

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



Huitième rapport - Octobre 2013



# LA 65E ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ

**DECLARE L'ACHÈVEMENT DE  
L'ÉRADICATION DU POLIOVIRUS  
URGENCE PROGRAMMATIQUE  
POUR LA SANTÉ PUBLIQUE  
MONDIALE**



Tenez  
votre  
promesse

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

### **Octobre 2013**

Le Comité de suivi indépendant (CSI) fournit 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 huitième rapport fait suite à notre neuvième réunion, qui s'est tenue à Londres du 1er au 3 octobre 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 Nasr El Sayed**  
Ministre délégué à la Santé, Égypte

**Dr Susan Goldstein**  
Directrice de Programme, Soul City :  
Institute for Health & Development  
Communication, NPO, Afrique du Sud

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

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

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

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

**Dr Arvind Singhal**  
Professeur de Communication,  
University of Texas at El Paso

**Professeur Michael Toole, AM**  
Directeur adjoint, Burnet Institute,  
Melbourne

**Secrétariat :**  
**Dr Paul Rutter**  
**Mme Alison Scott**



## Synthèse

L'année 2012 a été une excellente année dans l'histoire de l'éradication de la poliomyélite. Le virus était confiné à cinq pays seulement – un record. L'incidence de la poliomyélite dans le monde a également atteint son chiffre le plus bas, avec tout juste 223 cas au cours de l'année entière (contre 650 l'année précédente, et 350 000 lorsque le Programme a commencé en 1988).

Les progrès réalisés en 2013 sont beaucoup moins positifs.

L'expérience acquise durant les 25 années d'existence du Programme montre que l'arrêt de la transmission de la poliomyélite nécessite l'excellence dans trois activités :

- Réductions soutenues de la circulation du poliovirus et améliorations du fonctionnement du Programme, dans les pays d'endémie
- Arrêt rapide de toute flambée
- Prévention des flambées dans les pays qui courent un risque évident.

En 2013, le Programme a été confronté à des défis sans précédent s'agissant de répondre au premier de ces impératifs, et n'a pas atteint ses objectifs pour le deuxième et le troisième.

## Pays d'endémie

Le Nigéria et le Pakistan ont fortement amélioré la couverture des campagnes de vaccination en 2012, mais le rythme des avancées a ralenti de manière inquiétante depuis le début de l'année 2013.

Le niveau élevé d'insécurité a mis un frein aux programmes dans chacun des pays et a eu un fort impact sur l'accessibilité. Le décès de travailleurs dévoués de la santé publique est une source de grande tristesse. En outre, au Pakistan, une interdiction du Taliban visant les activités du Programme au Nord et au Sud-Waziristan empêche volontairement l'accès à ce dernier.

Dans chacun des pays, d'autres facteurs majeurs et de longue date influent également sur le fonctionnement du Programme. En raison de faibles campagnes, la poliomyélite circule encore dans trop de zones de gouvernement locales du nord du Nigéria. Les performances dans l'État de Kano continuent tout particulièrement de décevoir. De même, la surveillance traditionnelle et environnementale au Pakistan révèle que la poliomyélite est présente dans les zones où la mauvaise gestion des campagnes est la cause des performances insuffisantes. Les faiblesses persistantes dans les systèmes de vaccination systématique viennent ajouter à la difficulté de protéger de manière adéquate les enfants contre la poliomyélite.

Le nouveau gouvernement du Pakistan découvre le problème de l'éradication de la poliomyélite et a affirmé son ferme engagement. Mais la transition gouvernementale s'est soldée par une perte de temps. Le besoin d'accès au Nord et au Sud-Waziristan ne saurait être plus urgent – sans cela, la poliomyélite ne sera pas éradiquée. Dans le même temps, le travail difficile et acharné pour remédier aux campagnes de piètre qualité doit se poursuivre. Le Pakistan n'est pas en bonne voie pour interrompre la transmission avant la fin de l'année 2014.

Au Nigéria, le temps presse. Les élections imminentes menacent de perturber le Programme, comme elles l'ont déjà fait par le passé. Le Nigéria doit absolument, au cours des six prochains mois, faire de plus gros progrès.

En revanche, les nouvelles d'Afghanistan sont plus prometteuses. Malgré l'insécurité qui règne au sud de l'Afghanistan, cette région n'a pas enregistré de cas d'infection à poliovirus sauvage depuis novembre 2012. Mais dans la poursuite de l'éradication de la poliomyélite, rien n'est simple. Au lieu du sud, la transmission de la poliomyélite s'est établie à l'est du pays. L'attitude du pays vis-à-vis de la poliomyélite est importante. Certains estiment que l'élimination de la poliomyélite dans le sud du pays est une raison de se réjouir et de considérer la mission comme accomplie. Cette attitude est dangereuse. Le sud de l'Afghanistan est une région complexe et difficile ; l'est présente des problèmes d'insécurité ; et le sud-est est vulnérable à l'infection. Nous saluons les progrès réalisés, mais le rythme des améliorations ne doit pas ralentir et les élections imminentes ne doivent pas perturber ces progrès.

### Corne de l'Afrique

En mai 2013, après avoir négligé la question de l'immunité contre la poliomyélite pendant de nombreuses années, la Corne de l'Afrique a récolté ce qu'elle a semé. Le virus a tout d'abord été détecté en Somalie, puis peu de temps après au Kenya et en Éthiopie. En réponse, des campagnes de vaccination ont été rapidement organisées, avec toutefois d'importants écarts de qualité. Le plus gros souci est que ce virus continue de circuler parmi le million d'enfants en Somalie pour lesquels Al-Shabab n'autorise pas la vaccination par le Programme. En dehors des zones directement affectées, la riposte a manqué d'urgence et la coordination à travers la Corne de l'Afrique n'a pas été ce qu'elle aurait dû être. Dans cette région, la poliomyélite doit être traitée en tant qu'urgence de santé publique, avec un engagement politique de haut niveau proportionné, une direction coordonnée et sans ambiguïté du Programme, un support abondant aux pays affectés et une action méticuleuse.

### Flambées potentielles

La flambée dans la Corne de l'Afrique met en évidence la surprenante indifférence du Programme à l'égard de l'importance de la prévention des flambées. Les rapports du CSI ont, à de nombreuses reprises, placé des pays exempts de poliomyélite dans la liste des pays « à risque ». Les groupes consultatifs techniques ont recommandé des

opérations de vaccination à grande échelle qui ont été ignorées dans certaines zones critiques (telles que le Kenya et l'Ouganda). Le CSI a découvert avec consternation que la couverture vaccinale en Somalie avait été mauvaise, et ce même parmi les enfants ayant accès au Programme. Un cinquième d'entre eux n'avaient reçu aucune dose de vaccin lorsque la flambée a démarré. En manquant de réagir à une pléthore de drapeaux rouges, il semblerait presque que le Programme a opéré en se convaincant qu'il « continuerait d'être chanceux ».

Les pays figurant dans la « Liste rouge » des pays à plus haut risque couvrent la Corne de l'Afrique et au-delà : Yémen, République centrafricaine, Ukraine, Ouganda, Syrie, Liban, Jordanie, Soudan du Sud, Soudan, Irak, Mali, Djibouti et Érythrée. Prendre ces pays en charge est le coût à payer pour procéder correctement à l'éradication, et éviter l'effet « un pas en avant, deux pas en arrière » qu'ont les flambées de grande envergure.

### **La situation nouvelle en Israël**

En mai 2013, le virus de la poliomyélite a été retrouvé dans des échantillons environnementaux prélevés à travers le pays. Le virus provient du Pakistan et a voyagé jusqu'à Israël via l'Égypte, peut-être dans la communauté bédouine. Des analyses subséquentes ont montré que le virus circule depuis février 2013. La population israélienne est largement protégée contre la paralysie par la poliomyélite grâce à une couverture vaccinale par VPI (le VPO n'est plus utilisé depuis de nombreuses années). Le risque encouru par les pays voisins ayant une moins bonne couverture est considérable, et les retards pour lancer les campagnes par le VPO en Israël ne font que l'aggraver.

Cette situation nouvelle et inattendue a des implications pour tous les pays qui sont convaincus que le VPI leur garantit un avenir sans poliomyélite.

### **Insécurité, violence ciblée et interdictions**

Alors que l'amélioration des performances des campagnes commençait à placer le Programme mondial sur le chemin de l'éradication, le triple défi de l'insécurité, de la violence ciblée et des interdictions d'accès a gagné en importance.

Le Programme a déjà opéré avec discrétion et brio dans des situations d'insécurité. Mais l'intensité et la nature des défis d'aujourd'hui sont sans précédent. Des membres d'équipes de vaccination ont été assassinés, non pas parce qu'ils étaient au mauvais endroit au mauvais moment, mais car ils ont été directement ciblés en raison du travail qu'ils accomplissaient. Des personnages puissants ont interdit le Programme, deux millions d'enfants n'étant ainsi pas vaccinés.

La responsabilité de garantir l'accès aux équipes de vaccination et de les protéger revient pour l'essentiel aux gouvernements des pays concernés, et ce même dans

les circonstances les plus hostiles. Ils connaissent le terrain et les bases de pouvoir, et savent quelles sont les chances de conclure des accords à court et long terme. Cependant, certaines mesures peuvent être prises dans le domaine de la diplomatie internationale et le Programme doit développer son expertise dans ce domaine – en renforçant son expertise en interne et en travaillant avec des experts dans d'autres parties du système des Nations Unies, du Comité international de la Croix-Rouge et des États membres.

Une expérience antérieure ne sera pas suffisante pour relever les défis actuels, mais elle permet de tirer d'importants enseignements : aller au-delà de l'administration du vaccin et faire participer les communautés pour créer la demande peut véritablement aider ; les mesures d'atténuation, telles que les postes de vaccination pour les populations en transit, sont essentielles ; et le Programme doit faire tout son possible pour conserver sa neutralité.

Malheureusement, ces défis sont à présent les obstacles les plus importants à l'éradication, et les surmonter nécessitera la volonté des gouvernements, des partenaires et de la communauté mondiale élargie, si l'on veut stopper la transmission.

### **Gestion et supervision du Programme mondial**

Les organisations qui fonctionnent bien s'appuient sur une structure de gestion qui répond à deux exigences clés. Premièrement, elles disposent d'une structure d'exécution stratégique et opérationnelle qui leur permet d'atteindre leurs objectifs avec efficacité. Toutefois, un diagramme illustrant la structure d'exécution du Programme est des plus déconcertants.

Deuxièmement, elles disposent d'une structure de supervision qui permet à ceux ayant un rôle légitime au sein de l'organisation d'acquiescer une assurance suffisante, d'avoir une voix suffisante et d'apporter leur soutien au travail qu'elles entreprennent. L'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite ne satisfait pas non plus à cette exigence. Aussi incroyable que cela puisse paraître, peu de personnes au sein du Programme peuvent expliquer clairement comment sont prises les décisions, où elles sont prises et qui les prend. Cela devrait en soi appeler à une réforme fondamentale de la gestion du programme. Certains diront qu'il n'existe aucun panneau central sur lequel placer une responsabilité basique de gouvernance.

Si une entreprise mondiale représentant des milliards de dollars manquait à plusieurs reprises d'atteindre ses principaux objectifs, il serait inconcevable qu'elle n'examine pas et ne modifie pas sa structure organisationnelle et de prise de décisions.

Nous saluons la volonté du Conseil de surveillance de la poliomyélite de prendre les rênes en vue d'améliorer ces problèmes de gouvernance et d'exécution. Le CSI réitère

fermement son point de vue selon lequel le Programme mondial présente de sérieux défauts tandis que le statu quo organisationnel prévaut.

### **Communication et mobilisation sociale**

Le caractère essentiel de l'excellence de la mobilisation sociale et de la communication était le thème principal du rapport du CSI de mai 2013. La réaction à notre rapport, qui mettait en exergue des performances passées relativement mauvaises dans ce domaine, a été encourageante. Toutefois, le CSI estime que le Programme n'a pas adopté le concept selon lequel la communication est l'affaire de tous. Avec un réseau de mobilisation sociale de 19 000 personnes pour UNICEF, il est essentiel d'atteindre l'excellence opérationnelle. Les principes généraux et les bonnes pratiques sont importants. Mais les enseignements tirés de la première ligne montrent que les solutions doivent bien souvent être très axées sur le contexte des petites localités. Une mobilisatrice locale expérimentée qui fait preuve de créativité pour persuader une mère réticente que la propagande à laquelle elle a été soumise n'est pas dans l'intérêt de son enfant est d'une valeur inestimable.

Insécurité, violence ciblée et interdictions ; communication et mobilisation sociale ; gestion et supervision du Programme mondial – ce sont là des enjeux décisifs pour l'éradication de la poliomyélite à travers le monde.

### **Une tactique désordonnée : le VPI pour interrompre la transmission ?**

Le dernier chapitre du rapport revient sur une recommandation figurant dans notre rapport de mai 2013 qui n'a pas été correctement traitée. Le programme prévoit d'introduire en 2015 le vaccin contre la poliomyélite inactivé (VPI) par injection dans les pays touchés par la poliomyélite (et 130 autres pays) dans le cadre de sa stratégie de phase finale. La question s'est posée : pourquoi ne pas avancer ce projet dans les pays touchés par la poliomyélite, pour profiter de l'avantage supplémentaire qu'il présente en termes d'interruption de la transmission ? Notre rapport de mai 2013 s'est penché sur cette question et a souligné que les débats autour de cette question tournent en rond depuis trop longtemps. Nous n'avons pas recommandé que le VPI soit introduit, ni qu'il ne le soit pas. Nous avons recommandé que le Programme aboutisse à une réponse claire aux questions portant sur l'introduction ou non du VPI et sur la marche à suivre pour son introduction. La réponse fournie par le Programme est embrouillée et incomplète. Nous revenons sur ce problème et mettons l'accent sur la nécessité d'une réponse claire.

### **Recommandations**

Comme c'est le cas dans les précédents rapports, le CSI fait plusieurs recommandations visant à renforcer le Programme au niveau mondial et national. Celles-ci découlent de notre analyse de la réussite du programme s'agissant

d'interrompre la transmission de la poliomyélite d'ici la fin de l'année 2014, comme il promettait de le faire. Elles couvrent des domaines pour lesquels le CSI a déjà fait des recommandations qui n'ont pas été traitées de manière satisfaisante, ainsi que des domaines nouveaux.

## Conclusion

Le Programme d'éradication de la poliomyélite est confronté à des défis sans précédent. Aucun programme de santé publique ne devrait être l'objet d'une telle violence. En raison d'interdictions, le Programme n'est pas en mesure de vacciner deux millions d'enfants contre la poliomyélite au Pakistan et en Somalie. Le Programme a été confronté à l'insécurité par le passé (et cela continue) mais ce sont là des phénomènes très différents. Toutes les personnes qui soutiennent l'éradication de la seconde maladie dans l'histoire de l'humanité doivent faire de leur résolution leur priorité n°1.

Le contrôle exercé par le Programme dans de telles circonstances est loin d'être parfait. Bien que nous comprenions la difficulté que cela engendre, il importe plus que jamais que le fonctionnement du Programme soit aussi prêt pour l'éradication – aussi à la hauteur d'une urgence de santé publique à l'échelle mondiale – que possible en ce qui concerne les nombreux aspects sous son contrôle.

Trop souvent, cela n'est pas le cas. Entre autres, le fait que la Corne de l'Afrique n'ait pas été mieux protégée contre une flambée et que trop de pays demeurent vulnérables illustre les problèmes de fonctionnement à résoudre. La riposte dans la Corne de l'Afrique, que l'on ne peut qualifier de riposte robuste face à une urgence de santé publique d'importance mondiale, en est également une illustration. Il importe aussi de noter que trop de campagnes sous-optimales se poursuivent en Afghanistan, au Nigéria et au Pakistan, et ce même dans les zones où l'insécurité n'est pas un problème majeur.

