



Lignes directrices sur la communication pour le développement en riposte à des événements et flambées de poliomyélite

Après la transition

MIS À JOUR EN NOVEMBRE 2016

Table des matières

INTRODUCTION	3
A. Cadre de communication pour le développement (C4D)	3
B. PHASE I - COMMUNICATION EN PHASE DE RIPOSTE IMMÉDIATE : DE 24 HEURES À UN MOIS	5
B.1 Enquête épidémiologique et sociale	5
B.2 Interventions médiatiques lors d'une flambée de poliomyélite	5
B.3 Comprendre le paysage de la communication	6
B.4 Coordination des interventions de communication	6
B.5 Communication pour le développement dans le cadre du plan national de riposte aux flambées	6
B.5.I Objectifs et indicateurs de la communication	7
B.5.II Analyse du public cible	7
B.5.III Conception des messages clés et des supports de communication	8
B.5.IV Sélection stratégique des moyens de communication et des activités lors d'une flambée de poliomyélite .	8
B.5.V Suivi et évaluation	9
B.5.VI Gestion du plan	9
B.6 Renfort des interventions de communication	10
C. PHASE II - COMMUNICATION EN PHASE ADAPTATIVE : DE UN À TROIS MOIS	11
D. PHASE III - FIN DE LA FLAMBÉE ET PRÉSERVATION DES ACQUIS : DE TROIS À SIX MOIS ET AU-DELÀ	11
RÉFÉRENCES	12
INFORMATIONS ET ORIENTATIONS SUPPLÉMENTAIRES SUR LA COMMUNICATION C4D	12
ANNEXE 1 : MÉTHODOLOGIE DE L'OUTIL D'ENQUÊTE SPÉCIALE POUR IDENTIFIER LES RAISONS DE LA NON-VACCINATION DES ENFANTS	13
A. Description de l'outil	13
B. Utilisation de l'outil	14
C. Analyse et établissement des rapports	15
ANNEXE 2 : CHRONOLOGIE DES ACTIVITÉS, DE LA PHASE PRÉALABLE À L'INTERVENTION DE L'ÉQUIPE A JUSQU'À L'INTERVENTION DE L'ÉQUIPE B	16
ANNEXE 3 : MANDAT DE L'ÉQUIPE B DE C4D	18

INTRODUCTION

Pour atteindre l'objectif d'éradication mondiale de la poliomyélite établi par l'IMEP (Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite), il est indispensable qu'une riposte rapide et efficace soit mise en œuvre lorsqu'une nouvelle flambée survient dans un pays préalablement exempt de poliomyélite. Les pays et l'IMEP sont tenus d'interrompre la transmission du poliovirus dans un délai de 120 jours après la confirmation d'une nouvelle flambée. Les poliovirus sauvages (PVS) et les poliovirus dérivés d'une souche vaccinale (PVDV) peuvent tous deux entraîner des pathologies cliniques, notamment une paralysie flasque aiguë (PFA), et être à l'origine de flambées.¹

Le Comité d'urgence sur la poliomyélite, convoqué au titre du Règlement sanitaire international (RSI), continue de surveiller les PVS et les PVDV avec une attention redoublée. Des PVDV susceptibles de provoquer la paralysie continuent en effet d'émerger et de circuler. Face à cette menace, le Comité d'urgence a inclus les PVDV circulants (PVDVc) parmi les poliovirus relevant de sa fonction de suivi des activités entreprises et des progrès réalisés. Les PVDVc présentent un risque particulièrement important dans les populations sous-vaccinées. La majorité des cas et des flambées de PVDVc résultent de l'utilisation persistante de la composante de type 2 du vaccin antipoliomyélitique oral (VPO₂). La riposte aux flambées de PVDVc repose sur les mêmes principes que pour le PVS. En mai 2014, pour répondre aux inquiétudes croissantes suscitées par les flambées liées aux PVDV, l'Assemblée mondiale de la Santé a approuvé une stratégie visant à réduire le risque associé aux poliovirus atténués (souches Sabin) utilisés dans le vaccin antipoliomyélitique oral (VPO).

Les modes opératoires normalisés de l'IMEP préconisent de mener des activités de vaccination supplémentaire dans les 14 jours suivant l'identification d'un poliovirus exigeant une intervention vaccinale, pour chaque type d'isolat. L'IMEP doit assurer six fonctions fondamentales dans le cadre de la riposte à un événement ou à une flambée : confirmation et classification de l'événement ou de la flambée, évaluation et fin de la riposte ; coordination et plaidoyer ; ressources techniques et humaines ; gestion de l'information ; communication externe, mobilisation sociale et changement des comportements ; et appui financier et logistique. La riposte doit s'appuyer sur une compréhension approfondie des besoins de la communauté et sur une attitude et un comportement positifs des parents qui devront accepter l'administration répétée du vaccin à leurs enfants. Les présentes lignes directrices sur la communication pour le développement (C4D) en riposte à une flambée de poliomyélite constituent une mise à jour des normes précédentes, publiées en octobre 2015. Elles se fondent sur le Guide global de communication sur la poliomyélite de 2015 de l'UNICEF, ainsi que sur les modes opératoires normalisés d'avril 2016.

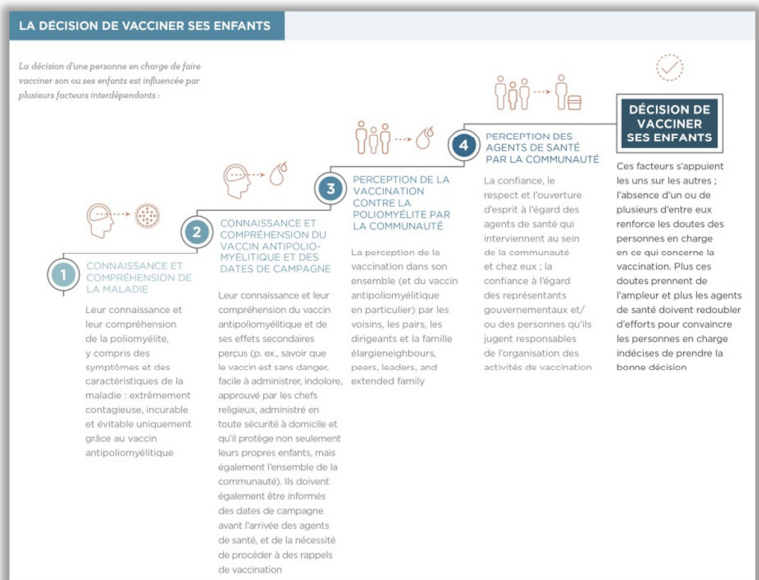
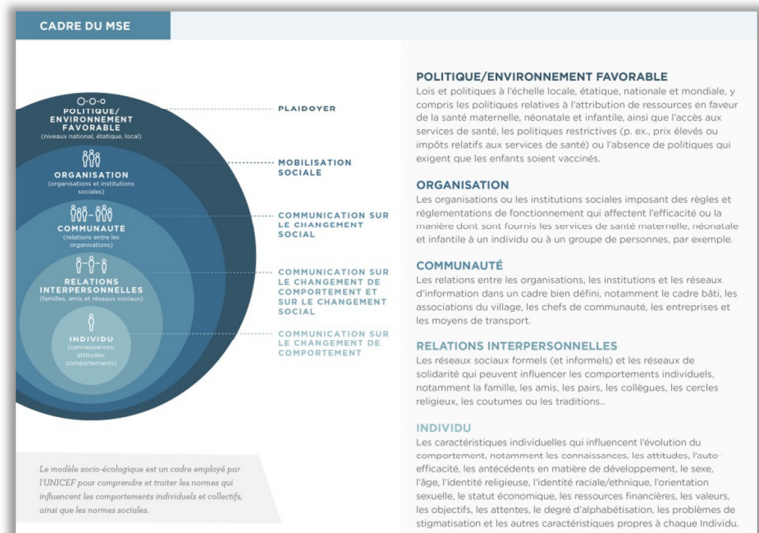
A. CADRE DE COMMUNICATION POUR LE DEVELOPPEMENT (C4D)

