



Procédures  
Opérationnelles  
Standard

# Riposter à un événement ou une épidémie de poliovirus

---

## Partie 1 : POS générales

**Version amendée du 6 Juin 2016**  
(pour refléter les questions d'approvisionnement en VPI)  
**Version originale du 20 Avril 2016**

Entrée en vigueur : du 1<sup>er</sup> mai 2016 au 30 avril 2017

## Sommaire

<b>Tableaux et figures</b> .....	<b>4</b>
<b>Révisions</b> .....	<b>5</b>
<b>Liste des acronymes</b> .....	<b>6</b>
<b>Résumé</b> .....	<b>7</b>
<b>1- Introduction</b> .....	<b>9</b>
Domaine d'application.....	10
Objectifs.....	10
Public cible.....	10
Documents d'accompagnement.....	10
<b>2. Événements et épidémies de poliovirus</b> .....	<b>11</b>
2.1 Définition des événements et épidémies de poliovirus.....	11
2.2- Poliovirus dérivés de souches vaccinales.....	12
2.3-Résultats de laboratoire et lancement de la riposte.....	12
2.4-Définition du Jour Zéro pour le suivi des événements et épidémies de polio.....	12
2.5-Confirmation de l'épidémie.....	13
2.6-Zones de risque de transmission de l'épidémie.....	13
2.7-AVS de grande qualité pour la riposte aux événements et épidémies.....	13
<b>3- Obligation d'information concernant les isolats de poliovirus positifs</b> .....	<b>14</b>
<b>4- Riposte à un événement polio</b> .....	<b>16</b>
4.1-Investigation et évaluation : étapes générales pour tous les événements.....	16
4.2-Évaluation des risques.....	17
4.3-Étapes spécifiques.....	17
4.4-Mise à disposition des stocks mondiaux de VPOM2.....	20
4.5-Évaluation de la riposte à l'événement (ERE).....	20
<b>5- Riposte à une épidémie de polio</b> .....	<b>21</b>
5.1-Exigences de riposte minimale à toutes les épidémies de polio.....	21
5.2-Après la confirmation d'une épidémie.....	24
5.3- Évaluation et classement en grades du risque d'épidémie.....	25
5.4- Mise à disposition des stocks mondiaux de VPOM2.....	28
<b>6- Cadre de travail pour la riposte stratégique à l'épidémie de polio</b> .....	<b>28</b>
<b>7- Fin de l'épidémie : clôture</b> .....	<b>31</b>
7.1- Poliovirus de type 1 ou 3.....	31
7.2- Poliovirus de type 2.....	32
7.3- Décision finale de fin d'épidémie.....	32
<b>8- Soutien des partenaires IMEP aux pays dans la riposte aux épidémies</b> .....	<b>35</b>
8.1- Six fonctions clés de l'IMEP.....	35
8.2- Politiques essentielles pour optimiser la riposte de l'IMEP.....	35
a) <i>Politique d'urgence</i> .....	35
b) <i>Politique « sans regrets »</i> .....	37
8.3- Normes de performance de l'IMEP en fonction de la ligne du temps et des fonctions clés ...	37
1- <i>Riposte à l'épidémie et évaluation</i> .....	38
2- <i>Coordination et plaidoyer</i> .....	41
3- <i>Ressources humaines et techniques</i> .....	43

<i>4-Gestion des informations.....</i>	<i>44</i>
<i>5-Communication, mobilisation sociale et changement des comportements .....</i>	<i>45</i>
<i>6-Aspects financiers et logistiques .....</i>	<i>47</i>
<i>7-Circonstances spéciales (situations d'urgence complexes) .....</i>	<i>48</i>
<b>Annexes .....</b>	<b>49</b>
Annexe 1 : Les POS en un clin d'œil.....	49
Annexe 2 : Notification du Règlement Sanitaire International concernant la polio.....	51
Annexe 3 : Transition entre l'Équipe de riposte rapide (Équipe A) et l'Équipe de riposte d'urgence (Équipe B).....	53
Annexe 4 : Attributions de l'Équipe de riposte rapide (Équipe A) et de l'Équipe de riposte d'urgence (Équipe B).....	55
<b>Liste des principaux documents de référence supplémentaires .....</b>	<b>59</b>
<b>Références .....</b>	<b>60</b>

## Tableaux et figures

- Tableau 1 :** Définitions épidémiologiques des événements et épidémies de poliovirus
- Tableau 2 :** Exigence opérationnelle pour confirmer une épidémie
- Tableau 3 :** Définition des « zones de risque de transmission » selon le risque que présente la population pour la transmission du poliovirus
- Tableau 4 :** Calendrier d'activités de RSI et notification officielle relative aux poliovirus
- Tableau 5a et b :** Exigences de riposte minimale aux événements de polio
- Tableau 6a et b :** Exigences de riposte minimale aux épidémies de polio
- Tableau 7 :** Résumé des stratégies de vaccination typiques recommandées pour la riposte aux épidémies, divisées par type de poliovirus.
- Tableau 8 :** Classements et définitions des épidémies de polio
- Tableau 9 :** Matrice des profils de risque pour classer une épidémie de polio
- Tableau 10 :** Soutiens à l'élargissement de la riposte aux épidémies selon la classe de celles-ci
- Figure 1 :** Les six fonctions clés des partenaires IMEP dans la riposte à une épidémie de polio
- Tableau 11 :** Normes de performance de la riposte aux épidémies de poliovirus de l'IMEP selon les 6 fonctions clés et le calendrier de riposte
- Figure 2a :** Arbre décisionnel de la durée pour les épidémies de PVS et PVDVc de type 1 et 3
- Figure 2b :** Arbre décisionnel de la durée pour les épidémies de PVS et PVDVc type 2
- Figure 3a :** Les POS en un coup d'œil : de l'événement à l'épidémie selon les isolats de poliovirus
- Figure 3b :** Les POS en un coup d'œil : exigences en matière de calendrier et de riposte pour les événements et les épidémies de poliovirus

## Révisions

Version du document (date)	Description des révisions importantes
Version 2 (avril 2016)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Accent mis sur l'appropriation par les pouvoirs publics au niveau national et leur rôle dans la gestion des notifications et de la riposte aux événements et épidémies</li><li>• Mise à jour après l'entrée dans la période postérieure à la transition : retrait mondial du VPOT et nouvelles stratégies de riposte aux événements et épidémies de type 2.</li><li>• Introduction du fait que les « événements » de poliovirus nécessitent le lancement d'une évaluation des risques et d'une riposte, et, dans certains cas, d'une riposte vaccinale (AVS).</li><li>• Les événements de type 2 sont gérés sur le plan opérationnel de façon similaire aux épidémies, avec une plus grande discrétion lorsque l'investigation sur le terrain et la classification des PVDV sont en cours. Les normes relatives à la performance IMEP s'appliquent aux événements de type 2.</li><li>• Introduction de nouvelles définitions et classifications des PVDV : en circulation, immunodéficiences et terminologie ambiguë.</li><li>• Révision du calendrier pour indiquer que le « jour 0 » est la date de notification des résultats de laboratoire (et non celle de la confirmation de l'épidémie).</li><li>• Fusion des POS génériques pour tous les poliovirus et le protocole du poliovirus de type 2 en une POS alignée.</li><li>• Révision des concepts de risque de polio et de classement de la riposte pour permettre une riposte à l'épidémie plus adaptée dans un contexte national et mondial plus complexe et changeant. Alignement avec les outils d'évaluation des risques mondiaux de l'OMS (introduction de la matrice des risques)</li><li>• Spécification du nouveau choix de vaccin pour la période postérieure à la transition des AVS et introduction de l'utilisation des VPI pour la riposte aux événements et épidémies.</li><li>• Introduction des étapes pour demander un vaccin VPOM2 des réserves mondiales.</li><li>• Introduction des critères et des diagrammes pour la fin d'une épidémie.</li><li>• Clarification des exigences et échéances relatives à la notification du RSI</li><li>• Traitement des questions d'approvisionnement en VPI</li></ul>

## Liste des acronymes

AEFI	Adverse event following immunization (événement indésirable après vaccination)
PFA	Paralysie flasque aiguë
PVDVa	Poliovirus ambigu dérivé de souches vaccinales
C4D	Communications for development (communications pour le développement)
CDC	US Centers for Disease Control and Prevention (Centres américains contrôle et prévention des maladies)
PVDVc	Poliovirus circulant dérivé de souches vaccinales
PVDVc1	Poliovirus circulant de type 1 dérivé de souches vaccinales
PVDVc2	Poliovirus circulant de type 2 dérivé de souches vaccinales
PVDVc3	Poliovirus circulant de type 3 dérivé de souches vaccinales
EOMG	Eradication and Outbreak Management Group (groupe de gestion et d'éradication des épidémies)
COU	Centre des opérations d'urgence
ERC	Expert Review Committee IHR (comité d'experts RSI)
ERA	Event response assessment (évaluation de la réponse à un événement)
ERF	Emergency Response Framework (cadre de travail pour la riposte d'urgence)
SE	Surveillance environnementale
IMEP	Initiative mondiale pour l'éradication de la polio
RMLP (GPLN)	Réseau mondial de laboratoires de polio (Global Polio Laboratory Network)
IEC	Information, éducation et communication
RSI	Règlement sanitaire international
IS	Suivi Indépendant
IPC	Interpersonal communication (communication interpersonnelle)
VPI	Vaccin antipoliomyélitique inactivé
PVDVi	Poliovirus dérivé de souches vaccinales associé à l'immunodéficience
CAP (KAP)	enquête de Connaissance, attitude et pratique (Knowledge, attitude and practice)
JNV	Journée nationale de vaccination
PFA NP (NPAFP)	paralysie flasque aiguë non liée à la polio (Non-polio acute flaccid paralysis)
VPO	Vaccin antipoliomyélitique oral
OB	Outbreak (épidémie)
OBRA	Outbreak Response Assessment (évaluation de la riposte à l'épidémie)
OPRTT	Outbreak Preparedness and Response Task Team (groupe de travail pour la préparation et la riposte à l'épidémie)
VPOb	VPO bivalent (contient les types 1 et 3 des souches de Sabin)
VPOt	VPO trivalent (contient les types 1, 2 et 3 des souches de Sabin)
VPOm2	VPO monovalent (contient le type 2 des souches de Sabin)
PAS	Polio Access and Support (accès et soutien en matière de polio)
PHEIC	Public health emergency of international concern (urgence de santé publique de portée internationale)
BR	Bureau régional
ÉIR	Équipe de riposte rapide
AVS	Activités de vaccination supplémentaires
SITREP	Situation report (rapport sur la situation)
SNID	Subnational Immunization Days (journées de vaccination infranationales)
POS	Procédure opérationnelle standard
STOP	Stop Transmission Of Polio programme (programme Stop à la transmission de la polio)
TAG	Technical Advisory Group (groupe technique consultatif)
ONU	Organisation des Nations Unies
UNICEF	United Nations Children's Fund (Fonds des Nations Unies pour l'enfance)
PVDV	Poliovirus dérivé de souches vaccinales
AMS	Assemblée mondiale de la santé
OMS	Organisation mondiale de la santé
PVS	Poliovirus sauvage

## Résumé

### Préambule

Ces procédures opérationnelles standard (POS) ont pour but de faciliter une riposte efficace et en temps opportun aux événements et épidémies de polio et intègrent les enseignements des efforts de riposte aux épidémies précédentes. Les POS résument les rôles et responsabilités des pays et des partenaires IMEP, et décrivent les normes en matière de riposte aux événements et épidémies de polio. Les objectifs sont : (1) d'établir les normes et le calendrier de la riposte ; (2) guider les pouvoirs publics nationaux et les partenaires IMEP dans les fonctions de soutien clés.

Cette nouvelle version des POS décrit les exigences de riposte globales pour traiter les poliovirus type 1, 2 et 3 pour les 12 premiers mois après la fin de l'utilisation mondiale du vaccin avec VPO2 (1er mai 2016 au 30 avril 2017).

### Événements et épidémies de poliovirus

L'émergence de poliovirus est considérée comme un « événement » ou une « épidémie » selon un ensemble de critères (Tableau 1) afin de déterminer la riposte appropriée.

Les POS de l'IMEP recommandent de mettre en œuvre des activités de vaccination supplémentaires (AVS) dans les 14 jours suivant l'identification d'un poliovirus nécessitant une campagne de vaccination. Pour surveiller la performance de la riposte, la notification des résultats de laboratoire est définie comme le « jour 0 », de sorte que le progrès de la riposte à l'événement ou l'épidémie puisse être évalué selon les normes définies dans les présentes POS. La confirmation de l'épidémie relève de la responsabilité du bureau régional de l'OMS.

### Obligation d'information concernant les isolats de poliovirus positifs

Tous les cas d'isolation de poliovirus dans un pays qui n'était pas touché par la polio – ainsi que, dans les pays encore endémique pour le poliovirus sauvage, les autres poliovirus comme le PVDV2 – doivent être signalés immédiatement par le pays à l'OMS, quel que soit le type de l'isolat (PVS, PVDV) ou sa source (cas symptomatique ou non, échantillon environnemental, autres).

### Riposte à un événement de polio

Le pays, l'OMS et les partenaires IMEP effectuent une évaluation du risque pour chaque événement en fonction des résultats des investigations épidémiologiques et de laboratoire et de la solidité des preuves. Un événement de polio peut être reclassé en tant qu'épidémie à tout moment de l'investigation.

La portée de la riposte à un événement détecté dépend du type et de la classification du poliovirus et, dans certaines circonstances, de la situation locale (Tableaux 5a et 5b). Les étapes initiales générales sont les suivantes : investigation des cas et des contacts, recherche de cas dans la communauté, évaluation de l'immunité de la population, renforcement de la surveillance. De plus, des étapes spécifiques sont définies selon l'isolat identifié et sa source.

Tous les événements de poliovirus de type 2 seront généralement gérés comme des épidémies, en attendant les résultats des investigations sur le terrain et de leur classification finale.

### Riposte à une épidémie de polio

Les étapes générales recommandées pour riposter aux épidémies de polio sont les mêmes que pour un événement, mais elles sont complétées par des activités ou normes supplémentaires (Tableaux 6a et 6b), incluant le classement par grades par l' "Eradication and Outbreak Management Group" (EOMG), le déploiement d'une équipe de riposte rapide et d'une équipe d'urgence par l' "Outbreak Preparedness and Response Task Team" (OPRTT), le suivi indépendante des AVS, l'évaluation de la couverture de vaccination avec la méthode de prélèvement pour l'assurance qualité par lots groupés. Des étapes spécifiques de la riposte vaccinale sont définies selon l'isolat identifié, en sus des étapes générales indiquées ci-dessus (Tableau 6b).

La sélection du vaccin le plus approprié est effectuée avec l'assistance technique de l'OMS. Elle est basée sur le type de poliovirus, l'immunité de la population sous-jacente et d'autres facteurs (Tableau 7).

L'évaluation des risques vise à caractériser la transmission du virus et les implications de sa propagation. Elle détermine les facteurs cruciaux qui influencent le type et l'étendue de la riposte. Elle permet de faire des recommandations sur les mesures appropriées à mettre en place. L'EOMG attribue un grade à l'épidémie (grade 1, 2 ou 3) grâce à une évaluation des risques basée sur la combinaison de deux ensembles de critères : (1) le potentiel de transmission dans le pays et de la propagation au-delà des frontières nationales et (2) le niveau de capacité du pays afin de riposter et de maîtriser de l'épidémie. Plus le grade est élevé, plus le soutien de l'IMEP sera nécessaire pour la riposte.

#### **Cadre de travail pour la riposte stratégique à l'épidémie de polio**

Cinq piliers stratégiques pour arrêter la propagation d'une épidémie déterminent les éléments nécessaires à une riposte efficace : (1) l'engagement indéfectible des pouvoirs publics nationaux, (2) l'évaluation rapide des risques et l'identification des zones présentant un risque de transmission, (3) une riposte vaccinale vigoureuse, (4) une communication efficace et une mobilisation sociale, (5) le renforcement de la surveillance.

#### **Fin de l'épidémie**

Les critères et les arbres décisionnels pour clôturer (ou déclarer de la fin) d'une épidémie diffèrent selon le type de poliovirus (Figures 2a et b). L'EOMG déclarera qu'une épidémie peut être considérée comme terminée et clôturée selon l'évaluation d'avis d'experts, et plus particulièrement celui de l'équipe externe d'évaluation OBRA.

#### **Soutien des partenaires IMEP aux pays dans la riposte aux épidémies**

Les pays restent souverains quant à la riposte et gardent le contrôle des opérations tout au long du processus. Les partenaires IMEP soutiennent les pays dans six fonctions clés : (1) Riposte à l'épidémie et évaluation, (2) coordination et plaidoyer, (3) ressources techniques et humaines, (4) gestion de l'information, (5) communication, mobilisation sociale et changement des comportements, (6) aspects financiers et logistiques.

Les normes de performance IMEP décrivent les résultats attendus par chaque niveau des partenaires IMEP, pour chacune des six fonctions clés (Tableau 11). Les éléments livrables concrets et les calendriers sont également fournis.

## 1- Introduction

L'objectif de l'Initiative mondiale d'éradication de la polio (IMEP) est de s'assurer que les générations futures seront à l'abri de la menace de paralysie due à la poliomyélite. L'un des facteurs clés pour réussir l'éradication de la polio consiste à assurer une riposte rapide et efficace aux poliovirus provenant d'une source donnée, qu'ils soient des poliovirus réintroduits ou émergents dans les pays d'endémie ou les pays exempts d'endémie. Les pays et les partenaires IMEP doivent avoir pour objectif d'arrêter la transmission des poliovirus dans les 120 jours suivant la confirmation de toute nouvelle épidémie.

Le poliovirus sauvage (PVS) et les poliovirus dérivés de souches vaccinales<sup>1</sup> (PVDV) peuvent tous les deux causer des maladies cliniques, notamment la paralysie flasque aiguë (PFA), et entraîner des épidémies<sup>1</sup>. Il existe trois types de PVS, mais seul le type 1 (PVS1) continue à être en circulation. Le dernier poliovirus de type 3 (PVS3) a été isolé en 2012. Le dernier PVS de type 2 (PVS2) a été isolé en 1999 et son éradication a été déclarée en septembre 2015<sup>2</sup>. Les deux derniers pays d'endémie dans lesquels le PVS1 continue de paralyser les enfants sont l'Afghanistan et le Pakistan. Ces pays avancent sur la voie de l'éradication, avec le soutien appuyé des partenaires IMEP.

Cependant, les PVDV capables de causer la paralysie continuent également à émerger et à circuler. En mai 2014 et en novembre 2015, en partenariat avec l'Assemblée mondiale de la Santé (AMS), le directeur général de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a déclaré que la propagation en cours des poliovirus (PVS et poliovirus dérivés de souches vaccinales en circulation (PVDVc)) est une urgence de santé publique de portée internationale (PHEIC). En réponse, le Comité d'urgence de la polio, convoqué au sein du Règlement sanitaire international (RSI), a inclus les PVDVc dans ses attributions pour surveiller les mesures prises et les progrès. Dans les populations sous-vaccinées, les PVDVc représentent un risque particulier et, au cours des dernières années, la plupart des cas et d'épidémies de PVDVc ont été dus au vaccin

antipoliomyélique oral qui contient le composant de type 2 (VPO2).

En réponse aux préoccupations croissantes concernant les épidémies de PVDV2 à l'époque, le congrès de l'OMS de mai 2014 a adopté une stratégie pour réduire le risque associé au poliovirus atténué (souches Sabin) utilisé dans le vaccin antipoliomyélique oral (VPO). En accord avec le *Plan stratégique pour la phase finale de l'éradication de la poliomyélite 2013-2018*<sup>3</sup>, tous les pays ont cessé d'utiliser le vaccin antipoliomyélique oral contenant les souches de type 2 (VPO2) dans leurs programmes de vaccination de routine entre le 17 avril et le 1<sup>er</sup> mai 2016, participant ainsi à la plus grande introduction de vaccin coordonnée à l'échelle mondiale de l'histoire, tous les pays utilisant le VPO ayant remplacé le VPO trivalent (VPOt, contenant les souches Sabin 1, 2 et 3) par une forme bivalente (VPOb, contenant les souches Sabin 1 et Sabin 3). Tous les stocks existants de VPOt sont en train d'être retirés de la circulation afin de réduire davantage la probabilité d'une émergence du virus PVDVc de type 2.

L'IMEP est un partenariat public-privé géré par les pouvoirs publics et mené par les partenaires clés<sup>4</sup>. Les partenaires IMEP assistent les pays dans les activités d'éradication de la polio et de riposte à l'épidémie.

---

<sup>1</sup> souches de poliovirus ayant muté du vaccin de polio oral vivant atténué

## Domaine d'application

Ce document est conçu pour faciliter la riposte rapide et efficace pour arrêter la transmission des poliovirus dans les pays exempts d'endémie. Il incorpore les enseignements tirés des efforts de riposte aux épidémies précédentes. Il résume les rôles et responsabilités des pays et des partenaires IMEP ainsi que les normes de riposte aux événements et épidémies de polio. Il met à jour et établit les procédures opérationnelles standard pour la période postérieure à la transition<sup>5</sup> en conformité avec le protocole plus détaillé relatif aux événements et épidémies de poliovirus de type 2 après le retrait mondial du VPOt au 1er mai 2016.

## Objectifs

Les objectifs de ce document sont :

- Établir les normes et le calendrier de riposte à tout événement et/ou toute épidémie de polio.
- Guider les pouvoirs publics et les partenaires IMEP dans les fonctions de soutien clé afin de riposter à toute épidémie ou tout événement de polio.

Il est à noter que ce document est une révision des POS initialement publiées en février 2015.

## Public cible

Le public cible de ce document est composé des pouvoirs publics et des partenaires IMEP qui coordonneront la riposte aux événements et épidémies de poliovirus à l'échelle nationale.

## Documents d'accompagnement

Les informations supplémentaires qui peuvent être utiles aux utilisateurs de ce document sont les suivantes :

- *Signalement et classification IMEP des recommandations relatives aux poliovirus dérivés de souches vaccinales.*<sup>6</sup>  
Ces recommandations décrivent les analyses de laboratoire complémentaires et l'investigation épidémiologique sur le terrain avant la confirmation de la classification d'un échantillon de PVDV.
- *Outils opérationnels pour la riposte à l'épidémie.*<sup>7 8</sup>  
Les POS ne fournissent pas d'outils spécifiques pour la riposte à l'épidémie, une planification des activités de vaccination supplémentaires (AVS) ou des méthodes de surveillance renforcée. Les outils sont disponibles sur le site Web de l'IMEP<sup>9 10</sup>.

## 2. Événements et épidémies de poliovirus

### 2.1 Définition des événements et épidémies de poliovirus

Le Tableau 1 classe tous les isolats de polio selon le fait que leur apparition est actuellement considérée comme étant un « événement » ou une « épidémie » afin de décrire l'étendue de la transmission entre les personnes et de déterminer la riposte appropriée. Dans l'Annexe 1, la figure 3 décrit cet aspect visuellement.