Tandis que le Programme entre dans ce qui est supposé être la dernière basse saison où circule la poliomyélite, nous nous demandons (comme chacun devrait le faire au sein du Programme) : ce programme est-il prêt pour l'éradication ? Ce que nous voyons est-il réellement une urgence programmatique de dimension mondiale pour la santé publique ? La direction et la chaîne de commandement sont-elles bien en phase avec les défis d'aujourd'hui ? Ce rapport a identifié trop d'occasions où cela n'est pas le cas.

L'objectif d'interruption de la transmission avant la fin de l'année 2014 risque fortement de ne pas être atteint. Il faut inverser cette situation de toute urgence.

## TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	13
<b>Pays d'endémie</b>	
AFGHANISTAN	18
NIGÉRIA	21
PAKISTAN	26
<b>Flambées actuelles et à venir</b>	
FLAMBÉE DANS LA CORNE DE L'AFRIQUE	31
LA SITUATION NOUVELLE EN ISRAËL	37
FLAMBÉES POTENTIELLES	40
<b>Thèmes mondiaux clés</b>	
INSÉCURITÉ, VIOLENCE CIBLÉE ET INTERDICTIONS	44
GESTION ET SUPERVISION DU PROGRAMME MONDIAL	48
COMMUNICATION ET MOBILISATION SOCIALE	53
<b>Une tactique désordonnée :</b>	
LE VPI POUR INTERROMPRE LA TRANSMISSION ?	58
CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS	61



## Introduction

Le Comité de Suivi Indépendant (CSI) est chargé d'évaluer les progrès réalisés dans la détection et l'interruption de la transmission du poliovirus à l'échelle mondiale d'ici la fin de l'année 2014. Il s'agit là de l'objectif premier du plan stratégique 2013-2018 de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP).

Lors de la réunion d'octobre 2013, le CSI a rencontré les représentants des pays d'endémie (Afghanistan, Nigéria, Pakistan), ainsi que ceux des pays souffrant de flambées majeures (Somalie, Kenya). Des représentants d'Israël ont également été conviés à la réunion. Les représentants d'Éthiopie, de Cisjordanie et de la Bande de Gaza n'ont pas pu participer. Le CSI procédera à un suivi de ces trois pays.

Le CSI suit de près trois aspects importants du fonctionnement de l'IMEP :

- Constate-t-on des réductions soutenues de la circulation du poliovirus, et des améliorations du fonctionnement du Programme, dans les trois pays d'endémie poliomyélitique (Afghanistan, Nigéria et Pakistan) ?
- Constate-t-on des flambées de poliomyélite et, dans ce cas, y met-on rapidement fin (selon la norme du Programme, cela devrait se produire sous six mois) ?
- Dans quelle mesure évite-t-on les flambées dans les pays vulnérables à la poliomyélite ?

En 2013, le Programme a été confronté à des défis sans précédent s'agissant de répondre au premier de ces impératifs, et n'a pas atteint ses objectifs pour le deuxième et le troisième.

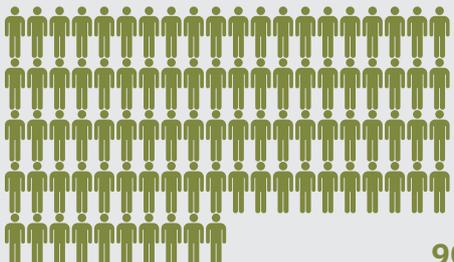
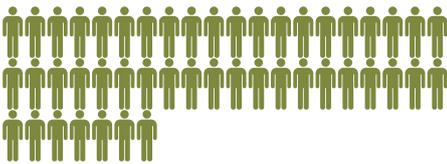
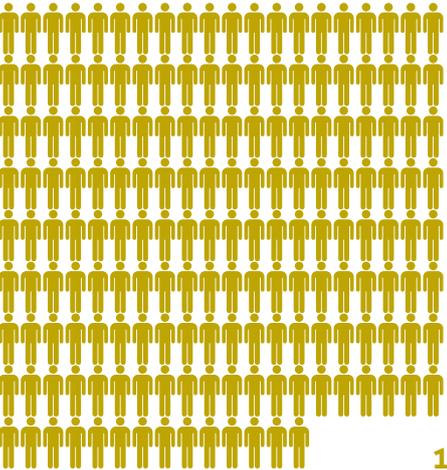
Le rapport se penche également sur trois thèmes d'importance cruciale pour le Programme mondial :

- L'insécurité, la violence ciblée et l'interdiction des campagnes de vaccination, dont la nature et l'intensité sont sans précédent – et qui constituent à présent l'obstacle le plus important à l'arrêt de la transmission à travers le monde ;
- Communication et mobilisation sociale – l'axe principal du précédent rapport du CSI, et un domaine dans lequel les performances doivent encore être améliorées ;
- Gestion et supervision du Programme mondial au niveau des sièges (et des bureaux régionaux), qui engendrent des obstacles à l'interruption de la transmission de la poliomyélite qu'il convient de traiter avec urgence.

Avant de conclure par une évaluation globale des progrès réalisés et par des recommandations, le rapport revient sur la question de la réponse du Programme à sa recommandation précédente concernant l'utilisation potentielle du vaccin contre la poliomyélite inactivé (VPI) par injection dans l'interruption de la transmission de la poliomyélite.

**2013 : les cas d'endémie sont en baisse, mais la flambée majeure dans la Corne de l'Afrique fait grimper le total des cas à l'échelle mondiale**

Cas d'infection à poliovirus sauvage : jan-sept

	2012	2013
<b>Afghanistan</b>	 18	 4
<b>Nigéria</b>	 90	 47
<b>Pakistan</b>	 37	 28
<b>Tchad</b>	 5	
<b>Somalie</b>		 174
<b>Kenya</b>		 14
<b>Éthiopie</b>		 3
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>270</b>

Pays d'endémie poliomyélitique

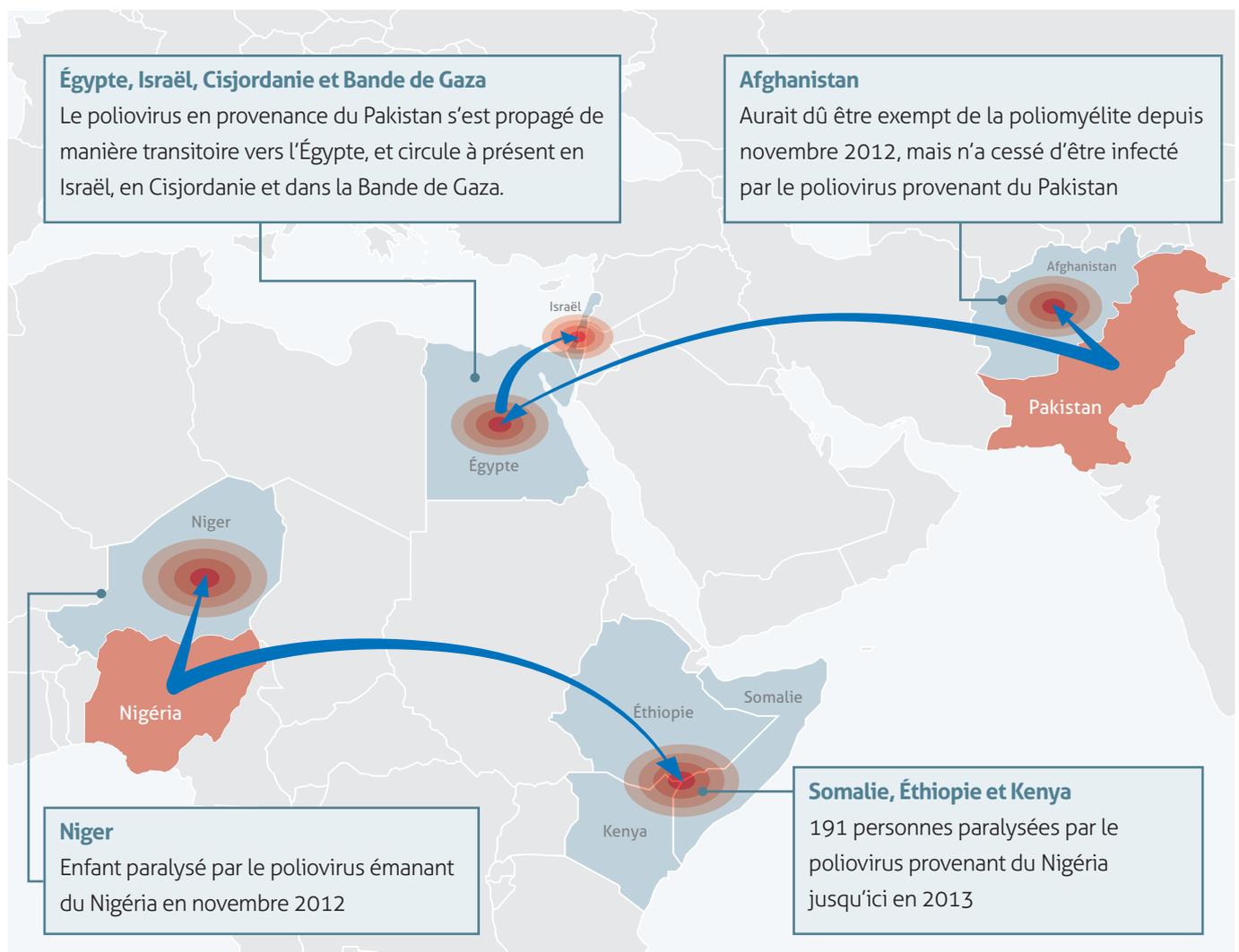
Pays touchés par des flambées de poliomyélitite

Le Programme peut se réjouir car il y a quelques bonnes nouvelles...

- 14 JUIN 2013** UNE ANNÉE SANS POLIOMYÉLITE AU TCHAD
- 10 NOVEMBRE 2013** UNE ANNÉE SANS POLIOVIRUS SAUVAGE DE TYPE 3 DANS LE MONDE
- 19 NOVEMBRE 2013** UNE ANNÉE SANS POLIOVIRUS SAUVAGE DANS LE SUD DE L'AFGHANISTAN

...mais au Nigéria et au Pakistan, la propagation du poliovirus sauvage de type 1 se poursuit

Exportations du poliovirus depuis ses réservoirs endémiques (2012-2013)



**AFGHANISTAN**



## Afghanistan

Durant de nombreuses années, Helmand et Kandahar étaient des sanctuaires du poliovirus. En novembre 2013, ces régions du sud franchiront l'étape admirable d'une année apparemment sans poliovirus sauvage. Bien que n'étant pas une victoire absolue contre la poliomyélite en Afghanistan, cela montre que le Programme a fait d'importants progrès. Surtout, cela est l'opportunité évidente de mettre fin à la transmission de la poliomyélite en Afghanistan pour toujours.

La transmission de la poliomyélite dans les provinces de Helmand et de Kandahar n'est pas un mystère. Elle s'est poursuivie tandis que trop d'enfants échappaient aux vaccinateurs – en raison de l'insécurité et de campagnes mal gérées. Elle s'est arrêtée lorsque le travail dévoué et compétent du Programme a permis de fortement réduire le nombre d'enfants échappant à la vaccination. Il a été clairement et objectivement prouvé que l'immunité s'est améliorée, trimestre après trimestre. Ceci est le fruit d'une série d'initiatives grâce auxquelles de moins en moins d'enfants ont échappé aux campagnes de vaccination. Les initiatives en question comprenaient d'importantes négociations concernant l'accès (aidées notamment par le Comité international de la Croix-Rouge) ; des équipes de gestion des districts ; des équipes de vaccination permanentes ; la mise en place de salles de contrôle de la poliomyélite à Kaboul et dans les provinces à plus haut risque ; des équipes de transit, nomades et frontalières ; et une stratégie de visite répétée pour les enfants manquants.

Le sud n'est pas encore à l'abri de la poliomyélite. Le poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale (PVDVc) montre bien que l'immunité est encore sous-optimale. Des problèmes fondamentaux de gestion des campagnes demeurent, rendant les enfants vulnérables en cas de réimportation du poliovirus. Le CSI applaudit l'utilisation de la surveillance environnementale dans la province de Kandahar, et encourage fortement son expansion afin de détecter toute réimportation et d'y remédier rapidement. Il serait imprudent de considérer la mission comme accomplie dans le sud – la situation dans cette région demeure complexe et difficile, et le risque de réimportation est grand.

Par le passé, le CSI a exposé les enseignements tirés du succès de l'éradication de la poliomyélite en Inde. De la même manière, l'Afghanistan a beaucoup à nous apprendre. Le Programme a adopté avec prudence une position neutre dans un contexte politique et d'insécurité complexe. Il a fait de l'idée que « l'éradication de la poliomyélite est l'affaire de tous » bien plus qu'un simple slogan, et en a fait un principe opérationnel directeur. Il existe une réelle demande pour les gouttes de vaccin, et les communautés ont joué un rôle important en assurant que les vaccinateurs puissent avoir accès à leurs enfants. Il y a eu une multitude d'innovations utiles. Il existe une forte collaboration transfrontalière avec le Pakistan – pas seulement à travers les postes de vaccination aux frontières et les campagnes simultanées, mais aussi dans le partage d'informations et d'idées.

### Progrès importants en Afghanistan

**Le succès dans le sud rappelle combien il est important d'avoir une excellente gestion de campagne, fruit de plusieurs initiatives.**

**Il n'y a pas lieu de pavoiser – le sud n'est pas encore à l'abri de la poliomyélite**

**L'Afghanistan apporte de nombreux enseignements, notamment en ce qui concerne sa capacité pour éviter de politiser la vaccination contre la poliomyélite**

## En bref

Bien que la poliomyélite soit absente du sud du pays, elle se fait sentir dans l'est du pays. Depuis de nombreuses années, les enfants dans les provinces de l'est souffrent lorsque le virus est introduit depuis le Pakistan. Cette année, deux souches du poliovirus en provenance du Pakistan ont engendré des cas dans l'est de l'Afghanistan. Et tandis que de telles importations avaient jusqu'ici engendré des cas isolés, on a constaté en 2013 une transmission soutenue de l'une des souches. Cela met en évidence la faiblesse de la couverture vaccinale. L'inaccessibilité dans la province de Kunar est particulièrement préoccupante. La situation de la sécurité à l'est est plus complexe qu'au sud en raison des nombreuses personnes opposées au gouvernement sur lesquelles les militants pakistanais exercent une forte influence. Le programme doit s'attendre à une propagande contre l'éradication de la poliomyélite similaire à celle observée au Pakistan et doit prévoir comment la contrecarrer. Il convient aussi de prêter attention au sud-est – vulnérable car il jouxte le Nord et le Sud-Waziristan.

La clarté dont fait preuve le Programme en Afghanistan à l'égard de ses problèmes restants, et sa stratégie afin de les résoudre, impressionnent le CSI. Cette clarté s'accompagne d'un empressement pour accomplir le travail. Le Programme en Afghanistan bénéficie d'une direction de haut niveau partagée par le Ministre de la Santé et le représentant du Premier Ministre pour l'éradication de la poliomyélite. Toutefois, la répartition des responsabilités entre eux et leurs bureaux est ambiguë, et le Programme devrait s'efforcer de résoudre ce problème.

À l'évidence, l'Afghanistan avance dans la bonne direction, et est en bonne voie pour interrompre la transmission de la poliomyélite d'ici la fin de l'année 2014. Toutefois, le pays n'est pas au bout de ses peines. À ce stade, toute autosatisfaction serait dangereuse. Avec les élections de mars 2014 qui approchent à grands pas, il est essentiel de disposer de plans solides afin d'empêcher que les perturbations électorales ne permettent à la poliomyélite de gagner un peu plus de terrain.

