND DE TELS CAS SURGISSENT.

Avec les mouvements de population et une faible immunité, la Corne de l'Afrique tout entière est en danger

Plus de « cas compatibles » que de cas de poliomyélite confirmés en 2012

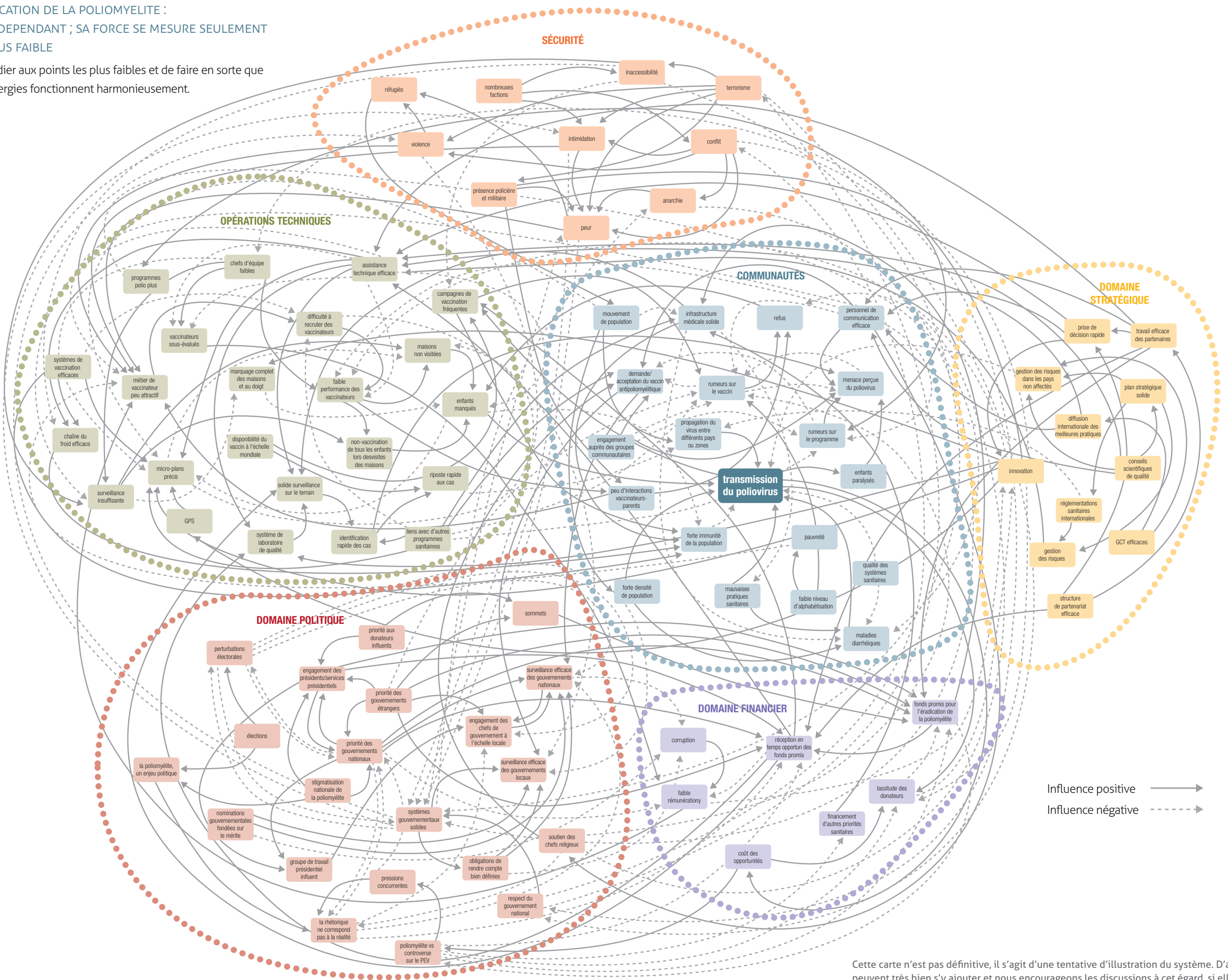
Il n'y a pas de « cas compatibles » lorsque la surveillance est bien faite

**LE SYSTEME D'ERADICATION
DE LA POLIOMYELITE**



LE SYSTEME D'ERADICATION DE LA POLIOMYELITIS :
 COMPLEXE ET INTERDEPENDANT ; SA FORCE SE MESURE SEULEMENT
 EN SON POINT LE PLUS FAIBLE

Il est essentiel de remédier aux points les plus faibles et de faire en sorte que les interfaces et les synergies fonctionnent harmonieusement.



Cette carte n'est pas définitive, il s'agit d'une tentative d'illustration du système. D'autres facteurs peuvent très bien s'y ajouter et nous encourageons les discussions à cet égard, si elles sont utiles.

Le système d'éradication de la poliomyélite

L'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite est un système complexe composé de plusieurs parties. Le CSI a créé une carte de ce vaste système (voir page précédente) qui montre à quel point il s'avère réellement complexe. La poliomyélite survit grâce à l'interaction de nombreux facteurs différents. Au cœur du système d'éradication de la poliomyélite se trouvent les communautés. C'est là que la poliomyélite circule et que le vaccin est demandé, accepté ou refusé. Ce qui se passe dans ces communautés est déterminé par l'interaction de nombreux facteurs dans des domaines d'influence majeurs : financier, politique, stratégique, opérations techniques et sécurité.

Il y a un enseignement à tirer de cette carte du système : sa force se mesure seulement en son point le plus faible. Malgré l'étendue de l'expérience et de l'expertise du Programme et de la richesse de ses données, personne n'est capable de dire exactement où et quand surgira le prochain cas de poliomyélite. Les systèmes complexes donnent par essence des résultats imprévisibles. Ce système ne peut être parfaitement contrôlé. Il exige de s'adresser à tous les domaines et de tenir compte des relations étroites entre les différents éléments qui le composent.

La situation du Programme dans le domaine de la **sécurité** a évolué depuis que le CSI a émis son dernier rapport en date. Les attaques sans précédent contre les vaccinateurs ont choqué les populations partout dans le monde. Au Pakistan, 16 membres d'équipes de vaccination ont été assassinés depuis juillet 2012, la plupart au cours d'attaques barbares apparemment coordonnées en décembre 2012. En février au Nigéria, neuf vaccinateurs ont été abattus le même jour. Ces événements inaugurent une nouvelle réalité bien sombre pour le Programme. Les gouvernements et les peuples nigériens et pakistanais ont riposté de façon remarquable. Ils ont montré leur détermination absolue à éradiquer la poliomyélite. Les conséquences immédiates de ces affaires sont déjà derrière, mais nous devons maintenant nous interroger pour savoir si la conception des plans tient effectivement compte de cette nouvelle réalité et si les risques en termes de sécurité pour les équipes de vaccination antipoliomyélique et les citoyens sont toujours présents. Il convient peut-être de faire des compromis. Ainsi, des risques peuvent être pris pour pénétrer dans une zone dangereuse et administrer le vaccin antipoliomyélique. Mais le niveau de risque encouru en cas de retour dans cette zone pour vacciner les enfants manqués par la première campagne peut être considéré comme trop élevé ; d'où une couverture réduite. De tels risques peuvent être atténués en organisant des campagnes de vaccination de haute qualité et en envisageant d'autres mesures comme la vaccination dans les points de transit. Nous reviendrons sur la question vitale de la sécurité dans les parties de ce rapport consacrées à ce sujet.

Le domaine **politique** du système d'éradication de la poliomyélite est crucial pour sa réussite. L'engagement politique de haut niveau envers l'éradication est plus fort que

Sécurité - attaques épouvantables contre les vaccinateurs : une nouvelle réalité bien sombre

Politique - encore trop de différence dans l'engagement des responsables locaux

jamais, à la fois dans les pays d'endémie et ailleurs dans le monde. Un alignement solide et régulier entre une volonté politique au plus haut niveau et l'action à l'échelle locale est un facteur décisif dans l'extinction du poliovirus dans une zone particulière. Dans la plupart des zones affectées, l'autorité principale sur le plan local ou au niveau des districts dépend du Président, du Premier Ministre ou du Ministre de la Santé et accepte de rendre compte pour le Programme dans son pays. Cependant, ce n'est pas le cas partout. Faute d'agir pour résoudre les situations dans lesquelles les autorités locales ou les responsables de districts ne sont pas engagés ou ont d'autres priorités, le nombre d'enfants manqués par les campagnes de vaccination finit par augmenter. Il s'agit d'un exemple montrant qu'un facteur dans un seul domaine de la carte du système peut aboutir à compromettre l'efficacité du Programme au cœur des communautés. Comme l'illustre cette carte, l'engagement politique peut avoir des effets positifs ou négatifs. En particulier, lorsque certaines parties de la population ne respectent pas l'autorité ou le pouvoir des chefs de gouvernement, les programmes qui sont fortement soutenus par ces autorités peuvent, de ce fait, être altérés. Ceci souligne la nécessité de trouver un équilibre entre l'appropriation par les responsables politiques et celle par les communautés. Ce constat met également en exergue la nécessité d'un engagement au-delà de toute allégeance politique. En d'autres termes, il faut que l'éradication de la poliomyélite bénéficie d'un large soutien de tous les partis politiques et non seulement de ceux au gouvernement.

La situation financière du Programme a tiré un énorme bénéfice du Sommet mondial sur les vaccins qui s'est déroulé en avril 2013. Sur le budget de 5 milliards de dollars pour 2013-18, des engagements pour un montant de 4 milliards ont été souscrits. La carte du système montre à quel point il est important que ces fonds soient maintenant reçus en temps opportun et qu'ils soient attribués au niveau de la première ligne avec une garantie de continuité. Il n'y a pas lieu de pavoiser sur ces questions financières cruciales. Le Programme a travaillé avec acharnement pour se procurer les fonds qui lui ont été promis jusqu'à présent. En d'autres termes, les financements restants seront encore plus difficiles à trouver.

Les opérations techniques constituent le fondement du Programme depuis ses débuts : comment trouver et vacciner avec succès les enfants manqués ? Y a-t-il ou non d'une chaîne du froid sûre pour les vaccins ? Dans quelle mesure des micro-plans clairs et exhaustifs sont-ils mis en œuvre ? Les cas de paralysie flasque aiguë sont-ils identifiés et examinés en laboratoire de façon efficace ? Comment les campagnes de vaccination sont-elles dirigées et gérées ? Les maisons et les doigts des enfants sont-ils marqués ? Quelle est l'identification et l'empreinte génétique du poliovirus dans les réseaux d'égoûts ? En cas de faiblesse au niveau d'un ou de deux de ces facteurs, le virus vit afin de tuer un autre jour. Ces facteurs et bien d'autres dans le domaine des opérations techniques visant à éradiquer la poliomyélite sont cruciaux. Le Programme a profité de 25 ans pour les affiner et cette partie du travail est généralement solide. Cependant, une fois encore comme le montre la carte du système, un seul maillon

Le système n'est pas simple - l'engagement politique peut avoir des effets positifs ou négatifs

Domaine financier - sur des rails après le Sommet mondial sur les vaccins, mais l'argent doit être versé aux acteurs en première ligne

Opérations techniques - considérablement renforcées, mais un seul maillon faible suffit au virus pour subsister

faible suffit pour libérer le poliovirus et lui permettre de causer d'autres cas de maladies ou de décès.

Le vaccin antipoliomyélitique est l'outil technique au cœur du Programme. Les ajouts précédents à l'arsenal du vaccin dans le cadre du Programme ont été une source de progrès considérable, le plus récent étant le développement du VPOb. D'ailleurs, beaucoup considèrent que c'est à lui que l'Inde doit son succès dans l'éradication de la poliomyélite. Il y a un vaccin qui a déjà été développé, mais n'est pas encore utilisé dans les pays d'endémie. Ce vaccin est le VPI. Nous y reviendrons ultérieurement dans ce rapport.

Dans ses deux précédents rapports, le CSI avait fortement recommandé l'introduction d'un certificat de vaccination antipoliomyélitique obligatoire pour les personnes sortant des pays d'endémie. Le CSI continue à penser qu'il s'agirait d'une mesure efficace pour étayer l'effort d'éradication de la poliomyélite. C'est l'une des nouvelles actions qui contribueraient à faire basculer l'équilibre des forces au détriment de la survie du poliovirus.

Les communautés se trouvent au cœur de la carte du système. Le Programme l'oublie à son propre péril. Aussi solides que soient les autres éléments du Programme, il ne pourra pas vaincre le poliovirus sans prendre en compte les influences sur les personnes, les familles, les dirigeants et les réseaux sociaux qui constituent la communauté. Quand il fait référence à son travail dans ce domaine, le Programme parle de « communication » et de « mobilisation sociale ». Ces aspects reçoivent malheureusement peu d'attention sous l'angle stratégique, compte tenu de leur importance cruciale pour le Programme. Ce point faible majeur constitue actuellement un risque grave pour le Programme. Nous reviendrons plus en détail sur cette question ultérieurement dans ce rapport.

