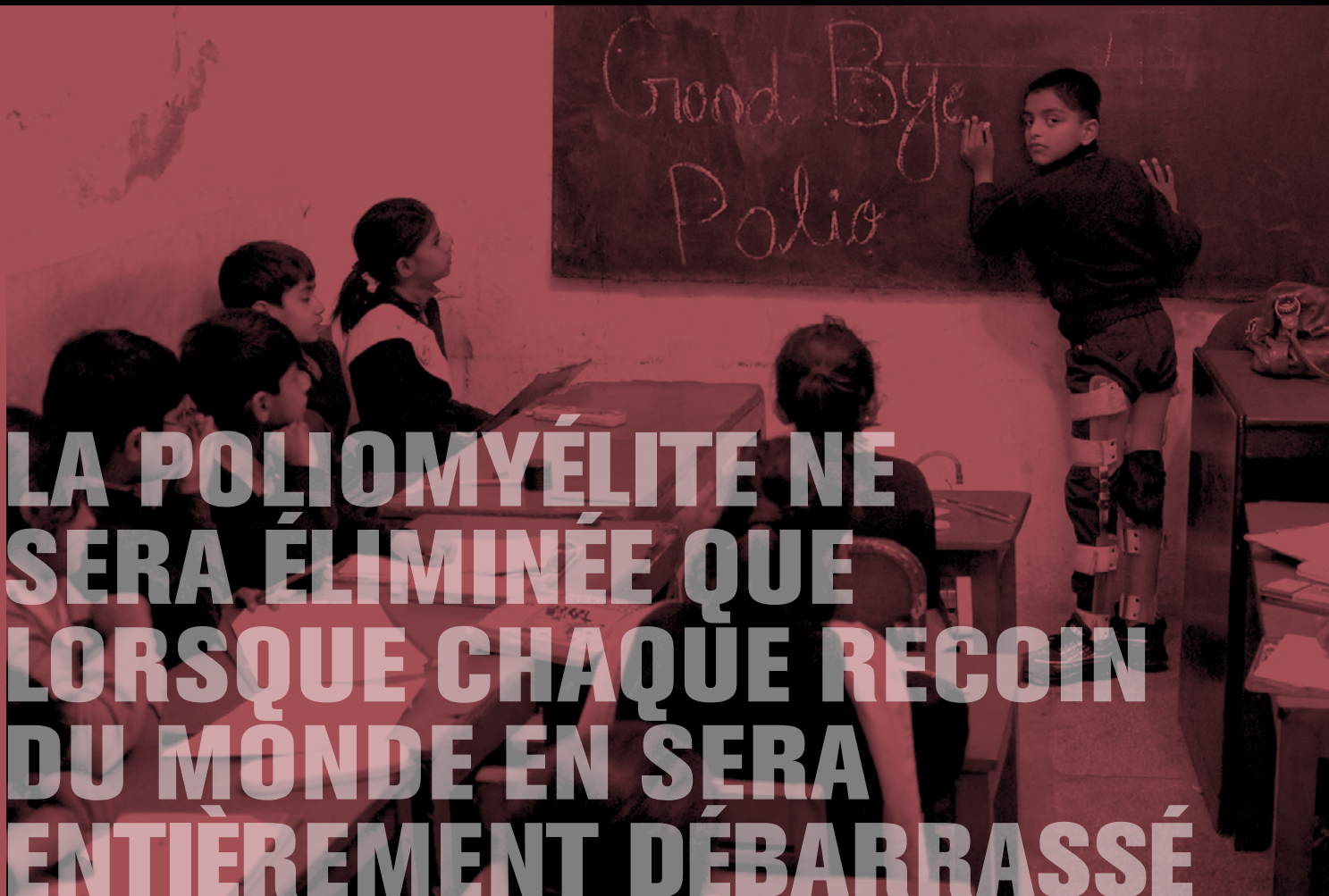


COMITÉ DE SUIVI
INDÉPENDANT
DE L'INITIATIVE
MONDIALE POUR

L'ÉRADICATION DE LA POLIOMYÉLITE



LA POLIOMYÉLITE NE
SERA ÉLIMINÉE QUE
LORSQUE CHAQUE RECOIN
DU MONDE EN SERA
ENTIÈREMENT DÉBARRASSÉ

13

13^{ÈME} RAPPORT : AOÛT 2016



COMITÉ DE SUIVI
INDÉPENDANT
DE L'INITIATIVE
MONDIALE POUR

L'ÉRADICATION DE LA POLIOMYÉLITE

CECI EST LE 13E RAPPORT DU COMITÉ DE SUIVI INDÉPENDANT (CSI) DE L'INITIATIVE MONDIALE POUR L'ÉRADICATION DE LA POLIOMYÉLITE (IMEP).

Il fait suite à la 14e réunion du Comité de suivi indépendant (CSI) de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP). Il paraît à un moment critique. En effet, il s'applique à évaluer les avancées dans le programme d'éradication de la poliomyélite six mois avant l'échéance annoncée par l'IMEP. La transmission du poliovirus devrait être interrompue partout dans le monde d'ici fin décembre 2016.

Remarque spéciale : depuis la réunion du CSI, deux cas impliquant le poliovirus sauvage ont été découverts dans l'État de Borno, au Nigéria. L'enquête et la riposte sont en cours.

Sir Liam Donaldson (Président)

Ancien Médecin-chef, 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, Université d'Emory

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 Arvind Singhal

Marston Endowed Professor of Communication University of Texas at El Paso

Professeur Michael Toole

Directeur adjoint, Burnet Institute, Melbourne

Secrétariat :

Dr Felix Greaves

Mme Alison Scott



LE CSI EXIGE DES PERFORMANCES OPTIMALES

Le CSI a publié son précédent rapport alors que le programme d'éradication de la poliomyélite dans les deux derniers pays d'endémie (Pakistan et Afghanistan) avait l'avantage d'entrer dans la dernière basse saison (avant l'échéance de l'IMEP) avec le nombre de cas de poliovirus le plus faible de toute l'histoire. Le dernier rapport du CSI était intitulé Performances optimales : la priorité du moment. Ce titre reflète l'analyse du CSI selon laquelle, malgré l'amélioration des performances, le programme d'éradication de la poliomyélite comportait encore de nombreux îlots de médiocrité (au sein des pays et de manière systématique à travers le programme) où une exécution sous-optimale signifiait que l'objectif d'interruption de transmission de la poliomyélite dans un avenir proche demeurait improbable.

DES PROGRÈS ENREGISTRÉS MAIS TOUJOURS PAS DE PERFORMANCES OPTIMALES

Depuis le dernier rapport du CSI, il y a eu d'autres améliorations très importantes :

- L'empreinte mondiale du poliovirus est la plus petite de toute l'histoire.
- Le continent africain ne compte toujours aucun pays d'endémie.
- Le programme d'éradication de la poliomyélite au Pakistan enregistre des performances élevées dans l'ensemble et occupe désormais une position bien différente d'il y a trois ans.
- La mise en place d'un Centre d'opérations d'urgence et des changements de personnel au sein de l'IMEP en Afghanistan ont conduit à une forte hausse du niveau de performance.
- Davantage de travailleuses de santé font la différence, allant à la rencontre de mères qui n'avaient jamais été atteintes auparavant.

- Au sein de l'IMEP, la qualité des relations de travail, l'efficacité des structures de gouvernance et la gestion des grands changements stratégiques se sont grandement améliorées.

Toutefois, pour le CSI, cela ne fait aucun doute que le programme d'éradication de la poliomyélite n'a pas encore obtenu de performances optimales, et cela est décevant. À six mois de l'échéance, il doit y parvenir pour atteindre l'objectif d'interruption de la transmission de la poliomyélite avant la fin de l'année 2016. Depuis la parution du précédent rapport du CSI, ce défi s'est compliqué. Ce n'est plus la basse saison au Pakistan et en Afghanistan et la haute saison guette le programme dans ces deux pays. Le type de vaccin antipoliomyélique oral utilisé dans les campagnes de vaccination a fait l'objet d'un changement stratégique mondial planifié, ce qui a engendré un risque accru de flambées des poliovirus dérivés de souches vaccinales (qui peuvent aussi provoquer une paralysie). Le monde subit une pénurie de vaccin contre la poliomyélite inactivé (VPI) administré par injection. Ce vaccin devrait remplir un rôle adjuvant essentiel pour stimuler l'immunité des enfants, en particulier dans les communautés où l'accès est intermittent. Mais il n'est pas disponible en quantités suffisantes.





LES RÉSERVOIRS DU PAKISTAN ET DE L'AFGHANISTAN

Six mois avant l'interruption de la transmission du poliovirus, l'Inde et le Nigéria (à l'époque, des pays d'endémie) comptaient encore deux réservoirs clés chacun. En juillet 2016, les deux derniers pays d'endémie étaient également à six mois de l'échéance de l'IMEP. Au contraire de l'Inde et du Nigéria, le Pakistan compte encore quatre réservoirs clés, à savoir le Khyber Pakhtunkhwa, les zones tribales sous administration fédérale (FATA), la province de Sindh et le Baloutchistan. Il en est de même pour l'Afghanistan avec les provinces de Nangarhâr, de Kounar, de Helmand et de Kandahar. Le fait que les programmes dans ces deux pays ne soient pas encore parvenus à réduire le nombre de réservoirs à quelques mois seulement de l'échéance n'est pas bon signe. Le temps presse.