**Succès dans le sud entaché par l'établissement de la transmission dans l'est**

**Ambiguïté et confusion possibles concernant les dispositions en matière de leadership national**

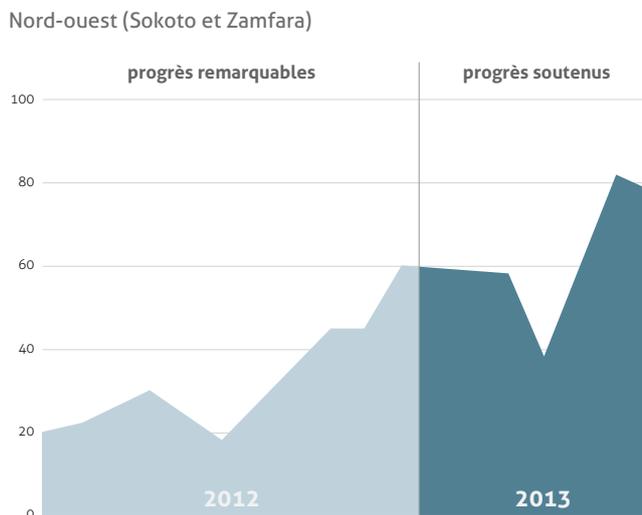
**Attention aux effets perturbateurs des élections de mars 2014**

## NIGÉRIA

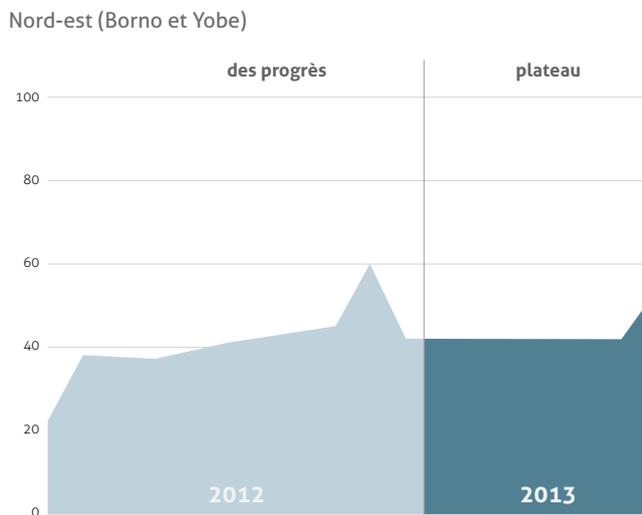
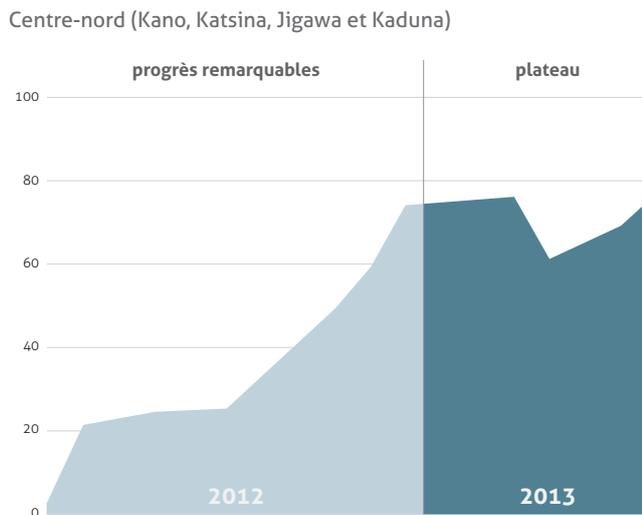


Pourcentage des zones de gouvernement locales ayant atteint une couverture adéquate (80 %) en matière de campagnes de vaccination contre la poliomyélite

**Les progrès réalisés en 2012 se sont poursuivis au nord-ouest du Nigéria...**



**...mais pas dans le nord-est ni le centre-nord du pays**



## Nigéria

En 2012, le poliovirus a été soumis à une forte pression au Nigéria. Le Programme a procédé à une augmentation des effectifs et a renforcé les normes sur l'obligation de rendre compte. Il a mis en place des Centres d'opérations d'urgence, augmentant considérablement la capacité d'analyser les données de performance et d'agir en conséquence. Il a amélioré des milliers de micro-plans, recomposé des équipes de vaccination et intégré les nomades dans son projet. Les dirigeants du pays ont expliqué, sans détours, aux chefs de gouvernement à l'échelle locale ce qu'ils devaient faire. Alors qu'ils relevaient le défi, on a constaté des améliorations significatives dans la couverture des campagnes de vaccination d'un mois à l'autre. À l'évidence, le renforcement de l'immunité en 2012 a porté ses fruits jusqu'ici en 2013, avec une réduction de moitié du nombre de cas, et un nombre de souches virales en circulation cinq fois inférieur comparé à la même période l'année d'avant.

Au début de l'année 2013, le rythme de ces améliorations programmatiques a ralenti considérablement. Durant les premiers mois de l'année, la couverture des campagnes a de nouveau empiré. Cela était essentiellement dû à une insécurité grandissante, qui a profondément affecté le Programme d'éradication de la poliomyélite. Les campagnes n'ont pu se dérouler dans le nord, particulièrement dans les États de Borno, Yobe et (dans une moindre mesure) Kano – et l'insécurité demeure un défi de taille.

Des preuves laissent à penser que la couverture vaccinale s'est améliorée au cours des derniers mois – même si toutefois le rythme de cette amélioration n'est en rien comparable à celui de 2012 et qu'il n'est pas constant. Le Nigéria doit à présent essayer de comprendre comment accélérer les améliorations pour atteindre le rythme de 2012. Ici, tout est question de rapidité. Les préparatifs pour les élections de 2015 vont commencer mi-2014, monopolisant les politiciens et responsables dont le temps et l'énergie sont essentiels dans l'interruption de la transmission de la poliomyélite au Nigéria.

Comme toujours, la situation est loin d'être uniforme dans le nord. En 2013, les États de Sokoto et de Zamfara, au nord-ouest, sont parvenus à capitaliser sur les réussites de 2012, et ont été récompensés par neuf mois exempts de poliomyélite (et le compteur continue de tourner). Dans le même temps, l'État de Kano, l'épicentre historique de la poliomyélite au Nigéria, poursuit son combat. Les données provenant des campagnes de vaccination de septembre suggèrent une hausse des niveaux de couverture dans l'État de Kano, à la grande satisfaction du CSI. Mais l'ampleur de cette amélioration n'a rien d'exceptionnel, et elle se produit dans un contexte de mauvaises performances. Il faut absolument résoudre ce problème. On ne sait pas vraiment pourquoi les performances dans l'État de Kano ont tant résisté aux initiatives d'amélioration de la qualité qui ont fonctionné ailleurs.

**2012 a été une bonne année pour le Nigéria, avec de fortes hausses de la couverture des campagnes**

**Les améliorations programmatiques ont ralenti durant le premier semestre 2013, l'insécurité étant un facteur important**

**On constate dernièrement des signes d'amélioration, mais ceux-ci sont lents**

**Kano – l'épicentre de la poliomyélite au Nigéria depuis longtemps – doit être au centre de la réflexion de chacun**

## En bref

Les États de Kano, Borno et Yobe sont ceux qui préoccupent le plus. Ils sont affectés par l'insécurité, et résoudre ce problème serait un grand pas vers l'interruption de la transmission de la poliomyélite.

Soit, l'analyse des performances du programme au niveau de l'État est utile, mais il est généralement plus utile d'examiner les données au niveau des zones de gouvernement locales (LGA). Elle montre que trop d'enfants continuent d'échapper aux campagnes de vaccination dans un noyau dur de zones de gouvernement locales. Certaines de ces zones sont confrontées à des problèmes de sécurité, mais dans bon nombre d'entre elles, c'est plutôt la mauvaise gestion qui pose problème.

Le Nigéria est peut-être dans la phase finale de la lutte contre la poliomyélite, mais cela est loin d'être certain. Ce sera uniquement le cas si le travail du Programme est non seulement de première qualité, mais aussi hautement ciblé. Il convient de bien comprendre les problèmes dans chaque zone de gouvernement locale clé et de disposer de solutions adaptées. Le CSI a pu constater que le ciblage par le Programme de zones de gouvernement locales spécifiques semble avoir bien fonctionné, avec des hausses évidentes de la couverture des campagnes dans certains endroits, et s'en trouve encouragé. Lors de sa réunion, le CSI s'est inquiété d'entendre des descriptions et analyses assez générales concernant les problèmes et les plans. Il se peut que le problème réside dans la manière dont le Programme nous a été présenté, ou qu'il s'agisse d'un défaut dans l'approche adoptée. Le temps des généralités est révolu.

Le Programme est en train de mettre en œuvre toute une gamme de solutions plausibles. Des équipes de soutien à la gestion sont en train d'être déployées dans les zones de gouvernement locales où la qualité demeure un problème. Le programme national STOP a été étendu pour offrir une capacité supplémentaire au niveau des zones de gouvernement locales. Grâce à l'échelonnement des campagnes, le Programme est en mesure de concentrer son attention sur les zones de gouvernement locales les plus préoccupantes, en commençant les campagnes dans ces zones plusieurs jours à l'avance. Une gamme de solutions complémentaires est en train d'être déployée dans les zones d'insécurité : équipes sanitaires permanentes ; camps de santé ; et approche « éclair » qui consiste à utiliser des doses supplémentaires dans un intervalle court (SIAD) afin d'optimiser l'immunité durant les fenêtres d'accessibilité.

Voici-là un ensemble conséquent d'interventions. Toutefois, le fait que les problèmes et les ripostes fassent depuis plusieurs mois déjà l'objet de discussions et que les améliorations constatées soient loin d'être écrasantes inquiète le CSI.

Le Programme a poursuivi une politique de campagnes de vaccination extrêmement fréquentes. Une fréquence élevée de campagnes sous-optimales est seulement

**La mauvaise gestion doit être combattue sans relâche**

**L'accent mis sur la résolution des mauvaises performances dans certaines zones de gouvernement locales et l'engagement en ce sens doivent perdurer**

**Des innovations propres au contexte et crédibles ont été mises en place – mais n'ont pas d'effet significatif pour l'instant**

## En bref

justifiée si l'on constate réellement une amélioration d'une campagne à l'autre. Il est nécessaire d'avoir des preuves concrètes qui montrent que c'est bien le cas. Sinon, peut-être est-il préférable d'adopter une approche différente impliquant moins de campagnes (davantage de temps étant consacré à la planification et à la préparation afin d'améliorer la qualité).

Le temps est compté et les six prochains mois constituent un véritable test pour le Programme d'éradication de la poliomyélite au Nigéria. Il dispose d'une solide direction, de données d'une qualité sans précédent et d'une gamme d'interventions crédibles. Son approche doit être axée sur les zones de gouvernement locales spécifiques (ou être encore plus localisée). Il faut faire le maximum pour accélérer le processus d'étude des problèmes, de mise en œuvre des solutions et de peaufinage de l'approche en fonction de ce qui fonctionne.

À l'approche des élections, le Programme doit aussi tirer parti de toute opportunité de plaidoyer qui se présente, et doit disposer de plans rigoureux pour minimiser les perturbations.

Le travail entrepris en 2012 a permis de réaliser de véritables progrès et fourni une base de performance solide sur laquelle s'appuyer. Mais les perturbations liées aux élections approchent trop rapidement. Jusqu'à présent en 2013, les progrès réalisés par le programme sont moindres par rapport à l'année dernière. Il est urgent de faire avancer les problèmes restants.

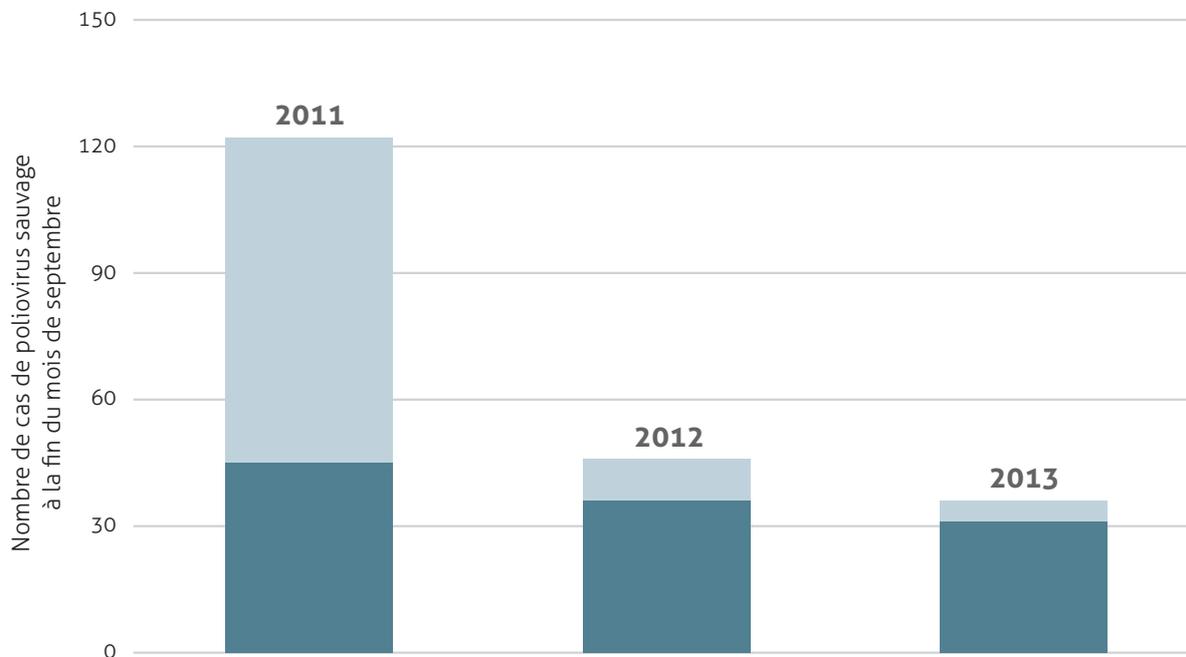
**NOUS RECOMMANDONS AU COMITÉ D'EXPERTS (ERC) AU NIGÉRIA DE S'ASSURER DE LA MISE EN PLACE DE PLANS DÉTAILLÉS SPÉCIFIQUES À CHAQUE LIEU, AFIN DE SURMONTER LES DÉFIS DANS CHACUNE DES ZONES DE GOUVERNEMENT LOCALES DEVANT ÊTRE PRIVILÉGIÉES.**

### **Les six prochains mois sont décisifs pour le Nigéria**

**PAKISTAN**

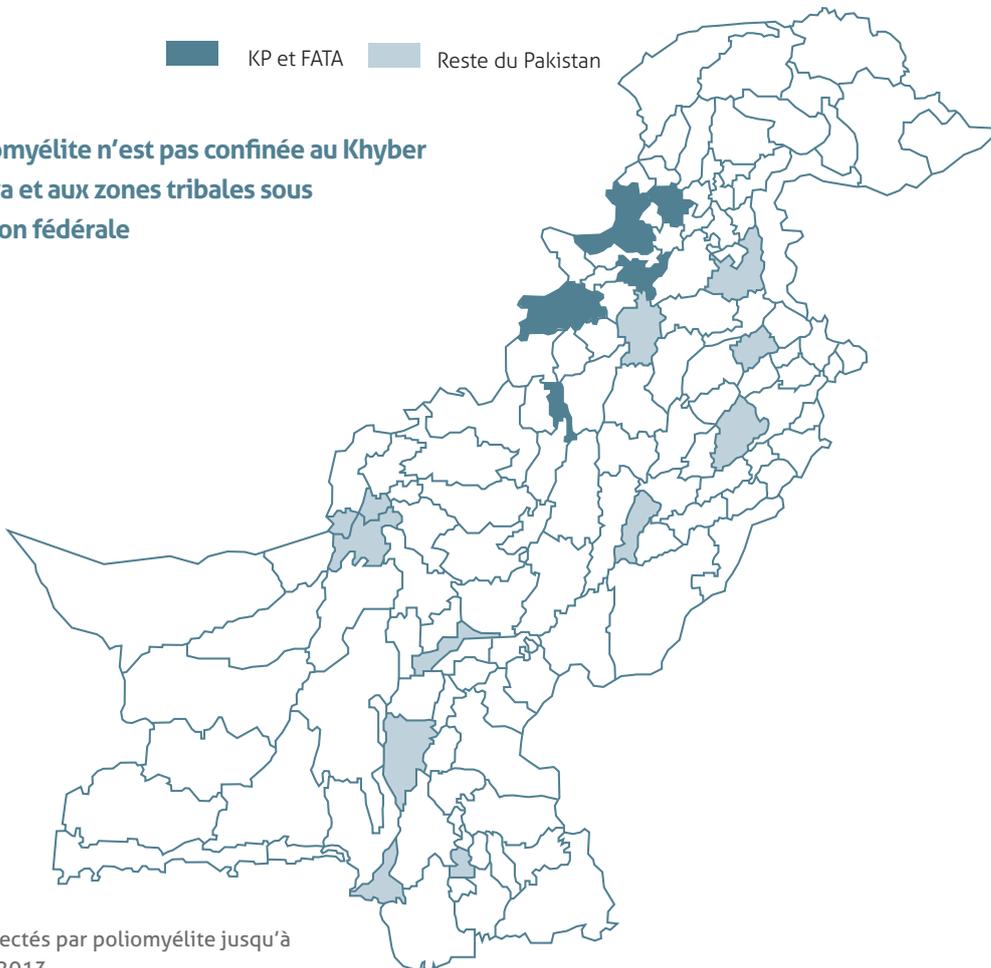


**Le noyau dur : Au Pakistan, un obstacle majeur au Khyber Pakhtunkhwa (KP) et dans les zones tribales sous administration fédérale (FATA) a freiné les progrès**



■ KP et FATA    ■ Reste du Pakistan

**mais la poliomyélite n'est pas confinée au Khyber Pakhtunkhwa et aux zones tribales sous administration fédérale**



Districts infectés par poliomyélite jusqu'à présent en 2013

## Pakistan

En octobre 2011, le CSI a décrit le Programme d'éradication de la poliomyélite au Pakistan comme présentant « un profond dysfonctionnement ». Il regorgeait de vaccinateurs désintéressés (et bien souvent mineurs) et était supervisé par des personnes dont les motivations n'étaient pas en phase avec l'objectif d'éradication de la poliomyélite. L'appareil d'État ne s'était pas attaqué à ces problèmes débilissants. En conséquence, des dizaines de milliers d'enfants n'ont pas été vaccinés contre le poliovirus, qui s'est répandu de manière incontrôlée à travers le pays.