Le domaine des communautés fait essentiellement référence aux zones locales, mais les communautés religieuses en particulier s'étendent au-delà de l'échelon local. Le Programme a renforcé son engagement auprès des chefs religieux. Lorsque le nouveau Comité consultatif islamique du Programme s'est réuni en mars, il a évoqué les façons dont les chefs islamiques pouvaient aider les communautés à assurer la protection de tous les enfants musulmans. De la même manière, un groupe d'érudits islamiques s'est rendu au Pakistan pour soutenir le Programme et l'Académie islamique internationale du Fiqh a demandé récemment aux parents de veiller à ce que leurs enfants soient vaccinés contre la poliomyélite.

Utiliser chaque outil : quel est le meilleur moment pour déployer le VPI ?

Utiliser chaque outil : la valeur du Règlement sanitaire international

Communautés - elles sont au cœur du système, mais cela ne se reflète pas vraiment dans l'approche du Programme

Peu d'attention prêtée à la communication et à la mobilisation sociale sous l'angle stratégique

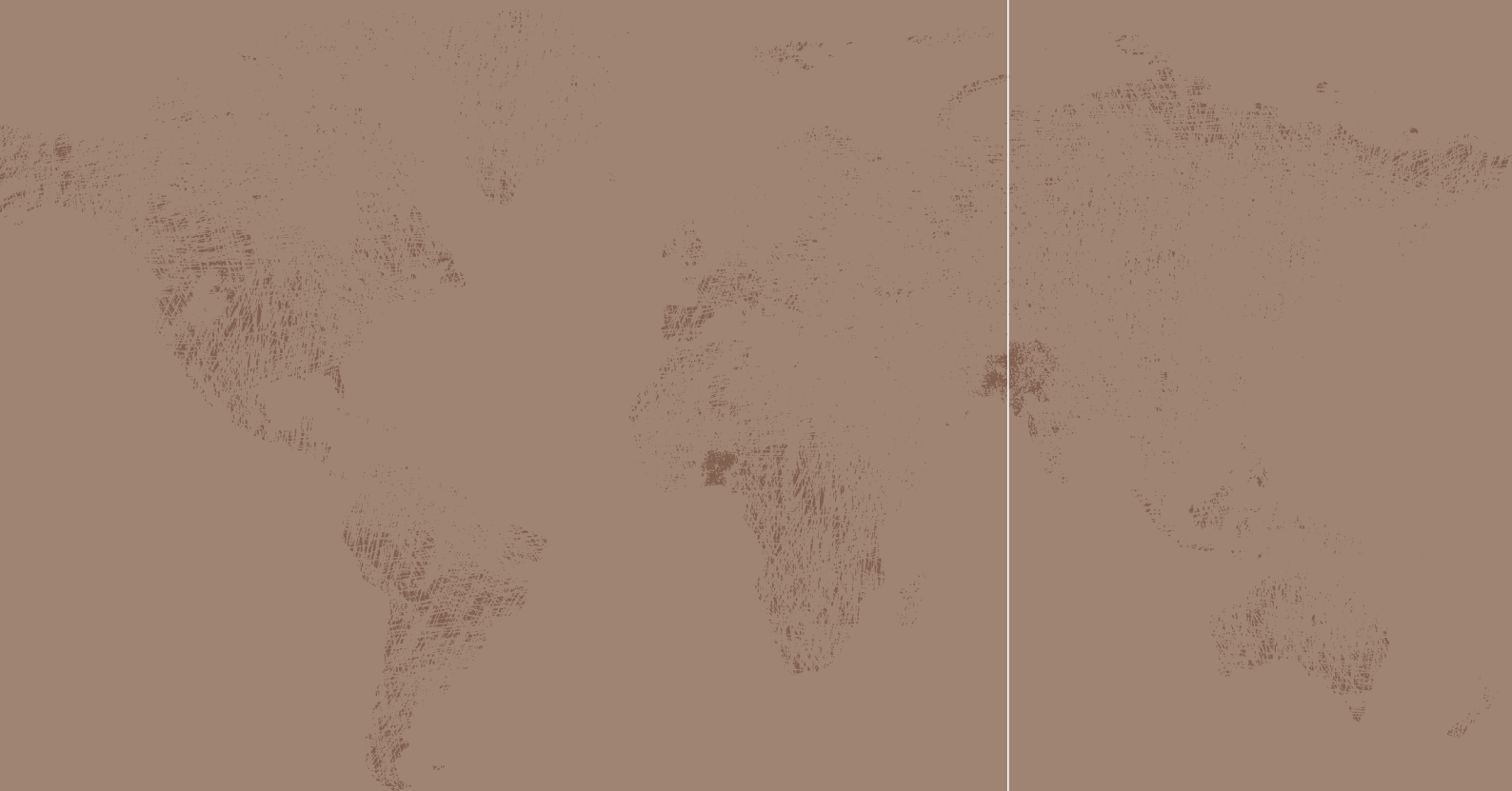
En bref

L'effort d'éradication de la poliomyélite dans le monde gagnerait fortement à être **stratégique**, coordonné et mondial. Si au lieu d'un seul programme mondial, il y avait des programmes distincts dans chaque pays, sans aucune coordination entre eux, nous pensons que les progrès seraient beaucoup plus lents. Mais le bénéfice de cette approche mondiale est-il perçu dans la pratique ? Les sièges mondiaux fournissent-ils aux pays ce dont ils ont besoin ? Le Programme mondial diffuse-t-il rapidement les meilleures pratiques à travers tout le système ? Le partenariat fait-il preuve de souplesse et d'esprit de décision ? Il y a actuellement de grandes lacunes dans ces domaines. Nous reviendrons sur ces problèmes ultérieurement dans ce rapport. Revenons-en aux relations complexes entre les différents domaines illustrées sur la carte du système et reprenons la métaphore de l'effet papillon. Un battement d'aile de papillon à cause d'un dysfonctionnement au niveau d'un siège à Genève, New York ou Atlanta peut perturber la livraison de vaccins susceptibles de sauver la vie d'enfants vivant dans des communautés démunies à des milliers de kilomètres de là.

Domaine stratégique - le fait d'être un « Programme Mondial unique pour tous » offre des avantages qui ne sont pas entièrement concrétisés

Des dysfonctionnements dans la gestion du Programme mondial subsistent

AFGHANISTAN



Afghanistan

L'Afghanistan est sur le point d'éradiquer la poliomyélite, mais il n'y parviendra pas, sauf s'il fait preuve d'excellence dans la mise en œuvre de cette éradication. D'ailleurs, cela fait un moment qu'il en est là. Avec seulement 37 cas en 2012 et 2 jusqu'à présent en 2013, il pourrait être débarrassé de la poliomyélite dans un avenir proche, mais il ne semble pas en prendre le chemin. Si l'on examine les deux dernières années, le Programme d'éradication de la poliomyélite en Afghanistan avait pris de l'avance sur ceux du Pakistan et du Nigéria. Certes, l'Afghanistan garde cette avance puisqu'il est plus près d'interrompre la transmission à l'échelle nationale que les deux autres pays d'endémie. Néanmoins, alors que les Programmes du Pakistan et au Nigéria ont fait l'objet de transformations au cours des 18 derniers mois, celui de l'Afghanistan devrait avoir aujourd'hui éradiqué la poliomyélite compte tenu de sa meilleure position de départ, mais ce n'est pas le cas.

Le Programme développe souvent de nouvelles idées et se fixe de nouveaux objectifs. Le paradoxe, c'est que les idées sont avancées, mais la qualité de l'action nécessaire pour les exécuter n'est pas au rendez-vous.

Sur le terrain, le problème est essentiellement et simplement le suivant : les vaccinateurs continuent à passer à côté d'enfants à cause d'erreurs fondamentales et les superviseurs laissent passer ces erreurs entre les mailles du filet.

La raison pour laquelle les enfants échappent le plus souvent à la vaccination, c'est qu'ils ne sont pas disponibles lorsque les vaccinateurs les appellent une première fois et que ces derniers ne retournent pas les voir comme ils le devraient. Des enfants échappent également à la vaccination parce que ce sont des nouveau-nés, qu'ils sont malades ou qu'ils dorment, et que les vaccinateurs ne savent pas apprécier la nécessité de vacciner ces enfants ou communiquer à cet égard. Le plus fondamental dans cette situation, c'est qu'il y aurait 20 % d'enfants manqués en moins si les vaccinateurs visitaient simplement toutes les maisons dans leur zone. Il convient de motiver ces vaccinateurs, mais l'argent ne circule pas aussi facilement qu'il le devrait.

Il s'agit de problèmes fondamentaux qu'un programme sérieux sur l'éradication de la poliomyélite doit tout simplement maîtriser. Le Programme a développé quelques bonnes idées : un moyen plus direct de payer les vaccinateurs et une augmentation du nombre de mobilisateurs et de superviseurs de groupes dans les zones clés. Ces mesures doivent être mises en place avec rapidité et efficacité si l'on veut qu'elles contribuent à transformer le Programme.

Il y a également certaines zones de dysfonctionnement spécifiques qui doivent être traitées de façon urgente.

- Le groupe de travail interministériel devait réunir les services ministériels sur la question du soutien de l'éradication. Cependant, la première réunion de ce groupe a été retardée de plusieurs mois et peu de services y ont assisté et encore moins de ministres.

Sur le point d'éradiquer la poliomyélite - mais qu'est-ce qui fera basculer l'Afghanistan d'une situation proche de la réussite à la réussite elle-même ?

Des idées avancées, mais la mise en place est souvent à la traîne

Des erreurs fondamentales commises par les vaccinateurs continuent à saboter les efforts du Programme

Les toutes dernières idées visant à résoudre ces problèmes doivent être rapidement mises en œuvre

Groupe de travail interministériel : beaucoup de promesses, mais peu sont tenues

En bref

- Un obstacle à l'éradication créé dans une province essentielle par une personne qui ne travaille pas en faveur des intérêts du Programme doit être traité de façon décisive, malgré toute la difficulté.
- Les dirigeants d'un certain nombre d'ONG (en particulier BRAC et AHDS (Afghan Health and Development Services), qui opèrent dans les provinces de l'Helmand et de Kandahar) doivent activement veiller à ce que chaque équipe locale offre le niveau élevé de performance requis pour mettre fin à la transmission de la poliomyélite et qu'elle en rende compte. Or ce ne semble pas être le cas à l'heure actuelle.

Le Programme a clairement identifié 31 districts dans lesquels la performance n'est pas satisfaisante. Ces districts détermineront si le poliovirus aura ou non un avenir en Afghanistan. Les autorités les plus haut placées doivent prêter une attention toute particulière à ces districts. Il en va de même pour ceux qui ont le pouvoir et la responsabilité d'y apporter les améliorations requises. Il convient de se demander si les normes sur l'obligation de rendre compte des gouverneurs des provinces et des districts sont suffisamment élevées pour assurer une action efficace.

En 2013 jusqu'à présent, deux enfants afghans ont été paralysés par la poliomyélite. Tous deux vivent dans la région orientale, dans des zones auxquelles le Programme n'a pas encore réussi à avoir accès. Bien que seulement 20 % des enfants manqués le sont en raison de problèmes d'inaccessibilité, ils représentent un groupe important. Il s'agit de réservoirs d'enfants susceptibles de propager la poliomyélite.

Le Programme en Afghanistan possède deux points forts substantiels : sa capacité à rendre accessibles des zones qui ne le sont pas et un taux plus élevé de parents qui demandent le vaccin ou sont prêts à l'accepter que dans d'autres pays d'endémie. Dans une certaine mesure, ces deux points sont liés : la demande parentale favorise l'accès. Le Programme est, à juste titre, fier de sa position. Mais il ne faudrait pas partir du principe que ces points forts sont suffisants ou s'auto-alimentent. Les « refus indirects » (qui consistent pour les parents à prétendre, par exemple, que leur enfant est absent alors que ce n'est pas vrai, plutôt que de refuser directement le vaccin) sont une source de préoccupation majeure. En fait, 25 % des enfants manqués dans les sanctuaires de la poliomyélite sont dus aux refus et ceux-ci sont majoritairement « indirects ». Il y a également des zones importantes auxquelles le Programme n'a toujours pas accès. Dans la résolution de ces problèmes, le Programme capitalise sur une position de force, mais n'a pas encore atteint son but.

