

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



Neuvième rapport - Mai 2014

**EN SOUVENIR DU**



**Dr Ciro de Quadros**

1940 – 2014

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

### **Mai 2014**

Le Comité de suivi indépendant 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 neuvième rapport fait suite à notre dixième réunion, qui s'est tenue à Londres du 6 au 8 mai 2014.

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 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**

\*Dr de Quadros n'a pu participer à cette réunion, mais s'associe au présent rapport

---

HISTOIRES DE SANTÉ MONDIALE

---

FIG XV. Agents de la paralysie chez l'enfant



XVa. *Poliovirus* du Nigéria



XVb. *Poliovirus* du Pakistan

## SYNTHÈSE



## SYNTHÈSE

Il y a un an et demi, alors que l'année 2012 se terminait, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite suscitait un fort optimisme. La transmission de la poliomyélite en Inde avait été interrompue. Les trois pays d'endémie restants (Pakistan, Nigéria, Afghanistan) avaient apporté d'importantes améliorations programmatiques. Certains croyaient que la réussite était imminente et que la poliomyélite appartiendrait bientôt au passé.

En quelques mois, cet optimisme s'était envolé :

- L'assassinat ciblé de vaccinateurs au Pakistan a horrifié le monde et engendré des contraintes opérationnelles majeures.
- Le poliovirus a pénétré au Waziristan, une région du Pakistan où la vaccination contre la poliomyélite était et demeure interdite par les commandants talibans.
- La structure nationale pour gérer l'éradication de la poliomyélite au Pakistan a été démantelée à un moment où elle aurait plutôt dû être renforcée.
- La situation sécuritaire au Nigéria s'est détériorée. Ici aussi, des vaccinateurs ont perdu la vie dans des conditions tragiques et cela a eu un effet négatif sur les opérations du Programme.
- Le poliovirus du Nigéria a été exporté vers le sud de la Somalie, où il a infecté une population non protégée contre la poliomyélite en raison d'une interdiction de la vaccination imposée par Al-Shabaab toujours en vigueur.
- Le poliovirus du Pakistan s'est propagé en Syrie, provoquant une flambée majeure sur fond de guerre civile.
- Le poliovirus du Pakistan s'est également propagé en Israël, à Gaza, en Cisjordanie et en Iraq ; le poliovirus du Nigéria a quant à lui gagné le Cameroun et la Guinée équatoriale – chaque flambée étirant les ressources du Programme mondial et menaçant sa crédibilité.

En 2012, on a enregistré 223 cas de poliomyélite à travers cinq pays. En 2013, on recensait 407 cas à travers huit pays.

Au cours de l'année passée et durant les premiers mois de cette année, les pays infectés et leurs partenaires mondiaux ont travaillé d'arrache-pied pour essayer d'inverser la tendance négative en matière d'éradication qui s'est développée en 2013 :

- Le Nigéria a fortement augmenté la couverture vaccinale dans de nombreuses régions, plus particulièrement dans l'État de Kano et dans les zones de gouvernement locales les plus à risque, et s'est vu récompensé par une baisse significative de la transmission de la poliomyélite.
- L'Afghanistan continue d'enregistrer de bonnes performances et est en bonne voie pour interrompre la transmission endémique avant la fin de l'année 2014. Toutefois, l'importation du poliovirus du Pakistan constitue encore et toujours une menace.
- En Somalie, le Programme a réagi avec vigueur à la flambée du poliovirus du Nigéria et cela a eu pour effet de fortement freiner la transmission. Répondant rapidement aux critiques du CSI en octobre 2013, le Programme a également renforcé sa coordination dans la Corne de l'Afrique.
- Au Pakistan, des campagnes innovantes et déterminées ont été créées à Peshawar et à Karachi afin de faire parvenir le vaccin de la poliomyélite aux enfants tout en optimisant la sécurité des vaccinateurs – leurs d'espoir dans un programme par ailleurs morose.

- Lorsque le poliovirus du Pakistan a été détecté en Syrie, des défis nouveaux sont venus se mêler à une controverse concernant l'approche adoptée par le Programme dans une zone de conflit complexe. Malgré cela, le CSI affirme que le Programme a bien réagi – en Syrie et à travers la région.
- La communauté mondiale, reconnaissant l'importance de l'éradication de la poliomyélite, a demandé à l'OMS de réunir un comité d'urgence en vertu du Règlement sanitaire international, comme l'avait recommandé le CSI. Sur les conseils de ce comité, l'OMS a recommandé la vaccination obligatoire pour les résidents et visiteurs de longue durée voyageant vers l'étranger depuis les pays exportant la poliomyélite (actuellement, le Pakistan, le Cameroun et la Syrie) ; mais la recommandation s'appliquerait aussi immédiatement au Nigéria et à tout autre pays en cas d'exportation future.

Le partenariat mondial a fait des progrès considérables vers la restauration de la position favorable créée par le Programme en 2012. Toutefois, le CSI ne peut pas affirmer que le contrôle de la poliomyélite, et la trajectoire positive, sont aussi forts qu'ils devraient l'être. Cela vient tout particulièrement du fait qu'avec sept mois seulement avant la date butoir de fin 2014 pour interrompre la transmission de la poliomyélite, le Pakistan a peu d'espoir de respecter ce délai. En outre, en raison de ses élections imminentes, le Nigéria risque réellement de perdre l'opportunité cruciale que son dur labeur lui a offerte :

- La situation au Pakistan est désastreuse. Son programme a des années de retard par rapport aux autres pays d'endémie. Telle qu'elle est actuellement, l'organisation de la cellule de surveillance du Premier ministre permet seulement de livrer un combat aveugle contre le poliovirus. Une forme beaucoup plus solide de gestion et de coordination est nécessaire. À l'heure actuelle, le Pakistan est bien parti pour être le dernier pays d'endémie au monde. Force est de constater l'échec du programme de ce pays qui, malgré le contexte d'éradication plus favorable de la basse saison, enregistrait presque autant de cas durant les quatre premiers mois de l'année 2014 que durant toute l'année 2012 – et neuf fois plus que pour la même période l'année dernière. Bien que des progrès aient été réalisés à Peshawar, Karachi et Quetta, cela n'est pas suffisant pour mettre fin à la transmission de la poliomyélite. Il est absolument essentiel que le Premier ministre et le Président établissent le plus vite possible un organisme d'urgence doté des ressources, du pouvoir et des capacités nécessaires pour remédier à cette situation désespérée.
- Bien que le Nigéria ait ramené la circulation virale au niveau le plus bas jamais enregistré, le pays court le risque de ne pas tirer parti de cette opportunité sans précédent pour interrompre la transmission de la poliomyélite une fois pour toutes. Ses progrès au cours des derniers mois sont impressionnants, mais la pression des prochaines élections se fait déjà sentir. L'enlèvement des lycéennes dans l'État de Borno a exacerbé les tensions et le danger dans une zone clé touchée par la poliomyélite, mis à rude épreuve les relations entre les structures nationales et locales, et suscité l'hostilité des communautés et des familles envers le gouvernement. Les sources du CSI disent avoir peur que « les roues se détachent du programme » au Nigéria. Le programme au Nigéria compte de nombreux responsables et travailleurs en première ligne dévoués et talentueux. Il est essentiel qu'ils reconnaissent le besoin de redoubler d'efforts et qu'ils comprennent que l'autosatisfaction est comme un loup tapi derrière la porte, attendant une opportunité pour dévorer les fruits du travail qu'ils ont accompli jusqu'ici. La réussite cette fois-ci serait merveilleuse pour le pays. Ce serait la clé pour établir une Afrique exempte de poliomyélite. Le Nigéria a désespérément besoin d'éviter le risque majeur auquel il est confronté, à savoir que l'histoire se répète et qu'il devienne le pays de la quasi-éradication de la poliomyélite.

À l'échelle mondiale, les nombreuses flambées en 2013 ont continué de menacer l'année 2014. La prévention et la riposte aux flambées demeure un aspect sous-estimé de l'effort d'éradication de la poliomyélite.

- La riposte à la flambée au Moyen-Orient a été forte et doit le rester.
- La transmission de la poliomyélite en Israël semble s'être arrêtée sans avoir causé de paralysie. Toutefois, une surveillance tout au long de la haute saison s'impose afin de le confirmer avec certitude.
- La riposte à la flambée dans la Corne de l'Afrique est à présent en assez bonne voie, mais elle est loin d'être terminée. La Somalie est particulièrement vulnérable (où un demi-million d'enfants ne sont toujours pas vaccinés), tout comme l'Éthiopie (en particulier dans la région Somali), et le Soudan du Sud (où une surveillance et une vaccination insuffisantes viennent s'ajouter au conflit armé et à une migration importante pour former un mélange détonant).
- En Afrique centrale, la riposte du Cameroun face à l'importation de la poliomyélite a été d'une lenteur inquiétante et des faiblesses majeures demeurent. L'incapacité du Programme mondial à reproduire son modèle pour la Corne de l'Afrique et le Moyen-Orient inquiète et étonne le CSI – c'est seulement maintenant, sept mois plus tard, qu'il met en place une riposte multi-pays en Afrique centrale. Le Programme doit s'assurer que cette erreur ne porte pas préjudice à l'Afrique centrale, et en tirer davantage d'enseignements afin que les futures flambées s'accompagnent toutes d'une riposte cohérente et s'appuyant sur les meilleures pratiques.
- Si l'on considère que le Programme est en place depuis 26 ans, son approche de la prévention des flambées semble rudimentaire. Des plans robustes sont nécessaires pour faire face à tout déficit ou risque majeur en matière de protection immunitaire. Nombreux sont les pays qui ne reçoivent pas de conseils clairs sur la manière de réduire leur déficit de protection immunitaire. La « Liste rouge » identifie à présent les pays les plus menacés, mais leurs efforts afin d'atténuer ce risque sont lents et peu sophistiqués. Le Programme doit créer un noyau d'employés dédiés afin d'améliorer rapidement son expertise en matière de prévention des flambées. L'approche actuelle repose sur l'accomplissement de multiples tâches par ceux-là mêmes qui se concentrent sur les pays déjà infectés. Cela n'est pas en phase avec une riposte aux situations d'urgence digne du XXI<sup>e</sup> siècle.

La dernière partie de ce rapport se penche sur les domaines d'importance transversale à travers le Programme mondial. Des améliorations programmatiques évidentes ont été réalisées dans ces domaines depuis que le CSI a mis l'accent sur leur importance, mais des problèmes persistent :

- Les vaccinateurs doivent être en mesure de répondre aux questions des parents de manière efficace, convaincante et qui inspire la confiance. Cela signifie qu'une sélection et une formation de qualité des vaccinateurs sont essentielles.
- Les mesures actuellement utilisées pour le Programme ne permettent pas de discerner facilement la contribution des mobilisateurs sociaux, ni de juger la qualité de leur travail. Il convient de développer et de déployer des mesures pour mieux y parvenir.
- Un débat plus engagé est nécessaire entre ceux qui estiment que la mobilisation sociale peut contribuer à la résolution des problèmes restants du Programme, et ceux qui sont sceptiques à cet égard. Un engagement plus poussé permettrait de mieux intégrer et cibler l'utilisation des techniques de mobilisation sociale, et de développer un meilleur terrain d'entente entre ceux qui croient en cette mobilisation et les sceptiques.

- L'insécurité est devenue un obstacle majeur et complexe à l'éradication, et le Programme est en train de changer pour refléter cela. Le CSI s'intéresse tout particulièrement au degré de coordination entre les partenaires, à la rapidité de leur travail et à leur capacité à s'appuyer sur l'expertise nécessaire. La coordination, en particulier, requiert plus d'attention.
- Les principaux bailleurs de fonds du Programme ont encore le sentiment de ne pas recevoir les informations dont ils ont besoin, et certains des partenaires les plus anciens sont gagnés par le désenchantement.

Enfin, le Conseil de surveillance de la poliomyélite a commandé une évaluation de la gestion du programme, sur la recommandation du CSI. Cela pourrait potentiellement transformer la manière dont le programme fonctionne, et doit être autorisé à le faire. Nous offrons des commentaires et une recommandation pour appuyer cet effort.

En 1988 (il y a 26 ans), chaque pays au monde s'est résolu à éradiquer la poliomyélite. La plupart sont parvenus à le faire avant l'an 2000. Au cours des 14 dernières années, nous avons été les témoins du très lent processus d'éradication à l'échelle mondiale. Le « dernier % », une expression qui, il y a trois ans, était un cri de ralliement motivant pour finir le travail est désormais en proie aux critiques des cyniques incrédules. Chaque année de poliomyélite supplémentaire coûte des vies et de l'argent, démoralise, menace les dons à venir et empêche le domaine de la santé publique d'avancer. L'objectif d'interruption de la transmission de la poliomyélite à l'échelle mondiale a été manqué à plusieurs reprises. La date butoir de 2000 est passée, comme celle de 2004, puis celle de 2012.

La date butoir de fin 2014 approche à grands pas, et le Nigéria et le Pakistan risquent tous deux de ne pas réussir à interrompre la transmission à temps (le risque pour le Pakistan étant extrêmement élevé). Une ou plusieurs des actuelles flambées risquent fortement de se prolonger. Il existe un risque grave de ne pas parvenir à anticiper et prévenir une flambée ailleurs. Compte tenu de ces facteurs, l'analyse réfléchie du CSI conclut que le dernier objectif fixé par le plan stratégique d'interrompre la transmission d'ici la fin 2014 est gravement menacé.

L'Assemblée mondiale de la Santé a déclaré à juste titre que l'éradication de la poliomyélite constituait une urgence programmatique de dimension mondiale pour la santé publique. L'OMS a qualifié à juste titre la propagation de la poliomyélite d'urgence de santé publique d'importance internationale. Il y a toutes les raisons d'éradiquer la poliomyélite – rapidement. L'échec serait inexcusable. Nous ne devons pas permettre à ce dernier % de traîner plus longtemps. Le programme manque à ses engagements envers les enfants et les familles dans les régions les plus pauvres du monde. Ces promesses non tenues signifient que chaque enfant paralysé en 2015 sera manifestement abandonné, sa paralysie étant une catastrophe qui aurait pu être évitée.

Nous devons maintenant nous concentrer sur la réduction du nombre de ces catastrophes évitables – sur la garantie que le Nigéria va réussir en 2014 ; sur la reconstruction au Pakistan d'un programme pouvant aboutir peu de temps après ; et sur la prévention et la riposte cohérentes et vigoureuses aux flambées.