Le plan d'action d'urgence national de 2012 a tenté de résoudre ce problème. Il a placé les commissaires de districts influents aux commandes des campagnes de vaccination, et mis en place des comités au niveau national, des districts, des sous-districts et des provinces, pour faire respecter les obligations de rendre compte. Au sommet de cette structure se trouvait le groupe spécial du Premier Ministre. Le représentant du Premier Ministre pour l'éradication de la poliomyélite a entrepris une tournée dynamique à travers le pays, demandant des comptes aux commissaires de districts. Les équipes de vaccination ont été reformées. Un système de décaissement direct a été mis en place, afin de s'assurer que les vaccinateurs étaient payés dans les délais et en totalité.

Durant l'année 2012, d'énormes progrès ont été réalisés. Au mois d'octobre 2012, la proportion des campagnes de vaccination atteignant une couverture adéquate avait doublé, pour passer de 40 à 80 % en l'espace de 12 mois. Il n'est donc pas surprenant que le nombre de cas ait dégringolé – pour passer 198 en 2011 à 58 en 2012.

Mais, tandis que la qualité des campagnes était enfin maîtrisée, d'autres obstacles sérieux à l'éradication de la poliomyélite au Pakistan ont pris de l'ampleur. Depuis décembre 2012, le Programme d'éradication de la poliomyélite au Pakistan fait l'objet d'attaques directes. Au total, 22 personnes ont été assassinées alors qu'elles travaillaient dans le cadre de l'éradication de la poliomyélite. Cette violence a été pire à Karachi et au Khyber Pakhtunkhwa. C'est un phénomène sans précédent et d'une immense tristesse.

Depuis juin 2012, un autre phénomène – également sans précédent – est également apparu au Pakistan. Les commandants talibans ont interdit les activités de vaccination contre la poliomyélite au Nord et au Sud-Waziristan, dans les zones tribales sous administration fédérale (FATA). Lorsque l'interdiction a été imposée, le virus ne circulait pas dans cette zone. Mais depuis, le virus s'est introduit et cause à présent de terribles ravages – 27 personnes ont été paralysées au Nord-Waziristan jusqu'à présent cette année. Aucune autre région des pays d'endémie ne compte plus de cas de poliomyélite que le Nord-Waziristan.

**À l'automne 2011, les performances du Programme au Pakistan étaient en déclin**

**En 2012, les performances se sont nettement améliorées**

**Alors que la qualité des campagnes s'améliorait, la sécurité se détériorait**

**Le décès de membres d'équipes de vaccination – une source de grande tristesse pour le monde de la santé publique**

**Les efforts nationaux et internationaux doivent prioriser les mesures visant à offrir un accès sécurisé pour le personnel des campagnes**

Pour finir, dans le chapitre « insécurité et inaccessibilité », à Bara, dans l'Agence de Khyber, les combats ont empêché l'accès aux vaccinateurs. Bien que ce thème soit souvent utilisé pour résumer les problèmes complexes décrits ici, chaque problème est différent et nécessite une riposte différente. Chacun requiert une volonté politique absolue, au Pakistan et au-delà.

Le CSI a accueilli favorablement l'avis clairement exprimé de la nouvelle Ministre de la Santé, pour qui ces problèmes sont l'affaire du Pakistan et la responsabilité de les résoudre revient au gouvernement, et a applaudi sa détermination afin d'y parvenir. Elle a, à plusieurs reprises, affirmé que le Pakistan prenait en charge l'éradication de la poliomyélite. L'aide internationale sera également nécessaire, et la promesse récente de soutien de la part des Émirats arabes unis est très appréciée. Nous sommes en présence d'épineux problèmes politiques, qui vont bien au-delà de la poliomyélite.

Le Programme d'éradication de la poliomyélite est une initiative humanitaire qui sauve des vies. Il est d'une importance cruciale que l'interdiction au Nord et au Sud-Waziristan soit levée d'une manière ou d'une autre. Sinon, la poliomyélite ne sera pas éradiquée au Pakistan. La politisation du Programme d'éradication de la poliomyélite engendre l'obstacle le plus insoluble à l'éradication.

Lorsque la violence a éclaté à la fin de l'année 2012, la qualité des campagnes était en forte amélioration mais n'avait pas encore atteint un niveau optimal. Le virus a continué de circuler au Pendjab, par exemple, où la gestion des campagnes, et non l'insécurité, demeure le principal problème. La surveillance environnementale s'avère très utile au Pakistan, et réfute l'idée que la poliomyélite est strictement confinée à quelques parties du pays. On rencontre même des problèmes là où le virus n'est pas présent. Au Balochistan, la couverture des campagnes est bien supérieure par rapport à l'année 2011 et, en conséquence, le virus a disparu. Toutefois, la couverture des campagnes n'est pas encore assez forte pour affirmer que le virus ne s'installera pas à nouveau.

Au cours des derniers mois, les efforts en vue d'améliorer la qualité des campagnes n'ont pas seulement été gênés par les problèmes de sécurité. Suite aux élections de mai 2013, le gouvernement intérimaire a démantelé la cellule de surveillance du Premier Ministre, et la supervision du programme au niveau national est partie en virlle. Le nouveau gouvernement est en train de résoudre ce problème, mais un temps précieux a été perdu. Les nouvelles dispositions relatives à la supervision doivent être prises rapidement, notamment la nomination du représentant du Premier Ministre pour l'éradication de la poliomyélite, si cela est prévu.

**Le Programme d'éradication de la poliomyélite doit redevenir une initiative humanitaire positive, et non pas un pion sur l'échiquier politique**

**Il convient de ne pas oublier que dans certaines zones, ce n'est pas la sécurité mais la qualité des campagnes qui pose problème**

**Le contrôle exercé par le pays sur la qualité du Programme a été provisoirement perdu durant la transition gouvernementale**

## En bref

À présent, la difficulté majeure pour le gouvernement est de s'attaquer aux problèmes de sécurité et d'accès localisés qui menacent les chances du Pakistan d'arrêter la transmission de la poliomyélite, tout en continuant d'améliorer la qualité de la couverture des campagnes à l'échelle du pays. Nous nous réjouissons du consensus politique grandissant en faveur de l'éradication, mais la question est de savoir si des progrès tangibles peuvent désormais être réalisés.

Le temps ne joue pas en faveur du Pakistan. L'excellent travail réalisé en 2012 lui a apporté quelques mois de répit, mais les améliorations enregistrées à travers le pays sont fragiles et ne peuvent tenir indéfiniment. La surveillance environnementale révèle que la poliomyélite est revenue dans des zones clés, dont Gurshan-e-Iqbal à Karachi et Rawalpindi au Pendjab. Des preuves continues de l'existence du PVDVc sont le signe alarmant que la couverture des campagnes n'est pas ce qu'elle devrait être. Si l'on ne parvient pas à assurer l'accès au Nord et Sud-Waziristan, et à gérer avec rigueur l'insécurité à Karachi et au Khyber Pakhtunkhwa, ce ne sont pas seulement les enfants de ces régions qui vont souffrir – le virus est d'ores et déjà en train de se répandre à travers le pays, et ce n'est qu'une question de temps avant qu'il ne se répande à nouveau plus largement.

Malgré de bons progrès en 2012, deux problèmes ont surgi en 2013 : les difficultés liées à la sécurité et à l'accès, et la qualité des campagnes qui ne s'améliore pas. Il n'y a pas au sein du Programme mondial d'éradication de la poliomyélite de besoin plus urgent que celui de résoudre ces problèmes. Le CSI est tout à fait conscient que l'objectif du Pakistan d'arrêter la transmission de la poliomyélite en 2014 n'est pas en bonne voie. Mais en faisant preuve d'une réelle détermination et en résolvant les problèmes, il peut repartir en bonne voie.

**NOUS RECOMMANDONS QUE LE PROGRAMME D'ÉRADICATION DE LA POLIOMYÉLITE AU PAKISTAN, ET TOUS CEUX QUI LE SOUTIENNENT, FASSENT DE L'ACCÈS DANS LES ZONES TRIBALES SOUS ADMINISTRATION FÉDÉRALE (FATA) LA PREMIÈRE PRIORITÉ, EN UTILISANT TOUS LES MOYENS DIPLOMATIQUES POSSIBLES**

**Le nouveau gouvernement pakistanais déclare qu'il prend en charge l'éradication de la poliomyélite**

**Un retour en arrière n'est pas permis**

**Une excellente direction est nécessaire pour remettre en bonne voie l'objectif d'interrompre la transmission d'ici 2014**

## CORNE DE L'AFRIQUE



## En bref

**Des poudrières existant depuis de nombreuses années dans la Corne de l'Afrique se sont violemment embrasées en raison du poliovirus en provenance du Nigéria**

**La Somalie comptait en 2013 les deux tiers des cas de poliomyélite au monde**

**À présent, c'est Al-Shabab qui décide si d'autres enfants seront paralysés**

**Le nombre de campagnes était en phase avec le protocole de riposte, mais la qualité laissait à désirer**

### Corne de l'Afrique

Les pays qui composent la Corne de l'Afrique inquiètent depuis longtemps déjà les experts de l'éradication de la poliomyélite. Au cours des six derniers mois, cette poudrière s'est embrasée, rappelant brutalement le danger d'accorder trop peu d'attention aux pays vulnérables à la poliomyélite.

Cette section décrit dans le détail la situation en Somalie et au Kenya, et la riposte dans la Corne de l'Afrique en général. Ensuite, le chapitre intitulé « Flambées potentielles » se penche sur les autres pays vulnérables de la Corne de l'Afrique, ainsi que sur d'autres régions à travers le monde.

### Somalie

La Somalie a réussi à stopper la transmission de la poliomyélite en 2002, mais a été réinfectée deux fois depuis. La couverture vaccinale systématique au cours des dix dernières années a rarement dépassé les 30 %.

En mai 2013, la nouvelle d'une fillette de deux ans ayant été paralysée par la poliomyélite dans la région de Banadir, au sud-est du pays, a marqué le début d'une flambée explosive qui a paralysé jusqu'ici 174 personnes – pour la plupart des enfants. L'ampleur de la flambée est telle que la Somalie comptait en 2013 les deux tiers des cas de poliomyélite au monde.

L'insécurité fait de la Somalie un environnement difficile dans lequel travailler. En particulier, le groupe d'insurgés Al-Shabab interdit activement la vaccination contre la poliomyélite dans les vastes zones sous son contrôle. En conséquence, un million d'enfants n'ont pas été vaccinés depuis 2010.

La majorité des cas ont été enregistrés dans la région de Banadir, où la flambée locale semble être la plus forte. Le virus s'est également répandu à travers les zones au sud et au centre du pays. Il continue de circuler dans des zones où le Programme n'est pas en mesure de vacciner.

Le Programme dispose d'un protocole clair de riposte aux flambées et a respecté les délais serrés imposés par celui-ci. Au total, sept campagnes de vaccination ont été réalisées dans les zones accessibles du pays. Les données officielles de surveillance indiquent que ces campagnes ont atteint une bonne couverture. Toutefois, les sources du CSI suggèrent que d'importants travaux supplémentaires sont nécessaires pour contrôler la micro-planification et la supervision, et remettent en question les données de surveillance.

## En bref

Étant dans l'impossibilité d'accéder à plus d'un tiers de la population dans leurs habitations, le Programme est en train de mettre en place 300 postes de vaccination pour les populations en transit, en vue d'atteindre les enfants allant des zones accessibles aux zones inaccessibles. C'est là une stratégie d'atténuation clé, et un travail de grande qualité doit être réalisé dans ces postes.

On ignore pendant combien de temps le virus va continuer de circuler dans les zones inaccessibles de Somalie. Mis à part espérer qu'Al-Shabab reviendra sur sa position, tout ce que l'on peut faire c'est optimiser les activités dans les zones accessibles au Programme. Il est d'une importance capitale que cela soit bien fait.

Le CSI a été profondément choqué de constater les énormes failles dans la protection avancée offerte aux enfants en Somalie. On sait depuis longtemps déjà que le pays compte le plus grand réservoir d'enfants susceptibles de contracter la poliomyélite dans le monde, en raison du refus d'Al-Shabab d'autoriser les campagnes de vaccination. Cela aurait dû inciter le pays et ses partenaires à renforcer toute défense possible pour lutter contre l'installation du virus. Toutefois, les données du Programme révèlent, de manière scandaleuse, que parmi les enfants auxquels les vaccinateurs ont entièrement accès, 20 % n'avaient jamais reçu de dose de VPO. Jusqu'ici, 60 % des cas sont des enfants auxquels les vaccinateurs ont accès.

Malgré tous ses efforts, le CSI ne comprend pas pourquoi la stratégie des postes de vaccination pour les populations en transit a seulement été mise en œuvre en réponse à cette flambée. Elle aurait pu l'être depuis plusieurs mois pour faire progresser l'immunité dans les zones accessibles. Est-ce dû au fait que cela aurait été trop astreignant et trop cher ? Si tel est le cas, ce sont de fausses économies car des fonds non affectés doivent à présent être dépensés pour faire face à la situation. Alors que la riposte à la flambée avance, il n'y a pas de place pour les erreurs de jugement. L'immense défi posé par l'inaccessibilité à grande échelle en Somalie doit s'accompagner d'une excellente riposte.

Lorsque la poliomyélite s'est réintroduite en Somalie en 2005, cela a commencé de la même façon – Afrique de l'Ouest, puis Banadir, et zones du sud et du centre. Le Programme devrait avoir une mémoire institutionnelle et ne pas permettre à l'histoire de se répéter. À cette occasion, il a fallu deux ans pour mettre fin à la flambée. Permettre que cela se produise à nouveau serait un véritable désastre pour le Programme.