Les dirigeants des ONG doivent imposer à leurs équipes locales des obligations de rendre compte

Des obligations de rendre compte précises et ciblées sont nécessaires dans les 31 districts

Accès à de nombreux enfants, mais pas à tous

Un solide programme de communication, mais la population montre des signes de doute

Dans chacun de nos rapports, nous avons fait les éloges des progrès accomplis en Afghanistan par des personnes talentueuses et dévouées dans des circonstances difficiles. Mais il n'est dans l'intérêt de personne - et encore moins de celui des enfants afghans - que nous soyons encore là dans deux ans à vanter les mérites de changements itératifs. Notre défi est simplement celui-ci : pour achever finalement l'éradication de la poliomyélite, ce Programme doit trouver des moyens d'accélérer son rythme et faire appel à davantage de personnes pour l'aider, si besoin est ; il doit cibler tous ses efforts sur la résolution des problèmes fondamentaux qui subsistent ; il doit viser un niveau de demande plus élevé de la part des communautés et aspirer à ce que l'engagement fort et épars au sein du gouvernement se généralise partout. Le Programme exige un changement de mentalité radical afin que l'objectif du pays, à savoir mettre fin à la transmission, ne soit pas simplement un but sur le papier, mais corresponde à une vraie date-butoir à respecter.

En bref

Rythme + engagement + mise en œuvre de qualité = un Afghanistan débarrassé de la poliomyélite, bientôt



Nigéria

Le rythme d'amélioration du Programme pour l'éradication de la poliomyélite au Nigéria au cours des six derniers mois a été plus accéléré qu'il ne l'a jamais été dans toute son histoire. Ses efforts commencent à produire un réel effet. Le Nigéria a recensé 18 cas d'infection à poliovirus sauvage en 2013 contre 28 pendant la même période en 2012.

La perception positive du Programme et la confiance dans celui-ci augmentent. Parmi les points forts de ces six derniers mois, citons : un plus grand investissement dans les services sanitaires locaux (ce qui développe la bienveillance des communautés à l'égard du Programme) ; un accent renforcé sur la vaccination dans les communautés mal desservies ; des signes précurseurs d'un meilleur travail en partenariat (y compris avec les associations de femmes musulmanes) ; un plus grand professionnalisme et une plus forte prise en charge de la part des Centres d'opérations d'urgence.

La réussite du Programme au Nigéria repose sur deux points cruciaux : un engagement fort au niveau des zones de gouvernement locales (LGA) et les qualités personnelles des Présidents de ces zones. Il est manifeste aux yeux de tous les observateurs que, dans la majorité des 774 zones de gouvernement locales, des améliorations majeures sont réalisées. Et le contraste avec le nombre relativement limité de ces zones où la performance a stagné est d'autant plus frappant. Dans ces dernières, il est d'une importance cruciale que l'équipe dirigeante du Programme nigérian demande des comptes aux autorités locales principales qui ont d'autres priorités que le Programme d'éradication de la poliomyélite.

Le Président d'une zone de gouvernement locale, entièrement mobilisé, qui supervise un programme local « conforme au modèle d'éradication » se reconnaît facilement. Il assiste à toutes les réunions du groupe de travail sur la poliomyélite. Il travaille main dans la main avec les chefs traditionnels et les partenaires du Programme. Il répond aux préoccupations et besoins des communautés. Il dégage les fonds du Programme bien avant les campagnes de vaccination. Il ne tolère pas les équipes peu performantes. Il prend le contrôle du Programme et le fait avancer.

De la même manière, le Président d'une zone de gouvernement locale dont le comportement est non conforme à ce modèle se repère facilement. Une liste des zones de gouvernement locales peu performantes est affichée dans le Centre des opérations d'urgence d'Abuja. Nous recommandons au Programme de concentrer ses efforts sur ces zones ayant des résultats décevants. Les Présidents des zones de gouvernement locales qui en sont responsables devraient continuer à recevoir toutes les semaines, si ce n'est tous les jours, des appels téléphoniques provenant des instances au niveau étatique ou fédéral, les invitant à présenter les données sur leurs principaux résultats et les actions correctives mises en œuvre. Avant sa prochaine

Améliorations sans précédent dans le Programme du Nigéria

Tous les yeux sont rivés sur une minorité de Présidents de zones de gouvernement locales qui font obstacle à l'éradication

Les Présidents de zones de gouvernement locales ayant un comportement « conforme au modèle d'éradication » montrent l'exemple dans l'exécution de leur mission

Ceux dans les zones non performantes doivent faire l'objet d'une attention toute particulière

En bref

réunion, le CSI demandera la liste de toutes les zones de gouvernement locales n'ayant pas réussi à améliorer leurs performances.

Au fil du temps, les programmes de vaccination partout dans le monde ont dû faire face aux rumeurs circulant à l'encontre des vaccins. Fondées sur des informations sans valeur scientifique, des mensonges éhontés et de la propagande, ces rumeurs sont souvent propagées par des personnalités en vue qui placent leur propre intérêt et leur promotion personnelle avant la vie des enfants. Tous les parents veulent ce qu'il y a de mieux pour leurs enfants. Mais comment peuvent-ils savoir ce qu'il y a de mieux pour eux ? Comment font-ils la distinction entre la désinformation et la vérité ? Comme nous le décriront ultérieurement dans ce rapport, il y a eu récemment une montée de la propagande contre le vaccin de la poliomyélite au Nigéria, ce qui rend la tâche des parents plus difficile.

En parlant récemment avec des parents qui avaient refusé le vaccin antipoliomyélique au Nigéria, des sources du CSI ont entendu des pères et des mères poser des questions très intelligentes et ciblées auxquelles tout parent aimerait connaître la réponse.

« J'ai des enfants de plus de cinq ans et ils ont été vaccinés. Pourquoi ? »

« Qu'est-ce qu'une dose excessive ? Quel est le seuil à ne pas dépasser ? »

« Pour d'autres maux, je suis obligé d'acheter des médicaments. Mais le vaccin contre la poliomyélite est gratuit. Pourquoi ? »

« Comment puis-je être sûr de l'innocuité du vaccin ? »

« Il n'y a pas eu de poliomyélite ici depuis des années. Mais il est difficile d'avoir trois repas par jour. Pourquoi ne pas résoudre d'abord ce problème ? »

« J'ai vu des vaccinateurs et leur ai demandé ce qu'était la poliomyélite. Leurs réponses n'étaient pas claires. Qui dois-je croire ? »

« Pourquoi les vaccinateurs reviennent-ils encore, encore et encore ? »

Pour ceux qui travaillent dans le cadre du Programme d'éradication de la poliomyélite, les réponses peuvent sembler aller de soi. Mais pour les parents, ces questions sont vitales et elles restent souvent sans réponse. Le fossé, là où il existe, doit être comblé ou il restera encore une raison pour laquelle le poliovirus survivra et tuera ou mutilera. Les parents doivent avoir accès aux informations et aux faits sur la poliomyélite et sur le vaccin contre cette maladie.

Les vaccinateurs et les mobilisateurs sociaux jouent un rôle important dans la transmission de ces informations. Les premiers doivent recevoir une formation adéquate sur la façon de gérer les questions des parents et d'y répondre sur le pas de

Le Nigéria doit lutter pour résoudre le problème des mensonges à propos du vaccin

Les parents souhaitent seulement connaître la vérité

Ils réclament des informations fiables

Il faut un personnel en première ligne de la plus haute qualité pour développer la confiance des parents

la porte. Des jeux de rôle sur les situations de refus peuvent être organisés pendant la préparation des campagnes. Les vaccinateurs doivent être sélectionnés sur leur capacité à communiquer avec les parents de façon professionnelle, courtoise et convaincante. Quant au groupe des mobilisateurs sociaux, ils font un travail soigné au Nigéria mais leur nombre reste limité. Il faut qu'ils soient aidés à optimiser la sensibilisation entre les campagnes et que leur nombre soit également augmenté afin de desservir chaque zone de gouvernement locale peu performante.

Aussi cruciale que soit leur mission, les vaccinateurs et les mobilisateurs sociaux ne sont les seules sources d'information pour les parents. Chaque individu dans le Programme et au sein de chaque organisme partenaire a un rôle à jouer dans la communication des faits au public. Nous incitons toutes les autorités à s'engager personnellement à veiller à ce que les informations dont elles disposent elles-mêmes soient également mises à la disposition de ceux qui sont en première ligne et, en particulier, des parents. Un flux d'informations peut balayer les inquiétudes nourries par de nombreuses personnes à l'égard du vaccin contre la poliomyélite.

Dans la partie « Les communautés engagées éradiquent la poliomyélite » ci-dessous, nous aborderons spécifiquement les défis auxquels le Programme se trouve aujourd'hui confronté en matière de communication dans tous les pays d'endémie et, en particulier, au Nigéria. Si le Programme nigérian pour l'éradication de la poliomyélite prend ces messages à cœur, il peut encore se transformer.

Depuis la dernière réunion du CSI en octobre 2012, le Nigéria a fait l'objet d'une vague d'attaques contre ses équipes dédiées à la poliomyélite. Ces femmes et ces hommes courageux sont morts en servant leur pays. Il n'y a qu'un seul moyen d'honorer leur mémoire : aller plus loin dans la quête de l'éradication de la poliomyélite dans leur pays. C'est ce que nous recommandons au Programme du Nigéria de faire.

C'est dans les États de Borno et de Yobe au nord-est du pays que l'insécurité est la plus forte. Ces deux États représentent à l'heure actuelle 69 % des cas d'infection à poliovirus sauvage au Nigéria (et, donc, de tout le continent africain au moment de notre réunion) en 2013. L'immunité de la population décline régulièrement. Dans l'État de Yobe, un quart des cas de PFA non poliomyélitique au quatrième trimestre n'avait reçu aucune dose de vaccin contre la poliomyélite. Dans celui de Borno, plus de 335 000 enfants (32 % de la population ciblée) ont échappé à la vaccination au cours de la campagne d'avril 2013. La poliomyélite ne sera pas éradiquée au Nigéria à moins que ces tendances ne soient inversées.

La lutte contre l'insécurité est un problème complexe. Le choix des stratégies à associer varie non seulement d'un État à un autre, mais aussi d'un district à un autre et d'un dispensaire à un autre. Le CSI est profondément conscient des sensibilités

Communication : relève de la responsabilité de chaque personne travaillant pour l'éradication de la poliomyélite

Le Nigéria honore ses héros disparus dans la lutte contre la poliomyélite par la poursuite de son engagement

L'insécurité dans les États de Borno et de Yobe : une priorité pour le Programme

La menace pesant sur la sécurité doit être abordée avec un plan plus solide et détaillé

En bref

mises en jeu et de la nécessité d'autoriser l'organisation de négociations à l'abri de toute publicité, si nécessaire. Nous incitons les responsables du Programme nigérian à veiller à ce que toutes les mesures possibles soient prises pour garantir la protection des enfants contre le poliovirus malgré l'insécurité actuelle.

Le Programme nigérian sait mieux que quiconque que l'éradication ne sera réalisée que si les améliorations constatées ces six derniers mois se poursuivent. Si c'est le cas (en appréhendant plus fermement les problèmes de sécurité et de communication en particulier), le CSI pense que le Nigéria pourra avoir éradiqué la poliomyélite d'ici à fin 2014.

NOUS RECOMMANDONS AU NIGÉRIA DE FINALISER EN URGENCE UN PLAN OPÉRATIONNEL PLUS DÉTAILLÉ POUR RÉSOUDRE LES PROBLÈMES DE SÉCURITÉ AUQUEL IL EST CONFRONTÉ, EN S'APPUYANT SUR L'EXPÉRIENCE DE L'AFGHANISTAN ET DU PAKISTAN.

Si le rythme des améliorations constaté actuellement au Nigéria peut être maintenu, ce pays mettra fin bientôt fin à la transmission de la poliomyélite

PAKISTAN



Pakistan

Le Pakistan a transformé son Programme d'éradication de la poliomyélite en 2012. Son plan d'action d'urgence national renforcé a été bien formulé et habilement mis en œuvre dans de nombreuses parties du pays. Les commissaires de districts ont mené la charge et nombre d'entre eux ont développé une expertise dans l'éradication de la poliomyélite en assumant la responsabilité directe de leur mission au sein de leur district. La composition des équipes de vaccinateurs a été améliorée. Un mécanisme de paiement direct des vaccinateurs a été instauré, pour éliminer les intermédiaires. Le sens de la nécessité de rendre compte est nettement plus fort et il existe une volonté tangible et ferme de débarrasser le pays de la poliomyélite. À la fin de l'année 2012, l'effet de ce travail était nettement visible. Le pays comptait 198 cas de poliomyélite en 2011 ; en 2012, ce chiffre a diminué de 71 % avec 58 cas.

Les 18 et 19 décembre 2012 sont des dates qui marqueront l'histoire de l'éradication de la poliomyélite. Neuf vaccinateurs ont été abattus au cours de multiples incidents isolés à Karachi et au Khyber Pakhtunkhwa, sous le coup d'une action apparemment coordonnée. Ceci a horrifié la nation du Pakistan, ainsi que le reste du monde. Il s'agit là d'actes d'une cruauté inimaginable, dirigés directement contre des membres du personnel sanitaire, qui ne faisait rien de moins ni de plus que de protéger les enfants de leurs communautés contre la poliomyélite.

