

## Le dernier mile

### Faut-il encore croire en l'éradication de la poliomyélite ?

Claire MAGONE

**L'éradication totale de la poliomyélite est-elle un but raisonnable ? Claire Magone décompte les effets pervers d'une campagne qui n'a plus d'autre fin qu'elle-même et risque de porter préjudice aux autres enjeux de santé mondiale.**

#### **L'éradication de la poliomyélite, « un cadeau du XXe siècle au XXIe »**

L'objectif d'éradication de la poliomyélite a pris la forme d'un engagement collectif international dans les années 1980, dans le sillage de l'éradication de la variole. De cette dernière expérience réussie – le virus a disparu de la planète en 1977 et son éradication a été certifiée en 1980 –, la communauté des acteurs de la santé mondiale a fait un modèle en matière de lutte contre les maladies infectieuses.

La poliomyélite était en quelque sorte le candidat naturel à l'éradication. Maladie invalidante sans traitement efficace, elle faisait encore, dans les années 1970-80, des ravages dans le monde entier – 300 à 500 000 cas notifiés par an –, mais le recours à la vaccination de masse l'avait déjà fait reculer largement dans de nombreux pays industrialisés grâce à l'introduction, en 1955, du vaccin antipoliomyélitique inactivé de Salk (VAI) et, en 1962, du vaccin antipoliomyélitique oral de Sabin (VAO). Ce dernier, parce qu'il est facile à administrer (quelques gouttes dans la bouche), d'un coût plus faible que le vaccin inactivé (environ 0,15 USD contre 3 \$ pour le VAI en 2012), qu'il induit une forme d'immunité collective, est devenu le vaccin recommandé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans le cadre du programme élargi de vaccination dès 1974.

Le projet d'éradication de la poliomyélite s'est incarné en 1988 dans une résolution de l'Assemblée mondiale de la santé faisant de la perspective de la disparition de la maladie sur le globe « un cadeau approprié, à l'instar de l'éradication de la variole, du XX<sup>e</sup> siècle au XXI<sup>e</sup> siècle »<sup>1</sup>.

Le XX<sup>e</sup> siècle n'a pas déposé, vaincu, le virus de la polio en cadeau au XXI<sup>e</sup> siècle. Néanmoins, l'extraordinaire mobilisation financière – des États, des organisations internationales et transnationales, du public et du privé – ; humaine – la création d'un commando mondial de plusieurs millions de travailleurs communautaires –, et la mise en place d'une ingénierie socio-sanitaire très efficace – notamment l'organisation de journées nationales de vaccination contre la poliomyélite, de « *mop-up campaigns* » (campagnes de ratissage) menées en porte-à-porte, a permis en à peine plus de 10 ans de diminuer l'incidence

---

<sup>1</sup> <http://www.polioeradication.org/Portals/0/Document/AboutUs/History/WHA.Resolutions.and.Decisions.pdf>

annuelle de la maladie de façon spectaculaire : le nombre de cas notifiés est passé de 350 000 en 1988 à moins de 1000 au début des années 2000.

Ces résultats furent pour les membres de la *Global polio eradication initiative*<sup>2</sup> (GPEI) et leur partenaires un succès dont ils n'ont pas manqué de se réjouir, mais dont ils n'ont pu se contenter : car l'horizon de l'éradication a été l'unique argument pour mobiliser en continu le soutien financier des bailleurs. Dans sa lettre annuelle 2011, où il exhorte le monde à redoubler d'efforts pour « éradiquer le dernier pourcent », Bill Gates affirmait ainsi : « L'éradication pourrait faire économiser au monde 50 milliards de dollars ces 25 prochaines années.<sup>3</sup> » Cette perspective d'un monde débarrassé du coût de la gestion des épidémies de poliomyélite, du fardeau économique que représentent potentiellement des milliers de personnes paralysées chaque année et, à terme, d'un monde débarrassé du coût de la vaccination elle-même, est essentielle pour la GPEI : elle fournit aux bailleurs une échéance, donc la promesse d'un retour sur investissement.

De ce point de vue, avoir ramené la maladie à des proportions anecdotiques à l'échelle mondiale ne suffit donc pas. Pour justifier la poursuite d'une politique d'éradication – c'est-à-dire la réduction définitive, à zéro, de l'incidence de la polio – l'argument avancé est que les coûts d'une stratégie de contrôle – qui consisterait à tenter de maintenir l'incidence de la polio à des niveaux bas – reconduite année après année seront toujours plus élevés, en fin de compte, que la somme totale qui aura permis d'atteindre l'éradication.

