

# PROCÉDURES OPÉRATIONNELLES STANDARDISÉES RIPOSTE À UN ÉVÈNEMENT OU À UNE FLAMBÉE DE POLIOMYÉLITE

Version 4

Mars 2022





# PROCÉDURES OPÉRATIONNELLES STANDARDISÉES RIPOSTE À UN ÉVÈNEMENT OU À UNE FLAMBÉE DE POLIOMYÉLITE

Version 4

Mars 2022



Procédures opérationnelles standardisées : riposte à un évènement ou à une flambée de poliomyélite, version 4

ISBN 978-92-4-004915-4 (electronic version in English)

ISBN 978-92-4-004916-1 (print version in English)

© **Organisation mondiale de la Santé 2022**

Certains droits réservés. La présente œuvre est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.fr>).

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'œuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué ci-dessous. Dans l'utilisation qui sera faite de l'œuvre, quelle qu'elle soit, il ne devra pas être suggéré que l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) approuve une organisation, des produits ou des services particuliers. L'utilisation du logo de l'OMS est interdite. Si vous adaptez cette œuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle œuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette œuvre, il vous est demandé d'ajouter la clause de non-responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente traduction n'a pas été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'OMS ne saurait être tenue pour responsable du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise est l'édition authentique qui fait foi ».

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle (<https://www.wipo.int/amc/fr/mediation/rules/index.html>).

**Citation suggérée.** Procédures opérationnelles standardisées : riposte à un évènement ou à une flambée de poliomyélite, version 4. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2022. Licence : [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/).

**Catalogage à la source.** Disponible à l'adresse <https://apps.who.int/iris/?locale-attribute=fr&>.

**Ventes, droits et licences.** Pour acheter les publications de l'OMS, voir <http://apps.who.int/bookorders>. Pour soumettre une demande en vue d'un usage commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir <https://www.who.int/fr/copyright>

**Matériel attribué à des tiers.** Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente œuvre qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d'obtenir cette permission du titulaire du droit d'auteur. L'utilisateur s'expose seul au risque de plaintes résultant d'une infraction au droit d'auteur dont est titulaire un tiers sur un élément de la présente œuvre.

**Clause générale de non-responsabilité.** Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OMS aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'OMS, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'OMS a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ne saurait être tenue pour responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

# TABLE DE MATIÈRES

Remerciements . . . . .	iv	Requête de vaccins . . . . .	39
Acronymes . . . . .	v	Gestion des vaccins et notification . . . . .	40
<b>1. Aperçu général . . . . .</b>	<b>1</b>	Planification de l'amélioration de la couverture vaccinale de routine, devant faire partie intégrante de la riposte à la flambée de poliomyélite . . . . .	40
Contexte . . . . .	1	<b>7. Surveillance à la suite d'une enquête . . . . .</b>	<b>43</b>
But et Portée . . . . .	1	Renforcement de la surveillance . . . . .	43
Ce qui est nouveau dans cette version . . . . .	2	Surveillance environnementale . . . . .	44
Orientation connexes . . . . .	4	Stratégies pour les populations spécifiques et les zones à sécurité compromise . . . . .	46
Stratégie d'éradication de la poliomyélite 2022-2026, tenir notre promesse . . . . .	4	Cadre stratégique de la C4D pour la riposte à une flambée de poliomyélite . . . . .	47
<b>2. Évènements et flambées de poliomyélite . . . . .</b>	<b>7</b>	Collecte de données pour guider les activités de la C4D . . . . .	48
Définitions clés : . . . . .	7	Stratégies de communication . . . . .	49
Définition des flambées et évènements liés à la poliomyélite dans cette version des POS . . . . .	8	Atteindre les populations spécifiques et les zones touchées par les conflits . . . . .	50
<b>3. Détection, notification ET enquête . . . . .</b>	<b>11</b>	<b>9. Appui de l'impep . . . . .</b>	<b>51</b>
Détection . . . . .	11	Coordination . . . . .	52
Notification . . . . .	11	Budgets et financement . . . . .	52
Enquête . . . . .	12	Renfort en ressources humaines . . . . .	53
<b>4. Évaluation des risques . . . . .</b>	<b>19</b>	Normes de performance de l'IMEP . . . . .	54
Évaluation initiale des risques . . . . .	19	<b>10. Suivi et évaluation de la riposte . . . . .</b>	<b>55</b>
Prise en compte des événements sentinelles dans l'évaluation des risques . . . . .	22	Monitoring de la qualité des AVS . . . . .	55
Évaluation régulière des risques . . . . .	22	Suivi du renforcement de la surveillance . . . . .	57
<b>5. Normes de riposte - Aperçu . . . . .</b>	<b>23</b>	Monitoring post-déploiement du nVPO2 . . . . .	58
Normes minimales de riposte aux évènements et aux flambées de poliomyélite . . . . .	23	Évaluations des ripostes aux flambées (OBRA) . . . . .	58
Classification de la flambée . . . . .	24	Consigner les enseignements tirés . . . . .	60
Chronologie type d'une riposte à une flambée . . . . .	25	<b>11. L'intégration de la dimension de genre . . . . .</b>	<b>61</b>
<b>6. Riposte vaccinale . . . . .</b>	<b>27</b>	<b>12. Prévention de l'exploitation sexuelle, des abus sexuels et du harcèlement sexuel . . . . .</b>	<b>63</b>
Vaccin antipoliomyélique oral (VPO) pour la riposte aux flambées . . . . .	27	<b>Annexes . . . . .</b>	<b>65</b>
Initiation . . . . .	28	Annexe 1: Aperçu de l'évaluation des risques . . . . .	65
Chronologie et portée des activités de vaccination . . . . .	29	Annexe 2 : Chronologie et responsabilité . . . . .	67
Circulation simultanée de différents types de poliovirus . . . . .	34	Annexe 3 : Liste de contrôle liée au genre pour la riposte à la flambée de poliomyélite . . . . .	80
Campagnes de haute qualité . . . . .	35	<b>Références . . . . .</b>	<b>81</b>
Intégration à d'autres interventions sanitaires . . . . .	38		
Poursuite de l'adaptation à la pandémie de COVID-19 . . . . .	38		
Vaccin antipoliomyélique inactivé (VPI) . . . . .	38		



# REMERCIEMENTS

Ce document reflète les apports et les contributions des épidémiologistes, des experts techniques, des scientifiques de laboratoire, des experts en santé publique et en matière de genre, aussi bien sur le terrain qu'aux niveaux régional et mondial, dans le cadre d'un processus mené par les partenaires de l'IMEP : Rotary International, l'Organisation mondiale de la Santé, les Centres américains de contrôle et de prévention des maladies, le Fonds des Nations unies pour l'enfance, la Fondation Bill et Melinda Gates et GAVI, l'Alliance du vaccin. Certains aspects essentiels de ces procédures opérationnelles standardisées (POS) ont été élaborées à partir de larges consultations avec des groupes consultatifs d'experts, notamment le groupe consultatif stratégique d'experts (SAGE) de l'OMS sur la vaccination, et ont été approuvés par les groupes techniques et de gestion de l'IMEP concernés.

# ACRONYMES

<b>ACD</b>	Atteindre chaque district	<b>PRSEAH</b>	Prévention de l'exploitation sexuelle, des abus sexuels et du harcèlement sexuel
<b>AVS</b>	Activités de vaccination supplémentaires	<b>PVC</b>	Pastille de contrôle des vaccins
<b>COU</b>	Centre des opérations d'urgence	<b>PVDV</b>	Poliovirus dérivé d'une souche vaccinale
<b>COVID-19</b>	Maladie à coronavirus 2019	<b>PVDVa</b>	Poliovirus ambigu dérivé d'une souche vaccinale
<b>DG</b>	Directeur général	<b>PVDVc</b>	Poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale
<b>DON</b>	Notification des flambées	<b>PVDVi</b>	Poliovirus dérivé d'une souche vaccinale associé à une immunodéficience
<b>ES</b>	Surveillance Environnementale	<b>PVS</b>	Poliovirus sauvage
<b>EUL</b>	Autorisation d'utilisation d'urgence	<b>RMLP</b>	Réseau mondial de laboratoires pour la poliomyélite
<b>EV</b>	Entérovirus	<b>RR</b>	Riposte rapide
<b>GAVI</b>	GAVI, l'Alliance du vaccin	<b>RRT</b>	Équipe de riposte rapide
<b>GPS</b>	Système de positionnement global	<b>RSI</b>	Règlement sanitaire international
<b>IMEP</b>	Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite	<b>SAGE</b>	Groupe consultatif stratégique d'experts sur la vaccination
<b>IMST</b>	Équipe de gestion des incidents	<b>SIAD</b>	Dose supplémentaire dans un intervalle court
<b>PCI</b>	Prévention et contrôle des infections	<b>SIG</b>	Système d'information géographique
<b>IPVR</b>	Intensification périodique de la vaccination de routine	<b>SPC</b>	Stratégie post-certification
<b>LQAS</b>	Echantillonnage par lots pour l'assurance de la qualité	<b>STOP</b>	Programme pour arrêter la transmission de la poliomyélite
<b>MI</b>	Monitoring indépendant	<b>UNDSS</b>	Département de la sécurité et de la sûreté des Nations unies
<b>nVPO2</b>	Nouveau vaccin antipoliomyélitique oral de type 2	<b>UNICEF</b>	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
<b>OBRA</b>	Evaluation de la riposte aux flambées de poliomyélite	<b>USPPI</b>	Urgence de santé publique de portée internationale
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la Santé	<b>VPI</b>	Vaccin antipoliomyélitique inactivé
<b>ORPG</b>	Groupe chargé de la préparation et de la riposte aux flambées	<b>VPO</b>	Vaccin antipoliomyélitique oral
<b>PEV</b>	Programme élargi de vaccination	<b>VPOb</b>	Vaccin antipoliomyélitique oral bivalent
<b>PFA</b>	Paralysie flasque aiguë	<b>VPOm2</b>	Vaccin antipoliomyélitique oral monovalent de type 2
<b>PFANP</b>	Paralysie flasque aiguë non poliomyélitique	<b>VPOt</b>	Vaccin antipoliomyélitique oral trivalent
<b>DIP</b>	Déficit immunitaire primaire		
<b>POB</b>	Conseil de surveillance de la poliomyélite		
<b>PPAV</b>	Poliomyélite paralytique associée au vaccin		





# 1. APERÇU GÉNÉRAL

## CONTEXTE

En mai 2014, le Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a déclaré la propagation internationale du poliovirus sauvage comme une urgence de santé publique de portée internationale (USPPI), suite à la propagation internationale du PVS1 en Afrique et en Asie. En 2021, un cas confirmé de PVS1 a été signalé au Malawi dans la Région africaine, génétiquement lié à la transmission du PVS1 au Pakistan. Cela met en évidence le risque continu de propagation internationale du PVS1 jusqu'à ce que l'objectif d'éradication de la poliomyélite soit atteint et que les pays seraient prêts à riposter.