En réalité, les réservoirs dans ces deux pays sont très étroitement imbriqués. On constate l'existence de trois « mégaréservoirs » : le couloir Khyber-Peshawar et le Grand Nangarhâr ; le bloc de Quetta et le Grand Kandahar ; et Karachi. Traditionnellement, le poliovirus a été un passager dans les mouvements de population entre les frontières qui séparent le Pakistan et l'Afghanistan, et s'est déplacé en toute liberté depuis et vers ces grands réservoirs

d'infection. Et cela continue. Certains de ces mouvements de population sont bien établis et prévisibles. Certains se produisent en réponse à des conflits ou à des allégeances politiques changeantes. Certains sont cachés. Le poliovirus survit car les enfants au sein de ces populations ne sont pas correctement vaccinés.

Il est important de vacciner les enfants aux postes frontaliers. Mais il est aussi primordial de les atteindre dans leurs communautés, que leur lieu de résidence soit provisoire ou semi-permanent. Il est surtout vital de comprendre pourquoi certains enfants échappent à la vaccination et de combler les lacunes une bonne fois pour toutes.

Les gouvernements au Pakistan et en Afghanistan, et leurs équipes techniques, collaborent, notamment dans leur approche des zones frontalières et des régions intérieures entre leurs pays. Cependant, alors que l'IMEP et le CSI considèrent le Pakistan et l'Afghanistan comme un seul « bloc épidémiologique » et s'intéressent à la manière dont les réservoirs dans les deux pays se rejoignent, une approche fondée sur un programme transparent leur fait cruellement défaut lors de la planification des campagnes de vaccination, de la surveillance et de la mobilisation sociale. Ils ont besoin d'une aide neutre sur le plan politique pour évoluer vers une meilleure collaboration.





Le travail que les deux gouvernements et le personnel de l'IMEP dans le pays ont accompli depuis le dernier rapport du CSI est très positif à bien des égards. Par exemple, le programme au Pakistan a enregistré de bien meilleures performances, avec des indicateurs de performance clés ayant connu une évolution impressionnante :

- les 13 poliovirus sauvages détectés jusqu'au mois de juillet 2016 représentent une baisse de 59 % par rapport à la même période en 2015
- 10 % d'échantillons environnementaux étaient testés positifs pour le poliovirus durant la première moitié de 2016, contre 20 % pour la même période l'année passée
- la diversité génétique des virus a diminué
- la qualité des campagnes mesurée à l'aide d'un suivi indépendant s'est maintenue au-dessus du niveau cible de 90 %
- le nombre de paralysies flasques aiguës (PFA) chez des enfants n'ayant reçu aucune dose de vaccin antipoliomyélitique (un indice de surveillance clé) a continué de chuter (2 % en 2016 comparés à 24 % en 2014)
- la proportion d'enfants échappant à la vaccination a chuté, d'un niveau dépassant constamment les 10 % en 2014 à moins de 4 % en 2016

- le travail entrepris par l'armée pakistanaise et les campagnes plus axées sur la communauté ont permis d'améliorer la sécurité entourant l'exécution du programme

Depuis le dernier rapport du CSI, le programme d'éradication de la poliomyélite au Pakistan a vu ses performances s'améliorer, notamment :

- la création d'un Centre d'opérations d'urgence a permis d'améliorer grandement la gestion et la coordination ; le partenariat entre l'OMS et l'UNICEF s'est renforcé et ces deux organismes travaillent en étroite collaboration avec l'équipe du gouvernement afghan
- la circulation du poliovirus se limite à une très petite zone géographique
- aucun poliovirus sauvage n'a été détecté dans un échantillon environnemental depuis janvier 2016
- la qualité des campagnes de vaccination dans certains districts à très haut risque s'est améliorée
- sur la base d'un examen des mesures de signalement des cas de paralysie flasque aiguë (PFA), le Groupe Consultatif Technique est arrivé en juillet 2016 à la conclusion suivante : « Il est peu probable que la circulation de virus sauvages et dérivés de souches vaccinales passe inaperçue. »





Dans ce contexte marqué par un renforcement des programmes d'éradication de la poliomyélite des deux pays, d'importantes faiblesses menacent l'initiative tout entière. Ils ont cruellement besoin de solutions définitives et d'une action tangible, mises en œuvre avec rapidité et dynamisme.

Au Pakistan, les dirigeants politiques au nord du Sindh ne sont pas totalement mobilisés et en phase avec l'urgence de la situation. C'est pourquoi de nombreux observateurs estiment que cela pourrait être le dernier endroit au monde où le poliovirus sera présent.

Le poliovirus continue d'échapper au programme d'éradication de la poliomyélite dans la ville de Karachi au Pakistan. Il a démarré avec lenteur au début de la basse saison et un groupe important de familles refusant obstinément de se faire vacciner demeure. Le programme à Karachi doit adopter les pratiques d'excellence programmatique qui ont permis d'éliminer le poliovirus ailleurs. Des remaniements aux postes de direction essentiels ont engendré des difficultés supplémentaires non nécessaires, un vide à ces postes vitaux et une main tendue vers le poliovirus.

La situation sécuritaire en Afghanistan ne s'est pas améliorée et a empiré dans certaines régions. Le nombre d'enfants inaccessibles à l'est du pays a augmenté, pour passer de 26 000 en mars 2016 à 130 000 en mai 2016. Dans cette région, la confiance pose problème.

Les équipes de vaccination rapportent que la plus forte proportion d'enfants échappe à la vaccination pour des « raisons inconnues ». Cet aspect du programme en Afghanistan est loin d'être une nouveauté. Fournir cette explication serait inacceptable dans le programme des autres pays, car cela est un marqueur d'une gestion, d'une supervision et d'une direction d'équipe médiocres.

Au sud du pays, la proportion d'enfants échappant à la vaccination n'a quasiment pas changé en deux ans. Le pourcentage de refus continue d'être le plus élevé de tous les pays affectés par la poliomyélite et cette situation reste inchangée depuis quatre ans. Pire encore, le nombre

d'enfants échappant à la vaccination simplement parce que les équipes ne leur ont pas rendu visite demeure trop élevé, en particulier dans la province de Kandahar, et est bien supérieur comparé aux zones environnantes.

Le nombre d'enfants échappant à la vaccination en Afghanistan n'est tout simplement pas ce que l'on attend d'un pays d'endémie. C'est là un problème considérable auquel l'IMEP ne s'attaque pas comme il le devrait.

Au sud du pays, le refus des parents d'administrer le vaccin antipoliomyélique oral à leurs enfants lorsque les vaccinateurs arrivent est essentiellement dû au fait que l'enfant est un nouveau-né, qu'il est malade ou qu'il dort. Bien que cela soit classé comme un refus à des fins de suivi des données dans tous les pays affectés par la poliomyélite, c'est le principal motif de refus dans cette région de l'Afghanistan. Au sein du programme d'éradication de la poliomyélite en Afghanistan, cet indice de mauvaise performance est évident depuis des années, et il est décevant de constater qu'il n'a pas incité à la planification de mesures visant à changer la situation. De même, « Enfants non disponibles » est la principale raison consignée par les équipes de vaccination pour les enfants échappant à la vaccination. Atteindre plus d'enfants échappant à la vaccination nécessite une stratégie distincte dans les marchés, les écoles et les zones où transitent les enfants.





Les programmes ayant réussi ailleurs ont fait usage d'outils modernes de mobilisation sociale. Ils ont ciblé de manière fondamentale le profil des mobilisateurs sociaux et des vaccinateurs pour apporter un changement et réduire le niveau des refus et le nombre d'enfants échappant à la vaccination. Le fait que le programme d'éradication de la poliomyélite en Afghanistan continue de dépendre de vaccinateurs hommes n'étant pas issus des communautés locales suggère une incapacité à comprendre les raisons des mauvaises performances. Tout au moins, le processus de sélection des vaccinateurs hommes doit s'appliquer à les assortir très précisément à la composition culturelle et religieuse des communautés dans lesquelles ils opèrent. Toutefois, le vrai besoin est de faire davantage appel aux travailleuses de santé, et ce de toute urgence. La proportion de vaccinatrices et de mobilisatrices sociales en Afghanistan atteint seulement 12 %. Les performances améliorées enregistrées par le programme au Pakistan laissent clairement entrevoir les avantages potentiels de la participation des femmes. Résoudre les problèmes de performance épineux est une fonction clé des dirigeants de l'IMEP, en particulier lorsque des solutions ont été trouvées ailleurs au sein du programme. Le CSI demande à l'IMEP de remédier à ce problème de toute urgence.

Une grande partie de l'exécution du programme en Afghanistan se fait sur une base contractuelle, par le biais d'un programme sanitaire primaire basique dans le cadre duquel des regroupements d'ONG (organisations non gouvernementales) assurent la prestation des services de santé. La vaccination contre la poliomyélite n'a pas été un élément clé du contrat et a été traitée en tant qu'élément complémentaire.

L'objectif majeur est de maintenir la neutralité politique du programme et de trouver un accord pour la libre circulation des équipes de vaccination pour des raisons humanitaires.