**Tableau 1: Définition des événements et épidémies de poliovirus**

Typologie	Définition
Événement (à ce stade, aucune preuve de transmission)	Humain Détection de <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <b>PVDV</b> dans : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cas de PFA isolé ou personne asymptomatique (p. ex. contact) ou</li> <li>• Une ou plusieurs personnes, <sup>a</sup> sans preuve de circulation au sein de la communauté (isolats <b>PVDVi</b> ou <b>PVDVa</b>)</li> </ul> </li> </ol> OU <ol style="list-style-type: none"> <li>2) <b>Isolat de type Sabin 2</b> dans un ou des échantillons individuels</li> </ol> OU <ol style="list-style-type: none"> <li>3) <b>Personne infectée de PVS2</b> avec une exposition documentée au virus de type 2 dans un laboratoire ou un site de production de vaccins</li> </ol>
	Environnemental Détection de <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <b>Échantillon environnemental unique de PVS</b> sans preuve de suivi de l'excrétion virale <sup>b</sup></li> </ol> OU <ol style="list-style-type: none"> <li>2) <b>PVDV</b> sans preuve de transmission supplémentaire, comme <ul style="list-style-type: none"> <li>• un échantillon environnemental unique sans preuve de circulation prolongée de plus de 1 an et demi ou</li> <li>• un PVDVa</li> </ul> </li> </ol> OU <ol style="list-style-type: none"> <li>3) <b>Isolat Sabin de type 2</b> pour le ou les échantillons environnementaux</li> </ol>
Épidémie (preuve de transmission)	Humain Détection de <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Toute personne infectée de <b>PVS</b> <sup>a</sup> (un complément au type 2 : « sans exposition documentée au virus de type 2 dans un laboratoire ou un site de production de vaccins »)</li> </ol> OU <ol style="list-style-type: none"> <li>2) Toute personne infectée de <b>PVDVc</b> <sup>a</sup></li> </ol>
	Environnemental Détection de <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Deux échantillons environnementaux positifs distincts <sup>c</sup> ou plus pour <b>PVS</b> avec des informations de séquençage génétique indiquant une transmission locale durable</li> <li>2) OU</li> <li>3) Un échantillon environnemental positif unique de <b>PVS</b> avec preuve de suivi de l'excrétion virale <sup>b</sup> (un complément au type 2 : « sans exposition documentée dans un laboratoire ou un site de production de vaccins »)</li> </ol> OU <ol style="list-style-type: none"> <li>4) Tout échantillon environnemental positif de <b>PVDVc</b></li> </ol>

<sup>a</sup> La personne infectée peut être un cas de PFA ou une personne asymptomatique/en bonne santé

<sup>b</sup> La preuve de l'excrétion virale est définie par l'identification d'une ou plusieurs personnes infectées de PVS ou PVDV pendant l'investigation de suivi

<sup>c</sup> « distinct » signifie :

- que l'échantillon a été recueilli dans plus d'un site de collecte SE (sans chevauchement des zones de collecte), OU  
- que l'échantillon a été recueilli dans un seul site à plus de deux mois d'intervalle

## 2.2- Poliovirus dérivés de souches vaccinales

Les poliovirus dérivés de souches vaccinales (PVDV)<sup>11,12</sup> sont identifiés selon leur degré de divergence génétique par rapport à la souche virale du VPO parent. Les souches divergentes de > 1 % (ou >= divergence de 10 nt, pour les types 1 et 3) ou divergents de > 0,6 % (>= divergence de 6 nt, pour le type 2) par rapport à la souche vaccinale orale correspondante sont étiquetées comme des PVDV.<sup>13</sup>

Les PVDV sont classés en 3 catégories :

1. **Les poliovirus dérivés de souches vaccinales liés à l'immunodéficience (PVDVi)** sont des cas spéciaux de PVDV qui se déclarent dans l'intestin des personnes atteintes d'immunodéficience primaire (PID). Contrairement aux personnes immunocompétentes qui excrètent le virus vaccinal pendant une période limitée, certaines personnes immunodéficientes sont incapables d'évacuer la répllication intestinale du virus vaccinal après avoir reçu le VPO. À cet égard, les PVDVi représentent une menace pour l'éradication, car les personnes qui excrètent le virus vaccinal pendant des périodes prolongées peuvent représenter des sources de réintroduction du poliovirus après l'éradication de la polio.
2. **Les poliovirus dérivés de souches vaccinales en circulation (PVDVc)** ont lieu quand il y a des preuves de transmission entre les personnes au sein de la communauté.
3. **Les poliovirus ambigus dérivés de souches vaccinales (PVDVa)** forment une classification d'exclusion lorsque l'investigation n'indique pas une classification comme PVDVc ou PVDVi. Les isolats peuvent provenir des personnes n'ayant pas d'immunodéficience connue ou d'un échantillon environnemental, sans preuve de circulation.

*Les directives de l'IMEP sur le signalement et la classification des poliovirus dérivés de souches vaccinales*<sup>14</sup> décrivent les définitions et les processus d'investigation épidémiologiques et sur le terrain nécessaires pour classer un isolat PVDV.

## 2.3-Résultats de laboratoire et lancement de la riposte

Lorsqu'un ou plusieurs laboratoires du réseau mondial de laboratoires de polio (RMLP) isolent un poliovirus d'un échantillon biologique (humain) ou environnemental (via la culture, la différenciation intratypique et le séquençage génétique), le RMLP informe rapidement le Ministère de la santé dans le pays affecté, le bureau national de l'Organisation mondiale de la santé et les niveaux régional et mondial de l'identification d'un poliovirus et indique si le virus est sauvage ou dérivé de souches vaccinales, s'il est de type 1, 2 ou 3 et de type Sabin (vaccin) ou non-Sabin.

Cette notification est fournie pour que les autorités puissent lancer une investigation des cas et au sein de la communauté pour évaluer l'enfant/adulte atteint et ses contacts familiaux ou communautaires (ou les circonstances de l'échantillon environnemental), et étudier l'existence de preuves de transmission entre personnes. L'OMS transmet ces informations aux partenaires IMEP dès leur réception. Les investigations fourniront également les informations nécessaires pour classer l'isolat comme indiqué dans la section précédente. L'investigation et la classification peuvent prendre des jours, voire des semaines. La notification des résultats de laboratoire n'est pas partagée en dehors de l'IMEP jusqu'à ce que le bureau régional de l'OMS, en collaboration avec le laboratoire ou d'autres collègues, confirme qu'il s'agit d'un événement ou d'une épidémie.

## 2.4-Définition du Jour Zéro pour le suivi des événements et épidémies de polio

Les procédures opérationnelles standard de l'IMEP recommandent de mettre en œuvre des activités de vaccination supplémentaires dans 14 jours suivant l'identification d'un poliovirus qui nécessite une campagne de vaccination, comme décrit dans les tableaux 5 et 6 pour chaque type d'isolat.

Pour surveiller la performance, **la notification des résultats de laboratoire est définie comme « jour 0 »**, de sorte que le progrès de la riposte à l'événement ou l'épidémie puisse être évalué selon les

normes définies dans les présentes POS. C'est le cas des événements non encore classés PVDV de type 2 et des épidémies PVDVc2. Pour les événements de PVDV de type 1 et 3 en attente de classification, une investigation rapide est attendue, mais ils ne seront pas à ce stade mesurés par rapport aux normes POS sauf s'ils sont confirmés comme étant, ou pouvant devenir, des épidémies de type 1 ou de type 3.

## 2.5-Confirmation de l'épidémie

La confirmation d'une **épidémie** relève de la responsabilité du bureau régional de l'OMS (tableau 2).

**Tableau 2 : Exigences opérationnelles pour confirmer une épidémie**

Terminologie	Définition
<b>Confirmation de l'épidémie</b>  (Jour 0 pour la surveillance de la performance pour les poliovirus de types 1 et 3)	<b>Le bureau régional de l'OMS confirme</b> une épidémie en consultation avec les autorités nationales ainsi que les experts de laboratoire de l'IMEP et le siège de l'OMS, et après avoir pris en compte les critères ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• résultat de laboratoire (séquençage génétique) ET</li> <li>• investigation finale sur les cas (pour exclure le PVDVi) et</li> <li>• investigation sur l'événement (notamment pour le type 2 pour exclure la contamination dans le laboratoire ou le site de production de vaccins)</li> </ul>

## 2.6-Zones de risque de transmission de l'épidémie

Des facteurs tels que l'historique épidémiologique, l'emplacement géographique et les caractéristiques de la population peuvent déterminer trois « zones de risque de transmission » générales qui reflètent le risque de transmission de la polio (voir le tableau 3).

**Tableau 3 : Définition des « zones de risque de transmission » selon le risque que présente la population pour la transmission du poliovirus**

Zone	Pays/région et caractéristiques de la population	Risque de transmission ultérieure
<b>1</b>	Historique clair de PVS durable ou PVDVc signalé depuis 2005 ; <u>OU</u> communauté affectée, avec d'autres risques de faible immunité* ou de mobilité élevée qui indiquent des communautés vulnérables	Élevé
<b>2</b>	Couverture DTP3 régulièrement faible à <80 % dans les 3 années précédentes ; <u>OU</u> historique de PVS importé ou de tout PVDVc ou PVDVa dans les 3 années précédentes ; <u>OU</u> avec une couverture DTP3 de <90 % et à proximité de la région affectée	Élevé à moyen
<b>3</b>	Couverture DTP3 régulièrement >80 % ; communauté affectée avec peu de facteurs de risque pour la transmission durable	Faible

\*Par exemple, taux de natalité élevé, population dense et élevée, faible niveau de couverture en matière de vaccination de routine, incapacité à atteindre les enfants non vaccinés dans les AVS d'avant la transition, et d'autres situations associées à des niveaux élevés de transmission oro-fécale

## 2.7-AVS de grande qualité pour la riposte aux événements et épidémies

Les épidémies de polio et la plupart des événements de polio de type 2 nécessitent la mise en œuvre de campagnes de vaccination dans les 14 jours pour arrêter toute circulation ultérieure du virus.

**Une campagne d'AVS rapide** pour la riposte aux événements et épidémies désigne les AVS effectuées dans les 14 jours suivant la notification des résultats de laboratoire (jour 0).

**L'intervalle d'administration de doses supplémentaires à intervalle court (SIAD) entre les tournées d'AVS peut être d'une semaine seulement.**

**On parle d'AVS à grande échelle** à partir de 500 000 enfants pour la première tournée d'AVS et d'environ 2 millions pour les tournées ultérieures. Lorsque le nombre d'enfants dans un rayon raisonnable est inférieur à 2 millions, tous les enfants, ou les enfants d'une population totale de 10 millions de personnes peuvent être ciblés. Il est possible d'envisager d'augmenter la portée dans les régions densément peuplées ou s'il y a une preuve de circulation importante, ou en cas de potentiel d'une circulation importante (p. ex., épidémie dans une population bien connectée à une région urbaine majeure). Cependant, dans toutes les situations, la population cible ne devrait pas être augmentée au-delà de la capacité du programme afin d'atteindre une couverture élevée.

**Le groupe d'âge cible** pour les AVS est constitué de tous les enfants de moins de 5 ans. Un **groupe d'âge élargi** prend en considération des enfants de moins de 10 ans, de moins de 15 ans ou la population totale, et ce en fonction du contexte local. La vaccination des groupes d'âge élargis est recommandée en cas de preuve de circulation virale dans les groupes d'âge supérieur.

### **3- Obligation d'information concernant les isolats de poliovirus positifs**

**Tous les cas d'isolation de poliovirus dans un pays qui n'était pas touché par la polio – ainsi que, dans les pays encore endémique pour le poliovirus sauvage, les autres poliovirus comme le PVDV2 – doivent être signalés immédiatement par le pays à l'OMS, quel que soit le type de l'isolat (PVS, PVDV) ou sa source (cas symptomatique ou non, échantillon environnemental, autres).**

La notification doit avoir lieu dès la première indication d'un échantillon positif ; Pr exemple, en cas d'identification d'un PVDV non classé, le pays doit informer immédiatement l'OMS avant la classification finale. Ceci s'applique à la fois aux isolats environnementaux et cliniques. Les pays ne doivent pas compter sur la notification par le laboratoire pour informer l'OMS, mais mettre en place leur propre procédure formelle de notification rapide.

**Contexte :** En 2012, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté une résolution importante stipulant que l'éradication de la polio est une urgence programmatique pour la santé publique mondiale, comme indiqué dans le Cadre de travail pour la riposte d'urgence. La résolution a appelé à une intensification des efforts pour éradiquer la polio.

**Notification :** Les pays doivent **informer immédiatement l'OMS concernant toute détection de poliovirus PVS ou PVDV** dans la mesure où il peut s'agir d'un « événement susceptible de constituer une urgence de santé publique », conformément au RSI<sup>15</sup>. Cela reste vrai quelle que soit la source ou la classification précise de la source du poliovirus. Le PVS isolé dans un cas de PFA ou contact avec un cas remplit les critères d'une « notification en toutes circonstances » conformément à l'IHR, Annexe 2 (2005)<sup>16</sup>. L'identification d'un PVS ou d'un PVDV provenant d'une source donnée (environnementale ou humaine) remplit les critères pour une notification de l'OMS, conformément aux critères suivants du RSI, Annexe 2 (2005)<sup>17</sup> :

- i) impact sérieux sur la santé publique ;
- ii) événement inhabituel ou imprévu. Les deux critères finaux peuvent également être remplis :
- iii) risque significatif de propagation internationale de la maladie ;
- iv) risque significatif pour le commerce international ou restrictions de voyage.

En outre, l'isolation du virus Sabin 2 doit faire l'objet d'une notification conformément au RSI à partir du 1er septembre 2016, car, après cette date, aucun vaccin contre le virus Sabin 2 ne devrait être utilisé, sauf dans le contexte d'une riposte à l'épidémie avec mOPV2.

**Étapes de la notification :**

- Le centre de liaison sur la polio du **pays concerné** informe le conseiller en matière de polio du bureau régional de l'OMS dans les 24 heures suivant la réception de la notification du laboratoire concernant un isolat de poliovirus. Le Ministère de la santé et le siège de l'OMS doivent recevoir une copie de la correspondance ; le siège de l'OMS informe alors immédiatement les partenaires IMEP.
- Le **bureau régional de l'OMS** confirme la notification avec le pays et le laboratoire affilié au GLPN. Il s'agit alors d'une notification RSI officielle qui est transmise au RSI et au siège de l'OMS.

Des détails supplémentaires sur la notification conformément au RSI sont disponibles dans l'Annexe 2.

## 4- Riposte à un événement polio

Le pays mène une investigation et une surveillance pour tout événement de polio pour déterminer si une épidémie est en train de se déclarer, et ce avec le soutien des partenaires IMEP si nécessaire. Une communication claire, opportune et efficace entre tous les partenaires et niveaux est cruciale pour assurer une riposte appropriée aux événements.

Les tableaux 5 a et 5 b décrivent les exigences de riposte minimales aux différents événements de polio possibles.

**NB.: Tous les événements poliovirus de type 2 seront gérés comme étant des épidémies afin de mettre en œuvre et de surveiller la riposte opérationnelle, par exemple dans l'attente des résultats des investigations sur le terrain et de la classification finale dans le cas d'un PVDV2.**

Cela implique que, pour les événements de type 2, une politique de financement « sans regrets » doit s'appliquer et que les normes de performance de l'IMEP définies dans les présentes POS soient respectées. Lorsque la riposte à l'événement est en cours, y compris l'investigation, la surveillance et les campagnes de vaccination conformément à la norme, il y aura une plus grande flexibilité pour déterminer le nombre de tournées d'AVS ou l'échelle des évaluations de riposte à l'événement.

### 4.1- Investigation et évaluation : étapes générales pour tous les événements

Les étapes générales initiales recommandées pour la riposte à un événement de polio sont :

- **Investigation des cas et des contacts**<sup>18</sup>:
  - Mener d'urgence une investigation détaillée sur les aspects cliniques, épidémiologiques et sociaux des cas et des contacts.
  - Enquêter sur l'historique clinique, y compris les centres médicaux visités, ainsi que l'historique de déplacement du cas, son environnement social et son contexte communautaire
  - Prélèvement d'échantillons chez les contacts du ou des cas (prélèvement de selles) : Prélever un échantillon de selles chez au moins 5 contacts directs (c'est-à-dire les frères et sœurs, les contacts à domicile, les compagnons de jeu ou d'école) et chez au moins 20 personnes du même groupe d'âge vivant au sein de la communauté (c'est-à-dire dans une autre partie du village ou dans un village voisin). Visiter et établir une liste de tous les autres fournisseurs de soins de santé dans la région, y compris les guérisseurs traditionnels et les établissements de soins privés dans le cadre d'une recherche active sur les cas.
  - Dans le cas où le nouveau VDPV provient d'une source environnementale, des échantillons supplémentaires et possiblement également des échantillons de selles de personnes de la communauté sont collectés.
- **Recherche de cas dans la communauté** : recherches dans la communauté de cas non signalés. Cela inclut les recherches actives et les recherches rétrospectives de cas dans les centres de soins. Un échantillon environnemental positif doit également donner lieu à une recherche de cas active au sein de la communauté suspectée et/ou la zone de collecte du site de SE. Les cas trouvés doivent faire l'objet de prélèvements de selles.
- **Évaluation de l'immunité de la population** : faite sur la base de données PFA et la couverture de vaccination de routine, ainsi qu'une enquête rapide dans la communauté sur le statut VPO/VPI, dans le cadre de l'investigation de(s) cas
- **Renforcement de la surveillance** : le système de surveillance est mis en alerte pour détecter les signes de transmission de poliovirus dans le pays affecté et les pays voisins potentiellement touchés (surveillance de la PFA et surveillance environnementale) :

- Afin d'optimiser la qualité et le degré de sensibilité du système de surveillance de la PFA, il convient d'accorder une attention particulière à la réalisation et à l'exactitude des rapports sur la PFA. Envisager d'effectuer des prélèvements de routine chez les contacts pour détecter d'éventuels cas de PFA (3 contacts pour chaque cas de PFA) provenant d'une zone géographique pendant une période donnée.
- Pour la période d'investigation immédiate, augmenter la fréquence de la surveillance environnementale, quand cela est possible. Pour le long terme, effectuer avec les partenaires IMEP une investigation pour déterminer s'il faut établir ou élargir les sites de prélèvement environnementaux locaux.

## 4.2-Évaluation des risques

Le pays, l'OMS et les partenaires IMEP effectuent une évaluation du risque pour chaque événement en fonction des résultats des investigations épidémiologiques et de laboratoire et de la solidité des preuves. Cette évaluation vise à caractériser la transmission du virus et les implications de sa propagation. Il s'agit d'une mesure particulièrement importante en cas de découverte d'un isolat de type 2 (consultez la partie 2 des présentes POS (Protocole spécifique au type 2)).

Aux fins de la riposte décrites dans ces POS, la décision ultime concernant la désignation d'un isolat de poliovirus comme événement ou épidémie revient à l'OMS, en concertation avec le pays affecté. Un événement de polio peut être requalifié comme épidémie à tout moment de l'investigation (suivant les définitions données dans le Tableau 1), selon l'appréciation de l'OMS en consultation avec le pays et les autres partenaires IMEP.

## 4.3-Étapes spécifiques

La portée de la riposte à un événement détecté dépend du type et de la classification du poliovirus et, dans certaines circonstances, de la situation locale. Après la transition, la détection d'un événement de type 2 nécessite une riposte plus agressive que celle recommandée pour les autres types de poliovirus.

Les étapes spécifiques sont définies selon l'isolat identifié, en plus des étapes indiquées dans le Tableau 5.

- **Pour tous les événements de type 2**, le protocole de riposte au type 2 abordé dans la partie 2 des présentes POS décrit les détails complets pour lesquels la situation nécessite une riposte vaccinale.
- **Pour les virus PVDV1 ou PVDV3 en attente de classification**, l'approche suivra les mêmes étapes de riposte initiale. Cependant, les activités AVS ne sont requises que si l'isolat est classé comme un PVDVc, ce qui déclenche une riposte complète à l'épidémie.
- Les isolats classés comme **PVDVa et PVDVi** ne donnent généralement pas lieu à une épidémie. L'approche de la riposte générale est simplifiée à une investigation sur les cas et contacts communs, en plus des AVS spécifiques (pour le type 2) ou sans aucune AVS (pour le type 1 et 3), selon le contexte local et l'évaluation des risques.
- L'investigation sur un **isolat de PVS environnemental dans un pays exempt d'endémie** doit prendre en considération la possible importation (p. ex. par les voyages entrants) ou la fuite sur le site d'un laboratoire. Pour les types 1 et 3, la riposte nécessaire, y compris la mise en œuvre des AVS, sera déterminée au cas par cas, avec une attention particulière au pays (p. ex., la proximité de régions d'endémie), les caractéristiques immunitaires de la population et les résultats de l'investigation.

La riposte rapide aux épidémies de types 1 et 3 (PVS ou PVDVc1 ou 3) est effectuée avec le VPO bivalent (types 1 et 3 du vaccin Sabin) et les demandes suivent les procédures habituelles pour l'obtention du soutien des bureaux régionaux de l'OMS et de l'UNICEF.

**Tableau 5a : Exigences minimales de riposte aux événements polio**

Isolat	Source	Riposte générale	Riposte vaccinale	Calendrier **
<b>PVS</b>				
<b>PVS 1 ou 3</b>	environnement	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recherche de cas : recherche de cas au sein de la communauté</li> <li>Évaluation de l'immunité de la population</li> <li>Renforcement de la surveillance</li> <li>Évaluation de la riposte à l'événement (ERE)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Plan des AVS</b> et de leur mise en œuvre selon la situation locale et les conseils de l'OMS et des partenaires IMEP</li> </ul>	-
<b>PVS 2</b>	environnement (sans preuve d'excrétion individuelle du virus)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recherche de cas : recherche de cas au sein de la communauté</li> <li>Évaluation de l'immunité de la population</li> <li>Renforcement de la surveillance</li> <li>Évaluation de la riposte à l'événement (ERE)</li> <li>Consultez la partie 2 des présentes POS (protocole pour le poliovirus de type 2)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Consultez la partie 2 des présentes POS (protocole pour le poliovirus de type 2) Le plan et la mise en œuvre des AVS dépendent de la situation locale. Pour la zone de risque 1 en particulier, <b>envisager une tournée d'AVS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Âge cible : 0 à 5 ans</li> <li>Taille de la population : dans une zone de réponse rapide (min 500 000 enfants)</li> <li>Choix du vaccin : VPOM2+/- VPI</li> </ul> </li> <li>Demande de vaccin au Directeur Général de l'OMS pour VPOM2</li> </ul>	premières AVS dans les 14 jours
<b>Type Sabin 2</b>				
<b>Type Sabin 2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>environnement ou</li> <li>humain</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Consultez la partie 2 des présentes POS (protocole spécifique au poliovirus de type 2)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Consultez la partie 2 des présentes POS (protocole pour le poliovirus de type 2) <b>Les AVS ne sont pas requises</b></li> </ul>	-

\*\* Calendrier :

- à partir de la notification des résultats de laboratoire pour les événements de type 2

- pour les événements de PVDV de type 1 et 3 en attente de classification, et de PVDVi 1 ou 3, une riposte rapide est attendue, mais ils ne seront pas à ce stade mesurés par rapport aux normes POS sauf s'ils sont confirmés comme étant, ou pouvant devenir, des épidémies de type 1 ou de type 3.

