

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

Rapport

Avril 2011

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

Avril 2011

C'est pour nous un honneur d'être membres de ce Comité, constitué à la demande de l'Assemblée mondiale de la Santé pour suivre les progrès accomplis dans la mise en œuvre du plan stratégique 2010-2012 de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite et orienter les travaux. Le plan stratégique a pour objectif d'interrompre la transmission de la poliomyélite à l'échelle mondiale pour la fin de 2012, et donc de débarrasser définitivement le monde de cette maladie.

En tant que Comité, nous reconnaissons le profond engagement des institutions et organismes qui sont au centre de ce travail – les gouvernements, l'OMS, l'UNICEF, le Rotary, les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis, et la Fondation Bill & Melinda Gates. Nous sommes conscients des apports essentiels et substantiels, d'ordre financier et autre, faits par chacun des partenaires du programme. Notre rôle est d'exprimer un point de vue clair et objectif qui soit indépendant de celui de l'un ou l'autre de ces partenaires ou d'autres parties.

Chacun de nous siège au Comité à titre personnel. Nous sommes heureux de présenter notre premier rapport complet, qui fait suite à notre deuxième réunion, accueillie par l'Organisation mondiale de la Santé à Genève les 31 mars et 1er avril 2011. Nous continuerons de nous réunir tous les trois mois et présenterons un rapport après chaque réunion.

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

Dr Nasr El Sayed*
Ministre délégué à la Santé, Égypte

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

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

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

Dr Mushtaque Chowdhury*
Directeur associé, Fondation Rockefeller

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

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

Dr Arvind Singhal
Samuel Shirley and Edna Holt Marston Endowed Professor of Communication, University of Texas, El Paso

* Le Dr El Sayed et le Dr Chowdhury n'ont pas pu participer à la réunion, mais ils s'associent au présent rapport.

Table des matières

Introduction	4
Évaluation à l'échelle mondiale et grandes étapes	7
Facteurs clés de succès	12
Évaluations par pays	19

L'histoire de la lutte pour l'éradication de la poliomyélite est celle d'un incroyable triomphe, teinté d'amertume face à la difficulté de mener la tâche à son terme. Lancée en 1988, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP) visait à éradiquer la poliomyélite dans le monde pour la fin de 2000. Les succès remportés sur cette période de 12 ans ont été abondamment décrits. Il ne faudrait pas oublier qu'ils sont énormes :

- La poliomyélite a été éradiquée dans trois des six Régions du monde.
- En 1988, la maladie causait la paralysie d'un millier d'enfants chaque jour. En 2000, ce chiffre était tombé à moins de 10.
- En 1988, la poliomyélite était endémique dans 125 pays. En 2000, elle ne l'était plus que dans 20 pays.

Ces avancées ont été spectaculaires, mais les progrès ont été moins marqués par la suite. On n'a pas réussi jusqu'ici à ramener l'incidence du poliovirus à zéro (Figure 1). Ce n'est pas faute d'avoir essayé. Les efforts déployés, et les dépenses consenties, au cours des 10 dernières années ont été considérables.

Aujourd'hui, l'incidence annuelle de la poliomyélite ne représente plus que 1 % de ce qu'elle était en 1988. Mais ce dernier 1 % décisif résiste de façon tenace.

Vaincre le dernier 1 %

Une question cruciale se pose. Pour venir à bout du 1 % restant, faut-il persévérer dans la même direction, avec les mêmes interventions, mais en faisant mieux, ou convient-il d'adopter une approche radicalement différente ?

Faire mieux

Les zones encore infectées sont forcément celles où l'éradication est la plus ardue. Cela fait de nombreuses années que les zones où il était le plus facile d'intervenir ont été débarrassées de la poliomyélite. La difficulté augmente aussi à mesure que le nombre de cas diminue. Lorsque les cas se comptent par centaines, il y a peu de risques de passer à côté, même avec un dispositif de surveillance rudimentaire. Dans une zone où il n'y en a que deux, seul un système de surveillance extrêmement sensible permettra de les détecter. Le virus lui-même ajoute à la complexité du problème. Sur 200 enfants infectés par le poliovirus de type 1, 199 échappent au système de surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA) (Figure 2). Il est donc indispensable d'appliquer avec la plus extrême rigueur les solutions éprouvées. Le poliovirus ne laisse aucune place à l'erreur, eu égard en particulier à sa géographie actuelle. Nous exigerons l'excellence car elle seule permettra d'en finir complètement avec la poliomyélite.

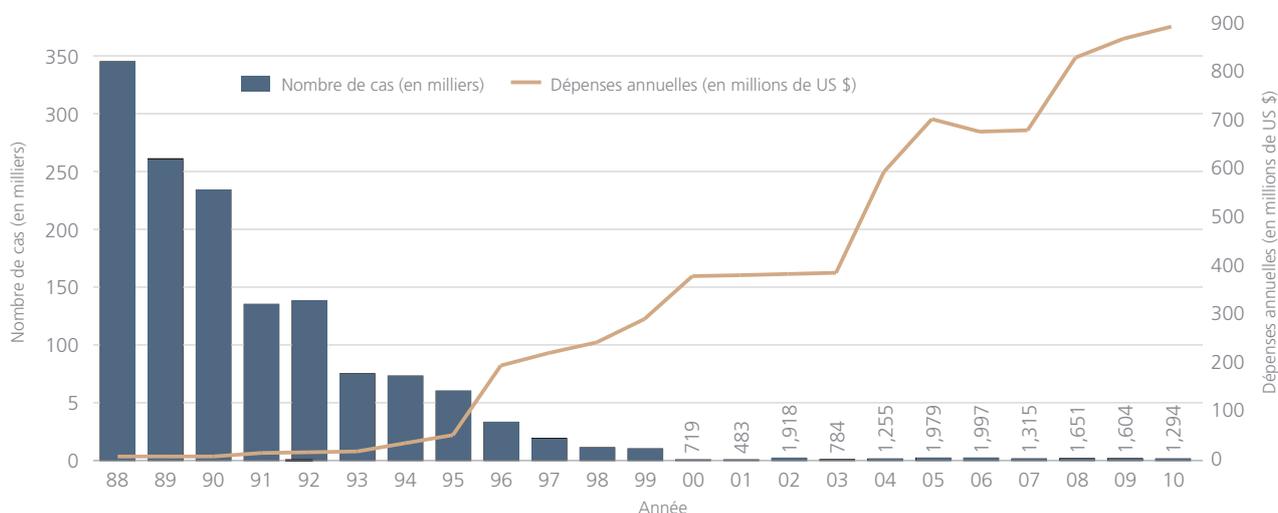


Figure 1. L'Initiative a permis de réduire le nombre de cas de poliomyélite de plus de 99 %, mais les progrès stagnent depuis 2000

Et différemment

Il ne suffit pas de mettre en œuvre plus efficacement les mêmes stratégies pour résoudre le problème. Si tel était le cas, l'éradication serait achevée depuis 5 ou 10 ans. On observe des différences fondamentales entre les zones où l'effort d'éradication a jusqu'ici échoué et celles où il a abouti. La conception de la santé et l'expérience des soins de santé y diffèrent. Les premières connaissent des situations de conflit, qui empêchent d'y avoir accès. Leurs migrants jouent un rôle important dans la propagation de la maladie à l'intérieur des frontières nationales et d'un pays à l'autre, mais ils figurent parmi les catégories de population les plus difficiles à toucher pour les vacciner. Lorsque des journées de vaccination sont organisées, ils risquent fort d'y échapper parce qu'ils sont en train de se déplacer ou qu'ils vivent dans des endroits ne figurant pas sur les cartes. Le plan stratégique 2010-2012 tient compte de bon nombre de ces difficultés. L'IMEP en a tiré d'importantes leçons. Mais nous serons très attentifs à vérifier que ces enseignements sont véritablement intégrés dans l'ensemble du processus. Chacun des éléments de celui-ci doit refléter la nécessité d'apprendre et de comprendre que les approches, conceptions et hypothèses qui se sont révélées si efficaces pour éradiquer la poliomyélite à 99 % échoueront à venir à bout du 1 % restant.

Agir d'urgence

Il est plus qu'urgent que le Comité agisse, tout comme l'IMEP. Sur la période de trois ans couverte par le plan stratégique, 15 mois se sont déjà écoulés. Cette urgence d'agir doit transparaître dans les efforts de tous.

Le Comité de suivi indépendant

Le Comité de suivi indépendant a pour mission de suivre et d'orienter les travaux du plan stratégique 2010-2012. Nous nous sommes réunis deux fois et le présent document est notre premier rapport complet. Au cours de nos deux réunions (décembre 2010 et mars 2011), nous avons reçu des données et des informations de la part de l'OMS, de l'UNICEF et des Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis (CDC), et nous les avons examinées. Nous nous sommes aussi entretenus avec des représentants des ministères de la santé des pays où il nous paraissait le plus important, d'un point de vue stratégique, de réaliser des progrès et/ou dont nous jugions la situation la plus préoccupante. En décembre, nous avons eu des entretiens avec des représentants de la République démocratique du Congo, de l'Angola et du Pakistan. En mars, nous avons fait un nouveau point de la situation avec chacun d'eux, et nous avons également rencontré des représentants du Tchad, du Nigéria et de l'Inde.

Dans le présent rapport, nous allons :

1. évaluer les progrès réalisés par rapport à chacune des grandes étapes prévues par le plan stratégique ;
2. indiquer quels sont à notre avis les facteurs clés de succès de la lutte pour l'éradication mondiale de la poliomyélite et faire le point de la situation pour chacun d'eux ;
3. analyser les progrès accomplis par chacun des pays dont nous avons rencontré des représentants, et notamment évaluer le contenu et la mise en œuvre des programmes d'action corrective qu'ils ont élaborés lorsque la situation l'imposait.

Nous formulons également des recommandations tout au long du rapport.

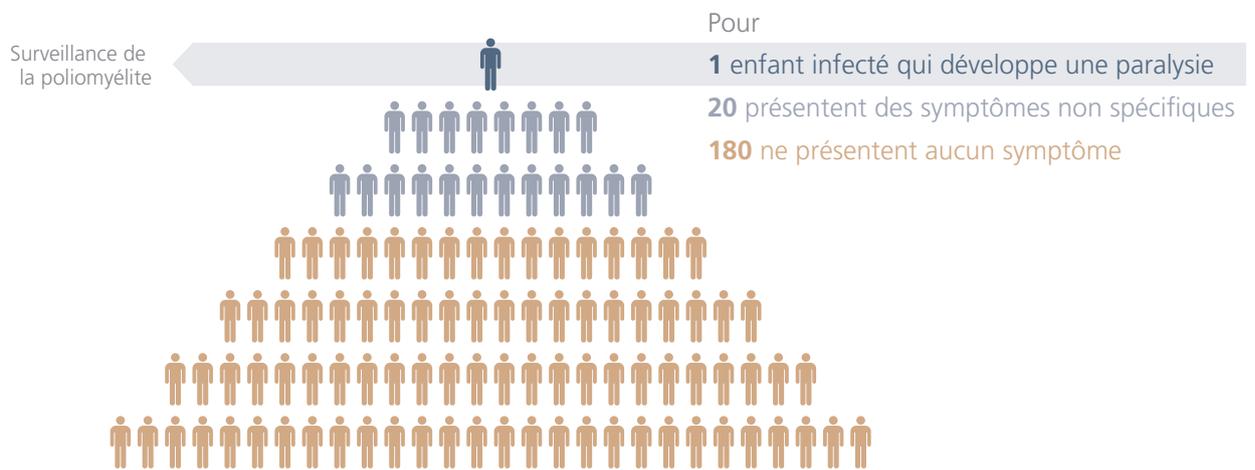


Figure 2. Le problème des manifestations cliniques de la poliomyélite accroît considérablement la difficulté d'éradiquer la maladie

Évaluation à l'échelle mondiale et grandes étapes

Jusqu'à présent, l'IMEP a accordé une attention particulière aux pays où l'infection est endémique. Le nombre de ces pays s'est fortement réduit depuis 2000. Toutefois, le nombre total de pays enregistrant des cas d'infection active n'a guère diminué (Figure 3). Nous nous réjouissons que le plan stratégique 2010-2012 fasse une place plus importante aux pays non endémiques.