En réalité, les ONG ne sont pas en mesure de pénétrer bien au-delà des zones desservies par les établissements de soins existants. Les performances de la vaccination systématique ne sont plus optimales depuis quelque temps déjà, et ce même dans les zones où la sécurité n'est pas compromise. Ces problèmes affectent aussi les activités en lien avec la poliomyélite.

Il est urgent de renforcer le contrat à l'aide des dispositions régissant la responsabilité et la gestion des performances pour la palette des services offerts par les ONG (notamment la planification, l'exécution et la supervision des campagnes de vaccination). De même, il convient de renforcer la transparence. Le Fonds humanitaire commun (CHF) a dépensé 37,9 millions de dollars en Afghanistan en 2015 dans une vaste gamme de projets, notamment des projets portant sur la santé. Il attache une grande importance à l'optimisation des ressources et à la surveillance rigoureuse des performances, et est très ouvert sur ce point. En revanche, le programme d'éradication de la poliomyélite n'observe pas les mêmes normes. Par exemple, l'accessibilité dans certaines régions d'Afghanistan manque de transparence. Les provinces de Paktika, Khost, Ghazni (au sud et à l'est du pays) et de Farâh (à l'ouest) sont censées être accessibles. Cependant, à notre connaissance, les sources du CSI sur le terrain sont d'avis que certaines populations faiblement immunisées ne sont pas détectées.

Le CSI s'inquiète du fait que l'IMEP n'a pas de politique claire concernant le niveau de performance visé en Afghanistan. Il semble qu'on ait encore tendance à utiliser le prétexte de la population dispersée et des conditions climatiques lorsque sont soulevées des questions gênantes concernant les zones enregistrant constamment de mauvaises performances au sein du programme d'éradication de la poliomyélite en Afghanistan. Le point de vue du CSI est clair : une approche « passable » est inacceptable en Afghanistan.





RÉSILIENCE DU PROGRAMME D'ÉRADICATION DE LA POLIOMYÉLITE AU NIGÉRIA

Le Nigéria est exempt de poliomyélite. C'est une grande réussite. Toutefois, le programme du Nigéria affiche d'inquiétants signes d'essoufflement et n'a pas entièrement adopté l'approche de la résilience. Un poliovirus dérivé d'une souche vaccinale a été détecté dans l'État de Borno, au nord du pays. Il y circulait incognito depuis près de deux ans. Moins de la moitié des aidants dans l'État de Borno considèrent nécessaire d'administrer les gouttes de vaccin à leurs enfants « à chaque fois ». Dans le seul État de Borno, 500 000 enfants échappent encore à la vaccination en raison de l'insécurité. Cela devrait faire frissonner toute personne au Nigéria qui pensait « nous y sommes presque ».

La mobilisation politique s'étirole. Dans les États à haut risque, les performances au regard des indices des engagements d'Abuja ont systématiquement baissé. En termes de financement, la situation empire, en particulier au niveau local. Malgré l'engagement personnel du président, des réalisations concrètes sont nécessaires. Par exemple, en juillet 2016, l'équipe spéciale présidentielle ne s'était pas encore réunie cette année.

Bien que les performances programmatiques semblent raisonnables au niveau national, cette vue d'ensemble cache de mauvaises performances au niveau local. Le pourcentage de cas de paralysie flasque aiguë (PFA) vérifiés est trop faible dans les États de Gombe, de Jigawa et de Zamfara. Les scores de qualité des campagnes dans certaines parties des États de Katsina et de Kaduna sont inférieurs à 80 %. C'est là un signe supplémentaire que la philosophie de résilience (« renforcer les défenses ») n'a pas encore imprégné le programme du Nigéria.

Un véritable esprit de résilience favorise des performances élevées — surveillance systématique et sans relâche, recherche inlassable des enfants échappant à la vaccination et direction résolument forte — à partir du dernier cas présumé jusqu'à la certification de l'éradication. En effet, avec un si faible niveau de résilience, il n'y a aucune certitude que le remarquable succès du programme du Nigéria pour interrompre la transmission de la poliomyélite durera jusqu'à ce que la certification soit assurée.





RENFORCER LA SURVEILLANCE EST UNE NÉCESSITÉ

Tandis que le nombre de cas de poliovirus sauvage est en baisse, la nécessité d'une surveillance forte n'a jamais été aussi pressante.

Historiquement, le programme d'éradication de la poliomyélite a toujours comporté deux éléments clés : la surveillance et les campagnes de vaccination. Les deux sont vitales. Cependant, la surveillance est trop souvent le parent pauvre car elle est considérée comme acquise et manque de ressources. Dans les pays d'endémie comme dans les régions à haut risque, elle est trop souvent une préoccupation de second plan comparé aux campagnes de vaccination sur le terrain.

Il convient de bien réfléchir à l'affectation en ressources et aux mesures incitatives appropriées pour la surveillance dans les pays d'endémie. Au Pakistan, dans la plupart des provinces, peu d'employés à temps plein se consacrent à la surveillance et cette activité se voit affecter une fraction seulement de l'argent consacré aux activités de vaccination. En outre, des besoins de formation basiques au sein des

hôpitaux dans les réservoirs clés doivent être satisfaits si l'on veut que les personnes signalent les cas de poliomyélite potentiels. Bon nombre de médecins, d'infirmières et autres travailleurs de santé ont depuis longtemps oublié leur rôle essentiel dans l'identification et le signalement des cas de paralysie flasque aiguë (PFA).

La surveillance environnementale est aussi un élément essentiel. Tandis que le virus est repoussé dans les zones inaccessibles, le programme doit aussi réfléchir à la manière de prélever de façon créative des échantillons environnementaux, là où les cas peuvent se déclarer dans les zones ne comportant pas de systèmes d'assainissement. Est-il juste qu'il n'y ait pas de surveillance environnementale dans les zones tribales sous administration fédérale (un réservoir clé) ?

À plus grande échelle, il existe aussi un risque que les performances de surveillance qui semblent satisfaisantes au niveau national cachent de mauvaises performances au niveau inférieur. Cela ne suffit pas. À l'heure actuelle, il existe d'importantes lacunes dans les pays à haut risque qui doivent être comblées, notamment au Soudan du Sud, au Mali, au Niger et en République démocratique du Congo.





LE POUVOIR DES DONNÉES SOCIALES

Depuis sa création, le CSI a mis l'accent sur l'importance des données sociales pour améliorer les performances du programme d'éradication de la poliomyélite. Au début, certaines personnes au sein de l'IMEP n'en tenaient pas compte. Le programme d'éradication de la poliomyélite a pour origine un programme de contrôle d'une maladie transmissible et cela demeure une composante essentielle de son fonctionnement. Il lui a fallu du temps pour apprécier pleinement le fait que, pour réussir, il doit aussi être un programme de changement.

L'IMEP a développé au fil du temps la base de données la plus détaillée et la plus complète de tout programme de santé publique jamais créé. Des données épidémiologiques, scientifiques, techniques, biologiques, comportementales et attitudinales figurent parmi la riche mosaïque de données désormais détenues.

Pour éclairer bon nombre de ses décisions, que ce soit au niveau mondial, national ou local, le programme d'éradication de la poliomyélite s'appuie sur la sélection des bonnes informations.

On peut aussi classer les données dans trois grandes catégories : les données indiquant *quoi* ; les données expliquant *comment* ; et les données expliquant *pourquoi*. À titre d'exemple, dans

une région où les niveaux d'immunité sont faibles, il importerait de connaître le nombre de refus (quoi), les motifs de refus consignés par l'équipe de vaccination, comme par exemple le fait que l'enfant soit en train de dormir (comment), mais aussi d'identifier la cause profonde conduisant au rejet de cette opportunité, par exemple un manque de confiance envers les vaccinateurs (pourquoi). La compréhension de ces points requiert des données qualitatives et ethnographiques. C'est en agissant sur les informations fournies par les données expliquant le *Pourquoi* ? qu'on parvient bien souvent à transformer les performances.

Le fait que le programme d'éradication de la poliomyélite considère trop souvent que les données sociales sont l'affaire de l'UNICEF et des mobilisateurs sociaux et non pas l'affaire de tous, demeure une source de déception pour le CSI.

Pour preuve, lorsqu'on a donné suite aux conclusions issues des données sociales, la poliomyélite a disparu, mais là où les indicateurs sociaux sont faibles la poliomyélite se répand.

Dans les réservoirs du virus, la stagnation générale engendrée par les enfants échappant à la vaccination et les raisons expliquant cet état de fait montrent combien il importe d'utiliser et d'exploiter les données au niveau local. Une nouvelle plateforme de données sophistiquée a été créée pour les Centres d'opérations d'urgence et les partenaires doivent en faire plein usage.





IMPLICATIONS DU POLIOVIRUS DÉRIVÉ D'UNE SOUCHE VACCINALE

Depuis que le CSI est chargé de surveiller le programme d'éradication de la poliomyélite, la direction de l'IMEP a la plupart du temps affirmé que les efforts devaient se concentrer principalement sur les pays d'endémie et que les réservoirs plus petits de transmission du poliovirus seraient éradiqués dans leur sillage. Le CSI ne partage pas cette philosophie et a mis en garde contre certains dangers. Des mesures correctives chronophages et coûteuses ont été nécessaires pour faire face aux importantes flambées au Moyen-Orient et en Afrique en 2013 et 2014.