**Tableau 5b : Exigences de riposte minimale aux événements de polio (suite)**

Isolat	Source	Riposte générale	Riposte vaccinale	Calendrier **
<b>PVDV</b>				
<b>PVDV 1 ou 3</b> (en attente de classification) *	<ul style="list-style-type: none"> <li>humain</li> <li>environnement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Investigation sur les cas et les contacts (clinique et épidémiologique)</li> <li>Recherche de cas : recherche de cas non signalés au sein de la communauté</li> <li>Évaluation de l'immunité de la population</li> <li>Renforcement de la surveillance</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Les AVS ne sont pas requises</b></li> </ul>	-
<b>PVDVa 1 ou 3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>humain ou</li> <li>environnement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Investigation sur les cas et les contacts (clinique et épidémiologique)</li> <li>Renforcement de la surveillance environnementale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Les AVS ne sont pas requises</b></li> </ul>	-
<b>PVDVi 1 ou 3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>humain</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Investigation sur les cas et les contacts (clinique et épidémiologique)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Les AVS ne sont pas requises</b></li> </ul>	-
<b>PVDV 2</b> (en attente de classification, « nouveau » PVDV : transmission probable)	<ul style="list-style-type: none"> <li>humain ou</li> <li>environnement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Investigation sur les cas et les contacts (clinique et épidémiologique)</li> <li>Recherche de cas : recherche de cas non signalés au sein de la communauté</li> <li>Évaluation de l'immunité de la population</li> <li>Renforcement de la surveillance</li> <li>Évaluation de la riposte à l'événement (ERE)</li> <li>Consultez la partie 2 des présentes POS (protocole pour le poliovirus de type 2)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Consultez la partie 2 des présentes POS (protocole pour le poliovirus de type 2)</li> <li><b>Plan de ≥3 tournées d'AVS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mettre en œuvre les premières AVS avec le VPOM2 dans la zone de riposte rapide (min. 500 000), sauf si le risque est très faible.</li> <li>autres tournées : la mise en œuvre dépend de la situation locale</li> </ul> </li> <li>Choix du vaccin : VPOM2 +/- VPI</li> <li>Demande de vaccin au Directeur général de l'OMS pour VPOM2</li> </ul>	premières AVS dans les 14 jours
<b>PVDVa 2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>humain ou</li> <li>environnement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Investigation sur les cas et les contacts (clinique et épidémiologique)</li> <li>Renforcement de la surveillance</li> <li>Évaluation de la riposte à l'événement (ERE)</li> <li>Consultez la partie 2 des présentes POS (protocole pour le poliovirus de type 2)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Consultez la partie 2 des présentes POS (protocole pour le poliovirus de type 2)</li> <li><b>Envisager 3 tournées d'AVS au maximum</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mettre en œuvre les premières AVS avec le VPOM2 dans la zone de riposte rapide (min. 500 000) si le risque est élevé</li> <li>autres tournées : la mise en œuvre dépend de la situation locale</li> </ul> </li> <li>Choix du vaccin : VPOM2 +/- VPI</li> <li>Demande de vaccin au Directeur général de l'OMS pour VPOM2</li> </ul>	premières AVS dans les 14 jours
<b>PVDVi 2</b>	humain	<ul style="list-style-type: none"> <li>Investigation sur les cas et les contacts (clinique et épidémiologique)</li> <li>Consultez la partie 2 des présentes POS (protocole pour le poliovirus de type 2)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Consultez la partie 2 des présentes POS (protocole pour le poliovirus de type 2)</li> <li><b>Les AVS ne sont pas requises</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>IVIG (immunoglobines intraveineuse) pour les cas (+ anticorps monoclonaux ou antiviraux, si disponibles) PLUS</li> <li>VPI pour les membres de la famille et les contacts proches au sein de la communauté</li> </ul> </li> </ul>	-

\* si un PVDV est classé comme une souche *en circulation*, ce qui représente une preuve d'une transmission en cours, l'épidémie est déclarée

\*\* Calendrier :

- à partir de la notification des résultats de laboratoire pour les événements PV de type 2

- pour les événements PV de type 1 et 3, une riposte rapide est attendue, mais la riposte vaccinale ne sera pas à ce stade mesurée par rapport aux normes POS, sauf s'il est confirmé que les événements sont, ou peuvent devenir, des épidémies de type 1 ou de type 3.

#### 4.4-Mise à disposition des stocks mondiaux de VPOM2

Conformément à la résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé, de nouvelles procédures ont été mises en place pour la mise à disposition de vaccin antipoliomyélitique oral de types 2 (VPOM2) des stocks de vaccins mondiaux. Le pays prépare et envoie une demande de vaccin dans les 48 heures suivant la notification des résultats de laboratoire concernant un poliovirus de type 2 nécessitant une riposte vaccinale.

Le formulaire de demande de vaccins VPOM2 est disponible sur le site de l'IMEP à [http://www.polioeradication.org/Portals/0/Document/Resources/PolioEradicators/SOP\\_AnnexB\\_mOPV.doc](http://www.polioeradication.org/Portals/0/Document/Resources/PolioEradicators/SOP_AnnexB_mOPV.doc)

Seul le Directeur général de l'OMS a l'autorité d'accorder la mise à disposition du vaccin VPOM2 sur recommandation du Groupe Consultatif de mise à disposition des vaccins, composé du groupe de gestion et d'éradication des épidémies (EOMG) et d'experts techniques supplémentaire (laboratoire et épidémiologie).

Alors que la mise à disposition du VPI ne nécessite pas l'approbation du Directeur général, à cause des contraintes mondiales sévères qui pèsent sur les approvisionnements de VPI, le même processus de demande de vaccin est utilisé pour les approvisionnements de VPI.

Le formulaire de demande de vaccins VPI est disponible sur le site de l'IMEP à [http://www.polioeradication.org/Portals/0/Document/Resources/PolioEradicators/SOP\\_AnnexB\\_IPV.doc](http://www.polioeradication.org/Portals/0/Document/Resources/PolioEradicators/SOP_AnnexB_IPV.doc)

#### 4.5-Évaluation de la riposte à l'événement (ERE)

Le concept d'évaluation de la riposte à l'épidémie peut être appliqué aux événements, notamment ceux pour lesquels une riposte vaccinale et un renforcement de la surveillance sont mis en œuvre. L'évaluation de la riposte à l'événement peut être calibrée correctement ou ciblée pour répondre aux besoins du contexte et des circonstances à l'échelle locale. L'objectif de l'évaluation de la riposte à l'événement consiste à examiner la qualité de la riposte et le besoin éventuel d'un renforcement de la surveillance, et de recommander les AVS supplémentaires qui peuvent être nécessaires, surtout dans les cas de type 2, ainsi que les plans de déploiement élargi du VPOM2, lequel nécessite une justification complète.

## 5- Riposte à une épidémie de polio

### 5.1-Exigences de riposte minimale à toutes les épidémies de polio

La portée d'une riposte à une épidémie détectée est déterminée par le type et la classification du poliovirus, l'immunité de la population sous-jacente, la situation locale et les résultats de l'investigation épidémiologique initiale. Pour les partenaires, la clé pour une riposte réussie consiste à adapter leurs stratégies à l'évolution de la situation au cours de l'investigation.

Le Tableau 6 décrit les exigences de riposte minimale à toutes les épidémies de polio

Les **étapes générales** recommandées **pour riposter à toutes les épidémies de polio** (Tableau 6a) sont identiques à celles d'un événement (voir le paragraphe 4.1), mais complétées par des activités supplémentaires ou des niveaux normatifs :

- Il s'agit d'un renforcement supplémentaire de la surveillance, où les normes minimales de la surveillance de la PFA sont portées à « trois cas de PFA non poliomyélitique pour 100 000 enfants de moins de 15 ans dans toutes les premières divisions infranationales (province ou État), et ce pour la durée de l'épidémie et pendant au moins 12 mois après le dernier cas. »
- Activités supplémentaires, telles que :
  - Classement en grades de l'épidémie (par l'EOMG),
  - Déploiement, le cas échéant (par l'OPRTT), d'une équipe de riposte rapide (Équipe A) et d'une équipe d'urgence (Équipe B)
  - Suivi Indépendante (SI) des AVS
  - Évaluation de la couverture de vaccination avec la méthode de prélèvement pour l'assurance qualité par lots groupés (LQAS)
  - Évaluations indépendantes de la riposte à l'épidémie (OBRA)

**Des étapes spécifiques de la riposte vaccinale** sont définies selon l'isolat identifié, en sus des étapes générales indiquées ci-dessus (Tableau 6b).

Tableau 6a : Exigences de riposte minimale aux épidémies de polio

Isolat	Riposte	Calendrier (à partir de la notification des résultats de laboratoire)
<b>1- Eléments de riposte générale</b>		
Tous les isolats		
Tous les isolats	Investigation sur les cas et les contacts	Lancement dans les 24 heures
	Recherche de cas au sein de la communauté	Lancement dans les 24 heures
	Évaluation de l'immunité de la population	Lancement dans les 24 heures
	Renforcement de la surveillance ****	Lancement dans les 72 heures
	Évaluation du risque d'épidémie et classement subséquent (par l'EOMG)	Réalisation dans les 72 heures
	Lancement et déploiement, le cas échéant (par l'OPRTT) : <ul style="list-style-type: none"> <li>• équipe de riposte rapide (Équipe A) et</li> <li>• équipe d'urgence (Équipe B)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lancement dans les 72 heures par l'Équipe A</li> <li>• Dans les 3 semaines pour l'équipe B</li> </ul>
	Suivi Indépendant (SI) des AVS <sup>19</sup> **	- SI en conjonction avec les AVS à mettre en œuvre <b>dans le mois suivant</b> - Résultats des données de la SI à publier à l'échelle internationale sur le site Web mondial de l'IMEP dans les 14 jours suivant la fin de chaque campagne
	Évaluer la couverture de vaccination avec la méthode de prélèvement pour l'assurance qualité par lots groupés (LQAS) <sup>20</sup>	LQAS à lancer aussitôt que possible en conjonction avec les AVS
Évaluations indépendantes de la riposte à l'épidémie (OBRA) <sup>21</sup>	1) <b>Première évaluation indépendante après 3 mois</b> : à mettre en œuvre après 3 mois de la détection du premier cas d'une épidémie de polio 2) <b>Évaluations trimestrielles de suivi</b> : après 3 mois de la première évaluation trimestrielle, puis tous les 3 mois tant que l'épidémie continue 3) <b>Évaluation de la fin d'épidémie</b> : 6 mois ou 12+2 mois après le cas le plus récent.	

\* OPRTT (Outbreak Preparedness and Response Task Team) désigne le groupe de travail pour la préparation et la riposte à l'épidémie

\*\* La surveillance indépendante ne remplace pas la supervision et n'équivaut pas à celle-ci

\*\*\*\* y compris la surveillance de la PFA qui doit être renforcée à un niveau annuel de plus de **trois cas de PFA non poliomyélitique par 100 000 enfants** âgés de moins de 15 ans dans chacune des premières divisions infranationales (province ou État), pour la durée de l'épidémie et pendant au moins 12 mois après le dernier cas. Pour la période d'évaluation immédiate, augmenter également la fréquence de la surveillance environnementale, quand cela est possible

Tableau 6b : Exigences de riposte minimale aux épidémies de polio (suite)

Isolat	Riposte	Calendrier (à partir de la notification des résultats de laboratoire)
<b>2- Riposte vaccinale</b>		
<b>PVS</b>		
<b>PVS 1 ou 3</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>humain ou</li> <li>environnement</li> </ul>	<b>Planifier + mettre en œuvre ≥3 tournées d'AVS</b> , après recommandations de l'OMS et des partenaires IMEP <ul style="list-style-type: none"> <li>âge cible : 0 à 5 ans + un groupe d'âge élargi dans ≥1 AVS</li> <li>taille de la population :               <ul style="list-style-type: none"> <li>-AVS1 : au moins 500 000 enfants.</li> <li>- AVS 2 et AVS 3 : environ 2 millions d'enfants</li> </ul> </li> <li>Choix du vaccin : VPOb</li> </ul>	- 1ère tournée dans les 14 jours - Les 3 premières tournées sont des AVS à intervalle court (2 à 3 semaines d'intervalle)
<b>PVS 2</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>humain</li> </ul>	Consultez la partie 2 des présentes POS (protocole pour le poliovirus de type 2) <b>Prévoir au minimum 4 tournées d'AVS au maximum</b> , après recommandations de l'OMS et des partenaires IMEP <ul style="list-style-type: none"> <li>âge cible : 0 à 5 ans</li> <li>taille de la population :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- AVS 1 : dans la zone de riposte rapide, au moins 500 000 enfants</li> <li>- AVS 2 à 5 : dans la région touchée par l'épidémie, au moins 2 millions d'enfants</li> </ul> </li> <li>Choix du vaccin : VPOM2 +/- VPI</li> </ul> Demande de vaccin au Directeur général de l'OMS pour VPOM2	Consultez la partie 2 des présentes POS (protocole pour le poliovirus de type 2)
<b>PVS 2</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>environnement</li> </ul>	Consultez la partie 2 des présentes POS (protocole pour le poliovirus de type 2) Dépend de la situation locale. Pour la zone de risque de transmission 1 en particulier, <b>envisager 1 tournée d'AVS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>âge cible : 0 à 5 ans</li> <li>taille de la population : dans une zone de réponse rapide au moins 500 000 enfants.</li> <li>Choix du vaccin : VPOM2 +/- VPI</li> </ul> Demande de vaccin au Directeur général de l'OMS pour VPOM2	Consultez la partie 2 des présentes POS (protocole pour le poliovirus de type 2)
<b>PVDVc</b>		
<b>PVDVc1 ou 3</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>humain ou</li> <li>environnement</li> </ul>	<b>Planifier + mettre en œuvre ≥3 tournées d'AVS</b> , après recommandations de l'OMS et des partenaires IMEP <ul style="list-style-type: none"> <li>âge cible : 0 à 5 ans + un groupe d'âge élargi dans ≥1 AVS</li> <li>taille de la population :               <ul style="list-style-type: none"> <li>-AVS1 : au moins 500 000 enfants.</li> <li>- AVS 2 et AVS 3 : environ 2 millions d'enfants</li> </ul> </li> <li>Choix du vaccin : VPOb</li> </ul>	- 1ère tournée dans les 14 jours - Les 3 premières tournées sont des AVS à intervalle court (2 à 3 semaines d'intervalle)
<b>PVDVc 2</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>humain ou</li> <li>environnement</li> </ul>	Consultez la partie 2 des présentes POS (protocole pour le poliovirus de type 2) <b>Prévoir au minimum 4 tournées d'AVS</b> , après recommandations de l'OMS et des partenaires IMEP <ul style="list-style-type: none"> <li>âge cible : 0 à 5 ans</li> <li>taille de la population :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- AVS 1 : dans la zone de riposte rapide, au moins 500 000 enfants</li> <li>- AVS 2 à 5 : dans la région touchée par l'épidémie, au moins 2 millions d'enfants</li> </ul> </li> <li>Choix du vaccin : VPOM2 +/- VPI</li> </ul> Demande de vaccin au Directeur général de l'OMS pour VPOM2	Consultez la partie 2 des présentes POS (protocole pour le poliovirus de type 2)

La sélection du vaccin le plus approprié est effectuée avec l'assistance technique de l'OMS. Elle est basée sur le type de poliovirus, l'immunité de la population sous-jacente et la durée prévue (Tableau 7).

En raison de la situation d'approvisionnement limité en VPI, le comité stratégique de l'IMEP suite aux recommandations du Groupe de Travail du SAGE<sup>22</sup>, a informé le 6 mai 2016, que **jusqu'à ce que la situation d'approvisionnement en VPI ne soit améliorée, toutes les campagnes de riposte aux épidémies qui peuvent avoir besoin d'utiliser le VPI doivent le faire en utilisant des doses fractionnées de VPI délivrés par voie intradermique**. L'utilisation de doses fractionnées (1/5 de la dose d'IPV complète) par voie intradermique, fournit une bonne séroconversion chez les enfants naïfs et les protège contre les paralysies. Chez les enfants précédemment vaccinés avec le VPO, elle stimule l'immunité humorale (et probablement stimule aussi l'immunité des muqueuses).

**Tableau 7 : Résumé des stratégies de vaccination typiques recommandées pour la riposte aux épidémies, par type de poliovirus.** REMARQUE : Dans tous les cas, l'OMS doit être consultée concernant le choix du vaccin.

Type d'épidémie	Après la transition (à partir de mai 2016)
Poliovirus de type 1 ou 3 (PVS)	VPOb +/- VPI comme adjuvant 
Poliovirus de type 1 ou 3 (PVDVc)	VPOb 
Poliovirus de type 2	VPOm2 (mise à disposition par DG de l'OMS) +/- VPI comme adjuvant 

## 5.2-Après la confirmation d'une épidémie

- Les **pouvoirs publics nationaux**, avec le soutien des partenaires IMEP, déclare l'épidémie en tant qu'une *Urgence nationale de santé publique*. Les pouvoirs publics informent l'OMS d'une *PHEIC (Public Health Emergency of International Concern, urgence de santé publique de portée internationale)* conformément au RSI, lorsque cela est nécessaire
- Les **pouvoirs publics nationaux** établissent un centre d'opérations d'urgence pour mener le développement d'un plan de riposte complet qui inclut le renforcement de la surveillance, la communication et la mobilisation, et assurer la mise en œuvre de stratégies VAS de qualité
- L'**OPRTT (OU Preparedness and Response Task Team, groupe de travail pour la préparation et la riposte à l'épidémie)** soumet à l'EOMG les informations adéquates pour classer l'épidémie dans les 72 heures suivant la notification des résultats de laboratoire
- L'**EOMG (Eradication and Outbreak Management Group, groupe de gestion et d'éradication des épidémies)** doit se réunir dans les 72 heures suivant la notification des résultats de laboratoire pour établir le grade l'épidémie
- Les **partenaires de l'OMS et de l'IMEP** offrent une assistance technique à toutes les activités, conformément à la classe d'épidémie et aux exigences de soutien au système de santé dans le pays touché

### 5.3- Évaluation et classement en grades du risque d'épidémie

Alors que les étapes d'investigation épidémiologique et de laboratoire correspondent en général aux processus normalisés pour le suivi de la détection de poliovirus, une évaluation du risque vise à caractériser la transmission du virus et les implications d'une propagation ultérieure. Elle détermine les facteurs cruciaux qui influencent le type et l'échelle de la riposte et donne des recommandations sur les mesures appropriées.

Pour le poliovirus de type 2, l'évaluation du risque se concentre particulièrement sur la réponse à ces trois questions principales (consultez la partie 2 des protocoles relatifs au poliovirus de type 2 et spécifiques aux présentes POS) :

- Quelle est la nature du virus (p. ex., PVS, Sabin ou PVDV) ?
- Y a-t-il des preuves de circulation ?
- Quel est le risque de propagation ultérieure ?

L'EOMG effectué une **évaluation du risque** fondée la combinaison de **deux ensembles de critères** :

**1) Potentiel de transmission dans le pays et de propagation au-delà des frontières nationales.**

L'évaluation du risque de transmission prend en considération les aspects suivants :

- a. Le risque de propagation internationale (notamment pour le poliovirus de type 2, après la transition), y compris le risque impliquant plusieurs pays et le risque transfrontalier dus aux liaisons de transport et aux voies de transmission.
- b. Type et classification du poliovirus (p. ex., type 1, 2 ou 3 ; classification PVS ou PVDV)
- c. Immunité de la population de la région touchée (selon la base de données des PFA et la couverture de vaccination de routine, ainsi qu'une enquête rapide au sein de la communauté sur le statut PVO/VPI) ;
- d. Existence de populations vulnérables (réfugiés, personnes déplacées à l'intérieur du pays, groupes nomades importants, groupes de population ayant des difficultés d'accès, etc.)
- e. Risque de propagation internationale (notamment pour le poliovirus de type 2, après la transition) ou faille dans le confinement (dans le laboratoire, ou les sites de recherche et de production du vaccin)

**2) Capacité du pays à riposter à l'épidémie et à la contenir.** L'évaluation de la capacité de riposte nationale inclut les éléments suivants :

- a. Niveau des structures sanitaires du pays
- b. Capacité à mobiliser les ressources humaines
- c. Situation sécuritaire, y compris la présence d'un conflit armé ou de régions d'insécurité importantes, ou l'inaccessibilité

Cette évaluation du risque détermine en fin de compte le risque de transmission ultérieure et influence directement le type et l'échelle de riposte nécessaires (**de grade 1 à 3**).

En fonction de l'évaluation du risque, l'**EOMG** assigne un grade à l'épidémie dans les 72 heures suivant la confirmation de l'épidémie pour :

- informer les partenaires de l'étendue, la complexité et la durée probable de l'assistance requise ;
- inviter tous les partenaires IMEP à tous les niveaux à se préparer à réaffecter et à mobiliser les ressources appropriées afin de fournir l'assistance, y compris les ressources humaines requises pour constituer des équipes de riposte rapide (Équipe A) et d'urgence (Équipe B), si nécessaire ;
- déclencher les activités de riposte à l'épidémie dans le pays concerné.

Le Tableau 8 souligne les 3 grades et leurs définitions conformément aux 2 ensembles de critères.

**Tableau 8 : Classements en grade et définitions pour les épidémies de polio**

Classement	Critères	Définition
<b>Grade 1</b>	<b>Potentiel de transmission et de propagation internationale</b>	Risque de transmission faible à modéré, y compris de propagation internationale, dû à la bonne immunité de la population et absence de rassemblement majeure de population
	<b>Niveau de capacité du pays</b>	Capacité de riposte du pays bonne à modérée en raison de son infrastructure sanitaire solide et l'absence de menace de sécurité ou de difficultés d'accès
<b>Grade 2</b>	<b>Potentiel de transmission et de propagation internationale</b>	Risque de transmission faible à élevé, y compris de propagation internationale
	<b>Niveau capacité du pays</b>	Capacité de riposte du pays solide à faible
<b>Grade 3</b>	<b>Potentiel de transmission et de propagation internationale</b>	Risque de transmission modéré à élevé, y compris de propagation internationale due à des problèmes importants en matière d'immunité de la population, historique de la propagation dans plusieurs pays/transfrontalière et agglomérations majeures de populations vulnérables
	<b>Niveau de capacité du pays</b>	Capacité de riposte du pays modérée à faible en raison de défaillances sérieuses dans la structure sanitaire locale du pays, de menaces de sécurité élevées et de problèmes d'accès, ou d'une urgence humanitaire complexe

La **matrice du profil de risque** dans le Tableau 9 fournit un outil visuel pour illustrer le processus de prise de décisions qui sous-tend la classification d'une épidémie conformément au grade 1, 2 ou 3. Elle souligne le fait que le niveau de la riposte nécessaire (le grade) à une épidémie de polio avec un faible risque de transmission peut varier entre les grades 1 et 3, selon la capacité de riposte du pays. Le système de classement en grades est utilisé pour décrire les actions nécessaires pour gérer le risque identifié. En outre, le système de classement en grades de la polio est suffisamment flexible pour permettre l'adaptation à chaque contexte d'épidémie de polio, ainsi qu'aux changements dans la stratégie mondiale, qui aura une importance capitale après le retrait du VPOt à l'échelle internationale

Le grade sera mise à jour au moins une fois tous les trois mois **ou** lorsqu'un changement significatif dans l'évolution de l'épidémie nécessite une réévaluation du grade attribué. Le classement par grades est suffisamment flexible pour permettre l'ajustement quasiment en temps réel des transitions entre les catégories d'activités de riposte indiquées dans le Tableau 10, afin de refléter la situation nationale et de répondre aux besoins locaux

Le grade servira de base à l'établissement des priorités ou au classement du niveau des activités de riposte à l'épidémie (Tableau 10) du grade 1 « feu vert » au grade 2 « feu orange », et finalement au grade 3 « feu rouge ». Plus le grade est élevé, plus le soutien de l'IMEP sera nécessaire pour la riposte.