L'éradication mondiale du poliovirus sauvage de type 2 a été certifiée en 2015, tout comme l'éradication mondiale du poliovirus sauvage de type 3 en 2019. La Région africaine de l'OMS a été certifiée exempte du PVS1 en 2020. La détection de tout poliovirus sauvage en dehors d'un laboratoire ou d'une usine de fabrication de vaccins devrait être considérée comme une urgence de santé publique.

Depuis le retrait du VPO2 de la vaccination de routine en 2016, on observe une augmentation mondiale du poliovirus de type 2 dérivé d'une souche vaccinale (PVDV2) liée à la baisse de l'immunité globale des muqueuses intestinales de la population au poliovirus de type 2 chez les enfants nés après avril 2016. La circulation du PVDV2 a touché, de manière croissante, plus en plus de pays, avec une propagation internationale désormais régulière. Cette situation a conduit au maintien de l'USPPI liée à la polio.

## BUT ET PORTÉE

Le but de ces procédures opérationnelles standardisées (POS) est d'offrir des orientations à tout pays qui détecte n'importe quel type de flambée ou d'événement lié au poliovirus, afin de riposter de manière rapide et efficace, avec l'objectif spécifique d'arrêter les flambées de poliomyélite dans les 120 jours (quatre mois). Ce guide s'adresse aux gouvernements nationaux et aux décideurs en matière de santé publique, qui coordonnent les ripostes en cas d'événements et flambées de poliovirus, ainsi qu'à leurs partenaires aux niveaux mondial, régional et national. Cette version des POS s'appuie sur les versions antérieures élaborées depuis 2015 et prend en compte les principaux développements, les enseignements tirés et la disponibilité de nouveaux outils depuis la publication de la dernière version en mars 2020.

L'élaboration de ces POS s'appuie sur les données scientifiques disponibles et sur le consensus dégagé par les experts, tout en tenant compte des réalités opérationnelles et du contexte de baisse de l'immunité globale contre le poliovirus de type 2. Certains aspects cruciaux des POS résultent d'une large consultation de groupes consultatifs d'experts, dont le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination (SAGE) de l'OMS, et de l'aval des Groupes techniques et du Groupe chargé de la gestion de l'éradication et des flambées de l'IMEP.

Ces POS établissent les normes d'intervention et une chronologie des actions à mener en cas de propagation du PVS dans un pays non endémique, ou lorsque des événements liés au PVDV et/ou des flambées de tout type (PVDV1, PVDV2 ou PVDV3) sont détectés, quel que soit le contexte, qu'il s'agisse d'une nouvelle émergence ou d'un poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale (PVDVc) non détecté auparavant.

Les présentes POS ne couvrent pas la riposte aux cas de PVS1 dus à une transmission locale dans un contexte endémique, les orientations opérationnelles au niveau du terrain ou les outils de planification des activités de vaccination supplémentaires (AVS) de haute qualité, ou les méthodes détaillées pour une surveillance renforcée.

## CE QUI EST NOUVEAU DANS CETTE VERSION

- Dans cette version des POS, la section sur les définitions clés a été mise à jour pour inclure le nouveau vaccin antipoliomyélitique oral de type 2, les liens génétiques et les virus orphelins.
- Cette version des POS fournit des orientations actualisées sur le passage de riposte rapide (parfois également appelé « passage zéro »). Il est recommandé de mettre en œuvre le passage de riposte rapide dans les 14 jours suivant la notification de la flambée (Jour 0) en ciblant la zone immédiate d'isolement du virus; si cela ne peut pas commencer dans ce délai, le programme devrait envisager de passer directement à l'AVS1.
- Des orientations ont également été mises à jour concernant la population cible proposée pour les passages de riposte vaccinale, en fonction du risque de propagation dans différentes situations épidémiologiques. Cette mise à jour est fondée sur les données et la modélisation disponibles pour le PVDV2, qui montrent que des retards importants dans la notification des flambées et la mise en œuvre de la riposte vaccinale nécessitent des passages de vaccination plus étendus pour arrêter la transmission.
- La définition de la transmission malgré la vaccination a été incluse : tout PVS ou PVDVc détecté dans un cas de PFA, un enfant sain ou un échantillon environnemental, dont la date de début de la paralysie (pour les cas de PFA) ou la date de prélèvement de l'échantillon (pour un enfant sain ou un échantillon environnemental) est plus de 21 jours après le premier jour de la dernière AVS dans une zone où au moins deux AVS ont été mises en œuvre est la preuve de transmission malgré la vaccination. Les POS offrent une certaine souplesse dans les scénarios à haut risque, lorsqu'un seuil plus court (14 jours au lieu de 21) peut être envisagé pour décider d'une transmission malgré la vaccination.
- Conformément à la nouvelle stratégie de l'IMEP (2022-2026), cette version recommande de faire en sorte que l'amélioration de la couverture vaccinale de routine soit une composante essentielle des processus globaux de planification et de mise en œuvre de la riposte aux flambées. L'accent est mis sur la nécessité de consacrer une section sur le plan pour l'amélioration de la couverture vaccinale de routine, dans le cadre des attributions des COU (ou de plateformes de coordination similaires), sous la direction des programmes nationaux du PEV et soutenues d'une manière adéquate par les partenaires de la vaccination, dont GAVI.
- Les orientations sur le choix des vaccins pour répondre aux flambées de poliovirus de type 2 ou aux événements à haut risque ont été mises à jour, alors que le programme de lutte contre la poliomyélite passe du VPO2 de type Sabin au nVPO2, conformément aux recommandations du SAGE. Les pays confrontés à des flambées de PVDVc2 devraient donner la priorité à une riposte rapide et de qualité aux flambées en utilisant le vaccin antipoliomyélitique oral dont ils disposent, sans aucun délai.

- Les POS fournissent des orientations générales sur l'adaptation continue à la pandémie de COVID-19 en constante évolution. Après avoir géré la phase d'urgence de la pandémie, il est important que l'IMEP continue de travailler en étroite coordination avec les mécanismes nationaux et locaux de gestion de la riposte à la pandémie de COVID-19, lors de la planification et de la mise en œuvre des AVS pour la lutte contre la polio, en mettant un accent sur la mise en place de mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI), la mobilisation de la communauté et l'atténuation des rumeurs et de la désinformation, afin d'obtenir une couverture vaccinale uniforme et de qualité.
- Cette version des POS permet d'aligner les orientations sur l'utilisation du VPI avec les recommandations du SAGE. Étant donné que le VPI procure un niveau élevé d'immunité individuelle et de protection contre la paralysie, mais pas une immunité de la muqueuse intestinale, suffisante pour stopper la transmission interhumaine des poliovirus, le VPI ne devrait pas être utilisé pour la riposte aux flambées. De plus, il est peu probable que les campagnes au VPI atteignent les enfants qui n'ont pas été atteints par les campagnes au VPO. La priorité de la riposte en cas de flambée est d'arrêter la transmission, et donc la priorité est de mettre l'accent sur l'obtention d'une couverture élevée par le VPO. Cependant, des efforts concertés et simultanés devraient être fournis pour améliorer la couverture par le VPI grâce à des activités renforcées du PEV, car le VPI peut renforcer l'immunité des muqueuses au sein des populations ayant déjà été vaccinées par le VPO.
- Cette version aborde également le mécanisme de mise à disposition du nVPO2 et sa gestion ultérieure, conformément aux autres documents détaillés disponibles sur ce sujet. Comme pour le VPO monovalent de souche Sabin type 2, la mise à disposition du nVPO2 à partir du stock mondial de VPO nécessite l'approbation du Directeur général de l'OMS, sur recommandation du Groupe chargé de la préparation et de la riposte aux flambées (ORPG). Le processus d'examen par l'ORPG des demandes de nVPO2 sera mené en étroite coordination avec les équipes de riposte rapide (RRT)/l'équipe de gestion des incidents (IMST), les bureaux régionaux de l'OMS et de l'UNICEF, ainsi que les programmes nationaux.
- Dans la section consacrée à la surveillance, la cible pour le taux de PFA non poliomyélitique et la collecte d'échantillons de selles chez les enfants sains ont été clarifiés davantage. À la suite de la notification d'une flambée ou de l'identification d'un événement dans une zone à haut risque, le programme visera un taux annualisé de plus de trois cas de PFA non poliomyélitique pour 100 000 enfants de moins de 15 ans dans les zones touchées par la flambée et les zones à haut risque. Au niveau national, un taux de deux cas de PFA non poliomyélitique pour 100 000 enfants est attendu dans les pays où sévissent les flambées. Alors que les districts comptant moins de 50 000 enfants de moins de 15 ans ne détecteraient pas forcément la PFA chaque année, la qualité de la surveillance de la PFA devrait être vérifiée pour tous les districts qui n'ont signalé aucun cas de PFA, quelle que soit la taille de la population. S'il existe déjà des preuves de transmission à l'échelle de la communauté, il n'est pas nécessaire d'effectuer des prélèvements ciblés d'échantillons de selles d'enfants sains.
- Cette version des POS tient compte de la structure révisée de l'IMEP, conformément à la nouvelle stratégie (2022-26), pour soutenir les programmes des pays de lutte contre la poliomyélite. Les principales révisions portent sur la formation d'une équipe de riposte rapide (RRT) dans la région africaine, d'une équipe de gestion des incidents (IMST) dans la région de la Méditerranée orientale, d'un Groupe chargé de la préparation et de la riposte aux flambées (ORPG) et d'un groupe chargé de la surveillance au niveau mondial. Dans le présent document, les RRT, IMST et autres mécanismes/organes régionaux de

riposte aux flambées sont appelés équipes régionales de riposte à la poliomyélite.