Pour notre évaluation, nous distinguons cinq groupes de pays :

- pays d'endémie enregistrant des progrès – Inde, Nigéria et Afghanistan ;
- pays d'endémie où le nombre de cas a augmenté en 2010 – Pakistan ;
- pays où la transmission persiste par suite d'une réimportation du poliovirus ;
- pays enregistrant des flambées ;
- reste du monde – où il faut éviter de réimporter le poliovirus.

Nous évaluons les progrès accomplis par rapport à chacune des grandes étapes prévues dans le plan stratégique 2010-2012 en indiquant pour chacune si nous considérons que sa réalisation est « en bonne voie », qu'elle est « menacée » ou que l'objectif a été « manqué ». Si l'échéance fixée pour une étape est dépassée, nous indiquons simplement si nous pensons que l'objectif d'étape a été atteint ou non. Si l'échéance n'est pas arrivée, un examen plus attentif s'impose. Nous nous fondons sur les indicateurs de

processus et les évaluations des risques de l'IMEP, sur nos entretiens avec les partenaires et les pays, et sur nos propres délibérations..

Pays d'endémie enregistrant des progrès – Inde, Nigéria et Afghanistan

Certains progrès notables sont intervenus dans ces pays. En 2010, le nombre de cas de poliomyélite a diminué de plus de 90 % en Inde comme au Nigéria (Figure 4). En Afghanistan, il a baissé de 34 %.

Dans les pays d'endémie, la persistance de l'infection a été liée pendant longtemps à l'existence de réservoirs de la maladie (Uttar Pradesh et centre du Bihar en Inde, par exemple). Il est primordial d'interrompre la transmission dans ces zones pour que chaque pays ait une chance d'éradiquer la maladie sur son territoire. L'examen de la situation récente dans ces réservoirs se révèle encourageant. Dans près de la moitié d'entre eux, aucun cas de transmission n'a été détecté pendant les six derniers mois (Figure 5).

Au cours de nos réunions, nous nous sommes entretenus avec des représentants de l'Inde et du Nigéria. Nous reviendrons plus en détail sur le cas de chacun de ces pays. Nous observons qu'un seul cas d'infection par le poliovirus sauvage a été déclaré, par l'Afghanistan, au cours du premier trimestre de 2011, contre 7 au cours du premier trimestre de 2010. Nous inviterons des représentants de l'Afghanistan à notre prochaine réunion.

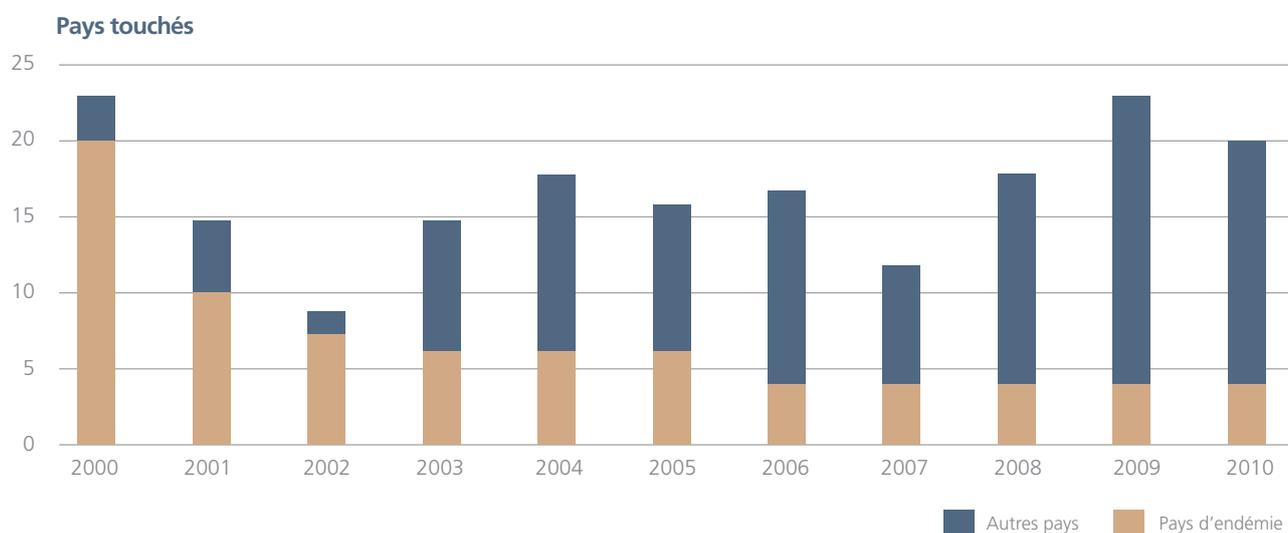


Figure 3. Le nombre de pays d'endémie a fortement diminué, mais les pays touchés par l'infection restent toujours aussi nombreux

Il nous est demandé d'indiquer si nous pensons que l'IMEP a de bonnes chances d'interrompre la transmission dans deux des quatre pays d'endémie pour la fin de 2011. Malheureusement, nous répondons par la négative.

Si 2011 offre à l'Inde de meilleures chances que jamais d'interrompre la transmission de la maladie, nous ne voyons pas de second pays qui soit véritablement bien parti pour y parvenir. Nous voudrions engager instamment le Nigéria à se mobiliser pleinement pour être ce second pays. Il a les moyens de réussir ce pari. Cependant, comme nous l'expliquons plus loin, il faudra pour cela qu'il s'attaque à certains problèmes cruciaux, qu'il se consacre de manière plus ciblée à cet objectif et qu'il se montre plus volontariste.

Objectif d'étape

Pour la fin de 2011, arrêt total de la transmission de la poliomyélite dans au moins deux des quatre pays d'endémie

Réalisation menacée.

Pays d'endémie enregistrant peu de progrès : Pakistan

Le bilan de l'état d'avancement au Pakistan est décevant. C'est le seul pays d'endémie à avoir

enregistré l'an dernier une augmentation du nombre de cas. Le Pakistan risque d'être le dernier pays à interrompre la transmission de la poliomyélite, et de compromettre ainsi le succès des efforts faits par d'autres pays pour y parvenir. Nous reviendrons sur ce point plus loin.

Pays réinfectés

L'objectif de l'IMEP pour la fin de 2010 était d'interrompre la transmission dans les quatre pays où elle est rétablie, à savoir le Soudan, l'Angola, la République démocratique du Congo et le Tchad.

Cet objectif a été manqué. L'Angola et le Tchad ont tous deux enregistré en 2011 des cas dont il a été confirmé qu'ils étaient liés à des cas signalés en 2010. Des cas ont également été observés en 2011 en République démocratique du Congo. Une confirmation de l'existence d'un lien génétique est attendue, mais ce pays risque fort d'avoir, lui aussi, manqué cet objectif. Quant au Soudan, il n'a déclaré aucun cas depuis 2009.

Nous avons eu des entretiens approfondis avec des représentants du Tchad, de la République démocratique du Congo et de l'Angola, et nous exposons nos conclusions plus loin. Ces trois pays réinfectés présentent une importance capitale d'un point de vue stratégique. Par le passé, il y a eu propagation de l'infection à partir de chacun

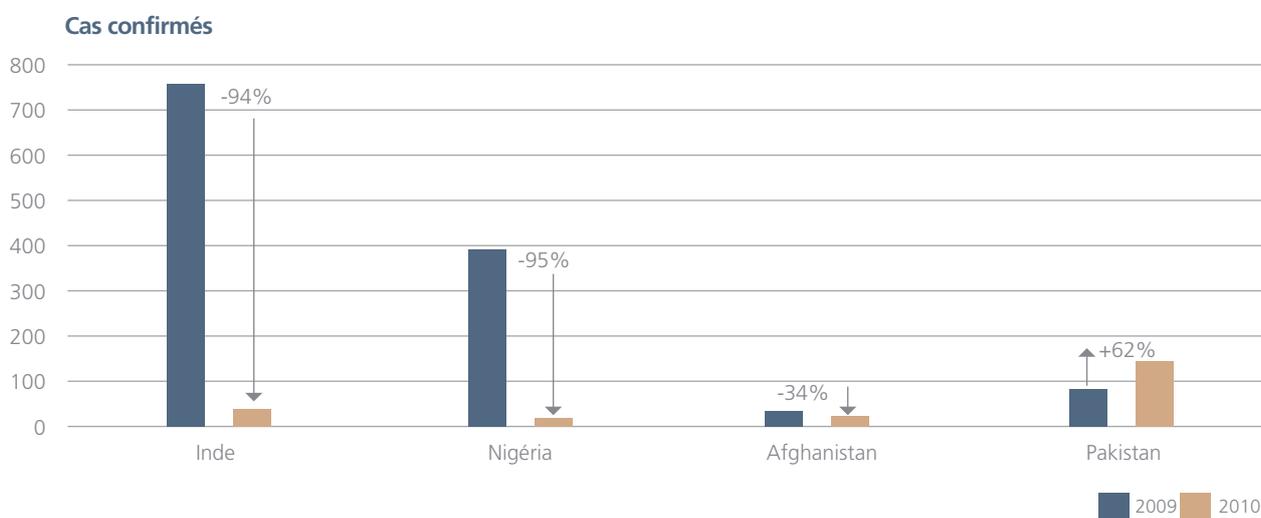


Figure 4: L'Inde, le Nigéria et l'Afghanistan ont accompli des progrès considérables en 2010. Le Pakistan est à la traîne.

d'entre eux vers les pays voisins. Il faut accomplir des progrès rapidement si l'on veut éviter que ces pays compromettent la réalisation de l'objectif final de l'IMEP – interrompre la transmission dans le monde entier pour la fin de 2012. Nous ne relâcherons pas notre surveillance dans ces pays jusqu'à ce que le but poursuivi ait été atteint.

Le plan stratégique 2010-2012 reconnaît qu'il faut accorder davantage d'attention à ces pays, mais jusqu'ici, ce constat n'a pas été suffisamment suivi d'effets. Nous recommandons qu'il ne soit pas fait de réelle distinction entre les pays où la transmission est rétablie et les pays d'endémie.

Objectif d'étape

Pour la fin de 2010, arrêt de tout « rétablissement » de la transmission du poliovirus

Objectif manqué

Flambées

Il faut s'attaquer sans retard aux flambées se produisant dans des pays non infectés. La probabilité de survenue de telles flambées est plus grande dans les pays où la couverture de la vaccination systématique est faible, et ces flambées risquent par conséquent

de se propager. Le plan stratégique s'était fixé pour objectif initial d'interrompre, pour la mi-2010, toutes les flambées survenues en 2009. Il reconnaît que de nouvelles flambées interviendront et, pour celles-ci, il fixe l'objectif d'interruption à six mois après la confirmation du cas indicateur.

Flambées survenues en 2009

En 2009, des flambées sont survenues dans 15 pays. Le fait qu'on ait pu apparemment les stopper toutes avant la fin de juin 2010 constitue un succès remarquable. Le cas le plus récent enregistré dans ce groupe de pays, en l'occurrence en Mauritanie, remonte en effet à avril 2010.

Nous félicitons l'IMEP d'être en bonne voie pour réaliser cet objectif d'étape, le premier qu'elle s'était fixé.

Objectif d'étape

Pour la mi-2010, arrêt de toutes les flambées de poliomyélite survenues en 2009

Réalisation en bonne voie.