**Tableau 9 : Matrice des profils de risque pour classer en grades une épidémie de polio**

Risque de transmission et propagation internationale	Capacité de riposte du pays			
		Élevé	Modéré	Faible
Faible		Grade 1	Grade 1	Grade 2
Moyen		Grade 1	Grade 2	Grade 3
Élevé		Grade 2	Grade 3	Grade 3

**Tableau 10 : Soutiens à l'extension de la riposte aux épidémies selon le grade de celle-ci**

Classement en grades / Type de soutien	Grade 1	Grade 2	Grade 3
<b>Leadership de la riposte*</b>	Coordinateur national	Coordinateur nommé par l'IMEP	Coordinateur nommé par l'IMEP
<b>Liaison technique*</b>	Mission des experts de polio des partenaires IMEP pour soutenir le développement du plan de riposte à l'épidémie	Déploiement d'une équipe de réponse rapide : <b>Équipe A *</b> (équipe multidisciplinaire de riposte à l'épidémie).	Déploiement d'une équipe de réponse rapide : <b>Équipe A *</b> (équipe multidisciplinaire de riposte à l'épidémie).
<b>Urgence*</b>	<b>Soutien du programme STOP (Stop Transmission Of Polio, arrêter la transmission de la polio)<sup>23</sup></b> , si nécessaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>Déploiement d'une équipe d'urgence : <b>Équipe B *</b> (équipe de conseillers multidisciplinaire pour un déploiement d'au moins 6 mois)</li> <li><b>L'assistance du programme STOP</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Déploiement d'une équipe d'urgence : <b>Équipe B *</b> (équipe de conseillers multidisciplinaire pour un déploiement d'au moins 6 mois)</li> <li><b>L'assistance du programme STOP</b></li> </ul>
<b>Finances</b>	Financement standard des activités de vaccination de la riposte à l'épidémie (une avance pouvant atteindre 500 000 USD)**	Politique de financement « sans regrets » (une avance pouvant atteindre 500 000 USD)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Politique de financement « sans regrets » (une avance pouvant atteindre 500 000 USD)</li> <li>Soutien financier aux mesures de sécurité, si nécessaire</li> </ul>
<b>Sécurité et accès</b>	S.O. ***	S.O. ***	<ul style="list-style-type: none"> <li>Soutien du groupe PAS (Polio Access and Support) du siège de l'OMS, coordination avec les autres organismes humanitaires et onusiens sur le terrain</li> <li>Déploiement de bureau(x) de sécurité sur le terrain si nécessaire</li> </ul>

\* Les attributions de l'Équipe A et de l'Équipe B sont disponibles dans l'Annexe 4. La composition des soutiens, notamment le nombre d'experts déployés dans l'équipe de riposte rapide (Équipe A) et l'équipe d'urgence (Équipe B), sera ajustée en fonction des besoins du pays

\*\* Le financement standard est sujet aux conditions de remboursement, comme déterminé au cas par cas.

\*\*\* Sans Objet

## 5.4- Mise à disposition des stocks mondiaux de VP0m2

Voir le chapitre 4.4, car les mêmes principes et procédures pour la mise à disposition de VP0m2 s'appliquent à la fois aux événements et aux épidémies de poliovirus type 2.

## 6- Cadre de travail pour la riposte stratégique à l'épidémie de polio

Un cadre de travail de riposte stratégique est nécessaire pour guider la riposte internationale à une épidémie de polio. Ce cadre de travail offre une base pour la coordination et la collaboration étroites entre les partenaires afin d'assurer que les activités de riposte nationales soient soutenues dans toute la mesure possible.

**Cinq piliers stratégiques** pour interrompre la transmission d'une épidémie doivent être mis en œuvre de façon coordonnée :

- 1. De pouvoirs publics entièrement engagés :** La clé d'une riposte efficace à l'épidémie, c'est un haut niveau d'engagement des pouvoirs publics. Les pouvoirs publics doivent s'assurer que leurs actions répondent aux dispositions du RSI et notifier rapidement l'OMS pour tout cas suspect de PFA ou de tout échantillon positif au poliovirus.
  - La riposte des pouvoirs publics doit engager la haute direction des partenaires IMEP et demander des recommandations et une assistance dans la riposte à l'épidémie, selon le besoin.
  - Le plus haut représentant du gouvernement doit déclarer la situation comme une urgence de santé publique.
  - Un mécanisme de type centre d'opérations d'urgence (COU) doit être mis en place pour guider et superviser la riposte à l'épidémie.
  - Les pouvoirs publics doivent nommer un responsable principal pour mener la riposte à l'épidémie et le COU.
  - Tous les ministères ou départements clés doivent être engagés pour assurer une riposte multisectorielle.
- 2. Évaluation rapide du risque et identification des zones de risque de transmission :** Les pays touchés doivent travailler étroitement avec les partenaires IMEP afin de mener une évaluation rapide du risque et identifier les régions touchées par l'épidémie et présentant un risque élevé, avec une définition claire de la circulation en cours et des zones à risque élevé. Les régions infra-nationales vulnérables doivent être prises en considération, selon la proximité géographique et/ou d'autres critères (p. ex., populations mal desservies).
- 3. Riposte vaccinale robuste :** Après la confirmation d'une épidémie de poliovirus, les pays doivent planifier une riposte vaccinale coordonnée, notamment le lancement rapide des premières AVS couvrant tous les enfants de moins de 5 ans dans la région géographique touchée et les régions voisines, ou au moins 500 000 enfants dans les pays à forte population. Les AVS subséquentes doivent avoir une portée plus importante pour cibler au moins 2 millions d'enfants de moins de 5 ans, si le risque de propagation ultérieure de poliovirus justifie ce choix stratégique. Les stratégies changeront après le retrait mondial du PVOt. Le vaccin antipoliomyélitique oral sera privilégié dans la riposte à l'épidémie parce qu'il stimule l'immunité de la muqueuse intestinale. Les composants clés de la riposte comprennent :
  - Le lancement des premières AVS dans les 14 jours suivant la confirmation de l'épidémie de poliovirus.
  - La sélection du vaccin le plus approprié selon le type de poliovirus et l'immunité de la population sous-jacente (voir Tableau 7). La sélection doit être effectuée en consultation avec l'assistance technique de l'OMS.

- L'incorporation du PVI dans au moins une tournée d'AVS comme auxiliaire utile pour la riposte à l'épidémie.
  - La planification et la mise en œuvre d'au moins trois AVS : les trois premières tournées doivent être à intervalle court (séparées de 2 à 3 semaines) ; pour le nombre d'AVS pour l'après la transition concernant le type 2, reportez-vous au protocole du type 2 dans partie 2 des présentes POS.
  - Un groupe d'âge élargi inclus dans au moins une tournée d'AVS. La limite supérieure spécifique du groupe d'âge élargi fera l'objet d'une concertation entre l'OMS et les partenaires IMEP, en consultation avec les bureaux régionaux et nationaux de l'OMS et de l'UNICEF selon les données épidémiologiques, le profil de vulnérabilité de la population et l'immunité de la population sous-jacente (prendre en considération le temps écoulé depuis la dernière isolation de virus/des dernières AVS)
  - La supervision et la mise à disposition du stock mondial de VPOM2 après la transition par le Directeur Général de l'OMS. Les stocks de VPOM2 mise à disposition dans ce genre de ripostes doivent être gérés, surveillés, récupérés et mis au rebut à la fin de l'activité
  - Approvisionnements de vaccin par la Division d'approvisionnement de l'UNICEF ou d'autres mécanismes (pour les pays qui acquièrent les vaccins par leurs propres moyens) immédiatement après la déclaration de l'épidémie.
  - Attention spéciale accordée aux populations présentant un risque élevé ; mise en œuvre de stratégies susceptibles de cibler les efforts de vaccination spécialement pour ces groupes.
  - Processus de Suivi Indépendant (SI) mise en œuvre pour évaluer qu' au moins 95 % des enfants interviewés ont été vaccinés.
  - Implication du PAS (Polio Access and Support) pour fournir une assistance supplémentaire en cas de préoccupations concernant la sécurité et l'accès et vacciner les enfants dans les régions touchées.
4. **Communication efficace et mobilisation sociale** : Pour optimiser l'efficacité, les pouvoirs publics doivent accorder la priorité à la communication et à la mobilisation sociale pour assurer que les populations présentant les risques les plus élevés sont vaccinées et faire en sorte que les enfants restés hors de portée des campagnes de vaccination soient immunisés. Les partenaires IMEP assistent les pouvoirs publics à réaliser ces objectifs. Les stratégies de mise en place de la demande de vaccin de polio et de réduction du risque de fatigue de la population pendant les campagnes successives comprennent :
- L'analyse rapide des Connaissances, Attitudes et Pratiques communautaires (CAP) sur la vaccination et des barrières entravant l'accès à chaque membre de la population cible.
  - La conception de messages stratégiques et de stratégies clés selon le profilage social des cas de PFA ou de contact poliomyélitiques ou non poliomyélitiques à dose zéro, ainsi que toute autre étude sociale disponible.
  - Messages de communication de masse informant la population de l'épidémie, des risques et des implications liées à la contraction de la polio, ainsi que de la nécessité de prendre plusieurs doses de vaccin de polio pour se protéger individuellement et arrêter l'épidémie.
  - Engagement avec les organisations humanitaires ou de développement existantes, l'équipe de l'ONU dans le pays et/ou les réseaux sociaux communautaires et publics pour assurer une diffusion coordonnée et cohérente des messages.
  - Signalement systématique des indicateurs sociaux identifiés, notamment pour les enfants non vaccinés, les refus et les absences, dans le cadre du mécanisme national global de signalement de l'épidémie.
  - Ajustement des interventions de communication aux résultats des données de surveillance afin d'adapter et d'affiner le ciblage des interventions C4D.

5. **Renforcement de la surveillance** : La surveillance de la PFA doit être renforcée à un niveau annuel de plus de *3 cas de PFA non poliomyélitique par 100 000 enfants âgés de moins de 15 ans dans chacune des premières divisions infranationales (province ou État), pour la durée de l'épidémie et pendant au moins 6 à 12 mois + 2 après le dernier cas*. Les pays doivent :
- informer immédiatement toutes les unités de surveillance infranationales de la détection de l'épidémie ;
  - activer les stratégies de recherche de cas de PFA au niveau infranational et mener un examen rétrospectif des dossiers ;
  - fournir une formation de sensibilisation sur la surveillance de la PFA à tous les intervenants dans les soins de santé ;
  - développer un système de suivi des épidémies pour établir des rapports de surveillance hebdomadaires dans toutes les unités infranationales concernées ;
  - élargir la portée des prélèvements chez les contacts pour tous les cas de PFA dans toutes les zones « infectées » et présentant un risque de transmission « immédiat » (Section 3.1) jusqu'à la fin de l'épidémie ;
  - s'assurer que la recherche active de cas de PFA est intégrée aux activités AVS ;
  - s'assurer que les services de laboratoires sont renforcés pour gérer la charge de travail supplémentaire et sont capables de maintenir un rythme de production rapide tout au long de l'épidémie ;
  - déterminer si la surveillance environnementale peut être lancée et augmenter la fréquence des prélèvements dans les zones où ils sont déjà pratiqués.

## 7- Fin de l'épidémie : clôture

Les évaluations externes effectuées par *l'équipe OBRA* seront menées tous les trois mois afin de déterminer à quel moment la transmission du virus de l'épidémie (poliovirus sauvage (PVS) ou poliovirus dérivé de souches vaccinales (PVDVc) a été interrompue.

Un Comité d'experts de la polio dépendant du Règlement sanitaire international (RSI) a organisé 3 réunions mensuelles depuis mai 2014 pour évaluer l'état actuel de l'éradication de la polio. Le Comité d'experts du RSI a établi les processus et les critères<sup>24</sup> à utiliser lors de l'évaluation de l'état d'infection par le poliovirus dans un pays donné.

Selon les processus et critères utilisés par le Comité d'experts du RSI pour classer l'état d'infection d'un pays, les critères suivants s'appliquent pour déclarer la fin d'une épidémie dans un pays donné.

### 7.1- Poliovirus de type 1 ou 3

La transmission de l'épidémie de virus de type 1 ou 3 a été interrompue et, par conséquent, l'épidémie peut être clôturée (ou déclarée finie) si :

- a) **Lors de la visite OBRA de 6 mois**, l'épidémie peut être clôturée (ou déclarée finie) si
- *au moins 6 mois sont passés sans détection du virus de l'épidémie dans quelque source que ce soit (à l'intérieur ou à l'extérieur du pays concerné),*
- et
- *la documentation prouve que « des activités d'éradication de haute qualité ont été menées » dans toutes les régions infectées et présentant un risque élevé ; aux fins de l'OBRA, cela implique des AVS de qualité et que la surveillance de la PFA doit être de « haute qualité », c'est-à-dire que le taux de PFA doit être de moins de 3 cas de PFA non poliomyélitique par 100 000 enfants âgés de moins de 15 ans dans chaque première division infranationale (province ou État), et ce à partir du dernier cas ou du dernier échantillon environnemental positif.*

En l'absence « d'activités d'éradication de haute qualité », notamment si la surveillance n'est pas de « haute qualité », l'équipe OBRA ne peut pas déclarer l'épidémie comme étant maîtrisée. L'équipe OBRA doit fournir des recommandations techniques pertinentes au pays et annoncer son retour pour l'évaluation de suivi après 3 mois (à 9 mois).

Lors de la visite OBRA de 9 mois, l'équipe OBRA retourne quand les résultats de laboratoire complets sont disponibles pour tous les échantillons environnementaux et/ou les cas de PFA avec début de la paralysie dans les 12 mois suivant le dernier cas de polio.

- b) **Après la visite OBRA de 12 mois**, l'épidémie peut être clôturée (ou déclarée finie) si
- *au moins 12 mois sont passés depuis la date de début de paralysie du dernier cas ou le dernier échantillon environnemental positif, plus deux mois (pris en compte pour la détection de cas, l'investigation, les tests de laboratoire et la période de signalement) sans détection de virus d'épidémie de quelque source que ce soit (à l'intérieur ou à l'extérieur du pays).*

Le Comité d'experts du RSI n'exige plus de « surveillance de PFA de haute qualité dans toutes les régions infectées et présentant un risque élevé » pour classer le pays comme étant non infecté. L'équipe OBRA peut donc déclarer que la transmission du poliovirus lié à l'épidémie a été interrompue (c'est-à-dire que l'épidémie peut être déclarée finie) même s'il existe encore des défaillances dans la mise en œuvre des stratégies d'éradication de la polio, notamment au niveau de la qualité de la surveillance de la PFA (c'est-à-dire quand toutes les provinces auront atteint des taux de PFA non poliomyélitiques de 3/100 000).

La période « plus deux mois » assure que :

- tous les tests effectués sur prélèvements de selles des personnes (cas ou contacts de PFA avérés ou personnes touchées) ayant une date de début ou de collecte dans les 12 derniers mois ont été négatifs pour les poliovirus

et

- tous les tests effectués sur les prélèvements environnementaux (s'ils sont applicables au pays) qui ont été collectés pendant les 12 derniers mois ont été négatifs pour les poliovirus.

Les arbres décisionnels (Figures 2a) présentent un résumé graphique des recommandations.

## 7.2- Poliovirus de type 2

Pour le virus de type 2, une épidémie ne peut être considérée comme terminée et clôturée qu'après 12 mois de la date de début de paralysie du dernier cas ou du dernier échantillon environnemental positif, plus deux mois pour prendre en considération la détection de cas, l'investigation, les tests de laboratoire et la période de signalement. Le Comité d'experts du RSI confirme la fin de l'épidémie.

Les arbres décisionnels (Figures 2b) présentent un résumé graphique des recommandations.

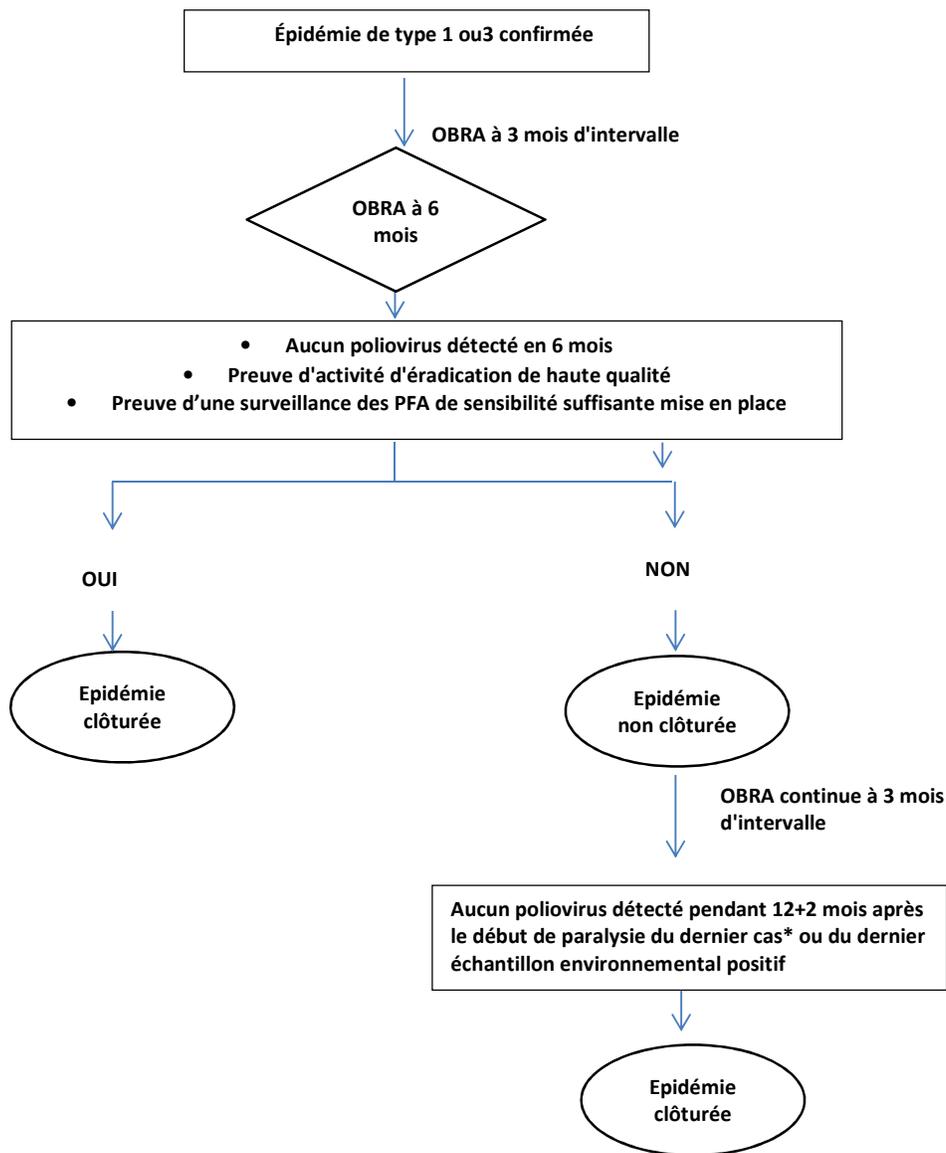
## 7.3- Décision finale de fin d'épidémie

Selon leur évaluation globale (c'est-à-dire, principalement, la qualité de la surveillance, mais aussi d'autres paramètres à prendre en considération, tels que la qualité des activités de vaccination), un *examen par des experts* (équipe OBRA ou comité d'experts du pays, le cas échéant et selon la faisabilité) peut décider s'il n'est toujours pas possible de considérer avec certitude que la transmission a été interrompue.

L'*EOMG* consultera régulièrement les rapports de l'examen des experts et assume la responsabilité finale quant à l'approbation des résultats et la déclaration de fin d'épidémie.

Enfin, le *Comité d'urgence* de la polio, comme convenu conformément au RSI, peut demander une période de suivi plus longue en fonction du contexte pour déclarer qu'un pays n'est plus infecté. Et pour l'épidémie de type 2, le Comité d'experts du RSI doit confirmer l'état de fin d'épidémie.

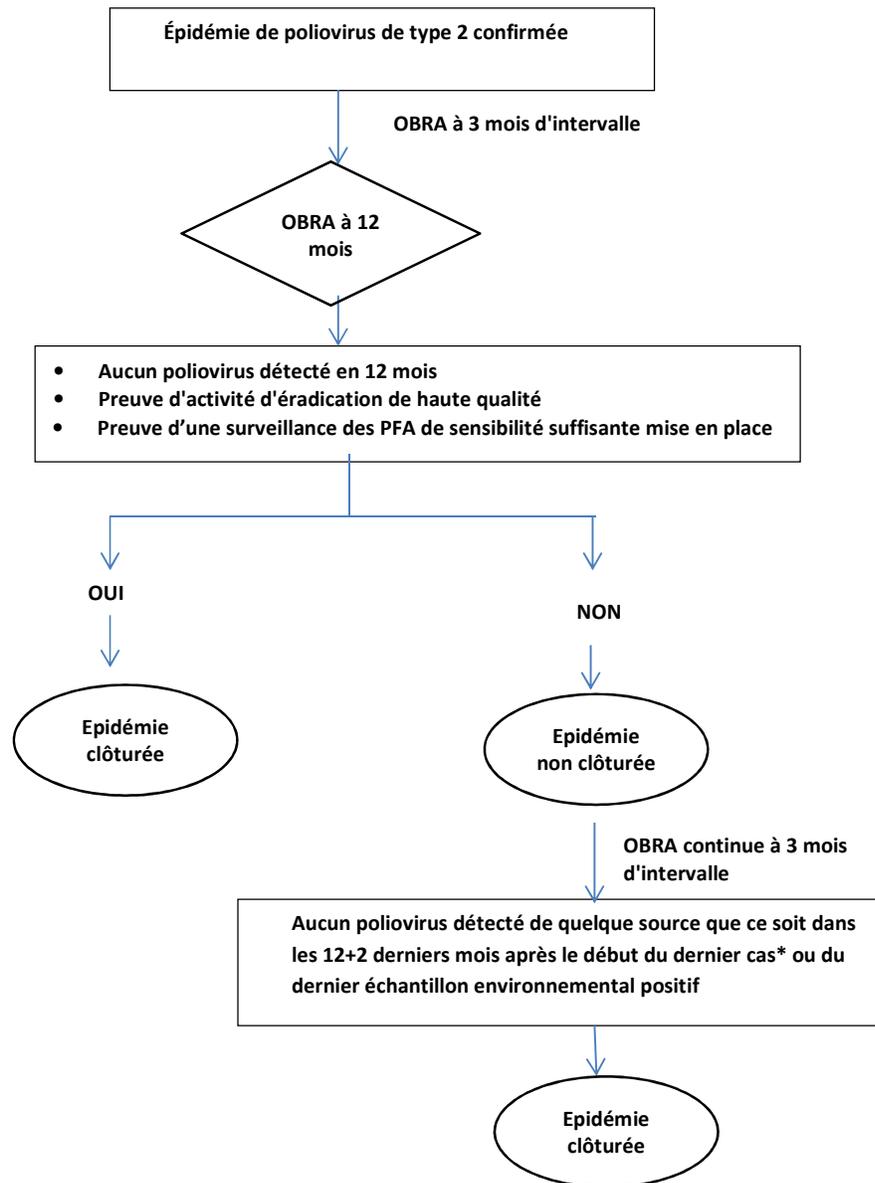
Figure 2a : Arbre décisionnel de la durée pour les épidémies de PVS et PVDVc de type 1 ou 3



\*Aucun poliovirus n'a été détecté pendant les 12 derniers mois après la date de début de paralysie du dernier cas, PLUS deux mois à compter pour la détection de cas, l'investigation, les tests de laboratoire et la période de signalement OU

Aucun poliovirus n'a été détecté dans les prélèvements de selles des cas ou contacts de PFA signalés ou les tests effectués sur les prélèvements de surveillance humaine ou environnementale ayant une date de début ou de collecte comprise dans les 12 derniers mois ont été négatifs pour les poliovirus.

Figure 2b : Arbre décisionnel de la durée pour les épidémies de PVS et PVDVc de type 2



\*Aucun poliovirus n'a été détecté pendant les 12 derniers mois après la date de début du dernier cas, PLUS deux mois à compter pour la détection de cas, l'investigation, les tests de laboratoire et la période de signalement  
OU

Aucun poliovirus n'a été détecté dans les prélèvements de selles des cas ou contacts de PFA signalés ou les tests effectués sur les prélèvements de surveillance humaine ou environnementale ayant une date de début ou de collecte comprise dans les 12 derniers mois ont été négatifs pour les poliovirus.

## 8- Soutien des partenaires IMEP aux pays dans la riposte aux épidémies

### 8.1- Six fonctions clés de l'IMEP

**Les pays** restent souverains quant à la riposte et doivent garder le contrôle des opérations tout au long du processus.

**Les partenaires IMEP** doivent aider les pays à effectuer une évaluation du risque complète et solide et dans la riposte aux épidémies de poliovirus.