Actuellement, tandis que le programme s'efforce d'interrompre la transmission de la poliomyélite dans les deux pays d'endémie restants, on ne peut affirmer avec certitude que la fin de la transmission à travers le monde suivra rapidement. Cela s'explique en partie par l'émergence des poliovirus dérivés de souches vaccinales dans de nombreux endroits. Ces virus sont comme des lances qui transpercent les défenses contre la poliomyélite à travers le monde. Cela est d'autant plus grave lorsque ces virus déclenchent leurs propres chaînes de transmission. Toute utilisation du vaccin antipoliomyélique oral conduit à la transmission du virus dérivé d'une souche vaccinale aux personnes à proximité. Si celles-ci sont immunisées, la circulation du virus est alors très limitée. Toutefois, avec des personnes plus vulnérables, le virus peut se reproduire et donner naissance à un poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale capable de provoquer la paralysie. La simple découverte d'un tel poliovirus (sans preuve d'une transmission) doit être prise au sérieux.

Depuis avril 2016, on procède au remplacement majeur programmé du vaccin antipoliomyélique oral. Ce remplacement à l'échelle mondiale consistait à passer du vaccin trivalent (qui protège contre les types de poliovirus 1, 2 et 3) au vaccin bivalent (qui protège contre les types de poliovirus 1 et 3). La mise en œuvre de ce projet est maintenant terminée.

Étant donné que l'objectif de ce remplacement était de soutenir l'élimination du poliovirus sauvage de type 2, la réapparition de ce type de virus où que ce soit constituerait une urgence de santé publique internationale. En 2015 et 2016, il y a eu 18 « découvertes » du poliovirus de type 2 dérivé d'une souche vaccinale. À l'exception des deux pays d'endémie actuels et du Nigéria qui en fait récemment partie, ces virus ont été détectés en Inde (6 fois), en Chine, au Niger, en Égypte, au Sénégal, en Syrie, au Kenya et en République démocratique du Congo. Ils ont été pour la plupart détectés dans des échantillons environnementaux, mais en RDC et en Syrie, ils étaient associés à des cas de paralysie flasque aiguë (PFA). Cependant, ces virus ne semblaient pas circuler.

Au cours des 14 derniers mois, un poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale a été détecté dans cinq pays : l'Ukraine, Madagascar, le Laos (poliovirus de type 1 dans ces pays) et la Birmanie, la Guinée et le Nigéria (poliovirus de type 2). Dans le cas de la flambée dans l'État de Borno au Nigéria (dont il est fait mention auparavant), la voie de transmission précise n'est pas claire et la région du Lac Tchad est source d'inquiétude. Au moment où se réunissait le CSI, les foyers en Guinée, à Madagascar, au Laos et en Birmanie n'étaient toujours pas étouffés. Chaque flambée doit être considérée comme une urgence de même importance qu'une flambée du poliovirus sauvage. D'ailleurs, suite à une recommandation antérieure du CSI, le comité qui statue sur l'application du Règlement sanitaire international a adopté cette approche.

Les flambées de poliovirus dérivé d'une souche vaccinale ont plus de risques de se produire là où les populations sont mal desservies et marginalisées, où la vaccination systématique est faible et où les systèmes de santé font défaut. À ces facteurs viennent s'ajouter les circonstances particulières des pays affectés par la récente épidémie de fièvre Ebola. La Guinée en fait partie. Les flambées dans les pays dont les systèmes de santé sont fracturés, comme la Guinée qui se remet tout juste de l'épidémie de fièvre Ebola, démontrent la complexité du travail à accomplir. Tout comme le pays doit se mobiliser pour relever le défi, le partenariat doit



comprendre et soutenir ces besoins. Une riposte faible est à la fois l'échec du pays et l'échec des partenaires de l'IMEP.

Le programme d'éradication de la poliomyélite dispose d'un protocole et de procédures robustes, ainsi que de calendriers et de normes clairs pour réagir en urgence à de telles flambées. Le CSI considère que la riposte lente, en particulier en Guinée et à Madagascar, est alarmante. Si c'est là ce que l'on doit attendre en cas de flambée future, le poliovirus reprendra à nouveau le dessus.

Il est effrayant de penser que de nombreux pays ont perdu la mémoire institutionnelle s'agissant de savoir comment faire face à la poliomyélite. Ils sont peut-être trop « vieux jeu » et n'utilisent pas les techniques modernes telles que la microplanification, les données sociales et la surveillance indépendante, des outils devenus monnaie courante pour l'IMEP. De même, l'infrastructure nécessaire à la riposte fait défaut à de nombreux pays. Bon nombre d'entre eux ne disposent pas de personnel formé ou d'une chaîne du froid basique pour l'approvisionnement en vaccin.

L'IMEP doit procéder à une évaluation honnête de son propre niveau de préparation et de celui des pays. Il doit simplifier les aspects vitaux du processus, tels que la délivrance de visas pour les équipes spécialisées externes et la conclusion d'accords entre les sièges des partenaires et leurs bureaux régionaux.

Le fait que la communication concernant le bien-fondé du remplacement du vaccin antipoliomyélique oral n'a peut-être pas été suffisante pour atteindre l'ensemble du personnel concerné dans les pays inquiète tout particulièrement le CSI. Il se demande surtout si les partenaires de l'IMEP sont bien sûrs que le personnel sur le terrain, soucieux de ne pas gaspiller les stocks de vaccin antipoliomyélique oral trivalent, ne l'utiliserait pas jusqu'à épuisement.

La décision de déployer le vaccin antipoliomyélique oral monovalent de type 2 constitue un nouvel élément clé de la gestion des flambées. Des stocks spéciaux de ce vaccin sont conservés et c'est le Directeur général de l'OMS, sur le conseil d'experts, qui décide de mettre le vaccin en circulation.





L'IMEP a mené une analyse stratégique suite au remplacement du vaccin antipoliomyélitique oral qui a eu lieu en début d'année. Ce remplacement constitue un accomplissement logistique considérable. L'IMEP estime que le risque de découvertes et de flambées du poliovirus de type 2 dérivé d'une souche vaccinale sera particulièrement élevé au cours de l'année à venir. Après cela, il devrait y avoir moins de flambées. Toutefois, lorsqu'elles auront lieu, elles seront probablement plus importantes, avec une transmission étendue, et seront plus difficiles à gérer. La direction de l'IMEP doit continuer de développer cette analyse et cette planification stratégiques.

Le pire scénario à venir serait une flambée si vaste, étendue et complexe qu'il faudrait annuler le remplacement du vaccin antipoliomyélitique oral.

RÉGIONS VULNÉRABLES : RÉTABLISSEMENT DE LA LISTE ROUGE

Le programme d'éradication de la poliomyélite entre en terrain inconnu. La promesse de l'IMEP d'interrompre la transmission de la poliomyélite partout dans le monde d'ici la fin de l'année 2016 est à six mois seulement de son échéance. Personne ne sait vraiment ce qu'il faudra pour éliminer chaque dernier vestige de la maladie sur terre. Il existe de nombreuses zones de faible immunité au sein de certaines des populations les plus marginalisées du monde, et l'utilisation continue du vaccin oral peut conduire à la libération du virus qui provoque la paralysie. Le seul équivalent moderne est le programme d'éradication de la variole : une maladie différente, une époque différente.

Ensemble, une surveillance inefficace, un risque accru de poliovirus dérivé d'une souche vaccinale et une vaccination systématique aux performances variables constituent un mélange potentiellement dangereux pour le programme. Et on retrouve ce mélange dans de nombreux endroits à travers le monde. Dans un précédent rapport, le CSI encourageait l'IMEP à dresser une liste publique des pays vulnérables et de la baptiser Liste rouge. L'IMEP a accepté et tenu une telle liste à jour pendant une brève période, mais cela n'a pas duré et le concept a ainsi perdu de sa force et de sa transparence.

Le CSI estime que le concept de *Liste rouge* devrait être rétabli. Le programme d'éradication de la poliomyélite ne doit pas attendre que l'inévitable se produise. Il doit préconiser l'exécution d'activités de vaccination préventive beaucoup plus nombreuses, à la fois par le biais de la vaccination systématique et les campagnes de vaccination par le VPI et le VPO, et ne pas se contenter de les mettre en place lorsqu'apparaît le poliovirus.

CRÉATION D'UNE MACHINE EFFICACE POUR L'ÉRADICATION DE LA POLIOMYÉLITE

Dans plusieurs rapports parus au cours des cinq dernières années, le CSI a rappelé au programme d'éradication de la poliomyélite, douloureusement parfois, les choses qu'il ne faisait pas correctement et celles qu'il devrait faire. En conséquence, le programme est bien différent de celui que le CSI a connu lorsqu'il a commencé ses travaux. Désormais, la responsabilité d'éradiquer la poliomyélite incombe plus largement aux pays. On insiste bien plus sur la gestion et la qualité de la direction, cela s'accompagnant d'une plus grande intolérance vis-à-vis des performances médiocres. Un plus fort accent est mis non seulement sur l'engagement politique mais aussi sur la responsabilité et l'alignement de la volonté politique aux niveaux national, régional et local. La défense par le CSI des facteurs humains et de l'utilisation des données sociales porte ses fruits, qu'il s'agisse d'évaluer et de former les vaccinateurs, de vraiment comprendre pourquoi les parents évitent de faire vacciner leurs enfants ou de responsabiliser les femmes en tant que travailleuses de santé dans leurs communautés. Cependant, comme nous l'avons expliqué, le programme d'éradication de la poliomyélite paie le prix fort pour ne pas avoir prêté attention à ce que disent les données sociales dans certaines régions clés.