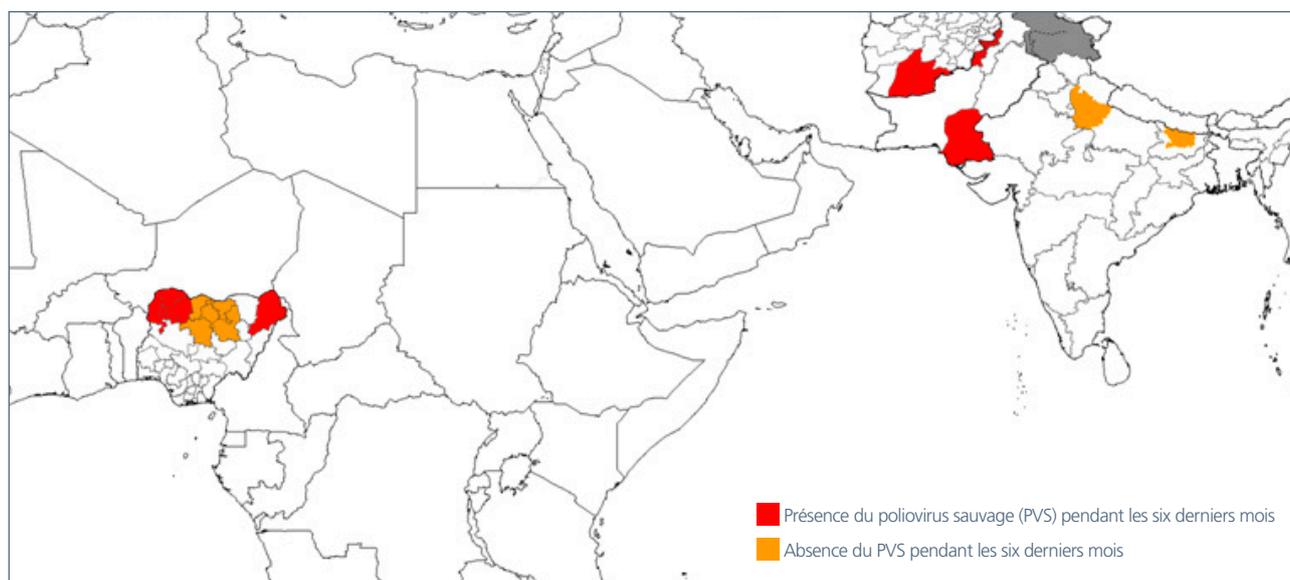


Figure 5. Il subsiste 15 grands réservoirs (réservoirs de virus autochtone dans les pays d'endémie). Dans sept d'entre eux, aucun cas de poliomyélite n'a été détecté pendant une période d'au moins six mois.

Flambées survenues en 2010-2011

Depuis le début de 2010, 14 flambées ont été enregistrées (Figure 6). Douze d'entre elles ont débuté il y a plus de six mois et, d'après les constatations faites à ce jour, aucune n'a duré plus de six mois après la confirmation du premier cas. C'est là une très bonne nouvelle. La réalisation de l'objectif d'étape est en bonne voie.

Objectif d'étape

Interruption des nouvelles flambées dans les six mois suivant la confirmation du cas indicateur (en cours)

Réalisation en bonne voie.

* Nous relevons que, depuis notre réunion de mars, 2 nouveaux cas de poliomyélite de type 3 ont été signalés en Afrique de l'Ouest (Mali et Côte d'Ivoire).

Reste du monde : préserver les zones exemptes de poliomyélite

Aucune grande étape n'a été fixée à ce sujet, mais il s'agit néanmoins d'un élément crucial. Deux des flambées survenues en 2010 appellent des remarques particulières.

Avec 458 cas, la flambée que le Tadjikistan a connue est la plus vaste observée dans le monde depuis cinq ans. Le virus de type 1 a été détecté pour la première fois dans le pays en avril. La riposte semble avoir été bien orchestrée. La flambée a été interrompue dans un délai de six mois. C'était la première à survenir dans la Région européenne de l'OMS depuis que celle-ci a été certifiée exempte de poliomyélite en 2002. Nous notons qu'une évaluation régionale du risque effectuée en 2009 avait mis en évidence le risque élevé de survenue d'une flambée au Tadjikistan.

Nous avons été étonnés d'apprendre que la riposte à l'importation du poliovirus au Congo avait beaucoup tardé à se mettre en place. Dès le 11 octobre 2010, un neurologue de Pointe-Noire avait repéré un groupe de 6 cas de PFA et en avait informé les autorités. Ce n'est que le 26 octobre 2010 qu'une enquête sur la flambée a été lancée. Malgré la présence de la poliomyélite

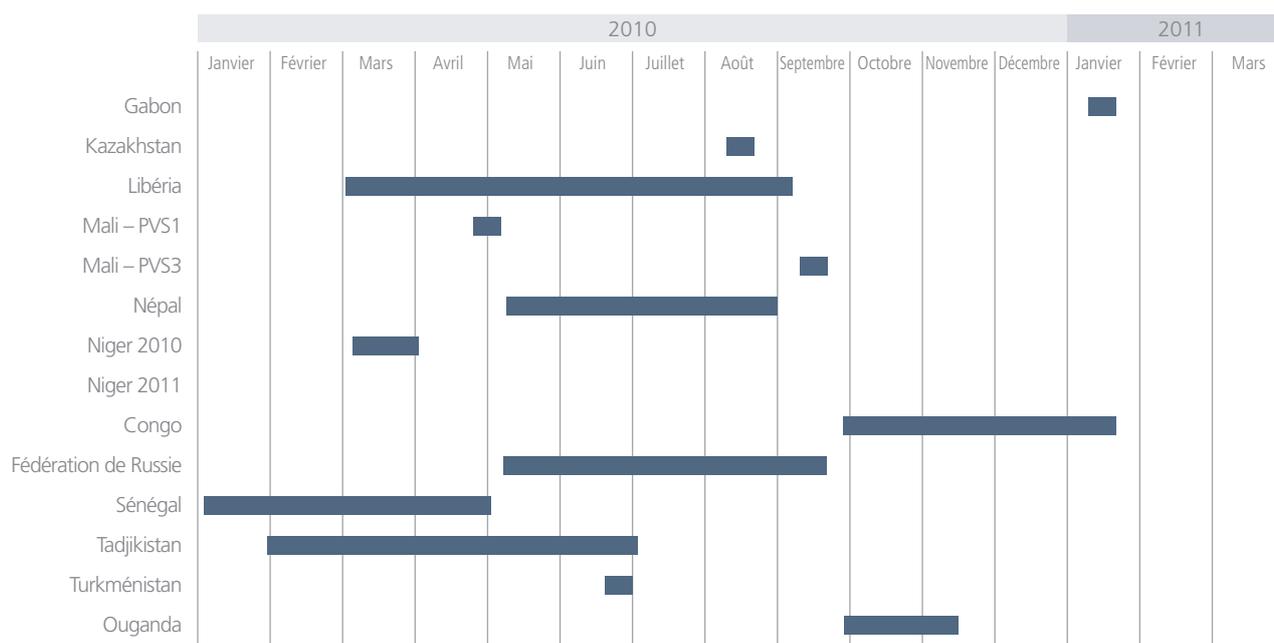


Figure 6. À ce jour, aucune flambée n'a duré plus de six mois après la confirmation du premier cas

dans des pays voisins, il semble que l'on ait tardé à reconnaître la maladie au Congo. Après le démarrage de l'enquête, l'intervention a été rapide et efficace. Ce grave retard n'en a pas moins coûté des vies.

La flambée a entraîné un taux de mortalité inhabituellement élevé (environ 35 %) et, autre fait inhabituel, elle a touché plus spécialement les hommes et surtout ceux âgés de 15 à 30 ans. Nous n'avons pas le sentiment d'avoir encore trouvé une explication correcte de la lenteur de la riposte, particulièrement en ce qui concerne l'intervention de l'OMS. Ces faits montrent que l'on a besoin de dispositifs qui maintiennent un haut degré de suspicion lors de l'apparition de cas présentant des symptômes semblables à ceux de la poliomyélite et ont un seuil de lancement d'une enquête bas.

Les CDC ont entrepris certains travaux très utiles pour résumer l'évaluation du risque dans les pays exempts de poliomyélite de toutes les Régions de l'OMS. Nous serions heureux qu'ils continuent de jouer un rôle moteur pour ce qui est d'aider ces dernières à renforcer et à normaliser les évaluations du risque. Nous souhaiterions qu'à chacune des réunions ultérieures du Comité, chacune des Régions de l'OMS fournisse des données actualisées sur l'évaluation du risque, ainsi qu'un bref aperçu des actions prévues à l'intention des pays considérés, dans le cadre de ce processus, comme étant « à haut risque ».

Arrêt total de la transmission pour la fin de 2012

Notre appréciation des progrès accomplis vers la réalisation de cette étape repose sur celle des étapes antérieures et sur les observations plus larges que nous faisons. Nous pensons malheureusement que la réalisation de cette étape est compromise. L'IMEP a effectué certaines avancées remarquables par rapport à l'an dernier, mais notre préoccupation tient principalement au fait que nous ne constatons pas de réel renforcement de l'engagement, qui soit à la hauteur de l'objectif ambitieux que constitue l'achèvement de la tâche dans les 20 mois à venir. On ne réussira pas à se débarrasser complètement de la poliomyélite si la lutte contre cette maladie est considérée de quelque façon comme une priorité secondaire. Dans la section suivante, nous formulons des observations et des recommandations sur plusieurs points, mais il en est un qui revêt une importance particulière. Si les dirigeants décident de faire de l'éradication une priorité, il en résultera une accélération de la marche vers le succès – un succès qui n'a rien d'utopique et qui est absolument nécessaire.

Objectif d'étape

Pour la fin de 2012, arrêt de toute transmission du poliovirus sauvage dans le monde

Réalisation menacée.

Facteurs clés de succès

On peut résumer comme suit les facteurs qui sont déterminants pour le succès de l'IMEP :

	Vaccin efficace		
+	stratégies de vaccination performantes	=	éradication réussie à l'échelle mondiale
+	réseau de surveillance rigoureux		
+	personnel compétent et motivé, en nombre suffisant		
+	données de gestion de qualité		
+	financement sûr		
+	mobilisation prioritaire urgente des responsables politiques et organisationnels		

On peut exposer de façon tout aussi directe les facteurs susceptibles de conduire l'IMEP à l'échec :

	Vaccin inefficace		
OU	stratégies de vaccination insuffisamment élaborées	=	échec
OU	surveillance relâchée		
OU	personnel incompetent ou non motivé, en nombre insuffisant		
OU	données de gestion imprécises		
OU	déficit de financement		
OU	rang de priorité secondaire		

Un seul maillon faible peut suffire pour compromettre irrémédiablement la réussite de l'IMEP. Nous faisons ci-après un point de la situation pour chacun des sept facteurs clés de succès.

1. Un vaccin antipoliomyélitique efficace est un atout majeur

Jusqu'en 2005, on utilisait un vaccin antipoliomyélitique oral trivalent, qui immunisait contre les trois types de poliomyélite. Il était surtout efficace contre la poliomyélite de type 2, de sorte qu'il a permis l'arrêt de la transmission du poliovirus sauvage de type 2. En 2005 ont été introduits deux vaccins monovalents, dont l'un était actif uniquement contre le poliovirus de type 1, et l'autre contre le poliovirus de type 3. Ils étaient l'un et l'autre plus efficaces que le vaccin trivalent, mais ils ne pouvaient être administrés simultanément. Plusieurs zones ont ainsi connu une

alternance d'épidémies dues au poliovirus de type 1 et au poliovirus de type 3 – quand elles venaient à bout d'un type de poliomyélite, c'est l'autre type qui apparaissait. Le lancement d'un vaccin bivalent – efficace à la fois contre le type 1 et contre le type 3 – constitue par conséquent une avancée extrêmement importante. L'IMEP a commencé à utiliser ce vaccin en 2009, soit bien plus tôt que beaucoup ne l'imaginaient possible. Nous pensons que, des sept facteurs clés de succès, c'est celui qui est le plus marquant, et nous tenons à féliciter l'IMEP sur ce point. Nous notons avec satisfaction que des travaux sont actuellement menés pour étudier le rôle du vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI) et les stratégies de vaccination pour l'après-2012. Pour le moment, ces travaux ne font pas partie des sujets d'attention prioritaires du Comité, mais ils sont à l'évidence importants.