Pour s'acquitter de leurs engagements décrits dans le *Plan stratégique pour la phase finale de l'éradication de la poliomyélite, 2013-2018*<sup>25</sup>, les partenaires IMEP assument **six fonctions clés** dans la riposte à l'épidémie (Figure 1) :

- 1) Riposte à l'épidémie et évaluation
- 2) Coordination et plaidoyer
- 3) Ressources humaines et techniques
- 4) Gestion des informations
- 5) Communication, mobilisation sociale et changement des comportements
- 6) Aspects financiers et logistiques

**Figure 1 : Les six fonctions clés des partenaires IMEP dans la riposte à une épidémie de polio**



### 8.2- Politiques essentielles pour optimiser la riposte de l'IMEP

Le classement en grades de l'épidémie par l'EOMG activera la riposte d'urgence complète de l'IMEP et une politique « sans regrets » pour le soutien financier, lorsque cela est considéré comme nécessaire. Ces fonctions seront soutenues par le groupe de travail pour la préparation et la riposte à l'épidémie (OPRTT). L'OPRTT assurera que les six fonctions de soutien clés de l'IMEP sont coordonnées entre les partenaires et les différents niveaux de chaque organisation.

#### a) Politique d'urgence

L'IMEP mobilise et déploie rapidement des professionnels expérimentés dans le pays touché pour qu'ils puissent rejoindre l'équipe de riposte nationale et effectuer les six fonctions clés dans la riposte à l'épidémie décrite ci-dessus.

Ce déploiement suit l'investigation initiale, l'évaluation et le classement en grades d'une épidémie par l'EOMG. Par conséquent, l'activation la plus précoce de la politique d'urgence serait de 72 heures après la notification des résultats de laboratoire. L'activation de la politique d'urgence est réalisée par un

mécanisme d'urgence interrégional impliquant tous les partenaires, ce qui implique le déploiement d'un personnel qualifié des organisations partenaires ou l'engagement de consultants qualifiés.

**L'objectif** de la politique d'urgence consiste à renforcer la capacité des organismes à pourvoir immédiatement aux postes clés de la riposte et à assurer une transition sans heurts vers le recrutement de plus long terme.

La politique d'urgence est fondée sur les **principes** suivants :

- L'identification des rôles clés (y compris la coordination technique, opérationnelle et des communications) à pourvoir en personnel pour les postes immédiats et à long terme, en fonction du grade de l'épidémie.
- L'établissement d'une liste de personnels « à la demande » en rotation entre les organismes, qui peuvent être déployés dans la zone de risque dans les 72 heures (équipe de riposte rapide appelée Équipe A).
- La gestion active d'une liste « à la demande » entre les organismes pour les déploiements à long terme utilisant une plateforme de gestion pour augmenter la visibilité et faciliter le signalement (équipe d'urgence appelée Équipe B).
- La formation rapide du personnel indiqué sur la liste afin d'assurer la compréhension des POS et les normes cruciales à respecter dans toutes les phases de l'épidémie.
- L'assurance que les processus de déploiement permettent au personnel « à long terme » de prendre ses fonctions dans les 3 semaines suivant une épidémie, ce qui laisse au moins une semaine de co-présence de l'Équipe A et l'Équipe B pour assurer une transition complète et détaillée.

En reconnaissant les défis liés au respect des exigences d'urgence, les partenaires IMEP suivront un **processus d'urgence en deux phases** et maintiendront **deux types de listes d'experts** :

1. *Phase de riposte rapide* (Équipe A de riposte rapide) : cette liste de riposte rapide est composée de professionnels préidentifiés, formés, expérimentés, ayant une expertise polyvalente et déployables dans les 72 heures pendant un mois maximum. Les rôles clés comprennent les liaisons techniques, opérationnelles et de communication. Le responsable de la liaison technique est généralement le coordinateur de l'épidémie et doit avoir la priorité pour le premier déploiement dans une riposte urgente. Les attributions sont disponibles dans l'Annexe 4.
2. *Phase de riposte d'urgence* (Équipe B d'urgence) : cette liste d'urgence comprend des experts formés dans différentes disciplines qui peuvent être déployés dans les trois semaines suivant la notification des résultats de laboratoire. La liste assure la disponibilité continue du personnel/des consultants pour soutenir les activités de riposte au niveau national et infra-national. Les attributions sont disponibles dans l'Annexe 4.

La **composition des 2 équipes** (l'Équipe de riposte rapide et l'Équipe d'urgence) peut être revue à la hausse ou à la baisse pour répondre aux besoins du pays et au grade de riposte. Les rôles clés et le niveau des activités peuvent inclure :

- *le coordinateur de l'épidémie* lorsque cela est nécessaire (personnel nommé par l'IMEP)
- *le gestionnaire des opérations* : coordination des opérations, du budget, du suivi des activités, des ressources humaines et du soutien administratif (personnel national)
- *responsable de la communication* : direction des communications extérieures clés et des initiatives C4D et assistance au développement du plan de communication (personnel national)
- experts supplémentaires pour les AVS contre la polio et le renforcement de la surveillance (personnel national basé au niveau des districts)
- experts supplémentaires de la communication et de la C4D<sup>26</sup> (personnel national basé au niveau des districts), à déterminer selon le besoin

Les attributions sont disponibles dans l'Annexe 4.

### **b) Politique « sans regrets »**

Au début des cas d'urgence, l'IMEP s'assure de l'affectation du personnel et des fonds appropriés au pays concerné, même s'il est ultérieurement déterminé que les besoins étaient moins importants. Cette approche est maintenue dès l'investigation initiale et la confirmation de l'épidémie jusqu'à la fin de l'épidémie. La politique stipule qu'il vaut mieux pécher par une attribution excessive des ressources que courir le risque d'un échec dû à l'insuffisance des ressources.

## **8.3- Normes de performance de l'IMEP en fonction de la ligne du temps et des fonctions clés**

Les partenaires IMEP effectueront un ensemble d'activités pour soutenir la riposte menée par le pays concerné. Pour assurer une riposte à l'épidémie qui soit opportune et efficace, les mesures indiquées ci-dessous présentent les indicateurs essentiels requis par le pays et les partenaires IMEP. Ces normes ne sont pas exhaustives et peuvent être modifiées selon le besoin pour correspondre au contexte spécifique du pays et à l'épidémie. Le groupe de travail pour la préparation et la riposte à l'épidémie (OPRTT) fournit l'assistance nécessaire pour coordonner et surveiller la riposte à l'épidémie.

Ces normes de performance s'appliquent aux épidémies de polio de tous grades. La période de riposte prévue commence à partir de la date des résultats de laboratoire. Chaque tâche est associée au pays et aux partenaires IMEP responsables de sa réalisation.

Les normes de performance en matière de riposte à l'épidémie de l'IMEP sont décrites dans le Tableau 11. Elles décrivent les résultats attendus de chaque niveau des partenaires IMEP, pour chacune des six fonctions clés. Les éléments livrables concrets et les calendriers sont également fournis.

**Tableau 11 : Normes de performance de la riposte aux épidémies de poliovirus de l'IMEP selon les 6 fonctions clés et la ligne de temps pour la riposte**

**1-Riposte à l'épidémie et évaluation**

Activités	Pays	Régional/Mondial
<b>Après notification d'un événement de polio</b>		
Développer une riposte vaccinale initiale avec des zones de risque identifiées et envoyer l'EOMG de l'IMEP pour guider le classement en grades, le financement et l'approbation du vaccin.	Le Ministère de la santé doit mener les opérations ; le bureau de l'OMS et les bureaux de l'UNICEF du pays concerné apportent leur assistance.	Le bureau régional/siège de l'OMS et le bureau régional/siège de l'UNICEF apportent une assistance technique.
Planifier une demande de vaccin VPOM2 +/- VPI au Directeur général de l'OMS, ainsi que des seringues et des coffrets de sécurité si le VPI est nécessaire.	Ministère de la santé, avec le soutien de l'OMS et de l'UNICEF	Bureau régional et siège de l'OMS et de l'UNICEF
<b>Dans les 24 heures suivant la notification des résultats de laboratoire</b>		
<b>Investigation et riposte à l'épidémie</b>		
S'assurer que le Ministère de la santé et les autres responsables publics concernés sont pleinement conscients de l'état de l'épidémie.	Bureaux de l'OMS et de l'UNICEF du pays	Le siège/bureau régional de l'OMS travaille en liaison avec le réseau de laboratoires (RMLP) pour s'assurer que le bureau de l'OMS du pays possède les informations nécessaires pour informer les parties prenantes du pays concerné.
Investigation épidémiologique et sociale initiale complète sur l'épidémie, y compris une investigation sur le terrain et une enquête sein de la communauté pour comprendre les perceptions communautaires concernant la vaccination. Doit inclure une évaluation sociale des indicateurs KAP du ou des cas et une évaluation communautaire rapide des principaux problèmes sociaux ;	Ministère de la santé, avec le soutien du bureau de l'OMS du pays et de l'UNICEF	Les partenaires IMEP offrent une assistance technique externe pour l'investigation sur le terrain.
Assurer la notification de l'EOMG et du personnel concerné qui sera impliqué dans le soutien à la riposte à l'épidémie.		Siège de l'OMS
<b>Réponse de surveillance</b>		
mener une analyse rapide de la surveillance de PFA et des bases de données de laboratoires	Le bureau de l'OMS du pays analyse et partage les informations avec le siège	Le siège de l'OMS effectue une analyse complémentaire et partage les informations avec toutes les parties prenantes
<b>Dans les 72 heures</b>		
<b>Investigation et riposte à l'épidémie</b>		
Finaliser et partager le rapport relatif à l'investigation épidémiologique et sociale initiale sur l'épidémie et l'évaluation des cas ou le profil social de la population touchée.	Ministère de la santé, avec le soutien du bureau de l'OMS du pays et de l'UNICEF	Les partenaires IMEP offrent une assistance technique externe. Le rapport doit être transmis à l'EOMG.
S'assurer du classement en grades de l'épidémie par l'EOMG.		Président de l'EOMG
Fournir au bureau du pays les documents à jour et les recommandations sur la riposte à l'épidémie (la stratégie de dose supplémentaire à intervalle court, le groupe d'âge élargi, etc.). <sup>27</sup>		Bureau régional et siège de l'OMS et de l'UNICEF
Lancer le développement d'un document de plan de riposte à l'épidémie en six mois qui comprend les détails sur la mise en œuvre infranationale dans les régions à risque élevé sur le	Le premier coordinateur de la riposte d'urgence établit le plan d'action avec le soutien de l'équipe	Le bureau régional et le siège fournissent une assistance technique.

vaccin et les autres fournitures nécessaires, les activités sur le terrain en faveur de la mobilisation sociale et le budget nécessaire pour couvrir les activités.	de l'OMS et de l'UNICEF du pays concerné et du Ministère de la santé.	
<b>Riposte vaccinale</b>		
Commencer à établir un centre d'opérations d'urgence (COU) pour la première tournée de vaccination au niveau national et infranational pour développer des microplans incluant les vaccins, la logistique et la mobilisation sociale.	Ministère de la santé avec l'assistance de l'OMS et de l'UNICEF ; le personnel d'urgence fournit des recommandations précises sur le terrain.	Bureau régional de l'OMS et de l'UNICEF
Préparer une demande de vaccin VPOM2 +/- VPI, ainsi que des seringues et des coffrets de sécurité si le VPI est nécessaire.	Ministère de la santé, avec le soutien de l'OMS et de l'UNICEF	Bureau régional et siège de l'OMS et de l'UNICEF
<b>Riposte de surveillance</b>		
Renforcer les activités de surveillance, notamment en recherchant les cas de PFA, en formant les professionnels de la santé et recueillant des prélèvements chez les contacts de tous les cas de PFA (≥ 30 contacts selon le contexte) ; augmenter la fréquence du prélèvement environnemental lorsque cela est approprié ; examiner le séquençage génétique des isolats pour cartographier la propagation du virus.	Ministère de la santé avec le soutien de l'OMS. Le personnel de l'équipe de riposte rapide fournit des recommandations précises sur le terrain.	
<b>Dans les 14 jours</b>		
<b>Investigation et riposte à l'épidémie</b>		
Finaliser le document du plan de riposte à l'épidémie de six mois et le mettre à la disposition de tous les partenaires.	Équipe de riposte rapide et équipe d'urgence (Équipe A et B), avec le personnel formé du pays.	
<b>Riposte vaccinale</b>		
Établir un centre d'opérations d'urgence (COU) au niveau national et infranational pour développer des microplans incluant les vaccins, la logistique et la mobilisation sociale.	Ministère de la santé avec l'assistance de l'OMS et de l'UNICEF ; le personnel d'urgence fournit des recommandations précises sur le terrain.	Bureau régional de l'OMS et de l'UNICEF
Envoyer au Directeur général de l'OMS la demande de vaccin VPOM2 +/- VPI, de seringues et de coffrets de sécurité.	Ministère de la santé, avec le soutien de l'OMS et de l'UNICEF	Bureau régional et siège de l'OMS et de l'UNICEF
Effectuer la formation des professionnels en première ligne (responsables de la vaccination, superviseurs et mobilisateurs sociaux) et surveiller les activités.	Équipe de riposte rapide et équipe d'urgence (Équipe A et B), avec le personnel formé du pays.	Le bureau régional et le siège de l'OMS et de l'UNICEF fournissent une assistance technique.
Mettre en œuvre les premières campagnes de vaccination AVS à intervalle court (séparées de 2 à 3 semaines), en prenant en considération un groupe d'âge élargi (pour le type 2 après la transition, consultez le protocole relatif au type 2).	Ministère de la santé avec le soutien de l'OMS et de l'UNICEF, sous la houlette du premier coordinateur de la riposte d'urgence.	Le bureau régional et le siège de l'OMS et de l'UNICEF fournissent une assistance technique et logistique.
Établir le suivi de la campagne d'AVS (suivi indépendante (SI)) afin de s'assurer que les résultats seront publiés à l'échelle internationale sur le site Web mondial de l'OMS dans les 14 jours suivant la fin de chaque campagne.	Bureau de l'OMS du pays	Le siège de l'OMS fournit une assistance technique.
Pour la riposte avec VPOM2, garantir une gestion complète des doses déployées, y compris l'enregistrement, la récupération et mise au rebut des stocks restants à la fin de la riposte.	Équipe de riposte rapide et équipe d'urgence (Équipe A et B), avec le personnel formé du pays.	
<b>Réponse de surveillance</b>		
Travailler en liaison avec les gestionnaires de données dans le pays concerné afin d'identifier et de résoudre les problèmes de format et d'exhaustivité des données, le cas échéant.	Équipe de riposte rapide et équipe d'urgence (Équipe A et B), avec le personnel du pays.	

<b>Dans les 14 jours suivant la fin de l'épidémie</b>		
<b>Investigation et riposte à l'épidémie</b>		
Mettre en œuvre la totalité du plan de riposte à l'épidémie de six mois.	Équipe de riposte rapide et équipe d'urgence (Équipe A et B), avec le personnel formé du pays, coordonnent la mise en œuvre avec le Ministère de la santé.	Le bureau régional et le siège de l'OMS et de l'UNICEF fournissent une assistance technique, logistique et de surveillance.
<b>Riposte vaccinale</b>		
Mener les AVS conformément au plan de riposte : <ul style="list-style-type: none"> <li>• mener les activités pour améliorer la qualité des AVS, notamment la microplanification détaillée, avec une attention particulière aux populations à haut risque, et personnaliser les interventions sociales et de mobilisation communautaire ;</li> <li>• effectuer la formation des responsables de la vaccination et des superviseurs en utilisant les modules de langue locale et en incorporant les compétences de communication interpersonnelle ;</li> <li>• établir/renforcer les réunions de supervision, de surveillance et d'examen ;</li> <li>• mettre en œuvre de façon complète la surveillance indépendante, notamment les données sociales pertinentes sur les refus et les raisons expliquant l'impossibilité d'accéder aux enfants ainsi que d'autres barrières sociales ;</li> <li>• lancer les stratégies de vaccination et de communication pour accéder aux enfants nous vaccinés.</li> </ul>	Équipe de riposte rapide et équipe d'urgence (Équipe A et B), avec le personnel formé du pays, coordonnent la mise en œuvre avec le Ministère de la santé.	Le bureau régional et le siège de l'OMS et de l'UNICEF fournissent une assistance technique, logistique et de surveillance.
<b>Riposte de surveillance</b>		
Maintenir des activités de surveillance renforcée, y compris la recherche active de cas de PFA, la rétention des professionnels de la santé et le recueil des prélèvements de selles chez les contacts de tous les cas de PFA; envisager de commencer la surveillance environnementale.	Équipe de riposte rapide et équipe d'urgence (Équipe A et B), avec le personnel formé du pays, coordonnent la mise en œuvre avec le Ministère de la santé.	Le bureau régional et le siège de l'OMS fournissent une assistance technique, logistique et de surveillance.
<b>Un mois après la notification des résultats de laboratoire.</b>		
Accéder aux activités de riposte initiale (par l'équipe de riposte à l'épidémie OBRA) et les comparer aux chiffres établis, puis transmettre les résultats aux directeurs régionaux et aux partenaires IMEP.	Direction : coordinateur de l'IMEP	Le bureau régional et le siège fournissent une assistance technique.
Examiner et adapter le plan de riposte à l'épidémie, notamment les plans de communication pour les phases subséquentes, suivre les progrès réalisés et/ou définir l'assistance nécessaire pour combler les lacunes restantes.	Direction : coordinateur de l'IMEP	Le bureau régional et le siège fournissent une assistance technique.
<b>À trois mois, puis tous les trimestres (de 6 à 12 mois après l'identification du dernier cas).</b>		
Mener des évaluations externes de l'épidémie (OBRA) à des intervalles de trois mois après 6 à 12 mois du premier cas.	Le coordinateur de l'IMEP facilite cette évaluation. Qui dirige les opérations ?	Direction : Le bureau régional de l'OMS, pour la coordination et la mise en œuvre
Réévaluation du grade de l'épidémie, selon les résultats de l'évaluation OBRA ; en cas de changement du grade, la riposte sera adaptée en conséquence.		Responsable EOMG pour la réévaluation du grade.
Après 6 mois ou 12+2 mois du cas le plus récent, mener une évaluation de la fin d'épidémie axée sur les activités de surveillance et d'éradication pour conseiller l'EOMG et le Comité d'experts du RSI sur la fin d'épidémie.	Les bureaux de l'OMS et de l'UNICEF du pays finalisent les dates et l'approbation avec le Ministère de la santé.	Direction : EOMG Les partenaires IMEP coordonnent l'équipe d'évaluation via les bureaux régionaux de l'OMS.
Signaler toute lacune relative à la qualité de l'éradication.	Le coordinateur de la riposte à l'épidémie facilite les opérations. L'équipe OBRA établit une liste de toutes les lacunes.	Les partenaires IMEP coordonnent l'équipe d'évaluation via les bureaux régionaux de l'OMS.
Assurer une surveillance continue de haute qualité avant la clôture de l'épidémie.	Le coordinateur de la riposte à l'épidémie facilite les opérations.	Les partenaires IMEP fournissent une assistance.
Documenter le processus de riposte et partager les enseignements tirés.	Le coordinateur de la riposte à l'épidémie facilite la documentation.	Direction : le bureau régional de l'OMS, pour la coordination et la documentation

## 2-Coordination et plaidoyer

Activités	Pays	Régional/Mondial
<b>Dans les 24 heures suivant la notification des résultats de laboratoire</b>		
<p><b>Plaidoyer :</b></p> <p>S'assurer que tous les responsables publics sont dûment informés de l'épidémie. Les représentants de l'OMS et de l'UNICEF du pays informent le Ministre de la santé et les autres responsables concernés des étapes nécessaires pour une riposte rapide susceptible d'arrêter l'épidémie. Le Ministre doit à son tour informer le cabinet du chef du gouvernement sur les tâches spécifiques suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– la nécessité de déclarer la polio urgence nationale de santé publique ;</li> <li>– la nécessité d'établir un centre d'opérations d'urgence (COU), dirigé par un responsable public de très haut niveau qui joue le rôle de centre de liaison sur l'épidémie, avec le soutien d'un personnel technique composé des différents partenaires et incluant un personnel dédié à la communication stratégique, à la logistique, à la gestion des approvisionnements et aux finances ;</li> <li>– la nécessité de mener les campagnes de vaccination (AVS) consécutives, de haute qualité minimales nécessaires (conformément aux normes des présentes POS) et d'assurer l'accès régulier à plus de 95 % de la totalité des enfants ; le nombre subséquent de tournées après les 3 tournées minimales sera déterminé selon le type de poliovirus ;</li> <li>– la nécessité de surveiller étroitement les progrès effectués et d'établir un mécanisme de supervision systématique à tous les niveaux (national, régional et district) ;</li> <li>– la nécessité de faire part des résultats des campagnes de vaccination au cabinet du chef du gouvernement ou du chef de l'État.</li> </ul>	<p>Les représentants de l'OMS et de l'UNICEF du pays informent le Ministre de la santé et les responsables concernés.</p> <p>Le Ministre de la santé informe le chef du gouvernement.</p>	<p>Le bureau régional et le siège de l'OMS et de l'UNICEF surveillent et facilitent les opérations.</p>
<b>Coordination :</b>		
<p>établir un centre d'opérations d'urgence (COU) avec le ou les centres de liaison sur l'épidémie désignés par les pouvoirs publics et les partenaires, notamment les membres/le personnel de la communication stratégique, de la logistique, de la gestion des approvisionnements et des finances.</p>	<p>Le Ministère de la santé coordonne les actions avec le bureau de l'OMS et de l'UNICEF du pays.</p> <p>L'OMS facilite la coordination avec l'UNICEF.</p>	<p>Le bureau régional et le siège de l'OMS et de l'UNICEF surveillent et facilitent les opérations.</p>
<p>Établir des conférences téléphoniques avec les partenaires IMEP et les bureaux régionaux et nationaux (les conférences doivent avoir lieu tous les jours pendant la première semaine, puis une fois par semaine).</p>	<p>Les bureaux régionaux et nationaux de l'OMS participent aux opérations.</p>	<p>Direction : le bureau régional/siège de l'OMS ; les partenaires IMEP peuvent participer</p>
<p>Demander l'accélération des procédures d'obtention des visas au point d'entrée pour les responsables de la riposte initiale à l'épidémie.</p>	<p>Le pays facilite les procédures. Les bureaux de l'OMS et de l'UNICEF du pays fournissent leur assistance</p>	<p>Les bureaux régionaux/sièges de l'OMS et de l'UNICEF fournissent rapidement les documents nécessaires.</p>
<b>Dans les 72 heures</b>		
<b>Plaidoyer :</b>		
<p>écrire au Ministre de la santé au nom des directeurs régionaux de l'OMS et de l'UNICEF pour souligner « l'urgence » et le soutien total des représentants et des organisations du pays.</p>	<p>Directeurs régionaux de l'OMS/UNICEF</p>	<p>Direction : Bureaux régionaux de l'OMS/UNICEF</p>
<p>Développer un « plan interne de plaidoyer » afin d'engager toutes les parties prenantes au niveau national et infra-national (chef du gouvernement, ministères concernés, autorités infra-nationales, parlementaires et autres parties prenantes clés) ;</p> <p>À la demande de l'équipe du pays et si un plaidoyer externe est nécessaire pour mieux assurer l'engagement politique de haut niveau dans le pays touché, développer un « plan interne de plaidoyer » afin de soutenir les efforts de plaidoyer dans le pays. Coordonner leur mise en œuvre</p>	<p>Bureaux de l'OMS et de l'UNICEF du pays</p>	<p>Centres de liaison de plaidoyers politiques de l'IMEP</p>
<p>En utilisant le SITREP (rapport sur la situation), développer également u point presse et d'autres produits de communication et de défense des droits.</p>		
<b>Coordination :</b>		
<p>Assister le pays si des actions liées au RSI sont requises après la notification officielle du RSI (ex. : réponses aux demandes RSI de l'OMS pour vérification)</p>	<p>L'OMS et l'UNICEF fournissent une assistance au Ministère de la santé pour la mise en œuvre.</p>	<p>Le siège de l'OMS fournit une assistance technique</p>
<p>Communiquer l'évaluation sur le risque de propagation internationale via le RSI à l'OMS.</p>		<p>Siège de l'OMS</p>