Depuis la création du CSI, on est passé d'un programme étant parvenu à réduire la charge de morbidité de la poliomyélite de 99 % à un programme qui, depuis dix ans, n'a pas avancé sur le dernier 1 %. À présent, avec la plus petite empreinte de poliomyélite de toute l'histoire, le programme a une chance unique d'écrire l'histoire.



Une chose est sûre : la poliomyélite ne sera éliminée que lorsque chaque recoin du monde en sera entièrement débarrassé. La difficulté pour le programme est désormais de travailler sans relâche dans les zones de plus petite taille où le virus est encore présent, où les enfants échappent à plusieurs reprises à la vaccination, où les niveaux d'immunité sont faibles et où la surveillance est médiocre.

C'est en reliant les connaissances granulaires approfondies de ces petites zones, de leurs populations, de leurs environnements et de leurs solutions stratégiques que le programme d'éradication de la poliomyélite triomphera.

La situation dans une région d'Afghanistan et une région du Pakistan ne saurait mieux illustrer l'extrême importance de l'alignement de cette granularité locale sur des solutions stratégiques définitives.

On a dénombré six poliovirus sauvages en Afghanistan en 2016. Quatre d'entre eux provenaient du district de Shigal dans la province de Kunar, dans une zone comptant 1 000 habitants pour une superficie de 1,5 km². Cette zone se trouve à la frontière pakistanaise et des preuves génétiques suggèrent que cette transmission provient du Pakistan. Le fait que la transmission continue se limite à cette petite zone suggère une immunité relativement élevée de la population dans les zones environnantes.

Au cours des quatre dernières années, la zone est restée totalement inaccessible aux campagnes de vaccination, en raison d'une forte hostilité envers le gouvernement.

On peut réfléchir à cette situation de la manière suivante. En 2016, l'IMEP promet de libérer 7 milliards de personnes à travers les 193 pays du monde du fléau de la poliomyélite paralytique. Cependant, durant cette même année, 20 % des cas de poliomyélite au monde sont survenus au sein d'une population de 1 000 personnes à l'est de l'Afghanistan. En outre, le programme d'éradication de la poliomyélite, dont le budget annuel s'élève à 1 milliard de dollars, n'a pu atteindre au cours des quatre dernières années les enfants au sein de cette population afin de les vacciner.





Le second exemple fait référence à une flambée à Bannu. Cette région se situe au sud de la province pakistanaise du Khyber Pakhtunkhwa (KP). Trois cas de poliomyélite y ont été signalés cette année, dont un cas avec apparition de la paralysie en mars 2016 et deux cas avec apparition de la paralysie en avril 2016. Le premier cas était génétiquement lié à la circulation d'un poliovirus sauvage à Gadap Town, un quartier de Karachi, et les deux autres cas étaient liés à une transmission virale dans le bloc Nangarhâr-Grand Peshawar. Trois cas de poliomyélite en très peu de temps, représentant plusieurs lignées génétiques, témoignent des importantes lacunes en matière d'immunité dans ce district. En outre, deux des trois cas à Bannu avaient seulement reçu une dose de vaccin antipoliomyélitique oral.

L'enquête qui a fait suite a mis en lumière plusieurs facteurs de causalité : performances inégales des activités de vaccination dans certains sous-districts ; groupes de familles refusant la vaccination dans certains sous-districts et suggestions que certaines familles ont refusées en silence plutôt qu'ouvertement (peut-être par peur) ; et faible couverture vaccinale systématique en raison de problèmes de gestion.

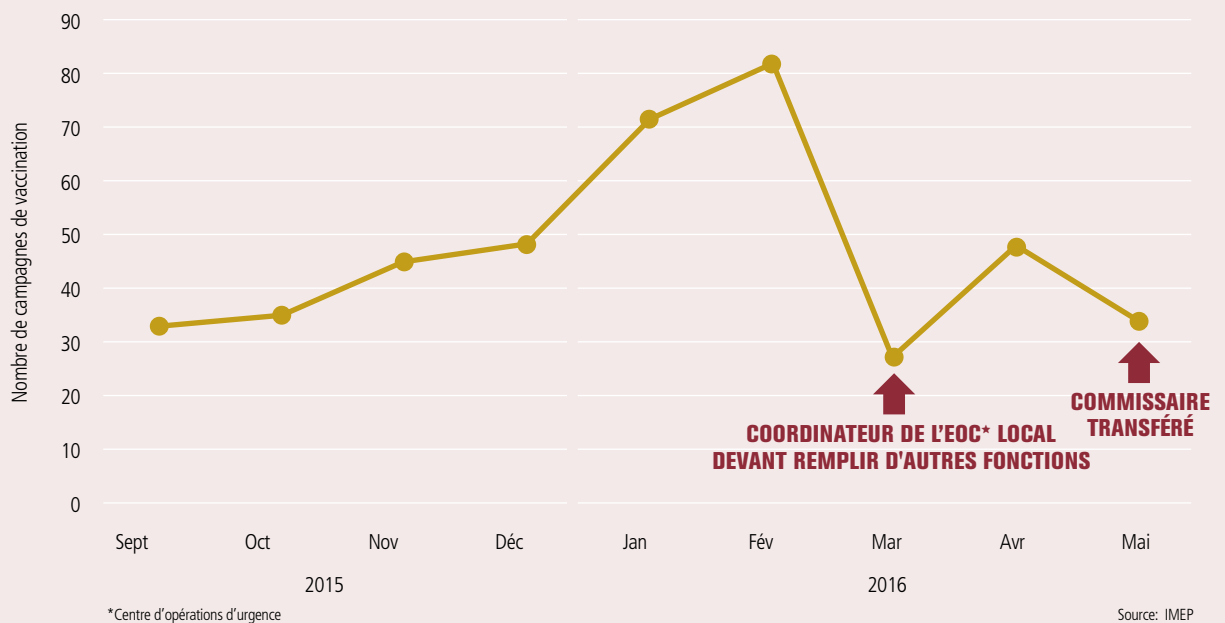
La flambée à Bannu était inattendue et a été bien gérée. Cependant, cela soulève une importante question pour le programme : Pourquoi n'a-t-on pas remarqué cette faiblesse ? Combien de situations semblables à Bannu y a-t-il ? Dans combien d'endroits les performances semblent-elles bonnes mais ne le sont pas réellement ? Dans combien d'endroits les données sont-elles « trop belles pour être vraies » ? Le système de collecte de renseignements non confirmés, et leur réelle prise en compte, est-il réellement en place ?



NORD DU SINDH - QUALITÉ DES CAMPAGNES DE VACCINATION INFÉRIEURE À CELLE DES RÉGIONS VOISINES



KARACHI : IMPACT DES PERTURBATIONS AU NIVEAU DE LA DIRECTION



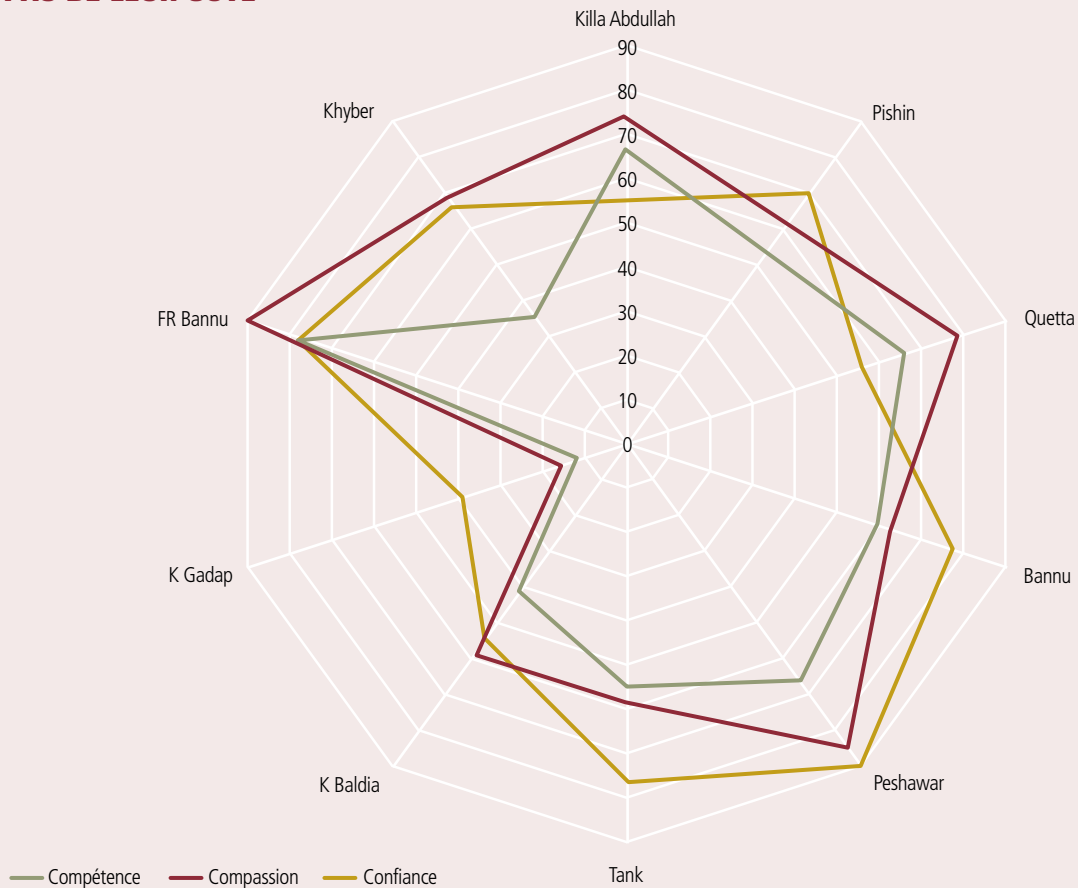


10 DISTRICTS LES MOINS PERFORMANTS DE KARACHI

District	Campagnes ayant échoué	Nombre total de campagnes	% campagnes ayant échoué
1 SADDAR	6	12	50
2 SHAH FAISAL	2	4	50
3 NAZIMABAD DU NORD	7	15	47
4 NORD	10	22	45
5 KAMSHEED	3	7	43
6 GIQBAL	10	24	42
7 GULBERG	6	15	40
8 MALIR	7	20	35
9 BIN QASIM	6	19	32
10 LIAQAT	5	16	31