- Conformément à la stratégie de l'IMEP, des chapitres sur l'intégration des questions de genre et sur la prévention de l'exploitation sexuelle, des abus sexuels et du harcèlement sexuel (PRSEAH) ont été inclus. De plus, les aspects liés au genre ont été inclus dans toutes les composantes de la riposte aux flambées.

## ORIENTATION CONNEXES

- La classification des PVDV est décrite en détail dans le document intitulé «Classification et notification des poliovirus dérivés d'une souche vaccinale », et peut être consulté à l'adresse [https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/09/Reporting-and-Classification-of-PVDVs\\_Aug2016\\_FR.pdf](https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/09/Reporting-and-Classification-of-PVDVs_Aug2016_FR.pdf).
- Pour les cas d'évènements de polio liés aux laboratoires et à la fabrication de vaccins, veuillez-vous référer au document « Gestion en santé publique de l'exposition à des poliovirus vivants associée aux établissements ». Orientations relatives à la gestion des personnes exposées à l'intention des pays hébergeant des établissements qui conservent des poliovirus vivants, et peut être consulté à l'adresse : [https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2021/05/2020\\_Public\\_Health\\_Management\\_of\\_Facility-related\\_Exposure\\_to\\_Live\\_Polioviruses\\_FR.pdf](https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2021/05/2020_Public_Health_Management_of_Facility-related_Exposure_to_Live_Polioviruses_FR.pdf)
- Interim quick reference on strengthening polio surveillance during an outbreak (mars 2021) peut être consulté à l'adresse : [https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2021/12/Quick-Reference-Strengthening-Surveillance-during-Poliovirus-Outbreaks\\_24-March-2021.pdf](https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2021/12/Quick-Reference-Strengthening-Surveillance-during-Poliovirus-Outbreaks_24-March-2021.pdf) . [en anglais]

- Diagnostic procedures following an accidental exposure to poliovirus, peut être consulté à l'adresse : [https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2020/08/GP8\\_Diagnostic-procedures-following-accidental-exposure-to-poliovirus.pdf](https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2020/08/GP8_Diagnostic-procedures-following-accidental-exposure-to-poliovirus.pdf) .[en anglais]
- Le plan d'action mondial de surveillance de la poliomyélite 2022-2024 peut être consulté à l'adresse : <https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2022/02/Global-Polio-Surveillance-Action-Plan-2022-2024.pdf>. l'adresse (en cours)

## STRATÉGIE D'ÉRADICATION DE LA POLIOMYÉLITE 2022-2026, TENIR NOTRE PROMESSE

Compte tenu des défis programmatiques et épidémiologiques, l'IMEP a revu la stratégie finale en mettant l'accent sur l'appropriation et la responsabilité collectives avec les gouvernements, les communautés et les autres parties prenantes. La stratégie d'éradication de la poliomyélite 2022-2026 comprend un large éventail de mesures visant à positionner l'IMEP pour qu'elle puisse tenir sa promesse qui a rassemblé le monde autour d'un engagement collectif pour éradiquer la polio. Ces mesures visent à renforcer l'IMEP et à lui donner les moyens de relever les défis et de parvenir à un monde exempt de poliomyélite et de le pérenniser.

Le premier but de la nouvelle stratégie d'éradication de la poliomyélite établit une voie visant à interrompre définitivement la transmission de tous les poliovirus en Afghanistan et au Pakistan, tandis que le deuxième but définit des stratégies et des tactiques visant à mettre l'IMEP et les pays concernés en position d'urgence pour stopper la transmission du PVDVc2.

La stratégie d'éradication de la poliomyélite 2022-2026 fixe des critères de références agressifs pour mesurer les progrès vers l'éradication afin d'interrompre la transmission endémique du PVS1 au Pakistan et en Afghanistan et d'arrêter toutes les flambées de PVDVc2 d'ici la fin de 2023, ce qui permettra de certifier l'éradication mondiale de tous les poliovirus sauvages et de valider l'absence de PVDVc2 en 2026.

Réussir à atteindre les derniers jalons pour la certification du PVS1 et de l'interruption du PVDVc2 marquera le lancement de la stratégie post-certification (SPC), pour laquelle des étapes ont été entreprises en vue d'une surveillance de la poliomyélite intégrée sur le long terme, des capacités de riposte, du renforcement de la vaccination essentielle et du confinement.

L'IMEP prévoit d'atteindre le deuxième objectif de la stratégie en passant à une structure fonctionnelle de gestion des urgences dans laquelle les rôles et les responsabilités sont clairement définis, en élaborant et en mettant en œuvre un cadre de responsabilisation global, en augmentant l'appropriation par le gouvernement grâce à des activités de plaidoyer politique, et en renforçant les

capacités régionales et nationales pour une surveillance sensible et une riposte rapide et de haute qualité. Des outils et des méthodes novateurs, ainsi que de nouveaux partenariats, seront recherchés pour renforcer les opérations de riposte aux flambées.

La nouvelle stratégie d'éradication de la poliomyélite s'est engagée également en faveur d'une approche intégrée de la mise en œuvre du programme qui permet aux pays de tirer parti des atouts existants du programme de lutte contre la poliomyélite et de répondre aux besoins de santé des communautés vulnérables. La stratégie définit l'intégration comme des efforts conjoints menés entre le programme d'éradication de la poliomyélite et un éventail de partenaires, dans le but d'améliorer les résultats de la vaccination dans des zones géographiques ciblées. Les deux principaux moyens d'intégration mentionnés dans la stratégie sont : une collaboration renforcée avec d'autres programmes de vaccination et des stratégies adaptées au contexte pour l'approvisionnement en vaccins associé aux soins de santé primaires et à d'autres services.

## Encadré 1: Planification des ripostes, en bref

### PHASE I

*commence à compter du jour 0*

- Enquête épidémiologique détaillée, évaluation des risques
- Déclaration d'une flambée de polio/événement à haut risque comme urgence nationale de santé publique par le gouvernement dans les sept jours suivant la notification de la flambée
- Le comité stratégique de l'IMEP, les directeurs régionaux de l'OMS et de l'UNICEF se réuniront, prendront des décisions sur les mécanismes d'appui et lanceront les actions de plaidoyer nécessaires
- Élaboration et mise en oeuvre d'un plan d'intervention en cas de flambée, y compris le renforcement de la surveillance, la planification et la mise en oeuvre de la riposte par la vaccination (RR, AVS1, AVS2, ratissage) ainsi que l'amélioration de la couverture vaccinale de routine

### PHASE II

*commence après la mise en oeuvre du cycle de ratissage*

- Évaluation de la phase 1
- Maintien et ajustement des activités de la phase 1, en fonction de l'évolution de l'épidémiologie et de l'évaluation des risques.
- Décision sur la suite des actions, par exemple la nécessité d'une riposte vaccinale supplémentaire ou d'un renforcement de la surveillance
- Des passages de vaccination supplémentaires et de nouvelles mesures de renforcement de la surveillance, si la situation épidémiologique le justifie

### PHASE III

*le début de cette phase peut varier cas par cas, en fonction de l'épidémiologie et du nombre de passages supplémentaires requis*

- Se concentrer davantage sur l'amélioration/le renforcement de la couverture vaccinale de routine, en utilisant les mécanismes de riposte aux flambées axés sur les zones et les populations à haut risque (y compris les communautés «zéro dose»\*)
- Les enseignements tirés et les expériences de la phase 1 devraient être pleinement utilisés lors de la planification et de la mise en oeuvre de la phase 3
- Préparation de la clôture de la flambée, le cas échéant
- Mettre en place des plans d'appui durable au maintien d'une couverture vaccinale routine adéquate

\*<https://www.immunizationagenda2030.org/>



# 2. ÉVÈNEMENTS ET FLAMBÉES DE POLIOMYÉLITE

## DÉFINITIONS CLÉS :

Les isolats de poliovirus détectés chez l'homme ou dans l'environnement se répartissent en trois catégories :

**1. Les poliovirus sauvages;** le virus naturel qui peut provoquer une paralysie, notamment chez les jeunes enfants. Les poliovirus sauvages de types 2 et 3 (PVS2, PVS3) ont été certifiés éradiqués et ne circulent plus dans les populations humaines, mais peuvent être trouvés dans les laboratoires et les usines de fabrication de vaccins. Le poliovirus sauvage de type 1 circule encore dans les populations humaines des deux derniers pays d'endémie du PVS1, à savoir l'Afghanistan et le Pakistan.

**2. Les virus vaccinaux, notamment :**

- Les virus Sabin, le poliovirus vivant atténué contenu dans le vaccin antipoliomyélitique oral (VPO).
- Les poliovirus de type Sabin sont ceux qui ont commencé à diverger de la souche Sabin standard du VPO, mais à un degré moindre que ceux qui sont capables de provoquer une paralysie, connus sous le nom de poliovirus dérivé d'une souche vaccinale (voir ci-dessous).
- En 2020, un second virus atténué a été autorisé pour être utilisé dans les flambées de PVDVc2, ce virus est communément appelé Nouveau vaccin antipoliomyélitique oral de type 2 (nVPO2).

Les virus Sabin et de type Sabin sont couramment détectés dans la population et dans l'environnement lorsque le VPO est utilisé dans le cadre de la vaccination de routine ou des activités de vaccination supplémentaires (AVS) au VPO. Le virus vaccinal de type 2 ne devrait plus être

détecté, sauf lorsque le VPO2 monovalent, le VPO trivalent ou le nVPO2 ont été récemment utilisés pour lutter contre le poliovirus de type 2.