Le pays ne s'est pas laissé intimider et le Programme d'éradication de la poliomyélite s'est poursuivi. En fait, le Programme ne s'est pas contenté de continuer, il a accompli des progrès considérables depuis décembre. Il a choisi les bonnes priorités en concentrant davantage de ressources sur les districts présentant le risque épidémiologique le plus élevé. Il n'a pas pu mener autant de campagnes de vaccination qu'il ne l'avait prévu initialement, mais il a quand même bien profité de la basse saison pour la transmission du virus. Il convient d'applaudir l'engagement profond d'un très grand nombre de personnes au Nigéria - des 250 000 vaccinateurs que compte le pays jusqu'au Président. Des gouvernements fédéraux et provinciaux jusqu'aux partenaires du Programme en passant les districts, tous ont joué leur rôle. Compte tenu des circonstances dans lesquelles ils ont opéré, on n'aurait rien pu leur demander de plus.

Nous devons maintenant mettre de côté nos émotions pour examiner objectivement le travail qu'il reste à faire. Car, bien que nous connaissions les contraintes sous lesquelles le Programme doit désormais opérer, cela ne touche pas le poliovirus. Éradiquer la poliomyélite du Pakistan s'avérait déjà difficile et l'est encore plus aujourd'hui.

Karachi suscite de vives inquiétudes. Gadap dans l'UC-4, un lieu à partir duquel la poliomyélite avait été exportée sur le plan national et international, reste particulièrement important. La sécurité est ici un défi majeur, que le Programme a réussi à bien relever jusqu'à présent. Mais il a encore un énorme chemin à parcourir.

2012 : une année de transformation pour le Programme pakistanais

Des actes d'une violence inimaginable ont menacé de saper les améliorations

Mais le Programme a continué à avancer : avec l'établissement de priorités et un dévouement inflexible

L'éradication de la poliomyélite au Pakistan n'était déjà pas facile, mais elle est plus difficile que jamais aujourd'hui

Les inquiétudes persistent à propos de Karachi

Lors de la campagne la plus récente sur laquelle nous disposons de données (phase 2 de l'administration d'une dose supplémentaire dans un intervalle court ou SIAD), 23 % des enfants dans l'une des zones les plus prioritaires de Karachi n'ont pu être atteints. Tous ceux qui travaillent pour débarrasser Karachi de la poliomyélite méritent d'être grandement félicités, mais leur tâche est loin d'être terminée. Les problèmes d'accès restants doivent être résolus de toute urgence.

Au cours des six derniers mois, la circulation du poliovirus au Pakistan a été réduite à un petit nombre de zones à Karachi, Quetta, Faisalabad, Hyderabad et Peshawar. Cela ne veut pas dire qu'il ne peut pas se propager de nouveau. Il convient de désigner, dans chacune de ces zones, des responsables du Programme pour éviter cette éventualité. Ceci veut dire aussi qu'il faut résoudre les problèmes d'accès et continuer à assurer le niveau de performance le plus élevé possible de la part des vaccinateurs. En particulier, si certains enfants restent inaccessibles dans leur propre habitation, le CSI estime qu'il y aurait lieu d'envisager une stratégie de vaccination plus ambitieuse pour les populations en transit afin de vacciner les enfants lorsqu'ils peuvent être atteints et sont susceptibles de transporter le virus dans le pays à leur insu.

Les parents les plus concernés sont ceux au nord-est du Pakistan (au Khyber Pakhtunkhwa et dans les zones tribales sous administration fédérale) et, en particulier, à Peshawar et dans le Waziristan.

Peshawar est une plate-forme de transport par laquelle passent les personnes, et donc le virus, en provenance ou à destination de l'Afghanistan, des zones tribales sous administration fédérale et de Karachi. Cet important mouvement de population est un cadeau pour le poliovirus. Un très solide programme de riposte est donc nécessaire ici. Cependant à Peshawar, le Programme atteint un niveau de dysfonctionnement que l'on ne constate nulle part ailleurs dans le pays. Il est loin d'opérer au niveau requis pour éradiquer la transmission de la poliomyélite.

Au Waziristan, des dizaines de milliers d'enfants restent vulnérables à cette maladie parce qu'ils n'ont pas été vaccinés depuis plusieurs mois maintenant. Lorsque le CSI a organisé sa réunion début mai, il a reçu des nouvelles toutes récentes sur des cas de poliomyélite dans cette région. Si la vaccination ne redémarre pas très vite, il se peut malheureusement qu'une flambée épidémique importante se produise dans celle-ci et que de nombreux enfants soit paralysés ou décèdent de ce fait-là.

Depuis la réunion du CSI, le Pakistan a élu un nouveau gouvernement, qui arrive au pouvoir à un moment crucial pour l'éradication de la poliomyélite. Il est clair que la tâche qui l'attend est très difficile. Le succès est loin d'être garanti. Si les problèmes qui restent et que nous avons décrits peuvent être résolus, l'arrêt de la transmission de la poliomyélite au Pakistan se fera ensuite rapidement. Mais ils sont très difficiles à résoudre et, plus le temps passe avant qu'ils ne soient résolus, plus le virus se propagera et plus cela prendra du temps.

La crainte réelle d'une propagation de la poliomyélite dans les régions endémiques restantes : la stratégie de vaccination des populations en transit est vitale

Peshawar, le point faible dans la performance du programme

Le Waziristan : l'épicentre des flambées de poliomyélite

Le nouveau gouvernement doit s'emparer du Programme d'éradication de la poliomyélite rapidement et fermement

Le secret de la réussite passe par un engagement absolu et total des chefs de districts et un refus de se contenter des niveaux d'accès auxquels se trouve le Programme à l'heure actuelle. Le gouvernement précédent a légué un solide Programme au suivant. Mais, à cause des événements de décembre 2012 et depuis lors, il ne s'agit pas d'un programme capable de mettre fin à la poliomyélite pour de bon. Ceux qui arrivent au pouvoir feraient bien de conserver la structure organisationnelle qui s'est avérée être une vraie réussite. Les six prochains mois constituent un moment crucial. Après la période électorale, le dynamisme doit être relancé sans perdre de temps.

NOUS RECOMMANDONS QUE LE NOUVEAU GOUVERNEMENT PAKISTANAIS CHERCHE À MAINTENIR LA CELLULE DE SURVEILLANCE DU PREMIER MINISTRE ET D'AUTRES STRUCTURES QUI ONT ASSURÉ UNE TELLE RÉUSSITE AUX ACTIONS D'ÉRADICATION DE LA POLIOMYÉLITE PENDANT LA PÉRIODE DU GOUVERNEMENT PRÉCÉDENT.

**LES COMMUNAUTÉS ENGAGÉES
ÉRADIQUENT LA POLIOMYÉLITE**



Les communautés engagées éradiquent la poliomyélite

Comment les parents dans les zones d'endémie perçoivent-ils le vaccin antipoliomyélitique ? Le voient-ils comme une protection très prisée, un miracle scientifique qui protège leurs enfants d'une maladie capable de détruire leur vie ? Ou comme une ruse, une sinistre menace, un produit chimique déguisé mettant en danger les enfants qu'il affirme protéger ? Ou encore comme un pion sur l'échiquier politique ou une monnaie d'échange pour les plus démunis qui se rendent compte que le vaccin semble important pour ceux qui détiennent le pouvoir ?

Un trop grand nombre de parents perçoivent le vaccin davantage comme une menace ou un appât qu'une protection recherchée. Jamais le Programme ne pouvait jamais espérer faire payer cette substance qui protège la vie car, dans trop d'endroits, c'est déjà un combat pour la délivrer gratuitement.

Comment les parents perçoivent-ils le Programme d'éradication de la poliomyélite avec ses millions de vaccinateurs circulant dans les rues, le marquage des maisons à la chaux et la prise de notes détaillées ? Le voient-ils tel que nous le percevons, c'est-à-dire comme une initiative mondiale impressionnante et unique, atteignant des zones où peu d'autres services s'aventurent ? Ou comme une intrusion malvenue, une présence non justifiée, une couverture pour jeter un regard indiscret là où on ne le souhaite pas ?

Pour trop de gens, l'offre du vaccin antipoliomyélitique à leurs enfants est importune. Ils la considèrent comme imposée de l'extérieur et ne comprennent pas le bénéfice qu'elle apporte. Ils ne sont pas capables de répondre à des questions de base comme « Pourquoi autant de doses ? » Ils craignent que la vaccination ne mette leurs enfants en danger ou n'exerce une influence néfaste sur eux. Leur point de vue sur la vaccination contre la poliomyélite se compare souvent défavorablement par rapport à la façon dont ils perçoivent les bénéfices d'autres mesures de santé (les comprimés vermifuges, par ex.) ou d'autres vaccins (contre la rougeole, par ex.). Un hiver avec des campagnes de vaccination répétées peut même laisser chez les parents les moins soupçonneux de sérieux doutes sur les objectifs du Programme.

Le Programme d'éradication de la poliomyélite et son vaccin sont des sujets perçus toujours plus négativement.

Le CSI est très inquiet par la faible emprise du Programme sur la communication et la mobilisation sociale alors qu'elles pourraient non seulement neutraliser cette perception négative, mais aussi générer une vraie demande. Nous signalons depuis un certain temps qu'il s'agit là du terrain le moins stable du Programme (voir « Avertissements non respectés » au verso). Faute d'action suffisante, des failles profondes commencent à apparaître. La perception négative à la fois du Programme et du vaccin dans les principales zones d'endémie constitue aujourd'hui un danger actuel et réel pour l'éradication.

Le vaccin de la poliomyélite à travers les yeux des parents : plus souvent un grief qu'un cadeau

Le Programme de la poliomyélite à travers les yeux des parents : une protection bien accueillie ou un intrus malvenu ?

« Pourquoi autant de doses ? » - les campagnes répétées créent de la suspicion

Le Programme et le vaccin sont tous deux perçus de façon de plus en plus négative

La communication et la mobilisation sociale sont les terrains les moins stables du Programme

Du fait du manque d'emprise sur ces deux facteurs, des failles profondes s'agrandissent encore

Avertissements non respectés : le CSI a, à plusieurs reprises, souligné un déséquilibre majeur dans le Programme qui a aujourd'hui atteint un point critique



Rapport du CSI d'avril 2011

Nous demandons instamment que l'on mette davantage l'accent sur la demande

L'IMEP continue d'accorder davantage d'attention à l'offre de vaccins qu'à la demande des parents... Nous rappelons que les revers les plus marquants qui ont été enregistrés tenaient à des problèmes liés à la demande, non à l'offre.

Rapport du CSI de juin 2011

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

Rapport du CSI de juillet 2012

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

Un léger progrès, mais un important potentiel inexploité

Les événements récents au Nigéria en sont une illustration. Des érudits, connus pour avoir exprimé leur opposition au vaccin antipoliomyélique et non engagés précédemment par le Programme, se sont mis à répandre des messages sur le mal susceptible d'être causé par le vaccin. Ils l'ont décrit comme un complot délibéré pour contrôler la population, capable de provoquer le SIDA, un cancer ou la poliomyélite. Ils ont produit une série de CD qui a largement circulé. Ils se sont exprimés sur les ondes pour développer leur message. Le Programme semble avoir été pris au dépourvu par cela. Après quelques semaines, il a produit son propre CD, mais avec une circulation plus limitée. Les militants anti-vaccin ont conservé une longueur d'avance : ils ont contre-attaqué presque avant même que le CD du Programme ne sorte. Le

Les messages contre la vaccination au Nigéria : plus visibles que le Programme et plus populaires que lui

En bref

Programme estime désormais qu'il a pris le contrôle de cette situation. Mais le mal est fait et le doute commence à s'installer dans la population. Comment cela est-il arrivé ? Pourquoi la population a-t-elle si volontiers adhéré aux mensonges ? Pourquoi a-t-il fallu tant de semaines pour renverser la situation ?

IBref, pourquoi ceux qui cherchaient à nuire au Programme se sont-ils révélés de meilleurs communicants et mobilisateurs sociaux que le Programme lui-même ?

Au moment où ces événements se sont produits, l'équipe de l'UNICEF au Nigéria n'avait ni chef des services de vaccination, ni chef des services de santé. Quand le Comité d'experts s'est réuni en mars 2013 pour apporter ses conseils sur le Programme du pays, aucun de ses membres n'avait d'expertise en matière de communication. Le Programme est confronté à des défis majeurs en termes de communication au Nigéria et ailleurs, et il ne semble pas avoir la capacité à mettre en place une riposte complète.

Quelle est l'étendue de l'opposition à la vaccination dans le nord du Nigéria ? Est-elle profondément ancrée ? Le Programme ne semble pas connaître la réponse ; il avance à l'aveuglette. Il s'agit peut-être d'une faible résistance à l'idée de la vaccination antipoliomyélitique. Mais ce peut être aussi un sentiment beaucoup plus sérieux d'opposition au Programme qui bouillonne sous la surface et est prêt à exploser. Plusieurs sources du CSI, qui sont bien informées, craignent que cette dernière assertion ne soit plus proche de la vérité. Mais il y a peu de données disponibles pour nous le dire vraiment. Le Programme a besoin de savoir dans laquelle de ces deux situations il se trouve.