Mais au delà de cet argument a priori rationnel, le maintien de l'éradication comme objectif est surtout nécessaire au maintien de la mobilisation sur la poliomyélite tout court. Comme le résumait les membres de la GPEI eux-mêmes :

En fait, il serait difficile d'appliquer un schéma de contrôle de la maladie. Sans la motivation pour éradiquer la poliomyélite, les pays ne parviendraient pas à recruter massivement des vaccinateurs volontaires dont la contribution est cruciale. Ils pourraient difficilement maintenir le niveau d'engagement financier et politique actuels<sup>4</sup>.

En d'autres termes, ce ne sont pas les financements et la mobilisation politique qui sont nécessaires pour atteindre l'objectif d'éradication de la poliomyélite, c'est l'objectif d'éradication qui est nécessaire pour maintenir les financements et la mobilisation politique sur cette maladie.

L'éradication est donc un objectif de santé publique particulièrement motivant, mais il implique la construction d'un scénario dans lequel l'échec n'a pas sa place<sup>5</sup>. Cette exigence radicale éclaire donc la façon dont les obstacles apparus sur la route de l'éradication depuis une quinzaine d'années ont été analysés et mis en récit par ses partisans.

### **Croire en l'éradication de la polio ?**

En effet, depuis le début des années 2000, le « *last mile* » sur la route de l'éradication de la poliomyélite n'en finit pas de finir. Des foyers de résistance sont apparus, d'abord au

---

<sup>2</sup> Partenariat créé en 1988 entre le Rotary Club, l'OMS, l'UNICEF et le CDC (Centre for disease control) d'Atlanta.

<sup>3</sup> <http://www.gatesfoundation.org/~media/GFO/Documents/Annual%20Letters/2011annualletterfre.pdf>, p. 5.

<sup>4</sup> « Economic Case for Eradicating Polio », Global Polio Eradication Initiative, 2012, p. 5. (<http://www.polioeradication.org/Portals/0/Document/Resources/StrategyWork/EconomicCase.pdf>)

<sup>5</sup> «The principles of disease elimination and eradication», Walter R. Dowdle, *Morbidity and Mortality Weekly Report. Centers for Disease Control and Prevention*, Décembre 1999.

(<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/su48a7.htm>)

Nigéria dès 2003. À cette époque, alors que la victoire contre la poliomyélite était déjà présentée comme « à portée de main », l'OMS décida de redoubler d'efforts dans ce pays responsable à lui seul de la moitié des cas. Les Journées nationales de vaccination passèrent ainsi de 5 en 2001, à 8 en 2002 puis à 11 en 2003. Les équipes rencontrèrent alors une résistance grandissante au sein des populations nord nigérianes, passant parfois par des violences physiques et verbales. Celles-ci trouvaient l'acharnement des vaccinateurs à pénétrer jusque dans leurs maisons d'autant plus suspect que la poliomyélite n'y était pas perçue comme une priorité, comparée à la rougeole ou au paludisme, maladies auxquelles ni le gouvernement ni ses alliés occidentaux ne prêtaient alors attention<sup>6</sup>. En juillet 2003, le conseil supérieur de la sharia du nord du Nigéria appela à une suspension de la vaccination, remettant en cause l'innocuité du vaccin. En mars 2004, après des mois de tractation, des tests menés par un comité composé de personnalités religieuses et scientifiques nationales et internationales déclarèrent les vaccins sans danger, et ces derniers furent finalement importés d'Indonésie, mettant fin au boycott. Cet épisode fut largement traité par les médias et la littérature scientifique comme la manifestation de l'obscurantisme d'autorités ayant abusé de l'ignorance et de la crédulité des Nigériens, mettant ainsi en péril « 15 années de travail, et 3 milliards de dollars<sup>7</sup> ». Mais à y regarder de plus près, beaucoup des critiques des autorités nigérianes et de la population étaient rationnelles, et mettaient au jour le décalage entre les priorités sanitaires locales et celles imposées par les acteurs de la Global health, comme en témoigne cet extrait d'une conversation entre l'Émir de Kazaure, autorité politico-religieuse de l'État de Jigawa au nord du Nigéria, et une représentante de l'OMS au Nigéria en 2003<sup>8</sup> :

*Dr Gloria (de l'OMS) :* Votre Altesse Royale, j'ai été envoyée au Nigéria pour couvrir les activités de l'OMS, et en particulier pour venir à bout de la poliomyélite. Dans mon pays, le Zimbabwe, la polio a été éliminée. L'OMS est déterminée à éradiquer la maladie dans son intégralité. Pour que l'Afrique soit exempte de poliomyélite, tous les pays africains doivent garantir l'éradication totale de la maladie par la vaccination.