Le CSI fait 11 recommandations :

1. Nous recommandons la création d'un Centre d'opérations d'urgence au Pakistan, qui pourra s'appuyer sur les récentes expériences au Pakistan en matière de réponse aux catastrophes naturelles et autres expériences relatives à la riposte d'urgence à la poliomyélite. Les hauts fonctionnaires, les hauts représentants du gouvernement national, régional et local, les chefs religieux et les dirigeants militaires devraient jouer un rôle clé dans ce processus. Nous demandons instamment que ce nouvel organisme soit entièrement opérationnel d'ici le 1er juillet 2014.
2. Nous recommandons aux dirigeants des principaux organismes partenaires de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite de rencontrer de toute urgence le Président et le Premier ministre du Pakistan pour les soutenir en tant que leaders essentiels du programme d'éradication de la poliomyélite au Pakistan, et leur offrir toute assistance éventuelle pour l'établissement du nouveau Centre d'opérations d'urgence en tant qu'organisme national fort, doté du pouvoir, des ressources et des capacités nécessaires pour mener une action transformatrice.
3. Nous recommandons au Président du Nigéria de galvaniser l'action afin d'obtenir la promesse de tous les candidats au niveau national, local et des États à la prochaine élection, et des chefs traditionnels et religieux qu'ils protégeront le programme d'éradication de la poliomyélite contre les perturbations et la politisation, le rapportant à son rôle humanitaire qui consiste à sauver les vies des enfants nigériens.
4. Nous recommandons au Conseil de surveillance de la poliomyélite de garantir, comme promis, la mise en place d'ici le 1er juillet 2014 du coordinateur des flambées en Afrique centrale, et la mise à disposition pour celui-ci de ressources appropriées ; et de déterminer pourquoi la riposte du Programme en Afrique centrale a été bien plus faible que dans la Corne de l'Afrique ou au Moyen-Orient.
5. Nous recommandons la création d'une équipe dédiée à l'échelle mondiale, qui se concentrerait sur la riposte aux flambées, sa première mission étant de renforcer considérablement les Procédures opérationnelles standard en matière de riposte aux flambées afin de garantir l'excellence continue des ripostes futures.
6. Nous recommandons la création d'une équipe dédiée à l'échelle mondiale afin d'améliorer rapidement l'approche du Programme en matière de prévention des flambées dans les pays de la « Liste rouge » et au-delà. Les scénarios et les exercices devraient être un aspect clé de ses activités.
7. Nous recommandons aux principaux partenaires de se réunir en personne en vue de convenir de la façon d'atteindre les trois objectifs d'amélioration qui permettront de gagner davantage la confiance des communautés, en se basant sur l'analyse de la mobilisation sociale figurant dans notre rapport.
8. Nous recommandons à l'OMS de relâcher son emprise sur la formation des vaccinateurs et de leurs superviseurs, afin de permettre à l'UNICEF, au CDC et à d'autres partenaires d'apporter leur contribution, en particulier s'agissant de renforcer les compétences de communication interpersonnelle des vaccinateurs.
9. Nous recommandons au Pakistan et au Nigéria de prendre des mesures urgentes afin d'homologuer des vaccins antipoliomyélitiques oraux supplémentaires pour les utiliser au cours des six prochains mois, en vue d'accroître la flexibilité de l'approvisionnement en vaccins à l'échelle mondiale.
10. Nous recommandons une réponse appropriée et ouverte aux inquiétudes et au malaise actuels concernant la transparence et la communication du budget d'éradication. Une discussion franche au Conseil de surveillance de la poliomyélite serait le meilleur moyen d'y parvenir.
11. En lien avec l'évaluation de la gestion en cours, nous recommandons au Conseil de surveillance de la poliomyélite de nommer un panel consultatif formé de quatre cadres et experts de la gestion aguerris, ayant l'expérience de la gestion et du conseil dans certaines des entreprises les plus complexes au monde. Ceux-ci se chargeront de façonner l'analyse et les recommandations des conseillers en gestion avant que le Conseil de surveillance de la poliomyélite ne les finalise.

## TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	12
PAKISTAN	15
NIGÉRIA	20
AFGHANISTAN	24
RIPOSTE AUX FLAMBÉES	27
Corne de l'Afrique	28
Moyen-Orient	29
Afrique centrale	31
PRÉVENTION DES FLAMBÉES	35
À TRAVERS LE PROGRAMME MONDIAL	39
Familles et communautés : une question de confiance	40
Insécurité : la résilience face à une violence sans précédent	43
Disponibilité et utilisation du vaccin : faire en sorte que chaque goutte compte	44
Financement : le rendre clair, juste et responsable	45
Gestion du Programme mondial : moderne et fiable	47
CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS	51

## INTRODUCTION



## Introduction

Plus de 99 % du monde est débarrassé du poliovirus. Trois familles de virus seulement persistent : le poliovirus d'Afghanistan, le poliovirus du Nigéria et le poliovirus du Pakistan. Le poliovirus d'Afghanistan est confiné à l'Afghanistan, et est sur le point de disparaître. Toutefois, les poliovirus du Nigéria et du Pakistan sont plus actifs et s'acharnent à franchir les frontières nationales.

L'année 2012 a été, quasiment jusqu'à la fin, marquée par d'importants progrès pour l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (tout simplement appelée « le Programme » dans le présent rapport). Le poliovirus de l'Inde a été éradiqué. Le Pakistan et l'Afghanistan ont considérablement amélioré leurs programmes d'éradication, et la circulation du virus a fortement baissé en conséquence. Il n'y a eu qu'une nouvelle flambée en dehors des pays d'endémie – un seul cas provoqué par le poliovirus du Nigéria au Niger.

Au début de l'année 2013, le programme est entré dans une phase plus difficile, secouée par deux vagues majeures. La première fut une vague de violence. Au Pakistan, celle-ci ciblait spécifiquement le Programme ; au Nigéria, le Programme a été pris dans une situation sécuritaire en pleine détérioration. La seconde fut une vague de flambées. Le poliovirus du Nigéria a été exporté vers le sud de la Somalie, où il a infecté une population non protégée contre la poliomyélite en raison d'une interdiction de la vaccination toujours en vigueur. Le poliovirus du Pakistan s'est propagé en Syrie, provoquant une flambée majeure sur fond de guerre civile. Le poliovirus du Pakistan s'est également propagé en Israël, à Gaza, en Cisjordanie et en Iraq ; le poliovirus du Nigéria a quant à lui gagné le Cameroun et la Guinée équatoriale – chaque flambée étirant les ressources du Programme mondial et menaçant sa crédibilité. Ces flambées étaient responsables de plus de la moitié des cas de paralysie par la poliomyélite au monde en 2013.

En 2012, le nombre d'enfants paralysés par la poliomyélite avait chuté, pour passer de 650 l'année d'avant à 223. En 2013, il a de nouveau augmenté pour passer à 417.

Durant l'année 2013 et les premiers mois de 2014, les pays infectés et leurs partenaires mondiaux ont travaillé dur pour tenter d'inverser cette tendance négative.

Il ne reste plus que sept mois avant la date butoir établie par le plan stratégique 2013-2018, pour interrompre la transmission de la poliomyélite à l'échelle mondiale avant fin 2014. Ce rapport se penche sur les progrès accomplis à cet égard.

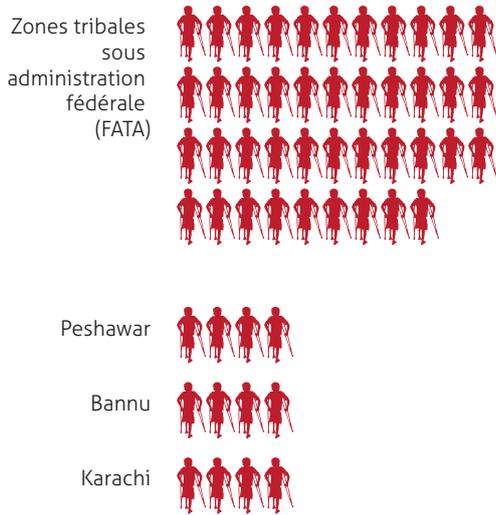
Ce rapport évalue :

- La position actuelle dans les pays d'endémie – les progrès réalisés pour stopper les poliovirus du Nigéria, du Pakistan et de l'Afghanistan à la source
- Le travail du Programme mondial en termes de prévention et de riposte aux flambées
- Cinq domaines d'importance transversale à travers le Programme mondial : gagner la confiance ; l'insécurité ; la disponibilité du vaccin ; le financement du Programme ; et la gestion du Programme mondial.

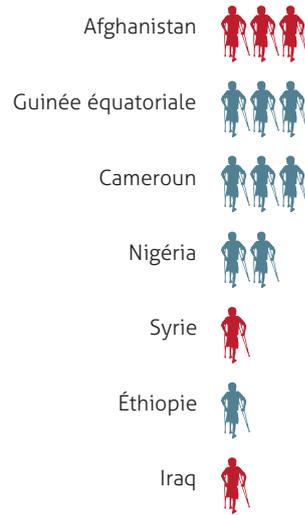
Le rapport s'achève par une évaluation globale des progrès réalisés pour interrompre la transmission à l'échelle mondiale, et par des recommandations.

## Les enfants paralysés par la poliomyélite en 2014 à travers le monde : 4 sur 5 sont pakistanais

### Pakistan



### Reste du monde



Nombre de cas entre le 1er janvier et le 30 avril 2014

 Poliovirus du Pakistan  Poliovirus du Nigéria

## PAKISTAN



## Pakistan

Il y a deux ans, durant presque toute l'année 2012, le Pakistan semblait faire de réels progrès vers l'éradication de la poliomyélite. Le gouvernement de l'époque avait renforcé le programme d'éradication, remédié à ses profonds dysfonctionnements, mobilisé ses administrateurs civils au niveau des districts et contrôlé le virus. Mais en décembre 2012, l'assassinat ciblé de vaccinateurs a dévasté le Programme et profondément choqué le monde. Malheureusement, la vie des vaccinateurs est encore menacée aujourd'hui, et cela engendre des contraintes opérationnelles majeures pour le Programme. En 2013, cette situation critique a empiré lorsque le poliovirus a pénétré au Waziristan, une région qui fait partie des zones tribales sous administration fédérale, où les commandants talibans empêchent la vaccination. Puis, en mai 2013, les élections nationales et la transition gouvernementale qui a suivi ont retardé un peu plus les progrès réalisés par le Programme.

Un an après les élections, le Programme a très peu avancé et le Pakistan se démarque à présent pour toutes les mauvaises raisons. Jusqu'ici cette année, 54 enfants ont été paralysés par la poliomyélite dans le pays. C'est quatre fois plus que dans l'ensemble du reste du monde. C'est neuf fois plus qu'à la même époque l'année dernière. Bien que les quatre premiers mois de l'année correspondent à la « basse saison », durant laquelle le temps plus froid empêche la transmission virale, presque autant d'enfants ont été paralysés jusqu'ici en 2014 que durant toute l'année 2012.

La lente avancée du Programme contre le poliovirus qui persiste au Pakistan s'est transformée en situation de crise. Le Programme d'éradication de la poliomyélite nécessite à présent un changement majeur de toute urgence. Il n'est actuellement pas à la hauteur.

Le virus continue de paralyser les enfants dans trois zones du Pakistan :

- Dans les zones tribales sous administration fédérale, 42 enfants ont été paralysés depuis le début de l'année. C'est trois fois plus que le nombre d'enfants paralysés dans le reste du monde. La plupart se trouvent au Waziristan, où 250 000 enfants ne sont pas protégés depuis juin 2012 en raison d'une interdiction de la vaccination imposée par les talibans. D'autres se trouvent dans l'Agence de Khyber, où une aide armée pour les campagnes de vaccination ne protège toujours pas entièrement la population contre la poliomyélite.
- À Peshawar, quatre enfants ont été paralysés depuis le début de l'année. Ils auraient été plus nombreux si des efforts n'avaient pas été entrepris pour réaliser une série de campagnes de vaccination sous protection de la police au cours des derniers mois. Soit, c'est là un développement louable. Toutefois, une hausse de la qualité est nécessaire pour éradiquer le virus à Peshawar.
- À Karachi, quatre enfants ont déjà été paralysés par la poliomyélite en 2014. Ici aussi, des campagnes de vaccination se sont déroulées sous protection de la police. Ici aussi, la couverture des campagnes est actuellement insuffisante pour éradiquer la poliomyélite, et l'opportunité d'interrompre la transmission durant la basse saison de 2014 a été manquée.

Depuis le début de l'année, plus d'enfants ont été paralysés par la poliomyélite à Karachi et à Peshawar que dans tout autre pays au monde. Leur nombre (quatre dans chaque ville) peut sembler faible, mais le fait que des districts au Pakistan comptent plus de cas de poliomyélite que des pays tout entiers souligne l'écart entre les progrès réalisés au Pakistan et dans le reste du monde.

À ces trois régions frappées par la poliomyélite vient s'ajouter une quatrième région présentant un risque élevé. Aucun sous-district dans la région à risque de Quetta (Pishin, Killa, Adbullah, Quetta) n'a atteint une couverture vaccinale de 80 % au cours de l'année passée. Aucun cas de poliomyélite n'a été signalé jusqu'ici en 2014, mais le CSI est profondément déçu. La surveillance environnementale continue de trouver le virus. Les progrès dans cette région sont extrêmement fragiles.

Il n'est pas du tout sûr que le virus restera confiné aux actuels sanctuaires. La surveillance environnementale détecte le virus ailleurs par intermittence – tout récemment à Rawalpindi et Lahore.

Avec une qualité stagnante des campagnes, il est très inquiétant de voir baisser les taux de paralysie flasque aiguë – un marqueur clé de la qualité de la surveillance. Notre confiance dans le fait que le virus pourrait être détecté avec rapidité ailleurs baisse. Outre les défis posés par la sécurité, ces inquiétudes concernant la qualité constituent des risques majeurs pour le programme.

Il est impossible de prédire avec précision combien d'enfants seront paralysés par la poliomyélite cette année au Pakistan. Le nombre de 54 cas est déjà alarmant. La quantité de poliovirus en circulation, particulièrement dans les zones tribales sous administration fédérale, engendre un risque véritable que des centaines d'enfants pakistanais soient paralysés en 2014, à moins que le gouvernement n'agisse très rapidement.

On a promis aux enfants du Pakistan qu'il n'y aurait plus de poliomyélite après fin 2014 et cette promesse a été brisée. Le programme du pays a des années de retard par rapport aux autres pays d'endémie en termes de sophistication.

Éradiquer la poliomyélite au Pakistan n'exige rien de moins que la direction active du Premier ministre et du Président. Leurs capacités personnelles et le poids de leurs bureaux doivent être mis à contribution. Le représentant du Premier Ministre pour l'éradication de la poliomyélite doit avoir un accès direct à l'autorité de, et le soutien absolu du Premier ministre et du Président.