La communication C4D sur la poliomyélite est un processus stratégique systématique, planifié et fondé sur des données probantes qui vise à promouvoir un changement positif et mesurable de l'attitude sociale et des comportements afin d'optimiser la couverture par le VPO. Elle repose sur le principe que le changement de l'attitude sociale et des comportements doit être ancré dans le contexte local et s'appuyer sur la consultation

¹ Aide-mémoire de l'IMEP, *Poliomyélite paralytique associée au vaccin (PPAV) et poliovirus dérivé d'une souche vaccinale (PVDV)*. http://www.who.int/immunization/diseases/poliomyelitis/endgame_objective2/oral_polio_vaccine/VAPP_and_VDPV_factsheet-Feb2015_fr.pdf?ua=1. Consulté en février 2016.

et la participation des enfants, des familles, des communautés et des réseaux. Ces principes s'appliquent également aux efforts de communication lors d'une riposte, le processus devant toutefois être accéléré dans le cadre d'une flambée.

Les stratégies précédentes de communication sur la poliomyélite ciblaient généralement les personnes chargées des soins aux enfants et consistaient à leur fournir des informations sur la poliomyélite et la vaccination. La nouvelle stratégie est plus précisément conçue pour agir sur les perceptions dynamiques et les normes sociales qui dissuadent les parents de faire vacciner leurs enfants. Elle s'appuie sur la première étape critique de riposte à toute flambée, qui consiste à sensibiliser la population et à communiquer l'urgence de la situation, mais va aussi au-delà en accordant une attention stratégique à l'instauration de la confiance à l'égard des agents de santé et des services de vaccination. À toutes les étapes d'une flambée, la communication doit porter sur chacun des points de décision du diagramme ci-dessus. L'ensemble de ces facteurs conditionnera la décision d'un parent de donner ou non des doses répétées de VPO à son enfant. La communication de riposte C4D sur la poliomyélite se fonde sur le Modèle socio-écologique (MSE) mis au point et utilisé par l'UNICEF pour comprendre et agir sur les normes influençant les comportements individuels et collectifs, comme l'acceptation ou le refus de la vaccination antipoliomyélique, ainsi que du vaccinateur chargé de l'administrer. Il convient d'utiliser le modèle SEM (représenté dans le diagramme ci-dessous) pour élaborer un plan exhaustif destiné à mobiliser tous les acteurs capables, à terme, d'influer sur la décision d'un parent d'accepter la vaccination répétée de son enfant. Lors de l'élaboration du plan de riposte, il est important d'envisager toutes les interventions pertinentes à tous les niveaux de ce modèle. L'adoption d'une approche multidimensionnelle permettra d'établir un dialogue susceptible de promouvoir la vaccination avec les communautés et les décideurs aux niveaux local, national et régional. La stratégie de communication lors d'une flambée de poliomyélite comporte deux phases distinctes : **la communication en phase de riposte immédiate et la communication en phase adaptative.**



Communication en phase de riposte immédiate

La communication en phase de riposte immédiate est mise en œuvre dès qu'une flambée est déclarée. Elle consiste essentiellement à transmettre (ou retransmettre) des informations clés sur la poliomyélite et le VPO aux personnes chargées des soins aux enfants et à les informer de l'urgence liée à l'apparition d'une flambée au sein d'une communauté locale, mettant les enfants en danger. Au début d'une flambée, l'objectif est d'intervenir de manière massive et immédiate en fournissant à la population des informations sur la flambée, la riposte prévue, la maladie, le vaccin et les agents de santé qui seront chargés de la vaccination. Durant cette phase, les communications doivent être simples et claires et susciter une réaction d'urgence de la part des parents et de la communauté. Le principal objectif consiste à faire connaître l'épidémie, la maladie, le vaccin, les dates de vaccination et la riposte afin d'atteindre un seuil de sensibilisation d'au moins 90 % dans les plus brefs délais.

Communication en phase adaptative

La communication en phase adaptative débute dès que le seuil de sensibilisation fixé a été atteint. Selon le contexte local, cela peut arriver entre un et quatre mois après le début de la flambée. Durant cette phase, la communication sera adaptée pour s'orienter plus particulièrement sur la nécessité d'atteindre les enfants ayant échappé à la vaccination. Il s'agira d'identifier les obstacles sociaux à la vaccination, ainsi que les possibilités de promotion de la vaccination, et de tirer parti de ces informations dans les stratégies de communication et de mobilisation. Pour mettre en évidence ces obstacles, des études et des analyses sur les personnes chargées des soins aux enfants, ainsi que sur leurs connaissances, leurs attitudes et leurs pratiques relatives à la poliomyélite, devront être réalisées durant la phase de riposte immédiate. Une fois les obstacles identifiés, une nouvelle communication est requise pour les affronter. La communication en phase adaptative devra se poursuivre jusqu'à la fin de la flambée.

B. PHASE I - COMMUNICATION EN PHASE DE RIPOSTE IMMÉDIATE : DE 24 HEURES À UN MOIS

B.1 Enquête épidémiologique et sociale

Dès qu'un cas est notifié, la première mesure essentielle consiste à réaliser une enquête épidémiologique et sociale du cas concerné. Cette enquête, menée conjointement par le ministère de la santé, l'UNICEF et l'OMS, vise à évaluer rapidement l'environnement administratif, opérationnel et social de la zone touchée par le virus. L'outil employé prévoit une évaluation au niveau des communautés, des sous-districts et des districts. L'UNICEF est généralement responsable de l'évaluation au niveau communautaire, mais participe également à tous les volets de l'évaluation. Si l'UNICEF n'est pas en mesure de prendre part à l'évaluation, l'équipe de l'OMS et du ministère de la santé devra remplir la partie du formulaire portant sur l'enquête sociale. L'observation directe et la réalisation d'entretiens au niveau local peut rapidement fournir des éléments d'information utiles sur la famille et la communauté touchées.² Dans la mesure du possible, il importe de procéder à un examen des données d'enquêtes existantes sur les connaissances, attitudes, pratiques et comportements ou de réaliser une évaluation rapide à ce sujet pour prendre connaissance des normes sociales susceptibles d'influer sur la vaccination. Ces évaluations devraient être menées en parallèle pour permettre un lancement rapide de la riposte.