*L'émir de Kazaure :* Je vous remercie vivement de votre visite. Je dois dire que vous avez parfaitement récité le manuel de sensibilisation de l'OMS et que vous êtes convaincante quant à votre mission dans notre pays. J'ai consulté ce guide moi-même et j'ai constaté sa qualité et son agressivité.

En 2000 et 2001, quand nous avons fait part de nos peurs et préoccupations [quant à la possibilité que le vaccin contienne des substances qui pourraient rendre les populations stériles], on nous a répondu que les médicaments étaient certifiés par l'OMS et fabriqués dans le meilleur environnement de fabrication, et que le vaccin ne contenait aucun autre ingrédient. Nous voulions des preuves concrètes, mais nous n'avons eu que des paroles (...).

Quand vous venez vacciner la population, vous nous dites que vous avez atteint 60, 70 ou 100 000 personnes, que tous les enfants de l'État sont vaccinés. Puis vous revenez le lendemain et nous dites qu'il y a eu un nouveau cas, et qu'il faut revacciner tout l'État. Qu'est-ce que cela traduit de l'efficacité du vaccin? Nous commençons à voir pourquoi certaines de ces questions n'ont pas de réponse. Aux États-Unis par exemple, il y a un système de surveillance des effets secondaires du vaccin, mais nous n'avons pas de tel système ici. Personne ne sait ce qui se passe, vous venez, vous vaccinez, vous collectez de l'argent et l'année suivante, vous revenez vacciner les mêmes enfants. Mais que cherchez-vous, que cherche l'OMS? Que cherche l'UNICEF? Pourquoi cet acharnement? Combien d'argent

---

<sup>6</sup> Elisha P. Renne, *The politics of polio in Northern Nigeria*, Indiana press university, 2010.

<sup>7</sup> Clare Kapp, « Surge in polio spreads alarm in Northern Nigeria », Clare Kapp, *The Lancet*, Vol 362, 15 novembre 2003, p. 1631.

<sup>8</sup> Extraits d'une discussion entre l'Émir de Kazaure, Najeeb H. Adamu et Dr Gloria Mugandu, publiés dans le journal nigérian *The Weekly trust*, Novembre 2003, «We will not submit our children to vaccination».

dépensé au Nigeria pour enrayer 109 cas ? Combien d'enfants meurent de la rougeole, du paludisme, de diarrhées ? (...).

Ces foyers de résistance sociale à la vaccination ont par ailleurs contribué à l'émergence d'épidémies associées à des souches de poliovirus dérivé du vaccin. En effet, le vaccin oral est un vaccin *vivant* atténué : les virus vaccinaux continuent donc d'être excrétés par les personnes vaccinées, ce qui, dans des contextes où la couverture n'est pas suffisamment élevée, favorise la circulation du virus entre personnes, ainsi que sa mutation génétique. Ce type d'épidémies de poliovirus dérivé d'une souche vaccinale par opposition aux épidémies de poliovirus sauvage s'est développé aux Philippines en 2001, Saint-Domingue et Haïti en 2001, Madagascar en 2002, la Chine en 2004, le Nigéria depuis 2005, la RDC et la Somalie depuis 2008<sup>9</sup>. Près d'une vingtaine de flambées ont ainsi été notifiées depuis le début des années 2000.

Enfin, certains pays d'où le virus avait été éliminé se réinfectent avec des virus sauvages importés d'autres pays : citons par exemple le Congo Brazzaville, dont le dernier cas avait été recensé en 2000, frappé en 2010 par une épidémie de poliomyélite très meurtrière – 180 décès sur 431 cas de paralysie répertoriés, majoritairement chez les jeunes adultes ; le Kenya et la Somalie récemment.

Ces phénomènes invitent à réfléchir à la suite en les intégrant comme des données du problème, qui modifient le problème lui-même, et non comme de simples obstacles à contourner. Or face aux incertitudes de la science ou à la résistance d'une part incompressible de la population à un programme de santé publique, quels qu'en soient les bienfaits annoncés, la GPEI et ses partenaires opposent donc de plus en plus des « raisons d'y croire<sup>10</sup> ». La lutte pour l'éradication acquiert ainsi une dimension mystique pour ceux qui en défendent la poursuite coûte que coûte. Cette dimension était déjà visible pendant l'éradication de la variole, comme l'illustrent certains témoignages d'expatriés de l'OMS ayant participé aux dernières campagnes, particulièrement agressives, en Inde en 1974-75 : « *I was religiously fervid, I was a crusader* » dit ainsi l'un d'entre eux quelques années après<sup>11</sup>. C'est contre cette foi aveugle qu'un rapport du Comité de suivi indépendant de la GPEI<sup>12</sup> mettait en garde en 2011, en soulignant un « excès d'optimisme » :