Il est particulièrement ironique que le vif succès du gouvernement du Pakistan dans la réponse aux catastrophes environnementales (par ex. les inondations et le tremblement de terre récents) ne soit pas répliqué pour la poliomyélite. Cela vient-il du fait que l'éradication de la poliomyélite n'est pas considérée comme présentant le même degré d'urgence, ou que les compétences déployées dans ces autres domaines sont cloisonnées et ne peuvent ainsi être transférées ? Le CSI est fermement convaincu que le Programme d'éradication de la poliomyélite doit être géré comme une véritable urgence. Il doit être dirigé depuis un centre de commandement de premier ordre, avec les capacités, les structures et le pouvoir nécessaires pour vacciner chaque enfant, et éliminer la poliomyélite dans le pays. Si les compétences de l'Autorité nationale de gestion des catastrophes pouvaient aussi être intégrées, le CSI considérerait cela comme une mesure audacieuse. L'actuelle cellule de surveillance de la poliomyélite du Premier Ministre n'est pas suffisante.

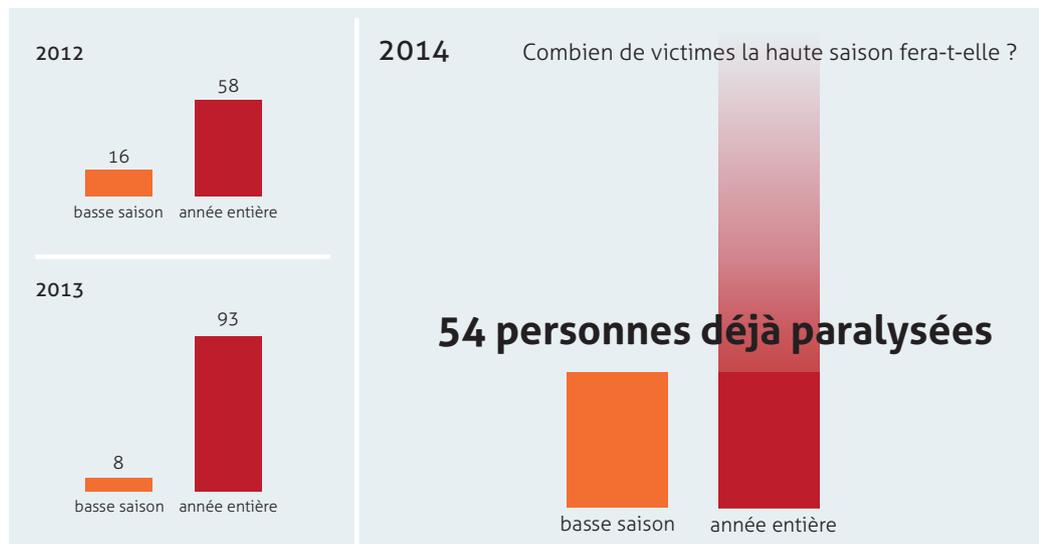
Les sources du CSI indiquent que l'armée souhaite protéger les enfants du pays contre la poliomyélite. Certains ne sont pas à l'aise avec cette idée, souhaitant éviter la militarisation d'un programme humanitaire. Mais dans le contexte complexe du Pakistan et de son programme d'éradication, impliquer l'armée est une partie valide et importante de la solution.

Le Programme d'éradication de la poliomyélite au Pakistan est dans une très mauvaise position. Mais si les dirigeants du pays se donnaient véritablement et pleinement pour mission d'éradiquer la poliomyélite dans le pays, ce qui semble être à présent un rêve impossible deviendrait bien vite réalité.

NOUS RECOMMANDONS LA CRÉATION D'UN CENTRE D'OPÉRATIONS D'URGENCE AU PAKISTAN, QUI POURRA S'APPUYER SUR LES RÉCENTES EXPÉRIENCES AU PAKISTAN EN MATIÈRE DE RÉPONSE AUX CATASTROPHES NATURELLES ET AUTRES EXPÉRIENCES RELATIVES À LA RIPOSTE D'URGENCE À LA POLIOMYÉLITE. LES HAUTS FONCTIONNAIRES, LES HAUTS REPRÉSENTANTS DU GOUVERNEMENT NATIONAL, RÉGIONAL ET LOCAL, LES CHEFS RELIGIEUX ET LES DIRIGEANTS MILITAIRES DEVRAIENT JOUER UN RÔLE CLÉ DANS CE PROCESSUS. NOUS DEMANDONS INSTAMMENT QUE CE NOUVEL ORGANISME SOIT ENTIÈREMENT OPÉRATIONNEL D'ICI LE 1ER JUILLET 2014.

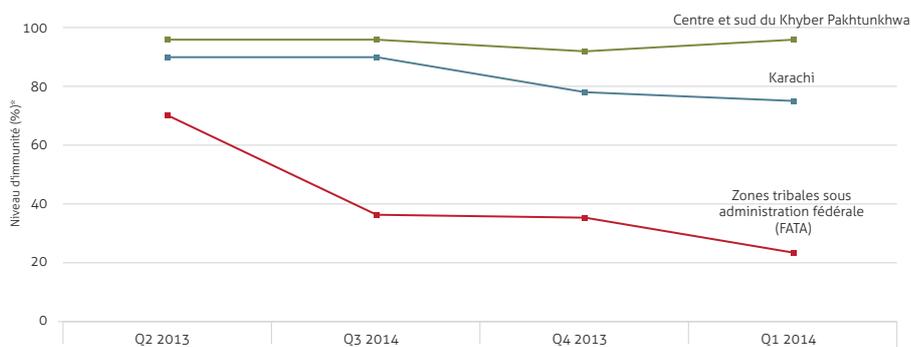
NOUS RECOMMANDONS AUX DIRIGEANTS DES PRINCIPAUX ORGANISMES PARTENAIRES DE L'INITIATIVE MONDIALE POUR L'ÉRADICATION DE LA POLIOMYÉLITE DE RENCONTRER DE TOUTE URGENCE LE PRÉSIDENT ET LE PREMIER MINISTRE DU PAKISTAN POUR LES SOUTENIR EN TANT QUE LEADERS ESSENTIELS DU PROGRAMME D'ÉRADICATION DE LA POLIOMYÉLITE AU PAKISTAN, ET LEUR OFFRIR TOUTE ASSISTANCE ÉVENTUELLE POUR L'ÉTABLISSEMENT D'UN NOUVEAU CENTRE D'OPÉRATIONS D'URGENCE EN TANT QU'ORGANISME NATIONAL FORT, DOTÉ DU POUVOIR, DES RESSOURCES ET DES CAPACITÉS NÉCESSAIRES POUR MENER UNE ACTION TRANSFORMATRICE.

## Situation de crise : Paralysie par la poliomyélite au Pakistan en 2014



## Immunité contre la poliomyélite dans les sanctuaires de la poliomyélite au Pakistan :

baisse à Karachi, forte chute dans les zones tribales sous administration fédérale



\*% de cas de paralysies flasques aiguës (PFA) non poliomyélitiques avec 3 doses ou plus de VPO

## NIGÉRIA



## Nigéria

Cela fait plus de 20 ans que le Nigéria tente d'éradiquer la poliomyélite. Le pays fait du surplace. À deux reprises par le passé – en 2007 et en 2010 – le Programme a presque interrompu la transmission de la poliomyélite, mais a perdu son élan et a permis au virus de resurgir. Bien loin d'être linéaire, le Programme a connu un déroulement en dents de scie. Il y a eu des hauts et des bas prononcés, et des rebondissements imprévus en chemin.

Au cours des 18 derniers mois, les performances du Programme se sont beaucoup améliorées. Cette progression est apparue clairement en 2012, mais s'est aplanie durant la première moitié de 2013 alors que l'insécurité empirait. Les données de l'année dernière montrent clairement que la progression s'est rétablie. Lors de la campagne de vaccination de 2013, 58 % seulement des zones de gouvernement locales les plus à risque ont pu atteindre 80 % des enfants. Dix mois plus tard, on passait de 58 % à 83 %. Cela dépasse l'objectif du programme, qui était d'atteindre 80 % d'ici le mois de juin. À travers l'ensemble des États à haut risque, on est passé de 74 % en juin 2013 à 86 % en avril 2014.

Ce sont là des progrès impressionnants. Le Nigéria a été récompensé par une baisse considérable de la circulation du poliovirus. Il y a moins de souches du poliovirus du Nigéria, et celles-ci circulent dans moins d'endroits que jamais auparavant. Depuis le début de l'année, trois cas d'infection à poliovirus sauvage ont été enregistrés : deux dans l'État de Kano et un, signalé après notre réunion, dans l'État de Yobe. Cela représente une baisse de plus de 80 % des cas comparé à la même période en 2013.

Ces résultats ne relèvent pas de la magie. Ils reflètent un programme doté de nombreuses caractéristiques fortes, dont :

- Tout d'abord, le gouvernement nigérien est aux commandes. Le Programme bénéficie du soutien des partenaires, mais il est avant tout nigérien, dirigé par le gouvernement nigérien pour les enfants nigériens.
- Les Centres d'opérations d'urgence du Programme (un national et plusieurs dans les États clés) connaissent le succès. Ils regroupent les partenaires du Programme sous un même toit, le gouvernement étant en charge.
- Le Programme a adopté une approche solide et axée sur les données afin d'identifier les zones de gouvernement locales (LGA) peu performantes et à haut risque, et se concentre sur celles-ci.
- La mobilisation sociale est devenue une force clé du Programme. Lors des journées de vaccination, annonceurs de la ville, clowns et troupes de théâtre de rue se joignent aux chefs religieux et traditionnels et aux 10 000 mobilisateurs communautaires permanents pour discuter du vaccin contre la poliomyélite avec les parents. Surtout, les personnes paralysées par la poliomyélite participent aussi en masse. Personne n'a plus de crédibilité qu'eux pour parler aux parents indécis de l'utilité du vaccin contre la poliomyélite.
- Le personnel a fortement augmenté dans les zones les plus à risque. Outre les mobilisateurs communautaires de l'UNICEF, il y a plus d'équipes de vaccination, de personnel permanent de l'OMS et un programme NSTOP fort.
- L'obligation de rendre des comptes s'est fortement renforcée, et les personnes doivent obtenir des résultats mais disposent d'une certaine flexibilité quant à la manière d'y parvenir.
- Il existe un flux continu d'innovations, y compris l'établissement de « camps de santé » durant les journées de vaccination afin de répondre aux besoins ressentis des communautés.

Le CSI est particulièrement frappé par la transformation qui s'opère actuellement dans l'État de Kano. Historiquement, l'État de Kano a été un sanctuaire du poliovirus au Nigéria, et le virus s'est propagé dans les États environnants. L'État de Kano a clairement fait comprendre que le virus n'y est plus le bienvenu. En juillet 2013, 45 % seulement des zones de gouvernement locales atteignaient leur objectif de 80 % de couverture. Ce chiffre a doublé au cours des neuf mois suivants, à savoir 92 % des zones de gouvernement locales en mars 2014. Cette avancée est due à un groupe de dirigeants forts qui se sont impliqués auprès des vaccinateurs et de leurs responsables, les motivant et leur demandant, dans une égale mesure, de rendre des comptes. Certes, l'État n'a pas encore terminé sa mission, mais il a créé un véhicule beaucoup plus fort que jamais auparavant.

Grâce à ces importants progrès, le Nigéria pourrait interrompre la transmission de la poliomyélite en 2014. Toutefois, le pays risque sérieusement de manquer cette opportunité – de ne pas tirer parti de sa position de force actuelle, et de permettre au virus de resurgir à nouveau. Trois éléments clés inquiètent le CSI :

- L'orage menaçant que sont les prochaines élections souffle d'ores et déjà un mauvais vent en direction du Programme. Les sources du CSI disent avoir peur que « les roues se détachent du programme » au Nigéria. Historiquement, les périodes d'élections sont désastreuses pour le Programme. Lorsque les candidats entament leur campagne, le Programme d'éradication de la poliomyélite reçoit de leur part une attention bien moindre. Le fait que l'on observe déjà ce phénomène constitue un très grand danger pour le Programme qui en est à son stade le plus critique. Toutes les parties prenantes au Nigéria doivent faire preuve d'une véritable solidarité, pour éviter que cette opportunité d'éliminer la poliomyélite dans le pays ne se désintègre en conséquence directe et trop prévisible des élections à venir.
- L'insécurité demeure une menace importante dans les États de Borno et Yobe, et s'est aussi fait sentir ailleurs au cours des dernières semaines. Le Programme a considérablement modifié ses opérations dans le nord-est du pays, et nous félicitons le personnel qui travaille dans des circonstances difficiles. Mais ces États représentent toujours un risque fondamental, la vaccination et la surveillance étant très faibles par endroits. L'enlèvement des lycéennes dans l'État de Borno a exacerbé les tensions et le danger dans une zone clé touchée par la poliomyélite, mis à rude épreuve les relations entre les structures nationales et locales, et suscité l'hostilité des communautés et des familles envers le gouvernement. Il illustre la menace que posent les groupes terroristes, et les difficultés du gouvernement à leur faire face. Ces événements ont engendré une attention internationale considérable. Cela peut, à certains égards, être utile. Mais cela peut aussi compliquer davantage la situation.
- Les personnes impliquées dans le programme nigérien ne doivent pas crier victoire trop tôt. La transmission de la poliomyélite n'a pas encore été interrompue, et la victoire est exposée à un véritable risque chaque fois que l'on estime la réussite inévitable. Le programme au Nigéria compte de nombreux responsables et travailleurs en première ligne dévoués et talentueux. Il est essentiel qu'ils reconnaissent le besoin de redoubler d'efforts et qu'ils comprennent que l'autosatisfaction est comme un loup tapi derrière la porte, attendant une opportunité pour dévorer les fruits du travail qu'ils ont accompli jusqu'ici.

La communauté internationale et les voisins du Nigéria espèrent que le pays réussira cette fois-ci. Récemment, le poliovirus du Nigéria a provoqué de nombreuses flambées graves à travers l'Afrique. Si le Nigéria permet au virus de resurgir maintenant, le risque de propagation étendue augmentera une fois de plus. Conformément aux récentes recommandations de l'OMS en vertu du Règlement sanitaire international, le Pakistan est en train de rendre obligatoire la vaccination avant le voyage pour tous les citoyens. Dans l'éventualité où le Nigéria serait

responsable de toute autre propagation au-delà de ses frontières, cette même recommandation s'appliquera aussi immédiatement au Nigéria.

Malgré ces développements positifs, le CSI est dans l'incapacité de conclure que le programme nigérien est en bonne voie pour interrompre la transmission de la poliomyélite cette année. Il peut potentiellement le faire, mais les élections, l'insécurité et l'autosatisfaction menacent cet objectif. Le Nigéria a déjà été sur le point d'éradiquer la poliomyélite à deux reprises. La réussite cette fois-ci serait merveilleuse pour le pays. Ce serait la clé pour établir une Afrique exempte de poliomyélite. Le Nigéria a désespérément besoin d'éviter le risque majeur auquel il est confronté, à savoir que l'histoire se répète et qu'il devienne le pays de la quasi-éradication de la poliomyélite.