**3. Poliovirus dérivés de souches vaccinales (PVDV) –** Ce sont des virus de souches vaccinales qui présentent une divergence de >1% (différences de  $\geq 10$  nucléotidiques (nt)) pour les types 1 et 3 et de >0,6% (différences de  $\geq 6$  nt) pour le type 2 par rapport à la souche Sabin de référence correspondante dans la région du gène VP1. Les PVDV peuvent être classés selon les catégories suivantes :

- Le poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale (PVDVc) est un PVDV démontrant une transmissibilité interhumaine au sein de la communauté, au regard des preuves apportées par la détection de virus chez l'homme et/ou dans l'environnement génétiquement apparentés.
- Le poliovirus dérivé d'une souche vaccinale associé à une immunodéficiences (PVDVi) est un PVDV provenant d'un sujet présentant des signes d'immunodéficiences primaires (DIP). Contrairement aux sujets immunocompétents qui excrètent le virus vaccinal pendant une période limitée, les sujets immunodéficients peuvent, dans de rares cas, excréter un virus vaccinal génétiquement différent pendant une période prolongée après avoir reçu le VPO.
- Le poliovirus ambigu dérivé d'une souche vaccinale (PVDVa) est un PVDV pour lequel la séquence VP1 n'est pas génétiquement apparentée à d'autres séquences de PVDV précédemment identifiées sans preuves d'une immunodéficiences primaires si le virus provient d'un individu. Une séquence

de PVDV sera classée comme ambiguë sur la base des résultats de laboratoire et de l'enquête épidémiologique et en communication avec les équipes de terrain, les experts techniques et le personnel de laboratoire du Siège et du Bureau régional de l'OMS. Les isolats peuvent provenir de sujets ne présentant pas d'immunodéficience connue ou d'un échantillon environnemental, sans preuve de la circulation du virus.

**4. Liaison génétique :** Relation génétique entre ou parmi les séquences de poliovirus qui suggère une origine ou une émergence commune.

**5. Virus orphelins :** Ce sont des virus présentant une identité VP1 inférieure ou égale à 98,5 % par rapport à la correspondance la plus proche dans la base de données des séquences à ce moment-là. La découverte de ces virus indique généralement que le virus circule depuis un certain temps sans être détecté par la surveillance de la PFA ou la surveillance environnementale.

## DÉFINITION DES FLAMBÉES ET ÉVÈNEMENTS LIÉS À LA POLIOMYÉLITE DANS CETTE VERSION DES POS

La détection du PVS ou du PVDV (à l'exclusion du PVDVi) dans une zone précédemment non affectée peut être classée en fonction du schéma de détection et de propagation.

**1. Une flambée : détection du PVS ou du PVDVc avec une transmission au niveau de la communauté, comme démontré par :**

- a. Détection chez l'homme, SAUF s'il existe des antécédents de voyage dans une zone infectée dans les 35 jours précédant l'apparition de la paralysie OU une exposition confirmée au virus de type

spécifique dans un laboratoire ou une installation de production de vaccins;

- b. Deux détections distinctes dans l'environnement, ce qui signifie que les échantillons ont été prélevés sur deux sites différents sans chevauchement des zones de captage OU sur le même site mais à au moins deux mois d'intervalle;
- c. Tout PVDVc nouvellement détecté, que ce soit dans un échantillon humain ou environnemental; c'est-à-dire lorsqu'un PVDV isolé soit dans des selles humaines ou dans l'environnement, peut être immédiatement lié génétiquement à un autre PVDV, confirmant ainsi la circulation dans les zones de détection.

**2. Un événement d'importation : détection de l'importation du PVS ou du PVDVc sans preuve de transmission communautaire :**

- a. Détection d'un PVS ou d'un PVDVc connu chez un cas de PFA ou chez une personne asymptomatique ayant voyagé dans une zone infectée dans les 35<sup>1</sup> jours précédant le début de l'apparition de la maladie.
- b. Une seule détection dans l'environnement du PVS ou d'un PVDVc connu dans un nouveau territoire (ou pays) infecté; sans preuve de transmission communautaire locale<sup>a</sup>.
- c. Détection dans l'environnement de plusieurs cas de PVS ou d'un PVDVc connu sur un même site en moins de deux mois, sans preuve de répllication virale en cours (les isolats sont génétiquement identiques ou presque identiques<sup>b</sup>).

**3. Événement lié à une nouvelle émergence : Nouvelle émergence du PVDV**

- a. Détection d'un PVDV nouvellement identifié chez un cas unique de PFA ou chez un sujet asymptomatique (telle qu'un contact domestique) sans qu'aucune preuve de transmission

a. Après le prélèvement d'échantillons adéquats chez un nombre suffisant d'enfants en bonne santé de la même communauté et le prélèvement d'échantillons des sites environnementaux dans la région mais pas dans le collecteur des eaux usées du cas.

b. Les isolats ne présentent pas ou peu de variation génétique compatible avec l'excrétion par un seul être humain.

communautaire n'ait été trouvée<sup>c</sup>, y compris par séquençage génétique (non lié génétiquement à un autre PVDV connu).

- b. Détections multiples de PVDV nouvellement identifiés sur un seul site d'échantillonnage environnemental au cours d'une période de deux mois, sans preuve virologique de l'existence d'excréteurs multiples (c'est-à-dire que les séquences génétiques sont identiques ou presque identiques<sup>b</sup>).

**4. Événement de PVS ou de PVDV associé à une installation :** Détection du PVS ou du PVDV chez une personne ayant une exposition présumée ou documentée à un virus de type spécifique dans un laboratoire ou une installation de production de vaccins, ou dans les échantillons environnementaux prélevés à proximité d'une telle installation

**5. Événement vaccinal**

- a. Un cas de poliomyélite paralytique associé au vaccin (PPAV) qui est un événement clinique plutôt qu'un événement de santé publique
- b. Détection d'un virus vaccinal de type 2 dans une zone où le vaccin antipoliomyélitique contenant du type 2 n'a pas été utilisé au cours des quatre mois précédant la détection -OU- détection d'un virus vaccinal de type 1 ou de type 3 dans une zone où le vaccin antipoliomyélitique n'a pas été utilisé pour la vaccination de routine (pays dont le calendrier de vaccination de routine des enfants ne comporte que le VPI) ou pour les AVS dans les quatre mois précédant la détection.

Une zone non infectée est définie comme une division administrative d'un pays dans lequel il n'y a pas eu de transmission du poliovirus spécifique au cours des 12 mois précédents (selon la date de début de la paralysie pour les cas de PFA ou la date de collecte pour les autres échantillons humains ou environnementaux). En général, la zone non infectée est soit, l'ensemble du pays (dans le cas de petits pays, par exemple une population <2 millions d'habitants), soit une première unité administrative infranationale telle qu'un État ou une province (dans le cas de pays modérément peuplés, par exemple une population >2 millions d'habitants), mais elle peut aussi être une deuxième zone infranationale telle qu'un district, une préfecture ou une zone métropolitaine (pour les grands pays dont la population est >10 millions d'habitants).

Les événements ne nécessitent pas de riposte vaccinale, sauf s'ils sont à haut risque. Les événements 2b, 2c et 3a dus au poliovirus de type 2 sont considérés comme à haut risque, de même que le 3b si des facteurs de risque supplémentaires sont présents (détails dans la section 6).

---

c. Après le prélèvement d'échantillons adéquats chez un nombre suffisant d'enfants en bonne santé de la même communauté et le prélèvement d'échantillons des sites environnementaux dans la région mais pas dans le collecteur des eaux usées du cas.



# 3. DÉTECTION, NOTIFICATION ET ENQUÊTE

## DÉTECTION

Les échantillons prélevés sur des sources humaines ou environnementales au cours d'une surveillance de routine ou d'une enquête sur un événement ou une flambée sont envoyés à un laboratoire du Réseau mondial de laboratoires pour la poliomyélite (RMLP) afin de déterminer la présence du poliovirus. Le virus peut être identifié par culture, par différenciation intra-typique et par séquençage génétique. La détection directe du poliovirus a été lancée en 2022.

## NOTIFICATION

Dès qu'un poliovirus est identifié, le RMLP informe les autorités sanitaires du pays concerné et l'OMS au niveau du pays, de la région et du Siège. En vertu du Règlement sanitaire international (2005) (RSI)<sup>2</sup>, tous les poliovirus à notification obligatoire (voir l'encadré 2) devraient également être immédiatement signalés par les autorités nationales au point focal RSI du Bureau régional concerné de l'OMS.

Le Siège de l'OMS informera les partenaires de l'IMEP lorsque ces informations auront été reçues et validées. Le RMLP et le Siège de l'OMS communiqueront plus de détails, concernant tout lien génétique avec d'autres poliovirus, dès qu'ils en disposeront.

La notification à l'OMS peut donner lieu à la publication d'un bulletin d'information sur la flambée sur son site Web, selon le cas, en fonction du type de virus, de l'évaluation des risques et du statut de la flambée.

### Détermination du « jour 0 » pour le suivi de la riposte

Pour le suivi de la performance de la riposte, un « Jour 0 » est défini afin que l'avancement de toutes les mesures de riposte puisse être

suivi par rapport aux normes établies dans ces POS. Le jour 0 est le jour de réception de la confirmation en laboratoire du PVS ou du PVDV par séquençage génétique au Siège de l'OMS ou au Bureau régional de l'OMS concerné et est considéré comme le « jour de notification de la flambée ». Tous les délais mentionnés dans les présentes POS sont calculés à partir du « jour 0 », sauf indication contraire.

Tous les événements liés au poliovirus devraient déclencher les réactions suivantes :

- Enquête de santé publique sur les cas et leurs contacts, ainsi que sur leurs communautés locales. En cas d'échantillon environnemental positif, l'enquête devrait se concentrer sur la zone de captage et la population échantillonnées par le site de surveillance environnementale.
- Évaluation des risques sur la base des résultats de l'enquête de santé publique.
- Renforcement de la surveillance.
- Plaidoyer stratégique et communication des risques.

Pour toutes les flambées et certains événements à haut risque (considérés comme nécessitant une riposte vaccinale), le jour 0 reste le même pour les besoins du suivi de la riposte opérationnelle, même si de nouvelles informations confirmant la transmission seront disponibles ultérieurement.

Dans le cas d'un événement à faible risque sans riposte vaccinale, les informations de séquençage génétique de nouveaux isolats peuvent ultérieurement confirmer rétrospectivement la transmission. Dans ce cas, l'IMEP peut envisager d'ajuster le Jour 0 à la date de réception des nouvelles informations de séquençage qui ont nécessité la riposte vaccinale.

## Encadré 2: Règlement sanitaire international 2005 et obligation de notification

En vertu du RSI, la notification est requise pour tous les événements susceptibles de constituer une USPPI. Pour la poliomyélite, cela inclut la détection des virus dans de sources humaines ou non humaines de :

- PVS,
- PVDV (type 1,2 ou 3), et
- Les virus Sabin / de type Sabin de type 2, provenant des zones où le VPO2 Sabin n'a pas été utilisé au cours des quatre derniers mois.  
(Les virus Sabin / de type Sabin 1 et 3 ne sont pas à notifier).