L'UNICEF est l'agence chargée de diriger le travail de communication et de mobilisation sociale du Programme. Lors de la réunion du CSI, des observateurs extérieurs ont qualifié les équipes de l'UNICEF dédiées à la poliomyélite dans les pays d'endémie et, en particulier celle du siège, de « décimées ». Nous avons entendu parler de plusieurs exemples avec une seule personne essayant de faire le travail de deux ou trois et d'organigrammes pleins de trous, comparables au stade actuel à un gruyère suisse.

L'UNICEF n'est la seule à blâmer. Considérer que la responsabilité de la communication n'incombe qu'à une seule agence est trop simple et bureaucratique. Si les communautés refusent la vaccination, si les parents ne la demandent pas pour protéger leurs enfants et si les vaccinateurs ne sont pas en mesure de répondre de façon satisfaisante aux questions d'une mère ou d'un père sur le vaccin, alors nous sommes confrontés non pas à des problèmes qu'une agence peut résoudre à elle seule, mais à des obstacles fondamentaux à l'éradication qui doivent être abordés par le Programme, c'est-à-dire les pays et les partenaires collectivement. La communication est l'affaire de tous.

Alors que des défis majeurs font leur apparition, des postes clés sont vacants

Établir la véritable étendue de l'opposition à la vaccination doit être une priorité

L'équipe de l'UNICEF dédiée à la poliomyélite qualifiée de « décimée »

La communication doit être une priorité pour tous les partenaires

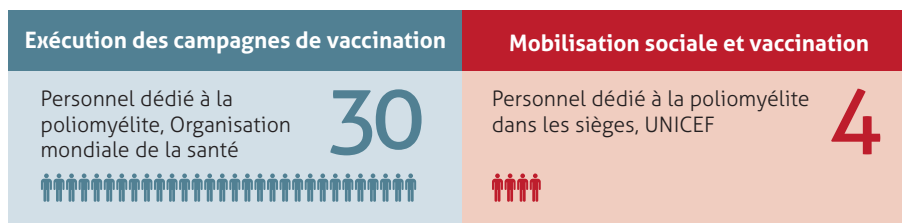
En bref

Dans un domaine aussi important que la communication, le Programme ne peut se permettre de mettre tous ses œufs dans le même panier. Un certain niveau de redondance doit être développé au sein du système, de façon à ce qu'il puisse tenir debout tout entier, si un élément commence à s'affaiblir. Il y a une autre raison pour laquelle le fait de considérer que la communication relève de la responsabilité d'une seule agence traduit un manque de clairvoyance.

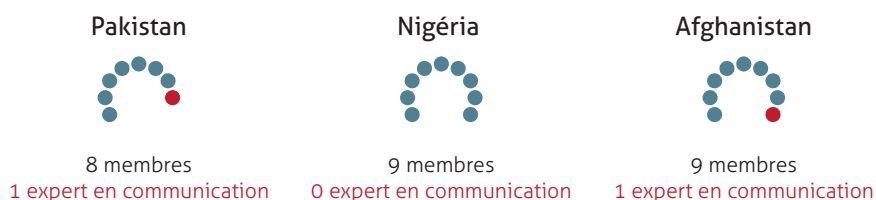
Le Programme reconnaît que ces derniers mois n'ont pas été les plus heureux en matière de communication. Alors qu'il reconstruit sa position, il ne doit pas se contenter de regagner le terrain perdu. Il doit rehausser ses ambitions et corriger une fois pour toutes le manque d'attention porté à la communication et à la mobilisation sociale depuis de nombreuses années.

Presque invariablement lorsqu'une partie quelconque du Programme mondial tient une réunion, indépendamment de sa taille, ceux qui s'attachent à l'offre de vaccins sont bien plus nombreux que ceux qui se préoccupent de la demande. Pourtant, cette situation se traduit par une logique poignante : un manque de communicants et de mobilisateurs sociaux veut dire des enfants manqués par la vaccination. Ce constat se vérifie dans les réunions des groupes consultatifs techniques ; dans celles des sièges ; et dans les Centres d'opérations d'urgence. C'est ce qui fait aussi que l'accent mis sur la demande reste insuffisant. Manifestement, ce n'est pas à l'UNICEF d'arranger cela.

UNE ORIENTATION STRATÉGIQUE ÉQUILIBRÉE ? RESSOURCES HUMAINES DANS LES SIÈGES



DES CONSEILS ÉQUILIBRÉS ? GCT* DANS LES PAYS D'ENDÉMIE



*Groupes consultatifs techniques (GCT) ; ce que l'on appelle le Comité d'experts (ERC) au Nigéria

L'IMEP dans son intégralité doit unir ses efforts pour reconstruire la communication et renforcer les actions à cet égard

Les ambitions doivent être rehaussées : une solide communication peut donner une impulsion majeure

L'apport de la communication dans le Programme est étrié

CHANGER DE CAP : D'UNE APPROCHE RÉACTIVE À UNE APPROCHE PROACTIVE

Riposter aux refus	VS	Susciter la demande de façon proactive
Offrir des « polio-plus » quand les refus deviennent inflexibles	VS	Offrir des « polio-plus » de façon habituelle
En présence de refus, étudier les raisons sous-jacentes	VS	Déceler rapidement le sentiment de la population ; éviter que les doutes ne se transforment en refus
Réagir aux opposants notoires au Programme	VS	Engager des opposants potentiels au Programme avant qu'ils ne commencent à émerger



Parmi ceux qui liront ces commentaires, certains les trouveront durs. Qu'ils se reportent aux deux chapitres principaux du livre sur l'histoire de la poliomyélite. Tout d'abord, rappelez-vous de la résurgence de la poliomyélite au Nigéria et chez ses voisins il y a une dizaine d'années, lorsque des rumeurs largement répandues ont contraint à arrêter la vaccination. Ensuite, adressez-vous à n'importe quelle personne ayant assisté à la fin de la victoire de l'Inde contre la poliomyélite, elle vous dira que ce succès a été étayé par une mobilisation sociale extrêmement forte.

Dans sa mobilisation sociale, le Programme est bien loin d'exceller. Sous de nombreux aspects, son approche de la communication est réactive alors qu'elle devrait être proactive. Il lutte pour venir à bout de problèmes profondément enracinés, mais il est bien loin d'utiliser les parents comme un véritable atout pour soutenir son objectif. Le point crucial, c'est qu'il n'a pas réussi à inverser la réputation négative du vaccin antipoliomyélique dans les communautés où il était considéré comme une menace plutôt que comme un produit qui sauve des vies.

Le changement majeur constaté l'an dernier est une hausse de personnel, ce qui a permis d'établir d'importants réseaux de mobilisation sociale dans chacun des pays d'endémie. Cette approche est appréciée car elle jouera un rôle important. Mais la structure de ces réseaux à l'heure actuelle est lourde aux échelons inférieurs. L'UNICEF ne dispose pas de la capacité stratégique nécessaire pour mieux orienter ses actions visant à engager les parents à soutenir l'éradication de la poliomyélite et le Programme au sens large n'a pas la passion pour le faire. Il n'y a ni les ressources humaines ni la priorité requises pour mieux exploiter les informations granulaires et approfondies que ces réseaux - tels que les personnes directement aux prises avec les communautés locales - peuvent fournir sur les attentes et croyances des parents. La réalisation de ces objectifs exige qu'une surveillance significative et qualifiée soit

L'histoire montre l'importance cruciale de la communication

La communication du Programme doit aller de l'avant - passer d'une approche réactive à une approche proactive

De nombreux mobilisateurs sont actuellement en place - mais combien sont dirigés comme il faut ?

mise en place et que le Programme dans son ensemble comprenne que ce travail revêt une importance vitale.

L'attitude du Programme dans sa communication est trop « à sens unique ». Il cherche à rallier les gens à son point de vue au lieu de se concentrer sur l'écoute et le dialogue. Un vrai dialogue existe ici et là et il est très efficace, mais il n'est pas systématisé. Dans de nombreux lieux, il y a manifestement une différence frappante entre les services que les gens veulent réellement (comme la vaccination contre la rougeole, des services de soins de santé maternels et infantiles, et des services de soins de santé primaires) et ce que le Programme leur offre. Il s'agit d'un problème complexe que le Programme ne peut résoudre à lui seul. Il exige que le Programme apporte une réponse sophistiquée à ce problème et que l'accent soit davantage mis sur l'écoute. Il exige un travail élaboré et souple, avec des équipes de communication locales capables de modifier leur approche pour répondre à leur communauté spécifique. Il exige que les partenaires cherchent plus profondément dans leurs propres agences à renforcer les liens entre le Programme d'éradication de la poliomyélite et de nombreuses autres initiatives qui, pour la plupart, se trouvent à un niveau bien plus élevé sur la liste de priorités des parents. Il exige enfin que la portée du Programme d'éradication de la poliomyélite soit la plus large possible afin de travailler avec l'aide de groupes communautaires bénéficiant d'un niveau de confiance que le Programme n'a pas.

Certes, le Programme a besoin d'une plus grande expertise en matière de communication, mais il doit aussi aller chercher l'expertise qui se trouve déjà au sein des communautés. Si les experts du programme arrivent conjuguer leur propre expertise à celle des communautés, un moyen puissant de développer la confiance sera en place. Ce sont les communautés elles-mêmes qui savent le mieux ce qu'elles veulent, ce dont elles ont besoin et ce qu'elles pensent. Nous sommes surpris de ne pas entendre plus que cela la voix des enfants dans le Programme. Il est difficile d'imaginer un facteur fédérateur plus puissant dans les communautés que des enfants demandant « Qui me protégera contre la poliomyélite ? »

Le propre plan stratégique de l'IMEP indique que « l'expérience au sein de l'IMEP montre que la circulation du poliovirus a peu de chance de survivre dans les communautés entièrement mobilisées, même dans les contextes les plus difficiles. » Le CSI n'aurait pas pu mieux dire. Les responsables du Programme doivent faire de cette rhétorique une réalité. Quand les parents sont engagés, ceci permet de vaincre non seulement les refus, mais aussi les enfants manqués pour quelque raison que ce soit. Même l'accès aux zones dangereuses devient bien plus facile lorsque la population réclame le vaccin. Si le manque de communication actuel n'est pas résolu, il constituera une menace sérieuse pour le Programme. Mais s'il est pris en charge et géré de façon ambitieuse, il a le pouvoir de transformer les choses.

Développer la confiance au sein des communautés suppose un dialogue et non un diktat, de la confiance et non de la persuasion, des liens et non l'isolement.

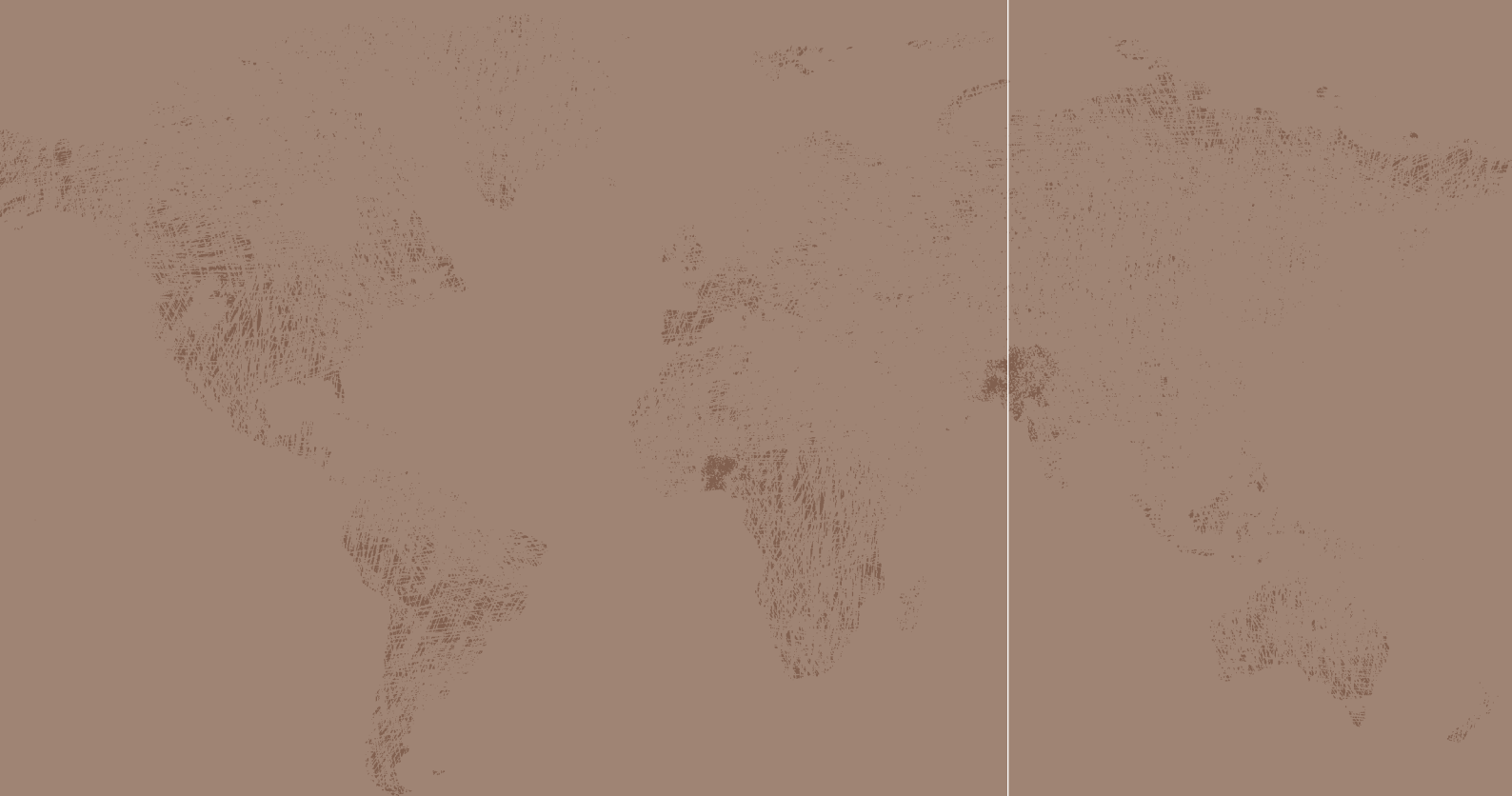
Les communautés sont elles-mêmes expertes