NOUS RECOMMANDONS AU PRÉSIDENT DU NIGÉRIA DE GALVANISER L'ACTION AFIN D'OBTENIR LA PROMESSE DE TOUS LES CANDIDATS AU NIVEAU NATIONAL, LOCAL ET DES ÉTATS À LA PROCHAINE ÉLECTION, ET DES CHEFS TRADITIONNELS ET RELIGIEUX, QU'ILS PROTÈGERONT LE PROGRAMME D'ÉRADICATION DE LA POLIOMYÉLITE CONTRE LES PERTURBATIONS ET LA POLITISATION, LE RAPPORTANT À SON RÔLE HUMANITAIRE QUI CONSISTE À SAUVER LES VIES DES ENFANTS NIGÉRIENS.

#### Nigéria : Qu'en sera-t-il ?



## AFGHANISTAN



## Afghanistan

Le Programme d'éradication de la poliomyélite en Afghanistan a fait beaucoup de progrès. Au moment de la dernière réunion du CSI, le pays était sur le point de célébrer une année sans transmission endémique de la poliomyélite, le cas le plus récent remontant au 19 novembre 2012. Malgré cela, les enfants afghans ont souffert en 2013. Au total, 14 ont été paralysés par la poliomyélite, dont un seulement par le poliovirus d'Afghanistan (dans la province de Helmand, en décembre 2013). Le reste a été victime du poliovirus du Pakistan qui est entré par l'est du pays. Il ne s'agissait pas là de 13 importations distinctes. Cela met en évidence une couverture vaccinale insuffisante, qui permet au virus de circuler. La plupart se trouvait dans des zones qui, selon l'ONU, présentent un niveau de risque sécuritaire extrême ou élevé. Toutefois, le programme est capable d'opérer dans la plupart de ces zones.

Le programme en Afghanistan montre des signes de dérapage inquiétants. L'analyse virale génétique montre que des cas sont susceptibles de ne pas être détectés. Il ne s'agit pas là d'un problème local. Ce phénomène s'est produit dans quatre États distincts, dont Kaboul. La mauvaise surveillance n'est pas bon signe, particulièrement à ce stade du programme. Une surveillance environnementale accrue, introduite au cours des six derniers mois, est essentielle. Mais il convient aussi de renforcer la surveillance traditionnelle.

Le renforcement de l'immunisation est en cours dans 11 districts de Helmand et de Kandahar qui enregistrent de mauvaises performances. Des équipes de vaccination permanentes circulent, renforçant l'immunité entre les campagnes fréquentes. Les données de suivi des campagnes montrent des améliorations programmatiques – toutefois, si l'on en juge par ces données et des données d'immunité suivant une légère tendance négative, le programme peut encore s'améliorer. L'apparente interruption de la transmission du poliovirus dérivé d'une souche vaccinale dans le sud du pays est prometteuse.

Le Programme a désigné quatre zones à haut risque dans l'Est : Kounar, Nangarhâr, Laghmân et Nuristan. La qualité des campagnes de vaccination est inférieure à celle relevée dans le sud du pays. Les choses se sont améliorées au cours de l'année passée, mais les données de suivi à partir de mars 2014 révèlent que plus de 40 % des districts n'ont pas atteint 80 % de couverture. La province de Kounar est des plus préoccupantes, l'accès ne s'étant pas amélioré et la couverture vaccinale ayant empiré.

Nous avons observé un changement positif dans l'approche de gestion du réseau de communication sur la vaccination. On constate une touche d'autocritique qui est la bienvenue. Il ne s'agit pas là de minimiser les accomplissements, mais plutôt de se concentrer sur ce que l'on peut faire d'autre. Le Programme signale que le taux de refus a bien moins baissé en Afghanistan que dans les autres pays d'endémie. Il est en train de déployer des stratégies visant à renforcer la demande de la communauté dans le sud du pays. À l'Est, où l'accès plutôt que les refus est le principal problème, il recrute aussi des mobilisateurs sociaux à temps plein qui joueront un rôle essentiel dans les négociations et le développement de la confiance.

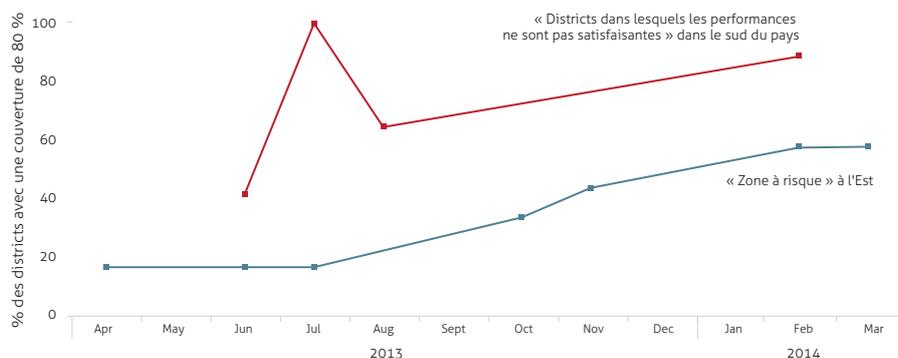
Les récentes élections en Afghanistan ont eu des effets perturbateurs, tout particulièrement là où les personnes opposées au gouvernement ont empêché l'accès dans la province de Helmand. Le fait que deux campagnes consécutives aient été manquées dans la province de Helmand est très inquiétant. Cependant, les élections n'ont pas causé de perturbations plus étendues, et cela témoigne de la manière dont le Programme a été renforcé à la base, grâce à un fort niveau de responsabilisation au niveau local. Il est important de garantir la direction par le

nouveau président. Toutefois, ce sont les milliers de communautés locales qui font battre le cœur du Programme. Maintenir et développer cet atout est vital.

Les réunions de haut niveau entre l'Afghanistan et le Pakistan ont cessé ; il n'y en a pas eu en 2013. Étant donné le flux transfrontalier du poliovirus, une coopération étroite entre les deux pays est essentielle.

Ici encore, le défi pour le programme en Afghanistan consiste à inverser la tendance ; à découvrir les quelques derniers changements qui permettront d'accomplir le travail et, plus particulièrement, à développer de nouvelles solutions dans la province de Kounar. De même, il doit éviter de faire marche arrière – il n'a pas été facile d'arriver jusqu'ici et nous félicitons le Programme pour l'excellent travail qu'il a accompli.

### Afghanistan : l'Est va-t-il continuer d'afficher de mauvaises performances ?



## RIPOSTE AUX FLAMBÉES



## Riposte aux flambées

### Flambée dans la Corne de l'Afrique

La regrettable arrivée du poliovirus dans la Corne de l'Afrique est un sc enario beaucoup trop fr equent. La flambée actuelle dans la r egion a commenc e il y a un an, lorsque le poliovirus du Nig eria est apparu à Banaadir, au sud de la Somalie. Elle s'est également étendue dans la r egion du sud-centre de la Somalie, au nord-est du Kenya et dans la r egion Somali d'Éthiopie. Au total, 218 enfants ont été paralysés jusqu'ici. Ces flambées explosives ont été responsables de plus de la moiti e des cas de paralysie par la poliomyélite au monde en 2013.

**La Somalie** est un terrain fertile pour le poliovirus. Son système de santé est à peine fonctionnel. Cela fait 20 ans que la couverture vaccinale est faible. Un conflit armé étendu sévit, et Al-Shabaab interdit la vaccination dans une grande partie du sud du pays. Mais la riposte du pays face à l'importation de la poliomyélite a été forte. La Somalie a organisé jusqu'ici pas moins de 16 campagnes de vaccination au total, chiffre impressionnant – la plupart ciblant les enfants de moins de cinq ans, certaines ciblant les enfants jusqu'à 10 ans et d'autres, la population toute entière. Les points de transit permettent d'atteindre les enfants en transit. C'est principalement à cause de l'interdiction de la vaccination que l'accès est devenu le plus gros défi. Mais un quart des enfants paralysés ont vécu dans des zones accessibles, bon nombre d'entre eux ayant fait les frais de campagnes de vaccination médiocres. Les évaluations de la riposte aux flambées ont apporté des orientations de grande qualité au programme du pays, orientations qu'il a généralement suivies avec succès.

Le travail acharné de la Somalie a porté ses fruits. Aucun cas de poliomyélite n'a été détecté depuis décembre 2013. Mais personne ne doit pour autant dormir sur ses deux oreilles. Le nombre d'enfants que les vaccinateurs ne peuvent atteindre s'élève à un demi-million. Le virus est peut-être toujours en circulation et pourrait à nouveau sévir. La Somalie est exposée à un risque constant très élevé et elle doit travailler sans relâche. Comme le révèle l'évaluation de la flambée d'avril 2014, le Programme doit encore s'améliorer.

Jusqu'à présent, cette flambée a paralysé 10 enfants dans la région Somali d'**Éthiopie**. Le dernier cas a été enregistré en janvier 2014. Il s'agit du cas le plus récent dans l'ensemble de la Corne de l'Afrique. La riposte à la flambée en Éthiopie a été beaucoup plus lente et plus faible qu'en Somalie. Les données de suivi indépendant révèlent que la qualité des campagnes est en train de s'améliorer dans la région cruciale de Somali. Mais cela est peu rassurant car la région reste très vulnérable.

Les 14 enfants paralysés au **Kenya** se trouvaient tous au nord-est du pays, essentiellement dans et aux alentours des camps de réfugiés de Dadaab. Le dernier cas de paralysie remonte à juillet 2013, ce qui laisse à penser que la transmission est à présent terminée, le potentiel de réimportation étant toutefois bien réel.

Selon les informations dont dispose le Programme, le **Soudan du Sud** n'a pas encore été infecté. On constate ici d'importantes lacunes en matière de surveillance sous-nationale et une couverture vaccinale très insuffisante. Le conflit armé et la migration importante font de la transmission de la poliomyélite au Soudan du Sud une possibilité réelle et inquiétante.

On en parle moins, mais **Djibouti** présente aussi un puissant mélange de surveillance médiocre (les indicateurs sont sous-optimaux dans quatre de ses six districts) et une couverture vaccinale inégale (plus de 90 % à Djibouti-ville mais seulement 70 % environ dans plusieurs autres régions).

Aucun pays de la Corne de l'Afrique n'est totalement en sécurité. Il serait trop facile de supposer que l'Ouganda, par exemple, ne va pas être infecté, même si cela est possible.

La surveillance est un problème majeur dans l'ensemble de la Corne de l'Afrique. Les améliorations à travers la région ont été irrégulières. La zone qui préoccupe le plus le CSI est la région Somali d'Éthiopie. Toutefois, aucun des 10 pays de la région n'est exempt de problèmes de surveillance. Il est tout à fait possible que des enfants soient paralysés par la poliomyélite sans que le Programme ne soit au courant.

Notre rapport d'octobre 2013 pointait du doigt la mauvaise coordination à travers la Corne de l'Afrique. La **réponse régionale** est à présent plus claire. Elle couvre 10 pays, à travers deux régions de l'OMS (AFRO et EMRO), et un plan de riposte de phase deux est en train d'être déployé. Suite à notre recommandation, le Programme a désigné un coordinateur principal pour la Corne de l'Afrique. Cela a sans conteste amélioré la situation, même si la coordination entre les pays et les organismes partenaires n'est pas encore tout à fait « transparente ». Ces accords devraient rester en place, et le Programme a désormais l'opportunité d'apprendre à les renforcer un peu plus.

Le Groupe Consultatif Technique pour la Corne de l'Afrique s'est réuni en février 2014. Il a passé le Programme au peigne fin, et nous approuvons ses recommandations. Celles-ci soulignent clairement la nécessité d'améliorer la qualité et la surveillance des campagnes dans de nombreuses parties de la région. De même, le Groupe Consultatif a souligné la nécessité de se concentrer sur l'accès aux populations nomades, et sur la concentration des ressources particulièrement dans les zones à haut risque.

La flambée dans la Corne de l'Afrique n'est pas terminée. Le risque de cas supplémentaires et de propagation internationale est bien réel. Le Programme progresse bien. Il ne faut pas réduire le personnel travaillant dans la Corne de l'Afrique, ni l'intensité de son travail.

### **Flambée au Moyen-Orient**

Le Moyen-Orient a été exempt de poliomyélite pendant plus de dix ans, jusqu'à ce que le poliovirus du Pakistan pénètre en **Syrie**. Le pays était vulnérable. Par le passé, il affichait des taux de vaccination très élevés, mais ceux-ci ont chuté au moment où le conflit actuel a démarré. Découvert en octobre 2013, l'épicentre initial de l'infection par la poliomyélite se trouvait à Deir ez-Zor, à l'est du pays. Des enfants ont également été paralysés au nord et à l'ouest. Les analyses génétiques suggèrent que la circulation du virus remonte à jusqu'à un an avant sa détection. Trente-six cas ont été signalés, le plus récent remontant à janvier 2014.

À l'inverse de la Corne de l'Afrique, le Programme a pu établir rapidement une riposte coordonnée couvrant toute la région. C'est exactement ce qu'il fallait faire. Il y a 1,3 million d'enfants syriens réfugiés en dehors de leur pays – plutôt que de vivre dans des camps de réfugiés, la plupart se mêlent aux communautés d'accueil.

Une campagne de vaccination a été organisée en Syrie dans les cinq jours qui ont suivi le signalement du premier cas. Elle s'est poursuivie pendant un mois, période durant laquelle les difficultés du conflit ont été analysées et surmontées. Environ 300 000 enfants de moins de cinq ans vivent dans des zones assiégées ou difficiles d'accès. Quatre autres campagnes ont été organisées. Il y a des endroits en Syrie où les agences des Nations Unies n'ont pas le droit d'opérer, mais le réseau de partenaires du Programme est parvenu à atteindre de nombreux enfants dans des circonstances difficiles.

Jusqu'à présent, un seul cas a été signalé en dehors de la Syrie – à Bagdad, en **Iraq**. Le pays avait déjà organisé plusieurs campagnes de vaccination avant que le cas ne se déclare, ce qui soulève des questions concernant la qualité de ces campagnes. Le VPO avait été proposé aux parents du garçon de six mois qui a été paralysé, mais ils ont refusé, craignant de prétendus effets secondaires.

La riposte régionale inclut sept pays. En dehors de la Syrie et de l'Iraq, le **Liban** est le pays qui inquiète le plus le CSI. Avec plus d'un million de réfugiés syriens présents au Liban, il convient de se concentrer sur les efforts de renforcement du Programme dans le pays.

La première phase du plan régional de riposte à la flambée visait à interrompre la transmission avant fin mars 2014. Aucun cas n'a été détecté depuis, mais il est beaucoup trop tôt pour crier victoire. La région est en train de mettre en œuvre la deuxième phase, qui s'étendra jusqu'à la fin de 2014. Le plan est solide et s'appuie sur un examen de haute qualité de la riposte régionale qui a été réalisé en mars 2014. Il met aussi en évidence le besoin d'améliorer encore la qualité des campagnes, tout particulièrement en utilisant des données de suivi indépendant afin d'identifier et d'atteindre les enfants manqués. Remédier aux faiblesses de la surveillance, de la vaccination systématique et des communications constitue l'autre composant essentiel du plan.