[la communication du] Programme d'éradication de la poliomyélite se base sur une mise en récit positive – donnant une impression envahissante de « on y est presque ». Le danger vient de la façon dont le programme gère les informations qui ne s'inscrivent pas bien dans cette mise en récit. (...). Il y a plusieurs zones géographiques dans lesquelles la situation progresse peu. Dans ces zones, le Programme doit trancher : la stratégie retenue fonctionne-t-elle globalement, et est-ce la lenteur de sa mise en œuvre qui pose question ? Ou est-ce le signe d'un échec de la stratégie retenue ? Dans le premier cas, il conviendra alors de renforcer la stratégie, de l'appliquer encore et encore, de lui accorder plus d'argent et de temps. Mais dans le second, si c'est la stratégie qui est en cause, ces actions seraient alors précisément celles à proscrire<sup>13</sup>».

---

<sup>9</sup> Voir le site de l'OMS (<http://www.who.int/features/qa/64/fr/index.html>), et celui de la GPEI (<http://www.polioeradication.org/Dataandmonitoring/Poliothisweek/Circulatingvaccinederivedpoliovirus.aspx>).

<sup>10</sup> « Reasons to believe », un vidéo clip conçu par la GPEI (<http://www.youtube.com/watch?v=eCToES7WgiE>).

<sup>11</sup> Paul Greenough, "Intimidation, coercion and resistance in the final stages of the south asian small pox eradication campaign, 1973-1975", Soc. Sci. Med, vol. 41, 1995.

<sup>12</sup> Independent monitoring board : établi à la demande du board de la GPEI et l'Assemblée mondiale de la santé, composé d'experts.

<sup>13</sup> Independent Monitoring Board of the Global Polio Eradication Initiative report, Octobre 2011, p 22. (<http://www.polioeradication.org/Portals/0/Document/Aboutus/Governance/IMB/4IMBMeeting/IMBReportOctober2011.pdf>)

## **L'éradication, coûte que coûte**

Dans son ensemble, la GPEI a cependant décidé de mettre en œuvre le plan et continue à « analyser [la question de la faisabilité opérationnelle de l'éradication], comme si les planificateurs vivaient dans un monde affranchi du politique et des agendas contradictoires : en général, si chacun suivait la bonne direction et faisait exactement ce qu'on attend de lui, au moment voulu, cette maladie serait-elle éradiquée ?<sup>14</sup> ». Le but et la stratégie ne changent pas : il faut atteindre une couverture vaccinale le plus proche possible de 100%, avec une combinaison de mesures incitatives et coercitives. Certaines de ses mesures sont particulièrement agressives, par exemple au Nigéria : démarchage porte-à-porte avec inspection physique des maisons, et menace d'emprisonnement des récalcitrants.

Or cette attitude jusqu'au-boutiste nourrit actuellement un cercle vicieux, notamment dans des contextes d'hostilité ouverte entre autorités gouvernementales et groupes d'opposition politico-religieux (Pakistan, nord du Nigéria, Somalie par exemple). Plus les efforts internationaux se multiplient de façon disproportionnée en comparaison des priorités de santé telles qu'elles sont perçues par la population locale, plus la suspicion de ces dernières augmente et alimente la résistance à la vaccination, et plus les groupes politiques utilisent cette situation pour renforcer leur poids, en mettant en scène leur capacité d'influence positive, ou de nuisance, vis-à-vis du succès de l'éradication. La poliomyélite devient l'instrument privilégié d'un chantage politique permanent. Les pouvoirs locaux tentent de faire valoir leurs propres intérêts en jouant avec la détermination des partisans de l'éradication. Le chantage consiste à accepter ou refuser de jouer le jeu en faisant valoir leurs propres intérêts. Ainsi en juin 2013, les autorités traditionnelles du Nord Waziristan au Pakistan ont décrété le boycott de la vaccination polio, exigeant l'électrification de leur région en échange de leur coopération.

En parallèle, les discours se radicalisent, y compris au sein de la communauté de la santé globale. C'est ainsi qu'en Somalie une porte-parole de l'OMS déclarait récemment « partout où les Shebabs [groupes islamistes somaliens] seront chassés, les agents de santé se précipiteront pour vacciner<sup>15</sup> ».