Selon la rhétorique, « la communication est essentielle », mais dans la réalité, « notre priorité est ailleurs »

En bref

NOUS RECOMMANDONS QUE LE PROGRAMME DÉVELOPPE ET METTE EN PLACE DE TOUTE URGENCE UN PLAN POUR REMÉDIER AU MANQUE D'ATTENTION PORTÉ À LA COMMUNICATION ET À LA MOBILISATION SOCIALE QUI A DES CONSÉQUENCES DÉSASTREUSES. CECI DEVRAIT RÉPONDRE À LA NÉCESSITÉ DE RÉHABILITER LA RÉPUTATION DU VACCIN DANS DES LIEUX OÙ IL EST TOMBÉ EN DISCRÉDIT ; DE HISSEUR À UN EXCELLENT NIVEAU DE PERFORMANCE LES RÉSEAUX DE MOBILISATION SOCIALE ; ET DE « METTRE SUR LA TABLE », DANS LES PRINCIPAUX FORUMS STRATÉGIQUES DU PROGRAMME, AINSI QUE DANS LES SIÈGES DES AGENCES PARTENAIRES ET LES GCT/COMITÉS D'EXPERTS, UN DEGRÉ D'EXPERTISE SENSIBLEMENT PLUS ÉLEVÉ EN MATIÈRE DE COMMUNICATION.

**UNE GESTION MONDIALE
RÉCEPTIVE ET COORDONNÉE**



Une gestion mondiale réceptive et coordonnée

Si un programme d'urgence mondial pour la santé, avec plusieurs partenaires et un budget d'un milliard de dollars par an, était élaboré de toutes pièces aujourd'hui, sa structure de gestion ne ressemblerait en rien à celle de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite.

La structure du Programme se caractérise par une pléthore de comités et de groupes de travail. Les mécanismes de coordination sont lourds ; les processus de prise de décision ne sont pas clairs. Les questions stratégiques sont trop facilement perdues de vue. Aucune entité n'a le pouvoir de faire en sorte que le système dans son intégralité réponde de son action.

Certaines sources du CSI aimeraient un remaniement complet des structures de gestion mondiales du Programme pour créer, peut-être, un seul secrétariat unique qui pourrait faire avancer la résolution des problèmes. Il y a de solides arguments en faveur de cette approche. Cependant, le CSI estime que l'intérêt de procéder à un tel changement majeur à ce stade tardif est une question qui doit être jugée par le Conseil de supervision de la lutte contre la poliomyélite.

Le Programme doit au moins reconnaître les défis inhérents à sa structure et se montrer déterminé dans l'identification des moyens de les alléger. Il est important d'être précis sur ce qui ne va pas dans la situation actuelle et requiert, par conséquent, d'être modifié. Nous avons deux inquiétudes particulières décrites ci-dessous.

1. Une coordination difficile et des mécanismes de soutien sous-optimaux empêchent la prise de décision, en particulier sur les questions controversées.

Le Programme a déjà parcouru beaucoup de chemin. Mais sur certains points stratégiques clés, les progrès avancent à une allure d'escargot. Il y a près de deux ans, on pouvait lire dans le rapport du CSI du juillet 2011 :

ON PARLE DE L'UTILISATION SÉLECTIVE D'UNE COMBINAISON DU VPI ET DU VPO. POURQUOI NE PAS L'ENVISAGER SÉRIEUSEMENT ?

« Les partisans de cette approche soulignent la valeur particulière de cette idée dans les zones où l'accès aux enfants est sérieusement limité par les conflits. D'autres sont opposés à cette idée et estiment qu'elle est une source de complexité et de coût supplémentaires inutiles et qu'elle pourrait être dangereuse. Mais nous remarquons qu'elle est simplement dans l'air et non réellement appréhendée. » Rapport du CSI de juin 2011

La structure de gestion de l'IMEP : lourde et alambiquée

Certains aimeraient voir un secrétariat central pour accélérer le rythme des améliorations

Si un changement structurel est perçu comme une approche entraînant trop de perturbations, il convient d'atténuer les aspects négatifs de la structure actuelle

Tout au long de l'année 2012, nous n'avons cessé d'entendre de la grogne à propos de cette question et reçu quelques vagues indications à propos d'un essai devant avoir lieu. Les opinions étaient polarisées. Finalement, lors de notre réunion de mai 2013, nous avons été informés qu'un essai aurait lieu au Pakistan ultérieurement cette année. Bref, nous avons assisté à deux années de discussions qui ont tourné en rond avant que ne soit prise la mesure qui devait suivre et s'avérait évidente.

De la même manière, nous avons été informés au milieu de l'année 2011 de discussions entre les partenaires sur le partage des données. Celui-ci nous semble essentiel. Comment un partenariat peut-il espérer opérer ses données principales sans mettre à la disposition de tous ? Néanmoins, malgré les discussions en cours, les données ne sont toujours pas correctement partagées entre les partenaires. À chaque fois que le partenariat a dû préparer son rapport de situation trimestriel pour le CSI, un membre du personnel du CDC a été contraint de prendre l'avion d'Atlanta à Genève simplement pour accéder à des données absolument essentielles au Programme. Un observateur a décrit cette situation comme « incroyable, mais vraie ».

Deux ans plus tard, il y a finalement des progrès tangibles. Un accord a été signé sur le partage des données. Une plate-forme de données partagées, nous dit-on aujourd'hui, sera opérationnelle en juillet.

Sur ces deux points, à savoir le VPI et le partage de données, la discussion a été caractérisée par un désaccord au sein du partenariat. Les idées innovantes sont souvent une source de désaccord et lorsqu'un désaccord entraîne une paralysie, nous en arrivons à une situation dangereuse. Un programme qui n'est pas capable de résoudre les désaccords est un programme qui stagne et reste dans le statu quo. Quelque chose doit changer dans la façon dont le Programme opère de façon à ce qu'aucun problème important ne s'envenime mois après mois.

2. Les partenaires à l'échelle mondiale n'offrent pas aux pays endémiques l'assistance optimale dont ils ont besoin.

Les sièges mondiaux des agences partenaires ne concentrent pas toujours leur attention sur les besoins quotidiens dans les pays d'endémie afin d'éviter d'être déconnectés des problèmes de la plus grande importance. C'est comme si les partenaires étaient trop tournés sur eux-mêmes au lieu d'être ouverts sur l'extérieur et les pays. Demandent-ils réellement au pays d'une seule et même voix : « Qu'avez-vous besoin de notre part ? Comment pouvons-nous mieux soutenir ce que vous faites ? » Comment peuvent-ils travailler avec les pays en centrant toute leur attention sur l'échelon local, avec une planification qui part de la base et reflète les problèmes dans les endroits où les résultats ne sont toujours pas satisfaisants ?

Les progrès sur la prise de décision relative au VPI et au partage des données, qui avancent à pas de tortue, soulignent l'inadéquation de la structure de gestion de l'IMEP

Les sièges mondiaux ne focalisent pas leur attention sur l'aide aux pays

En bref

L'un des rôles clés des sièges doit être de catalyser la diffusion des meilleures pratiques d'un lieu à un autre. La rapidité avec laquelle le Programme s'acquitte de cette tâche laisse beaucoup à désirer. Est-ce que chacun dans le Programme comprend l'approche complète adoptée en Afghanistan vis-à-vis de l'insécurité et dont il peut tirer des enseignements ? Non. Les partenaires au niveau des sièges devraient se demander quelle en est la raison et ce qu'ils peuvent faire pour surmonter cela avec la rapidité et l'efficacité voulues.

Nous continuons à voir trop d'exemples de postes vacants dans les pays d'endémie. Quand nous posons la question, il nous est répondu que le recrutement est en cours, mais que les postes sont difficiles à pourvoir. Plus grave encore, il nous a été déclaré que « le CSI devrait éviter de s'occuper des questions opérationnelles ». Mais parfois les questions opérationnelles sont des obstacles à l'éradication à l'échelle mondiale et doivent être soulignés. Il s'agit d'un problème crucial. Atteint-il un paroxysme ? Le Conseil de supervision de la lutte contre la poliomyélite contrôle-t-il la liste des postes vacants ? Les sièges ne peuvent-ils rien faire de plus pour placer sur le terrain des personnes aussi nécessaires ?

Surmonter ces problèmes

Le plan stratégique 2013-2018 pour l'éradication et la phase finale, élaboré par le Programme, est complexe. Il exige que celui-ci fasse cinq choses simultanément : mettre fin à la transmission de la poliomyélite ; améliorer les systèmes de vaccination systématique ; introduire le VPI dans 140 pays ; coordonner l'endiguement du virus à l'échelle mondiale ; préparer l'héritage du Programme. Avoir un seul plan avec tous ces objectifs est une bonne chose. Mais le Programme doit gérer très attentivement le risque de perdre de vue son objectif le plus difficile, à savoir mettre fin à la transmission de la poliomyélite. Ceci souligne encore plus l'importance de la nécessité de résoudre les deux problèmes que nous avons décrits précédemment.

Le CSI reconnaît que ces problèmes ne sont pas simples et qu'il n'y a pas de solution miracle. Nous reconnaissons également qu'une réflexion a déjà eu lieu sur ces questions, mais nous constatons un réel besoin de l'intensifier. Dans toute structure organisationnelle, l'encadrement intermédiaire est un lieu idéal pour comprendre certaines préoccupations que la haute direction ne perçoit pas toujours. Les sources du CSI à cet échelon évoquent leur malaise par rapport à la situation actuelle.

Les sièges sont lents à diffuser les meilleures pratiques

Les postes vacants dans les pays d'endémie : un obstacle à l'éradication qui doit être levé

La complexité du nouveau Plan stratégique risque d'aggraver encore ces problèmes

Il convient d'écouter les préoccupations de l'encadrement intermédiaire

LES PROPOS DE L'ENCADREMENT INTERMÉDIAIRE DU PROGRAMME

- « Je passe mes journées à assister à de multiples réunions de groupes de travail entre divers organismes, souvent avec les mêmes personnes. »
- « À qui dois-je m'adresser pour avoir une orientation et une assistance immédiates sur ce problème ? Pourquoi est-ce si difficile de savoir qui est en charge de ce problème particulier ? »
- « Quelle est la valeur réelle apportée à la première ligne par les sièges ? »
- « S'il s'agit d'une urgence mondiale, pourquoi faut-il tant de temps avant qu'une décision ne soit prise ? »

Au cœur de cette question, on trouve une volonté d'avoir des chaînes de décision courtes, de savoir avec clarté qui dirige sur quoi, d'agir rapidement pour riposter aux défis urgents, de voir chaque groupe apporter une vraie valeur et d'avoir davantage le sentiment de ne former qu'« une seule et même équipe ».

Le rôle du Conseil de supervision de la lutte contre la poliomyélite est capital pour résoudre les difficultés décrites ici, qui se trouvent au cœur du travail entre les agences. Ses membres assurent un solide leadership, mais ce leadership n'est aussi visible qu'il pourrait l'être dans le Programme dans son ensemble. Il serait extrêmement utile que le Conseil trouve des moyens de démontrer plus ouvertement son haut niveau d'engagement et de leadership. Il a un rôle important à jouer dans l'élaboration des grandes lignes pour aboutir à un partenariat plus collaboratif, plus orienté vers l'action et plus ouvert sur l'extérieur.

Nous ne recommandons pas une révision totale de la gouvernance, ce qui pourrait trop rapidement devenir incontrôlable. Mais nous faisons trois recommandations pour contribuer à résoudre ces problèmes.