B.2 Interventions médiatiques lors d'une flambée de poliomyélite

Il est essentiel, dès l'apparition du premier cas, de suivre la couverture médiatique et de nouer un dialogue avec les différents types de médias. Si les communications médiatiques sont mal gérées, les informations relatives à la confirmation d'un cas de poliomyélite risquent d'être diffusées de manière inopportune par les médias. Le ministère de la santé, de concert avec l'OMS, doit toujours être le premier à annoncer une flambée et doit prendre l'initiative dans

² L'annexe 1 présente la méthode de l'outil d'enquête spéciale visant à identifier les raisons de non-vaccination des enfants

ce domaine. Il convient d'établir dès le départ si la direction des interventions médiatiques incombera à l'OMS ou à l'UNICEF. Cela dépendra des capacités existantes dans chaque pays, mais l'UNICEF prend généralement la direction des interventions médiatiques, en sus de la communication de riposte C4D. Toutefois, quel que soit l'organisme auquel cette responsabilité est dévolue, une collaboration et une consultation étroites doivent exister entre les deux organisations, ainsi qu'entre leurs bureaux régionaux et leurs sièges. L'organisme responsable devra immédiatement organiser des téléconférences conjointes pour établir la stratégie médiatique.

Pour bien gérer les interventions médiatiques, il importe d'avoir une compréhension approfondie du paysage médiatique et d'identifier les médias exerçant une influence en suivant attentivement la couverture médiatique sur la flambée et en analysant sa tonalité. On dressera alors une liste des journalistes qui couvrent l'actualité sanitaire, ainsi que des programmes disposant d'un auditoire important, et on s'emploiera à établir avec eux un dialogue constant pour nouer des relations de confiance. Le programme et l'UNICEF devront également désigner des porte-paroles possédant une formation médiatique et capables de collaborer avec les médias et de transmettre un message approprié concernant les responsabilités et le «visage public» de la riposte.

B.3 Comprendre le paysage de la communication

Il importe de mener une analyse minutieuse du paysage de la communication pour guider les décisions quant aux stratégies de communication à adopter. Il s'agira notamment de recueillir des informations sur les profils de consommation des médias (télévision, radio, presse, affichage à l'extérieur et dans les transports, médias sociaux, magazines, etc.) ; les programmes et chaînes médiatiques bénéficiant d'un large auditoire ; les professionnels influents des médias, qui jouent un rôle directeur dans la sphère sociale publique et peuvent œuvrer à la lutte contre la poliomyélite ; les comités de mobilisation sociale existants aux niveaux national et infranational ; les réseaux disponibles de mobilisation communautaire dans le pays, en particulier dans les zones à haut risque, et leur aptitude à être déployés, etc.

B.4 Coordination des interventions de communication

Dès le début de la flambée, il est indispensable de créer un groupe spécial national chargé de la communication ou de la mobilisation sociale, ou de revitaliser ce groupe s'il existe déjà. Dans de nombreuses situations, il pourra appartenir au Comité national de coordination interorganisations pour la vaccination d'activer ou d'établir un Comité de mobilisation sociale.³ Le rôle de ce dernier est de planifier, coordonner et veiller à la bonne mise en œuvre et à la bonne gestion des interventions médiatiques et de C4D pour appuyer les activités de vaccination supplémentaire et de vaccination systématique. Il devra se réunir régulièrement pendant toute la durée de la flambée et être représenté au sein du comité de coordination interorganisations ou d'un autre groupe spécial de gestion créé par l'IMEP ou le ministère de la santé. Il lui incombe également de rendre régulièrement compte de ses progrès au regard des étapes clés. Les activités du Comité de mobilisation sociale et les mécanismes de coordination dont il relève doivent être appliqués à l'échelon infranational pour améliorer la riposte jusqu'au niveau périphérique le plus local. Dans tous les cas, la communication externe et la mobilisation sociale doivent toujours être menées de front, au travers d'une approche stratégique cohérente.

B.5 Communication pour le développement dans le cadre du plan national de riposte aux flambées

Les modes opératoires normalisés prévoient le déploiement d'une équipe de l'IMEP pour appuyer les activités de riposte dès qu'une flambée est confirmée dans un pays. Une fois que la flambée est évaluée et que toutes les données disponibles et les capacités existantes sont analysées, l'équipe de l'IMEP commence à élaborer un plan exhaustif intégrant la composante C4D. Le plan de communication C4D devra contenir les éléments suivants :

³Adapté des documents Communication Handbook for Polio Eradication and Routine EPI, Annexe 8 (UNICEF/OMS/Partenaires pour l'éradication de la poliomyélite, novembre 2000) et Briefing Guide on Planning, Management and Implementation of Communication for EPI/NID, Annexe 1, République démocratique du Congo (UNICEF, mars 2000).

B.5.I Objectifs et indicateurs de la communication

Il est essentiel de définir les changements escomptés en termes de **connaissances, attitudes, pratiques et comportements** du groupe ciblé, mais il est tout aussi important de lier les objectifs de communication aux indicateurs programmatiques que la campagne globale de riposte cherche à satisfaire. Par exemple, les objectifs de communication devront refléter la manière dont les interventions de C4D pourront contribuer aux réalisations suivantes :

- ✓ Parmi tous les enfants ciblés lors de la dernière AVS, la proportion d'enfants échappant à la vaccination en raison d'un refus du vaccin ou d'une absence est minimale dans les districts à haut risque.
- ✓ Parmi les personnes chargées des soins aux enfants, la proportion qui avait connaissance des campagnes de vaccination antipoliomyélique avant l'arrivée des vaccinateurs lors de la dernière AVS est maximisée, en particulier dans les districts à haut risque.
- ✓ La proportion de districts à haut risque qui intègrent les données sociales minimales requises dans leur micro-plan de district et qui ont transmis des rapports complets sur la communication et la mobilisation sociale pour la dernière campagne est élevée.
- ✓ La proportion de districts où une formation à la communication interpersonnelle a été fournie au personnel de vaccination et de mobilisation sociale au cours des 2 derniers mois est élevée.

B.5.II Analyse du public cible

Il importe de segmenter le public cible en groupes primaires et secondaires. L'analyse du public cible devra également inclure une liste des parties prenantes ou des personnes pouvant être **mobilisées** pour appuyer le programme, ainsi que des personnes auprès desquelles un **plaidoyer** devra être assuré pour obtenir leur soutien. Il pourra s'agir de responsables religieux et communautaires, d'enseignants et/ou de jeunes volontaires. Il est également indispensable d'analyser les obstacles susceptibles d'entraver la prise de décision par le public cible. Certains de ces obstacles peuvent être liés à des considérations sociales, à des difficultés d'accès ou aux services disponibles. Dans le contexte d'une flambée de poliomyélite, selon l'analyse faite des différentes expériences au niveau national et régional, le public cible peut appartenir à l'une des catégories suivantes :

1. Les partisans
2. Les partisans vulnérables
3. Les réfractaires
4. Les populations mobiles

Les **partisans** représentent généralement la majorité de la population d'un pays. Ils souhaitent faire vacciner leurs enfants car ils acceptent la vaccination, font confiance aux prestataires de soins et au système de santé et sont conscients de la menace que représente la poliomyélite en l'absence de vaccination. Ce groupe possède également l'assurance nécessaire pour accepter le vaccin, même lorsque des rumeurs ou des vagues de refus de la vaccination se manifestent dans leur communauté.