2. De manière générale, les stratégies de vaccination sont efficaces, mais nous demandons instamment que l'on mette davantage l'accent sur la demande

L'IMEP a mis en place de nombreux moyens novateurs pour améliorer le taux de couverture lors des journées de vaccination, dont quelques-uns seulement sont techniquement complexes. Une des nouvelles méthodes consiste à marquer le doigt des enfants qui ont été vaccinés, et une autre à apposer une marque à la craie sur la porte d'entrée des maisons où les vaccinateurs sont passés. On procède aussi, à l'aide de cartes détaillées, à l'élaboration de microplans indiquant exactement quelle équipe de vaccination s'est rendue dans quelle maison. Aucune de ces méthodes n'est complexe, mais leur utilisation conjuguée donne d'excellents résultats.

L'IMEP a désormais une bonne connaissance de ce qui fait le succès d'une campagne de vaccination et ce savoir est aujourd'hui consciencieusement appliqué dans de nombreux endroits, mais pas dans tous. Les stratégies ont fait leurs preuves dans des conditions incroyablement difficiles. L'ouest de l'État indien de l'Uttar Pradesh est une région densément peuplée, dont la population est très mouvante. Le virus s'y transmet avec une redoutable efficacité. Il est admis qu'il faut obtenir un taux de couverture d'au moins 95 % lors des journées de vaccination pour pouvoir interrompre la transmission du virus. L'application

constante des principes fondamentaux a permis d'y parvenir. La région n'a pas enregistré un seul cas de poliomyélite de type 1 depuis plus d'un an.

Cinq grands critères d'excellence pour les campagnes de vaccination :

- Pleine participation et engagement total des responsables locaux
- Bon travail de microplanification des journées de vaccination
- Équipe de vaccination motivée et expérimentée
- Compréhension et prise en compte du point de vue et des besoins des parents
- Surveillance véritablement indépendante.

Ces stratégies ont démontré leur efficacité. Si des problèmes surgissent, c'est qu'elles sont incomplètement appliquées. Nous évoquerons plus loin certains sujets de préoccupation particuliers. Il est essentiel que les responsables aux niveaux local et national assument un rôle directeur dans les opérations.

Le plan stratégique 2010-2012 établit un calendrier des activités de vaccination supplémentaire nécessaires pendant la période triennale qu'il couvre. Des modifications y sont apportées constamment en fonction de l'évolution des besoins épidémiologiques et opérationnels. Cela ne nous pose actuellement aucun problème, mais nous resterons attentifs à ce qui se fait dans ce domaine. Au cours de nos réunions trimestrielles, nous aimerions recevoir des explications concernant les changements qui sont apportés. Il ne faudrait pas que des problèmes de financement ou des difficultés opérationnelles empêchent la réalisation de ces activités.

Nous constatons que l'IMEP continue d'accorder davantage d'attention à l'offre de vaccins qu'à la demande des parents et à la compréhension et à la prise en compte des croyances, structures et besoins des communautés. Du bon travail a certes déjà été fait en la matière, mais nous avons l'impression que ce volet reste quelque peu négligé par rapport au volet offre. On relèvera ainsi que des indicateurs de communication mondiaux type n'ont été élaborés que très récemment, alors qu'il existe une profusion

de données sur l'offre à l'échelle mondiale. Nous rappelons que les revers les plus marquants qui ont été enregistrés tenaient à des problèmes liés à la demande, non à l'offre.

Nous souhaitons faire quelques observations sur les indicateurs de communication tels qu'ils se présentent actuellement. Premièrement, il n'en existe aucun qui permette de suivre le processus de planification stratégique pour les groupes à haut risque. Un tel instrument semblerait très utile pour les dernières phases de l'éradication de la poliomyélite. Deuxièmement, il importe que les organes de supervision reçoivent et utilisent des données sociales pour planifier les activités de communication, en particulier dans les zones à haut risque. Nous nous félicitons qu'un indicateur de processus permette une surveillance en la matière. Toutefois, cette surveillance repose actuellement sur des auto-déclarations, d'où le risque de passer à côté de carences et de lacunes. Un mécanisme de vérification indépendant serait utile.

Lorsque des difficultés opérationnelles ou interpersonnelles complexes surgissent dans les communautés locales, il n'est pas facile de les détecter à partir de l'« angle de vue élevé » qu'adopte naturellement un programme de cette taille. Un « angle de vue rapproché » des réalités du terrain a une égale importance. La démarche actuellement suivie pour recueillir l'information servant à gérer la communication n'offre pas encore cet « angle de vue rapproché » idéal qui permettrait de capter aussi bien les succès que les blocages du côté de la demande et donnerait à l'IMEP la possibilité de s'inspirer des premiers et de s'attaquer aux seconds.

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. Au niveau opérationnel, où les personnels engagés dans la lutte contre la poliomyélite participent également aux activités de vaccination systématique et à la fourniture de services de base, il est essentiel d'entretenir la motivation des agents et la force de leur engagement en faveur de l'éradication

de la poliomyélite, et de s'assurer que tous ont les aptitudes à la communication requises pour mobiliser la communauté et stimuler la demande de mesures visant à stopper la transmission du poliovirus. Par ailleurs, une collaboration plus étroite avec le secteur de la santé animale (au Tchad et en Afghanistan, par exemple) permettrait peut-être d'étendre la couverture des activités de vaccination supplémentaire et de réaliser des économies.

Recommandations

Nous recommandons que l'on s'emploie d'urgence à affiner l'approche de la gestion de la communication au niveau élevé afin d'obtenir un éclairage utile sur les domaines d'excellence et sur ceux qui suscitent des inquiétudes.

3. Les normes en matière de surveillance sont claires et correctement appliquées dans les laboratoires. En revanche, la surveillance de terrain laisse à désirer dans certaines zones

La mise en place du Réseau mondial des laboratoires antipoliomyélitiques est une réalisation à porter au crédit de l'IMEP, qui constitue un apport important au-delà de l'éradication de la poliomyélite. Les normes des laboratoires sont claires, la formation est solide et, de manière générale, les systèmes fonctionnent bien.

L'approche de l'IMEP en matière de surveillance est caractéristique d'un programme parvenu à maturité. Les principaux indicateurs sont bien connus. La circulation des données est globalement très efficace.

Cinq grands critères d'excellence en matière de surveillance :

- Réseau de contacts surveillant l'apparition de cas dans les endroits clés
- Enquête rapide et approfondie sur les cas
- Transport rapide des échantillons dans de bonnes conditions de sécurité
- Pratiques de laboratoire faisant référence
- Transparence dans le partage de l'information.

C'est sur le terrain que le dispositif de surveillance pose le plus de problèmes. Malgré de constants progrès, de graves carences subsistent. Nous nous réjouissons que le plan stratégique 2010-2012 ait établi un indicateur de processus rigoureux pour la fin de 2010, soulignant ainsi opportunément à quel point la surveillance de la qualité est cruciale. Sans elle, il ne peut y avoir de riposte ciblée. À mesure que l'on se rapproche de l'objectif de l'éradication totale, il devient plus important de pouvoir détecter rapidement toute flambée.

Malheureusement, dans la plupart des pays, cet indicateur n'a pas été atteint. Les lacunes qualitatives de la surveillance sur le terrain constituent toujours un risque.

La démarche à appliquer pour renforcer la surveillance sur le terrain est bien établie, mais sa mise en œuvre devrait être accélérée. Nous constatons notamment des retards dans l'exécution des études de la surveillance dans les pays où la transmission est rétablie.

Surveillance		
Indicateur de processus		
Fin 2010, taux de PFA non poliomyélitique >2 au niveau infranational pour tous les pays d'endémie, les pays où la transmission est rétablie et ceux de la « ceinture d'importation du PVS »	Pays d'endémie	Non atteint (atteint par 2 des 4 pays)
	Pays où la transmission est rétablie	Non atteint (atteint par 3 des 4 pays)
	Pays appartenant à la « ceinture d'importation du PVS »	Non atteint (atteint par 6 des 19 pays)

4. La gestion de l'IMEP est guidée par des flux de données épidémiologiques impressionnants, mais ceux-ci ne doivent pas prendre le pas sur tout le reste

L'IMEP est parvenue à un tel degré de sophistication qu'elle obtient aujourd'hui des données épidémiologiques mondiales sur la poliomyélite presque en temps réel. Des indicateurs bien définis et solides permettent de suivre plusieurs aspects quantitatifs des résultats en matière de vaccination et de surveillance. L'IMEP attache légitimement une très grande attention à ces flux de données et nous ne pouvons que l'en féliciter.

L'IMEP et nous-mêmes, au Comité, devons prendre garde que ces données ne faussent pas notre point de vue. Nous connaissons moins bien certains autres volets importants du programme :

- Combien y a-t-il actuellement de personnes qui œuvrent à l'éradication de la poliomyélite pour le compte de chacun des partenaires ? Où sont-elles ? Quels sont leurs rôles ? Sont-elles motivées et soutenues et font-elles du bon travail ?
- À partir d'un « angle de vue rapproché », peut-on dire quelles sont les pratiques qui, à un microniveau, favorisent un travail de surveillance et de vaccination de qualité ? Il existe sans doute chez les agents de santé et autres personnes qui sont aux avant-postes de la lutte contre la poliomyélite des pratiques de communication de type microcomportemental discrètes, apparemment insignifiantes, qui se révèlent prodigieusement efficaces s'agissant de susciter la confiance de la communauté, d'amener celle-ci à se conformer aux prescriptions et de vaincre la « lassitude » face aux vaccinations répétées par le VPO. Qui sont ces déviants positifs et où se trouvent-ils ? Quelles sont, concrètement, leurs « recettes » ?

Il existe déjà, dans une certaine mesure, des connaissances sur la question, mais elles ont été relativement négligées dans la vision du programme que nous avons eue jusqu'ici. Lors des réunions ultérieures, nous demanderons, sans vouloir trop peser sur la charge de travail, que l'on nous fournisse des données permettant d'apprécier l'IMEP sous les

différents angles évoqués plus haut. Un seul point de vue ne peut donner une image complète de la réalité. Le Comité peut jouer un rôle utile en recherchant une optique différente de celle à laquelle l'IMEP en est venu à accorder le plus grand prix.

Nous devons également faire en sorte que nous-mêmes, ainsi que l'IMEP, tirions des enseignements des angles d'approche individuels dignes d'intérêt existant à tous les niveaux.

Recommandations

Le Comité devrait élaborer rapidement, avec un soutien indépendant, un mécanisme qui permettrait de capter et de prendre en compte le point de vue et l'expérience des personnes qui sont au plus près de la lutte contre la poliomyélite.

Il conviendrait que les membres du Comité et son secrétariat se rendent dans les zones concernées et puissent y observer des activités et y assister à des réunions.

5. Les problèmes de personnel sont un sujet qu'il faudrait pouvoir éviter

Comme il a été vu, les données de base actuellement fournies au Comité ne comprennent pas des indications chiffrées sur les ressources humaines. À ce stade, nous avons principalement trois sujets de préoccupation que nous souhaitons évoquer plus en détail.

Il y a assurément des agents talentueux et dévoués à tous les niveaux de l'IMEP. Nous sommes toutefois préoccupés par des informations préliminaires selon lesquelles la qualité du travail laisserait à désirer dans certains domaines essentiels. L'effort d'éradication de la poliomyélite doit mobiliser le personnel le plus compétent qui soit – dans chaque pays et dans chacun des organismes partenaires. Il peut toutefois arriver que des postes clés soient occupés par des personnes dont les compétences en matière de direction et d'encadrement n'allient pas la rigueur, l'autorité et la force de conviction que requiert le programme d'éradication. La crainte de blesser les intéressés ou d'offenser un régime politique peut créer des situations très délicates. Cependant, le programme est trop important pour que l'on puisse s'accommoder de la

présence de personnes qui ne sont pas à la hauteur de la tâche, simplement parce qu'il faut ménager certaines susceptibilités et qu'il ne faut pas décevoir certaines attentes.

Nous avons également eu vent de préoccupations quant à des retards dans l'affectation de personnes possédant les compétences voulues dans des secteurs où se posent des problèmes qui n'avaient pas été anticipés.

Par ailleurs, certains postes ne sont pas pourvus, ce qui n'est pas compatible avec le désir d'éradiquer la poliomyélite dans les mois à venir. Certains postes ne sont sans doute pas faciles à pourvoir – mais la poliomyélite n'est pas facile à éradiquer. Il faut que des solutions soient trouvées.