### Kenya

Au cours des derniers mois, les districts de Dadaab et de Fafi, au sud-est du pays, ont été le théâtre d'une importante flambée de poliomyélite. La première victime a été paralysée le 30 avril 2013, et 13 autres enfants et jeunes adultes ont depuis été

**Postes de vaccination pour les populations en transit – une intervention clé**

**Le pays comptant le plus grand réservoir d'enfants susceptibles de contracter la poliomyélite dans le monde, comment se fait-il que le problème n'ait pas été anticipé et traité ?**

**L'absence de mesures proactives en Somalie devrait sonner l'alarme dans les autres pays vulnérables**

**Il a fallu deux ans pour maîtriser la dernière flambée majeure en Somalie – cela serait inacceptable face à l'objectif actuel du Programme**

**Quatorze personnes paralysées lors de la flambée de poliomyélite au Kenya**

## En bref

paralysés. La moitié des victimes habitait dans des camps de réfugiés ; l'autre moitié était de jeunes kényans habitant dans les environs.

Avec le soutien du Programme mondial, le Kenya a mis en place une solide riposte dans la zone immédiate de la flambée. Depuis mai 2013, cinq campagnes de vaccination ont été réalisées, avec de bons niveaux de couverture. Mais il apparaît clairement – fait très inquiétant – que cette riposte de grande qualité est un phénomène local que l'on ne retrouve pas dans le reste du pays, où le sens de l'urgence fait défaut. Des campagnes ont été réalisées, mais leur couverture est bien loin d'atteindre le niveau obtenu à Dadaab. Ce manque de clairvoyance pourrait coûter très cher. La poliomyélite pourrait facilement infecter d'autres régions du Kenya.

Il convient notamment de considérer Nairobi comme une zone à très haut risque. La poliomyélite pourrait très facilement s'y installer, causant des dégâts considérables dans la capitale du pays et engendrant une probabilité élevée de propagation internationale. À cet égard, le CSI a été très déçu d'apprendre que les campagnes de vaccination réalisées à Nairobi étaient de très mauvaise qualité, avec des milliers d'enfants n'ayant pas été vaccinés, une faible mobilisation sociale malgré le problème des refus et des rumeurs hostiles, et un sens inexistant de la menace posée par la poliomyélite.

Le CSI a appris que des discussions sont en cours afin de déclarer cette flambée de poliomyélite comme une urgence de santé publique. Une décision sur ce point est attendue. La flambée actuelle est sans conteste une urgence de santé publique. Elle doit être déclarée et traitée en tant que telle.

Une évaluation sur trois mois de la riposte à la flambée fournit une liste claire et ferme de recommandations. Il est essentiel que celles-ci soient rapidement mises en œuvre. Outre la déclaration d'une urgence de santé publique, le CSI recommande vivement au gouvernement kényan d'accélérer l'instauration de la surveillance environnementale à Nairobi.

**NOUS RECOMMANDONS LA MISE EN PLACE DE TOUTE URGENCE DE LA SURVEILLANCE ENVIRONNEMENTALE À NAIROBI**

### Riposte dans la Corne de l'Afrique

Dans l'ensemble, la riposte du Programme dans la Corne de l'Afrique comporte des aspects positifs, mais trop de domaines présentent encore des lacunes.

Des campagnes locales, puis nationales, ont été réalisées rapidement après la détection des cas. Le Programme a fait preuve de flexibilité, utilisant l'approche des

**Riposte locale forte ne s'étendant pas au pays tout entier**

**Nairobi est une poudrière**

**Pas de véritable riposte d'urgence**

**La mise en œuvre complète des recommandations découlant de l'évaluation est désormais urgente et la surveillance environnementale est un impératif**

## En bref

### **Certains points forts de la riposte dans la Corne de l'Afrique**

#### **Mais pourquoi les problèmes de personnel à nouveau ?**

#### **Un personnel clé absent ou débordé n'est pas compatible avec le statut d'urgence déclarée du programme**

#### **La riposte dans la Corne de l'Afrique a été mal coordonnée, bien que l'on rappelle depuis plusieurs années que la coordination y est essentielle**

doses supplémentaires dans un intervalle court (SIAD) le cas échéant, et relevant l'âge de la vaccination lors de certaines campagnes. Le CSI accueille favorablement les évaluations sur trois mois réalisées au Kenya et en Somalie. Celles-ci semblent être complètes. Il convient de mettre rapidement en œuvre les mesures qui en découlent.

Le CSI a exprimé à de nombreuses reprises son désaccord lorsqu'un manque de personnel empêche les partenaires de fournir une assistance technique optimale. Avec des millions de dollars dépensés pour la vaccination, il est regrettable de ne pas disposer d'un personnel technique suffisant pour optimiser l'utilisation de ces ressources. Au total, douze campagnes ont été réalisées au Kenya et en Somalie, soit 31 millions de dose de vaccin. Ces précieux vaccins auraient pu être utilisés de manière plus optimale si l'assistance technique avait été plus robuste.

Nous avons pris connaissance de plusieurs problèmes de manque de personnel pour la riposte dans la Corne de l'Afrique. Voici quelques-uns d'entre eux : le responsable de l'importante évaluation sur trois mois en Somalie était seulement présent par intermittence dans le pays durant cette période, devant s'absenter pour traiter des questions ne se rapportant à la poliomyélite en Ouganda ; l'UNICEF ne dispose pas d'un chef d'équipe à plein temps pour son équipe dédiée à la poliomyélite en Somalie ; au Kenya, les équipes de l'OMS et de l'UNICEF sont débordées, certaines des personnes affectées à la poliomyélite continuant de travailler en parallèle sur d'autres aspects.

Le CSI considère que de tels problèmes sont inexcusables pour un programme déclaré « urgence programmatique pour la santé publique mondiale » par l'Assemblée mondiale de la Santé. Cela n'est tout simplement pas une riposte digne d'un programme d'éradication.

Autre exemple du manque d'attention portée à la Corne de l'Afrique : la médiocrité des indicateurs de surveillance et de vaccination dans l'Ogaden en Éthiopie. La frontière entre l'Ogaden et la Somalie est extrêmement poreuse, avec des mouvements constants entre les deux pays.

Le CSI s'inquiète en outre de la riposte à travers la Corne de l'Afrique dans son ensemble. Le Groupe Consultatif Technique pour la Corne de l'Afrique défend depuis de nombreuses années l'adoption d'une approche coordonnée dans la région, mais en vain. Une approche coordonnée est essentielle car la Corne de l'Afrique constitue un bloc épidémiologique unique, avec des routes commerciales, des mouvements de camionnage et des nomades en mouvement. La détection d'un cas en Somalie aurait dû se traduire par une riposte d'urgence dans toute la Corne de l'Afrique. Au lieu de cela, le sentiment d'urgence n'a guère été ressenti au-delà de la Somalie et d'une partie du Kenya. Le directeur régional du bureau de la Région OMS de la Méditerranée

## En bref

orientale, dont l'engagement absolu envers l'éradication de la poliomyélite est exemplaire, a rempli son rôle de direction avec une grande détermination. Mais le suivi au niveau opérationnel s'est étiolé.

La structure organisationnelle des organismes partenaires empêche l'adoption d'une approche coordonnée. La responsabilité de la Corne de l'Afrique revient à deux bureaux régionaux de l'OMS et de l'UNICEF. Pire encore, les frontières régionales diffèrent entre les deux organisations. La charrue ne peut pas ainsi tirer les bœufs. Une approche coordonnée est indispensable. Soit ces bureaux doivent mieux coordonner leurs efforts, soit la structure organisationnelle doit changer. Lors de sa réunion, le CSI a été informé que l'UNICEF est en train de créer un bureau consolidé pour la Corne de l'Afrique. C'est une bonne nouvelle – même si le Programme tout entier aurait dû disposer d'une telle structure il y a six mois, voire plus. Ceci est censé être une urgence programmatique.

Le CSI accepte mal que le manque de personnel ou l'absence d'une approche coordonnée pour la Corne de l'Afrique puisse perdurer plus longtemps.

NOUS RECOMMANDONS LA MISE EN PLACE D'UNE UNITÉ CENTRALE DE COMMANDEMENT REGROUPANT L'OMS ET L'UNICEF POUR LA CORNE DE L'AFRIQUE, ET SA DIRECTION PAR UN SEUL COMMANDANT EXPÉRIMENTÉ

NOUS RECOMMANDONS QUE LE CONSEIL DE SURVEILLANCE DE LA POLIOMYÉLITE PROCÈDE À UNE ÉVALUATION IMMÉDIATE AFIN DE DÉTERMINER LES EFFECTIFS SUPPLÉMENTAIRES NÉCESSAIRES DANS ET POUR SOUTENIR LA CORNE DE L'AFRIQUE, ET QU'IL SUPERVISE LES MESURES POUR DÉPLOYER CES EFFECTIFS D'ICI LA FIN DU MOIS DE NOVEMBRE

**La structure des organismes partenaires fait obstacle à la coordination – c'est la charrue qui mène les bœufs**

**LA SITUATION NOUVELLE  
EN ISRAËL**



### La situation nouvelle en Israël

En mai 2013, des échantillons environnementaux prélevés à travers le pays contenaient des quantités considérables de poliovirus sauvage. En réponse, le pays a examiné des échantillons plus anciens qui avaient été stockés. Ces tests ont permis d'établir que le virus circule depuis février 2013. Des tests génétiques ont révélé que le virus provient du Pakistan et a voyagé jusqu'à Israël via l'Égypte, peut-être dans la communauté bédouine.

La circulation était et demeure étendue. Entre février et septembre, le virus a été détecté dans plus de 100 échantillons prélevés dans tout le pays. Malgré cela, personne n'a encore été paralysé par la poliomyélite. Il y a une explication scientifique à ce phénomène. Israël vaccine les enfants à l'aide du vaccin contre la poliomyélite inactivé (VPI) par injection, dans le cadre du calendrier de vaccination systématique, à l'instar de nombreux autres pays. Le taux de vaccination est élevé – 95 %. Le VPI stimule fortement l'immunité humorale mais pas l'immunité muqueuse. En d'autres termes, il protège les personnes contre la maladie mais ne les empêche pas d'être porteuses du virus dans leurs intestins et de le transmettre à d'autres personnes. Au contraire, le vaccin antipoliomyélitique oral (VPO) stimule l'immunité muqueuse, et prévient ainsi la transmission et pas seulement la maladie.

Cela a engendré un dilemme sans précédent en Israël. Le virus se répandait mais personne ne tombait malade. Bon nombre de personnes se sont alors demandées où était le problème.

Le problème est le suivant : au fur et à mesure que circule le virus, les personnes sans immunité humorale totale risquent d'être infectées et paralysées. Étant donné que la couverture vaccinale n'est pas de 100 %, ce groupe à risque représente un nombre important d'Israéliens. Il inclut aussi plusieurs milliers de personnes dans les pays voisins affichant des taux de couverture inférieurs, et où le virus pourrait aisément se répandre et s'installer.

À cet égard, la découverte de la circulation du virus en Israël aurait dû s'accompagner d'une riposte urgente et complète. Comme pour toute flambée de poliomyélite, la marche à suivre consiste à utiliser le VPO pour vacciner la population. Ces efforts ont été marqués par une certaine lenteur. Une première campagne nationale de vaccination par le VPO est toujours en cours, et il n'y a pas encore de projet précis pour une seconde campagne. Le Programme a conscience que le risque de propagation internationale est élevé. Par conséquent, la lenteur de cette riposte est à la fois surprenante et inquiétante.

**L'apparition du poliovirus dans les égouts en Israël fut un véritable choc**

**Plus de 100 échantillons à travers le pays, mais aucun cas de poliomyélite (en raison de la couverture élevée par le VPI)**

**La majorité de la population en Israël est protégée par le VPI, mais pas toute - et les pays voisins sont vulnérables**

**La campagne de vaccination de riposte par le VPO met du temps à s'organiser**

## En bref

La manière dont le poliovirus s'est installé en Israël devrait rappeler au reste du monde que même les pays qui disposent de solides systèmes de vaccination systématique ne peuvent être garantis d'un avenir sans poliomyélite tant que le virus n'est pas complètement éradiqué à travers le monde. L'éradication de la poliomyélite relève réellement de la bonne volonté publique mondiale.

Le phénomène observé en Israël présente un intérêt pour tous les observateurs de la poliomyélite et de son éradication, et il convient d'examiner ses implications élargies. Mais ni le Programme ni le gouvernement israélien ne peuvent se laisser distraire par ce phénomène. Le plus important est d'éliminer le virus rapidement, avant qu'il n'affecte des enfants en Israël ou dans les pays voisins.

**NOUS RECOMMANDONS À ISRAËL DE PLANIFIER IMMÉDIATEMENT UNE SECONDE CAMPAGNE DE VACCINATION NATIONALE PAR LE VPO ET DE LA RÉALISER AUSSI VITE QUE POSSIBLE**

**NOUS RECOMMANDONS AU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'OMS D'INFORMER DE LA CIRCULATION DU POLIOVIRUS EN ISRAËL LES ÉTATS MEMBRES DONT LES POPULATIONS SONT ACTUELLEMENT UNIQUEMENT PROTÉGÉES CONTRE LA POLIOMYÉLITE PAR LE VPI**

**Les implications à l'échelle mondiale de l'incident en Israël devrait faire rapidement l'objet d'un examen**

## FLAMBÉES POTENTIELLES



### Flambées potentielles

Le CSI a fait part, à plusieurs reprises, de son inquiétude concernant le risque d'importation et de flambée auquel sont exposés les nombreux pays exempts de poliomyélite. Organiser des campagnes fréquentes et de haute qualité simultanément dans tous les pays vulnérables nécessite beaucoup de ressources. Il n'est pas raisonnable d'exiger la perfection. Mais tout le monde sait depuis plusieurs mois déjà que la Somalie est fortement menacée, avec un million d'enfants non vaccinés. Le Programme aurait dû, pour le moins, prioriser une couverture élevée dans les zones qui lui étaient accessibles, afin d'atténuer le risque que la poliomyélite n'atteigne les enfants inaccessibles en cas d'importation du virus. Cependant, les données du Programme révèlent que 20 % des enfants dans les zones accessibles n'ont jamais reçu une seule dose de vaccin. Nous reconnaissons que la Somalie n'est pas un endroit facile pour opérer – mais il l'est encore moins maintenant qu'une flambée majeure s'est déclarée dans une zone inaccessible.

En 2012, les annulations de campagnes dans la Corne de l'Afrique étaient telles qu'un tiers des doses prévues n'ont pas été administrées. Dans de nombreux cas, le motif avancé était « des fonds insuffisants ». Pour le CSI, nous ne sommes pas là en mode d'éradication. Protéger ces pays et d'autres pays vulnérables est le coût à payer pour éradiquer la poliomyélite comme il convient, et éviter l'effet « un pas en avant, deux pas en arrière » qu'ont les flambées.

Il est impossible de savoir si la mise en œuvre de la ferme recommandation du CSI de faire de la vaccination une exigence pour les voyages aurait atténué la flambée dans la Corne de l'Afrique. Toutefois, le CSI considère que l'indécision continue autour de cette recommandation empêche une mesure d'atténuation des risques potentiellement décisive d'avoir un impact sur la transmission de la poliomyélite.

Une carte des pays à risque est présentée lors de chaque réunion du CSI ; elle contient d'innombrables indicateurs rouges pour la surveillance et l'immunité. Plusieurs autres pays présentent un risque de flambées potentielles. La « Liste rouge » est longue et chaque pays se caractérise par une faible immunité et/ou un manque de surveillance et, bien souvent, par un faible engagement envers la protection des populations contre la poliomyélite. Soit, l'Ukraine est loin des actuels épicentres de poliomyélite, mais la faiblesse des programmes de santé publique et le manque apparent d'engagement de la part du gouvernement rend chaque jour le pays plus vulnérable. La paralysie et la mort d'enfants dans ce pays ne surprendraient personne – une telle situation détournerait encore plus les principales activités de l'IMEP.