Les **partisans vulnérables** sont ceux qui peuvent décider, à terme, de ne plus accepter le vaccin. Modérément favorables à la vaccination et aux services prodigués, ils peuvent devenir réfractaires en présence de rumeurs contre les vaccins ou de mouvements communautaires de refus de la vaccination dus à d'autres raisons.

Les **réfractaires** représentent généralement une minorité de la population. Cependant, ils sont souvent regroupés au sein de communautés offrant un environnement social et culturel qui favorise leur méfiance et leurs soupçons à l'égard des services de vaccination, de la sécurité des vaccins ou de l'intérêt de la vaccination. Ces réfractaires ne sont pas nécessairement des personnes chargées des soins aux enfants. Il peut s'agir de

responsables ou de membres influents de la communauté, ou même de vacinateurs qui ne sont pas entièrement convaincus du bien-fondé de leur mission.⁴

Les **populations mobiles** sont des populations qui se déplacent soit parce qu'elles ont été contraintes de quitter leur foyer, soit parce qu'elles voyagent pour assurer leur subsistance ou pour d'autres raisons. Pour les membres de ces populations qui ne sont pas à même de se rendre sur un site de vaccination permanent, le programme établit des points de vaccination de transit. Pour appuyer cet effort, une communication ciblée est généralement assurée pendant une période limitée.

B.5.III Conception des messages clés et des supports de communication

En principe, les supports existants serviront de point de départ à ce travail. Certains de ces supports pourront être reproduits, avec des modifications pour les adapter à la nouvelle flambée. S'il s'avère nécessaire de produire de **nouveaux** supports de communication C4D, on veillera à ce qu'ils soient liés aux objectifs stratégiques globaux identifiés dans la stratégie C4D. Tous les supports et toutes les communications sur la poliomyélite doivent adhérer aux trois principes suivants⁵ :

1. Comprendre et tirer parti des perceptions, croyances et normes sociales liées à la poliomyélite et à la vaccination antipoliomyélitique ;
2. Humaniser les agents de santé en soulignant leur sensibilité et leur aptitude sociale ;
3. Affiner en permanence la stratégie de communication afin de préserver l'authenticité et la crédibilité du message pour le public cible.

B.5.IV Sélection stratégique des moyens de communication et des activités lors d'une flambée de poliomyélite⁶

Lors d'une flambée de poliomyélite, il convient de recourir à divers moyens de communication. Ces derniers seront choisis en tenant compte de plusieurs facteurs, notamment : profil de consommation des médias ; couverture et pénétration des diverses formes de médias ; profil de l'audience ; et coûts. Il est essentiel d'établir une sélection équilibrée de ces moyens de communication en recherchant le meilleur rapport coût-efficacité et la plus grande couverture possible. Parmi les moyens de communication les plus utilisés en situation de flambée figurent : les moyens de diffusion de masse, la communication interpersonnelle via des réseaux d'information communautaires ; les moyens de communication populaires dans les communautés ; et les supports d'information, d'éducation et de communication.

Durant la phase de riposte immédiate, les activités de communication C4D essentielles suivantes peuvent être envisagées :

- ✓ Communiquer les informations relatives à l'importance, la sécurité et l'efficacité de la vaccination dès le début de la flambée afin de dissiper toute rumeur susceptible de compromettre la campagne.
- ✓ Analyser les données des études sur les connaissances, attitudes et pratiques concernant les vaccins, les services de vaccination et la poliomyélite pour orienter l'élaboration des messages.
- ✓ Informer la population cible sur la poliomyélite, le vaccin et les agents de santé qui apporteront leur soutien aux enfants vulnérables.
- ✓ Rallier les agents de mobilisation sociale et communautaire dans les zones les plus à risque.
- ✓ Analyser le paysage médiatique pour identifier les moyens d'atteindre rapidement le plus grand nombre de personnes possible au sein de la population cible.
- ✓ Souligner le courage des agents de santé et leur engagement envers leur mission de vaccination afin de créer un environnement favorable à la campagne.

⁴ Guide global de communication sur la poliomyélite. UNICEF NYHQ. 2016.

⁵ Des modèles de supports créatifs de communication utilisés pour la riposte initiale et la phase adaptative sont fournis dans le Guide global de communication sur la poliomyélite. UNICEF NYHQ. 2016.

⁶ Extrait de Behaviour Change Communication in Emergencies: Tool Kit. UNICEF ROSA, 2006.

Durant la phase adaptative de communication, les activités clés suivantes seront à envisager :

- ✓ Identifier les populations qui n'ont pas ou peu été couvertes par les communications précédentes.
- ✓ Cibler à nouveau ces populations et affiner la communication à leur égard.
- ✓ Adapter la communication pour remédier aux causes profondes des cas de refus du vaccin et des difficultés d'accès à la vaccination (identifiées au moyen des données sur les connaissances, attitudes et pratiques).
- ✓ Commencer à cibler et à corriger les perceptions et les normes sociales préjudiciables.
- ✓ Identifier et tirer parti des communications précédentes qui se sont avérées fructueuses.
- ✓ «Boucler la boucle» en donnant aux personnes chargées des enfants qui ont échappé à la vaccination ou qui étaient absents les moyens d'entrer en contact direct avec l'UNICEF/d'autres parties pour obtenir le vaccin.
- ✓ Après avoir souligné les conséquences individuelles de la poliomyélite lors de la phase précédente, mettre l'accent sur l'importance de la protection collective et de l'action sociale.
- ✓ Continuer à soutenir la mobilisation sociale et communautaire et faire évoluer les messages de communication interpersonnelle pour les aligner sur la communication de masse, et inversement.

Il est crucial de poursuivre le dialogue avec les membres des communautés après le processus de vaccination pour renforcer les normes favorables à la vaccination. Un module de formation complet destiné aux agents de première ligne est mis à la disposition des équipes des bureaux régionaux et de pays pour améliorer les capacités de vaccination, en particulier en matière de communication interpersonnelle.

B.5.V Suivi et évaluation

Après avoir défini les comportements et les résultats escomptés et les indicateurs correspondants, il est impératif de déterminer si les objectifs ont effectivement été atteints. Le suivi des activités fait généralement appel à des indicateurs de processus, tel que le nombre de supports de communication produits et diffusés (affiches, tableaux, spots télévisés/radiophoniques, etc.), et/ou le nombre d'ateliers de formation organisés (formation des formateurs, éducation par les pairs, etc.).