L'ampleur du défi posé par les communications est évidente. En Syrie, les préoccupations des familles concernant la poliomyélite sont plus immédiates. Dans les pays accueillant de nombreux réfugiés syriens, un sentiment anti-syrien est malheureusement en train de se développer. À travers les campagnes de vaccination dans la région, la plupart des cas où des enfants ont été manqués sont dus au fait que les parents n'étaient pas au courant de la campagne, qu'ils n'ont pas vu la nécessité du vaccin ou qu'ils craignaient ses effets secondaires. Étant donné le défi complexe que pose la communication, le CSI s'inquiète du fait que le Programme estime ne pas disposer des ressources adéquates pour organiser la réponse requise en termes de communications. Cela doit être résolu.

Nous félicitons le Programme pour sa riposte à la flambée au Moyen-Orient, qui a été rapide, bien coordonnée et flexible, malgré des circonstances difficiles. Le ralentissement du nombre de cas ne doit pas engendrer un faux sentiment de sécurité. Des risques majeurs demeurent, avec des milliers d'enfants syriens qui n'ont pas encore été vaccinés et un mouvement de population important. La deuxième phase de la riposte doit se poursuivre avec vigueur.

En **Israël**, on a observé, durant la majeure partie de l'année dernière, un phénomène jamais vu auparavant dans l'histoire de la poliomyélite. Le poliovirus du Pakistan a circulé et circule encore dans le pays, sans avoir causé de cas de poliomyélite. Plusieurs échantillons environnementaux ont prouvé que le virus circule parmi les habitants. Mais, du fait d'une couverture vaccinale élevée par VPI, personne n'a été paralysé jusqu'ici.

Réagir à cette situation nouvelle a constitué un véritable défi sur le plan de la politique et des communications. À ce défi est venu s'ajouter un fort sentiment d'opposition à la vaccination au sein de la population. Israël a réalisé une seule vague de vaccination par VPO, malgré de fermes recommandations d'en faire davantage. La transmission s'est poursuivie durant la basse saison 2013-2014. Mais à présent, au grand soulagement du pays, la transmission semble s'être arrêtée.

La circulation du poliovirus présentait un risque pour Israël, mais aussi pour les pays qui y sont reliés par des voyages fréquents, et où la couverture vaccinale est moins importante – notamment l'Ukraine, qui préoccupe de nombreux observateurs. Il est primordial qu'Israël maintienne en continu une surveillance forte, particulièrement durant la haute saison à venir, afin de confirmer avec certitude la disparition du virus. Des plans de secours sont en place au cas où le virus réapparaîtrait. Le cas échéant, ils devront être entièrement mis en œuvre.

### **Flambée en Afrique centrale**

En octobre 2013, le **Cameroun** a détecté son premier cas d'infection à poliovirus sauvage depuis 2010. Au cours des quatre mois qui ont suivi, au moins sept enfants ont été paralysés dans quatre des dix régions du pays, et le virus s'est aussi propagé vers le sud en Guinée équatoriale. Les défis posés par la réintroduction de la poliomyélite au Cameroun sont énormes. Le plus gros problème consiste à atteindre la couverture vaccinale dans les deux plus grandes villes, Douala et Yaoundé, dont la population représente au total plus de cinq millions de personnes. Il existe aussi de nombreuses zones qui sont difficiles d'accès, certaines n'étant pas accessibles par la route ou par les airs. Il y a même des régions qui n'ont peut-être jamais été atteintes par les programmes de vaccination.

La riposte à la flambée au Cameroun a été totalement inadéquate. La qualité de ses cinq campagnes laisse fortement à désirer. Les données de suivi de la campagne de février 2014 montraient clairement que la moitié des zones seulement atteignaient les normes de couverture. Pour l'essentiel, les enfants n'étaient pas vaccinés car aucun vaccinateur ne leur avait rendu visite chez eux. Des plans de communication existent, mais ils sont à peine mis en œuvre. Les ressources sont très insuffisantes. Le nombre d'équipes de vaccination et de suivi est tout simplement insuffisant. On augmente les effectifs en recrutant des étudiants, mais cela est loin d'être suffisant.

Les circonstances de cette flambée révèlent un malaise profond à de nombreux niveaux du programme d'éradication. L'analyse génétique montre que le virus ayant paralysé des enfants à la fin de 2013 circulait, inaperçu, depuis 2011, lorsqu'il a été vu pour la dernière fois au sud-ouest du Tchad. La diversité génétique des sept virus détectés suggère qu'il y a eu d'autres cas non détectés. Ces conclusions ont-elles engendré une réponse rapide et définitive ? Non. Au contraire, il semble n'y avoir aucun sentiment d'urgence.

Six mois après le début de la flambée, la riposte montre des signes de vie. Les efforts sont concentrés sur Yaoundé et Douala, où les performances de vaccination sont les pires. L'évaluation de la riposte à la récente flambée exigeait des améliorations considérables. À présent, celles-ci doivent être mises en œuvre avec rapidité.

Située au sud-ouest du Cameroun, le petit pays qu'est la **Guinée équatoriale** compte un peu moins d'un million d'habitants. Important producteur de pétrole, c'est le pays le plus riche d'Afrique en termes de revenu par habitant. La Guinée équatoriale a été exempte de poliomyélite pendant 15 ans. En janvier 2014, la poliomyélite était de retour dans le pays. Trois enfants ont été paralysés.

Comme au Cameroun, tous les indicateurs montrent que les niveaux d'immunité contre la poliomyélite y sont faibles, faisant du pays une cible facile pour l'importation du virus. En outre, la surveillance dans le pays est médiocre. Étant donné la taille de la population, les organismes de santé publique devraient détecter environ trois cas de paralysie flasque aiguë au cours d'une année type. Aucun cas n'a été détecté en 2013, et seulement deux au cours des cinq dernières années.

La première campagne de vaccination nationale n'était pas prévue avant fin avril 2014. Il s'agit là d'une riposte d'une très grande lenteur. Il est essentiel que le pays dispose de l'aide nécessaire pour s'assurer que la qualité de la surveillance et des campagnes de vaccination augmente rapidement.

L'infection au Cameroun et en Guinée équatoriale est une menace directe pour les pays voisins qui présentaient déjà un risque élevé avant cela. La République centrafricaine est très gravement menacée. La guerre civile a entraîné une forte détérioration de l'infrastructure sanitaire du pays, affaiblissant à la fois la surveillance et la couverture vaccinale. Les importants mouvements de population et les combats actifs rendent les opérations très difficiles. Si le poliovirus pénètre en République centrafricaine, interrompre la transmission constituera un énorme défi. Depuis le Cameroun, le poliovirus peut facilement atteindre le Tchad, la République démocratique du Congo et l'Angola – trois pays ayant été infectés à plusieurs reprises par le passé et qui présentent encore d'importantes vulnérabilités. Le Congo et le Gabon rencontrent aussi des problèmes de surveillance et de vaccination.

La riposte du Programme mondial face à cette **flambée en Afrique centrale** est très inquiétante. L'arrivée de la poliomyélite au Cameroun aurait dû sonner l'alarme. La révélation selon laquelle le poliovirus avait circulé pendant deux ans sans être détecté - peut-être au Cameroun ou bien ailleurs dans la région - aurait dû semer une grande consternation. Cependant, cela ne semble pas avoir causé une telle réaction. La soi-disant « évaluation sur trois mois de la riposte à la flambée » au Cameroun a été réalisée en avril 2014, soit six bons mois après le début de la flambée. C'est seulement maintenant que l'OMS-AFRO essaie de créer un poste de coordinateur pour diriger la riposte régionale.

Le Programme mondial a permis au Cameroun de réaliser des campagnes de vaccinations médiocres. Une approche aussi laxiste est totalement en décalage avec la déclaration de l'OMS selon laquelle la propagation de la poliomyélite est une urgence de santé publique d'importance internationale.

Le contraste entre les ripostes du Programme au Moyen-Orient et en Afrique centrale ne saurait être plus frappant. Les deux flambées ont commencé en octobre 2013. Toutes deux avaient besoin d'une riposte rapide et complète. Lors de la réunion du CSI, sept mois après le début des flambées, le coordinateur du Moyen-Orient spécialement nommé décrivait l'impressionnant achèvement de la première phase de la riposte régionale. Pour la phase deux de la riposte, un plan était déjà en place. Pendant ce temps-là, l'Afrique centrale n'avait toujours pas nommé son coordinateur. Le Programme a pris des mesures dans les pays voisins, mais nous sommes bien loin de la riposte professionnelle au Moyen-Orient. Le CSI est inquiet. Notre rapport d'octobre 2013, qui qualifiait d'insuffisante la riposte dans la Corne de l'Afrique, semble avoir blessé le Programme. Cependant, la gestion de l'importante flambée qui a suivi en Afrique centrale laisse à désirer.

Le Programme doit rapidement remédier aux faiblesses majeures de sa riposte en Afrique centrale. Le Conseil de surveillance de la poliomyélite pourrait indiquer l'orientation à suivre en ordonnant une enquête urgente sur les différences entre les ripostes du Programme au Moyen-Orient et en Afrique centrale. Il pourrait aussi identifier le processus de prise de décisions qui a engendré une telle incohérence.

NOUS RECOMMANDONS AU CONSEIL DE SURVEILLANCE DE LA POLIOMYÉLITE DE GARANTIR, COMME PROMIS, LA MISE EN PLACE D'ICI LE 1ER JUILLET 2014 D'UN COORDINATEUR DES FLAMBÉES EN AFRIQUE CENTRALE, ET LA MISE À DISPOSITION DE CELUI-CI DE RESSOURCES APPROPRIÉES ; ET DE DÉTERMINER POURQUOI LA RIPOSTE DU PROGRAMME EN AFRIQUE CENTRALE A ÉTÉ BIEN PLUS FAIBLE QUE DANS LA CORNE DE L'AFRIQUE OU AU MOYEN-ORIENT.

NOUS RECOMMANDONS LA CRÉATION D'UNE ÉQUIPE DÉDIÉE À L'ÉCHELLE MONDIALE, QUI SE CONCENTRERAIT SUR LA RIPOSTE AUX FLAMBÉES, SA PREMIÈRE MISSION ÉTANT DE RENFORCER CONSIDÉRABLEMENT LES PROCÉDURES OPÉRATIONNELLES STANDARD EN MATIÈRE DE RIPOSTE AUX FLAMBÉES AFIN DE GARANTIR L'EXCELLENCE CONTINUE DES RIPOSTES FUTURES. LES SCÉNARIOS ET LES EXERCICES DEVRAIENT ÊTRE UN ASPECT CLÉ DE SES ACTIVITÉS.

## La poliomyélite au Cameroun : personne n'a crié à l'urgence

**EMERGENCY**

Circulation du virus pendant deux ans, sans qu'il ne soit détecté

**EMERGENCY**

Virus géographiquement dispersé

**EMERGENCY**

Conflit important en République centrafricaine voisine

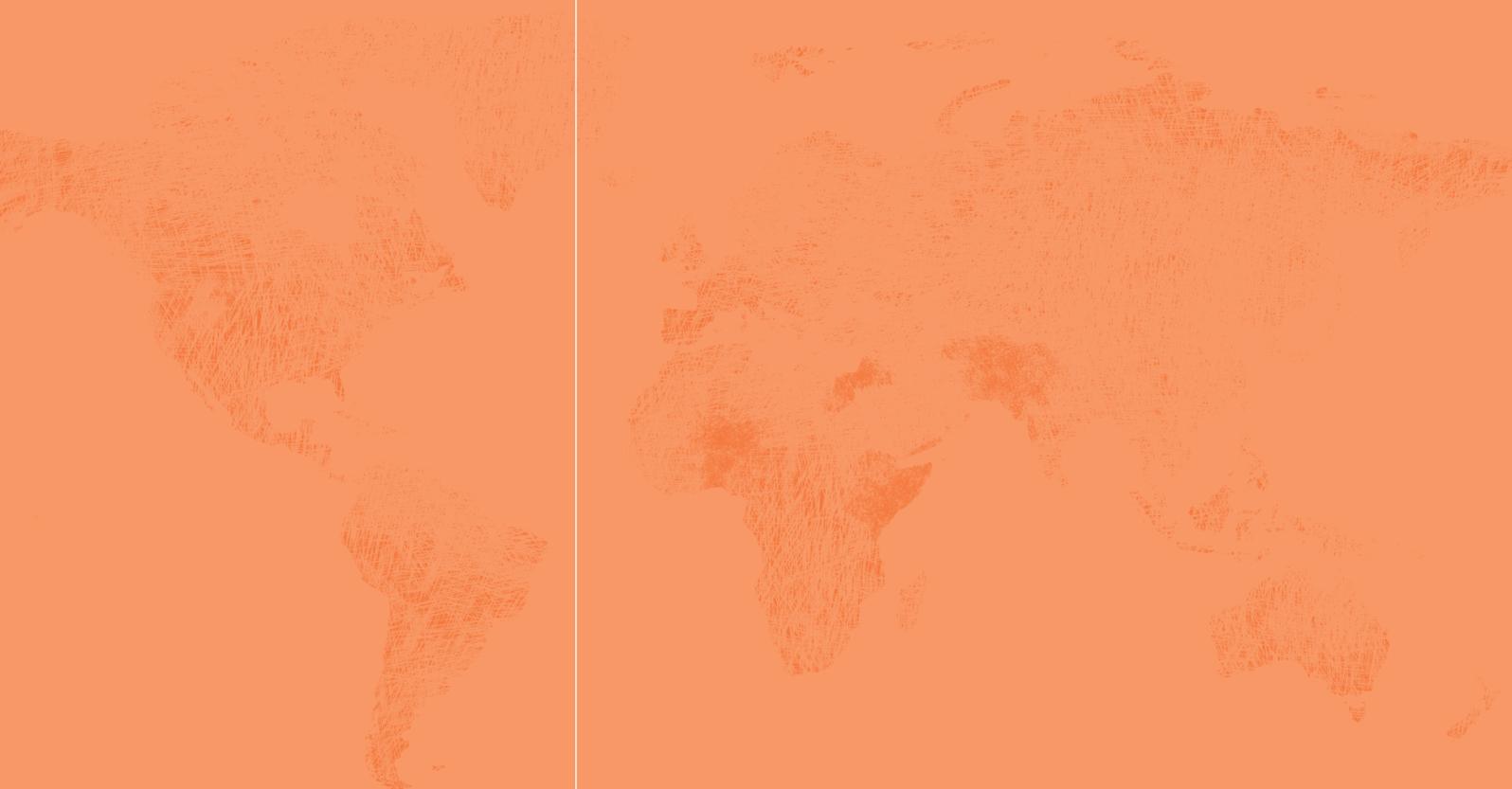
**EMERGENCY**

Faiblesses en matière de surveillance et de vaccination dans les pays voisins

## Afrique centrale : la poliomyélite a le sommeil léger



## PRÉVENTION DES FLAMBÉES



## Prévention des flambées

Le principal objectif du Programme mondial est d'interrompre la transmission de la poliomyélite dans les trois pays d'endémie restants. Alors que le Programme s'attelait à cette tâche, les poliovirus du Nigéria et du Pakistan se sont propagés à plusieurs reprises au-delà de leurs frontières. Depuis 2011, ils ont provoqué des flambées dans 20 autres pays, paralysant près de 500 enfants. En 2013, plus de la moitié des enfants paralysés par la poliomyélite vivaient en dehors des pays d'endémie.