Source: IMEP

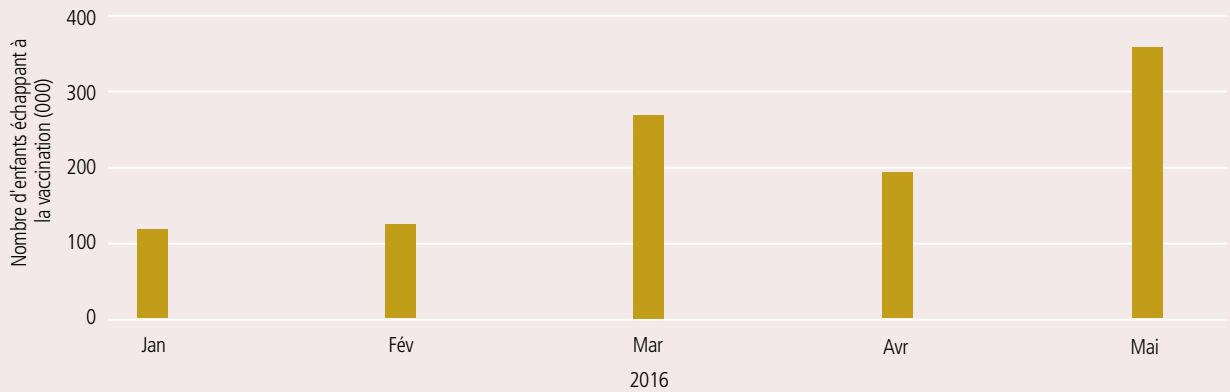
PAKISTAN : CERTAINES COMMUNAUTÉS PENSENT QUE LE PROGRAMME N'EST PAS DE LEUR CÔTÉ