B.5.VI Gestion du plan

Le plan national de riposte à une flambée de poliomyélite doit comprendre un budget clairement défini et un plan de renforcement des capacités de déploiement pour appuyer la mise en œuvre des interventions aussi bien au niveau national que sur le terrain. Ce plan doit être élaboré en concertation avec tous les partenaires et s'appuyer sur le processus d'identification des besoins en ressources financières (FRR) de l'IMEP. Les activités de communication et de mobilisation sociale sont généralement budgétisées selon deux catégories dans le cadre du FRR. La première correspond à la mobilisation sociale pour les campagnes et la seconde aux activités continues de communication. La première catégorie couvre les activités planifiées et entreprises spécifiquement pour les journées nationales de vaccination, les journées locales de vaccination ou les journées d'activités de vaccination supplémentaire, tandis que la seconde porte sur les activités mises en œuvre pendant toute la riposte, indépendamment des dates des AVS.

Le budget pourra en outre inclure les éléments suivants :

- ✓ évaluation des coûts de diverses activités, comme la formation, le plaidoyer, la mobilisation sociale, et la production et la diffusion d'une variété de supports médiatiques.
- ✓ évaluation des coûts liés aux ressources humaines, ainsi qu'au plan de recrutement et à sa durée.

B.6 Renfort des interventions de communication⁷

Consciente des défis que pose la stratégie de renfort, l'IMEP a adopté un processus de mobilisation en deux étapes : **Phase d'intervention rapide** (équipe d'intervention rapide, dénommée « équipe A ») : dans les 72 heures qui suivent la notification de la flambée, conformément à la politique dite «sans regrets», l'IMEP mobilise des professionnels préalablement identifiés, formés et disposant d'une expertise dans divers domaines. Cette équipe est constituée principalement de membres du personnel existants de l'IMEP placés sur une liste d'intervention rapide, dont le déploiement pour une période d'un mois maximum a été préalablement négocié et approuvé.

Phase de renfort (équipe de renfort, dénommée «équipe B») : dans les trois semaines qui suivent la notification de la flambée, l'IMEP mobilise, en fonction de la catégorie de la flambée, une équipe de renfort pluridisciplinaire et formée. Si le plan de riposte l'exige, du personnel de renfort supplémentaire sera également déployé. L'équipe d'intervention rapide et l'équipe de renfort doivent toutes deux inclure des professionnels affectés aux responsabilités clés suivantes :

- Un responsable technique sur les flambées de poliomyélite
- Un responsable de la communication C4D⁸
- Un spécialiste des opérations (soutien administratif, financier et opérationnel) (niveau national)
- Des spécialistes des AVS et de la surveillance (niveau infranational)

Un spécialiste de la formation sera également déployé au sein de l'équipe A, et éventuellement de l'équipe B, pour instituer la formation des agents de première ligne au moyen d'outils mondiaux susceptibles d'améliorer la qualité des AVS.

⁷ Une chronologie détaillée des efforts de renfort est fournie en annexe 2.

⁸ Le mandat détaillé est disponible en annexe 3.

C. PHASE II - COMMUNICATION EN PHASE ADAPTATIVE : DE UN À TROIS MOIS

Dans un délai d'un mois, des plans C4D devront être en place pour appuyer les activités de vaccination. Pour parvenir à une couverture efficace des enfants ciblés, il est essentiel d'assurer un suivi des résultats et d'adapter les interventions en conséquence. Les indicateurs relatifs à la communication et aux activités de C4D sont inclus dans les formulaires de suivi indépendant. Le suivi indépendant ou les données LQAS permettent une évaluation objective des résultats obtenus, en particulier pour ce qui est de la couverture, des raisons de non-vaccination des enfants et de la capacité à atteindre les populations mobiles ou difficiles d'accès. **Il sera donc important, après la riposte initiale, de:**

- ✓ Recueillir les observations et les données relatives à la performance des campagnes ;
- ✓ Mener une analyse ventilée pour évaluer le niveau d'acceptation et de compréhension du programme de lutte contre la poliomyélite dans les communautés ;
- ✓ Analyser les causes profondes des cas de refus du vaccin et des difficultés d'accès à la vaccination et identifier les principaux facteurs qui sont à l'origine des obstacles à la vaccination.



Les obstacles peuvent avoir différentes causes, comme l'organisation de campagnes répétées à brefs intervalles, la méfiance à l'égard du vaccin ou des agents de première ligne, ou plusieurs autres facteurs indiqués dans la diapositive ci-dessus. Pour chacun de ces facteurs, un ensemble d'interventions est recommandé dans le Guide global de communication. Il est extrêmement important que les prestataires de soins possèdent de bonnes compétences de communication interpersonnelle pour intervenir dans des situations complexes lors des AVS.

Aux termes de trois mois et de six mois après la confirmation d'une flambée ou d'un événement, les modes opératoires normalisés prévoient qu'une évaluation soit menée pour déterminer dans quelle mesure les activités mises en œuvre sont parvenues à interrompre la transmission du virus. À ce stade, une évaluation qualitative peut être nécessaire pour mieux comprendre les raisons de la non-vaccination des enfants et des réticences éventuelles à la vaccination. Le suivi des activités planifiées, ainsi que l'inclusion des données sociales dans les formulaires de suivi indépendant et d'autres instruments, sont indispensables.

D. PHASE III - FIN DE LA FLAMBÉE ET PRÉSERVATION DES ACQUIS : DE TROIS À SIX MOIS ET AU-DELÀ

Une fois ce stade atteint, la flambée devrait perdre de son intensité et s'acheminer vers un arrêt complet. Il est toutefois essentiel de continuer à mettre l'accent sur la qualité des AVS, le renforcement de la surveillance et la couverture des enfants ayant échappé à la vaccination. Parallèlement, la vaccination systématique jouera un rôle clé pour pérenniser l'interruption de la transmission virale. À cet égard, les plans de riposte aux flambées devront indiquer ce qui sera fait pour promouvoir les services de vaccination systématique, en particulier dans les zones à faible couverture vaccinale. Ces efforts porteront notamment sur la formation des agents de première ligne, la production et la diffusion de supports d'information, d'éducation et de communication, et le suivi des services. Il conviendra d'établir un plan pour incorporer les moyens spécifiquement mobilisés aux fins de la lutte antipoliomyélique dans le programme général de santé, par exemple en appui à la vaccination systématique et à d'autres services de santé communautaires. Il est tout aussi important d'élaborer des plans de préparation susceptibles de réduire les risques de

flambées futures. L'évaluation finale de la flambée visera à examiner les plans d'amélioration de la vaccination systématique du pays, ainsi que les plans de préparation à long terme. Le chapitre de la Stratégie C4D globale sur la poliomyélite consacré à la stabilisation fournit des détails supplémentaires sur cette phase essentielle.

Enfin, il importe de consigner les réalisations et les enseignements tirés des activités de mobilisation sociale, de plaidoyer, de collaboration avec les médias et de partenariat, tant à l'échelle nationale qu'au niveau des provinces et des districts. Les photos, anecdotes, témoignages, articles de presse et reportages médiatiques sont d'une utilité déterminante pour préserver la volonté politique nationale et motiver les bailleurs de fonds à continuer de soutenir les programmes de santé et de vaccination.

RÉFÉRENCES

- Behaviour Change Communication in Emergencies: Tool Kit. UNICEF ROSA, 2006.
- Essentials for Excellence: Researching, Monitoring and Evaluating Strategic Behaviour and Social Change. UNICEF NYHQ, 2008.
- Guide global de communication sur la poliomyélite. UNICEF NYHQ. 2016.
- Peter F. Chen, Ph.D., MPH, MA. Handbook on Communication for Development For Programme Managers. Asia-Pacific Development & Communication Centre Dhurakji Pundit University, Bangkok, Thailand. 2014.