Organiser une réunion de toutes les parties prenantes clés au niveau national au début du plan de riposte à l'épidémie avec le feedback des équipes infra-nationales, et communiquer les résultats aux provinces et districts impliqués dans la riposte à l'épidémie.	Ministère de la santé avec le soutien du coordinateur de la riposte à l'épidémie de l'IMEP, les équipes de l'OMS et de l'UNICEF du pays.	
Lancer la communication sur l'épidémie avec la communauté élargie des donateurs, ainsi qu'une couverture médiatique.	Bureaux de l'OMS et de l'UNICEF du pays, avec les donateurs et les médias dans le pays.	Équipe de communications et de plaidoyer en matière de polio de l'IMEP, avec les donateurs et les médias internationaux.
<b>Dans les 14 jours</b>		
<b>Plaidoyer:</b>		
Établir un mécanisme pour suivre la mise en œuvre du « plan interne de plaidoyer » et communiquer les autres besoins externes en matière de plaidoyer (via des interventions et des rapports sur la situation de l'épidémie) ;	Bureaux de l'OMS/UNICEF du pays	Direction : Coordinateur de la riposte à l'épidémie (via les interventions et les rapports sur la situation de l'épidémie)
Suivre la mise en œuvre du « plan externe de plaidoyer », en communiquant régulièrement sur l'état et les résultats des activités (via des interventions sur l'épidémie et un suivi mensuel en matière de défense des droits).		Centres de liaison de défense des droits politiques de l'IMEP (via des interventions sur l'épidémie et un suivi mensuel en matière de défense des droits).
<b>Coordination :</b>		
Organiser une réunion mensuelle des parties prenantes clés dans le pays (la cellule de riposte à l'épidémie) pour coordonner et mettre en œuvre le plan de riposte à l'épidémie.	Ministère de la santé, avec le soutien de l'équipe de l'OMS et de l'UNICEF du pays	Le siège/bureau régional fournissent l'assistance nécessaire.
Informers les pouvoirs publics dans les zones de risque, le cas échéant, sur l'épidémie, le plan de riposte initial et les actions requises.	Direction : Bureaux de l'OMS et de l'UNICEF du pays	Le bureau régional/siège de l'OMS et de l'UNICEF fournissent une assistance.
Harmoniser les modules de santé parmi les autres partenaires pour mener des interventions supplémentaires avec le VPO, lorsque c'est possible.	Bureaux de l'OMS et de l'UNICEF du pays, avec les partenaires dans le pays.	EOMG avec le siège des organisations et institutions internationales concernées
Développer des microplans incluant la logistique des vaccins ainsi que la mobilisation sociale au niveau social et infra-national.	Équipe de riposte rapide et équipe d'urgence (Équipe A et B), avec le personnel formé du pays.	Le bureau régional et le siège de l'OMS et de l'UNICEF fournissent une assistance technique.
Développer les outils et les manuels de formation pour la microplanification et la surveillance, et s'assurer que les outils ont un composant de communication stratégique intégré.	Équipe de riposte rapide et équipe d'urgence (Équipe A et B), avec le personnel formé du pays.	Le bureau régional et le siège de l'OMS et de l'UNICEF fournissent une assistance technique.
<b>Dans les 14 jours suivant la fin de l'épidémie</b>		
Organiser des réunions hebdomadaires avec toutes les parties prenantes clés sur le plan et la coordination de la riposte à l'épidémie.	Ministère de la santé avec le soutien de l'OMS et de l'UNICEF du pays et sous la surveillance du coordinateur de la riposte à l'épidémie de l'IMEP.	Le siège/bureau régional de l'OMS/UNICEF fournissent l'assistance nécessaire.
Organiser des conférences téléphoniques hebdomadaires avec les partenaires IMEP et les bureaux régionaux et du pays.	Équipe de riposte rapide et équipe d'urgence (Équipe A et B), avec le personnel formé du pays.	Direction : le bureau régional de l'OMS organise une conférence téléphonique hebdomadaire avec le pays et le siège. Le siège de l'OMS coordonne la conférence avec les partenaires concernant l'épidémie
Organiser les réunions régulières des donateurs et les activités de défense des droits.	Équipe de riposte rapide et équipe d'urgence (Équipe A et B), avec le personnel formé du pays.	Les sièges de l'OMS et de l'UNICEF mettent en place l'appel de fonds et partagent les informations avec le bureau régional et le bureau du pays.
Assurer l'alignement avec les autres partenaires de santé pour mener des interventions supplémentaires avec le VPO, comme fournir des comprimés vermifuges et de vitamine A, quand cela est possible.	Équipe de riposte rapide et équipe d'urgence (Équipe A et B), avec le personnel formé du pays.	Le bureau régional et le siège de l'OMS et de l'UNICEF fournissent une assistance technique.

### 3- Ressources humaines et techniques

Activités	Pays	Régional/Mondial
<b>Dans les 24 heures suivant la notification des résultats de laboratoire</b>		
Activer l'équipe de riposte rapide de l'IMEP, partager les coordonnées avec le personnel concerné via le partenariat et demander au leader de l'équipe de communiquer avec les partenaires IMEP, les bureaux régionaux et les bureaux du pays pour identifier les centres de liaison.	Les bureaux de l'OMS et de l'UNICEF du pays envoient l'approbation de voyage à l'équipe de riposte rapide.	Les sièges de l'OMS et de l'UNICEF activent l'équipe de riposte rapide en coordination avec les bureaux régionaux.
Évaluer la capacité des ressources humaines sur le terrain de l'OMS, de l'UNICEF et des autres personnels partenaires dans le pays.	Les bureaux de l'OMS et de l'UNICEF du pays partagent les informations avec le siège de l'OMS.	
<b>Dans les 72 heures</b>		
Déployer l'équipe de riposte rapide pour coordonner et développer le plan de riposte à l'épidémie, avec les autres personnels identifiés, selon le besoin (technique, opérations, communication et données).	Les bureaux de l'OMS et de l'UNICEF du pays prennent des dispositions dans le pays.	En coordination avec les bureaux régionaux, les sièges de l'OMS et de l'UNICEF envoient les détails de voyage aux fins du déploiement.
S'assurer que tous les problèmes liés aux ressources humaines et techniques sont bien résolus dans le développement du document relatif au plan de riposte à l'épidémie.	Le premier coordinateur de la riposte d'urgence établit le plan d'action avec le soutien de l'équipe de l'OMS et de l'UNICEF du pays concerné et du Ministère de la santé.	Le bureau régional et le siège fournissent une assistance technique.
Identifier la capacité de l'Équipe B d'urgence en termes de ressources humaines (personnel technique, des opérations et de la communication) dans le groupement pré-identifié pour le déploiement dans le pays.	Les bureaux de l'OMS et de l'UNICEF du pays les demandent des besoins clairement identifiés avec le soutien des leaders des équipes de riposte à l'épidémie.	Le siège de l'OMS travaille en coordination avec les partenaires IMEP.
Évaluer la capacité administrative et les lacunes du bureau du pays et trouver des solutions.	Les bureaux de l'OMS et de l'UNICEF du pays fournissent les informations sur la capacité actuelle et les besoins perçus.	Les bureaux régionaux/sièges de l'OMS et de l'UNICEF évaluent les besoins.
<b>Dans les 14 jours</b>		
Se préparer au déploiement (après 3 semaines de la notification des résultats de laboratoire), l'Équipe B et le personnel d'urgence (technique à l'échelle nationale et internationale, opérationnel et de communication) pour assister les sites nationaux, infra-nationaux et sur le terrain.	Le Ministère de la santé et les bureaux de l'OMS et de l'UNICEF dans le pays facilitent l'arrivée et planifient le déploiement en suivant les recommandations du coordinateur de la première riposte d'urgence.	Le siège de l'OMS travaille en coordination avec les partenaires IMEP (y compris, l'UNICEF, le CDC et les pouvoirs publics) et achève le processus de déploiement.
Soutenir la finalisation du document du plan de riposte à l'épidémie de six mois concernant les problèmes liés aux ressources humaines et techniques et le mettre à la disposition de tous les partenaires.	Équipe de riposte rapide et équipe d'urgence (Équipe A et B), avec le personnel formé du pays.	
Préparer une transition sans heurts entre l'Équipe A et l'Équipe B. L'Équipe B doit pouvoir être déployée dans les 3 semaines suivant la notification des résultats de laboratoire (Annexe 2).	coordinateur de la riposte à l'épidémie	Bureaux régionaux et sièges de l'OMS et de l'UNICEF
<b>Dans les 14 jours suivant la fin de l'épidémie</b>		
Suivi et soutien de la mise en œuvre du plan de riposte à l'épidémie complet de six mois	Équipe de riposte rapide et équipe d'urgence (Équipe A et B), avec le personnel formé du pays, coordonnent la mise en œuvre avec le Ministère de la santé.	Le bureau régional et le siège de l'OMS et de l'UNICEF fournissent une assistance technique, logistique et de surveillance.

#### 4-Gestion des informations

Activités	Pays	Régional/Mondial
<b>Après notification d'un événement de polio</b>		
Lancer l'évaluation de la sécurité et de la situation d'accès dans les zones d'épidémie et présentant un risque élevé.	Responsable national de la sécurité sur le terrain	Responsables mondiaux de la sécurité sur le terrain pour la polio
Réaliser une analyse des données complète et détaillée et la mettre à la disposition de l'EOMG pour le classement par grades de l'épidémie.	Les bureaux de l'OMS et de l'UNICEF envoient l'analyse au siège.	Bureau régional/siège de l'OMS et de l'UNICEF réalisent l'analyse situationnelle EOMG.
<b>Dans les 24 heures suivant la notification des résultats de laboratoire</b>		
À l'aide des données de l'analyse rapide provenant de la surveillance et des données de laboratoire, mettre à jour les cartes avec les cas PVS et les activités AVS et partager les informations avec toutes les parties prenantes concernées.	Le bureau de l'OMS du pays analyse et partage les informations avec le siège	Le siège de l'OMS effectue une analyse complémentaire et partagent les informations avec toutes les parties prenantes
<b>Dans les 72 heures</b>		
Rédiger et produire le rapport sur la situation (SITREP) en utilisant un format standard, ainsi qu'un point presse et d'autres kits et produits de communication.	Le bureau de l'OMS du pays, en collaboration avec le Ministère de la santé, produit le rapport sur la situation.	Le siège de l'OMS fournit une assistance.
<b>Dans les 14 jours</b>		
Établir un système pour produire les rapports sur la situation hebdomadaires, un point presse et d'autres kits et produits de communication.	Le bureau de l'OMS du pays, en collaboration avec le Ministère de la santé, produit le rapport sur la situation.	Le siège de l'OMS fournit une assistance.
Travailler en liaison avec les gestionnaires de données dans le pays concerné afin d'identifier et de résoudre les problèmes de format et d'exhaustivité des données, le cas échéant.		Le bureau régional/siège de l'OMS et le bureau régional/siège de l'UNICEF
<b>Dans les 14 jours suivant la fin de l'épidémie</b>		
Continuer de produire un rapport sur la situation hebdomadaire en utilisant un format standard, avec les données épidémiologiques et sociales, ainsi qu'un point presse et d'autres kits et produits de communication.	Le bureau de l'OMS du pays, en collaboration avec le Ministère de la santé, produit le rapport sur la situation.	Le siège de l'OMS fournit l'assistance pour le point presse, la communication et les documents relatifs à la défense des droits.
S'assurer que les données relatives à la surveillance, aux AVS et au suivi sont complètes et envoyées aux bureaux/sièges de l'OMS et de l'UNICEF conformément aux échéances convenues (dans les 14 jours suivant les AVS, puis à une fréquence hebdomadaire pour les données relatives à la PFA).	Le bureau de l'OMS du pas assurer la transmission des données à temps.	

## 5-Communication, mobilisation sociale et changement des comportements

Activités	Pays	Régional/Mondial
<b>Dans les 72 heures suivant la notification des résultats de laboratoire.</b>		
Partager la trousse d'outils C4D de la polio et répertorier les accords à long terme que le bureau du pays peut utiliser immédiatement pour accélérer la réponse.		Bureau régional/siège de l'UNICEF
Identifier les besoins en matière de ressources humaines pour la C4D et la communication externe.	Équipe UNICEF du pays	Le bureau régional et le siège de l'UNICEF fournissent une assistance technique.
Lancer le suivi médiatique et mener une analyse du paysage des médias si aucune analyse de ce type n'est disponible.	Équipe UNICEF du pays	Le bureau régional et le siège de l'UNICEF fournissent une assistance technique.
Identifier une personne responsable des liaisons et un porte-parole du gouvernement, de l'OMS et de l'UNICEF.	Équipe UNICEF du pays	Bureaux de l'OMS et de l'UNICEF du pays
Finaliser le protocole relatif aux médias et fournir les messages clés, produire des points presse et d'autres communications liées à l'épidémie pour l'utilisation locale ainsi que pour les agences régionales/mondiales.	Équipe UNICEF du pays	Le siège de l'OMS et le bureau régional/siège de l'UNICEF apportent une assistance technique.
Travailler avec les partenaires et les homologues du gouvernement pour organiser un point presse/produire un communiqué de presse, le cas échéant.	Équipe UNICEF du pays	Les sièges de l'OMS et de l'UNICEF apportent une assistance technique.
Recevoir et examiner les communiqués de presse/nouvelles informations liées à l'épidémie et les partager avec les centres de liaison ; cibler les autres canaux de communication non médiatiques qui peuvent être efficaces dans certaines situations.	Équipe UNICEF du pays	Le bureau régional et le siège de l'UNICEF fournissent une assistance.
Assurer la réalisation du profilage social du cas en utilisant les outils d'investigation spéciaux afin de guider la conception des interventions C4D.	Pouvoirs publics et équipe UNICEF du pays	
<b>Dans les 14 jours</b>		
Mettre au point les stratégies d'engagement communautaire C4D et de diffusion de l'information.	Équipe UNICEF du pays avec l'assistance technique du bureau régional.	Le bureau régional et le siège de l'UNICEF fournissent une assistance technique.
Mettre au point les messages de C4D pour communiquer à travers les différents canaux, y compris les médias sociaux.	Équipe UNICEF du pays en partenariat avec le Ministère de la santé	Le bureau régional et le siège de l'UNICEF fournissent une assistance technique.
Faciliter et diriger la redynamisation d'un plan de mobilisation sociale et/ou de communication dans les régions où la polio n'a pas été présente pendant une longue période, pour que les communautés et les professionnels de la santé soient sensibilisés aux dangers de la maladie et aux avantages du vaccin.	Bureaux de l'UNICEF du pays et liaison technique C4D	Le bureau régional/siège fournissent l'assistance nécessaire.
Développer un plan d'intervention dans les médias et organiser des réunions d'information avec les leaders politiques, religieux et communautaires ainsi que les autres parties prenantes.	Équipe UNICEF sous la houlette du coordinateur de riposte à l'épidémie de l'IMEP	Les bureaux régionaux et les sièges de l'OMS et de l'UNICEF fournissent une assistance technique.
Développer un plan spécial de communication de crise pour gérer les rumeurs en cas de résistance à la vaccination et répondre aux AEFI (événements indésirables après vaccination).	UNICEF avec le Ministère de la santé	Les bureaux régionaux/nationaux de l'UNICEF fournissent l'assistance nécessaire.
Soutenir les partenaires nationaux et locaux pour mener des campagnes de communication stratégique de masse et/ou au niveau de la communauté.	UNICEF avec le Ministère de la santé	Bureau de l'UNICEF du pays avec l'assistance du bureau régional.
Assurer la disponibilité des matériaux CPP à utiliser au niveau de la communauté, selon les messages clés identifiés.	UNICEF avec le Ministère de la santé	Le siège de l'UNICEF fournit une assistance.
Commencer la formation relative à la communication interpersonnelle pour toutes les catégories de responsables de la mobilisation sanitaire et sociale.	L'UNICEF soutient le Ministère de la santé en coordination avec l'OMS.	Bureau de l'UNICEF du pays avec l'assistance du bureau régional.
Assurer la microplanification et veiller à ce que les outils de surveillance et les manuels de formation incluent des activités de communication stratégique.	Ministère de la santé avec l'assistance de l'OMS et de l'UNICEF ; le personnel d'urgence fournit des recommandations précises sur le terrain.	Bureaux de l'OMS et de l'UNICEF du pays avec l'assistance du bureau régional et du siège.
Assurer l'intégration d'un budget et d'un plan de communication dans le plan de riposte à l'épidémie de six mois ;	L'UNICEF soutient le Ministère de la santé en coordination avec l'OMS.	Bureau de l'UNICEF du pays avec l'assistance du bureau régional.

Dans les 14 jours suivant la fin de l'épidémie		
<p>Mettre en œuvre un plan de communication stratégique :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• lancer une campagne de communication de masse, selon le besoin ;</li> <li>• diffuser les produits et les outils CPP et de communication interpersonnelle dans la langue locale, selon les obstacles à la vaccination identifiés ;</li> <li>• mobiliser les autres secteurs, notamment les influenceurs, tels que les chefs religieux, afin de fournir un accès aux communautés difficiles d'accès ;</li> <li>• former les responsables de la vaccination et de la mobilisation sur les messages de communication et les compétences en matière de communication interpersonnelle ;</li> <li>• engager les médias, surveiller et appliquer le protocole AEFI pour gérer les rumeurs immédiatement ;</li> <li>• organiser des séances de sensibilisation avant la campagne sur les régions présentant un risque élevé et difficiles d'accès ;</li> <li>• effectuer des examens approfondis sur les refus de vaccination potentiels ou les problèmes de manque de confiance qui doivent être gérés.</li> </ul>	<p>L'UNICEF soutient le Ministère de la santé en coordination avec l'OMS.</p>	<p>Le bureau régional et le siège fournissent une assistance technique et de surveillance.</p>
<p>Assurer la mesure des interventions de communication, avec une attention particulière aux enfants qui n'ont pas été vaccinés.</p>		

## 6-Aspects financiers et logistiques

Activités	Pays	Régional/Mondial
<b>Dans les 24 heures suivant la notification des résultats de laboratoire (ou avant si possible)</b>		
Alerter la division d'approvisionnement de l'UNICEF ou les autres fournisseurs de vaccins sur l'épidémie et le besoin imminent d'une livraison rapide des vaccins et de la logistique associée (marqueurs pour doigts, etc.).	Les bureaux de l'OMS et de l'UNICEF du pays communiquent les plans initiaux aux bureaux régionaux/sièges de l'OMS et de l'UNICEF.	Le bureau régional/siège de l'OMS communique les besoins à la division des approvisionnements de l'UNICEF, en coordination avec le siège de l'UNICEF.
Pour la riposte au poliovirus de type 2, après la transition, la livraison du VPOm2 nécessite l'approbation du Directeur général de l'OMS.		Siège de l'OMS
<b>Dans les 72 heures</b>		
Allouer une somme forfaitaire aux bureaux régionaux et nationaux pour couvrir les activités initiales de riposte à l'épidémie.		Sièges de l'OMS et de l'UNICEF
Vérifier la disponibilité des vaccins, les commander et lancer leur transport selon l'estimation initiale et le plan de riposte à l'épidémie.		Sièges de l'UNICEF
<b>Dans les 14 jours</b>		
Examiner et fournir un budget conforme au plan de riposte à l'épidémie et de communication de six mois.	Équipe de riposte rapide et équipe d'urgence (Équipe A et B), avec le personnel formé du pays, coordonnent la mise en œuvre avec le Ministère de la santé.	Bureaux régionaux et sièges de l'OMS et de l'UNICEF
Évaluer la capacité de la chaîne de froid et prendre les mesures nécessaires pour remédier aux lacunes.	L'équipe du pays évalue et exprime les besoins.	Le siège de l'UNICEF ordonne de remédier aux lacunes.
Commander le vaccin et les marqueurs pour doigts pour les campagnes complémentaires conformément au plan de riposte à l'épidémie.	L'équipe du pays évalue et communique les besoins.	Les sièges de l'UNICEF et de l'OMS effectuent la commande.
Examiner le budget complémentaire de l'assistance administrative et logistique.	L'équipe du pays évalue et partage le budget.	Le siège de l'OMS examine le budget et débloque les fonds.
Lancer le processus pour pourvoir aux postes vacants dans les régions infectées/présentant un risque élevé.	Équipe du pays	Les bureaux régionaux de l'OMS et de l'UNICEF effectuent le suivi et fournissent l'assistance nécessaire.

## 7-Circonstances spéciales (situations d'urgence complexes)

Activités	Pays	Régional/Mondial
<b>Après notification d'un événement de polio</b>		
Évaluer la sécurité et la situation d'accès dans les zones d'épidémie et présentant un risque élevé.	L'équipe du pays recueille et fournit les informations aux sièges de l'OMS et de l'UNICEF.	Les sièges de l'OMS et de l'UNICEF résumant et incorporent les informations disponibles à leur niveau.
<b>Dans les 72 heures suivant la notification des résultats de laboratoire</b>		
Demander au conseiller de la sécurité en matière de polio d'effectuer une évaluation au niveau du terrain.	Le pays facilite les procédures.	Le conseiller de sécurité des sièges de l'OMS/UNICEF pour coordonner les opérations.
Déployer un coordinateur international de la riposte à la l'épidémie (si cela est nécessaire pour une riposte dans plusieurs pays) et d'autres personnels (technique, opérations, communication et données) ayant de l'expérience travaillant dans les situations d'urgence complexes.	Les équipes du pays fournissent tout le soutien nécessaire en matière d'information.	Le siège de l'OMS identifie et déploie cette personne pour la situation d'urgence initiale.
Identifier initialement le groupe de parties prenantes/influenceurs clés opérant dans la région.	Direction : les équipes du pays recueillent ces informations	Les sièges de l'OMS et de l'UNICEF apportent leur assistance.
Informé le coordinateur résident des Nations Unies et l'équipe humanitaire du pays.	Représentant de l'OMS	
Travailler en coordination avec le Département de la sûreté et de la sécurité des Nations Unies pour les missions sur le terrain.	Équipes de l'OMS et de l'UNICEF du pays, avec l'assistance juridique de leur niveau de représentant.	
Lancer le développement d'un plan d'accès incluant un composant C4D.	Équipe de l'OMS du pays en coordination avec l'UNICEF et le Ministère de la santé	Les sièges de l'OMS et de l'UNICEF fournissent une assistance technique.
Lancer la coordination avec les autres agences humanitaires de l'ONU présentes sur le terrain.	Représentant de l'OMS	Le siège de l'OMS facilite les opérations à un haut niveau.
Recueillir les informations sur la vaccination et identifier les obstacles comportementaux éventuels ou les groupes hostiles à la vaccination.	Équipes de l'OMS et de l'UNICEF du pays	
<b>Dans les 14 jours</b>		
Finaliser et mettre en œuvre le plan d'accès : <ul style="list-style-type: none"> <li>• négocier l'accès en faisant appel aux acteurs clés, aux influenceurs et aux parties prenantes ;</li> <li>• mettre au point des stratégies de vaccination opportunistes pour accéder aux populations dans les régions difficiles d'accès ;</li> <li>• la planification et la réalisation de campagnes protégées ;</li> <li>• engager la communauté.</li> </ul>	L'équipe de l'OMS du pays avec le soutien de l'équipe UNICEF du pays, pour l'engagement	Les sièges de l'OMS et de l'UNICEF fournissent une assistance technique.
Déployer un responsable de la sécurité sur le terrain pré-identifié.	L'équipe du pays identifie le candidat.	Le siège de l'OMS facilite les procédures et fournit le contrat.
Planifier et mettre en œuvre une stratégie de centres de vaccination permanents dans les alentours des régions inaccessibles.	Équipe de l'OMS et de l'UNICEF du pays, avec le Ministère de la santé.	Le siège de l'OMS fournit une assistance technique.
<b>Dans les 14 jours suivant la fin de l'épidémie.</b>		
Continuer à mettre en œuvre le plan d'accès et le modifier selon le besoin afin d'assurer : <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'accès en faisant appel aux acteurs clés, aux influenceurs et aux parties prenantes ;</li> <li>• des stratégies de vaccination opportunistes pour accéder aux populations dans les régions difficiles d'accès ;</li> <li>• la planification et la réalisation de campagnes protégées ;</li> </ul>	Le bureau du pays étudie les options au niveau local.	Les sièges de l'OMS et de l'UNICEF étudient les options et les mettent en œuvre à un niveau élevé, y compris la plaidoyer avec les sièges et les autres agences selon le besoin.