**Une Liste rouge des pays vulnérables à la poliomyélite est, pour le Programme, une nécessité évidente**

**Nous devons tirer des enseignements de l'inaction face aux avertissements concernant la Somalie et la Corne de l'Afrique en général**

**Le programme est trop indulgent à l'égard des poudrières**

**Il est essentiel de porter une attention particulière à chaque pays individuel afin de réduire sa vulnérabilité à la poliomyélite**

NOUS RECOMMANDONS LA CRÉATION D'UN PLAN D'ACTION MONDIAL, QUI PERMETTRAIT D'ÉTABLIR UNE LISTE ROUGE DÉFINITIVE DES PAYS LES PLUS VULNÉRABLES AU MONDE ET D'IDENTIFIER LES MESURES À PRENDRE AFIN DE PROTÉGER CHACUN D'EUX

NOUS RECOMMANDONS À NOUVEAU QUE LE RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL SOIT UTILISÉ POUR S'ASSURER QUE LA VACCINATION EST IMPOSÉE À TOUTE PERSONNE VOYAGEANT DEPUIS UN PAYS D'ENDÉMIE AVANT SON DÉPART. EN OUTRE, CELA DEVRAIT S'ÉTENDRE À TOUT PAYS TOUCHÉ EN PERMANENCE

La Liste rouge : pays où le risque d'une flambée de poliomyélite est le plus élevé

**YÉMEN**

**OUGANDA**

**SYRIE**

**LIBAN**

**JORDANIE**

**IRAQ**

**RÉPUBLIQUE  
CENTRAFRICAINE**

**UKRAINE**

**MALI**

**DJIBOUTI**

**ÉRYTHRÉE**

**SOUDAN**

**SOUDAN DU SUD**

Le CSI considère que ces pays figurent dans la Liste rouge. Le Programme doit établir une Liste rouge définitive et agir rapidement

Campagnes de vaccination réalisées dans la Corne de l'Afrique en 2012 : 53

<b>PLAN DE CAMPAGNE INITIAL:</b>	148 MILLIONS DE DOSES
<b>CAMPAGNES RÉALISÉES:</b>	95 MILLIONS DE DOSES
<b>CAMPAGNES ANNULÉES :</b>	53 MILLIONS DE DOSES

Campagnes annulées et d'ampleur réduite

Pays	Campagne	Révision du plan	Doses annulées
Éthiopie	Sept JLV	Réduction de 35%	1,3 million
	Oct JLV	Réduction de 35%	1,3 million
Kenya	Juin JNV	Annulée	8,1 million
	Juil. JNV	Annulée	8,1 million
	Apr JLV	Réduction de 50%	2,6 million
	Mai JLV	Réduction de 50%	2,6 million
	Nov CHD	Réduction de 70%	1,8 million
Tanzanie	Juin JNV	Annulée	3,5 million
Ouganda	Juil. JNV	Annulée	3,5 million
	Apr JLV	Annulée	7 million
	Mai JNV	Annulée	7 million
	Nov JLV	Annulée	2,6 million
Soudan	Déc JLV	Réduction de 50%	3,5 million
			<b>53 million</b>

JNV Journée nationale de vaccination JLV Journée locale de vaccination CHD Journée de la santé de l'enfant

**INSÉCURITÉ, VIOLENCE CIBLÉE  
ET INTERDICTIONS**



### **Insécurité, violence ciblée et interdictions**

Le Programme se trouve à présent dans une situation exceptionnelle et très regrettable, où l'insécurité, la violence ciblée et les interdictions, qui l'empêchent de mener à bien ses campagnes de vaccination, sont les principaux obstacles à l'arrêt de la transmission de la poliomyélite dans le monde.

L'insécurité n'est pas une nouveauté pour le Programme. À plusieurs reprises, la transmission de la poliomyélite a été interrompue malgré des situations de conflit et de troubles civils – notamment au Salvador, au Pérou, au Sri Lanka, au Cambodge et en République démocratique du Congo. Au fil des ans, l'impact du Programme d'éradication de la poliomyélite a trop souvent fait les frais de forces ayant réduit l'accès au programme de vaccination, intimidé les responsables des campagnes et les personnes souhaitant faire vacciner leurs enfants, et créé un climat d'instabilité et d'incertitude politique dans lequel l'objectif humanitaire de la vaccination contre la poliomyélite n'est plus très clair. La direction de l'IMEP, en étroite collaboration avec les pays affectés par la poliomyélite, a trouvé des moyens de poursuivre les campagnes de vaccination dans ces circonstances difficiles.

Toutefois, dernièrement, les problèmes d'insécurité et de refus d'accès aux programmes se sont intensifiés, à tel point que les stratégies utilisées auparavant ne suffisent plus. L'ampleur du défi auquel est confronté le Programme est véritablement quelque chose de nouveau. Les défis d'aujourd'hui comportent des aspects nouveaux, auxquels aucun programme de santé publique ne devrait être confronté. Des membres d'équipes de vaccination ont été assassinés, non par parce qu'ils étaient au mauvais endroit au mauvais moment, mais car ils ont été directement ciblés en raison du travail qu'ils accomplissaient. Des personnages puissants ont interdit le programme.

De tels problèmes vont bien au-delà du domaine de la santé. La responsabilité de garantir l'accès aux équipes de vaccination et de les protéger revient, pour l'essentiel, aux gouvernements des pays concernés, et ce même dans les environnements les plus hostiles. Ils connaissent le terrain et les bases de pouvoir, et savent quelles sont les chances d'établir un accès à court et long terme. En définitive, il incombe au gouvernement de chaque pays de s'approprier les problèmes à l'intérieur de ses frontières, et de s'assurer que ses citoyens ne se voient pas privés d'un médicament qui protège la vie et qui est universellement disponible pour les enfants à travers le monde. L'éradication de la poliomyélite est dans l'intérêt du monde entier – mais elle est aussi dans l'intérêt de chaque pays où persiste la poliomyélite.

Soit, les gouvernements doivent ouvrir la voie. Toutefois, le Programme peut prendre certaines mesures dans le domaine de la diplomatie internationale. De même, le Programme doit avoir de solides connaissances des problèmes communs aux pays. Selon notre évaluation, le Programme a beaucoup plus avancé sur la courbe

**L'insécurité est désormais le plus gros obstacle à l'éradication**

**Le Programme a été confronté à l'insécurité par le passé, mais les grands défis d'aujourd'hui sont nouveaux et sans précédent – attaques et interdictions ciblées**

**Les gouvernements nationaux doivent prendre les devants pour s'attaquer aux problèmes à l'intérieur de leurs frontières**

**Une plus grande expertise en matière de sécurité et de diplomatie est nécessaire au niveau mondial pour soutenir les pays**

d'apprentissage que la plupart des programmes de santé publique n'espéreraient le faire. Mais il n'a pas encore atteint le sommet et il doit le faire rapidement. Le Programme est dirigé par des professionnels très bien formés. Mais leur formation et leurs compétences professionnelles ne concernent pas les domaines de la sécurité ou de la diplomatie. Ce sont là des domaines qui nécessitent des compétences considérables, qui font défaut au Programme. Le Programme doit, d'une part, collaborer avec des agences ayant les connaissances et les compétences requises et, d'autre part, recruter des experts pour travailler au sein du Programme. Il a fait des progrès à ces niveaux. Accélérer ces progrès est le moyen le plus sûr d'accroître les capacités du Programme, et doit être une priorité.

Bien qu'on puisse, à juste raison, appréhender les problèmes décrits ci-dessus de la même manière, chacun est différent. Il n'existe pas de solution unique. L'approche requise est et restera fortement spécifique à chaque lieu. Cela étant dit, certains thèmes généraux se dégagent.

À commencer par l'importance d'offrir à la population bien plus que des gouttes de vaccin. Lorsque le programme a l'opportunité d'accéder à des zones ne disposant pas d'autres interventions sanitaires, il est de son devoir de proposer une offre étendue à la population. Pour ce faire, le programme devra peut-être renforcer ses liens avec d'autres partenaires œuvrant dans les zones en question – pratique dont nous avons maintes fois rappelé l'importance.

Vient ensuite le fait que le Programme peut tirer des enseignements de sa récente expérience en Afghanistan. Il a pu constater dans ce pays combien il importe de générer une véritable demande au sein des communautés, qui peuvent à leur tour apporter leur aide pour garantir un accès sûr. En Afghanistan, le Comité international de la Croix-Rouge a joué un rôle important pour négocier l'accès aux zones d'insécurité, et pourrait potentiellement jouer ce rôle ailleurs.

Troisièmement, le contrôle exercé par le Programme dans de telles circonstances est loin d'être parfait. Il importe d'autant plus d'optimiser les opérations dans les zones qu'il contrôle. Il doit s'assurer d'optimiser les efforts d'atténuation des risques, tels que l'utilisation de postes de vaccination pour les populations en transit en dehors des zones inaccessibles, pour limiter le risque de propagation du virus.

La question essentielle de la neutralité arrive en quatrième position. L'éradication de la poliomyélite dans le monde devrait être une initiative apolitique et humanitaire. Elle n'est pas toujours perçue de cette manière. Le Programme doit faire tout son possible pour mettre l'accent sur la neutralité, dans ses paroles et dans ses actions.

**Il n'existe pas de solution unique**

**Lorsque l'accès est assuré, on ne doit pas se contenter de récompenser les populations avec des gouttes de vaccin**

**L'Afghanistan apporte des enseignements**

**Lorsque tout n'est pas contrôlable, il faut optimiser ce qui peut l'être**

**Neutralité : le programme doit se donner pour objectif de mettre sans cesse l'accent sur l'aspect humanitaire plutôt que sur l'aspect politique**

Selon l'avis du CSI, le Programme prête de plus en plus attention à ces questions, mais les régler n'est pas encore sa priorité, comme cela devrait malheureusement être le cas.

NOUS RECOMMANDONS AU CONSEIL DE SURVEILLANCE DE LA POLIOMYÉLITE DE S'ASSURER QUE TOUS LES POSTES DE SÉCURITÉ PRÉVUS AU SEIN DES ORGANISMES PARTENAIRES SOIENT POURVUS D'ICI LA FIN DU MOIS DE NOVEMBRE, MÊME SI CELA NÉCESSITE DES MESURES EXTRAORDINAIRES

NOUS RECOMMANDONS AUX PARTENAIRES DE CONSULTER LES AUTORITÉS LES PLUS HAUT PLACÉES AU SEIN DU SYSTÈME DE SÉCURITÉ DE L'ONU ET AUTRES EXPERTS, ET DE LEUR DEMANDER CONSEIL

NOUS RECOMMANDONS QUE TOUS LES MOYENS SOIENT UTILISÉS POUR S'ASSURER QUE LA NEUTRALITÉ POLITIQUE DU PROGRAMME D'ÉRADICATION DE LA POLIOMYÉLITE DANS CHAQUE PAYS SOIT MISE EN AVANT



## Gestion et supervision du programme mondial

Deux questions connexes mais distinctes continuent de poser de gros problèmes au Programme.

### Gestion stratégique et opérationnelle

Au cours des dernières années, chaque pays d'endémie a amélioré ses dispositions organisationnelles. L'Afghanistan a réuni les bureaux en charge de la poliomyélite de l'OMS et de l'UNICEF dans la capitale et dans les provinces à haut risque, comme l'avait fait l'Inde auparavant. Le Nigéria a mis en place des Centres d'opérations d'urgence nationaux et locaux, réunissant le gouvernement et ses partenaires sous le même toit. Bien que n'étant pas parfaits, les pays d'endémie ont pris très au sérieux le conseil du CSI concernant l'importance primordiale de l'obligation de rendre compte, de la supervision et de l'efficacité de gestion.

Toutefois, le CSI s'inquiète encore du fonctionnement du Programme aux sièges et au niveau régional, et de ce que rapportent ses sources :

- Le personnel estime que la coordination à travers le partenariat est moins forte qu'elle ne devrait l'être. Cependant, il dit aussi être « forcé » d'assister aux réunions de coordination et que cela prend beaucoup de temps. Réunions multiples mais mauvaise coordination – le pire des deux mondes
- Plutôt que d'être nées d'un processus clair, les décisions clés semblent émerger comme des lapins sortis d'un chapeau magique, ou n'émergent pas du tout
- Il y a trop de tiraillements entre les partenaires, et un refus de partager. Les luttes de pouvoir sont courantes dans de nombreux grands projets, mais l'objectif d'éradication est trop important pour faire les frais de cette étroitesse d'esprit
- Le CSI continue de s'inquiéter – et de s'étonner – du fait que les postes restent vacants trop longtemps. Est-ce que personne ne s'attaque à ce problème inacceptable ? Soit, certains processus ont été accélérés. Toutefois, on permet encore trop souvent à la bureaucratie habituelle du recrutement d'imposer sa loi
- Le personnel des sièges et des bureaux locaux doit choisir entre les pays d'endémie ou les flambées – cela est peut-être dû à un manque de personnel ou d'orientation. Il ne devrait pas avoir à choisir. La transmission doit être interrompue dans les deux cas. Dans un programme de 5,5 milliards de dollars, les effectifs aux sièges ne doivent pas devenir un goulot d'étranglement.

**La gestion et la coordination entre les partenaires se sont améliorées dans chaque pays d'endémie**

**Dans le même temps, certains aspects des sièges mondiaux fonctionnent très mal**

**Mauvaise coordination malgré de nombreuses réunions**

**Territorialisme**

**Postes toujours vacants**

**Personnel devant choisir entre les priorités**

## En bref

Ces problèmes ne sont pas nouveaux. Il est désormais clair que les programmes des pays d'endémie ont pris une avance considérable sur les sièges – la coordination entre les partenaires y est meilleure ; ils maîtrisent mieux les données ; et ils réagissent avec plus d'agilité aux situations changeantes.

Dans la Corne de l'Afrique, le personnel n'a pas été déployé sur le terrain pour faire face à la situation. Lorsqu'a débuté la flambée, un siège mondial dynamique serait intervenu pour s'attaquer aux problèmes. Au lieu de cela, on ne sait toujours pas exactement qui est en charge de la situation ; la coordination à travers la Corne de l'Afrique a été médiocre ; et les pays ont souffert d'une assistance technique inadéquate. La manière dont réagit une organisation à une crise inattendue témoigne de sa résilience et de son efficacité. À cet égard, le Programme mondial n'a pas été à la hauteur dans la Corne de l'Afrique, et a laissé transparaître ses limites de longue date.

Le niveau mondial et régional du Programme – il s'agit en réalité d'un ensemble de « sièges » – doit résoudre ces problèmes, en vue d'améliorer l'assistance qu'il apporte aux pays d'endémie et aux flambées actuelles et à venir. Nous avons déjà mentionné ce point dans notre rapport de mai 2013, mais il semblerait que les choses aient peu changé.

Ce n'est pas simple. Au contraire des pays d'endémie, les bureaux régionaux et les sièges du partenariat couvrent quatre continents et sept fuseaux horaires. Le système de l'ONU est connu pour sa bureaucratie. Mais s'il y a bien une raison de ne pas accepter de faire de ces motifs des limites, de les éliminer et de trouver des solutions, c'en est une.

### Supervision

Toute entreprise majeure qui dépense 1 milliard de dollars en vue d'atteindre un objectif important et clairement quantifiable doit disposer de méthodes claires et rigoureuses, dignes d'un conseil d'administration, pour mener à bien son travail. Cela nécessite, entre autres, de définir les priorités, de prendre des décisions avisées en matière de politique (en particulier en ce qui concerne les décisions critiques), de prendre rapidement en main les crises majeures et les événements inattendus, de savoir à qui revient la responsabilité globale de l'exécution, et de prendre des décisions importantes qui sont largement approuvées et clairement communiquées.

Le CSI est constamment frappé par le manque de clarté d'un grand nombre de ces aspects, notamment l'obligation de rendre compte, la gouvernance et la formulation de stratégies au sein de l'IMEP. En effet, bon nombre des commentaires émanant des sources du CSI au plus haut niveau déplorent depuis longtemps ce problème.