INFORMATIONS ET ORIENTATIONS SUPPLÉMENTAIRES SUR LA COMMUNICATION C4D

- <http://www.rhizome.work>
- <http://www.polioeradication.org/>

ANNEXE 1 : MÉTHODOLOGIE DE L'OUTIL D'ENQUÊTE SPÉCIALE POUR IDENTIFIER LES RAISONS DE LA NON-VACCINATION DES ENFANTS

A. Description de l'outil

En quoi consiste-t-il et quelle est son utilité ?

Objectifs de l'outil

L'outil d'investigation spéciale vise à aider l'IMEP à identifier les raisons pour lesquelles des enfants échappent chroniquement à la vaccination par le VPO dans les zones à haut risque de transmission de la poliomyélite. L'outil se compose de trois volets distincts. Ces derniers ne doivent pas nécessairement être réalisés de manière séquentielle, bien que cette approche fournisse une compréhension plus fine de la situation.

Les **Parties A et B** sont conçues pour évaluer la planification des AVS, les moyens en personnel, la responsabilisation du personnel et l'encadrement au niveau des districts (Partie A) et des sous-districts (Partie B). Elles consistent à 1) examiner les micro-plans et les documents liés à la planification et aux activités préparatoires (par exemple financement, réunions, formation) menées avant l'AVS la plus récente contre la poliomyélite et 2) mener des entretiens rapides avec certains agents sur le terrain.

La **Partie C** est conçue pour évaluer les perceptions et les attitudes communautaires envers le programme de lutte contre la poliomyélite et le vaccin, ainsi qu'à l'égard du système global de vaccination systématique. Elle se concentre sur la communauté pour laquelle l'enquête a été déclenchée et comprend 1) un entretien rapide avec un chef local, traditionnel ou religieux de cette communauté et 2) une enquête en grappes auprès de 20 ménages de la communauté.

Dans quelles circonstances est-il utilisé ?

Une enquête spéciale peut être engagée par les autorités nationales/étatiques/provinciales en présence d'un ou plusieurs des facteurs déclenchants suivants, indiquant un problème potentiellement grave d'omission de certains enfants dans les efforts de vaccination par le VPO :

1. Cas/grappe de cas de PVS ou du PVDVc

Dans les 3 jours suivant la confirmation de la positivité du cas indicateur pour le PVS ou le PVDVc. Cette enquête devrait être menée parallèlement à « l'enquête épidémiologique détaillée du cas ».

2. Cas/grappe de cas de PFA « zéro dose »

Dans les 7 jours suivant l'investigation d'un cas de PFA identifiant tout enfant n'ayant jamais reçu de dose de VPO (à l'exception de la dose à la naissance).

3. Grappe d'enfants ayant échappé à la vaccination, identifiés par suivi indépendant/échantillonnage LQAS

Dans les 7 jours suivant l'identification par des contrôleurs externes d'une communauté présentant une proportion prédéfinie d'enfants ayant échappé à la vaccination, déterminée par suivi indépendant ou échantillonnage LQAS après l'AVS. Selon le niveau de risque associé à la zone géographique concernée et/ou la gravité du problème, l'enquête spéciale peut être répétée immédiatement après 1 à 3 tournées ultérieures d'AVS pour suivre l'évolution de la situation. Les seuils utilisés pour classer une zone comme présentant une « couverture inadéquate » ou une « omission chronique » de la vaccination peuvent différer d'un pays à l'autre ; ces seuils devront être déterminés dès le stade de l'adaptation des lignes directrices au contexte local.

4. Grappe de refus du vaccin durant les AVS, identifiée par la surveillance et le suivi (suivi indépendant/autre) :

Dans les 7 jours suivant l'identification d'une communauté présentant un pourcentage ou un nombre prédéfini d'enfants ayant échappé à la vaccination en raison d'un refus du vaccin durant l'AVS la plus récente. Selon le niveau de risque associé à la zone géographique concernée et/ou la gravité du problème, l'enquête spéciale peut être répétée immédiatement après 1 à 3 tournées ultérieures d'AVS pour suivre l'évolution de la situation. Les seuils utilisés pour classer une zone comme présentant une « grappe de refus » peuvent différer d'un pays à l'autre ; la définition d'une telle grappe devra être établie dès le stade de l'adaptation des lignes directrices au contexte local.

5. Autres raisons :

Toute autre raison identifiée par le pays, comme un « faible niveau de connaissances concernant la campagne », telle que déterminée par un suivi indépendant selon des seuils établis localement.

B. Utilisation de l'outil

Comme l'enquête doit-elle être menée ?

Une fois que l'un des 5 facteurs déclenchants énoncés ci-dessus est signalé, il est décidé, à l'échelon national ou au niveau de l'État, de mener une enquête spéciale à l'aide de l'outil standardisé qui a été adapté au contexte national/local. Chaque enquête devrait s'appuyer sur la participation du ministère de la santé et de ses partenaires, principalement l'OMS et l'UNICEF. L'une quelconque des organisations impliquées peut prendre la direction d'une partie de l'exercice (par exemple, l'UNICEF réalise la Partie C) et s'occuper de consolider les résultats et de finaliser le rapport en consultation avec l'équipe chargée de l'enquête. Toute absence de participation de l'un des partenaires doit être justifiée et consignée (en couverture de l'outil). Tous les membres de l'équipe participant à l'enquête devront être préalablement formés à l'utilisation de cet outil.

PARTIE A : Évaluation au niveau des districts/zones d'administration locale (LGA)

1. Évaluation menée par une équipe conjointe du ministère de la santé, de l'OMS et de l'UNICEF désignée par l'État/province

2. Les informateurs clés sont :

- 1) le haut responsable du district (ou équivalent) chargé de la poliomyélite (par exemple, le coordonnateur de district au Pakistan ou le président/vice-président de la LGA au Nigéria)
- 2) le point focal sur la poliomyélite pour le district/LGA (ministère de la santé ou organisation partenaire)
- 3) le directeur de la communication pour le district/LGA (ou équivalent, comme le superviseur du réseau de communication)

3. Examen des versions les plus récentes des documents suivants :

- 1) micro-plans du district/LGA, y compris les plans de logistique et d'approvisionnement
- 2) plan de mobilisation sociale du district/LGA
- 3) compte rendu de la réunion la plus récente du groupe spécial
- 4) tout tableau de bord pré/post-campagne, données AVS

PARTIE B : Évaluation au niveau des sous-districts

1. Cette évaluation doit être menée par une équipe conjointe du ministère de la santé, de l'OMS et de l'UNICEF, désignée par l'État/province.