NOUS RECOMMANDONS QUE LE CONSEIL DE SUPERVISION DE LA LUTTE CONTRE LA POLIOMYÉLITE ÉTUDIE ATTENTIVEMENT L'ANALYSE DU CSI SUR LES PROBLÈMES DE GESTION ACTUELS RENCONTRÉS PAR LE PROGRAMME ET ARRÊTE UNE VOIE À SUIVRE EN GARDANT À L'ESPRIT LA NÉCESSITÉ DE MAINTENIR LES PRIORITÉS ACTUELLES. POUR INFORMER LES DÉBATS DU CONSEIL, NOUS RECOMMANDONS QUE LES SIÈGES DES PARTENAIRES ENVISAGENT LES DEUX QUESTIONS SUIVANTES AU COURS D'UNE BRÈVE SÉRIE DE RÉUNIONS CIBLÉES :

- COMMENT POUVONS-NOUS TRAVAILLER DE CONCERT D'UNE FAÇON PLUS ORDONNÉE ET EFFICACE QUI PERMETTRAIT À L'ACTION DE PROGRESSER À LA VITESSE EXIGÉE DANS LE CADRE D'UNE URGENGE PROGRAMMATIQUE ?
- COMMENT POUVONS-NOUS CONCENTRER DAVANTAGE NOTRE ATTENTION SUR CE

Le Conseil de supervision de la lutte contre la poliomyélite a un rôle essentiel à jouer en matière de leadership

QUE LES PAYS D'ENDÉMIE ATTENDENT DE NOUS EN TANT QUE GROUPE ET COMMENT MIEUX COORDONNER NOS EFFORTS POUR Y PARVENIR, Y COMPRIS SUR LES QUESTIONS CONTROVERSÉES ?

NOUS RECOMMANDONS QUE LE CONSEIL DE SUPERVISION DE LA LUTTE CONTRE LA POLIOMYÉLITE ÉCOUTE LES POINTS DE VUE SPONTANÉS PROVENANT DIRECTEMENT DES REPRÉSENTANTS DES GOUVERNEMENTS ET DES AGENCES QUI SE TROUVENT DANS LES PAYS À PROPOS DE L'AIDE QU'ILS ATTENDENT DES PARTENAIRES AU NIVEAU DES SIÈGES.

NOUS RECOMMANDONS QUE LE CONSEIL DE SUPERVISION DE LA LUTTE CONTRE LA POLIOMYÉLITE ÉLABORE UN MÉCANISME POUR CONTRÔLER PLUS FRÉQUEMMENT LES PRINCIPALES INFORMATIONS SUR LA GESTION, Y COMPRIS LES DONNÉES SUR LES POSTES VACANTS ET LA PROCÉDURE DE RECRUTEMENT, ET QU'IL PUBLIE UN COMPTE RENDU DE SES RÉUNIONS.

**SORTIR DE L'IMPASSE SUR UN
PROBLÈME LIÉ À LA POLITIQUE
DU PROGRAMME : LE VPI DANS
LES PAYS D'ENDÉMIE**



Sortir de l'impasse sur un problème lié à la politique du Programme : le VPI dans les pays d'endémie

L'idée de mettre fin à la transmission de la poliomyélite en utilisant le VPI en plus du VPO fait l'objet de discussions depuis longtemps. Le vaccin est le principal outil technique du Programme. Les modifications précédentes du vaccin ont accéléré les progrès : l'événement le plus récent est l'introduction du vaccin antipoliomyélitique oral bivalent (VPOb) en Inde qui a joué un rôle capital dans le succès obtenu par la suite par ce pays.

Le plan du Programme pour la phase finale exige l'introduction du VPI dans les systèmes de vaccination de 140 pays (qui utilisent actuellement le vaccin oral). Parmi ces 140 pays, figurent l'Afghanistan, le Pakistan et le Nigéria, qui présentent une importance capitale pour l'éradication de la poliomyélite. Le plan prévoit le remplacement du vaccin dans ces 140 pays en 2015, un objectif très ambitieux.

Si tout se passe bien, les pays d'endémie auront mis fin à la transmission de la poliomyélite d'ici là. L'objectif principal de l'introduction du VPI est d'atténuer le risque de flambées du virus de type 2 dérivé d'une souche vaccinale lorsque le VPOt sera retiré de la circulation, comme l'exige le plan stratégique pour la phase finale. Cependant, dans les pays d'endémie, le VPI pourrait avoir un bénéfice majeur supplémentaire. Si l'un de ces pays n'a pas interrompu la transmission du poliovirus sauvage lors de l'introduction du VPI, ce dernier pourrait bien l'aider à y parvenir.

La question est donc la suivante : étant donné que le VPI devra être introduit dans les prochaines années et que cette initiative pourrait contribuer à faire cesser la transmission du virus, pourquoi ne pas l'introduire maintenant dans les trois pays d'endémie ?

Il s'agit d'une idée très séduisante, cependant le problème n'est pas simple.

Certains soutiennent que l'introduction du VPI aurait peu d'effet dans les zones endémiques restantes. Elle se passerait mieux si elle se faisait dans le cadre du système de vaccination national existant et non parallèlement à celui-ci. L'administration du VPI exige un système de vaccination qui fonctionne et, dans certains lieux, ces systèmes tendent à être faibles. D'autres avancent que l'introduction du VPI diluerait l'attention des pays sur les campagnes réalisées avec le VPO.

Cependant, ces deux arguments sont atténués par les plans existants du Programme qui visent à soutenir le renforcement des systèmes de vaccination, en particulier dans les zones d'endémie.

Les nouveaux vaccins ont transformé le Programme

Le VPI doit être introduit dans 140 pays en 2015

Les pays d'endémie pourraient-ils retirer un bénéfice d'une introduction plus précoce ?

Beaucoup y sont favorables et beaucoup ne le sont pas : cette divergence doit être réglée une fois pour toutes

On ne sait pas comment la population réagirait au VPI. Mais c'est aussi un facteur important. Certains craignent que cette introduction ne conduise à un plus grand refus du VPO, car les gens s'interrogent sur l'efficacité du VPO et se demandent pourquoi il est toujours nécessaire. D'autres estiment que si le VPI doit être introduit dans un pays il doit l'être dans le pays tout entier ou pas du tout, parce que le fait de le confiner à certaines zones créerait un défi énorme en termes de communication. D'autres encore répliquent que le défi n'est pas si élevé et que l'on peut aider les gens à comprendre que le VPI présente plus d'utilité là où la poliomyélite circule encore activement.

D'après certains, le VPI exigerait de reformer en masse les vaccinateurs. Le recours au VPI dans les campagnes de maison en maison est, effectivement, une possibilité, mais ce ne doit pas être nécessairement l'approche à adopter. Le plan vise à introduire le VPI dans les systèmes de vaccination existants qui utilisent déjà des vaccins injectables ; les partisans du VPI posent simplement la question suivante : pourquoi ne pas le faire plus tôt dans les pays d'endémie ?

Certains se montrent déjà vraiment très positifs sur l'intérêt du VPI. Dans les pays d'endémie restants, la formulation injectable est souvent beaucoup plus appréciée que les préparations orales. La population pourrait accueillir favorablement le vaccin injectable, ce qui entraînerait des niveaux de couverture plus élevés.

Il est absolument impossible de démêler ces questions par de simples discussions. Qui peut savoir, dans l'abstrait, si les avantages l'emportent sur les inconvénients ? Le Programme est tombé dans le piège de la discussion sur cette question depuis trop longtemps maintenant, sans avoir suffisamment d'informations pour aboutir à une conclusion. Manifestement, la prochaine étape doit donc être de rassembler des informations.

Il est consternant de voir que le Programme s'enlise dans la discussion sur ce point depuis deux ans maintenant. Néanmoins, un essai sur le VPI est enfin prévu au Pakistan ultérieurement cette année. Il est absolument crucial que cet essai fournisse toutes les informations nécessaires pour prendre les décisions majeures suivantes : les pays d'endémie doivent-ils introduire le VPI dès que possible ou attendre 2015 ? S'ils l'introduisent bientôt, doivent-ils le faire à l'échelle nationale ou se cantonner aux zones où la transmission se poursuit ? Et comment expliquer cela au mieux à la population ?

Ceci exige des essais portant sur de multiples aspects et analysant non seulement les questions immunologiques, mais aussi les aspects opérationnels et la communication qui sont également des points très importants. Le Programme ne peut se contenter de terminer l'année en concluant que « de plus amples études sont indispensables ». S'il le fait, l'incertitude persistera jusqu'en 2015 et il aura perdu une opportunité

Les discussions qui tournent en rond ont toujours empêché le progrès

Les aspects techniques, opérationnels et liés à la communication doivent être compris

En bref

potentielle. Le Programme doit tirer des enseignements du VPOb. Cette idée a été débattue pendant de nombreuses années avant d'être mise réellement en pratique. Et quand elle a été appliquée, elle a catalysé les progrès.

Avec le VPI, les pays d'endémie peuvent (ou non) avoir un outil de transformation au bout des doigts. Le fait pour le Programme de ne pas analyser correctement et rapidement cette possibilité serait regrettable, car cela risque d'aboutir à augmenter le nombre de vies perdues inutilement. Il convient de répondre à ces questions et cela rapidement.

NOUS RECOMMANDONS QUE LE PROGRAMME SOIT CAPABLE DE RÉPONDRE D'ICI À FIN 2013 AUX QUESTIONS CI-DESSOUS DE FAÇON DÉCISIVE, EN PROCÉDANT AUX ESSAIS NÉCESSAIRES. « LES PAYS D'ENDÉMIE DOIVENT-ILS INTRODUIRE LE VPI DÈS QUE POSSIBLE OU ATTENDRE 2015 ? S'ILS L'INTRODUISENT MAINTENANT, DOIVENT-ILS LE FAIRE À L'ÉCHELLE NATIONALE OU SE CANTONNER AUX ZONES OÙ LA TRANSMISSION SE POURSUIT ? ET COMMENT EXPLIQUER CELA AU MIEUX À LA POPULATION ? »

L'heure n'est plus aux tergiversations : l'essai à venir au Pakistan doit permettre de répondre à toutes les questions



Dix transformations

L'analyse des six précédents rapports du CSI est un exercice très révélateur.

Il est plaisant de constater les progrès accomplis par le Programme depuis deux et demi, ainsi que le degré de réceptivité accordé à certaines des recommandations du CSI.

Mais, ce qui frappe encore plus, c'est la majorité écrasante des observations antérieures du CSI qui sont toujours parfaitement d'actualité aujourd'hui.

En voici un aperçu.

- Dans notre rapport d'avril 2011, nous faisons remarquer qu'« il est possible de réaliser des gains d'efficacité et de créer la demande en optimisant les synergies avec la fourniture d'autres services de base aux mêmes groupes de population ». Bien que ce « couplage » ait été réalisé de façon sporadique dans le Programme depuis lors, ces efforts sont loin d'être uniformes et largement répandus.
- En juillet 2011, le CSI faisait observer : « Il existe des synergies claires entre les objectifs de l'Alliance GAVI et celui de l'IMEP ». Au cours de ces derniers mois, l'IMEP et l'alliance GAVI se sont engagées dans des relations de travail étroites, mais pour réaliser l'intégralité de leur potentiel, celles-ci devront être alimentées activement au cours des prochains mois et des prochaines années.
- Enfin, en octobre 2011, le CSI faisait remarquer que « ce n'est pas l'engagement ou la défense de la cause à un haut niveau qui fait défaut. Le problème est d'aligner sur cette volonté les actions de l'État et des autorités locales... les chefs traditionnels doivent être impliqués ». L'engagement des autorités locales fait encore défaut dans les nombreux districts qui restent affectés par la poliomyélite.

Les précédents rapports du CSI contiennent encore des messages importants pour le Programme aujourd'hui. Chacun de nos nouveaux rapports ne remplace pas nos précédentes publications. Il s'agit plutôt d'un ajout à un recueil d'observations et de recommandations qui ne cesse de s'agrandir.

Dans notre cinquième rapport (juin 2012), nous avons examiné les progrès accomplis par le Programme à la lumière de toutes les recommandations précédentes et avons défini « dix transformations » à réaliser par l'IMEP pour réussir à éradiquer la poliomyélite. Dans les deux pages suivantes, nous examinons dans quelle mesure ces transformations ont eu lieu et, ce faisant, nous révélons les points qui exigent une plus grande attention.