Le Programme dépense beaucoup d'argent pour essayer de prévenir ces flambées. En 2013, 450 millions de doses de vaccin (un tiers du total du Programme à l'échelle mondiale) ont été distribuées dans des pays qui n'étaient pas infectés par la poliomyélite. Malgré cela, des enfants dans huit pays touchés par une flambée ont été paralysés en 2013 et début 2014 – dans cinq pays par le poliovirus du Nigéria et dans trois pays par celui du Pakistan. Autrement dit, le Programme dépense de précieux dollars pour un résultat médiocre.

Trop de personnes répondent par un haussement d'épaules. Il y a ici un élément idéologique. Certains estiment que seule la poliomyélite endémique importe : si l'on s'en débarrasse, tous les autres sites affectés disparaîtront. Certains défendent une attitude attentiste face aux flambées. Ils déclarent qu'il est difficile d'intéresser les gouvernements ou les communautés à la vaccination contre la poliomyélite tant que leur population n'est pas directement menacée par le virus. Par conséquent, il est plus facile de répondre aux flambées que de les prévenir. Le CSI déplore ces attitudes. Si le Programme prenait la prévention des flambées au sérieux, il pourrait utiliser à meilleur escient les nombreuses ressources déjà allouées à cette fin.

Prévenir ces flambées est d'une importance capitale – tout particulièrement à ce stade avancé, lorsque l'interruption de la transmission à l'échelle mondiale nécessite une interruption partout en même temps. Il serait très envisageable que le poliovirus du Nigéria se rétablisse dans un pays tel que la République centrafricaine en guerre et qu'il revienne au Nigéria après que le pays ait interrompu sa transmission.

Le CSI a fortement défendu deux mesures. La première consiste à utiliser le Règlement sanitaire international pour introduire une vaccination obligatoire pour les personnes des pays infectés par la poliomyélite se rendant à l'étranger. La seconde consiste en la création par le Programme d'une « Liste rouge » des pays les plus menacés par une flambée, et au renforcement des efforts pour atténuer ce risque.

Au cours des dernières semaines, la première de ces mesures est devenue réalité. Suite aux recommandations du CSI et face à la vague de soutien envers celles-ci de la part des États membres, le Directeur général de l'OMS a organisé un comité d'urgence en vertu du Règlement sanitaire international. En s'appuyant sur le travail entrepris par le comité, l'OMS a recommandé le 5 mai 2014 que le Pakistan, la Syrie et le Cameroun – les trois pays jugés les plus à risque en termes d'exportation du poliovirus en 2014 – introduisent des mesures pour s'assurer que leurs résidents et leurs visiteurs de longue durée soient vaccinés contre la poliomyélite avant de quitter le pays. Le CSI salue cette mesure importante. Il est à présent essentiel de bien la mettre en œuvre.

L'Inde est le seul pays à ne pas avoir attendu le rapport du comité du Règlement sanitaire international pour agir. L'Inde exige à présent de la part des voyageurs venant de pays infectés par la poliomyélite de fournir une preuve de vaccination. La recommandation subséquente de l'OMS ne suggère pas directement que les pays d'accueil confirment le statut vaccinal des voyageurs. Mais étant donné qu'un certificat devrait être remis aux voyageurs

pour prouver qu'ils ont été vaccinés, cette option est disponible pour les autres pays accueillant des voyageurs venus de pays infectés par la poliomyélite.

En plus de recommander la vaccination avant le voyage et d'autres actions spécifiques, l'OMS a déclaré que la propagation du poliovirus sauvage était une « urgence de santé publique d'importance internationale ». Le CSI est d'accord sur ce point. Les pays actuellement exempts de poliomyélite ont besoin d'une protection renforcée.

En réponse à la recommandation d'octobre 2013 du CSI, le programme a identifié une « Liste rouge » de pays où les mesures d'atténuation des risques devraient être une priorité. Cette liste a été établie en tenant compte du risque d'importation du virus dans le pays, des éventuelles conséquences d'une importation (pires dans les pays ayant une faible couverture vaccinale ou en proie à un conflit civil, par exemple), et du risque de détection tardive en raison du manque de surveillance. La « Liste rouge » contient actuellement 10 pays – tous des pays d'Afrique. Elle ne contient pas tous les pays à haut risque. Certains sont déjà pris en charge dans le cadre des ripostes régionales aux flambées (comme le Soudan du Sud dans la Corne de l'Afrique) et, par conséquent, ne figurent pas dans la « Liste rouge ». Mais l'existence des plans régionaux de riposte aux flambées et de la « Liste rouge » ne doit pas créer le sentiment qu'aucun risque n'existe ailleurs - c'est bien loin d'être le cas.

Le Programme a commencé de créer des plans visant à réduire le risque de flambée dans chaque pays de la « Liste rouge ». Un nombre important de campagnes de vaccination est prévu courant 2014. Les enfants au Tchad et au Niger, par exemple, devraient recevoir en moyenne plus de cinq doses de vaccin cette année.

Les plans ne portent pas seulement sur la quantité des campagnes. Certains aspects visent à améliorer leur qualité, par exemple en introduisant les tableaux de bord de pré-campagne, qui ont été utiles dans les pays d'endémie. Il est également prévu d'améliorer la vaccination systématique, d'accroître l'assistance technique pour soutenir la surveillance, de renforcer le plaidoyer, et de s'assurer que l'immunisation et la surveillance font constamment partie de la réponse humanitaire.

La « Liste rouge » étant désormais établie, le Programme mondial doit communiquer beaucoup plus clairement avec les pays sur ce que l'on attend d'eux afin qu'ils puissent réduire leurs déficits en matière de protection immunitaire, ainsi que sur les délais. Cela est particulièrement important dans les pays exempts de poliomyélite depuis plusieurs années et qui ont démantelé l'infrastructure de campagnes. Malgré ses 26 années d'expérience, le Programme semble toujours maîtriser ces aspects de façon rudimentaire. Cela est en partie dû au fait que la prévention des flambées est une responsabilité attribuée aux personnes dont la tâche principale est de soutenir les pays d'endémie. La prévention est différente et complexe. Elle nécessite des spécialistes qui ne soient pas rattachés aux programmes des pays d'endémie individuels. Il ne s'agit pas seulement de demander aux équipes existantes de collaborer plus étroitement, mais plutôt de disposer d'une équipe de haut niveau dont le seul travail est d'anticiper et de prévenir les flambées, sa réussite se mesurant par rapport au chiffre zéro.

**NOUS RECOMMANDONS LA CRÉATION D'UNE ÉQUIPE DÉDIÉE À L'ÉCHELLE GLOBALE AFIN D'AMÉLIORER RAPIDEMENT L'APPROCHE DU PROGRAMME EN MATIÈRE DE PRÉVENTION DES FLAMBÉES DANS LES PAYS DE LA « LISTE ROUGE » ET AU-DELÀ. LES SCÉNARIOS ET LES EXERCICES DEVRAIENT ÊTRE UN ASPECT CLÉ DE SES ACTIVITÉS.**

## Pays attaqués - depuis 2011

### Par le poliovirus du Nigéria

---

- TCHAD
- GABON
- MALI
- NIGER
- GUINÉE
- CAMEROUN
- RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE
- CÔTE D'IVOIRE
- KENYA
- ÉTHIOPIE
- SOMALIE
- GUINÉE ÉQUATORIALE

---

**423 enfants paralysés**

---

### Par le poliovirus du Pakistan

---

- AFGHANISTAN
- CHINE
- IRAQ
- SYRIE

---

**68 enfants paralysés**

---

**À TRAVERS LE  
PROGRAMME MONDIAL**



## Familles et communautés : une question de confiance

Pour éradiquer la poliomyélite, des millions de parents doivent accepter que leurs enfants reçoivent plusieurs doses de vaccin consécutives. La clé de la réussite consiste à bien les mobiliser. Ils ont besoin de faire confiance au programme, aux vaccinateurs et au vaccin. Ils ont besoin d'une raison pour permettre – et dans l'idéal pour exiger – la vaccination contre la poliomyélite.

Le rapport de mai 2013 du CSI se penche longuement sur cet aspect. Bien que la mobilisation des parents et des communautés ait été par le passé un élément essentiel de la réussite du Programme, on l'a sous-estimée au niveau stratégique du Programme et pas assez prise en compte sur le terrain.

On constate, un an après, d'importantes améliorations. En mai 2013, l'équipe dédiée à la poliomyélite au siège de l'UNICEF ne comptait que six personnes. Les 13 autres postes n'étaient pas pourvus. L'équipe a quadruplé et compte à présent 22 personnes. Plus de 13 000 mobilisateurs sociaux sont maintenant en place dans les trois pays d'endémie, soit deux fois plus que l'année dernière. Le Programme a établi des partenariats formels pour les communications et la mobilisation sociale avec plus de 30 institutions à travers le monde. Des études officielles portant sur les perceptions dans les communautés ont été réalisées. Mais surtout, de réels progrès ont eu lieu là où cela importe le plus – sur le terrain. Dans les trois pays d'endémie, le nombre d'enfants non vaccinés en raison du refus de leurs parents a baissé de moitié. Ceci est impressionnant.

Nous applaudissons le travail du Groupe consultatif islamique. Les communautés ne sont pas toutes locales. Certaines ont une portée internationale. Le Groupe consultatif islamique est d'une importance capitale. Parmi ses membres figurent certains des universitaires islamiques les plus importants au monde, venus d'institutions telles que l'Université Al-Azhar et l'Organisation de la Conférence islamique. Ces importants leaders de la communauté musulmane mondiale apportent un fort soutien à l'éradication de la poliomyélite. À l'issue de sa réunion à Djeddah en février 2014, les deux co-présidents ont fait d'importantes déclarations, rappelant que le vaccin contre la poliomyélite est acceptable pour la Sharia, dénonçant des « fatwas et allégations fallacieuses et exagérées » envers les vaccins et condamnant les attaques violentes sur les vaccinateurs.

Mais le travail vital pour améliorer la confiance des familles et des communautés n'est pas terminé. Le CSI a identifié trois principaux domaines d'amélioration.

**NOUS RECOMMANDONS À L'OMS DE RELÂCHER SON EMPRISE SUR LA FORMATION DES VACCINATEURS ET DE LEURS SUPERVISEURS, AFIN DE PERMETTRE À L'UNICEF, AU CDC ET AUTRES PARTENAIRES D'APPORTER LEUR CONTRIBUTION, EN PARTICULIER S'AGISSANT DE RENFORCER LES COMPÉTENCES DE COMMUNICATION INTERPERSONNELLE DES VACCINATEURS.**

### **Objectif d'amélioration n°1 : Mesurer et rehausser le niveau de performance des mobilisateurs sociaux**

Près d'un tiers des parents interrogés dans les principales zones infectées du Nigéria et du Pakistan ne savent pas que la poliomyélite est incurable. Un cinquième des parents interrogés dans les principales zones infectées du Pakistan, et un tiers au Nigéria, estiment qu'il n'est pas nécessaire de vacciner leurs enfants à chaque vague de vaccination. Les foyers qui refusent la vaccination le font bien souvent en masse, offrant au virus l'opportunité de circuler.

Personne n'a pu expliquer au CSI comment distinguer les bons mobilisateurs sociaux des mauvais. Le Programme doit rapidement améliorer les mesures qu'il utilise pour contrôler la qualité du travail des mobilisateurs sociaux. Nous demanderons à être informés sur ce point lors de notre prochaine réunion. Nous aimerions que le Programme détermine les mesures clés qu'il va recueillir de manière répétée, afin d'établir un ensemble de données pouvant faire l'objet d'un suivi approprié au fil du temps.

### **Objectif d'amélioration n°2 : Améliorer les compétences interpersonnelles des vaccinateurs pour les préparer aux conversations difficiles**

Localisent les enfants et proposent le vaccin, et les mobilisateurs sociaux, qui se chargent de promouvoir les campagnes et d'enquêter ensuite sur les cas de refus du vaccin. Ces groupes doivent mieux s'intégrer l'un à l'autre. Les vaccinateurs doivent être compétents pour mener à bien des négociations parfois difficiles avec les parents réticents.

De même, un mobilisateur social procédant au recueil de données relatives aux raisons d'un refus est en bonne position pour devenir le vaccinateur de l'enfant. Les données de l'UNICEF provenant du Pakistan sont prometteuses. À titre d'exemple, les mobilisateurs sociaux chargés du suivi des enfants non vaccinés lors d'une vague de vaccination enregistrent un taux de réussite de 40 % s'agissant d'atteindre ces enfants – un bon début, mais ce chiffre peut s'améliorer. Le taux de réussite doit doubler, et ce rapidement.

Maintes fois, le CSI a insisté sur l'importance des vaccinateurs dans le Programme.

Déployer les bonnes personnes sur le terrain est essentiel. Les vaccinateurs doivent être des adultes, recrutés dans l'idéal au niveau local, à même de rendre des comptes de manière appropriée. Les sources du CSI ont souligné l'effet nuisible de ceux qu'on appelle les « vaccinateurs fantômes » et des substitutions dans les équipes de vaccination. Pour l'essentiel, cela signifie qu'au bout du compte, les personnes ayant été formées à la vaccination ne vaccinent pas. Le Programme a fait beaucoup de progrès à cet égard, établissant des normes claires et mesurant l'atteinte de celles-ci.

Le Programme a réalisé un sondage auprès des parents dans les communautés pachtounes des districts à haut risque dans les zones tribales sous administration fédérale. Un quart seulement estimait que les vaccinateurs se préoccupaient beaucoup des enfants de la communauté, et la même proportion faisait « fortement confiance » aux vaccinateurs. D'importantes améliorations sont encore nécessaires à ce niveau, et celles-ci pourraient bien être importantes lorsqu'un certain degré d'accès physique sera atteint. Il importe d'adopter une approche de la formation des vaccinateurs qui couvre tous les organismes. Cette tâche ne devrait pas être la responsabilité exclusive de l'OMS.