2. Les informateurs clés sont notamment :

- 1) le point focal sur la poliomyélite pour le sous-district (par exemple l'administrateur du programme élargi de vaccination)
- 2) le superviseur d'équipe de la campagne la plus récente pour la communauté ciblée par l'enquête
- 3) le directeur de la communication pour le sous-district (ou équivalent, comme le superviseur du réseau de communication)

3. Examen des versions les plus récentes des documents suivants :

- 1) micro-plans du sous-district, y compris les plans de logistique et d'approvisionnement
- 2) plan de mobilisation sociale du sous-district
- 3) compte rendu de la réunion la plus récente du groupe spécial
- 4) tout tableau de bord pré/post-campagne, données AVS
- 5) plan de formation, registre des présences et supports de formation

PARTIE C : Évaluation au niveau communautaire

1. Évaluation menée par une équipe conjointe du ministère de la santé, de l'OMS et de l'UNICEF, désignée par l'État/province en présence de l'un des facteurs déclenchants mentionnés ci-dessus ou d'un obstacle social indépendant émergeant dans une communauté.
2. Les informateurs clés sont notamment :
 - 1) Chefs locaux, traditionnels ou religieux pour « l'évaluation des risques dans la communauté »
 - 2) Une personne chargée des soins aux enfants (idéalement la mère) dans chacun des 20 ménages choisis de manière aléatoire pour « l'enquête auprès des ménages de la communauté ».
3. Méthode de sélection :
 - 1) Chefs locaux : Demander à un agent de mobilisation sociale (ou un agent de santé local en l'absence de mobilisateurs sociaux) d'identifier les 3 dirigeants les plus influents de la communauté. En choisir un de manière aléatoire pour l'entretien.
 - 2) Enquête auprès des ménages de la communauté :
 - 20 ménages doivent être sélectionnés pour l'enquête communautaire, cette procédure devant inclure :
 - a) tous les ménages comptant un enfant qui répond aux critères de déclenchement (cas de PVS/PVDVc, PFA zéro dose, enfants ayant échappé à la vaccination ou refus du vaccin) ET/OU
 - b) ménages supplémentaires comptant des enfants de moins de 5 ans, sélectionnés de manière aléatoire jusqu'à atteindre 20 ménages
 - En présence de PFA zéro dose et de cas de PVS/PVDVc, inclure le domicile du cas indicateur et sélectionner au hasard 20 ménages comptant des enfants de moins de 5 ans dans la zone immédiate autour du cas indicateur.

C. Analyse et établissement des rapports

Pour chaque enquête réalisée, une des organisations (Ministère de la santé, OMS ou UNICEF) aura pour responsabilité de compiler et d'analyser les données, en utilisant des modèles de rapports adaptés au contexte local. Il convient d'établir un rapport exhaustif et de le mettre à disposition dans un délai recommandé d'une semaine après la fin de l'enquête. Ce rapport sera transmis à tous les partenaires dans le pays, ainsi qu'aux points focaux UNICEF/OMS au niveau régional et au Siège. L'avancement de la mise en œuvre des mesures prises au regard des recommandations énoncées dans le rapport sera suivi selon les dispositions actuelles de surveillance de chaque pays, telles que définies dans les plans d'action d'urgence. Il est recommandé de déployer des agents de suivi supplémentaires lors de l'AVS suivante et de comparer les résultats aux données de la tournée précédente. Si aucune amélioration n'est observée, des moyens devraient être consacrés à la réalisation d'une nouvelle enquête spéciale.

ANNEXE 2 : CHRONOLOGIE DES ACTIVITÉS, DE LA PHASE PRÉALABLE À L'INTERVENTION DE L'ÉQUIPE A JUSQU'À L'INTERVENTION DE L'ÉQUIPE B

Phase préalable à l'intervention de l'équipe A (jours 0 à 7)

Objectif : dans les 24 heures suivant la déclaration de la flambée, chaque bureau (bureau de pays, bureau régional et Siège) désigne un point focal :

MESURES CLÉS	Jours 0 à 7
1. Le Siège, le bureau régional et le bureau de pays communiquent les noms des points focaux pour la flambée dans un délai de 24 heures.	<input checked="" type="checkbox"/>
2. Au 4e jour au plus tard, le Siège organise une conférence téléphonique avec les membres du bureau régional et du bureau de pays.	<input checked="" type="checkbox"/>
3. Au 7e jour au plus tard : En collaboration avec les partenaires de l'IMEP, le bureau de pays soumet un projet de plan de riposte définissant les besoins en vaccins, le budget et les exigences de renfort en ressources humaines.	<input checked="" type="checkbox"/>
4. Le Siège vire des fonds au bureau de pays aux fins de la riposte.	<input checked="" type="checkbox"/>
5. La classification de la flambée par le Groupe de gestion de l'éradication et des flambées (EOMG) est achevée. Le chef de l'équipe poliomyélite du Siège envoie un courriel au Directeur régional et au représentant de pays confirmant la classification de la flambée et la décision relative au déploiement de l'équipe A/B.	<input checked="" type="checkbox"/>
6. En parallèle, on tentera d'identifier les personnes à mobiliser en renfort de l'équipe A selon les besoins.	<input checked="" type="checkbox"/>

Phase d'intervention de l'équipe A (jours 7 à 37, ou la période commençant dès que le point focal de l'équipe A assume ses fonctions et/ou se terminant lors du transfert de responsabilité au point focal de l'équipe B)

Objectif : assurer la continuité de la riposte à la flambée et engager les activités de riposte initiales, notamment une première tournée d'AVS

MESURES CLÉS	Jours 7 à 37
1. Le point focal du bureau de pays continue d'assumer ses responsabilités ou les transfère au chef de l'équipe A.	<input checked="" type="checkbox"/>
2. Le plan de riposte de l'IMEP est finalisé, avec un calendrier des AVS. Le plan stratégique de communication est élaboré et l'approvisionnement en vaccins est garanti.	<input checked="" type="checkbox"/>
3. Le budget du plan de riposte complet est approuvé, avec l'apport d'informations par le bureau régional et le Siège.	<input checked="" type="checkbox"/>
4. Le personnel de renfort requis pour l'équipe A est déployé (autre le point focal). Le bureau régional communique les options pour l'équipe B au bureau de pays. Le Siège peut également contribuer	<input checked="" type="checkbox"/>

à l'identification de l'équipe B. Le bureau de pays commence le recrutement de l'équipe B.	
5. Un mécanisme assimilable à un centre d'opérations d'urgence est établi dans le pays en collaboration avec le ministère de la santé et les partenaires de l'IMEP.	<input checked="" type="checkbox"/>
6. L'appui du Siège et du bureau régional est rationalisé, y compris la participation à la mission de suivi et d'examen de la flambée.	<input checked="" type="checkbox"/>
7. Les données du suivi indépendant sont partagées et utilisées pour optimiser les activités.	<input checked="" type="checkbox"/>

Phase d'intervention de l'équipe B : à partir du jour 37 (ou quand le point focal de l'équipe B prend la relève) jusqu'à la fin de la flambée.

Objectif : assurer la qualité des AVS, la surveillance et la mise en œuvre des recommandations successives de l'équipe d'évaluation de la riposte.