Nous pensons qu'il serait inconvenant d'évoquer dans ce rapport public les cas particuliers de personnes posant des problèmes. Mais il est impératif de prendre des mesures. Pour les cas de ce type, nous prenons contact directement avec l'organisme employeur concerné.

Recommandations

Nous recommandons aux partenaires de traiter la question de l'éradication de la poliomyélite comme une véritable priorité opérationnelle, et de permettre ainsi le détachement, à des endroits où il existe des carences ou des problèmes, d'un nombre limité d'agents affectés à d'autres secteurs géographiques et/ou programmatiques.

6. Le déficit de financement actuel est la plus grande menace pour le succès de l'IMEP

Faute d'un financement suffisant, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite ne peut réussir. Aucune des activités prévues au budget n'est facultative. Les fonds actuellement promis sont insuffisants. Nous avons le plaisir de constater que des contributions supplémentaires d'un montant de US \$55 millions ont été faites depuis notre réunion de décembre. Toutefois, au 31 mars 2011, le déficit de financement s'élève à US \$665 millions (Figure 7).

Éradiquer une maladie de la planète est loin d'être une opération bon marché, mais la justification

économique ne fait aucun doute. Les avantages nets ont été évalués à US \$50 milliards pour les 25 prochaines années.

Nous reconnaissons que la contribution des partenaires de financement de l'IMEP est d'ores et déjà importante. Nous devons cependant lancer un appel pour que ces partenaires de financement actuels mais aussi d'autres, en particulier les pays les plus riches du monde, envisagent rapidement d'apporter de nouveaux fonds à l'Initiative. Selon nos informations, la majeure partie du déficit de financement en 2011-2012 est due à une réduction des contributions des gouvernements du G8. Tous les États Membres de l'OMS ont décidé ensemble d'éradiquer la poliomyélite. Financer l'éradication devrait donc être une responsabilité commune à laquelle chaque État Membre participe. Tous les pays bénéficieront de l'éradication une fois celle-ci obtenue.

Nous aimerions également demander aux partenaires du financement de rechercher des moyens d'accroître la flexibilité des contributions qu'ils font à l'IMEP. De fait, les fonds dont l'objet est précisément désigné peuvent être un obstacle au contrôle des flux de trésorerie et au contrôle des coûts. La surveillance est moins tangible que la vaccination et par conséquent moins attrayante pour les partenaires financiers. Cependant, de celle-ci dépendent l'ensemble des autres activités de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. Quelle que soit la rigueur de la vaccination, seule la surveillance peut orienter la vaccination vers là où elle est nécessaire. Les lacunes dans la surveillance résultant des pénuries de fonds peuvent être désastreuses.

Il incombe aussi à l'IMEP de faire en sorte que ces fonds soient dépensés avec le plus grand soin. Rien ne nous permet de penser que ce n'est pas le cas, mais il est de notre avis qu'un effort particulier fait en ce sens retient l'attention des partenaires financiers. Nous devons continuer à faire savoir de manière explicite quelles sont les activités reportées ou perturbées du fait du manque de fonds. Lors de notre prochaine réunion, nous demanderons à être informés sur ces deux points : en premier lieu, quelles sont les mesures qui ont été prises pour assurer un bon rapport coût/efficacité, et en second lieu, quelles sont les activités, le cas échéant, qui

sont directement touchées par un manque de fonds. Six cent soixante-cinq millions de dollars est une somme importante. C'est pour nous un grave sujet de préoccupation. Mais, par comparaison à ce qui a déjà été dépensé, ce montant est faible ; et relativement à ce qu'il peut permettre d'obtenir, ce n'est qu'une petite somme (Figure 8). La communauté mondiale consacre cinq fois ce montant chaque jour à ses dépenses militaires. Il serait à la fois tragique et pathétique que cette somme ne puisse être trouvée pour atteindre ce bien pour l'humanité.

2010-2012 financement

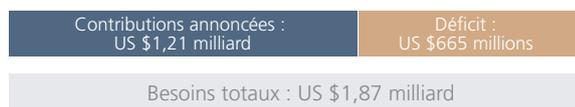


Figure 7. Le déficit de financement actuel représente 36 % de l'ensemble des besoins pour 2010-2012

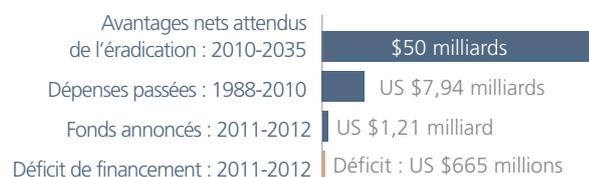


Figure 8. Le déficit de financement de US \$665 millions est faible par comparaison à la fois aux avantages attendus de l'Initiative et aux coûts déjà engagés

7. Les responsables doivent accorder une plus grande priorité à l'IMEP. Achever l'éradication de la poliomyélite est une urgence de santé mondiale

Parvenir à éradiquer la poliomyélite n'est pas largement reconnu au niveau mondial comme un bien pour l'humanité, et par conséquent comme une responsabilité en matière de santé mondiale. L'éradication de la poliomyélite est désormais l'une des nombreuses causes qui se trouvent en concurrence pour obtenir les fonds et l'attention de l'opinion dans le domaine du développement. Malheureusement, selon nous, l'éradication de la poliomyélite ne se voit pas accorder la priorité et l'urgence dont elle a besoin, l'ensemble des États Membres de l'OMS n'exprimant ni ne démontrant pas clairement leur volonté de voir le travail achevé.

L'éradication de la poliomyélite ne jouit pas d'une visibilité suffisante au sein du public, ni même parmi les groupes professionnels pertinents. En ayant considérablement réduit le nombre de cas de poliomyélite dans le monde, l'IMEP est dans un certain sens victime de son propre succès. Les niveaux mondiaux de poliomyélite sont si faibles que la maladie n'est pas largement visible. Dans les pays les plus riches du monde, c'est un souvenir lointain. Cela a même conduit certains à penser qu'il n'était pas nécessaire de faire de l'éradication de la poliomyélite une priorité, que la maladie pouvait simplement persister aux faibles niveaux actuels. C'est faux. Revenir en arrière par rapport au choix de l'éradication de la poliomyélite ne laisserait que deux possibilités : continuer à dépenser des sommes importantes pour maintenir un faible niveau d'infection, ou dépenser des sommes plus faibles et voir la maladie regagner largement du terrain une fois de plus. Aucune de ces deux options n'est satisfaisante lorsque la possibilité de l'éradication existe.

En 2008, les gouvernements du monde ont appelé, par l'intermédiaire de l'Assemblée mondiale de la Santé, à une nouvelle stratégie pour éradiquer la poliomyélite. Pour répondre à cet appel, une stratégie réaliste a été élaborée. Nous demandons désormais à chacun de ces gouvernements d'apporter à cet engagement mondial l'appui qu'il nécessite et mérite. L'éradication de la poliomyélite dans le monde entier serait un véritable triomphe. Échouer maintenant serait un désastre. La nécessité d'interrompre la transmission de la maladie avant la fin de 2012 mérite d'être considérée comme une urgence sanitaire mondiale.

Les organisations qui sont au cœur de la lutte doivent montrer l'exemple pour une hausse des engagements. Nous nous en remettons au Rotary International et à la Fondation Bill & Melinda Gates. Ces deux organisations considèrent l'éradication de la poliomyélite comme leur priorité numéro un. Nous reconnaissons que chaque bureau de chaque organisme a de multiples priorités qui entrent en concurrence les unes avec les autres. Selon les données qui nous sont parvenues, dans certains bureaux nationaux et régionaux, la poliomyélite ne

reçoit pas l'attention prioritaire que ceux qui sont à la tête de l'organisme souhaiteraient lui accorder. Nous craignons que si l'éradication n'est pas une priorité absolue à la fois en paroles et en actes, elle n'aura pas lieu. Nous souhaitons demander aux responsables de tous les organismes partenaires qu'ils veillent à faire savoir combien la poliomyélite est importante avec la plus grande clarté.

Recommandations

Il conviendrait :

- que l'Assemblée mondiale de la Santé examine en mai 2011 une résolution indiquant que la poliomyélite reste une urgence sanitaire d'envergure mondiale ;
- que les partenaires étudient dans quelle mesure il pourrait être utile et valable de reconnaître l'éradication de la poliomyélite comme une responsabilité mondiale, ce qui modifierait de manière positive la nature de l'engagement financier et politique dont font preuve les gouvernements du monde ;
- que les responsables de chaque partenaire de l'IMEP examinent ensemble comment ils peuvent consacrer de manière optimale le temps et l'attention nécessaires pour transmettre à l'ensemble de leur personnel à tous les niveaux le message selon lequel l'éradication de la poliomyélite est leur priorité numéro un ;
- que les principaux dirigeants de l'OMS, de l'UNICEF, des CDC, du Rotary International et du Programme de santé mondial de la Fondation Bill & Melinda Gates se fassent entendre en personne ou par téléconférence chaque trimestre jusqu'à ce que les progrès pour parvenir à l'interruption d'ici à 2012 soit à nouveau en bonne voie, en utilisant ces occasions pour veiller à ce que leur soutien à l'éradication de la poliomyélite soit utilisé de manière optimale entre les différents organismes.

Nous nous engageons personnellement, en tant que membres du Comité de suivi indépendant, à chercher à intervenir individuellement auprès de la communauté mondiale de la santé et de la communauté des donateurs, en prenant notamment la parole dans les médias, pour qu'une plus grande importance soit accordée à l'éradication de la poliomyélite.

Nous invitons à chacune de nos réunions trimestrielles les pays qui ont stratégiquement une importance particulière dans l'éradication et/ou qui risquent de ne pas atteindre les objectifs d'étape fixés pour l'éradication. En décembre 2010, nous avons rencontré des représentants de l'Angola, de la République démocratique du Congo et du Pakistan. En mars 2011, nous avons reçu des informations actualisées de chacun de ces représentants et avons rencontré les représentants de l'Inde, du Nigéria et du Tchad. Nos principales conclusions sont rapportées ci-dessous, pays par pays.

Lorsque les objectifs d'étape du plan stratégique ne sont pas atteints ou risquent de ne pas l'être, nous recommandons généralement au pays d'élaborer un programme d'action corrective d'urgence et contrôlons étroitement la qualité de celui-ci ainsi que sa mise en œuvre.

Les cinq caractéristiques qui font la solidité d'un programme d'action corrective sont les suivantes :

- Il établit des priorités dans les actions, les lieux géographiques et les populations.
- Il attribue des responsabilités et fixe des délais pour chaque action clé.
- Il établit des mécanismes clairs de responsabilisation.
- Il établit des mécanismes de suivi de la mise en œuvre.
- Il bénéficie d'un soutien politique à tous les niveaux.

Si un pays ne parvient pas à atteindre l'un des objectifs d'étape, le Comité de suivi indépendant ne fixera pas de nouvelle date cible pour sa réalisation, mais rappellera régulièrement le temps écoulé depuis la date échéance de l'étape initiale. Il appartient au pays de déterminer s'il convient de prévoir une nouvelle date butoir et de fixer cette date le cas échéant.

Inde

- Une approche systématique minutieuse a porté ses fruits
- La situation semble maîtrisée dans les principales zones d'endémie
- La riposte à la flambée de 2010 au Bengale occidental a été lente
- Il convient de maintenir une vigilance et une attention durables pour parvenir à un succès au niveau national

Inde	
Évaluation par les CDC	
Bilan de la vaccination	bon
Bilan de la surveillance	moyen
Indicateurs de processus	
Fin 2010 : un niveau d'immunité à la poliomyélite de type 1 >95 % est maintenu dans les zones de transmission persistante de l'ouest de l'Uttar Pradesh et atteint dans les zones de transmission persistante du centre du Bihar	Objectif atteint.