## Annexes

### Annexe 1 : Les POS en un clin d'œil

Figure 3a : Les POS en un coup d'œil : de l'événement à l'épidémie selon les isolats de poliovirus

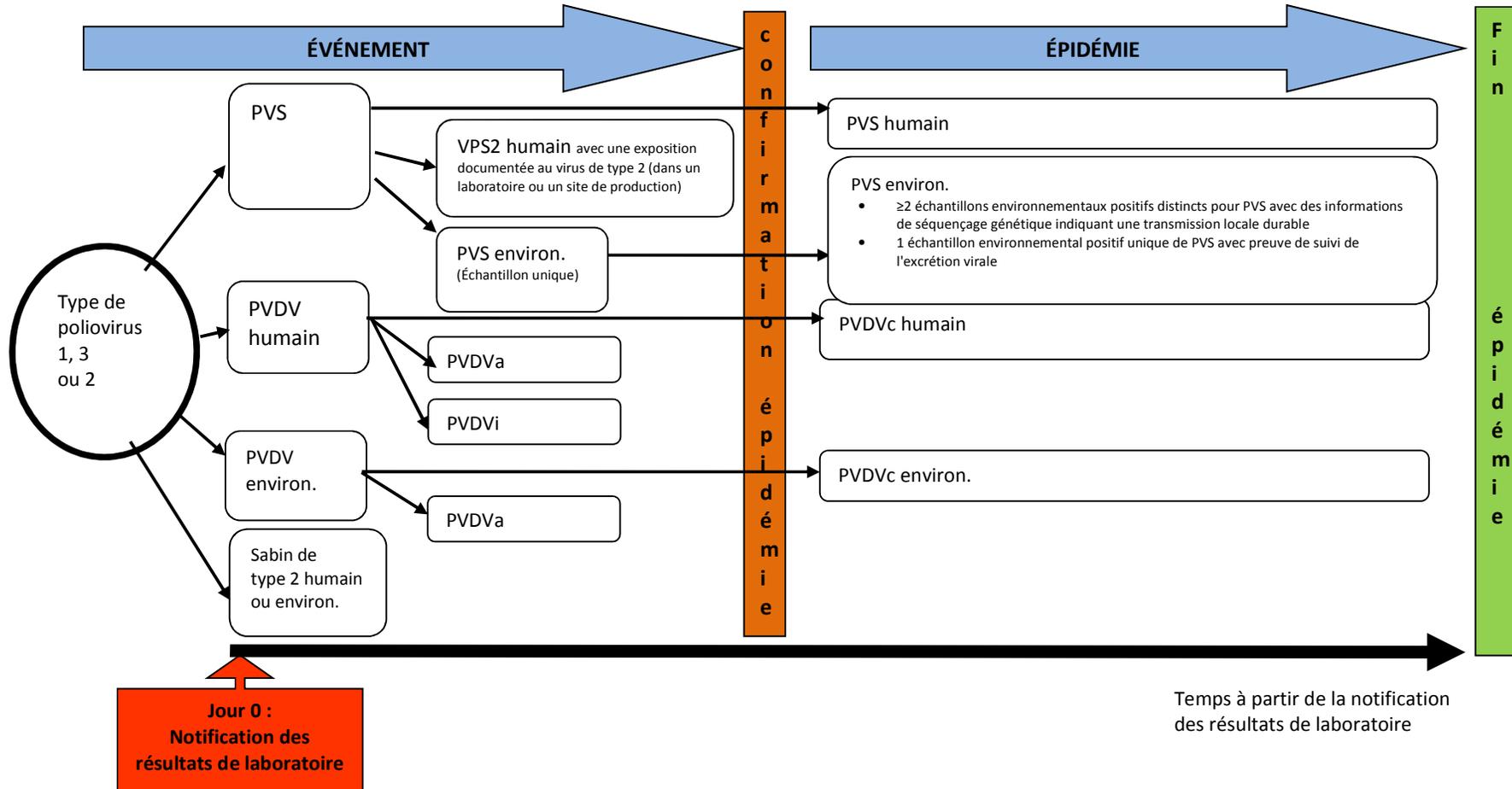
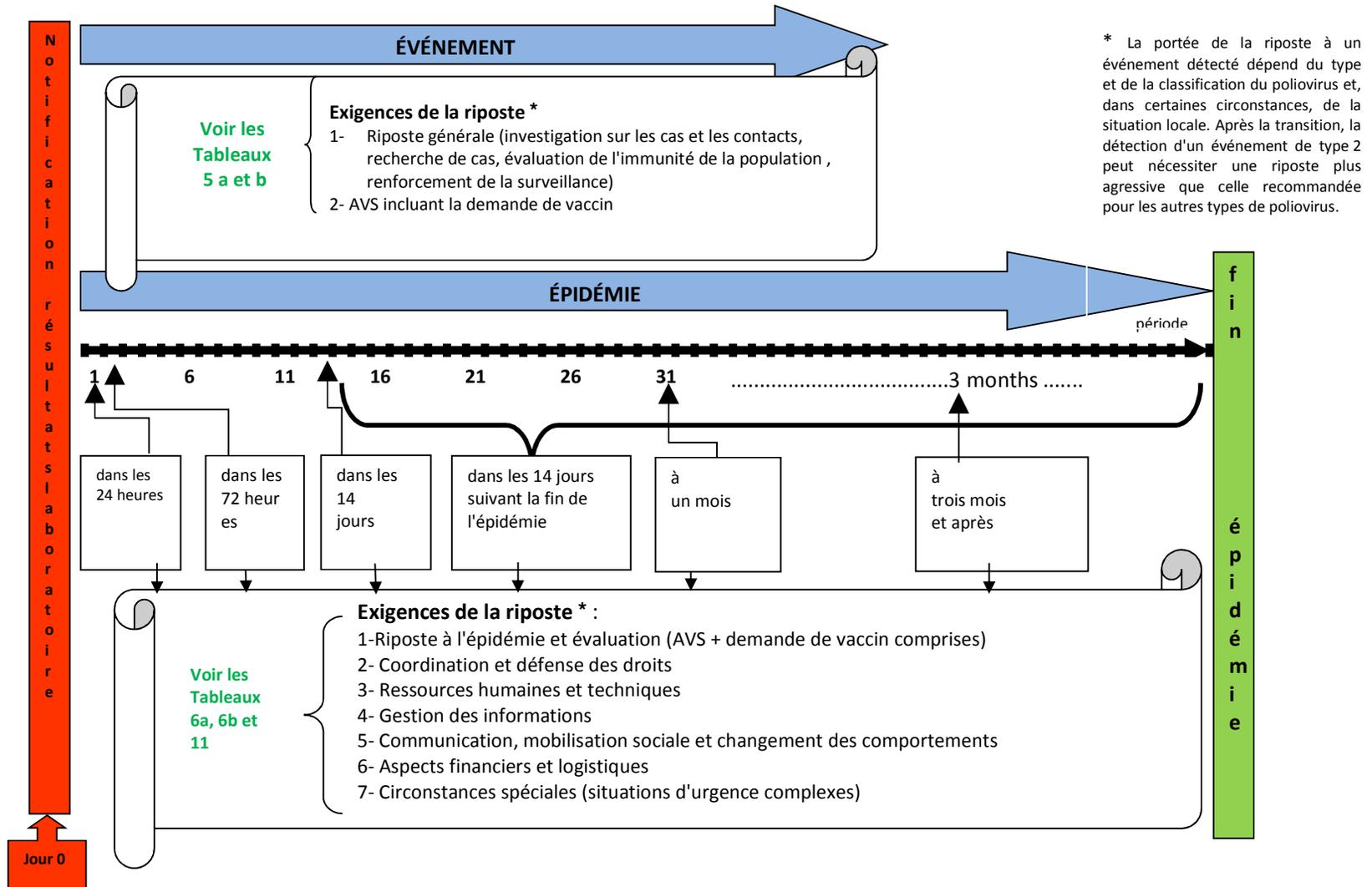


Figure 3b : Les POS en un clin d'œil : exigences en matière de calendrier et de riposte pour les événements et les épidémies de poliovirus



## Annexe 2 : Notification du Règlement Sanitaire International concernant la polio

Les principaux documents de gestion pour ce chapitre sont :

- La Recommandation de l'OMS relative à l'utilisation de l'Annexe 2 du Règlement sanitaire international (2005) <sup>28</sup>
- Déclaration sur la septième réunion du Comité d'urgence du RSI concernant la propagation internationale du poliovirus. Déclaration de l'OMS du 26 novembre 2015. <sup>29</sup>
- Définition des cas du RSI, Annexe 2 du RSI. <sup>30</sup>

### a- Problèmes et événements de polio susceptibles de faire l'objet d'une notification <sup>2</sup>

Les pays doivent informer l'OMS de trois problèmes ou événements listés sur le terrain et pouvant constituer un « événement qui peut représenter une urgence de santé publique » conformément au RSI :

1. **Le PVS isolé dans un cas de PFA ou un contact avec un cas** est l'une des 4 entités de maladies cruciales conformément au RSI, dont l'OMS doit être informée quel que soit le contexte dans lequel elle se produit. <sup>31</sup>
2. **Le PVS ou le PVDV isolé à partir d' une source différente des PFA (échantillon environnemental ou humain sans paralysie)** doit faire l'objet d'une notification de l'OMS lorsqu'il remplit au moins deux des quatre critères de notification de l'Annexe 2 du RSI (2005)<sup>32</sup> :  
i) impact sérieux sur la santé publique ; et ii) événement inhabituel ou imprévu. Les deux derniers critères peuvent être remplis : iii) risque significatif de propagation internationale de la maladie ; iv) risque significatif pour le commerce international ou restrictions de voyage
3. (proposition<sup>3</sup>) **Le virus de type Sabin de type 2 après la transition** doit également faire l'objet d'une notification à l'OMS si plus de 4 mois sont passés depuis la transition du VPOT au VPOb, lorsqu'au moins deux des quatre critères de notification de l'Annexe 2 du RSI (2005).

### b- Échéance de l'évaluation et de la notification officielle <sup>33</sup>

Dans un pays donné, tous les événements de santé publique susceptibles de remplir l'un des quatre critères du RSI doivent être **évalués** en vue d'une notification potentielle dans les 48 heures de leur découverte dans le pays au niveau national. L'évaluation régulière et de routine des événements nationaux doit être fondée sur les informations de santé publique disponibles et l'application des principes épidémiologiques établis par des professionnels de santé publique expérimentés. Le même événement peut être réévalué au fil du temps si de nouvelles informations pertinentes sur l'événement deviennent disponibles.

Si un pays évalue un événement comme pouvant faire l'objet d'une notification selon l'instrument de décision du RSI<sup>34</sup>, il doit **informer** l'OMS dans les 24 heures. Si l'évaluation initiale d'un événement est négative, mais qu'une évaluation ultérieure remplit les exigences de notification, l'OMS doit en être informée dans les 24 heures suivant la nouvelle évaluation positive.

### c- Remarque spéciale sur l'événement identifié à l'extérieur du pays

Selon l'article 9.2 du RSI « Autres rapports », le pays doit informer l'OMS de tout risque de santé publique identifié à l'extérieur de son territoire et susceptible d'entraîner une propagation

<sup>2</sup> Notification du virus de type Sabin de type 2 après 4 mois de la transition à partir de septembre 2016

<sup>3</sup> Une proposition d'amender la définition de cas de polio RSI de l'OMS selon les critères de confinement GAPIII a été effectuée pour inclure le virus Sabin de type 2 en plus du PVS et du PVDV quand les mêmes critères du RSI sont remplis (impact imprévu et sérieux), avec une date d'entrée en vigueur du 1er août 2016, 3 mois après la dernière date possible de la transition. La proposition doit encore être validée par le Comité d'experts du RSI.

internationale de la maladie, comme les cas de polio importés ou exportés, les marchandises infectées ou contaminées (polio environnementale), et ce avec les mêmes échéances qu'un événement intérieur qui doit faire l'objet d'une notification au RSI (c'est-à-dire dans les 24 heures suivant la réception des preuves).

Le Tableau 4 résume les différentes échéances pour la notification officielle du RSI et des activités sur les poliovirus.

**Tableau 4 : Calendrier d'activités de RSI et notification officielle relative aux poliovirus**

Problèmes et événements de polio susceptibles de faire l'objet d'une notification	Calendrier	Action	Description	Organisme responsable
1- PVS isolé dans un cas de PFA ou un contact de cas	48 heures après leur découverte par le pays au niveau national	<b>Évaluation de l'événement par le RSI</b>	Dans un pays donné, tous les événements de santé publique susceptibles de remplir l'un des quatre critères du RSI doivent être évalués en vue d'une notification potentielle.	<b>Autorités nationales</b> +/- en consultation avec l'OMS
2- PVS ou PVDV isolé dans une autre source que les cas de PFA				
3- Virus de type Sabin de type 2 après la transition	dans les 24 heures après l'évaluation	<b>Notification officielle du RSI à l'OMS</b>	un pays évalue un événement (à l'intérieur ou à l'extérieur du territoire du pays) comme pouvant faire l'objet d'une notification en utilisant l'instrument de décision du RSI.	<b>Du point focal polio du pays</b> et/ou centre de liaison du RSI national au <b>bureau du pays de l'OMS</b> (avec une copie au bureau régional/siège de l'OMS et aux autorités nationales concernées)

#### Étapes de la notification :

- Le **point focal polio du pays** informe le conseiller en matière de polio du bureau régional de l'OMS dans les 24 heures suivant la réception des résultats de laboratoire concernant un isolat de poliovirus positif (résultats du séquençage). Le Ministère de la santé du pays, l'OMS et les partenaires IMEP doivent être mis en copie de la correspondance.
- Le **bureau régional de l'OMS** confirme la notification avec le pays et le laboratoire affilié au GLPN. Il s'agit alors d'une *notification RSI officielle* qui est transmise au RSI et au siège de l'OMS.

#### Autres types de rapports RSI à l'OMS

En plus de la notification, d'autres dispositions du RSI exigent la transmission de rapports à l'OMS. Une autre option importante supplémentaire pour l'évaluation des événements par le pays consiste à **consulter** l'OMS sur les circonstances qui ne nécessitent pas de notification ou lorsque des recommandations sont nécessaires (Article 8). Ce processus de consultation peut être approprié lorsque les informations disponibles ne sont pas suffisantes pour effectuer l'évaluation à l'aide de l'instrument de décision, ou si le pays cherche à obtenir des conseils sur les mesures d'investigation ou de riposte en cas de problème de santé publique, ou encore s'il souhaite informer l'OMS.

## Annexe 3 : Transition entre l'Équipe de riposte rapide (Équipe A) et l'Équipe de riposte d'urgence (Équipe B)

### *Principes de justification et de recommandation*

Une transition efficace entre l'Équipe A sortante et l'Équipe B entrante est cruciale pour la continuité de la riposte à l'épidémie et l'utilisation optimale des ressources. Les composants clés d'une transition réussie sont :

- Réunions de transition détaillées entre les personnes concernées ;
- Documents de transition avec liste de vérification contenant les informations essentielles : contexte, plans de riposte, réussites et problèmes rencontrés, documents de référence clés, liste des principaux contacts ;
- Rapport d'évaluation initiale de la riposte, objectifs convenus à réaliser dans les 30 jours et « étapes suivantes » pour y parvenir, domaines prioritaires et pratiques exemplaires dans le contexte.

### *Prévoir une période de co-présence des deux équipes*

Laisser un temps suffisant pour une transition appropriée, au moins 3 à 7 jours de préférence. Si une co-présence des deux équipes n'est pas possible, utiliser d'autres moyens de communication (par exemple, des conférences vidéo ou des téléconférences) pour assurer la transition.

Si tous les membres de l'Équipe B arrivent en même temps, une réunion d'information avec l'ensemble de l'équipe est prévue. En revanche, si le départ des membres de l'Équipe A et l'arrivée des membres de l'Équipe B se produisent dans des périodes différentes, une transition par étapes permettra la continuité entre les deux équipes. Il peut s'avérer utile qu'une personne de l'Équipe A prolonge son séjour d'une ou de deux semaines (p. ex., le chef de l'Équipe A ou une autre personne occupant l'un des 3 postes clés : opérations, technique, communication).

### *Présentation du processus de transition*

Chaque transition doit inclure : des présentations clés, des discussions approfondies en face à face, des réunions d'information (y compris les médias) et une visite de terrain. Utiliser une liste de vérification semi-structurée comme guide lors de la transition (voir ci-dessous).

### *Présentation de l'équipe et discussion en groupe*

Les présentations doivent viser à :

- organiser une réunion d'information de groupe, suivie de réunions en tête à tête entre les membres des équipes A et B ;
- présenter l'Équipe B aux autres partenaires impliqués dans la riposte à l'épidémie.

**Présentations internes :** Se concentrer sur les réunions en tête à tête sur le plan des opérations, une liste complète des partenaires leurs rôles dans la riposte à l'épidémie, les enseignements tirés et les questions importantes à prendre en considération ; impliquer le personnel de bureau pour établir la liaison entre les membres de l'équipe entrante et les assistants administratifs nécessaires

**Présentations externes :** présenter les membres de l'Équipe B, notamment la direction technique, aux partenaires clés de la riposte à l'épidémie. La liste des partenaires est variable, mais comprend généralement les agents publics, les membres clés du personnel, les centres de liaison dans l'équipe nationale de riposte rapide et les partenaires clés ou les centres de liaisons des partenaires à tous les niveaux concernés (p., ex., pays, bureau régional, siège). Les partenaires clés comprennent au minimum le Ministère de la santé, l'OMS et l'UNICEF.

Les équipes A et B doivent assister aux réunions importantes ensemble afin de faciliter l'établissement des relations. Pour que les attentes soient claires pour tout le monde, expliquer les attributions de l'Équipe B dès le début des réunions avec les partenaires.

### *Partager tous les documents importants pendant la transition*

Partager tous les documents par les différents moyens disponibles, tels que les applications de partage, le cloud et les clés USB, afin d'éviter de les perdre. Les documents doivent couvrir les catégories suivantes :

- La liste des personnes et des contacts clés, le plan de riposte à l'épidémie le plus récent, la liste des activités (terminées, en cours et prévues), la structure organisationnelle (ressources humaines (RH), réunions), les défis, les opportunités, les recommandations, etc.

- L'orientation sur les questions pratiques, telles que les autorisations de voyage, les transports, les problèmes de sécurité, la location de voitures, la réservation à l'hôtel sur le terrain, etc.
- Une explication des niveaux hiérarchiques de tous les organismes partenaires, y compris les noms et les contacts des personnes qui gèrent les aspects logistiques et financiers.
- Les défis, contraintes, problèmes en attente de solutions, goulets d'étranglement, attentes concernant tous les domaines des activités (RH, vaccins, vaccination, surveillance, etc.).
- Les données brutes sur les AVS et les activités de surveillance, en plus des rapports partagés éventuels.

<b>Documents généraux</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
Notification de l'épidémie par les pouvoirs publics		
Classement en grades par l' EOMG		
Lettre de communication avec le RSI		
Lettre au Ministre de la santé pour souligner l'urgence		
Rapport d'investigation épidémiologique et social initial		
Rapport d'évaluation communautaire rapide		
Rapport d'analyse du risque		
Exigences et dates de livraison des vaccins, des autres articles et des journaux.		
Plan de riposte à l'épidémie		
Budget de riposte à l'épidémie		
Plan d'urgence RH		
Révision du plan de riposte à l'épidémie s'il est déjà rédigé, y compris le plan de communication pour les phases ultérieures.		
Investigation en cours sur l'épidémie, rapports de laboratoire, etc.		
AVS : tournées, population cible, microplans, équipes de vaccination et de mobilisation sociale, échéances, type de vaccins, stratégies spéciales, etc.		
Rapport de surveillance indépendant de la dernière tournée, y compris les données sociales pertinentes.		
Manuel et outils de formation à la surveillance indépendante.		
Stratégies de vaccination et de communication pour accéder aux enfants non vaccinés.		
Microplans détaillés avec une attention spéciale aux populations présentant un risque élevé.		
Mettre au point des stratégies de vaccination opportunistes pour accéder aux populations dans les régions difficiles d'accès.		
Stratégie de centres de vaccination permanents dans les alentours des régions inaccessibles.		
Organiser la surveillance des cas de PFA.		
Données de surveillance mises à jour et disponibles, y compris la visite de surveillance, les cas de PFA avec prélèvement chez les contacts, les cas de PFA découverts pendant les AVS, la SE si disponible, etc.		
Document et protocole de surveillance des AEFI (événements indésirables après vaccination)		
Plan de renforcement de la vaccination de routine		
Rapports sur la situation (SITREPS), bulletins, lettres d'information, etc.		
Rapports de sécurité		
<b>Communication</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
Plan de communication global sur la riposte à l'épidémie		
Produits et outils CPP et de communication interpersonnelle (IPC) dans la langue locale		
Module de formation des responsables de la vaccination et de la mobilisation sur les compétences et les messages de communication		
Contenu approprié pour les stratégies de plaidoyer des messages		
Paysage médiatique		
Examen des refus de vaccination potentiels ou des problèmes à résoudre liés au manque de confiance ou aux rumeurs		
<b>Contacts</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
Liste des personnes à contacter (e-mail, téléphones, adresse) : Ministère de la santé, UNICEF, OMS, partenaires, organismes, ONG, contacts de sécurité, journalistes, etc.		
<b>Conférences téléphoniques, réunions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
Conférences téléphoniques (qui, quand, objectifs, procès-verbaux)		
Appel pour la riposte à l'épidémie : qui, quand, où, procès-verbaux		
Réunions des donateurs et activités de défense des droits		
Réunions de supervision et d'examen		
<b>Calendrier</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
Chronogramme des activités, réunions et appels		
Tableau de bord de l'épidémie dans le pays		
Fiche de suivi des progrès effectués et/ou de l'assistance nécessaire pour remédier aux lacunes restantes		
Évaluations périodiques externes de la riposte à l'épidémie		
<b>Documents techniques</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
Liste des directives techniques qui doivent être disponibles sur le terrain ainsi que les modèles et les outils à développer		
<b>Fin de l'épidémie</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>

Bien que l'épidémie doive prendre fin en quelques mois, les équipes A et B doivent planifier la période d'après épidémie dès le début. À cet égard, certaines activités doivent être proposées ou identifiées pendant la période de transition ; par exemple, se concentrer sur les activités de surveillance pour écarter tout risque d'épidémie de polio, documentation relative à la fin de l'épidémie, etc.

## Annexe 4 : Attributions de l'Équipe de riposte rapide (Équipe A) et de l'Équipe de riposte d'urgence (Équipe B)

### ATTRIBUTIONS : DIRECTION TECHNIQUE DE RIPOSTE À L'ÉPIDÉMIE (niveau national)

#### Préambule :

L'objectif de l'Initiative mondiale d'éradication de la polio (IMEP) est de s'assurer que les générations futures seront à l'abri de la menace de paralysie due à la polio. La réalisation de cet objectif dépend de la fin de la transmission du poliovirus dans les pays d'endémie restants et de la capacité à assurer des ripostes rapides et efficaces aux épidémies de poliovirus dans les pays exempts de poliomyélite. L'IMEP a récemment révisé les procédures opérationnelles standard (POS) pour la riposte aux nouvelles épidémies de polio.

Le document décrit les attributions de la direction technique de la riposte à l'épidémie dans le contexte de ces POS.

#### Objectif du poste :

La direction technique de la riposte à l'épidémie est responsable de la gestion globale de la riposte opérationnelle à l'épidémie de poliovirus, en travaillant sous la supervision du chef des bureaux de l'OMS/UNICEF et en collaboration avec les autorités sanitaires et les autres partenaires de santé.