De même, la proportion hommes-femmes est bien souvent importante, à la fois parmi les vaccinateurs et les mobilisateurs sociaux. Même si les communautés aiment s'adresser à des femmes, seulement 21 % des mobilisateurs sociaux au Pakistan et 28 % en Afghanistan sont des femmes.

### **Objectif d'amélioration n°3 : Créer une base commune concernant l'utilité de la mobilisation sociale afin de relever les plus gros défis restants du Programme**

Lorsque le CSI a examiné l'état de la mobilisation sociale dans le Programme il y a un an, nous avons été frappés par le fait que tous au sein du partenariat ne reconnaissaient pas la valeur potentielle de transformation du travail de mobilisation sociale. Certains considèrent son rôle dans l'atteinte d'une couverture vaccinale élevée comme distinct de, et subsidiaire à la difficulté d'obtenir l'accès dans les zones touchées par les conflits. L'UNICEF n'a pas encore été aussi efficace qu'elle le pourrait s'agissant de plaider la cause du caractère essentiel des stratégies de mobilisation sociale pour obtenir l'accès aux zones et aux foyers. Un an plus tard, peu de choses ont changé.

Les sceptiques doivent mieux collaborer avec ceux qui croient en la promesse de la mobilisation sociale. Une telle collaboration présenterait selon nous deux avantages. Les sceptiques pourraient constater l'impact de la mobilisation sociale. Et ceux qui croient en cette mobilisation, en réponse au défi lancé par les sceptiques, argumenteraient de manière plus persuasive et plus ciblée en faveur des endroits précis où l'investissement dans la mobilisation sociale peut aider.

NOUS RECOMMANDONS AUX PRINCIPAUX PARTENAIRES DE SE RÉUNIR EN PERSONNE AFIN DE S'ENTENDRE SUR LA FAÇON D'ATTEINDRE LES TROIS OBJECTIFS D'AMÉLIORATION QUI PERMETTRONT DE GAGNER DAVANTAGE LA CONFIANCE DES COMMUNAUTÉS, EN SE BASANT SUR L'ANALYSE DE LA MOBILISATION SOCIALE FIGURANT DANS NOTRE RAPPORT.

## **Insécurité : la résilience face à une violence sans précédent**

Le Programme d'éradication de la poliomyélite opère dans un contexte de : violence ciblée, avec plus de 25 travailleurs en première ligne assassinés en raison de leur association avec le Programme d'éradication de la poliomyélite ; interdictions dans certaines régions de la vaccination en général, et de la vaccination contre la poliomyélite en particulier ; insécurité plus étendue, limitant la capacité du Programme à opérer même en l'absence d'une menace directe. Plus que jamais auparavant, l'éradication de la poliomyélite est mêlée à la politique et aux conflits locaux et mondiaux. La situation change presque tous les jours. Même lorsque le Programme d'éradication de la poliomyélite ne s'entremêle pas directement, l'insécurité vient compliquer son environnement opérationnel. Durant la semaine qui a suivi la réunion du CSI, le Nigéria a été profondément affecté par la violence et l'illégalité. Avec l'enlèvement des lycéennes au nord du pays, la situation s'est intensifiée. Des attentats à la bombe ont fait de nombreuses victimes dans d'autres villes.

Ceci est très inquiétant. Il est révoltant de constater qu'un programme cherchant à améliorer la santé publique mondiale puisse se trouver dans une telle situation. Venir à bout de ces circonstances revient en grande partie aux pays affectés, dont les gouvernements ont à la fois la responsabilité et le pouvoir de s'y attaquer. Mais il importe aussi que le Programme mondial s'adapte comme il convient à cet important changement dans son environnement opérationnel, car ces situations posent un risque grave pour la réussite du Programme.

Le Programme a renforcé ses capacités internes, en recrutant des analystes spécialistes de la sécurité. Il a renforcé les liens avec d'autres parties du système des Nations Unies. Les partenaires ont adopté une « approche commune de la sécurité » à cinq volets, et un Groupe de travail sur la sécurité est désormais opérationnel.

Ce sont là des mesures positives. Notre plus gros souci à présent est que le Programme assure la coordination et tienne le rythme face aux défis les plus importants.

Nous nous sommes entretenus individuellement avec les organismes partenaires. Leurs analyses assez différentes de la situation sur le terrain et leurs idées divergentes concernant la marche à suivre nous inquiètent.

Le fait que la première rencontre en personne entre les principaux partenaires a eu lieu avec un an de retard n'a pas aidé les choses. Nous avons été ravis que les partenaires organisent une autre réunion alors qu'ils participaient à la réunion du CSI à Londres en mai dernier. Une telle coordination est essentielle pour améliorer leur compréhension collective des obstacles, et pour garantir une approche logique et unifiée de leur part. Quelle que soit la suite des événements sur le terrain, le CSI continue de s'intéresser au degré de coordination entre les partenaires, à la rapidité de leur travail et à leur capacité à s'appuyer sur l'expertise nécessaire.

## Disponibilité et utilisation du vaccin : faire en sorte que chaque goutte compte

Lors de chacune de ses réunions, le CSI reçoit une mise à jour sur l'approvisionnement en vaccins à l'échelle mondiale et sur les campagnes de vaccination prévues.

Dernièrement, le Programme a établi son calendrier de campagnes pour la seconde moitié de 2014. Ce faisant, il semble avoir appliqué le bon principe, à savoir que le calendrier de campagnes devrait être essentiellement basé sur le besoin épidémiologique, et non pas sur les fonds disponibles. S'il s'avère être nécessaire de trouver des fonds supplémentaires, qu'il en soit ainsi.

Garantir l'approvisionnement sans accroc n'est pas une mince affaire. En général, le Programme est assez performant à ce niveau, même si des problèmes surviennent. Trois actions particulières pourraient aider à ce niveau :

- À l'heure actuelle, le Pakistan et le Nigéria ont homologué le vaccin antipoliomyélitique oral d'un seul fabricant. Cela limite la capacité du Programme à répartir les stocks entre les pays. Si chacun de ces deux pays homologuait plus d'un produit, le Programme mondial disposerait d'une flexibilité bien supérieure en termes de répartition des stocks.
- Bien souvent, les pays demandent plus de vaccins que ce dont ils ont réellement besoin, car leur demande ne tient pas compte des stocks dont le pays dispose déjà. C'est un gâchis et cela peut potentiellement limiter le nombre de vaccins pouvant être déployés ailleurs. Un contrôle plus strict des stocks serait très utile.
- Le Programme a déjà utilisé le VPI et le VPO de façon combinée lors de certaines campagnes de vaccination, et prévoit d'adopter plus largement cette approche. Il n'a pas encore déterminé l'endroit, le moment ou la quantité de VPI nécessaire pour cela. Agir rapidement permettra de grandement faciliter l'approvisionnement en vaccins.

Nous faisons une recommandation formelle pour faire face au premier de ces problèmes, et demandons au Programme mondial de bien vouloir prendre des mesures pour résoudre également les deux autres problèmes.

Le CSI applaudit la recommandation de l'OMS, formulée le 5 mai 2014, selon laquelle tous les résidents et les visiteurs de longue durée doivent se faire vacciner contre la poliomyélite avant de se rendre à l'étranger. Cette mesure, que nous recommandons depuis quelques temps déjà, atténuera le risque de propagation internationale de la poliomyélite. Il importe que le Programme mondial assure la disponibilité d'un nombre suffisant de vaccins pour permettre la mise en œuvre systématique de cette recommandation.

**NOUS RECOMMANDONS AU PAKISTAN ET AU NIGÉRIA DE PRENDRE DES MESURES URGENTES AFIN D'HOMOLOGUER DES VACCINS ANTIPOLIOMYÉLITIQUES ORAUX SUPPLÉMENTAIRES POUR LES UTILISER AU COURS DES SIX PROCHAINS MOIS, EN VUE D'ACCROÎTRE LA FLEXIBILITÉ DE L'APPROVISIONNEMENT EN VACCINS À L'ÉCHELLE MONDIALE.**

## Financement : le rendre clair, juste et responsable

Le financement de ce programme ne se limite pas aux promesses, aux budgets et à la trésorerie. La question de savoir qui se charge de payer pour éradiquer la poliomyélite à travers le monde est d'une importance plus profonde et fondamentale.

L'appropriation est un terme souvent utilisé dans le cadre du Programme, signifiant que la tâche d'éradication de la poliomyélite dans un pays appartient au pays en question. Lorsqu'un gouvernement prend au sérieux la mission qui consiste à protéger ses enfants contre la poliomyélite, il est plus probable qu'il réussisse que si son programme est dirigé et ressenti comme une initiative externe. L'aspect financier est sans conteste un signe d'appropriation véritable. Dans l'idéal, les pays infectés seraient les premiers à contribuer aux coûts du programme. Une fois leur base de financement en place, il convient que d'autres pays contribuent pour les soutenir. Le versement des fonds promis par le Nigéria est très en retard et cela nous inquiète. D'autres pays, tels que le Tchad, où le Programme est très actif, pourraient aussi se permettre de contribuer davantage au programme qu'ils ne le font.

Le monde entier, et pas seulement les pays actuellement infectés, ressentiront les bienfaits de l'éradication mondiale. Il s'agit d'une bonne volonté publique mondiale, et ses récompenses se feront sentir maintenant et à l'avenir. C'est là l'esprit de la résolution de l'Assemblée mondiale sur la Santé de 1988 sur laquelle repose le Programme. Cet esprit demeure important. Plusieurs gouvernements ont très largement financé le Programme, restant fidèles à l'objectif malgré les rebondissements imprévus du Programme. En termes de démocratie mondiale – et pas seulement de finance – ce sont d'importants partenaires dans l'effort d'éradication. Nous espérons que d'autres gouvernements les rejoindront.

Les inquiétudes constantes des partenaires qui financent le Programme – en particulier les partenaires gouvernementaux – préoccupent le CSI. Un certain nombre d'entre eux estiment n'être toujours pas significativement impliqués dans le Programme. Ils estiment ne pas recevoir les informations (financières ou autres) dont ils ont besoin. Comme l'a expliqué un participant à la réunion : « Le Programme continue de demander de l'argent. Les donateurs continuent de demander des comptes. » Ils veulent savoir comment l'argent est dépensé. Le point de vue suivant d'un haut responsable d'un gouvernement soutenant le Programme est très largement partagé : « Il nous est difficile d'élaborer un argumentaire pour la situation actuelle qui pourrait convaincre mes ministres de donner plus d'argent. »

Les flux de financement du Programme sont complexes. Les fonds sont acheminés via des accords multilatéraux et bilatéraux à l'échelle mondiale et nationale, et à partir des ressources domestiques des pays infectés et depuis d'autres donateurs. L'actuel budget du Programme couvre quatre objectifs, l'arrêt de la transmission de la poliomyélite étant seulement l'un d'entre eux. Il importe que les partenaires soient mieux éclairés quant aux engagements collectifs, aux canaux de financement et aux flux de financement, afin de pouvoir évaluer le statut de financement du Programme dans son ensemble. De nombreux partenaires qui financent le Programme ont besoin, en particulier, d'un moyen simple leur permettant de s'assurer, lorsque des fonds sont versés pour la vaccination contre la poliomyélite et la vaccination systématique, qu'ils sont correctement répartis et que les dépenses proportionnelles apparaissent clairement. Ce domaine inquiète de plus en plus, car les stratèges ne se contentent plus de soutenir un programme vertical sans se tourner vers l'avenir. Bien que n'étant pas simples, ces demandes ne sont ni impossibles ni déraisonnables.

Le Programme dispose d'ores et déjà d'un système de rapports financiers. Il compte un Groupe mondial des partenaires de la lutte contre la poliomyélite, et toute une variété de forums auxquels les partenaires de financement peuvent participer. Dernièrement, le Conseil de surveillance de la poliomyélite a institué un ensemble de mécanismes afin d'impliquer plus étroitement les donateurs les plus importants. Il y a un écart énorme entre ce que le Programme estime fournir et ce que certains partenaires de financement estiment recevoir. On connaît depuis longtemps déjà les préoccupations des bailleurs de fonds, mais le Programme n'a pas su y répondre. Il convient de résoudre ce problème rapidement et définitivement. Ces préoccupations sont les plus fortes chez les bailleurs de fonds les plus fidèles au Programme, et qui représentent l'engagement de longue date envers l'objectif d'éradication de la poliomyélite dont ont fait preuve bon nombre de contribuables.

Pour les personnes en charge de l'exécution du Programme, la trésorerie demeure un problème important. Les partenaires de financement pourraient aider en faisant en sorte de moins affecter leurs contributions à des activités ou des pays particuliers. Assortir les activités du Programme à des fonds fournis avec des conditions particulières est très chronophage. Dans certains cas, les campagnes de vaccination sont retardées en raison du manque de flexibilité engendré par cette affectation des fonds. Lorsque le plan stratégique 2013-2018 a élargi et étendu les objectifs du Programme, ce problème s'est aggravé. Le CSI recommande vivement aux partenaires de financement de réserver, dans une moindre mesure seulement, les fonds à une utilisation particulière. Il y a ici un potentiel de réciprocité, avec un Programme qui améliore les dispositions en matière de rapports et d'implication, et des partenaires de financement qui améliorent la flexibilité de leurs accords.

**NOUS RECOMMANDONS UNE RÉPONSE APPROPRIÉE ET OUVERTE AUX INQUIÉTUDES ET AU MALAISE ACTUELS CONCERNANT LA TRANSPARENCE ET LA COMMUNICATION DU BUDGET D'ÉRADICATION. UNE DISCUSSION FRANCHE AU CONSEIL DE SURVEILLANCE DE LA POLIOMYÉLITE SERAIT LE MEILLEUR MOYEN D'Y PARVENIR.**

## Gestion du Programme mondial : moderne et fiable

Les rapports du CSI reviennent continuellement sur le sujet de la gestion du Programme mondial. La manière dont fonctionne ce partenariat mondial complexe en interne a un impact majeur – pour le meilleur ou pour le pire – sur ses accomplissements.

La gestion du Programme s'est améliorée depuis que le CSI fournit des commentaires. À présent, le Conseil de surveillance de la poliomyélite se réunit plus souvent, renvoyant, comme il se doit, la supervision de ce programme hautement prioritaire au niveau le plus élevé. Se situant un échelon en dessous, le Comité de pilotage de l'éradication de la poliomyélite se réunit une fois par mois et permet d'améliorer la vitesse et la clarté de la prise de décisions. Il y a, parmi les partenaires, un sens renforcé de l'unité.

Les améliorations apportées à la structure du comité sont bienvenues et prouvent que des changements peuvent se produire. Mais il faut bien plus que cela. Nous applaudissons la décision du Conseil de surveillance de la poliomyélite de commander une évaluation de la gestion du Programme, suite à notre recommandation d'octobre 2013.