Le point focal national RSI doit notifier à l'OMS dans les 24 heures, via la personne de contact RSI du bureau régional de l'OMS concerné, tous les poliovirus à notification obligatoire, sans attendre la classification finale.

Le Comité d'urgence sur la poliomyélite du RSI émet des recommandations temporaires tous les trois mois, pour les pays infectés par la poliomyélite et les pays vulnérables.

## ENQUÊTE

Le pays devrait mener des enquêtes sur tout isolat de poliovirus à notifier, en vertu du RSI, quelle que soit sa source, humaine ou environnementale. L'IMEP apportera son appui au pays si nécessaire. Les autorités sanitaires locales devraient lancer une enquête dans les 24 heures suivant la déclaration d'un isolat de poliovirus. La démarche la plus efficace consiste en une enquête épidémiologique et sociale conjointe, avec un appui national sur tous les cas et de toutes les communautés touchées, accompagnée de la collecte de données nationales pertinentes. Une enquête détaillée peut également être menée pour un regroupement de cas compatibles (deux cas dans un seul district ou dans deux

districts voisins en quatre semaines) et, dans certains cas, un cas « chaud » de PFA<sup>d</sup> avant la confirmation en laboratoire. Les informations fournies par le RMLP et de l'enquête épidémiologique et sociale sont utilisées pour décrire les caractéristiques du virus et déterminer s'il existe une preuve de transmission communautaire. Ces informations éclaireront l'évaluation et la classification des risques. Les situations épidémiologiques inquiétantes et les alertes devraient être examinées immédiatement sans attendre les résultats de l'enquête de laboratoire et la classification finale du virus.

Le tableau 1 décrit l'étendue et les objectifs d'une enquête.

d. Un cas « chaud » de PFA est un cas qui remplit au moins 3 des critères suivants ou les critères définis par le Pays ou la Région : âgé de moins de cinq ans; ayant reçu moins de trois doses de VPO ou a un statut VPO inconnu; 3) progression rapide de la paralysie; 4) paralysie asymétrique; 5) fièvre au moment de l'apparition. Voir la section 2.3 pour de plus amples informations sur les cas « chauds ».



**Tableau 1: Enquête sur les isolats de poliovirus issus de sources humaines et environnementales**

	Volets de l'enquête	Objectifs
<p><b>Partie A:</b></p> <p>Enquête sur le cas ou sur l'isolat issu de l'environnement et le contexte local</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Enquête détaillée sur l'isolat de poliovirus issu d'un cas de PFA ou d'un contact d'un cas de PFA.</li> <li>2. Enquête sur le site d'un isolat issu de la surveillance environnementale</li> <li>3. Description du contexte de la communauté au sein de laquelle a été détecté l'isolat, quelle qu'en soit la source: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Statut immunitaire de la population</li> <li>• Résultats des récentes AVS</li> <li>• Caractéristiques, déplacements et routes migratoires de la population</li> <li>• Cartographie sociale de la communauté</li> </ul> </li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recueillir des informations pour confirmer l'événement/la flambée et les risques associés.</li> <li>• Déterminer la source possible de l'infection/les causes de l'événement/de la flambée.</li> <li>• Déterminer le nombre et les caractéristiques des cas, le contexte des isolats environnementaux.</li> <li>• Formuler des mesures de contrôle (immunisation et surveillance) pour interrompre la transmission et empêcher la propagation.</li> </ul>
<p><b>Partie B:</b></p> <p>Déterminer l'étendue géographique de la transmission</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Recherche de nouveaux cas de PFA et de preuves de la transmission du virus au sein de la communauté: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Données de surveillance</li> <li>• Collecte d'échantillons chez les contacts des cas de PFA (pour les cas de PFA inadéquats)</li> <li>• Collecte ciblée de selles d'enfants sains (selon <i>les orientations concernant la surveillance de l'IMEP</i>)</li> <li>• Recherche dans les ménages au sein des communautés</li> <li>• Recherche dans les établissements de santé locaux</li> <li>• Autres activités au sein des communautés</li> </ul> </li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déterminer l'étendue géographique et évaluer le risque de transmission ultérieure</li> <li>• Affiner et perfectionner les mesures de contrôle pour interrompre la transmission et empêcher la propagation géographique.</li> </ul>

## Parte A : Enquête sur le cas ou sur l'isolat issu de l'environnement et le contexte local

### 1. Enquête détaillée sur un isolat issu d'un cas de PFA ou d'un contact

Pour tout poliovirus isolé chez un enfant ou un adulte (cas de PFA ou contact), procéder à un examen clinique et neurologique détaillé. Obtenir un historique détaillé de la fièvre, de la progression de la faiblesse, du traitement, des injections et de la vaccination (y compris toutes les doses de vaccins antipoliomyélitiques reçues en vaccination de routine ou dans le cadre des AVS, la date de la dernière vaccination et les raisons de la non-administration des doses manquantes). Les antécédents cliniques et familiaux devraient inclure tout signe ou symptôme d'immunodéficience primaire, et un dosage quantitatif des immunoglobulines, le cas échéant.

Une enquête épidémiologique (c'est-à-dire axée sur le sujet, le lieu et le moment) et sociale sur le cas de PFA doit être menée d'urgence. Les échantillons ne doivent pas être prélevés auprès des contacts proches si des échantillons de selles adéquats ont été prélevés chez le cas de PFA et si la présence du poliovirus a été confirmée. Il est important de recueillir des informations détaillées sur les antécédents de vaccination, les antécédents médicaux, les antécédents de voyage, le statut des populations particulières ou à haut risque, le contexte socio-économique et communautaire, la distance par rapport à un établissement de santé ou d'autres obstacles à la vaccination, ainsi que d'autres informations pertinentes. L'enquête devrait également tenir compte de tout site de surveillance environnementale existant à proximité du cas. Le formulaire de l'IMEP,

« Detailed epidemiologic case investigation form »<sup>3</sup>, fournit un modèle d'orientation pour une enquête épidémiologique et sociale conjointe<sup>e</sup>.

### 2. Enquête sur le site de détection d'un isolat issue de la surveillance environnementale

Décrire la zone de captage du site dont est issu l'échantillon infecté et des autres sites de collecte de la région, y compris les informations sur la démographie de la population (en particulier sur les groupes à haut risque), les mouvements de population, les institutions concernées (par exemple les établissements de santé, les écoles, les installations essentielles pour le poliovirus comme un fabricant de vaccins ou un laboratoire), et les gares routières ou autres centres de transport.

Décrire le système d'évacuation des eaux usées ou de drainage vers le site de collecte, complété par de l'imagerie provenant du système d'information géographique (SIG) lorsque cela est possible (par exemple profil d'altitude, liens avec les autres sites et densité des habitations). Consigner par écrit l'historique du site, le calendrier de collecte des échantillons, le nombre et la fréquence des échantillons collectés, la promptitude et l'exhaustivité de la collecte, ainsi que la proportion d'échantillons positifs pour les entérovirus (EV). Enregistrer tout poliovirus détecté, y compris le virus Sabin.

Pour l'isolement du virus Sabin de type 2, mener immédiatement une enquête en se référant au guide du terrain et au formulaire d'enquête disponibles (sauf si l'isolement intervient dans les quatre mois suivant une riposte au VPO contenant le type 2 dans les environs immédiats).

e. Des outils d'enquête sur la détection d'un poliovirus, propres à chaque pays, devraient être mis au point lors de la préparation et la planification de la riposte à la flambée. Une équipe nationale chargée de mener l'enquête devrait être formée à titre d'activité de renforcement des capacités de base pour la mise en application du RSI ou la surveillance intégrée de la maladie et de la riposte (SIMR).

La détection du nVPO2 (chez l'homme ou dans l'environnement) dans une zone qui n'a jamais mis en œuvre un passage de vaccination utilisant le nVPO2, ou qui a mis en œuvre de tels passages plus de quatre mois avant l'isolement du nVPO2, devrait également déclencher une enquête immédiate et une évaluation des risques. Les résultats de l'enquête devraient être partagés avec les équipes régionales de riposte à la poliomyélite, l'ORPG et le RMLP. Un sous-ensemble important de nouveaux virus VPO2 sera soumis à un séquençage complet du génome afin de déterminer si les sites d'atténuation seront maintenus lors de transmissions ultérieures au sein des communautés où le vaccin a été utilisé. Tout isolat de nVPO2 pour lequel le nombre de mutations dans VP1 est > 6 nucléotides pourrait déclencher des enquêtes, une évaluation des risques et des résultats à partager entre toutes les parties prenantes concernées (par exemple les équipes régionales de riposte à la polio, l'ORPG, le groupe chargé de la surveillance, le RMLP, etc).

L'enquête sur un isolat de PVS (dans un pays non endémique) et d'autres isolats de poliovirus devrait prendre en compte la possibilité d'une dissémination à partir d'un laboratoire ou tout autre établissement<sup>4</sup>, ou d'une importation (par exemple par un voyageur entrant), en particulier lorsque le séquençage génétique permettant de déterminer l'origine est toujours en attente.

### 3. Description des caractéristiques de la communauté au sein de laquelle l'isolat a été détecté, quelle qu'en soit la source

Les informations décrites ci-dessous devraient être recueillies à la suite de la détection du poliovirus au sein d'une communauté non infectée auparavant. Pour toute détection ultérieure dans la même zone, il faut se concentrer sur les mises à jour significatives des informations générales précédemment recueillies.

#### **Statut immunitaire de la population**

- Dresser un profil immunitaire à la lumière des informations disponibles, telles que le statut vaccinal spécifique des cas de PFA non poliomyélitique, les données relatives à la couverture vaccinale de routine, comme pour les AVS, et les enquêtes de vaccination communautaires.
- Déterminer les caractéristiques des enfants non vaccinés et partiellement vaccinés, des populations à haut risque ou spéciales, et obtenir des détails en matière de recours aux soins.
- Pour les isolats de type 2, bien faire la distinction entre l'immunité au poliovirus de type 2 et les poliovirus de types 1 et 3, et prêter une attention particulière aux cohortes de naissance nées depuis le « switch » ou depuis la dernière utilisation du VPO contenant le type 2.
- Faire une estimation de la population naïve au vaccin antipoliomyélitique oral trivalent ou protégée uniquement par le vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI) contre le poliovirus de type 2. Recueillir des preuves épidémiologiques de toute détection antérieure du poliovirus (PVS ou PVDV) au sein des communautés touchées ou les communautés environnantes.