MESURES CLÉS	À partir du jour 37
1. Assurer le transfert de responsabilité de l'équipe A à l'équipe B	<input checked="" type="checkbox"/>
2. Mettre en œuvre le plan de riposte à la flambée en assurant la qualité des AVS et de la surveillance	<input checked="" type="checkbox"/>
3. Mettre en œuvre les recommandations successives de l'équipe d'évaluation de la riposte	<input checked="" type="checkbox"/>
4. Renforcer la vaccination systématique	<input checked="" type="checkbox"/>
5. Déclarer la fin de la flambée	<input checked="" type="checkbox"/>
6. Démobiliser le personnel de renfort et clore le budget	<input checked="" type="checkbox"/>
7. Consigner les enseignements tirés	<input checked="" type="checkbox"/>



MANDAT : CHARGÉ DE COMMUNICATION SUR LES FLAMBÉES (Communication externe et C4D)

Introduction :

L'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP) vise à soustraire les enfants de demain à la menace d'une infection et d'une paralysie d'origine poliomyélique. Cet objectif ne pourra être atteint que si la transmission du poliovirus est interrompue dans les pays d'endémie restants et si une riposte rapide et efficace est mise en œuvre lorsqu'une flambée de poliovirus se déclare dans un pays exempt de poliomyélite. L'IMEP a récemment révisé ses modes opératoires normalisés de riposte aux nouvelles flambées de poliomyélite dans les pays exempts de poliomyélite.ⁱ

Le présent document décrit le mandat du Chargé de communication pour les flambées dans le cadre de ces nouveaux modes opératoires normalisés.

Objet du poste :

Le Chargé de communication sur les flambées est responsable de l'appui à la communication sur la poliomyélite fourni au pays durant la riposte à une flambée de poliovirus. Il travaille sous la supervision du chef des bureaux de pays OMS/UNICEF, en collaboration avec les équipes de communication de ces organisations.

Le soutien apporté par le Chargé de communication à l'équipe du bureau de pays permettra de veiller à la cohérence de la riposte avec :

1. Les plans et stratégies des pouvoirs publics/du ministère de la santé, et
2. Les modes opératoires normalisés les plus récents de riposte aux flambées.

Le Chargé de communication sera déployé dans le pays en tant que membre de l'équipe d'intervention rapide (A) ou de l'équipe de renfort (B).

Principales fonctions :

Tâches générales :

- Évaluer les besoins en communication et la capacité existante dans le pays.
- Faire rapport aux sièges de l'OMS/UNICEF sur les progrès, les réalisations et les domaines nécessitant un soutien supplémentaire.
- Contribuer à l'élaboration d'un plan de communication pour étayer la riposte technique, en collaboration avec les bureaux OMS/UNICEF.
- Apporter une contribution technique à la stratégie globale de riposte, notamment la mise en œuvre des plans de travail opérationnels et la fourniture de conseils faisant autorité et d'un soutien aux unités opérationnelles.
- Assurer l'encadrement et le renforcement des équipes de communication existantes en mettant l'accent sur la cohésion de l'équipe et la collaboration quotidienne avec les partenaires nationaux/internationaux.

Communication pour le développement (C4D) :

- Assurer la conduite de l'enquête sociale requise sur les cas de poliomyélite dans le cadre de la riposte précoce

à la flambée.

- Élaborer/actualiser/examiner les données sur les connaissances, attitudes et comportements du public cible concernant la vaccination, en particulier parmi les populations à haut risque et mobiles.
- Faciliter et mener la redynamisation de la mobilisation sociale et/ou d'un groupe de travail sur la communication, ou élargir le groupe existant.
- Entreprendre l'élaboration de la composante consacrée à la mobilisation sociale dans le plan de riposte de 6 mois, comprenant une description détaillée de la mise en œuvre infranationale dans les zones à haut risque et parmi les populations mobiles, ainsi que les moyens de suivre les activités de terrain et le budget alloué à ces dernières.
- Mettre au point les stratégies C4D de mobilisation communautaire et de diffusion de l'information pour promouvoir la vaccination antipoliomyélitique et la vaccination systématique.
- Élaborer et adapter les produits d'information sanitaire pour diverses populations/publics cibles, en s'appuyant sur une évaluation minutieuse des connaissances, pratiques et comportements de la communauté.
- Veiller à ce que les micro-plans relatifs à la poliomyélite (au moins dans les zones prioritaires) incluent les données sociales et les informations nécessaires sur les agents de mobilisation sociale et les personnes d'influence, à temps pour la riposte initiale.
- Fournir un soutien à la formation des agents de santé.
- Contribuer à la mise en œuvre du plan de communication stratégique pour la riposte, y compris des plans de communication de masse, le cas échéant.
- Mener une analyse approfondie des problèmes éventuels de méfiance ou de refus à l'égard de la vaccination devant être résolus.
- Effectuer des analyses régulières des données de suivi indépendant et d'autres ressources disponibles pour identifier les zones prioritaires et concevoir des micro-plans de mobilisation sociale ciblant ces zones, qui intègrent des indicateurs de mobilisation sociale parmi les indicateurs de suivi du programme.
- Constituer des équipes de mobilisation sociale bénéficiant de pouvoirs délégués au niveau infranational, le cas échéant, et superviser la structure jusqu'à la fin de la flambée avec un suivi de la performance.

Communication externe :

- Entreprendre une analyse du paysage médiatique.
- Aider l'équipe de riposte à la flambée à préparer une stratégie de communication externe, notamment auprès des dirigeants politiques, religieux et communautaires et d'autres intervenants.
- Élaborer des dossiers de communication médiatique et externe sur la poliomyélite.
- Identifier un agent de liaison avec les médias et un porte-parole du gouvernement, de l'OMS et de l'UNICEF.
- Collaborer avec les partenaires et représentants du gouvernement pour publier des notes d'information ou communiqués de presse, le cas échéant, et informer les bailleurs de fonds et les partenaires des progrès accomplis.
- Organiser des conférences téléphoniques hebdomadaires avec les homologues de l'OMS chargés de la communication sur la poliomyélite dans les bureaux de pays, les bureaux régionaux et le Siège.
- Recevoir et examiner tous les communiqués de presse/flux d'information portant sur la flambée et les partager avec les points focaux. Cibler d'autres moyens de communication non médiatiques susceptibles d'être plus efficaces dans certains contextes.
- Actualiser les points de discussion et les FAQs si nécessaire (par exemple, en cas d'évolution de l'épidémiologie et avant les tournées de vaccination).

Autres :

Assumer d'autres fonctions et responsabilités à la demande des chefs des bureaux pays, des directeurs régionaux et d'autres partenaires pour contribuer à la réussite de la riposte.

ⁱ Global Polio Eradication Initiative, Responding to a poliovirus event and outbreak, Standard Operating Procedures (SOPs) Part 1: General SOPs, April 2016. Disponible à l'adresse :

<http://www.polioeradication.org/Portals/0/Document/Resources/PolioEradicators/1a.PolioOutbreakGuideline201604part1.pdf>

et Global Polio Eradication Initiative, Responding to a poliovirus event and outbreak, Standard Operating Procedures (SOPs) Part 2: Protocol for poliovirus type 2, April 2016. Disponible à l'adresse :

<http://www.polioeradication.org/Portals/0/Document/Resources/PolioEradicators/1a.PolioOutbreakGuideline201604part2.pdf>