La direction technique sera déployée dans les pays dans le cadre de l'Équipe de riposte rapide (A) ou de l'Équipe d'urgence (B).

#### Résumé des tâches assignées :

- Assister les chefs de bureaux de l'OMS/UNICEF du pays dans la supervision stratégique et opérationnelle des opérations de riposte à l'épidémie de polio, en s'assurant qu'ils répondent aux besoins de la population et respectent les plans et stratégies du Ministère de la santé et des POS de riposte à l'épidémie de polio.
- Mener et guider l'Équipe A et l'Équipe B dans les stratégies de riposte à l'épidémie et la supervision technique des activités de riposte.
- Favoriser la coordination étroite avec l'OMS, les professionnels de santé du pays et les autres partenaires, ainsi que les bureaux régionaux et les sièges, et contribuer à l'organisation de réunions de coordination régulières, de téléconférences et de réunions de mise à jour.
- Travailler avec les équipes de l'OMS, de l'UNICEF et du Ministère de la santé pour développer le plan national de riposte à l'épidémie, y compris le budget, le chronogramme des activités et le plan d'urgence en matière de ressources humaines (RH), tout en ajustant et en adaptant périodiquement le plan selon le besoin.
- Collaborer avec les équipes du Ministère de la santé, de l'OMS et de l'UNICEF pour établir les structures de riposte qui comprennent les quatre composants de la riposte à l'épidémie : investigation sur l'épidémie, riposte vaccinale, renforcement de la surveillance de la PFA et renforcement de la vaccination de routine.
- Collaborer avec les équipes du Ministère de la santé, de l'OMS et de l'UNICEF pour produire des mises à jour des activités de riposte à l'épidémie (p. ex., rapports sur la situation, bulletins et lettres d'information) pour les distribuer aux partenaires.
- Collaborer avec les équipes du Ministère de la santé, de l'OMS et de l'UNICEF pour organiser des évaluations périodiques externes de la riposte à l'épidémie.
- Collaborer avec les équipes du Ministère de la santé, de l'OMS et de l'UNICEF pour documenter la fin de l'épidémie.
- Collaborer avec les équipes du Ministère de la santé, de l'OMS et de l'UNICEF pour évaluer la situation sécuritaire dans les régions comprises dans la riposte ; selon le besoin, encourager les partenaires appropriés à discuter les stratégies et ressources spéciales pour les régions peu sûres.
- Collaborer avec l'équipe de communication pour assurer la préparation du plan de communication global de la riposte à l'épidémie et du contenu approprié des stratégies de plaidoyer et des messages.
- Collaborer avec le Directeur des opérations de riposte à l'épidémie pour s'assurer que les aspects logistiques de la riposte à l'épidémie, notamment le financement et les RH, sont gérés avec une efficacité optimale.
- Réviser et acquitter les produits des donateurs et fournir des recommandations stratégiques sur la mobilisation des ressources et le développement des propositions.
- Se charger des autres affectations et responsabilités conformément aux demandes des chefs de bureaux du pays, des directeurs régionaux et des autres partenaires pour soutenir la riposte efficace à l'épidémie.

## **ATTRIBUTIONS : DIRECTEUR DES OPÉRATIONS DE RIPOSTE À L'ÉPIDÉMIE (niveau national)**

### **Préambule**

L'objectif de l'Initiative mondiale d'éradication de la polio (IMEP) est de s'assurer que les générations futures seront à l'abri de la menace de paralysie due à la polio. La réalisation de cet objectif dépend de la fin de la transmission du poliovirus dans les pays d'endémie restants et de la capacité à assurer des ripostes rapides et efficaces aux épidémies de poliovirus dans les pays exempts de poliomyélite. L'IMEP a récemment révisé les procédures opérationnelles standard (POS) pour la riposte aux nouvelles épidémies de polio.

Ce document décrit les attributions du directeur des opérations de riposte à l'épidémie dans le contexte des nouvelles POS.

### **Objectif du poste :**

Le Directeur des opérations de riposte à l'épidémie est responsable de l'évaluation de besoins opérationnels et de l'infrastructure existante pour la riposte à l'épidémie de polio au niveau du pays, et doit contribuer au développement des plans de riposte opérationnelle afin d'assurer la disponibilité des plateformes flexibles et soutenir la riposte technique.

- Appuyer la stratégie de riposte globale avec des informations opérationnelles, notamment la mise en œuvre des plans de travail opérationnels, la fourniture de conseils/d'une assistance autorisés aux unités opérationnelles et la collaboration avec les partenaires nationaux/internationaux pour assurer la disponibilité des ressources opérationnelles adéquates.

Le directeur des opérations sera déployé dans les pays dans le cadre de l'Équipe de riposte rapide (A) ou de l'Équipe d'urgence (B).

### **Résumé des tâches assignées :**

- Assister les responsables des opérations des bureaux de l'OMS/UNICEF du pays dans la supervision opérationnelle des opérations de riposte à l'épidémie de polio, en s'assurant que la riposte est en phase avec les plans et stratégies du Ministère de la santé et les POS de riposte à l'épidémie de polio.
- Établir la liaison avec les homologues régionaux et du siège afin de signaler et résoudre les problèmes opérationnels qui peuvent affecter la riposte à l'épidémie.
- Collaborer avec les équipes du Ministère de la santé, de l'OMS et de l'UNICEF pour répertorier l'infrastructure et les ressources humaines (RH) existantes et évaluer les lacunes opérationnelles/logistiques au niveau du pays pour identifier ce qu'il faut pour réaliser tous les aspects d'une riposte efficace à l'épidémie de polio.
- Collaborer avec les équipes du Ministère de la santé, de l'OMS et de l'UNICEF et la direction technique de la riposte à l'épidémie pour développer les aspects opérationnels du plan de riposte à l'épidémie, notamment le budget (et le mécanisme de suivi financier), le chronogramme des activités, le plan d'urgence en matière de RH et le soutien administratif du plan national global de riposte à l'épidémie. Travailler avec les partenaires et la direction technique pour réviser périodiquement, ajuster et adapter le plan.
- Diriger la mise en œuvre du plan opérationnel de riposte à l'épidémie et fournir des conseils autorisés et une assistance aux chefs des différentes unités opérationnelles. Tout particulièrement, s'assurer que les ressources financières, humaines (y compris les consultants et les autres personnels de l'équipe d'urgence et leur logistique) et matérielles nécessaires (y compris les vaccins, les équipes de chaîne du froid, le transport et les outils de surveillance) sont demandées, reçus par des procédures accélérées et distribuées de telle sorte que la riposte à l'épidémie puisse avoir lieu dans les échéances indiquées dans les POS.
- Collaborer avec les partenaires nationaux et internationaux pour regrouper les ressources opérationnelles afin d'établir des centres opérationnels communs et optimiser l'efficacité et le rapport coût-efficacité.
- Fournir des rapports fréquents et réguliers à la direction technique de la riposte à l'épidémie sur tous les aspects des opérations et contribuer aux mises à jour sur les opérations dans les rapports sur la situation (SITREPS), bulletins et lettres d'information.
- Superviser la logistique liée aux évaluations périodiques externes de l'épidémie.
- Travailler avec les partenaires de la sécurité pour évaluer la situation sécuritaire dans les régions comprises dans la riposte ; selon le besoin, encourager les partenaires appropriés à discuter les aspects logistiques des stratégies et ressources spéciales pour les régions peu sûres.
- Collaborer avec les équipes du Ministère de la santé, de l'OMS et de l'UNICEF pour pourvoir leurs postes vacants dans la région de riposte à l'épidémie.
- Surveiller et gérer l'utilisation transparente et efficace des ressources, le développement des rapports sur les enseignements tirés, la documentation des réalisations et des obstacles dans la mise en œuvre des projets et la recommandation des améliorations pour les opérations sur le terrain.
- Se charger des autres affectations et responsabilités conformément aux demandes des chefs des bureaux du pays, des directeurs régionaux et des autres partenaires pour soutenir la riposte efficace à l'épidémie.

## **ATTRIBUTIONS : RESPONSABLE DE LA COMMUNICATION SUR L'ÉPIDÉMIE (C4D et communication externe) (niveau national)**

### **Préambule :**

L'objectif de l'Initiative mondiale d'éradication de la polio (IMEP) est de s'assurer que les générations futures seront à l'abri de la menace de l'infection par le virus de la polio et de la paralysie. La réalisation de cet objectif dépend de la fin de la transmission du poliovirus dans les pays d'endémie restants et de la capacité à assurer des ripostes rapides et efficaces aux épidémies de poliovirus dans les pays exempts de poliomyélite. L'IMEP a récemment révisé les procédures opérationnelles standard (POS) pour la riposte aux nouvelles épidémies de polio

Ce document décrit les attributions du responsable de la communication sur l'épidémie dans le contexte des nouvelles POS.

### **Objectif du poste :**

Le responsable de la communication sur l'épidémie dirigera l'assistance en matière de communication liée à la polio, fournie au pays pendant la riposte à une épidémie de poliovirus, en travaillant sous la supervision du chef des bureaux de l'OMS/UNICEF du pays et en collaboration avec les équipes de communication de ces organisations.

L'assistance du responsable de la communication à l'équipe dans le bureau du pays assurera que la riposte est :

1. en phase avec les plans et stratégies des pouvoirs publics/du Ministère de la santé, et
2. conformes aux POS les plus récentes en matière de riposte à l'épidémie.

Le responsable de la communication sera déployé dans les pays dans le cadre de l'Équipe de riposte rapide (A) ou de l'Équipe d'urgence (B).

### **Résumé des tâches assignées :**

#### Généralités :

- Évaluer les besoins en matière de communication et la capacité existante au niveau du pays.
- Transmettre au siège de l'OMS/UNICEF des rapports sur les progrès, les réalisations et les besoins en matière d'assistance supplémentaire.
- Contribuer au développement d'un plan de communication pour étayer la riposte technique, en collaboration avec les bureaux de l'OMS/UNICEF.
- Fournir des informations techniques pour élaborer la stratégie de riposte globale, notamment la mise en œuvre des plans de travail opérationnels et la fourniture de conseils autorisés et d'assistance aux unités opérationnelles.
- Assurer le leadership et renforcer les équipes de communication existantes en mettant l'accent sur la cohésion et la collaboration au sein de l'équipe comme routine quotidienne avec les partenaires nationaux/internationaux.

#### Communication pour le développement (C4D) :

- Mener l'investigation sociale requise sur les cas de polio dans le cadre de la riposte précoce à l'épidémie.
- Développer/mettre à jour/examiner les données relatives aux connaissances en matière de vaccination, les attitudes et les comportements du public cible, notamment pour les populations mobiles et présentant un risque élevé.
- Faciliter et mener la redynamisation de la mobilisation sociale et monter un groupe de travail sur la communication ou élargir le groupe existant.
- Lancer le développement de la partie « mobilisation sociale » du document du plan de riposte à l'épidémie de 6 mois, notamment les détails de la mise en œuvre infra-nationale dans les régions présentant un risque élevé et au sein des populations mobiles, ainsi que les autres méthodes de surveillance des activités sur le terrain et le budget alloué à ces activités.
- Mettre au point les stratégies d'engagement communautaire C4D et de diffusion de l'information pour promouvoir la vaccination antipoliomyélitique et la vaccination de routine.
- Développer et adapter les produits d'information sanitaire pour les populations/publics cibles, selon une évaluation approfondie des connaissances, pratiques et comportements de la communauté.
- S'assurer que les microplans (au moins dans les régions prioritaires) comprennent les données sociales et les informations nécessaires sur les responsables de la mobilisation sociale et les leaders de la communauté dès le début de la riposte.
- Fournir une assistance dans la formation des professionnels de la santé.
- Aider à mettre en œuvre le plan de réponse stratégique en matière de communication, y compris les plans de communication de masse, selon le besoin.
- Effectuer des examens approfondis sur les refus de vaccination potentiels ou les problèmes de manque de confiance à gérer.
- Effectuer des analyses régulières sur les données surveillance indépendante et les autres ressources disponibles pour identifier les régions prioritaires et concevoir les microplans de mobilisation sociale pour cibler les régions présentant des indicateurs de mobilisation sociale parmi les indicateurs de surveillance du programme.

- Monter les équipes de mobilisation sociale avec les autorités déléguées au niveau infra-national, selon le besoin, et superviser la structure jusqu'à la fin de l'épidémie avec la surveillance de la performance.

Communication externe :

- Effectuer une analyse du paysage médiatique.
- Soutenir l'équipe de riposte à l'épidémie pour préparer une stratégie de communication externe, notamment l'engagement avec les leaders politiques, religieux et communautaires et les autres parties prenantes.
- Développer des programmes de communication médiatiques et externes liés à la polio.
- Identifier une personne responsable des liaisons et un porte-parole du gouvernement, de l'OMS et de l'UNICEF.
- Travailler avec les partenaires et les homologues du gouvernement pour organiser un point presse/produire un communiqué de presse, le cas échéant, et informer les donateurs et les partenaires sur le progrès du travail.
- Organiser des appels hebdomadaires avec les homologues de l'OMS chargés de la communication sur la polio au niveau des bureaux du pays, des bureaux régionaux et du siège.
- Recevoir et examiner tous les communiqués de presse/flux d'informations liés à l'épidémie et les partager avec les centres de liaison. Cibler les autres canaux de communication non médiatique qui peuvent être plus efficaces dans certaines circonstances.
- Mettre à jour les points de discussion et les FAQ, selon le besoin (p. ex., avec les nouvelles données épidémiologiques et avant les tournées de vaccination).

Autre :

- Se charger des autres affectations et responsabilités conformément aux demandes des chefs des bureaux du pays, des directeurs régionaux et des autres partenaires pour soutenir la riposte efficace à l'épidémie.

## Liste des principaux documents de référence supplémentaires

- Riposte aux épidémies de l'IMEP : un ensemble de recommandations et de documents. <http://www.polioeradication.org/ResourceLibrary/Resourcesforpolioeradicators/Technicalguidelines.aspx>
- Signalement et classification IMEP des poliovirus dérivés de souches vaccinales. Recommandations IMEP [http://www.polioeradication.org/Portals/0/Document/Resources/VDPV\\_ReportingClassification.pdf](http://www.polioeradication.org/Portals/0/Document/Resources/VDPV_ReportingClassification.pdf)
- Plan stratégique pour la phase finale d'éradication de la poliomyélite 2013-2018. <http://www.polioeradication.org/resourceLibrary/strategyandwork.aspx>
- Recommandation de l'OMS sur l'utilisation de l'Annexe 2 du Règlement sanitaire international (2005) [http://www.who.int/ihr/revised\\_annex2\\_guidance.pdf](http://www.who.int/ihr/revised_annex2_guidance.pdf)
- Définition des cas du RSI, Annexe 2 du RSI. [http://www.who.int/ihr/Case\\_Definitions.pdf?ua=1](http://www.who.int/ihr/Case_Definitions.pdf?ua=1)
- Déclaration sur la septième réunion du Comité d'urgence du RSI concernant la propagation internationale du poliovirus. Déclaration de l'OMS du 26 novembre 2015. <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2015/ihr-ec-poliovirus/en>

## Références

- <sup>1</sup> Fiche d'information IMEP *Polio paralytique associée au vaccin (PPAV) et poliovirus dérivé de souches vaccinales (PVDV)*. [http://www.who.int/immunization/diseases/poliomyelitis/endgame\\_objective2/oral\\_polio\\_vaccine/VAPPandPVDVcFactSheet-Feb2015.pdf](http://www.who.int/immunization/diseases/poliomyelitis/endgame_objective2/oral_polio_vaccine/VAPPandPVDVcFactSheet-Feb2015.pdf). Consultée en février 2016.
- <sup>2</sup> Communiqué de presse. <http://www.polioeradication.org/mediaroom/newsstories/Global-eradication-of-wild-poliovirus-type-2-declared/tabid/526/news/1289/Default.aspx>
- <sup>3</sup> *Plan stratégique pour la phase finale d'éradication de la poliomyélite 2013-2018*. <http://www.polioeradication.org/resourcelibrary/strategyandwork.aspx>
- <sup>4</sup> Liste des partenaires IMEP. <http://www.polioeradication.org/Aboutus/Partners.aspx>
- <sup>5</sup> *Plan stratégique pour la phase finale d'éradication de la poliomyélite 2013-2018*. <http://www.polioeradication.org/resourcelibrary/strategyandwork.aspx>
- <sup>6</sup> Signalement et classification IMEP des poliovirus dérivés de souches vaccinales. Recommandations IMEP [http://www.polioeradication.org/Portals/0/Document/Resources/VDPV\\_ReportingClassification.pdf](http://www.polioeradication.org/Portals/0/Document/Resources/VDPV_ReportingClassification.pdf)
- <sup>7</sup> Riposte aux épidémies de l'IMEP : un ensemble de recommandations et de documents. <http://www.polioeradication.org/Resourcelibrary/Resourcesforpolioeradicators/Technicalguidelines.aspx>
- <sup>8</sup> BASE DE DONNÉES Rhizome de l'UNICEF
- <sup>9</sup> Riposte aux épidémies de l'IMEP : un ensemble de recommandations et de documents. <http://www.polioeradication.org/Resourcelibrary/Resourcesforpolioeradicators/Technicalguidelines.aspx>
- <sup>10</sup> BASE DE DONNÉES Rhizome de l'UNICEF
- <sup>11</sup> Guo J, Bolivar-Wagers S, Srinivas N, Holubar M, Maldonado Y. Immunodeficiency-related vaccine-derived poliovirus (PVDV) cases: a systematic review and implications for polio eradication. *Vaccine*. 2015 Mar 3;33(10):1235-42. doi: 10.1016/j.vaccine.2015.01.018. Epub 2015 Jan 16. Review. PubMed PMID: 25600519.
- <sup>12</sup> Poliovirus dérivés de souches vaccinales (PVDV) <http://www.polioeradication.org/polioandprevention/thevirus/vaccinederivedpolioviruses.aspx>
- <sup>13</sup> Signalement et classification des poliovirus dérivés de souches vaccinales. Recommandations IMEP. [http://www.polioeradication.org/Portals/0/Document/Resources/VDPV\\_ReportingClassification.pdf](http://www.polioeradication.org/Portals/0/Document/Resources/VDPV_ReportingClassification.pdf)
- <sup>14</sup> Signalement et classification IMEP des poliovirus dérivés de souches vaccinales. Recommandations IMEP [http://www.polioeradication.org/Portals/0/Document/Resources/VDPV\\_ReportingClassification.pdf](http://www.polioeradication.org/Portals/0/Document/Resources/VDPV_ReportingClassification.pdf)
- <sup>15</sup> Déclaration sur la septième réunion du Comité d'urgence du RSI concernant la propagation internationale du poliovirus. Déclaration de l'OMS du 26 novembre 2015. <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2015/ihr-ec-poliovirus/en>
- <sup>16</sup> Définition des cas du RSI, Annexe 2 du RSI. [http://www.who.int/ihr/Case\\_Definitions.pdf?ua=1](http://www.who.int/ihr/Case_Definitions.pdf?ua=1)
- <sup>17</sup> Voir également la Recommandation de l'OMS sur l'utilisation de l'Annexe 2 du Règlement sanitaire international (2005) [http://www.who.int/ihr/revised\\_annex2\\_guidance.pdf](http://www.who.int/ihr/revised_annex2_guidance.pdf)
- <sup>18</sup> Formulaire détaillé d'investigation sur les cas épidémiologiques. <http://www.polioeradication.org/Resourcelibrary/Resourcesforpolioeradicators/Technicalguidelines.aspx>
- <sup>19</sup> Directives pour la surveillance indépendante des activités de vaccination supplémentaires (AVS) de la polio. [http://www.polioeradication.org/Portals/0/Document/Resources/PolioEradicators/IndependentMonitoringGuidelines\\_2010124.pdf](http://www.polioeradication.org/Portals/0/Document/Resources/PolioEradicators/IndependentMonitoringGuidelines_2010124.pdf)
- <sup>20</sup> Évaluer la couverture de vaccination avec la méthode de prélèvement pour l'assurance qualité par lots groupés (LQAS). Manuel de terrain. 27 avril 2012. Site Web de l'IMEP <http://www.polioeradication.org/portals/0/document/research/opvdelivery/lqas.pdf>
- <sup>21</sup> Directives pour les évaluations de la riposte à l'épidémie (OBRA) de l'IMEP. À publier au milieu de l'année 2016.
- <sup>22</sup> SAGE Polio Working Group . 3 March 2016 . Conference Call Notes. [http://www.who.int/immunization/sage/meetings/2016/april/2\\_March\\_2016\\_SAGE\\_Polio\\_WG\\_note\\_v5.pdf](http://www.who.int/immunization/sage/meetings/2016/april/2_March_2016_SAGE_Polio_WG_note_v5.pdf)
- <sup>23</sup> Programme STOP (Stop Transmission Of Polio, arrêter la transmission de la polio). <http://www.cdc.gov/globalhealth/immunization/stop/index.htm>
- <sup>24</sup> Supplément à la Note d'orientation de l'OMS sur la mise en œuvre des Recommandations temporaires du RSI conformément au RSI (2005) pour réduire la propagation internationale, de la Note d'orientation aux pays. Août 2015 [http://www.polioeradication.org/Portals/0/Document/Emergency/PolioPHEICGuidance\\_Addendum.pdf](http://www.polioeradication.org/Portals/0/Document/Emergency/PolioPHEICGuidance_Addendum.pdf) <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2015/ihr-polio-17-august-2015/en>
- <sup>25</sup> *Plan stratégique pour la phase finale d'éradication de la poliomyélite 2013-2018*. <http://www.polioeradication.org/resourcelibrary/strategyandwork.aspx>
- <sup>26</sup> Communication pour le développement (C4D) [http://www.unicef.org/immunization/index\\_43909.html](http://www.unicef.org/immunization/index_43909.html)
- <sup>27</sup> Riposte aux épidémies de l'IMEP : un ensemble de recommandations et de documents. <http://www.polioeradication.org/Resourcelibrary/Resourcesforpolioeradicators/Technicalguidelines.aspx>
- <sup>28</sup> Recommandation de l'OMS sur l'utilisation de l'Annexe 2 du Règlement sanitaire international (2005) [http://www.who.int/ihr/revised\\_annex2\\_guidance.pdf](http://www.who.int/ihr/revised_annex2_guidance.pdf)
- <sup>29</sup> Déclaration sur la septième réunion du Comité d'urgence du RSI concernant la propagation internationale du poliovirus. Déclaration de l'OMS du 26 novembre 2015. <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2015/ihr-ec-poliovirus/en>
- <sup>30</sup> Définition des cas du RSI, Annexe 2 du RSI. [http://www.who.int/ihr/Case\\_Definitions.pdf?ua=1](http://www.who.int/ihr/Case_Definitions.pdf?ua=1)
- <sup>31</sup> Définition des cas du RSI, Annexe 2 du RSI. [http://www.who.int/ihr/Case\\_Definitions.pdf?ua=1](http://www.who.int/ihr/Case_Definitions.pdf?ua=1)

---

<sup>32</sup> Recommandation de l'OMS sur l'utilisation de l'Annexe 2 du Règlement sanitaire international (2005)  
[http://www.who.int/ihr/revised\\_annex2\\_guidance.pdf](http://www.who.int/ihr/revised_annex2_guidance.pdf)

<sup>33</sup> Recommandation de l'OMS sur l'utilisation de l'Annexe 2 du Règlement sanitaire international (2005)  
[http://www.who.int/ihr/revised\\_annex2\\_guidance.pdf](http://www.who.int/ihr/revised_annex2_guidance.pdf)

<sup>34</sup> Recommandation de l'OMS sur l'utilisation de l'Annexe 2 du Règlement sanitaire international (2005)  
[http://www.who.int/ihr/revised\\_annex2\\_guidance.pdf](http://www.who.int/ihr/revised_annex2_guidance.pdf)