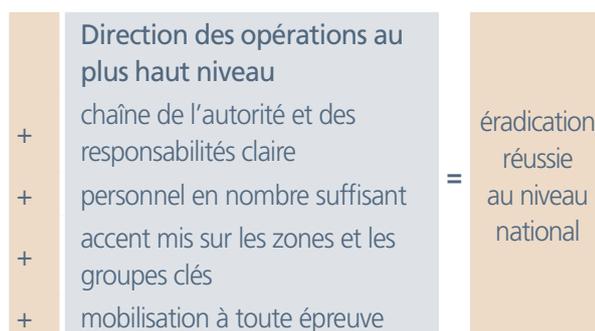
Contexte

Nous sommes heureux de constater les succès remarquables obtenus en Inde. Le pays a adopté une approche systématique méritoire pour pousser le poliovirus dans ses derniers retranchements et a considérablement investi financièrement dans l'éradication de la maladie. À maintes reprises, l'Inde a recensé les priorités et élaboré une stratégie clairement adaptée à celles-ci. La mise en application s'est caractérisée par un travail consciencieux et réellement exhaustif.

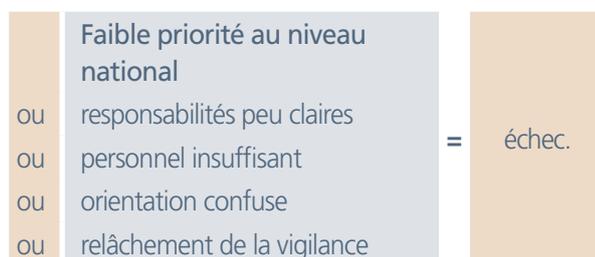
Le défi de l'éradication mondiale est fortement concentré non seulement dans un petit nombre de pays, mais aussi dans un petit nombre de districts. En terme de population, le défi à relever concerne aussi de manière disproportionnée les populations migrantes. L'approche adoptée récemment par l'Inde reflète ces deux aspects. Depuis 2003, 80 % des cas de poliomyélite se sont produits dans des zones qui ne représentent pas plus de 2 % du pays. Pour riposter à ceux-ci, le plan des « 107 poches » a permis de concentrer avec succès les ressources disponibles

dans ces zones. Toute une série d'interventions ont été conçues pour augmenter la couverture vaccinale parmi les principaux groupes de migrants.

Globalement, l'approche du pays illustre les facteurs qui, selon nous, sont essentiels :



Les facteurs qui peuvent être cause d'échec au niveau national ont été évités en Inde :



En Inde, la direction des opérations est solide et visible à tous les niveaux. Cela permet d'améliorer la qualité des travaux d'une manière qu'il est difficile de quantifier mais qui est très précieuse.

Une prise en main visible et déterminée des opérations a des effets essentiels.

Réactivité : les cas sont rapidement signalés. Des échantillons sont recueillis et transportés rapidement. Les campagnes de vaccination sont organisées dans l'urgence.

Énergie durable : il y a peu de manifestations de la « lassitude » que les défis que représentent la poliomyélite peuvent engendrer ailleurs.

Travail minutieux et approfondi : conscience de la faible marge d'erreur existant, du fait que le poliovirus saisira le plus petit relâchement dans la vaccination ou la surveillance.

Situation actuelle

Les zones réservoirs autochtones de l'ouest de l'Uttar Pradesh et du centre du Bihar restent des zones clés en Inde. En Uttar Pradesh, aucun cas de poliovirus de type 1 n'a été signalé depuis plus d'un an, même si certains pensent que la transmission n'est peut-être pas interrompue dans cette zone. L'État du Bihar a recensé seulement 3 cas en 2010. Le plus récent date de plus de six mois.

Les événements à l'extrémité nord de l'ouest du Bengale sont un sujet de préoccupation. Le premier cas d'une flambée y a été détecté en janvier 2010. Le cas le plus récent a été signalé en décembre 2010. Bien que l'on puisse espérer que la transmission ait été interrompue dans cette zone, il est encore trop tôt pour en avoir la certitude. Le fait que la flambée s'est poursuivie pendant 12 mois est troublant.

Le cas de poliomyélite le plus récent en Inde a été signalé à Howrah, dans l'ouest du Bengale, soit dans un lieu distinct géographiquement de la précédente flambée survenue dans l'ouest du Bengale. Il s'agit désormais d'une zone qui doit faire l'objet d'une attention particulière. Il convient que toute nouvelle flambée de poliomyélite soit prise en charge comme une urgence de santé publique, et que des campagnes de ratissage soient rapidement organisées pour riposter. Les ressources au niveau national et au niveau des États doivent être coordonnées pour mettre rapidement fin à cette chaîne de transmission.

Il faut réussir à interrompre la transmission plus rapidement que cela n'a été le cas dans ce même État l'année dernière.

Les indicateurs relatifs aux communications montrent que l'Inde a de bons résultats au niveau national. L'Uttar Pradesh occidental et le Bihar ont des programmes particulièrement performants. Mais l'ouest du Bengale est une zone vulnérable. Pour cet État, ainsi que pour tout autre nouvelle flambée survenant en Inde, il semble essentiel de constituer une équipe qui puisse être déployée ou transférée rapidement pour appuyer les actions d'urgence en cas de flambée. Ces équipes doivent comprendre des personnes spécialisées dans la mobilisation sociale et la communication. Il convient qu'elles prévoient un ensemble minimum de campagnes de sensibilisation auprès des médias et de campagnes centrées sur les communautés afin de permettre une diffusion rapide et exacte des informations, visant en particulier à mettre fin aux rumeurs. Les élections actuelles dans l'ouest du Bengale représentent un risque, en particulier si elles entraînent un changement de gouvernement. Un programme de sensibilisation solide afin de mobiliser tout nouveau responsable politique est indispensable.

Il existe évidemment d'autres zones en Inde ayant des caractéristiques similaires à celles de l'ouest du Bengale où une flambée semblable pourrait se produire. Nous nous félicitons des efforts qui sont actuellement faits pour recenser ces zones où des activités de vaccination supplémentaire auront lieu.

Évaluation

Il serait prématuré de célébrer la réussite de l'Inde. Il ne faut vraiment aucun relâchement de la vigilance – cela pourrait être fatal. Toutefois, nous nous félicitons de l'approche qui a été adoptée. Les représentants du Gouvernement nous ont clairement fait part de leurs cinq principales préoccupations et ont établi un plan pour remédier à chacune d'entre elles.

Nous estimons que le pays est en bonne voie pour parvenir à interrompre la transmission de la poliomyélite avant la fin de 2011, bien que cela ne puisse jamais être totalement garanti. Les mois de juillet à décembre sont traditionnellement des mois

où le niveau de transmission est élevé. L'Inde a été très proche de l'interruption de la transmission avant cette période, mais elle n'a pu éviter une reprise des cas. Il est vital de poursuivre les activités de vaccination et de surveillance de manière ciblée. Nous souhaitons qu'une direction dynamique des opérations se poursuive aux niveaux des districts, des États et au niveau national.

Nigéria

- Progrès solides au cours des deux dernières années
- Lacunes importantes dans la qualité de la vaccination et de la surveillance
- Déclin de l'engagement politique durant la période électorale
- Le pays n'est pas actuellement sur la bonne voie pour atteindre l'objectif fixé pour la fin 2011
- Des plans solides existent, une mise en œuvre rapide est nécessaire

Nigéria	
Évaluation par les CDC	
Bilan de la vaccination	moyen
Bilan de la surveillance	moyen
Indicateurs de processus	
Fin 2010 : <10 % d'enfants n'ayant reçu aucune dose de vaccin (« 0-dose », par données PFA NP) dans chacun des 12 États à haut risque	Objectif non atteint Objectif non atteint dans 1/12 États (État de Kano).

Contexte

Depuis près d'une décennie, les États du sud du Nigéria sont exempts de poliomyélite. Les progrès dans le nord ont été plus difficiles, en particulier après la propagation de rumeurs qui ont considérablement ralenti le programme en 2003.

Le Nigéria a fait des progrès impressionnants au cours des deux dernières années. De 2008 à 2009, le nombre de cas de poliomyélite a diminué de 50 %. En 2010, il n'y a eu que 21 cas – soit une réduction de 95 % par rapport à l'année précédente. On a pu constater année après année des baisses concomitantes dans le nombre des zones de gouvernement locales (LGA) touchées. Ces succès sont le reflet d'un certain nombre d'améliorations sur le plan opérationnel. La signature des « engagements

d'Abuja » en février 2009 a été particulièrement importante : les gouverneurs des États se sont engagés à diriger personnellement et activement de manière continue les activités d'éradication de la poliomyélite, et notamment à rencontrer les présidents des zones de gouvernement locales et les chefs traditionnels.

Situation actuelle

De tels progrès offrent l'occasion d'interrompre la transmission pour de bon en 2011. Il s'agit d'une occasion unique, mais le créneau est étroit. Malheureusement, la situation n'est pas entièrement positive. L'infection persiste dans le nord-ouest du pays. La persistance du poliovirus de type 3, malgré de multiples campagnes d'AVS, reste un sujet de préoccupation. La transmission du poliovirus de type 3 est, dans une certaine mesure, plus facile à interrompre que celle du poliovirus de type 1. La poursuite de cette transmission remet en question la qualité des campagnes d'AVS. Onze des 12 États du nord ont atteint l'objectif fixé par l'indicateur de processus pour 2010. L'État de Kano n'y est pas parvenu. Dans cet État, 15,9 % des enfants n'avaient reçu aucune dose du vaccin antipoliomyélique oral. Ils n'étaient que 39 % à avoir reçu trois doses ou plus – une lacune préoccupante dans l'immunité. Malgré les campagnes de vaccination par le VPOT, la circulation persistante du poliovirus dérivé d'une souche vaccinale (PVDV) dans l'État de Kano comme ailleurs révèle également des lacunes dans la qualité des AVS.

Il y a aussi des insuffisances dans la qualité de la surveillance. Plusieurs virus orphelins ont été détectés en 2010, démontrant ainsi que l'objectif d'arrêt de toute transmission avait été manqué.

Le respect des engagements d'Abuja fait l'objet d'un suivi chaque trimestre. Ce suivi a montré de graves défaillances au cours de l'année 2010. Au cours du quatrième trimestre, seuls 26 % des gouverneurs dirigeaient personnellement les activités d'éradication de la poliomyélite, alors qu'ils étaient 53 % au cours du premier trimestre de l'année. L'imminence des élections est sans doute un important facteur de ce changement.

Au Nigéria, d'importants progrès ont été faits en matière de communication. La sensibilisation aux campagnes de lutte contre la poliomyélite a désormais atteint des niveaux élevés. Les données sociales sont de plus en plus fréquemment utilisées pour la planification de la communication dans les zones à haut risque. Le recours aux autorités religieuses et traditionnelles pour mobiliser les communautés est efficace. Toutefois, nous constatons qu'une stratégie nationale à l'intention des médias pour les communications relatives à la poliomyélite a bien été élaborée mais ne semble pas avoir été mise en œuvre. Une stratégie cohérente à l'égard des médias est cependant essentielle pour produire des messages types et veiller à ce qu'ils aient une portée maximum, en particulier auprès des groupes à haut risque dans le nord du pays où la campagne est la plus fragile.

Évaluation

Dans l'état actuel des choses, nous ne considérons pas que le Nigéria soit en bonne voie pour parvenir à interrompre la transmission de la poliomyélite avant la fin de 2011. Sans ces signes négatifs, les réductions impressionnantes qui ont été obtenues année après année seraient une réelle source d'optimisme. Les importantes lacunes dans la qualité menacent de faire perdre au Nigéria cette occasion limitée dans le temps. Si l'interruption de la transmission n'est pas achevée au cours des 12 prochains mois, il existe un risque réel de recrudescence du poliovirus. Cela pourrait réduire à néant les progrès accomplis au cours des deux dernières années et rendre l'éradication plus difficile à obtenir. Nous souhaitons également faire remarquer que le pays occupe une position géographique stratégique vitale. Potentiellement, il peut réinfecter les pays de la Corne de l'Afrique.