Source: UNICEF/Harvard



TRIPLEMENT DU NOMBRE D'ENFANTS ÉCHAPPANT À LA VACCINATION DANS LES ZONES INACCESSIBLES D'AFGHANISTAN EN CINQ MOIS



Source: UNICEF/WHO

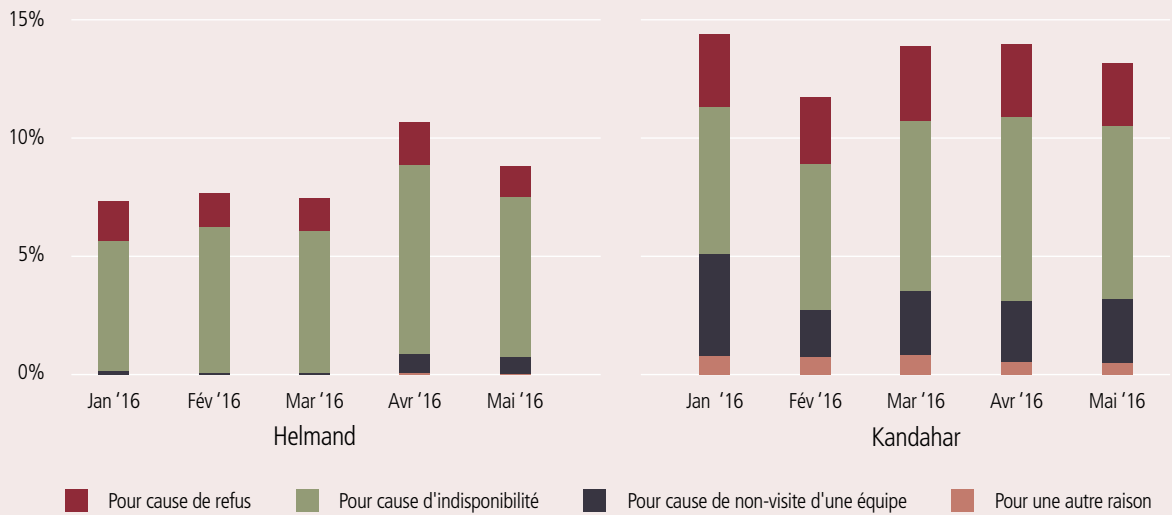
ENFANTS INACCESSIBLES CONCENTRÉS DANS L'EST DE L'AFGHANISTAN



Source: WHO/UNICEF



MAUVAISES PERFORMANCES DANS LES ZONES GÉNÉRALEMENT ACCESSIBLES EN AFGHANISTAN



Source: IMEP

OPPORTUNITÉ DE TIRER PARTI DE L'EFFICACITÉ DES TRAVAILLEUSES DE SANTÉ : L'AFGHANISTAN N'EXPLOITE PAS CETTE OPPORTUNITÉ



Source: WHO/UNICEF

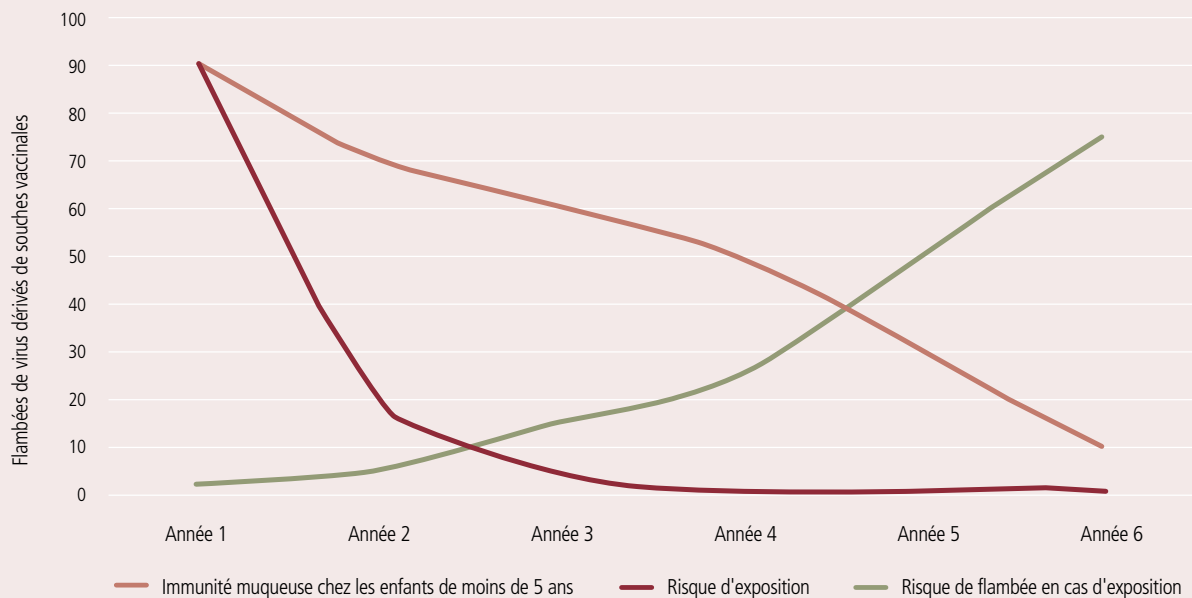


**NON DÉTECTÉ :
POLIOVIRUS NON DÉTECTÉ
DANS L'ÉTAT DE BORNO ET
AUX ALENTOURS DEPUIS
PRESQUE DEUX ANS**



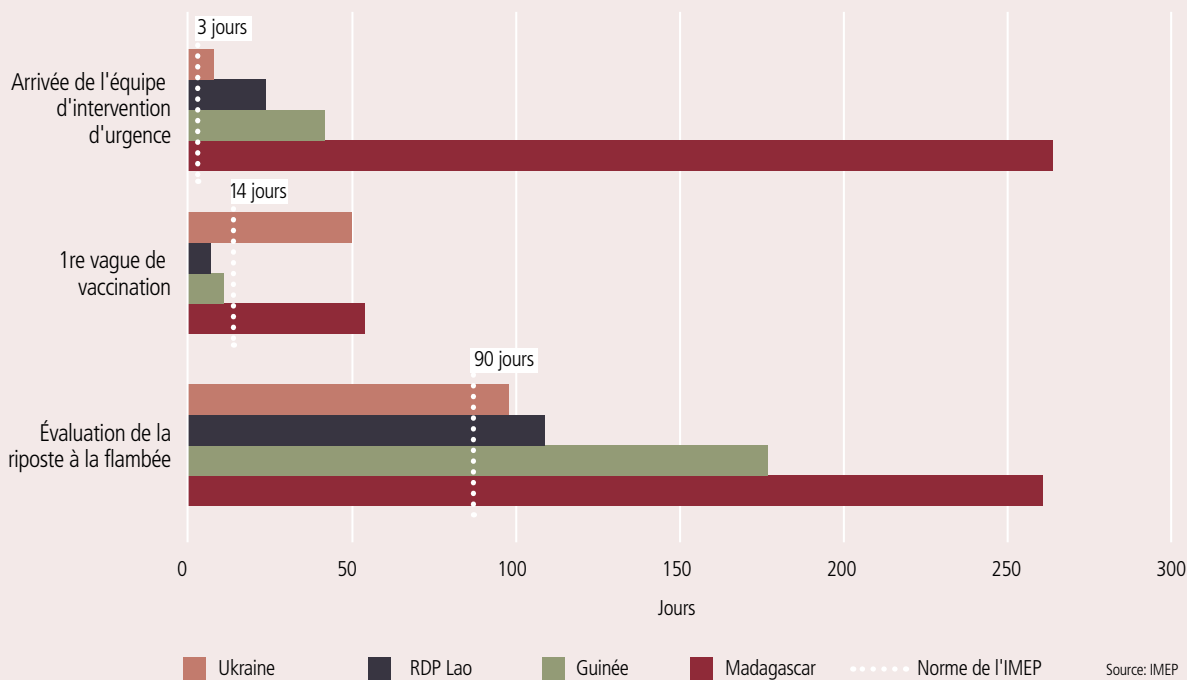


À MESURE QUE LE TEMPS PASSE APRÈS LE RETRAIT DU VPO TRIVALENT, LES FLAMBÉES DE VIRUS DÉRIVÉS DE SOUCHES VACCINALES DEVIENNENT MOINS PROBABLES MAIS PLUS GRAVES



Source: Fondation Bill et Melinda Gates

TRANSMISSIONS DE POLIOVIRUS DÉRIVÉS DE SOUCHES VACCINALES – RIPOSTE LENTE À UNE URGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE D'IMPORTANCE INTERNATIONALE



Source: IMEP



ÉMERGENCE DE POLIOVIRUS DÉRIVÉS DE SOUCHES VACCINALES DEPUIS SEPTEMBRE 2015 - LA DIFFICULTÉ D'ÉRADIQUER LA POLIOMYÉLITE PARTOUT DANS LE MONDE



Source: GPEI



RÉTABLISSEMENT DE LA LISTE ROUGE DU CSI

Pays vulnérables aux flambées de poliomyélite en raison d'une faible immunité, d'une surveillance médiocre ou d'une mauvaise infrastructure - un point de départ pour les discussions

GUINÉE ÉQUATORIALE

DJIBOUTI

HAÏTI

PAPOUASIE-NOUVELLE-GUINÉE

CÔTE D'IVOIRE

GUINÉE

RÉPUBLIQUE ARABE SYRIENNE

MOZAMBIQUE

SOUDAN DU SUD

SOMALIE

VANUATU

TIMOR-LESTE

NIGÉRIA

GABON

KIRIBATI

NIGER

RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

IRAQ

TCHAD

LIBÉRIA

COMORES

MYANMAR

**RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE
DU CONGO**

INDONÉSIE

ÉTHIOPIE

GUINÉE-BISSAU

UKRAINE

MADAGASCAR

CAMEROUN

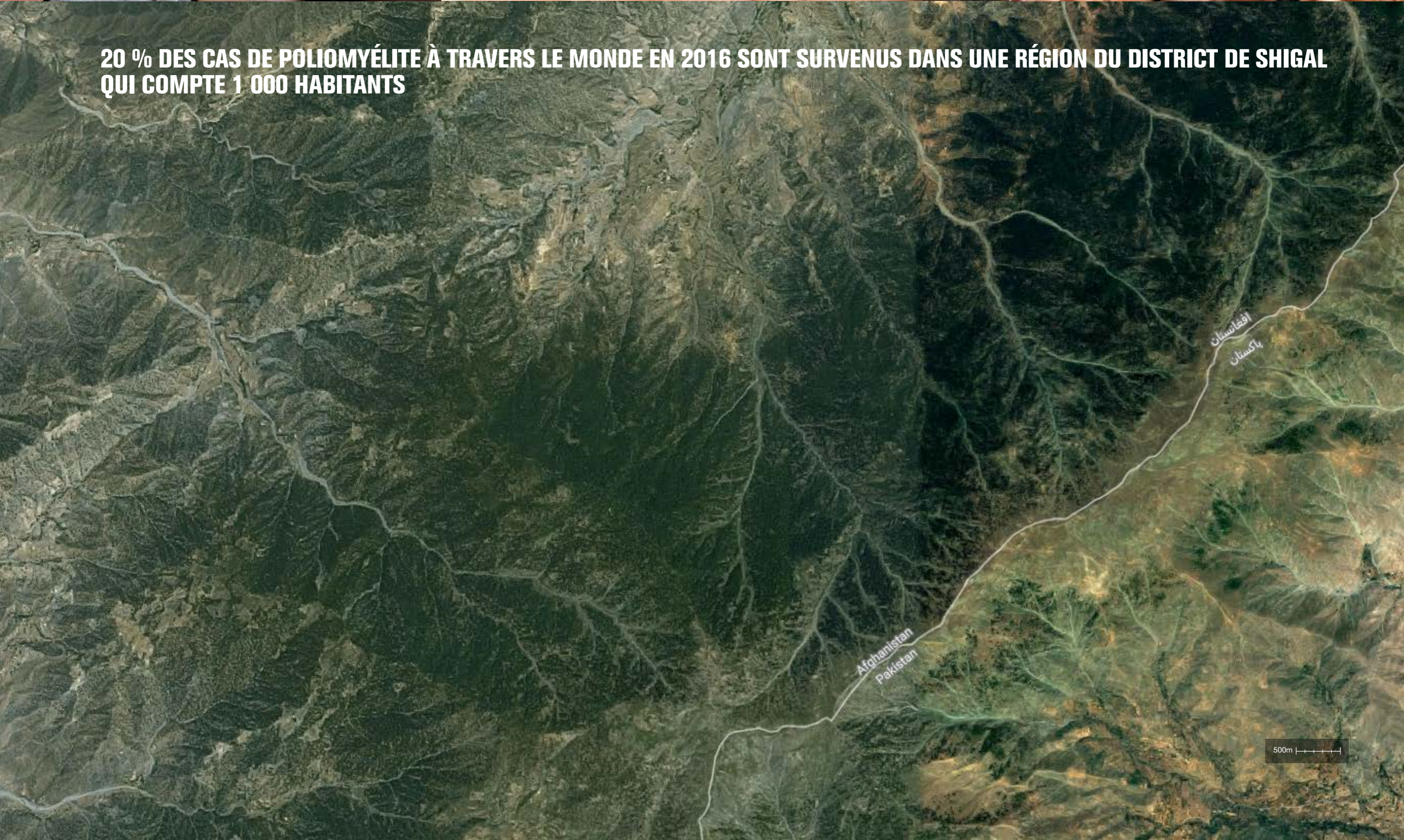
ALGÉRIE

BURUNDI

KENYA



20 % DES CAS DE POLIOMYÉLITE À TRAVERS LE MONDE EN 2016 SONT SURVENUS DANS UNE RÉGION DU DISTRICT DE SHIGAL QUI COMPTE 1 000 HABITANTS