- Étudier l'incidence et les schémas documentés de propagation des maladies transmissibles, y compris les maladies évitables par la vaccination, tout en accordant une attention particulière aux maladies à transmission par voie fécale-orale telles que le choléra et la diarrhée sanglante aiguë.

### **Performances des récentes AVS**

- Utiliser les indicateurs de couverture vaccinale, de monitoring indépendant (MI) et d'échantillonnage par lot pour l'assurance de la qualité (LQAS) des récentes AVS pour déterminer les éléments suivants : i) le nombre et les caractéristiques (y compris le sexe) des enfants non vaccinés; ii) les raisons de leur non-vaccination; et iii) toute intervention ayant permis d'atteindre les enfants non vaccinés.
- Pour tout poliovirus de type 2, outre les informations sur toute détection du virus Sabin de type 2 après le « switch » ou toute détection antérieure de PVDV2, recueillir de plus amples renseignements sur la dernière utilisation connue du VP0t, du VP0m2 ou du nVP02; la qualité de la gestion du vaccin contenant le type 2 et les mesures prises pour rechercher tout flacon restant de VP0t, VP0m2 ou nVP02.

### **Caractéristiques, déplacements et routes migratoires de la population**

- Obtenir un aperçu général de la population touchée, y compris des informations sur la densité de la population, la structure sociale et ses réseaux, la présence de minorités ou de résidents non locaux, et le degré de sensibilisation de la communauté à la poliomyélite et à la vaccination.
- Relever toute contrainte liée à la sécurité et à l'accès.
- Prendre note des principaux mouvements de population dus à la migration économique, saisonnière ou nomade, à un pèlerinage religieux, à l'insécurité ou à une catastrophe naturelle.

### **Cartographie sociale de la communauté et déterminants**

- S'appuyer sur des sources formelles ou informelles pour une meilleure compréhension des pratiques de vaccination et de l'acceptation des vaccins au sein de la communauté, y compris des obstacles à la vaccination liés au genre (par une analyse rapide de la situation des femmes).
- Rassembler des informations générales sur la couverture médiatique, les personnes d'influence au sein de la communauté et les groupes linguistiques et sociaux importants.

## **Partie B : Détermination de l'étendue géographique de la transmission**

### **Recherche supplémentaire de PFA et de preuves de la transmission du virus au sein de la communauté**

Une fois qu'un poliovirus a été détecté, quelle qu'en soit la source, des mesures supplémentaires sont nécessaires pour déterminer l'étendue géographique de la transmission possible. Ces activités peuvent inclure un examen des données de surveillance, une enquête sur les contacts de cas de PFA, sur d'autres membres de la communauté et sur les établissements de santé utilisant des stratégies faisant souvent partie de la surveillance systématique du poliovirus, mais qui sont également utiles dans des circonstances spécifiques après la confirmation du poliovirus (voir également la section 8 sur le renforcement de la surveillance de routine).

### **Données de surveillance**

- Procéder à un examen approfondi de la surveillance de la poliomyélite dans tout le pays (et dans les zones limitrophes des pays voisins, le cas échéant) afin d'analyser les risques et de déterminer la qualité et la sensibilité du système de surveillance actuel, en mettant l'accent sur les zones infectées par la poliomyélite et les zones limitrophes.

- Inclure une revue des indicateurs de surveillance de la PFA au niveau administratif le plus bas, notamment (mais sans s'y limiter) la détection de PFA, l'adéquation de selles et le profil vaccinal des cas de PFA non poliomyélitique (PFANP) chez les enfants âgés de 6 à 59 mois, pour les trois à cinq dernières années.
- Comprendre et cartographier les zones inaccessibles et les populations à haut risque pour s'assurer qu'il n'y a pas d'angles morts dans le système de surveillance.
- Examiner les éléments montrant la mise en œuvre des recommandations relatives au renforcement de la surveillance issues des programmes récents ou de la revue des données de surveillance.

Les enquêtes plus approfondies au sein de la communauté et dans les établissements de santé demandent beaucoup de temps et de ressources, et nécessitent donc une coordination étroite avec les collègues chargés de la surveillance et des laboratoires concernés afin de se préparer à d'éventuels besoins d'urgence. Sauf indication contraire, les stratégies ci-dessous ne devraient être mises en œuvre que dans le cadre des enquêtes menées sur le terrain après la détection d'un nouveau cas de PVDV non classé ou d'un nouvel échantillon environnemental positif (PVDV ou PVS) dans une zone qui n'a pas connu de transmission avérée au cours des 12 derniers mois.

Des stratégies d'enquête éventuellement applicables incluent

- **La collecte d'échantillons chez les contacts des cas de PFA** (on parle aussi de collecte chez des contacts directs ou contacts proches) est généralement effectuée lorsqu'on ne dispose pas d'échantillons de selles adéquats pour le cas de PFA afin de confirmer en laboratoire la présence du poliovirus : la collecte d'échantillons chez des contacts d'un

cas de PFA est utilisée pour fournir des preuves en laboratoire de la présence du poliovirus dans un cas de PFA. Les personnes en contact avec des cas de PFA ont une probabilité plus élevée d'infection asymptomatique et d'excrétion du virus que les personnes qui n'ont pas eu de contact. La collecte d'échantillons de selles chez les contacts des cas de PFA constitue une approche supplémentaire pour déterminer si le poliovirus est la cause de la paralysie dans un cas de PFA. Les résultats de laboratoire positifs des échantillons de contact sont utilisés pour confirmer l'infection par le poliovirus chez un cas de PFA qui n'a pas été confirmé par ailleurs en laboratoire. La collecte d'échantillons chez un contact PFA ne devrait pas être effectuée pour les cas de poliovirus confirmés en laboratoire. La collecte d'échantillons chez un contact direct ne fournit pas de preuve d'une transmission communautaire.

Dans certaines circonstances spécifiques lors d'une flambée de poliovirus, la collecte d'échantillons chez les contacts d'un cas de PFA peut être étendue à tous les cas de PFA pendant une période limitée. Il peut s'agir, par exemple de cas de PFA se trouvant en dehors de la zone de flambée pour détecter la poursuite de la transmission, ou pour les cas de PFA dans une zone où la sécurité est compromise, à risque ou difficile d'accès pour tirer parti des possibilités limitées d'atteindre cette communauté. Les décisions relatives à cette expansion devraient être prises au niveau national avec les collègues des laboratoires. Voir le document « AFP<sup>5</sup> contact sampling job aid » et le site Web de l'IMEP pour obtenir plus d'informations sur le processus de la collecte d'échantillons et leur étiquetage.

- **La collecte ciblée d'échantillons de selles chez les enfants sains** (on parle aussi de collecte d'échantillons de selles chez les enfants sains, les contacts communautaires, ou au sein de la communauté ou chez les enfants

asymptomatiques) devrait être effectuée après un nouvel isolement de PVDV lorsque la transmission communautaire n'a pas été confirmée. La décision de procéder à une collecte ciblée d'échantillons de selles chez les enfants sains doit être prise en étroite coordination avec les équipes nationales de surveillance et de laboratoire. Il est recommandé de prélever et de tester en laboratoire un échantillon de selles de chacun des 20 enfants asymptomatiques (c'est-à-dire les enfants sans PFA) afin de déterminer la présence du poliovirus et donc la transmission au sein de la communauté.

- **S'il existe déjà des preuves de transmission à l'échelle de la communauté, il ne faut pas procéder à des collectes ciblées de selles d'enfants sains.** Les enfants (<5 ans mais de préférence <2 ans) ne présentant aucun signe de PFA et **n'ayant pas eu de contact avec le cas de PFA dans la semaine précédant la date de début de la paralysie ou deux semaines suivant cette date**, devraient être ciblés pour la collecte d'échantillons. L'objectif est d'identifier les enfants qui résident dans la même communauté mais qui ne sont pas des contacts étroits.

Toute décision de procéder à une collecte ciblée d'échantillons de selles chez les enfants sains devrait être prise au niveau national en consultation avec les collègues de laboratoire. Voir le document « AFP<sup>6</sup> contact sampling job aid » et le site Web de l'IMEP pour obtenir plus d'informations sur le processus de la collecte d'échantillons et leur étiquetage.

- **Recherche dans les ménages de la communauté.** Pour toute zone où un PVDV a été nouvellement détecté ou un échantillon prélevé dans le cadre de la surveillance de l'environnement (SE), une recherche porte-à-porte pour identifier toute personne ayant présenté un début soudain de faiblesse ou de

paralysie d'un ou plusieurs membres au cours des 60 derniers jours peut aider à déterminer si le poliovirus a été transmis à d'autres personnes au sein de la communauté. Le nombre de ménages à visiter dépendra de la densité de la population locale et d'autres facteurs de risques. Les mécanismes existants (s'ils sont disponibles) pour la surveillance communautaire doivent être utilisés pour la recherche des ménages. Les autorités nationales et/ou les organes consultatifs techniques d'experts de l'IMEP peuvent fournir de plus amples orientations.

- **Recherche dans les établissements de santé locaux.** Effectuer des recherches rétrospectives de cas dans les établissements de santé (formels, informels, guérisseurs spirituels traditionnels) et consigner les résultats. Inclure des examens des dossiers d'au moins six mois pour les cas de PFA non détectés/non signalés; et enquêter sur les cas de PFA non signalés. Évaluer les connaissances des cliniciens en matière de surveillance de la PFA et sur les performances et les capacités de vaccination contre la poliomyélite, et les y sensibiliser si nécessaire. Effectuer une recherche de flacons de VP0t, de VP0m2 ou de nVP02, le cas échéant
- **Autres activités de sensibilisation au sein de la communauté.** Dans le cadre de la recherche de tout cas de PFA, y compris lors de la recherche dans les ménages, les enquêteurs devraient faire appel aux dirigeants locaux et aux personnes influentes de la communauté et les sensibiliser à la détermination des cas de PFA et à l'importance de les signaler rapidement. Si des mécanismes de surveillance communautaire existent déjà, les enquêteurs devraient interroger les informateurs de la communauté pour connaître les éventuels cas de PFA non signalés.