Il est essentiel que l'évaluation de la gestion apporte l'espace, l'indépendance d'analyse et la clarté de diagnostic nécessaires à une vraie transformation du mode de fonctionnement du Programme, et ce malgré les changements bénéfiques du style de gestion apportés par les dirigeants du Programme en réponse aux critiques du CSI. Alors même qu'il recueillait des informations pour son dernier rapport, le CSI a mis au jour des récurrences frappantes de dysfonctionnements qui sont devenus endémiques de la structure de gestion du Programme. Bien que nous ayons fait mention de ces dysfonctionnements dans nos précédents rapports, nous les mentionnons à nouveau pour nous assurer que leur nature profonde, et la possibilité qu'ils se maintiennent à moins d'être attaqués de front, soient entièrement reconnues.

Une véritable culture de l'amélioration de la qualité et tout ce que cela comprend, dont le style de direction, la culture du travail d'équipe, et les outils et processus pratiques largement utilisés dans d'autres domaines pour changer rapidement les performances d'une organisation, continuent de faire défaut au Programme. La faiblesse dans ce domaine se manifeste de nombreuses manières. À titre d'exemple, les longs délais entre les idées et leur mise en œuvre – 29 mois entre la suggestion du CSI d'utiliser conjointement le VPI et le VPO dans les campagnes, idée déjà bien connue par le Programme, et le moment où elle a été testée pour la première fois. Le Programme doit déterminer d'où viennent les retards et les éliminer.

Dans une autre partie du présent rapport, nous avons parlé de l'incohérence s'agissant d'adopter et de standardiser les bonnes pratiques au gré des circonstances changeantes, et non pas en fonction du schéma historique des structures et des accords de direction. Le Programme a apporté une excellente réponse au Moyen-Orient, une assez bonne réponse dans la Corne de l'Afrique et une réponse médiocre en Afrique centrale. C'est là un phénomène inquiétant qui introduit un risque inutile. Il confère au poliovirus une plus grande marge de manœuvre qu'il ne le mérite.

Le précédent rapport du CSI évoquait la complexité de la coordination entre les organismes. C'est en soi un défi complexe mais, plutôt que de la simplifier, l'approche des partenaires semble la compliquer davantage. Au niveau mondial et des sièges, la plupart des employés ont plusieurs rôles différents. Ils partagent leur temps,

par exemple, entre le soutien aux pays d'endémie, la riposte aux flambées et la prévention des flambées – mais aussi à travers différents domaines techniques. Cela mène à la « mort par téléconférence ». Cette complexité est plus susceptible d'engendrer des oublis (comme la riposte appropriée à la flambée en Afrique centrale). Elle empêche le développement aisé de l'expertise. À notre avis, il serait utile, lors de l'évaluation de la gestion, d'envisager une alternative, où les personnes et les équipes seraient plus clairement rattachées à un domaine spécialisé auquel elles consacraient l'essentiel ou la totalité de leur temps. On gagnerait ainsi en rapidité et en cohérence. Toutefois, les dirigeants les plus haut placés devraient s'assurer que ces domaines de spécialisation ne deviennent pas des silos.

Le partenariat mondial ne fonctionne pas de manière collégiale. Le CSI ne souhaite pas faire la critique des employés dévoués, passionnés et travailleurs en tant que personnes. Toutefois, les relations entre les personnes travaillant depuis leur base organisationnelle au sein du partenariat sont actuellement marquées par la compétitivité, les déséquilibres de pouvoir et un partage d'informations non satisfaisant. Le Programme ne pourra pas améliorer ses performances en résolvant les problèmes structurels, à moins de pouvoir aussi répondre à ces problèmes culturels plus profonds.

On a encore trop souvent tendance à accepter les dérapages dans les délais, les contraintes bureaucratiques et les solutions sous-optimales. Les données mettant en évidence des écarts dans le Programme – dans la surveillance, dans les performances des vaccinateurs et dans les processus internes – sont nombreuses, et feront seulement une différence si le Programme souhaite vivement les examiner et en tirer des enseignements. L'éradication de la poliomyélite ne nécessite pas la perfection. Mais il reste de l'espace pour les défis et l'autocritique.

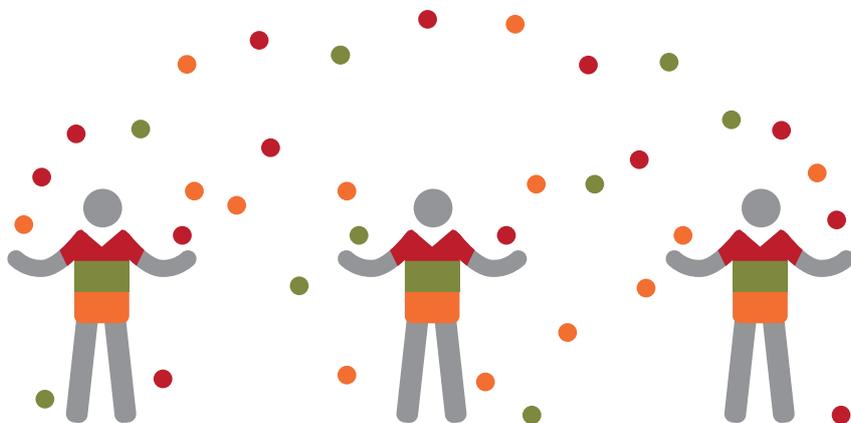
Les employés des organismes partenaires considèrent-ils qu'ils font partie avant tout de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite ou de leur organisme particulier ? Le premier cas de figure est plus salubre, mais le second semble plus répandu. Lors de ces discussions privées, le CSI a remarqué que les organismes sont peu chaleureux lorsqu'ils parlent d'autres organismes. C'est presque comme si, parfois, la frontière administrative devenait un cercle magique qu'il est impossible de franchir. Nous avons également entendu parler de plusieurs cas où un organisme partenaire a rejeté la précieuse contribution d'autres partenaires. Comme l'a si bien dit un haut représentant : « Combattez le virus, pas les partenaires ».

Le Programme est différent de ce qu'il était il y a trois ans. Désormais, il peut réellement capitaliser sur ses progrès tout au long de la prochaine évaluation de la gestion. Il importe que celle-ci apporte un bénéfice optimal, et que chacun au sein du Programme y soit réceptif. Lors de plusieurs réunions avec de hauts représentants du Programme, nous avons suggéré une amélioration du processus d'évaluation de la gestion qui, selon nous, pourrait porter des fruits. Nous la répétons ici en tant que recommandation formelle.

EN LIEN AVEC L'ÉVALUATION DE LA GESTION EN COURS, NOUS RECOMMANDONS AU CONSEIL DE SURVEILLANCE DE LA POLIOMYÉLITE DE NOMMER UN PANEL CONSULTATIF FORMÉ DE QUATRE CADRES ET EXPERTS DE LA GESTION AGUERRIS, AYANT L'EXPÉRIENCE DE LA GESTION ET DU CONSEIL DANS CERTAINES DES ENTREPRISES LES PLUS COMPLEXES AU MONDE. CEUX-CI SE CHARGERONT DE FAÇONNER L'ANALYSE ET LES RECOMMANDATIONS DES CONSEILLERS EN GESTION AVANT QUE LE CONSEIL DE SURVEILLANCE DE LA POLIOMYÉLITE NE LES FINALISE.

## Réalisation de plusieurs tâches par l'IMEP : une approche différente est-elle nécessaire ?

Si tout le monde fait un peu de tout, un manque de coordination et des dysfonctionnements apparaissent :



Si les équipes se spécialisent, on est en mesure de mieux se concentrer et de développer l'expertise :



## Le coût de la complexité organisationnelle : les bonnes idées doivent attendre

### Idée

### Action



La combinaison du VPO et du VPI permettrait de renforcer l'immunité dans les populations difficiles d'accès (recommandation du CSI datant de juillet 2011)

Combinaison du VPO et du VPI utilisée dans un camp de réfugiés au Kenya



La vaccination obligatoire avant le voyage permettrait de réduire le risque de propagation internationale (recommandation du CSI datant de novembre 2012)

L'OMS recommande la vaccination obligatoire avant le voyage

**CONCLUSIONS ET  
RECOMMANDATIONS**



## Évaluation du CSI : progrès accomplis par rapport au plan

	Afghanistan	Nigéria	Pakistan
<b>Transmission endémique</b>			
Arrêt avant fin 2014	Réalisation en bonne voie	Réalisation menacée	Réalisation fortement menacée
<b>Flambées</b>			
Arrêt dans un délai de six mois	Réalisation menacée		
Anticiper et prévenir	Réalisation menacée		
<b>Transmission à l'échelle mondiale</b>			
Arrêt avant fin 2014	Réalisation fortement menacée		

### Conclusions et recommandations

En 1988 (il y a 26 ans), chaque pays au monde s'est résolu à éradiquer la poliomyélite. La plupart sont parvenus à le faire avant l'an 2000. Au cours des 14 dernières années, nous avons été les témoins du lent processus d'éradication à l'échelle mondiale. Le « dernier % », une expression qui, il y a trois ans, était un cri de ralliement motivant pour finir le travail est désormais en proie aux critiques des cyniques incrédules. Chaque année de poliomyélite supplémentaire coûte des vies et de l'argent, démoralise, menace les dons à venir et empêche le domaine de la santé publique d'avancer. L'objectif d'interruption de la transmission de la poliomyélite à l'échelle mondiale a été manqué à plusieurs reprises. La date butoir de 2000 est passée, comme celle de 2004, puis celle de 2012.

La date butoir de fin 2014 approche à grands pas, et le Nigéria et le Pakistan risquent tous deux de ne pas réussir à interrompre la transmission à temps (le risque pour le Pakistan étant extrêmement élevé). Une ou plusieurs des actuelles flambées risquent fortement de se prolonger. Il existe un risque grave de ne pas parvenir à anticiper et prévenir une flambée ailleurs. Compte tenu de ces facteurs, l'analyse réfléchie du CSI conclut que le dernier objectif fixé par le plan stratégique qui consiste à interrompre la transmission d'ici la fin 2014 est gravement menacé.

L'Assemblée mondiale de la Santé a déclaré à juste titre que l'éradication de la poliomyélite constituait une urgence programmatique de dimension mondiale pour la santé publique. L'OMS a qualifié à juste titre la propagation de la poliomyélite d'urgence de santé publique d'importance internationale. Il y a toutes les raisons d'éradiquer la poliomyélite – rapidement. L'échec serait inexcusable. Nous ne devons pas permettre à ce dernier % de traîner plus longtemps. Le programme manque à ses engagements envers les enfants et les familles dans les régions les plus pauvres du monde. Ces promesses non tenues signifient que chaque enfant paralysé en 2015 sera manifestement abandonné, sa paralysie étant une catastrophe qui aurait pu être évitée.

Nous devons maintenant nous concentrer sur la réduction du nombre de ces catastrophes évitables – sur la garantie que le Nigéria va réussir en 2014 ; sur la reconstruction au Pakistan d'un programme pouvant aboutir peu de temps après ; et sur la prévention et la riposte cohérentes et vigoureuses aux flambées.

### **Ce rapport contient onze recommandations :**

- 1.** Nous recommandons la création d'un Centre d'opérations d'urgence au Pakistan, qui pourra s'appuyer sur les récentes expériences au Pakistan en matière de réponse aux catastrophes naturelles et autres expériences relatives à la riposte d'urgence à la poliomyélite. Les hauts fonctionnaires, les hauts représentants du gouvernement national, régional et local, les chefs religieux et les dirigeants militaires devraient jouer un rôle clé dans ce processus. Nous demandons instamment que ce nouvel organisme soit entièrement opérationnel d'ici le 1er juillet 2014.
- 2.** Nous recommandons aux dirigeants des principaux organismes partenaires de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite de rencontrer de toute urgence le Président et le Premier ministre du Pakistan pour les soutenir en tant que leaders essentiels du programme d'éradication de la poliomyélite au Pakistan, et leur offrir toute assistance éventuelle pour l'établissement d'un nouveau Centre d'opérations d'urgence en tant qu'organisme national fort, doté du pouvoir, des ressources et des capacités nécessaires pour mener une action transformatrice.
- 3.** Nous recommandons au Président du Nigéria de galvaniser l'action afin d'obtenir la promesse de tous les candidats au niveau national, local et des États à la prochaine élection, et des chefs traditionnels et religieux qu'ils protégeront le programme d'éradication de la poliomyélite contre les perturbations et la politisation, le rapportant à son rôle humanitaire qui consiste à sauver les vies des enfants nigériens.
- 4.** Nous recommandons au Conseil de surveillance de la poliomyélite de garantir, comme promis, la mise en place d'ici le 1er juillet 2014 du coordinateur des flambées en Afrique centrale, et la mise à disposition de celui-ci de ressources appropriées ; et de déterminer pourquoi la riposte du Programme en Afrique centrale a été bien plus faible que dans la Corne de l'Afrique ou au Moyen-Orient.
- 5.** Nous recommandons la création d'une équipe dédiée à l'échelle mondiale, qui se concentrerait sur la riposte aux flambées, sa première mission étant de renforcer considérablement les Procédures opérationnelles standard en matière de riposte aux flambées afin de garantir l'excellence continue des ripostes futures.
- 6.** Nous recommandons la création d'une équipe dédiée à l'échelle mondiale afin d'améliorer rapidement l'approche du Programme en matière de prévention des flambées dans les pays de la « Liste rouge » et au-delà. Les scénarios et les exercices devraient être un aspect clé de ses activités.
- 7.** Nous recommandons aux principaux partenaires de se réunir en personne en vue de convenir de la façon d'atteindre les trois objectifs d'amélioration qui permettront de gagner davantage la confiance des communautés, selon l'analyse de la mobilisation dans notre rapport.
- 8.** Nous recommandons à l'OMS de relâcher son emprise sur la formation des vaccinateurs et de leurs superviseurs, afin de permettre à l'UNICEF, au CDC et autres partenaires d'apporter leur contribution, en particulier s'agissant de renforcer les compétences de communication interpersonnelle des vaccinateurs.

9. Nous recommandons au Pakistan et au Nigéria de prendre des mesures urgentes afin d'homologuer des vaccins antipoliomyélitiques oraux supplémentaires pour les utiliser au cours des six prochains mois, en vue d'accroître la flexibilité de l'approvisionnement en vaccins à l'échelle mondiale.
10. Nous recommandons une réponse appropriée et ouverte aux inquiétudes et au malaise actuels concernant la transparence et la communication du budget d'éradication. Une discussion franche au Conseil de surveillance de la poliomyélite serait le meilleur moyen d'y parvenir.
11. En lien avec l'évaluation de la gestion en cours, nous recommandons au Conseil de surveillance de la poliomyélite de nommer un panel consultatif formé de quatre cadres et experts de la gestion aguerris, ayant l'expérience de la gestion et du conseil dans certaines des entreprises les plus complexes au monde. Ceux-ci se chargeront de façonner l'analyse et les recommandations des conseillers en gestion avant que le Conseil de surveillance de la poliomyélite ne les finalise.