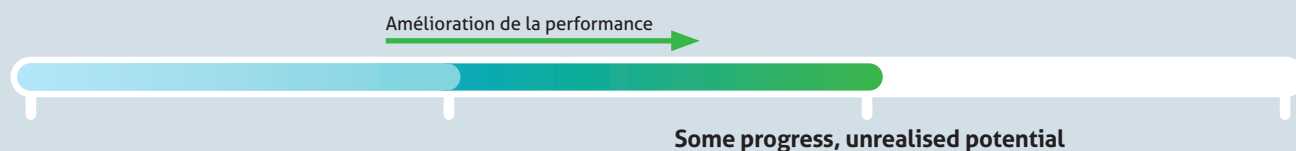
Transformation n° 1 : les responsables du Programme au plus haut niveau doivent lui donner une vraie priorité opérationnelle

La participation au Conseil de supervision de la lutte contre la poliomyélite est parfois déléguée aux adjoints. Au sein des agences des Nations Unies, la collaboration entre les équipes chargées de la poliomyélite et d'autres est encore faible. Des postes essentiels restent souvent vacants pendant de longues périodes de temps. Le CSI a été fortement impressionné par la présence des trois chefs d'État à l'événement sur l'éradication de la poliomyélite ayant eu lieu à l'Assemblée générale des Nations Unies. Nous les incitons à continuer à prêter personnellement une attention très suivie au Programme.



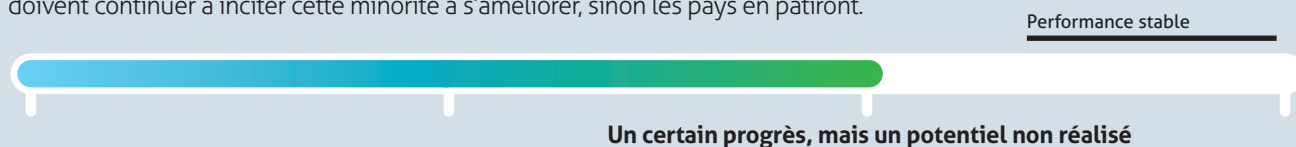
Transformation n° 2 : collaboration et coordination étroites entre les partenaires

La collaboration entre les principaux partenaires s'est améliorée, mais il reste encore du travail à faire si l'on veut que tous aient le sentiment d'être entendus. L'engagement de l'alliance GAVI dans le partenariat est de bon augure, mais n'ôte pas la nécessité de travailler directement avec d'autres partenaires s'occupant de la vaccination. Dans les pays, les salles de contrôle de la poliomyélite et les centres d'opérations d'urgence ont un effet positif. Nous souhaitons ardemment l'engagement et l'implication de l'éventail le plus large de partenaires, y compris les chefs religieux et traditionnels.



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

Fort de 504 diplômés, le programme de formation à la gestion dirigé par l'OMS est l'une des grandes réussites de ces douze derniers mois. Dans les pays d'endémie, nombreux sont les signes qui montrent que les autorités locales imposent à leurs équipes de rendre compte de leurs résultats. Cependant, dans chaque pays, un petit nombre non négligeable de responsables locaux portent personnellement peu d'attention à la réussite du Programme. Les chefs d'État et responsables nationaux doivent continuer à inciter cette minorité à s'améliorer, sinon les pays en pâtiront.



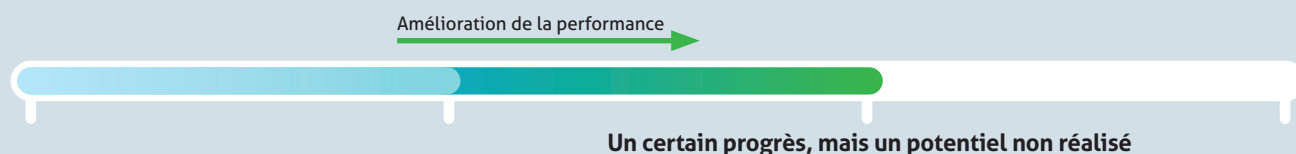
Transformation n° 4 : un personnel d'assistance technique suffisant dans les pays

L'augmentation de l'assistance technique par les partenaires dans les pays d'endémie a été impressionnante. L'OMS rien qu'à elle seule a fourni un effectif de 3 220 personnes en renfort. L'UNICEF a renforcé sa présence sur le plan de la mobilisation sociale dans les zones à haut risque à une vitesse spectaculaire en partant d'un niveau très bas. Cependant, au Nigéria et en Afghanistan, plus d'un quart des zones à haut risque ne disposent pas de ce soutien essentiel. Et plus inquiétants encore sont les vides majeurs dans les postes à pourvoir du Programme au niveau national, spécialement à l'UNICEF, qui continueront à avoir un effet négatif sur la coordination des rares effectifs.



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

Les salaires des vaccinateurs ont augmenté dans les trois pays d'endémie. Les versements directs sur leurs comptes bancaires ont amélioré les délais avec lesquels les fonds leur sont versés. Les éloges du public envers les « héros de la lutte contre la poliomyélite » sont plus visibles. Cependant, le CSI entend encore parler de rapports sur des vaccinateurs non motivés, incapables de répondre aux questions de base posées par les parents. Des efforts continus sont nécessaires pour assurer que les vaccinateurs se sentent en sécurité dans les zones dangereuses ou de conflits.



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

Les « tableaux de bord » au niveau des districts contiennent des décisions qui informent sur la qualité de la préparation des campagnes. Cependant, les données sur la communication restent toujours largement séparées des mises à jour épidémiologiques régulières. La connaissance sur le mélange des points de vue spécifique à chaque communauté est loin d'être complète. La plate-forme standard de données mondiales « POLIS » tant annoncée s'apparentera davantage à un archivage de données historiques qu'à un outil d'accélération de l'éradication, si elle n'est pas bientôt lancée.

Amélioration de la performance →



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

Le Sommet sur les vaccins qui s'est déroulé à Abou Dhabi a été une grande réussite. L'engagement impressionnant auprès des chefs islamiques, que le directeur régional de l'OMS pour la région de la Méditerranée orientale a mis toute son énergie à faciliter, doit être félicité. Le sentiment qui demeure, cependant, est que ce mouvement mondial n'a pas atteint un point critique. Sa visibilité au sein du public à l'échelle internationale se trouve loin derrière celle d'initiatives mondiales pour la santé telle que les actions pour le SIDA ou la malaria.

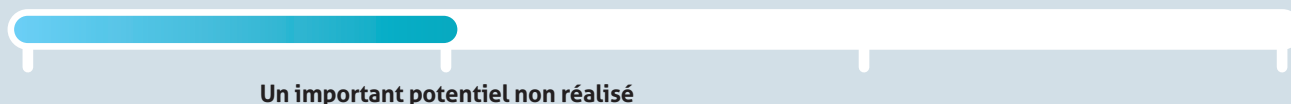
Amélioration de la performance →



Transformation n° 8 : une culture de l'innovation florissante

L'innovation est loin d'avoir un rythme effréné. La cadence à laquelle les approches innovantes sont évaluées et déployées à large échelle est lente. Les équipes de vaccination permanentes sont toujours qualifiées d'« innovation » en Afghanistan alors qu'elles devraient faire partie des meilleures pratiques établies. Un calendrier pour leur introduction éventuelle au Nigéria vient seulement d'être dressé. Il faut un temps considérable avant que des approches comme celle des tranches d'âge élargies ne soient envisagées et leur application est retardée par la bureaucratie étouffante de l'IMEP. La technologie SIG a montré qu'elle présentait un intérêt, mais elle est trop souvent utilisée comme paravent pour masquer les insuffisances sur d'autres innovations potentielles.

Performance stable



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

Chaque pays d'endémie a des points forts dont les autres pourraient tirer des enseignements, mais les mécanismes pour y arriver sont sous-optimaux. L'IMEP a développé un cadre pour opérer dans les zones dangereuses, qui comprend une série de « mesures d'urgence extraordinaires » si la transmission se poursuit au-delà de 2014. Le CSI souhaite voir une accélération du travail sur ces mesures en vue de les introduire en urgence dès que possible.

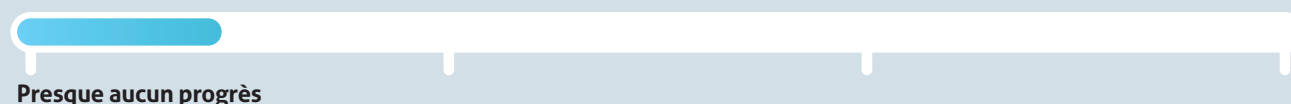
Performance stable



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

Un résultat très décevant. L'acceptation et non la demande, telle est l'ambition du Programme. Une ambition limitée qu'il ne réussit à pas réaliser. Un grand nombre de parents n'arrivent pas à comprendre la nécessité de l'administration de plusieurs doses et ont du mal à obtenir des réponses à ces questions fondamentales. Il y a quelques bons exemples d'association du vaccin à d'autres services, mais ils constituent plutôt l'exception que la norme.

Stagnation



Presque aucun progrès

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS



Conclusions et recommandations

Tous ceux qui travaillent en faveur de l'éradication de la poliomyélite peuvent être fiers de ce qu'ils ont réalisé au cours des deux dernières années. Les perspectives sur l'arrêt de la transmission de la poliomyélite dans le monde ont été transformées grâce au travail qu'ils ont réalisé. Leur détermination à améliorer le Programme de tant de manières différentes est extrêmement impressionnante.

Mais comme le rapport l'établit clairement, le virus ne pardonne pas et un travail encore beaucoup plus important s'avère nécessaire. Le système d'éradication de la poliomyélite est complexe et sa force se mesure seulement à son point le plus faible. Nous avons prêté une attention particulière aux principaux points faibles au sein du système tel qu'il est et il convient maintenant de les résoudre. Notre critique ne doit pas faire perdre courage, mais doit permettre de reconnaître la nécessité de poursuivre la trajectoire d'amélioration programmatique parcourue depuis ces deux dernières années.

Si tel est le cas et si les fonds nécessaires sont obtenus, le CSI estime que la transmission de la poliomyélite dans le monde peut être stoppée d'ici à fin 2014.

Comme nous l'avons décrit dans ce rapport, nous faisons huit recommandations.

1. Nous recommandons que le Programme développe et mette en place de toute urgence un plan pour remédier au manque d'attention porté à la communication et à la mobilisation sociale qui a des conséquences désastreuses. Ceci devrait répondre à la nécessité de réhabiliter la réputation du vaccin dans des lieux où il est tombé en discrédit ; de hisser à un excellent niveau de performance les réseaux de mobilisation sociale ; et de « mettre sur la table », dans les principaux forums stratégiques du Programme, ainsi que dans les sièges des agences partenaires et les GCT/Comités d'experts, un degré d'expertise substantiellement plus élevé en matière de communication.
2. Nous recommandons que le Programme soit capable de répondre d'ici à fin 2013 aux questions ci-dessous de façon décisive, en procédant aux essais nécessaires. « Les pays d'endémie doivent-ils introduire le VPI dès que possible ou attendre 2015 ? S'ils l'introduisent maintenant, doivent-ils le faire à l'échelle nationale ou se cantonner aux zones où la transmission se poursuit ? Et comment expliquer cela au mieux à la population ? »
3. Nous recommandons que le Conseil de supervision de la lutte contre la poliomyélite étudie attentivement l'analyse du CSI sur les problèmes de gestion actuels rencontrés par le Programme et arrête une voie à suivre en gardant à l'esprit la nécessité de maintenir les priorités actuelles. Pour informer les débats du Conseil, nous recommandons que les sièges des partenaires envisagent les deux questions suivantes au cours d'une brève série de réunions ciblées :

- Comment pouvons-nous travailler de concert d'une façon plus ordonnée et efficace qui permettrait à l'action de progresser à la vitesse exigée dans le cadre d'une urgence programmatique ?
 - Comment pouvons-nous concentrer davantage notre attention sur ce que les pays d'endémie attendent de nous en tant que groupe et comment mieux coordonner nos efforts pour y parvenir, y compris sur les questions controversées ?
4. Nous recommandons que le Conseil de supervision de la lutte contre la poliomyélite écoute les points de vue spontanés provenant directement des représentants à la fois des gouvernements et des agences qui se trouvent dans les pays, à propos de l'aide qu'ils attendent des partenaires au niveau des sièges.
 5. Nous recommandons que le Conseil de supervision de la lutte contre la poliomyélite élabore un mécanisme pour contrôler plus fréquemment les principales informations sur la gestion, y compris les données sur les postes vacants et la procédure de recrutement, et qu'il publie un compte rendu de ses réunions.
 6. Nous recommandons que le nouveau gouvernement pakistanais cherche à maintenir la cellule de surveillance du Premier Ministre et d'autres structures qui ont assuré une telle réussite aux actions d'éradication de la poliomyélite pendant la période du gouvernement précédent.
 7. Nous recommandons au Nigéria de finaliser en urgence un plan opérationnel plus détaillé pour résoudre les problèmes de sécurité auquel il est confronté, en s'appuyant sur l'expérience de l'Afghanistan et du Pakistan.
 8. Nous recommandons que les cas compatibles soient rapportés régulièrement dans les bulletins, rapports et présentations du Programme, en plus du nombre de cas confirmés. Nous recommandons également de prêter une plus grande attention à la réduction du nombre de cas compatibles par une meilleure surveillance et par la mise à la disposition des comités d'experts des ressources qui leur sont nécessaires pour leur permettre de poser un diagnostic exact lorsque de tels cas se produisent.