## **Les vaccinateurs nationaux contre la poliomyélite, des martyrs de la cause?**

Les pratiques aussi se radicalisent : là où la campagne d'éradication cristallise les rapports de force, les vaccinateurs nationaux sont en danger. Vingt d'entre eux ont été assassinés au Pakistan de décembre à juin 2013 et au moins dix au Nigéria. 30 morts en six mois pour 55 cas de polio déclarés dans le monde entier pour la même période. À cette nouvelle réalité, les autorités répondent par la force : au Nigéria, des journalistes locaux ont été arrêtés pour « incitation au meurtre et au désordre » après avoir animé une émission radio critiquant la campagne d'éradication, et leur radio a été fermée ; au Pakistan, les escortes armées des vaccinateurs ne faisant plus recette – des policiers ayant été également assassinés –, les vaccinateurs sont désormais autorisés à porter des armes.

Quant aux architectes de la campagne, ils appliquent le plan : « dans le cadre stratégique retenu, un élément clef est le développement d'opérations de sécurité permettant l'accès, selon le principe général « *stay and deliver* » : [...]. Le programme cherchera aussi à

<sup>14</sup> Svea Closser, «Chasing polio in Pakistan, why the world's largest public health initiative may fail », Van der Bilt University, 2010, p. 31.

<sup>15</sup> «New push against polio and new vaccines in Somalia», 25 avril 2013. (<http://cnsnews.com/news/article/new-push-against-polio-and-new-vaccines-somalia>).

maximiser l'utilisation du staff local versus le staff international »<sup>16</sup>. Tandis que le dernier mile vers l'éradication de la variole, dans les foyers de résistance en Asie du sud, avait été franchi par du personnel international de l'OMS, la GPEI décide de recourir exclusivement à des employés nationaux. Comment justifier ce choix, alors que les vaccinateurs locaux sont de fait particulièrement exposés à l'insécurité, dans la mesure où ils incarnent la détermination d'autorités contre lesquelles des mouvements d'opposition armée sont en guerre ? Il faut se retenir d'être cynique pour ne pas voir dans ce choix un pur plan de continuation des activités, dont le postulat est que la mort de 30 personnels internationaux sur 6 mois aurait certainement conduit à la remise en cause du programme, alors que la mort de 30 personnels nationaux autorise à le renforcer.

### **Conclusion : quelles leçons ?**

C'est dans le dernier mile vers l'éradication que la question du coût réel de cette aventure devrait être rediscuté : le coût humain d'abord et de façon urgente, puisqu'on ne peut s'accommoder de l'assassinat des vaccinateurs, mais aussi le coût social. Le programme fait semblant d'ignorer qu'une mesure de santé publique ne peut emporter l'adhésion de 100% de la population, comme il sous-estime que le décalage entre les moyens consacrés à une menace planétaire et l'absence de moyens dédiés à des priorités de santé publique négligés est perçu comme une injustice par beaucoup de ceux qui refusent désormais de jouer le jeu. Sur le long terme, cette stratégie de carabine à un coup endommage la coopération avec les populations nécessaire pour faire avancer d'autres enjeux de santé publique, et risque d'éroder durablement l'enthousiasme de millions d'agents communautaires en les transformant en chair à canon.

Or on ne peut répondre aux effets pervers du *dernier mile* qu'en se débarrassant de l'objectif d'éradication lui-même. Car les problèmes rencontrés actuellement ne sont pas circonstanciels mais consubstantiels à l'éradication, à la radicalité de son ambition. Se fixer comme objectif la disparition définitive d'une maladie ou d'un virus de la surface de la planète, c'est programmer de garder le contrôle total sur le comportement des agents pathogènes et des êtres humains, ambition dont le caractère déraisonnable apparaît dans le dernier mile.

Comment abandonner l'éradication comme objectif de santé publique sans renoncer à la formidable mobilisation politique, scientifique et financière que son horizon permet ? Sans doute en tentant de convaincre les bailleurs de fonds que l'argent qu'ils dépensent dans la prise en charge des malades et le contrôle des maladies n'est jamais un investissement à fonds perdus pour ceux qui en bénéficient.

Publié dans [laviedesidees.fr](http://laviedesidees.fr), le 22 octobre 2013

© [laviedesidees.fr](http://laviedesidees.fr)

---

<sup>16</sup> Polio eradication and end game strategic plan 2013-2018, GPEI.  
[http://www.polioeradication.org/Portals/0/Document/Resources/StrategyWork/EndgameStratPlan\\_20130409\\_ENG.pdf](http://www.polioeradication.org/Portals/0/Document/Resources/StrategyWork/EndgameStratPlan_20130409_ENG.pdf)