500m



RÉSUMÉ DES PRINCIPALES INQUIÉTUDES DU CSI

- 1 Le niveau de collaboration entre les gouvernements pakistanais et afghan demeure en dessous du niveau requis pour interrompre la transmission de la poliomyélite dans les zones frontalières et dans les grands réservoirs d'infection qui couvrent les deux pays.
- 2 Le faible degré de mobilisation politique au nord du Sindh est un obstacle majeur à l'élimination de la poliomyélite dans cette région du Pakistan.
- 3 Dans de nombreux quartiers de Karachi, le programme d'éradication de la poliomyélite a systématiquement enregistré de mauvaises performances.
- 4 Le nombre d'enfants échappant à la vaccination dans les zones inaccessibles à l'est de l'Afghanistan a augmenté, pour passer de 26 000 en mars 2016 à 130 000 en mai 2016.
- 5 Au sud de l'Afghanistan, le pourcentage d'enfants échappant à la vaccination a peu changé en deux ans et le pourcentage des refus reste le plus élevé de tous les pays affectés par la poliomyélite (et stagne depuis quatre ans).
- 6 Le programme d'éradication de la poliomyélite en Afghanistan continue de faire appel à des vaccinateurs hommes étrangers, même si l'on sait très bien qu'il est vital d'adapter les vaccinateurs à la composition religieuse et culturelle de la population locale pour l'acceptation. Le fait que l'IMEP ne fasse pas davantage appel aux travailleuses de santé en Afghanistan est une sérieuse lacune.
- 7 Les performances des ONG qui assurent la prestation des services sanitaires de base par le biais d'un contrat avec le gouvernement afghan laissent à désirer. En outre, les dispositions en matière de responsabilité et de gestion des performances sont trop fragiles. La relation entre ce modèle de prestation de services et les exigences pour opérer un programme d'éradication de la poliomyélite très performant n'est pas du tout claire.
- 8 Il semble y avoir au sein du programme en Afghanistan un manque d'ouverture ou une méconnaissance de la situation qui, conjuguées aux autres préoccupations, suggèrent une confiance indue dans l'interruption de la transmission au Pakistan et une philosophie de performances « passables ».
- 9 On a accordé beaucoup moins d'importance aux fonctions de surveillance du programme qu'aux activités de vaccination. En conséquence, la surveillance n'est pas adaptée pour relever les défis auxquels le programme est maintenant confronté.
- 10 Un poliovirus passé inaperçu pendant presque deux ans a été découvert dans l'État de Borno tandis que 500 000 enfants ont échappé à la vaccination. Cela, ainsi que les diverses sources du CSI qui parlent d'un engagement en déclin au Nigéria, signifie que le programme d'éradication de la poliomyélite dans ce pays n'est pas encore entièrement résilient face à une réapparition du poliovirus.
- 11 Il est alarmant de constater que le programme n'a pas respecté les règles de gestion des flambées de poliovirus dérivés de souches vaccinales (notamment en Guinée et à Madagascar). Des réactions lentes et une prise de décisions retardée lorsque les virus sont détectés pourraient conduire le programme à sa perte, à moins qu'il ne tire rapidement des enseignements de ces dysfonctionnements.
- 12 L'impossibilité apparente de résoudre une situation, au sein d'un programme dont le budget annuel s'élève à 1 milliard de dollars, où une zone de 1,5 km² à l'est de l'Afghanistan comptant 1 000 habitants est responsable de 20 % des cas de poliomyélite au monde en 2016 est extraordinaire. Cela fait quatre ans que cette zone reste inaccessible aux équipes de vaccination.



- 13** La liste des pays présentant de faibles niveaux d'immunité et une surveillance inadéquate est longue. Le programme d'éradication de la poliomyélite ne tire pas parti des pressions saluaires qui découlent de la tenue d'une Liste rouge publique (comme par le passé).
- 14** Le programme dispose d'une vaste gamme de données sociales quantitatives innovantes, mais leur utilisation n'est pas intégrée à tous les niveaux. Il a besoin de données qualitatives. Ainsi, les conclusions frappantes concernant les attitudes des parents et de la communauté ne sont pas exploitées en vue d'obtenir une amélioration définitive et transformationnelle des performances.
- 15** La flambée de poliovirus sauvage à Bannu au Pakistan en avril et en mai a été une surprise. La région semblait bien protégée. Les programmes au Pakistan, en Afghanistan et au Nigéria doivent se

munir de systèmes de renseignements non confirmés plus structurés, afin d'identifier les endroits où les données de suivi officielles révèlent une situation « trop belle pour être vraie ». Le programme ne peut se permettre d'autres situations comme celle de Bannu.

- 16** Avec le remplacement du vaccin antipoliomyélique oral à l'échelle mondiale, de nombreux pays se retrouvent avec un stock important de vaccin trivalent inutile. Il existe un risque qu'un décideur local mal éclairé, et soucieux de ne pas gaspiller, déploie le vaccin trivalent lors de campagnes de vaccination. On ignore si l'IMEP a éliminé cette source de risque.
- 17** Une fois l'éradication de la poliomyélite officiellement certifiée, le vaccin antipoliomyélique oral pourrait encore être utilisé. À ce moment-là, l'IMEP aura été dissoute. On ignore s'il existe un plan d'attaque pour faire face à cette éventualité.





RECOMMANDATIONS

- 1** Un dirigeant aux plus hauts échelons de l'IMEP devrait être nommé pour renforcer la cohésion des travaux entrepris conjointement par les gouvernements pakistanais et afghan. Cette personne devrait avoir l'ancienneté et les qualités personnelles nécessaires pour être efficace dans ce rôle et devrait être perçue comme neutre sur le plan politique. Elle devrait être basée à Genève, et non pas au Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale (EMRO). **En poste d'ici mi-septembre 2016.**
- 2** Le Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale (EMRO) devrait nommer une femme de haut grade à la tête de l'équipe du programme d'éradication de la poliomyélite. Elle devrait se charger de renforcer de toute urgence le rôle et la capacité des travailleuses dans l'exécution réussie de la vaccination contre la poliomyélite (et, le moment venu, de la vaccination systématique). Elle devrait se pencher immédiatement sur l'élimination des obstacles au progrès en Afghanistan. **En poste d'ici la fin du mois de septembre 2016.**
- 3** Le CDC d'Atlanta devrait aider les programmes au Pakistan et en Afghanistan à réaliser une cartographie complète du processus de signalement et d'évaluation de la paralysie flasque aiguë (PFA). Cela devrait impliquer l'évaluation des lacunes sur le plan de la qualité à chaque étape du processus et l'identification de mesures de renforcement. Il devrait disposer d'informations locales détaillées concernant la situation actuelle et suffisamment granulaires pour prendre en compte les aspects du processus propres au contexte qui pourraient varier d'un endroit à l'autre. Un plan d'action, s'appuyant sur ces travaux, devrait être mis en œuvre immédiatement à Karachi, en tant que projet pilote, et son impact devrait faire l'objet d'un suivi. **Achévé d'ici la fin du mois de septembre 2016.**
- 4** L'IMEP devrait introduire un système d'incitations financières pour le signalement des cas de paralysie flasque aiguë (PFA) au Pakistan. À cette fin, tout travailleur de santé qui signale un cas devrait être rémunéré, la rémunération étant plus élevée pour les cas confirmés. Des garanties devraient être intégrées pour la validation indépendante, afin de prévenir toute manipulation injuste du système. Cette initiative devrait être dirigée depuis Karachi, où la connaissance des travailleurs de santé sur le terrain est très faible. On devrait de toute urgence demander l'avis des responsables de la santé publique au sein du gouvernement égyptien pour la conception de ce système. **Opérationnel d'ici la fin du mois de septembre 2016.**
- 5** L'UNICEF devrait commander une rapide collecte de données qualitatives pour fournir une compréhension approfondie des raisons des mauvaises performances eu égard aux indicateurs sociaux dans les communautés au sein des réservoirs clés du Pakistan et de l'Afghanistan. **Rapport sur les conclusions à remettre au CSI d'ici mi-septembre 2016.**
- 6** Chaque Centre d'opérations d'urgence, au niveau national ou régional, devrait nommer un membre d'équipe chargé de la collecte régulière de renseignements non confirmés sur le terrain, afin d'identifier les situations où les données de suivi dépeignent un tableau faussement positif. Il doit s'agir d'une personne en qui les travailleurs sur le terrain ont totalement confiance, à qui ils peuvent parler sous couvert d'anonymat, et qui est en mesure de transmettre des informations synthétisées à l'équipe du Centre d'opérations d'urgence. Ces informations devraient être utilisées à des fins d'apprentissage et de perfectionnement, et en aucun cas pour des représailles contre tout travailleur de terrain. **Mesures en place d'ici la fin du mois de septembre 2016.**



- 7** Les dispositions contractuelles qui régissent la responsabilité et la gestion des performances des ONG assurant la prestation des services sanitaires de base en Afghanistan doivent être redéfinies afin de résoudre le problème de sous-performance chronique et de renforcer l'alignement avec les activités d'éradication de la poliomyélite. **Redéfinition des dispositions régissant la responsabilité et la gestion des performances achevée d'ici la fin du mois d'octobre 2016.**
- 8** Une Liste rouge publique et plus ciblée des pays et des régions vulnérables à la transmission de la poliomyélite devrait être rétablie, et des activités de vaccination préventive devraient être financées et mises en œuvre. **Liste rouge à publier d'ici la fin du mois de septembre 2016.**
- 9** Le processus de mise en œuvre des règles de l'IMEP pour la riposte aux flambées doit faire l'objet d'un examen urgent au plus haut niveau. Il doit inclure une évaluation ouverte et honnête de la piètre riposte aux récentes flambées, notamment en Guinée. Cela doit impliquer un examen des relations de travail et de la prise de décisions entre les sièges des partenaires au sein de l'IMEP et de leurs bureaux régionaux et bureaux de pays. Une personne indépendante expérimentée conviendrait mieux à ce poste. **Rapport faisant état des enseignements tirés achevé d'ici la fin du mois d'octobre 2016.**
- 10** La direction de l'IMEP devrait intervenir pour collaborer de toute urgence avec les dirigeants politiques au nord du Sindh, afin de mettre en place un accord et de définir clairement à qui incombe la responsabilité des objectifs du programme d'éradication de la poliomyélite. Cela devrait se faire de concert avec le gouvernement pakistanais et la direction du programme dans cette région du Pakistan. **Engagement politique garanti d'ici la fin du mois de septembre 2016.**
- 11** L'IMEP devrait de toute urgence examiner les options pour des approches innovantes des échantillons environnementaux dans les régions ne disposant pas de systèmes d'assainissement suffisants. **Programme d'échantillons environnementaux entamé dans les zones tribales sous administration fédérale d'ici le début du mois de novembre 2016.**
- 12** L'équipe spéciale présidentielle au Nigéria devrait se réunir et les gouverneurs exécutifs de chaque État devraient réaffirmer publiquement leur engagement envers les actions convenues dans le cadre des engagements d'Abuja. **D'ici la fin du mois de septembre 2016.**