# 4. ÉVALUATION DES RISQUES

## ÉVALUATION INITIALE DES RISQUES

L'isolement d'un poliovirus dans une zone précédemment non infectée constitue un événement ou une flambée qui nécessite que les autorités nationales procèdent à une évaluation immédiate des risques afin de déterminer la nature et l'étendue de la riposte. L'évaluation des risques a pour objectif d'examiner les caractéristiques virologiques et épidémiologiques du virus, de l'événement ou de la flambée nouvellement détecté(e) et de déterminer le niveau de risque de propagation ultérieure locale ou internationale, comme étant élevé, moyen ou faible.

L'évaluation des risques est présentée par les autorités nationales / l'équipe pays d'éradication de la poliomyélite aux équipes chargées de la riposte à la poliomyélite au niveau Régional et à l'ORPG dans les 72 heures suivant la réception du résultat de séquençage génétique ou de la confirmation d'une flambée. L'évaluation passe en revue les facteurs cruciaux ainsi que les informations issues de l'enquête sur le terrain qui détermineront la nature et l'étendue de la riposte et permettront à l'IMEP de recommander les mesures qu'il convient de prendre.

Une évaluation des risques porte sur trois éléments : risque virologique, risque contextuel et risque de transmission au niveau international (voir tableau 2).

**Tableau 2: Éléments permettant d'évaluer le risque de propagation du poliovirus qui informeront la planification de la riposte**

Élément de risque	Exemple de facteurs de risque pris en compte (non exhaustif)
Risque virologique*	<ul style="list-style-type: none"><li>Degré élevé de déviation génétique par rapport au virus vaccinal parent, nombre et nature des modifications nucléotidiques, et interprétation experte par les virologues, etc.</li></ul>
Risque contextuel	<ul style="list-style-type: none"><li>Détection récente du poliovirus ou autres événements sentinelles, sensibilité du système de surveillance de la PFA, forte densité de population, faiblesse de la couverture vaccinale et de l'immunité de la population, accès géographique, conflit, populations inaccessibles ou difficiles à atteindre, et mouvements de population, etc..</li></ul>
Risque de transmission au niveau international	<ul style="list-style-type: none"><li>Zone frontalière à forte mobilité de la population, populations nomades ou réfugiées, conflits transfrontaliers, voies de déplacements internationales, etc.</li></ul>

\* Risque virologique considéré comme élevé pour tout PVS ou PVDVc

## Risque virologique

Sur la base de l'expérience acquise depuis que la propagation internationale de la poliomyélite a été déclarée USPPI par rapport aux deux autres types de poliomyélite, les flambées de PVDVc2 présentent le plus grand risque de devenir persistantes, de se propager à l'échelle internationale et de ne pas être maîtrisées dans les 120 jours. Cela est dû à l'absence d'immunité de la muqueuse intestinale de la population dans de nombreux pays et de nombreux groupes d'âge et à la plus grande susceptibilité du virus Sabin de type 2 à se transformer en PVDV2. De même, une flambée de PVS2 due à une brèche dans le confinement serait à très haut risque, en particulier dans les zones où l'assainissement est insuffisant et la couverture au VPI est faible.

Par définition, deux PVDV génétiquement liés sont nécessaires pour classer le virus comme circulant, de sorte que le premier virus détecté peut initialement être classé comme un PVDVa. Cependant, à l'heure actuelle, la détection d'un seul nouveau PVDV2 peut également signaler un risque élevé de transmission ultérieure et de flambée de PVDVc2, selon le contexte local. Le risque est plus élevé si l'isolement du PVDV2 se produit dans une zone précédemment non infectée, sans vaccination contre le type 2 au cours des six derniers mois; en outre, plus la divergence génétique avec Sabin de type 2 est élevée, plus le risque de flambée est important. À l'inverse, un nouveau PVDV2 présentant moins de modifications nucléotidiques dans une zone où le VPO2 de souche Sabin a été utilisé récemment présenterait un risque de circulation bien moindre. Une analyse récente des données<sup>f</sup> indique que près de 90 % des PVDV2 détectés dans les cas de PFA depuis le passage du VPOt au VPOb (2016), ont circulé et ont été classés ultérieurement comme PVDVc2. Cette proportion serait passée à 97 % si la détection du PVDV avait eu lieu plus de six mois après la dernière utilisation du

VPO de type 2. Parmi les PVDV détectés par la surveillance de l'environnement, 40 % ont ensuite circulé et cette proportion est passée à 89 % si la détection a eu lieu plus de six mois après la dernière utilisation du VPO de type 2. L'isolement de nouveaux PVDV dans des zones où l'on sait que la vaccination est inaccessible et où la surveillance n'est pas optimale représente également un risque élevé de transmission ultérieure, de propagation géographique et de transmission locale non détectée.

Le risque global d'émergence et de transmission du PVDV1 et du PVDV3 est bien inférieur à celui du type 2 et est principalement lié à la couverture vaccinale par le VPOb. Depuis 2016, les flambées dues au PVDVc1 et au PVDVc3 ont été pour la plupart petites et localisées. Cependant, une propagation internationale du PVDV1 a été détectée entre la Malaisie et les Philippines en 2019. Le PVS1, le dernier poliovirus sauvage à être éradiqué, est également un virus à haut risque et capable de se propager sur de longues distances. Cependant, étant donné l'immunité intestinale plus élevée de la population en raison de l'utilisation du VPOb dans la vaccination de routine et les AVS, le risque est directement lié à la couverture vaccinale dans les populations touchées. Une infection par le PVS3 à la suite d'une brèche dans le confinement présenterait un risque similaire.

Tous les isollements de virus de type 2 nécessitent une attention particulière lors de la réalisation d'une évaluation des risques et de la détermination de la nature et de l'étendue de la riposte. Suite au retrait mondial des VPO contenant le type 2 des programmes de vaccination de routine, en avril et mai 2016, il existe un risque croissant de propagation très rapide du virus associé à la baisse de l'immunité muqueuse chez les enfants.

f. Présentation : Groupes de modélisation de l'équipe de travail de l'IMEP sur la cessation des risques (CRTT) (16 avril 2021), réunion trimestrielle de la CRTT de l'IMEP (virtuelle via MS Teams)

Toutes les détections de poliovirus de type 2 (PVDV2 ou PVS2) nécessitent une consultation avec les équipes régionales de riposte à la poliomyélite et seront examinées par le Groupe consultatif sur le VPO2 de type sabin /Groupe de mise à disposition du nVPO2 de l'ORPG, afin d'examiner l'évaluation des risques et d'évaluer la nécessité d'une éventuelle riposte vaccinale avec un vaccin antipoliomyélitique oral de type 2.

La détection d'un virus Sabin de type 2 ou du virus de type Sabin dans une zone où le VPO2 de type sabin n'a pas été utilisé au cours des quatre derniers mois doit être notifiée en vertu du RSI. Une telle détection peut traduire une utilisation continue et/ou non autorisée du VPOt ou du VPOm2 de type sabin, étant donné que les enfants auxquels on a administré du VPO continuent à excréter le virus Sabin pendant environ trois mois. C'est la raison pour laquelle la détection du virus Sabin de type 2 ou du virus de type Sabin, quelle qu'en soit la source, quatre mois ou plus après la dernière utilisation du VPO2 de type Sabin, nécessite une enquête, une évaluation des risques et une notification à l'OMS en vertu du RSI.

Une évaluation initiale du risque et une enquête devraient également être entreprises pour un isolat de poliovirus de type 2 en attente de séquençage génétique (PV2) au laboratoire, provenant d'une zone qui n'a pas mis en œuvre des passages de VPO2 au cours des six derniers mois, en particulier si d'autres facteurs de risque épidémiologique existent également.

Si le nVPO2 est détecté (chez l'homme ou dans l'environnement) dans une zone qui n'a jamais mis en œuvre un passage de vaccination utilisant le nVPO2 ou qui a mis en œuvre un tel passage plus de quatre mois avant l'isolement du nVPO2, une enquête et une évaluation des risques devraient être lancées pour déterminer la source. Le programme pays devrait immédiatement faire part de ses conclusions aux équipes régionales de riposte à la poliomyélite et au groupe de riposte en cas de flambée.

### Risque contextuel

Un résumé détaillé des éléments permettant d'aider les pays à préparer une évaluation des risques solide est fourni, ainsi que des ressources et des outils supplémentaires (voir l'annexe 1 : Aperçu de l'évaluation des risques, pour des orientations plus détaillées) mais devrait inclure :

- Analyse quantitative et qualitative détaillée et cartographie des mouvements de population (par exemple commerce, migration, déplacements, voies de circulation et de migration telles que routes, lacs et rivières);
- Estimation des populations spécifiques à haut risque ou difficiles à atteindre (par exemple inaccessibilité géographique ou culturelle, zones d'insécurité, refus de la vaccination et événements sentinelles);
- Modélisation de l'immunité de la population aux type(s) de poliovirus des flambées/de l'événement concerné;
- Évaluation détaillée de tous les indicateurs de surveillance au niveau infranational;
- Cartographie à l'aide d'un système d'information géographique (SIG), mettant l'accent sur les populations à haut risque, les zones urbaines, les zones frontalières et les régions difficiles d'accès pour n'importe quelle raison.

Des entités telles que l'Organisation Internationale pour les Migrations, le Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations unies et le Programme OMS de gestion des situations d'urgences sanitaires peuvent fournir des informations essentielles sur les migrations de population et sur l'insécurité.

### Risque de propagation internationale

Le risque de propagation internationale devrait être considéré conjointement avec le risque virologique et contextuel, en particulier si la zone touchée par la flambée ou l'événement à haut risque est limitrophe d'un autre pays ou a des liens démographiques avec d'autres zones au-delà des frontières internationales

(par exemple mobilité importante de la population transfrontalière, voies de circulation internationales, etc.). Dans de telles situations, il est important de mettre en place la coordination transfrontalière nécessaire à l'élaboration et à la mise en œuvre de plans de riposte conjoints et complémentaires, avec une synchronisation possible des activités.

## PRISE EN COMPTE DES ÉVÉNEMENTS SENTINELLES DANS L'ÉVALUATION DES RISQUES

Un événement sentinelle est une information ou un événement de toute nature, lié ou non à la poliomyélite, qui suggère que la communauté ou la zone géographique en générale pourrait être à risque de flambée de poliomyélite. Les événements sentinelles peuvent inclure :

- L'apparition d'une maladie évitable par la vaccination (par exemple la rougeole, la diphtérie et/ou le PVDV de tout type) indiquant un faible niveau de vaccination de routine en général (par exemple la rougeole) ou
- L'apparition d'une maladie dont le mode de transmission interhumaine est similaire à celui de la poliomyélite;
- Le déplacement rapide ou mouvement continu des communautés sous-immunisées;
- La détection du virus vaccinal polio de type 2 à partir d'une source biologique ou environnementale en l'absence de l'utilisation du VP02;
- La découverte de flacons de VP0t, de VP0m2 de type Sabin ou de nVP02 au sein de la communauté.