Lorsque nous avons rencontré les représentants du Ministère de la Santé, nous avons jugé encourageant de constater que les problèmes existants étaient clairement compris et qu'il existait des plans pour les surmonter. Ces plans intègrent les recommandations formulées lors de la réunion tenue en mars 2011 par le Comité d'experts. Nous nous félicitons que ce Comité prévoit de se réunir à

nouveau dans quatre mois.

Même si les résultats obtenus au cours des dernières années sont impressionnants, nous préconisons vivement de réfréner toute volonté de célébrer cette réussite tant que le travail n'a pas été terminé. L'urgence de la situation n'est pas suffisamment prise en compte. Le calendrier qui nous a été présenté pour le renforcement de la surveillance s'étend sur les six prochains mois, et un contrôle interne de la surveillance vient à peine d'être achevé. Nous nous demandons si ces activités ne pourraient pas être menées plus rapidement étant donné que les lacunes dans la surveillance sont devenues manifestes l'année dernière et que les combler est essentiel.

Les trois prochains mois seront d'une importance cruciale. Le pays peut encore se remettre sur les rails pour interrompre la transmission avant la fin 2011. Outre notamment l'accélération des activités de surveillance, nous recommandons qu'il soit instamment demandé aux gouverneurs des États de s'engager à nouveau à diriger et encadrer les activités d'éradication de la poliomyélite une fois les élections passées. Une élection ne saurait justifier un échec. Une attention immédiate et urgente doit être portée à l'État de Kano où les résultats sont décevants et dangereux.

Pakistan

- Les progrès sont loin derrière ceux des autres pays d'endémie et la situation s'est considérablement aggravée au cours de l'année écoulée
- Un programme d'action d'urgence solide a été élaboré
- La mise en œuvre du programme commence à porter ses fruits, mais elle doit être accélérée de toute urgence

Pakistan	
Évaluation par les CDC	
Bilan de la vaccination	médiocre
Bilan de la surveillance	moyen
Indicateurs de processus	
Fin 2010 : <15 % d'enfants non vaccinés dans le cadre d'au moins 8 AVS conduites dans chaque district de la zone de Quetta et dans les districts et zones (« agences ») de transmission persistante de la Province de la Frontière du Nord-Ouest et des zones tribales sous administration fédérale (FATA)	Objectif non atteint Atteint dans 4/7 districts
Fin 2010 : <10 % d'enfants non vaccinés dans le cadre d'au moins 4 AVS consécutives conduites dans chaque localité de Karachi	Objectif atteint.

Contexte

Dans le passé, le Pakistan a lutté contre la poliomyélite avec vigueur. Entre 1995 et 2000, l'incidence de la maladie a été divisée par 10. Le succès obtenu dans de nombreuses zones du Pakistan montre que le pays a la capacité technique de parvenir à l'éradication au niveau national. Compte tenu de ce contexte historique encourageant et du potentiel manifeste du pays, la situation actuelle est d'autant plus décevante.

Comme en Inde, la poliomyélite au Pakistan est alimentée par un petit nombre de zones et par les groupes de migrants. Concentrés dans quatre zones, 33 districts abritent 80 % des cas. Chaque zone a ses propres défis intrinsèques à relever : conflits, insuffisance de l'assainissement, migrations. Il y a une incroyable mobilité de la population : migrants, nomades, travailleurs saisonniers, personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays et réfugiés afghans, qui sont tous susceptibles de transporter le bagage indésirable que constitue l'infection par le poliovirus lorsqu'ils se déplacent.

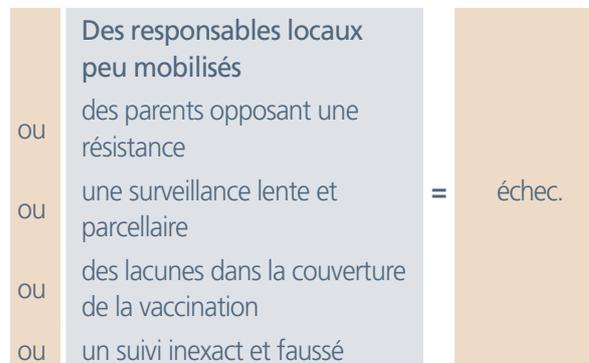
De 2009 à 2010, les cas de poliomyélite ont augmenté de 62 % au Pakistan. Il y a eu à ce jour 26 cas signalés en 2011, soit le double du nombre notifié au cours de la même période de 2010. L'absence de progrès au

Pakistan contraste avec les progrès accomplis dans les trois autres pays d'endémie.

Situation actuelle

Le plus grand défi à relever se situe dans les zones tribales sous administration fédérale (FATA). C'est dans ces zones qu'ont été détectés la moitié des cas signalés dans le pays l'année dernière. La plupart des autres cas au Pakistan et dans l'est de l'Afghanistan sont liés à ceux-ci. Les FATA sont troublées par des conflits qui empêchent les vaccinateurs d'atteindre environ 300 000 enfants. Mais les conflits ne sont pas les seuls responsables dans les FATA comme dans le reste du pays. Même en période de stabilité, la couverture par la vaccination et la surveillance restent médiocres. Dans la Province du Sindh, en l'absence de problèmes de sécurité majeurs, la transmission s'est poursuivie sans perdre de son intensité.

Dans l'ensemble des 33 districts à haut risque, le problème ne réside pas dans une insuffisance généralisée de la couverture. Le réel problème tient aux variations. Tandis que de nombreux sous districts (« union councils ») ont de fort bons résultats, ce n'est pas le cas pour d'autres. Ces points faibles créent les occasions que la poliomyélite peut saisir. On croyait traditionnellement que la poliomyélite disparaîtrait si elle pouvait être confinée à de petites zones. L'expérience nous a désormais appris qu'il n'en est rien. Le poliovirus peut survivre pendant de longues périodes et dans de petites zones. La marge d'erreur est très faible. Comme au niveau mondial et au niveau national, les facteurs primordiaux du succès au niveau local peuvent être décrits de manière concise :



Il existe des problèmes à la fois du côté de la demande comme du côté de l'offre. Les problèmes de sécurité sont un obstacle aux activités de mobilisation sociale et à la collecte des données. Mais même dans les zones accessibles, il existe des poches où les refus sont importants et où la population exprime des doutes quant à la sécurité des vaccins. Trouver des moyens efficaces de renforcer la confiance doit être une priorité. Une planification élargie de la communication au niveau de micro-zones est nécessaire, en faisant participer les défenseurs locaux de la lutte contre la maladie et en renforçant l'appropriation du programme au niveau local. Dans le Khyber Pakhtunkhwa (ex-Province de la Frontière du Nord-Ouest) et dans les FATA, près de 30 % des mères ignorent que le VPO peut être administré à un enfant malade. Vingt-huit pour cent ne savent pas si le VPO est sans risque. Les zones où la sécurité est la plus précaire et où se situe la majorité des cas sont aussi celles où se trouvent les communautés qui ont la plus faible perception de la gravité de la maladie ou de la menace qu'elle représente. Il convient de remédier de toute urgence à cette situation.

En janvier de cette année, le Président a présenté un programme d'action national d'urgence. Nous nous en félicitons. Celui-ci met l'accent sur les zones à haut risque, sur les migrants et sur l'accès aux enfants dans les zones de conflit. Il appelle à une surveillance et à une appropriation des résultats du programme de lutte contre la poliomyélite par les autorités et à une responsabilisation systématique à chaque niveau administratif.

Nous craignons que la mise en œuvre du programme soit trop lente. La volonté manifestée sur le papier ne se traduit pas encore entièrement dans les

faits. On constate cependant certaines évolutions encourageantes. La cellule de suivi mise en place par le Premier Ministre fournit un moyen de recueillir des données essentielles dans toutes les zones. Nous avons reçu l'assurance qu'une réunion du groupe spécial du Premier Ministre aurait lieu au cours de la dernière semaine du mois d'avril ; elle sera présidée par le Premier Ministre et tous les chefs des provinces y participeront. Nous notons que le bureau du Premier Ministre a écrit aux chefs d'un certain nombre de provinces clés. Nous relevons aussi certains signes d'une responsabilisation dans les faits, avec la réaffectation des responsables de la santé (« Agency Surgeons ») lorsque le bilan local des AVS est inacceptable par sa médiocrité. Nous souhaiterions qu'un calendrier précis soit mis au point parallèlement au programme, afin de permettre le suivi de la mise en œuvre de certaines tâches essentielles.

Nous n'avons pas été en mesure d'obtenir des informations claires sur une question clé. Le processus en cours de décentralisation vers les provinces aboutira à la suppression du Ministère fédéral de la Santé et modifiera la chaîne des responsabilités. La manière dont le plan sera adapté pour refléter cette nouvelle situation n'est pas claire.

Évaluation

Si la situation actuelle se poursuit, le Pakistan risque d'être le pays qui empêchera que l'objectif d'éradication de la poliomyélite soit atteint au niveau mondial. Toutefois, nous nous félicitons des éléments qui attestent l'amélioration de l'engagement. Celle-ci devra se poursuivre si le pays veut mettre en œuvre avec succès et intégralement son programme d'action d'urgence. Les indicateurs les plus clairs sont le nombre de cas et la qualité de la vaccination et de la surveillance. Ce n'est que lorsque ceux-ci auront montré une amélioration durable que nous pourrions être certains que le programme d'action d'urgence est efficace pour amener le Pakistan sur la voie d'une interruption de la transmission.

Tchad

- La transmission se poursuit : l'objectif d'étape fixé pour la fin 2010 n'est pas atteint
- Un système de surveillance insuffisant a permis à la transmission de se poursuivre sans être détectée pendant huit mois
- Il s'agit d'une urgence de santé publique
- Le programme d'action d'urgence est inadapté
- Il faut un renforcement urgent de la riposte et du soutien technique

Tchad	
Évaluation par les CDC	
Bilan de la vaccination	médiocre
Bilan de la surveillance	médiocre
Indicateurs de processus	
Fin 2010 : <10 % d'enfants non vaccinés pour chaque AVS menée au second semestre 2010 dans le grand N'Djamena et dans les zones de transmission du PVS du sud et de l'est du pays	Objectif non atteint Atteint dans 0/3 zones.

Situation actuelle

Nous sommes inquiets de la situation au Tchad : plus que dans tout autre pays, le scénario est celui d'une situation de la plus grande urgence. En tant que pays où la transmission est rétablie, l'objectif consistait pour le Tchad à interrompre cette transmission d'ici à la fin 2010. Cet objectif n'a pas été atteint. En janvier 2011, le pays a signalé un cas de poliovirus de type 3, lié génétiquement à un virus qui avait été détecté pour la dernière fois en mai 2010. Les systèmes de surveillance du pays n'ont pas permis de détecter la poursuite de la transmission tout au long de cette période de huit mois. Indépendamment, une flambée de poliomyélite provoquée par un poliovirus de type 1 est survenue dans l'ouest du pays en septembre 2010 suite à une importation en provenance du Nigéria. Un PVDVc de type 2 a également été détecté au cours des six derniers mois. Les CDC estiment objectivement que le bilan de la vaccination et de la surveillance au Tchad est médiocre. Le suivi indépendant et l'évaluation des AVS au Tchad montrent que dans certaines zones un grand nombre d'enfants ne sont pas vaccinés parce que les foyers ne sont pas visités. Il semble que les

équipes de vaccination soient en nombre insuffisant, que la supervision soit médiocre, qu'il y ait un manque d'information des parents et une mauvaise coordination à tous les niveaux. Le pays n'est pas parvenu à atteindre l'objectif fixé par le principal indicateur de processus pour la fin 2010, qui a trait au renforcement des AVS dans les zones clés.

Évaluation

Étant donné la gravité de la situation, nous avons été consternés par l'insuffisance du programme d'action d'urgence proposé par le Tchad. Ce document de six pages va à peine au-delà d'une liste de grands objectifs. Les actions, les responsabilités, l'obligation de rendre compte ou les mécanismes de suivi sont trop peu détaillés. Ce document montre que les capacités de faire face au problème font défaut. Il remet sérieusement en cause la qualité du soutien technique fourni au pays par les organismes partenaires. Nous prenons note du rapport du Groupe consultatif technique (TAG) daté de novembre 2010, qui fournit des recommandations détaillées et de grande qualité. Celles-ci ne figurent pas encore dans le programme du pays.