**La manière dont réagit une organisation à une crise inattendue témoigne de ses capacités ; l'IMEP n'a pas été à la hauteur dans la Corne de l'Afrique**

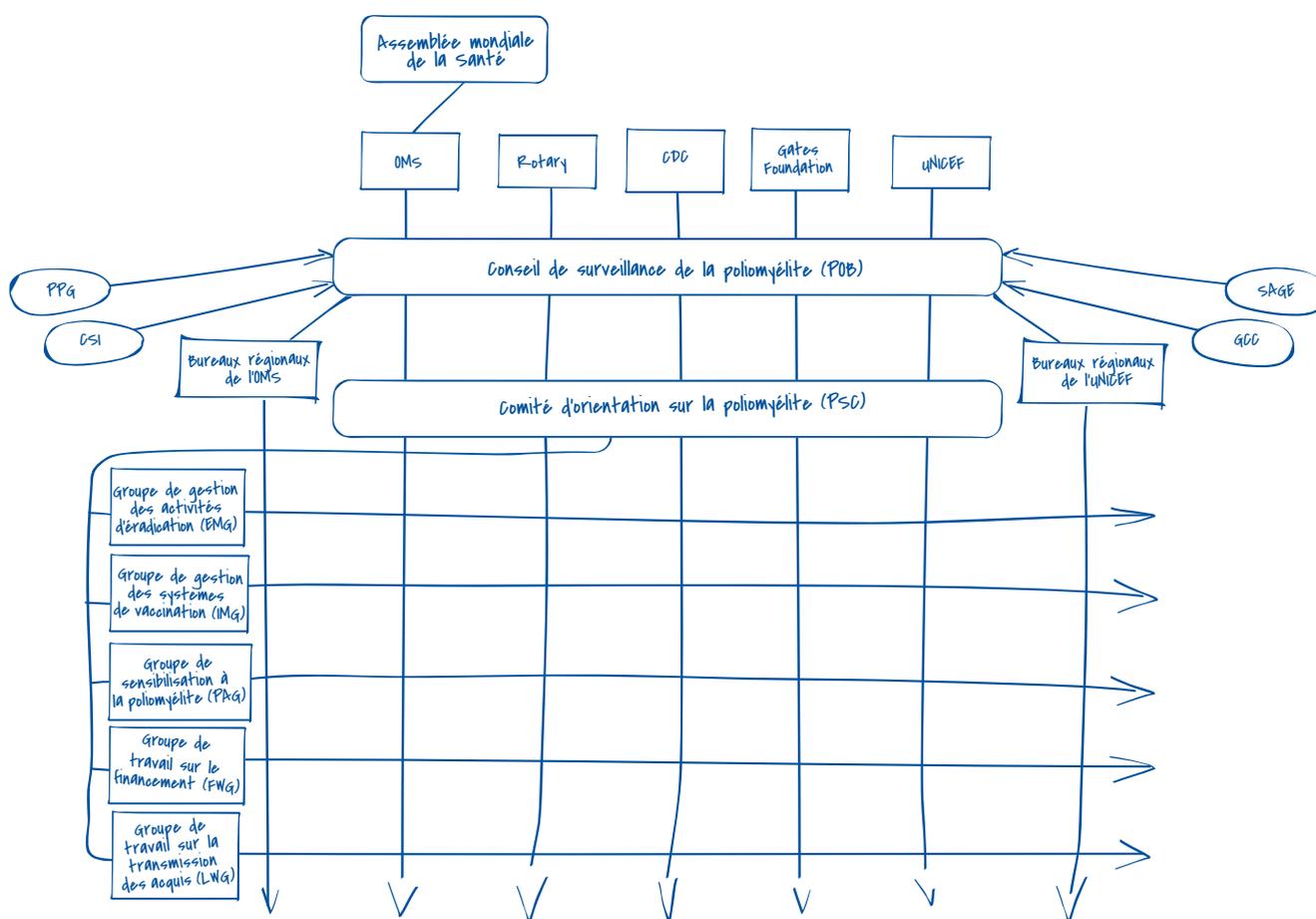
**Problèmes qu'il est difficile mais essentiel de résoudre**

**Une entreprise au budget annuel d'un milliard de dollars devrait disposer de nombreuses fonctions de gouvernance, fonctions faisant actuellement défaut à l'IMEP**

**Les bailleurs de fonds du programme ont besoin d'être entendus**

Le CSI est conscient du fait qu'un certain nombre de bailleurs de fonds du Programme demandent à être plus impliqués dans sa supervision. Ils exigent, à juste titre, des rapports clairs sur le budget et les finances du programme, une analyse de son efficacité, un droit de regard sur les principaux indicateurs opérationnels et une voix dans les décisions clés. La mesure dans laquelle ces souhaits leur sont accordés est sujette à débat.

## Décrire la structure du programme est une tâche difficile



PPG = Groupe de partenaires pour l'éradication de la poliomyélite  
 SAGE = Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination  
 GCC = Commission mondiale de certification

**AVERTISSEMENT** – Le CSI a tenté de représenter le plus fidèlement possible la structure, mais il existe de nombreux sous-comités et groupes que nous n'avons pas inclus par peur de rendre le diagramme inintelligible.

Ce territoire comprend trois groupes : le Groupe de partenaires pour l'éradication de la poliomyélite, le Comité de Suivi Indépendant (CSI) et le Conseil de surveillance de la poliomyélite. Les deux premiers n'ont pas de pouvoir de décision. La constitution du troisième est restreinte. Bon nombre des partenaires « non stratégiques » du Programme prennent part à certaines des réunions de ces trois groupes, et ceux qui nous ont fait part de leurs avis estiment que cela ne satisfait pas leurs besoins.

Nous souhaitons également souligner que l'attribution du CSI se limite au premier objectif du programme, à savoir l'interruption de la transmission. Le Groupe stratégique consultatif d'experts (SAGE) contribue au second objectif, par le biais de conseils techniques plutôt que par une supervision indépendante. Il importe, selon nous, que le CSI continue de se concentrer sur l'interruption de la transmission. Cela engendre un manque de supervision de la plupart des objectifs figurant dans le plan stratégique actuel.

### Résoudre les problèmes

Nous avons volontairement divisé les problèmes de gestion du Programme mondial en deux parties, plutôt que de tous les placer dans la catégorie « gouvernance ». Nous estimons en effet être en présence de deux problèmes distincts, et pensons que se concentrer sur l'un d'entre eux seulement pourrait nous faire oublier l'autre.

Compte tenu que notre objectif est d'interrompre la transmission, cela nous inquiéterait tout particulièrement si le problème de la supervision était traité aux dépens de la résolution des problèmes de gestion opérationnelle.

Le CSI se réjouit de l'implication étroite des responsables des principaux organismes partenaires au sein du groupe baptisé « Conseil de surveillance de la poliomyélite ». Au fur et à mesure qu'il se développera, il faudra clarifier s'il se trouve au sommet de la hiérarchie de gestion opérationnelle ou s'il s'agit plutôt d'un conseil de supervision. Beaucoup estiment qu'il ne peut constituer un véritable conseil de supervision en raison du nombre restreint de membres qu'il compte actuellement. Cependant, dans sa forme actuelle, le CSI estime pouvoir jouer un rôle essentiel dans la gestion opérationnelle du Programme, du fait que ses membres ont le pouvoir et la capacité d'éliminer les problèmes rencontrés dans la hiérarchie complexe en dessous d'eux.

Il importe d'arriver à un équilibre dans la résolution de ces problèmes. Le Programme ne peut pas être conçu à partir de zéro. D'autre part, ces problèmes ont besoin d'une réponse qui ne soit pas seulement symbolique.

**NOUS RECOMMANDONS QUE LE CONSEIL DE SURVEILLANCE DE LA POLIOMYÉLITE COMMANDE UNE ÉVALUATION DE LA SUPERVISION ET DE LA GESTION STRATÉGIQUE ET OPÉRATIONNELLE DU PROGRAMME, ET QU'IL DÉCIDE DÈS MAINTENANT DU MEILLEUR MOMENT POUR LE FAIRE**

**Les problèmes de gestion et de supervision sont un peu différents**

**Résoudre l'une ne doit pas se faire aux dépens de l'autre**

**L'implication des membres du Conseil de surveillance de la poliomyélite est un réel atout, mais son rôle doit être clarifié davantage – s'agit-il d'un conseil de supervision ou du sommet de la hiérarchie d'exécution du Programme ?**



### Communication et mobilisation sociale

Lors d'une journée de campagne de vaccination contre la poliomyélite, le travail en première ligne implique des dizaines de milliers d'interactions entre les vaccinateurs et les familles. Celles-ci ne reçoivent pas passivement les gouttes de vaccin pour leurs enfants. En effet, elles peuvent ne pas ouvrir la porte, décider de cacher leurs enfants, refuser catégoriquement le vaccin ou trouver des excuses. Elles peuvent croire aux rumeurs concernant le vaccin - ou elles peuvent en parler positivement, et s'assurer que les chefs de la communauté sachent que c'est ce qu'elles veulent. Elles peuvent décider de rester à la maison le jour où elles savent que les vaccinateurs vont passer, pour s'assurer que leurs enfants soient bien vaccinés.

Une communauté antagoniste envers le programme et son vaccin est une communauté exposée au risque de poliomyélite. Une communauté souhaitant activement protéger ses enfants est une communauté qui pourra éradiquer la poliomyélite.

Historiquement, le Programme a mis davantage l'accent sur l'aspect de l'« offre » de vaccination contre la poliomyélite (le vaccin et le vaccinateur) que sur celui de la « demande » (familles et communautés). Certains soutiennent que la transmission de la poliomyélite a été interrompue dans de nombreux pays malgré ce déséquilibre. Toutefois, il existe selon nous trois bonnes raisons de changer cela :

- Les sentiments hostiles à l'égard du vaccin constituent un risque grave, car ils sont capables de barrer la route aux progrès. Cela s'est produit au Nigéria en 2002, lorsque des rumeurs contre le vaccin se sont répandues et ont immobilisé le Programme. Le poliovirus s'est alors propagé à travers le nord du pays et 20 autres pays. Un tel scénario n'est pas acceptable
- Dans les derniers sanctuaires du poliovirus sur Terre, la population reçoit le vaccin contre la poliomyélite à maintes reprises malgré le faible nombre de cas. En l'absence d'une gestion proactive, cela peut facilement engendrer une certaine lassitude au sein des communautés et des équipes de vaccination
- L'insécurité et l'inaccessibilité sont désormais les plus gros obstacles à l'éradication dans plusieurs des derniers sanctuaires d'endémie. Que le vaccin continue d'être une arme de contestation et d'hostilité ou non constituera un facteur déterminant de réussite. Dans certains sanctuaires, il est essentiel que le Programme soit perçu comme étant neutre. Ici, il importe de recourir aux méthodes de communication les plus agiles et les plus innovantes. Dans d'autres sanctuaires, il suffit juste de tirer parti de la demande de la communauté. L'Afghanistan est le parfait exemple d'une bonne volonté à l'égard du vaccin qui engendre la création de canaux d'accès.

**En définitive, une multitude de décisions et d'interactions individuelles déterminent la taille du réservoir d'enfants susceptibles de contracter la poliomyélite.**

**Historiquement, le Programme est davantage basé sur l'offre que sur la demande**

**L'opposition au vaccin peut s'intensifier et le vaccin peut devenir un agent de protestation et de contestation**

**Le CSI a priorisé la mobilisation sociale et la communication pour en faire un agent de changement**

## En bref

Le rapport de mai 2013 du CSI s'est penché sur l'état de la communication et de la mobilisation sociale au sein du Programme. Nous avons recommandé que des mesures soient prises de toute urgence afin de combler les lacunes identifiées.

La réaction initiale du Programme à notre critique était prometteuse, mais le travail pour garantir l'excellence opérationnelle doit à présent avancer rapidement.

L'UNICEF a pourvu bon nombre de ses postes vacants. Un groupe varié d'experts dans les domaines tels que la communication, l'anthropologie, la sécurité et les arts créatifs, est en train de se former, en vue de développer des solutions de communication innovantes au Pakistan. Le nombre de mobilisateurs sociaux est en forte augmentation, pour atteindre 19 000 personnes entre l'Afghanistan, le Nigéria et le Pakistan. Un accent plus explicite est mis sur le développement de la confiance vis-à-vis du Programme et de son vaccin.

Le travail du Groupe consultatif islamique est également très apprécié. Bien que n'étant pas pertinent partout, dans de nombreux pays où la poliomyélite circule encore, un message religieux basé sur les preuves et transmis par le biais d'une fatwa constitue un outil puissant contre la désinformation relative au vaccin contre la poliomyélite. Et plutôt que de se contenter de défendre la vaccination, le clergé musulman est allé plus loin en décrivant la vaccination comme un devoir pour les parents musulmans.

Il convient à présent de mettre l'accent sur certains domaines :

- Atteindre l'excellence opérationnelle avec un groupe de 19 000 mobilisateurs sociaux n'est pas une mince affaire. L'« excellence opérationnelle », c'est aider chaque nouvelle recrue à devenir un professionnel de la mobilisation sociale – capable d'interagir avec tous les acteurs possibles de la communauté, d'établir la confiance et d'obtenir l'accès. En persuadant un parent réticent que le vaccin peut sauver la vie de son enfant plutôt que lui faire du mal, un mobilisateur social est d'une valeur inestimable. L'objectif est de développer un personnel formé d'individus entreprenants, qui utilisent leurs connaissances du contexte local pour trouver des moyens créatifs d'ouvrir les portes et de développer la demande, et qui développent des solutions innovantes aux problèmes apparemment insolubles. Les meilleurs d'entre eux savent qu'il est tout aussi important d'écouter que de parler. Accroître le nombre de femmes dans les effectifs permettra inévitablement de mieux réussir
- Les données de grande qualité sont essentielles pour le réseau de mobilisation sociale – à la fois pour les responsables nationaux et internationaux, et pour ceux qui sont en première ligne. Les activités de mobilisation sociale doivent pouvoir s'adapter et être souples, afin de répondre à l'épidémiologie changeante du

**La réaction initiale du Programme est encourageante mais le CSI continue de maintenir la barre haute**

**Les mobilisateurs sociaux de confiance et innovants sont d'une valeur inestimable**

**Les données relatives aux attitudes et aux comportements de la communauté devraient peser autant que les données épidémiologiques**

## En bref

poliovirus, et elles doivent s'appuyer sur les données émergentes. Ces données doivent capturer les sentiments de la population et des ménages, ainsi que les activités des mobilisateurs. Elles doivent permettre d'agir de manière avisée, en étant structurées sous la forme de macro-plans et de micro-plans. La priorité doit être accordée aux systèmes de rassemblement et d'enregistrement des données relatives aux attitudes et motivations des familles et des communautés. Il convient aussi de prioriser l'intégration de telles données dans des tableaux de bord et des outils de surveillance, pour qu'elles pèsent autant que les données épidémiologiques. Les hypothèses expliquant pourquoi certains enfants échappent à la vaccination ne s'appliquent pas à tous les enfants. Par conséquent, de bonnes données qualitatives sont importantes pour garantir une création de demande adaptée aux besoins de la communauté

**Une communication proactive peut permettre de dissiper les rumeurs avant qu'elles ne se propagent**

**Les approches basées sur le sexe ont été sous-explorées et sous-utilisées s'agissant de faire accepter le vaccin**

**Les projets réussis qui intègrent le vaccin de la poliomyélite au sein de services sanitaires et publics élargis ont permis d'améliorer la façon dont est perçue sa valeur**

- Le programme doit mettre davantage l'accent sur l'identification et l'élimination proactives des risques précoces en matière de communication. Les messages positifs à propos du vaccin contre la poliomyélite doivent éclipser les voix de la tromperie et de l'ignorance, et cela doit être la norme
- Le contenu des communications nécessitera sans cesse un peaufinage et une réflexion approfondie. L'avantage potentiel offert par les stratégies basées sur le sexe est un domaine particulièrement négligé. Encourager l'instinct maternel des femmes et l'instinct de protection des hommes pourrait avoir un fort impact et permettre d'éliminer les obstacles qui empêchent actuellement la vaccination de nombreux enfants. Cela fait partie de la recherche permanente de nouvelles solutions aux problèmes de longue date et récurrents dans les zones affectées par la poliomyélite, en particulier si elles permettent de mettre l'accent sur la création de demande plutôt que sur la fourniture d'informations
- La communication est un ingrédient essentiel dans la motivation et le soutien des équipes de vaccination en première ligne. Des communications soigneusement conçues avec ces personnes essentielles peuvent fournir l'impulsion qui mènera à l'éradication
- Les campagnes réussies montrent de plus en plus qu'il importe d'offrir aux familles et aux communautés plus que des gouttes de vaccin. Cela n'est pas un problème de communication pur mais, en substance, une manière de convertir les attitudes négatives en des « besoins ressentis ». Le vaccin contre la poliomyélite, administré avec d'autres services sanitaires et publics, n'est plus un programme vertical négatif et isolé, et s'inscrit dans une palette de soins valorisée et recherchée par les communautés. Aligner les besoins des communautés sur leurs désirs est l'objectif ultime de ce domaine d'activité. On y parvient plus facilement en travaillant avec une gamme variée de partenaires, en particulier ceux possédant des connaissances locales poussées, ainsi qu'une expertise et une expérience à plus grande échelle.

## En bref

Cela sera d'une importance primordiale dans bon nombre des derniers sanctuaires de la poliomyélite. Le programme ne peut se permettre de longues périodes de discussion avant de passer la vitesse supérieure. Les personnes chargées de la prestation des services doivent travailler en étroite collaboration avec les personnes chargées de la communication relatives à ces services

- La possibilité de travailler beaucoup plus étroitement – à la fois pour la prestation et pour la communication – avec l'Initiative rougeole et rubéole est un exemple précis et probant des liens plus solides entre les programmes de poliomyélite et autres programmes.

Le CSI reconnaît la complexité et l'importance vitale de tous ces points. Les réseaux de mobilisation sociale, en particulier, opèrent à grande échelle. Il est logique pour le Programme de prioriser par domaine, en identifiant les domaines dont les mobilisateurs sociaux doivent atteindre en premier le niveau d'excellence.

Le CSI reviendra sans relâche sur cet aspect du Programme, jusqu'à être sûr qu'il est au cœur de la réflexion de chacun. Nous saurons si des progrès ont été réalisés lorsque le nombre d'histoires captivantes qui émanent de la première ligne dépassera le délai avant d'en entendre parler.

**Accomplir cette tâche est des plus importants dans les derniers sanctuaires de la poliomyélite**

**Plus nous entendons d'histoires qui nous inspirent, plus nous pouvons avoir confiance**

**UNE TACTIQUE DÉSORDONNÉE :  
LE VPI POUR INTERROMPRE LA  
TRANSMISSION ?**



### Une tactique désordonnée : Le VPI pour interrompre la transmission ?

Notre précédent rapport de mai 2013 a mis en lumière le besoin de sortir de l'impasse sur une question stratégique, à savoir : le vaccin contre la poliomyélite inactivé (VPI) par injection a-t-il un rôle à jouer dans l'interruption de la transmission dans les pays d'endémie ?

En 2015, le Programme prévoit d'introduire le VPI dans 140 pays qui ne l'utilisent pas actuellement. Cela s'inscrit dans le Plan stratégique de phase finale, et vise pour l'essentiel à atténuer le risque de flambées (particulièrement de poliovirus circulant de type 2 dérivé d'une souche vaccinale) se produisant lorsque le vaccin antipoliomyélitique oral trivalent (VPOt) est retiré de la circulation et par la suite. Les trois pays d'endémie figurent parmi ces 140 pays.

Étant donné qu'il offre une immunité supplémentaire, certains estiment que le VPI pourrait jouer un rôle important dans l'interruption de la transmission endémique. Faut-il l'introduire dans un, deux ou l'ensemble des trois pays d'endémie dès que possible, plutôt que d'attendre 2015 ?

La question est d'autant plus complexe qu'il existe différents moyens d'utiliser le VPI dans une zone touchée par la poliomyélite. Il peut s'inscrire dans le calendrier de vaccination systématique, comme cela est prévu pour 2015. Il peut être utilisé lors de campagnes de maison en maison (avec toutefois des besoins techniques supplémentaires). Ou, il peut être utilisé dans des sites fixes, tels que des camps de santé et des postes de vaccination pour les populations en transit. Il existe également diverses possibilités quant à la manière de l'introduire géographiquement – une politique nationale uniforme serait-elle nécessaire ou son utilisation pourrait-elle varier d'une zone à l'autre ?

Dans son précédent rapport, le CSI a indiqué que les discussions sur cette question tournaient en rond depuis deux ans. Il y a un désaccord au sein du partenariat. Certains font remarquer que les données de terrain ne sont pas encore disponibles pour prendre une décision stratégique avisée. D'autres s'inquiètent de l'effet potentiellement déstabilisant qu'aurait l'ajout d'un vaccin injectable dans un programme où les communautés se sont habituées à prendre uniquement un vaccin oral pour prévenir la poliomyélite. D'autres encore expliquent que les coûts plus élevés d'une telle approche n'ont pas été pris en compte dans le budget et ne seraient pas justifiés. Enfin, d'autres rétorquent que le VPI sera de toute façon introduit à travers le monde en 2015 (dans certains cas avec le VPO). Alors, pourquoi ne pas placer les zones et pays affectés à l'avant-garde de cette nouvelle approche, afin de faire basculer l'équilibre des forces contre le poliovirus ?

Lors de la rédaction du précédent rapport du CSI, la poliomyélite était confinée aux pays d'endémie. Maintenant que des flambées se sont déclarées dans d'autres pays, il est logique de se poser ces mêmes questions à leur sujet.

**Un dilemme de stratégie en suspens**

**Un projet mondial pour introduire le VPI en douceur dans 140 pays**

**L'introduction du VPI aux côtés du VPO dans les zones affectées restantes pourrait-elle faire pencher favorablement la balance ?**

**Une question épineuse faisant l'objet d'un débat tortueux**

## En bref

Six mois se sont écoulés depuis le dernier rapport du CSI, et le débat à ce propos reste embrouillé. Lors de la réunion du Conseil de surveillance de la poliomyélite qui s'est déroulée à New York, la question a été abordée, et les avantages et les inconvénients de l'introduction du VPI avec le VPO dans les zones affectées par la poliomyélite ont été pris en considération. Le Programme n'avait à ce moment-là formulé aucune réponse stratégique claire.

Dans une réponse écrite à la recommandation de mai 2013 du CSI, le Programme ne s'est pas prononcé sur la question de savoir si le VPI devait être introduit avant dans les systèmes de vaccination systématique des pays d'endémie. Toutefois, il a rapporté que le Kenya prévoyait d'utiliser le VPI lors d'une campagne organisée en novembre 2013. Ce sera la première fois que le VPI sera utilisé dans une campagne de vaccination de masse. De même, il a rapporté que le VPI est envisagé comme élément d'une palette de services destinés aux enfants ayant un accès limité ou intermittent au Pakistan (tout spécialement dans les zones tribales sous administration fédérale et à Gadaap, Karachi).

Lors de la réunion du CSI, un haut représentant du Programme a déclaré que le Programme « était extrêmement clair » quant à la position du VPI dans ses projets. Le CSI n'est pas d'accord sur ce point. La position du Programme sur cette question reste embrouillée. Au lieu de garantir un vaste processus de consultation et d'évaluation scientifique avant de formuler une approche, on dirait que le Programme jongle avec le problème. On note en particulier qu'il n'y a eu aucune déclaration claire sur le fait ou non d'avancer l'introduction du VPI dans les systèmes de vaccination systématique des pays d'endémie.

Le CSI applaudit la volonté du Programme d'innover, en utilisant le VPI dans les campagnes ou autres contextes inhabituels. Mais ce dialogue met en exergue la manière confuse dont la politique est développée au sein du Programme, et expose ce dernier à des risques – à la fois de ne pas tirer parti du plein potentiel d'une technologie telle que le VPI, et de l'introduire dans des contextes sans avoir pleinement étudié les implications (particulièrement sur le plan de la communication) et les stratégies d'atténuation des risques. La précédente recommandation du CSI n'était pas d'introduire le VPI. Elle suggérait plutôt que le programme aboutisse prudemment à une réponse claire aux questions portant sur l'introduction ou non du VPI, et sur la marche à suivre pour son introduction. Nous sommes ravis de constater que les choses évoluent, mais il est grand temps de statuer clairement sur ce point.

**NOUS RECOMMANDONS QUE LE PROGRAMME SE PRONONCE CLAIREMENT SUR L'UTILISATION DU VPI DANS L'INTERRUPTION DE LA TRANSMISSION DE LA POLIOMYÉLITE, RÉPONDANT AINSI AUX QUESTIONS POSÉES PAR LE CSI DANS SES RAPPORTS DE MAI ET D'OCTOBRE 2013.**

**Il semblerait que le programme accepte à présent mieux l'idée, mais sa position formelle et entière sur le VPI aux côtés du VPO n'est pas claire**

**L'ambiguïté et les retards concernant la prise de décision n'aident pas les efforts d'éradication**

## CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS



## Conclusions et recommandations

Le Programme d'éradication de la poliomyélite est aujourd'hui confronté à des défis sans précédent. Les niveaux d'intimidation et de violence – y compris le décès tragique de membres d'équipes de vaccination – ont atteint un tel niveau que ceux qui dispensent ou reçoivent le vaccin le font trop souvent dans des circonstances douloureuses et risquées. Le programme est interdit d'accès dans les zones critiques, où la poliomyélite paralyse et tue les enfants - un million d'enfants en Somalie et un million au Pakistan ne peuvent être vaccinés contre la poliomyélite car ceux qui contrôlent les territoires interdisent au Programme de faire son travail.

Le Programme a été confronté à l'insécurité par le passé (et cela continue) mais ce sont là des phénomènes très différents et sans précédent. Toutes les personnes qui soutiennent l'éradication de la seconde maladie dans l'histoire de l'humanité ne doivent pas avoir de priorité plus importante que de trouver des moyens de résoudre ces énormes défis. C'est le plus grand défi pour la déclaration de l'Assemblée mondiale de la santé, selon laquelle la poliomyélite est une « urgence programmatique pour la santé publique mondiale ».

D'un point de vue opérationnel, le contrôle exercé par le Programme dans de telles circonstances est loin d'être parfait. Bien que nous comprenions la difficulté que cela engendre, il importe plus que jamais que le Programme soit aussi prêt pour l'éradication – aussi à la hauteur d'une urgence de santé publique mondiale – que possible en ce qui concerne les nombreux aspects sous son contrôle. Trop souvent, cela n'est pas le cas. Entre autres, le fait que la Corne de l'Afrique n'ait pas été mieux protégée contre une flambée et que trop de pays demeurent vulnérables illustre les problèmes de fonctionnement à résoudre. La riposte dans la Corne de l'Afrique, que l'on ne peut qualifier de riposte robuste face à une urgence de santé publique d'importance mondiale, en est également une illustration.

## Les normes du Programme pour 2013 montrent que l'objectif d'interrompre la transmission d'ici la fin de l'année 2014 est compromis

### Pays d'endémie

Norme du Programme	Afghanistan	Nigéria	Pakistan
Paralyse détectée	Satisfait	Satisfait	Satisfait
Collecte d'échantillons de selles	Pas totalement satisfait -94%	Satisfait	Pas totalement satisfait - 86%
Couverture vaccinale	Non satisfait - 71%	Non satisfait - 71%	Non satisfait - 41%
<b>Évaluation du CSI</b>			
Interrompre la transmission d'ici la fin de l'année 2014	Réalisation en bonne voie	Réalisation menacée	Réalisation menacée

### Flambées

Norme du Programme	Corne de l'Afrique
Arrêt dans un délai de six mois	Réalisation menacée

Pour obtenir des informations détaillées concernant chaque norme du Programme pour 2013, veuillez vous reporter au rapport des partenaires de l'IMEP remis au CSI, et datant de septembre 2013.

Il reste à présent 14 mois pour atteindre le principal objectif du plan stratégique (stopper la transmission de la poliomyélite à l'échelle mondiale). La liste des problèmes à résoudre est longue. Le Programme doit résoudre les problèmes d'insécurité et d'inaccessibilité dans chacun des pays d'endémie, tout en essayant de remédier aux campagnes sous-optimales. Il doit regagner le terrain perdu dans la Corne de l'Afrique. Il doit prêter attention à la longue « Liste rouge » des pays vulnérables, où la négligence pourrait permettre au poliovirus de se répandre dans des parties du monde où il est heureusement absent depuis un certain temps.

Tandis que le programme entre dans ce qui est supposé être la dernière basse saison où circule la poliomyélite, nous nous demandons (comme chacun devrait le faire au sein du Programme) : ce programme est-il prêt pour l'éradication ? Ce que nous voyons est-il réellement une urgence programmatique de dimension mondiale pour la santé publique ? Ce rapport a identifié trop d'occasions où cela n'est pas le cas.

L'objectif d'interruption de la transmission avant la fin de l'année 2014 risque fortement de ne pas être atteint. Il faut inverser la tendance de toute urgence.

Ce rapport contient 14 recommandations :

### **Pakistan**

1. Nous recommandons que le Programme d'éradication de la poliomyélite au Pakistan, et tous ceux qui le soutiennent, fassent de l'accès dans les zones tribales sous administration fédérale (FATA) la première priorité, en utilisant tous les moyens diplomatiques possibles

### **Nigéria**

2. Nous recommandons au Comité d'experts (ERC) au Nigéria de s'assurer de la mise en place de plans détaillés spécifiques à chaque lieu, afin de surmonter les défis dans chacune des zones de gouvernement locales devant être privilégiées

### **Flambée dans la Corne de l'Afrique**

3. Nous recommandons la mise en place d'une unité centrale de commandement regroupant l'OMS et l'UNICEF pour la Corne de l'Afrique, et sa direction par un seul commandant expérimenté
4. Nous recommandons que le Conseil de surveillance de la poliomyélite procède à une évaluation immédiate afin de déterminer les effectifs nécessaires dans et pour soutenir la Corne de l'Afrique, et qu'il supervise les mesures pour déployer ces effectifs d'ici la fin du mois de novembre
5. Nous recommandons la mise en place de toute urgence de la surveillance environnementale à Nairobi, au Kenya

### **La situation nouvelle en Israël**

6. Nous recommandons à Israël de planifier immédiatement une seconde campagne de vaccination nationale par le VPO et de la réaliser aussi vite que possible
7. Nous recommandons au Directeur général de l'OMS d'informer de la circulation du poliovirus en Israël les États membres dont les populations sont actuellement uniquement protégées contre la poliomyélite par le VPI

### **Flambées potentielles**

8. Nous recommandons la création d'un plan d'action mondial, qui permettrait d'établir une Liste rouge définitive des pays les plus vulnérables au monde et d'identifier les mesures à prendre afin de protéger chacun d'eux
9. Nous recommandons à nouveau que le Règlement sanitaire international soit utilisé pour s'assurer que la vaccination est imposée à toute personne voyageant depuis un pays d'endémie avant son départ. En outre, cela devrait s'étendre à tout pays touché en permanence

### **Insécurité et imposition de restrictions d'accès**

10. Nous recommandons au Conseil de surveillance de la poliomyélite de s'assurer que tous les postes de sécurité prévus au sein des organismes partenaires soient pourvus d'ici la fin du mois de novembre, même si cela nécessite des mesures extraordinaires
11. Nous recommandons aux partenaires de consulter les autorités les plus haut placées au sein du système de sécurité de l'ONU et autres experts, et de leur demander conseil
12. Nous recommandons que tous les moyens soient utilisés pour s'assurer que la neutralité politique du Programme d'éradication de la poliomyélite dans chaque pays soit mise en avant

### **Gestion et supervision du programme mondial**

13. Nous recommandons que le Conseil de surveillance de la poliomyélite commande une évaluation de la supervision et de la gestion stratégique et opérationnelle du programme, et qu'il décide dès maintenant du meilleur moment pour le faire

### **Utilisation potentielle du VPI pour interrompre la transmission**

14. Nous recommandons que le Programme se prononce clairement sur l'utilisation du VPI dans l'interruption de la transmission de la poliomyélite, répondant ainsi aux questions posées par le CSI dans ses rapports de mai et d'octobre 2013.