Nous avons rencontré des représentants du Ministère de la Santé du Tchad. Ils reconnaissent qu'ils sont confrontés à une situation d'urgence. Cependant, cette reconnaissance de l'urgence de la situation ne se traduit pas encore à chaque niveau de gouvernement.

Recommandations

- Il convient qu'avec l'accord du pays, les CDC et l'OMS constituent rapidement une équipe spéciale qui sera envoyée sur place afin de renforcer le niveau de soutien technique disponible dans le pays ; cette équipe devra rester sur place jusqu'à ce que la situation soit maîtrisée.
- Nous recommandons que, moyennant une assistance technique de grande qualité, un programme d'action pour le pays soit rapidement élaboré. Pour être efficace, celui-ci doit inclure un calendrier précis de mise en œuvre, attribuer clairement les responsabilités et définir les obligations de rendre compte. Nous souhaiterions que ce programme soit achevé dans les quatre prochaines semaines et nous demanderons de

pouvoir en examiner une copie à cette date.

- Il faut que les partenaires et le Ministère de la Santé recensent quelles sont les personnes clés à chaque niveau de gouvernement et veillent à ce qu'elles soient pleinement informées pour reconnaître qu'il s'agit d'une urgence de santé publique qui requiert une attention prioritaire.

Angola

- L'objectif d'étape fixé pour la fin 2010 n'a pas été atteint
- Mise en œuvre en temps voulu d'un programme d'action corrective satisfaisant
- L'attention accordée à la poliomyélite doit désormais être maintenue dans la durée
- Certaines parties de Luanda continuent à faire face à de graves difficultés en matière de vaccination
- La qualité de la surveillance doit faire rapidement l'objet d'une étroite attention

Angola	
Évaluation par les CDC	
Bilan de la vaccination	médiocre
Bilan de la surveillance	moyen
Indicateurs de processus	
Fin 2010 : <10 % d'enfants non vaccinés pour chaque AVS menée dans tous les districts de Luanda, Benguela et Kwanza Sul	Objectif non atteint (atteint dans 5/22 districts) Aucune donnée disponible pour 8 autres districts.

Contexte

L'Angola est parvenu à interrompre la transmission du poliovirus entre 2001 et 2005. Mais le pays est une plaque tournante en matière de transport. La réinfection est venue d'Inde – non une seule fois, mais à trois reprises. Deux flambées ont été stoppées, mais une autre s'est ancrée dans le pays.

Après 27 années, la guerre civile a pris fin en 2002. Au cours de ces années, la population ne s'est pas déplacée. Ce n'est plus le cas et la poliomyélite se propage désormais facilement à l'intérieur du pays et au delà des frontières. La poliomyélite en provenance d'Angola a infecté six autres pays, dont la République démocratique du Congo lourdement. Deux provinces

– Luanda et Benguela – sont les moteurs de cette transmission persistante. Chacune de ces provinces est densément peuplée, puisqu'elles abritent à elles deux 43 % de la population des moins de cinq ans du pays. Récemment, Luanda a été la source première des cas détectés ailleurs. Dans Luanda, la capitale, le pétrole et les diamants sont une source de richesse incroyable pour certains. Les nantis vivent à côté des bidonvilles, qui abritent encore la majorité de la population. L'Angola est d'un point de vue administratif en mutation constante. Ses 164 districts obtiennent progressivement davantage de pouvoir et de responsabilité au fur et à mesure que se poursuit le processus de décentralisation.

Situation actuelle

En tant que pays où la transmission est rétablie, l'objectif était d'interrompre la transmission en Angola avant la fin de 2010. Le pays s'est rendu compte à l'avance qu'il était fort peu probable qu'il atteigne cet objectif. Un programme d'action d'urgence pour la période allant de juillet à décembre 2010 a été présenté lors de notre réunion de décembre. Celui-ci a fixé une nouvelle date cible pour l'interruption de la transmission : à la fin du mois de juin 2011. Le programme reconnaissait les multiples problèmes concernant la qualité de la vaccination et de la surveillance. La microplanification est souvent de qualité médiocre. Il est fréquent que de jeunes enfants d'âge scolaire soient employés en tant que vaccinateurs. Ils ne travaillent que quelques heures au cours de chaque journée de vaccination, et ont souvent disparu avant la fin du troisième jour. Il n'est pas surprenant que le virus n'ait pas été stoppé malgré de multiples journées de vaccination. Un certain nombre de solutions ont été proposées, qui toutes étaient valables.

Nous nous sommes adressés au Ministre de la Santé à nouveau lors de notre réunion du mois de mars. Il a été en mesure de faire état de quelques progrès satisfaisants. Les visites de sensibilisation de haut niveau effectuées par l'OMS, l'UNICEF et la Fondation Bill & Melinda Gates ont été utiles et ont permis de renforcer l'engagement politique en faveur de l'éradication. Une nouvelle approche en matière d'AVS a été mise en œuvre dans la province de Luanda, suite à l'élaboration d'une « stratégie

reposant sur la communauté ». Au centre de celle-ci est l'attribution par le gouverneur des responsabilités pour la qualité de la campagne aux administrateurs locaux, travaillant en étroite collaboration avec les leaders des communautés et la société civile. La proportion d'enfants qui n'ont pas été vaccinés lors des campagnes de février 2011 a été plus faible qu'en octobre 2010 (9 % contre 13 à 16 % pour Luanda dans son ensemble). Le Gouvernement s'est engagé à financer les campagnes de vaccination de 2011. Les cas les plus récents ont été signalés à Kuando Kubango. Une campagne de riposte a été menée en temps voulu.

Évaluation

Il n'y a pas de programme d'action d'urgence spécifique à la poliomyélite après décembre 2010. Au lieu de cela, l'objectif de l'interruption de la transmission de la maladie d'ici à la fin juin 2011 a été intégré à un plan opérationnel du Ministère de la Santé qui couvre le Programme élargi de vaccination pour 2011. D'une part, il est louable que le Ministère cherche à tirer parti du travail axé sur la poliomyélite pour renforcer la couverture vaccinale systématique pour d'autres maladies évitables par la vaccination. Il n'est pas dans notre intention de critiquer cette démarche, mais d'autre part, nous sommes préoccupés par le fait que l'objectif de l'interruption de la transmission de la poliomyélite pourrait être quelque peu occulté dans le cadre de ce plan plus large.

Le plan est axé sur le renforcement des activités de vaccination systématique et supplémentaire. Il met l'accent sur 34 municipalités. Cependant, dans l'objectif de l'interruption de la transmission de la poliomyélite, il semblerait que Luanda doive être le point de mire des interventions. La province reste la principale source de transmission du poliovirus et une zone problématique où il faut renforcer au maximum la qualité des AVS. Bien que des améliorations aient été obtenues dans de nombreuses municipalités et dans la province dans son ensemble, le taux des enfants non vaccinés dépasse encore 20 % dans deux municipalités.

En outre, le plan ne fournit aucune précision réelle quant à la manière dont la surveillance sera renforcée.

Étant donné que le système de surveillance est actuellement considéré comme étant de niveau « moyen », selon l'évaluation menée objectivement par les CDC, ce point nécessite une plus grande attention. En premier lieu, nous souhaiterions qu'un contrôle interne de la surveillance, planifié sur quelques mois, soit rapidement mené à bien. Nous notons que l'Angola ne mènera qu'une seule campagne de vaccination au moyen du VPOt en 2011, ce qui accroît le risque de PVDVc.

Nous avons plusieurs préoccupations majeures en ce qui concerne la communication. Il existe des insuffisances dans les capacités opérationnelles du personnel de terrain et dans les compétences logistiques lors des campagnes. Les données sociales permettant d'orienter l'analyse ou la planification sont très limitées. Une personne chargée des données en matière de communication devrait être recrutée pour travailler au sein du groupe de planification de Luanda. Des améliorations sont aussi nécessaires dans la formation des vaccinateurs, afin de renforcer leurs capacités de communication interpersonnelle sur le terrain.

Nous nous félicitons de l'intention du Président d'inciter les gouverneurs de province à diriger les opérations d'éradication de la poliomyélite. Nous recommandons que cet engagement soit formalisé de façon plus poussée en établissant un mécanisme de notification fréquente, et en demandant aux gouverneurs de faire rapport au Président sur les progrès réalisés par rapport aux indicateurs clés.

République démocratique du Congo

- Il est probable que l'objectif d'étape fixé pour la fin 2010 ne sera pas atteint
- Le programme d'action corrective est de qualité suffisante
- Le rôle des gouverneurs de province pourrait utilement être renforcé

République démocratique du Congo	
Évaluation par les CDC	
Bilan de la vaccination	médiocre
Bilan de la surveillance	médiocre
Indicateurs de processus	
Fin 2010 : >80 % de spécimens adéquats dans toutes les provinces	Objectif non atteint (atteint dans 2/11 provinces)
Fin 2010 : taux de PFA >2 dans toutes les provinces	Objectif atteint
Fin 2010 : <10 % d'enfants non vaccinés pour chaque AVS conduite dans la province orientale et dans celles du Nord et du Sud-Kivu	Objectif non atteint (atteint dans 0/3 provinces).

Situation actuelle

Lorsque le plan stratégique 2010-2012 a été élaboré, la République démocratique du Congo n'avait détecté que 3 cas de poliomyélite en 2009. La situation a considérablement évolué au cours de l'année 2010. En mai 2010, comme cela s'était produit à de nombreuses reprises auparavant, le poliovirus a été importé de l'Angola voisin. En juin, il y a eu d'autres nouvelles alarmantes. Un virus détecté dans la province du Katanga s'est révélé être génétiquement lié à un virus qui avait été dépisté pour la dernière fois en 2008. Ce virus orphelin a montré que la surveillance était largement insuffisante – la transmission avait persisté sans être détectée pendant près de deux ans. En outre, un poliovirus dérivé d'une souche vaccinale continue à circuler dans le pays, apportant une nouvelle preuve de la faible immunité de la population. D'après nos informations, aucune journée nationale de vaccination n'a eu lieu depuis 2002. Le fait

que le virus ait été détecté à Kinshasa, une ville de quelque 10 millions d'habitants, est particulièrement inquiétant.

Le plan stratégique fixait trois indicateurs pour la fin 2010 pour la RDC. L'un d'entre eux a été atteint. Les deux autres ne l'ont pas été, loin s'en faut. L'IMEP avait pour objectif d'interrompre la transmission en RDC d'ici à la fin 2010. Bien que la confirmation virologique soit attendue, il est fort probable que l'objectif ait été manqué. À ce jour en 2011 (au 31 mars), 26 cas ont été signalés.

En RDC, les données permettant d'appuyer l'élaboration de stratégies de communication efficaces font défaut. Les zones sanitaires ont des capacités de communication très limitées et le personnel au niveau local, y compris dans les zones à haut risque, n'a que de très faibles moyens de recueillir et d'analyser les données de communication.

Évaluation

Le Ministère de la Santé publique a publié un programme d'action d'urgence en janvier 2011. Celui-ci vise à interrompre la transmission d'ici à septembre 2011. Ce programme présente plusieurs caractéristiques dont nous nous félicitons. Il considère que six provinces sont prioritaires, compte tenu de la poursuite de la transmission et de lacunes manifestes dans la surveillance. Un plan précis qui prévoit des activités de vaccination fréquentes est établi. Il intègre le renforcement des activités de vaccination systématique. Il prévoit aussi d'assurer un suivi de la mise en œuvre sur une base mensuelle.

Nous félicitons le Gouvernement pour ces aspects de l'approche adoptée. En mars, à la suite d'une visite du Directeur général de l'OMS, le Président s'est engagé à soutenir les activités d'éradication de la poliomyélite. L'expérience acquise dans d'autres pays nous a montré combien était précieuse la participation des gouverneurs au niveau provincial pour diriger les activités d'éradication. La mise en œuvre du programme serait renforcée si une telle approche était adoptée. Depuis que le plan a été élaboré, un contrôle interne de la surveillance a été achevé. Les conclusions de celui-ci doivent désormais être mises en application de toute urgence.