Les communautés ou les zones administratives enregistrant des événements sentinelles devraient être prises en compte dans l'enquête et l'évaluation des risques.

## ÉVALUATION RÉGULIÈRE DES RISQUES

Après l'enquête initiale et l'évaluation des risques, les autorités nationales devraient continuer à recueillir des informations détaillées pour mettre à jour l'analyse de la situation et l'évaluation des risques (c'est-à-dire les résultats des enquêtes en laboratoire, des informations détaillées sur les populations touchées, etc.).

# 5. NORMES DE RIPOSTE - APERÇU

L'étendue de la riposte à un événement ou à une flambée détectée(e) sera déterminée par le type et la classification du poliovirus et l'évaluation des risques. La clé d'une riposte réussie et de l'interruption de la transmission réside dans l'adaptation des stratégies en fonction de l'évolution de la situation, au cours de l'enquête et de la riposte.

## NORMES MINIMALES DE RIPOSTE AUX ÉVÈNEMENTS ET AUX FLAMBÉES DE POLIOMYÉLITE

La notification d'un nouveau poliovirus, ou la propagation du poliovirus dans une nouvelle zone géographique ou population, nécessite que les autorités nationales et les partenaires de l'IMEP s'engagent fermement et prennent rapidement les mesures suivantes :

- 1. Déclaration immédiate de la flambée/ de l'événement à haut risque comme une urgence** par le gouvernement national. Il s'agit d'un élément déclencheur très important pour toutes les étapes suivantes et cela contribue à garantir une approche « tous pouvoirs publics » pleinement engagée. La plus haute direction stratégique de l'IMEP (Comité stratégique) ainsi que les directeurs régionaux des régions de l'OMS et de l'UNICEF concernées se coordonneront également pour fournir l'appui et le plaidoyer nécessaires à une riposte rapide et efficace à la flambée
- 2. Enquête détaillée et évaluation des risques.** Les détails de l'enquête et de l'évaluation des risques ont été abordés dans les chapitres 3 et 4.
- 3. Surveillance renforcée** pour accroître la sensibilité et l'assurance que toute transmission interhumaine du poliovirus sera rapidement détectée (voir les parties consacrées à l'enquête dans les chapitres 5 et 8).
- 4. Planification d'une riposte vaccinale.** Une coordination, une planification, une budgétisation, un engagement communautaire et un suivi solide constituent des fonctions habilitantes essentielles à une riposte réussie. Les initiatives de communication sur les risques et de mobilisation sociale devraient être adaptés au contexte de l'événement ou de la flambée et soutenir le renforcement de la surveillance, les activités de riposte vaccinale et la vaccination de routine. Pour toutes les ripostes d'urgence contre la polio, il est nécessaire de suivre et de signaler toutes les interventions et tous les renforcements concernant la surveillance, la vaccination et la communication.
- 5. Etendue de la vaccination.** L'étendue des campagnes de vaccination variera en fonction de l'évaluation des risques. Toutes les urgences polio avec transmission locale, qu'il s'agisse du PVDV ou du PVS, devraient de préférence faire l'objet d'une riposte vaccinale avec un type de VPO spécifique approprié dans les 14 jours suivant la notification du laboratoire (plus de détails dans la section sur la riposte vaccinale). Dans certaines circonstances, une urgence polio sans transmission locale avérée peut justifier une riposte vaccinale, tenant compte de l'évaluation des risques.
- 6. Définir et planifier une riposte de haute qualité à la flambée.** Une riposte complète à une flambée devrait permettre d'arrêter la

flambée de poliomyélite dans les 120 jours suivant la notification, et comprend l'enquête, la surveillance et la vaccination, le tout soutenu par des activités de communication et de mobilisation sociale, y compris la coordination transfrontalière entre pays. Des activités coordonnées et de grande qualité garantiront apporteront de l'assurance quant à la capacité du pays à détecter rapidement toute circulation du poliovirus et à interrompre la transmission par la vaccination. En ce qui concerne la surveillance, il est nécessaire de suivre attentivement aussi bien le processus (par exemple les taux de notification de PFA, les performances des laboratoires) que les résultats (par exemple la détection précoce du virus grâce à toutes les stratégies de surveillance au sein des populations spécifiques présentant un risque élevé).

## CLASSIFICATION DE LA FLAMBÉE

Toutes les flambées de poliomyélite et, dans certains cas, les événements à haut risque, devraient être classé(e)s par le Bureau régional de l'OMS compétent, conformément au *Cadre d'action d'urgence* en matière de santé<sup>7</sup>.

La classification est une procédure qui déclenche les politiques de riposte aux flambées de l'OMS et du ou des pays touchés. La classification indique le niveau de risque et détermine les mesures nécessaires à prendre pour gérer l'événement ou la flambée de poliovirus dans le contexte du pays. Voir le chapitre 9 sur l'intensification de la riposte en cas de flambée et des informations détaillées sur l'appui de l'IMEP en fonction de la classification.

La classification a pour but :

- d'informer tous les partenaires de la nature de l'événement ou de la flambée, de la riposte requise et de la nécessité

de mobiliser des ressources internes et externes;

- d'activer les mécanismes de riposte de l'IMEP;
- d'inciter les autorités locales et les partenaires de l'IMEP à tous les niveaux à mobiliser des ressources et apporter un appui, y compris des ressources humaines immédiates.

Idéalement, la flambée doit être classifiée dans les trois premiers jours de sa détection (jour 0). Le niveau 1 est attribué aux flambées qui peuvent être gérées dans le pays, et le niveau 2 à celles qui nécessitent un appui régional important et/ou un appui technique du Siège de l'OMS. Les urgences de niveau 3 sont de portée mondiale ou concernent plusieurs régions. Le niveau attribué est valable de trois à six mois, pendant la première phase de la riposte à la flambée, et devrait être revu en fonction des nouvelles informations et/ou de l'évolution des activités de riposte.

Les critères utilisés dans la classification d'une flambée sont les suivants : 1) le potentiel de transmission à l'intérieur du pays et au-delà des frontières nationales sur la base de l'évaluation des risques (risque virologique, risque contextuel, risque de propagation internationale); et 2) le niveau de capacité du pays à faire face à la flambée et à la contenir, y compris la capacité de gestion des vaccins. En fonction des circonstances, l'évaluation des risques peut inclure une discussion sur l'urgence et sur la complexité de l'événement et le risque de réputation qu'il peut générer. La capacité du pays est une évaluation subjective fondée sur l'infrastructure sanitaire et les défis en cours liés à la sécurité ou à l'accès. La figure 1 présente une matrice générale des risques permettant de classer un événement ou une flambée.



**Figure 1: Matrice générale des risques pour la classification d'un événement ou d'une flambée**

Capacité de riposte du pays			
Risque de transmission au niveau local ou international	Forte	Moyenne	Faible
Faible	Niveau 1	Niveau 1	Niveau 2
Moyen	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Elevé	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 3

## CHRONOLOGIE TYPE D'UNE RIPOSTE À UNE FLAMBÉE

Le tableau 3 présente les mesures clés et les délais en matière de riposte à un événement ou à une flambée (voir l'annexe 2 pour une liste détaillée du jour 0 à la clôture de la flambée). Il est indispensable de mettre rapidement en place des mécanismes de coordination entre les pays et les partenaires de l'IMEP à tous les niveaux, y compris les RRT/IMST, les bureaux

régionaux de l'OMS et de l'UNICEF ainsi que l'OPRG. Cela peut inclure des appels à plusieurs niveaux avec les bureaux de coordination des flambées au niveau sous-régional, les bureaux régionaux et les partenaires mondiaux. Après la consultation initiale, les opérations sont soutenues par le Groupe de préparation et de riposte aux flambées de l'IMEP compétent afin de gérer la coordination avec tous les partenaires.

**Tableau 3: Principales étapes et chronologie des composantes critiques de la riposte à un évènement et à une flambée (depuis le jour 0, sauf indication contraire)**

Chronologie	Mesures de riposte pour tous les isolats
Dans les 24 heures	Ouvrir un enquête
	Le pays et chaque agence partenaire devraient entamer des consultations internes
	Le pays devrait notifier l'OMS à travers le RSI
Dans les 48 heures	Lancer la coordination des partenaires via l'ORPG
Dans les 72 heures	Évaluation et classification des risques
	Demande de vaccin au groupe consultatif sur le VPO2 de type Sabin/groupe de mise à disposition ORPG-nVPO2 (le cas échéant)
	Lancer le développement du plan de riposte (surveillance, vaccination, mobilisation sociale)
Dans les 7 jours	L'IMEP coordonne et déploie une équipe de riposte rapide, selon les besoins.
	Le gouvernement national déclare la flambée comme une urgence nationale santé publique
Dans les 14 jours	Passage de riposte rapide. Si elle n'est pas mise en oeuvre dans les 14 jours, passer à l'AVS1.
Dans les 56 jours Les résultats du monitoring indépendant et du LQAS devraient être communiqués aux équipes régionales de riposte contre la polio et à l'ORPG dans les 14 jours suivant la fin de chaque campagne.	Premier passage de vaccination à grande échelle et deuxième passage à grande échelle ( <i>le ratissage devrait être effectué de préférence dans les 21 jours suivant la fin du deuxième passage à grande échelle</i> ).
	Évaluer la qualité de vaccination : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoring indépendant</li> <li>• LQAS</li> </ul>
Évaluations de la riposte aux flambées (OBRA)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Première évaluation dans les trois à quatre mois suivant la notification de la flambée.</li> <li>2. Évaluations trimestrielles de suivi et revues documentaires pendant la durée de la flambée.</li> <li>3. Évaluation finale après au moins six mois sans détection du poliovirus.</li> <li>4. Autres revues documentaires / OBRA en cas de flambées prolongées, le cas échéant.</li> </ol>

# 6. RIPOSTE VACCINALE

L'objectif principal de la riposte vaccinale est d'interrompre rapidement la transmission interhumaine du poliovirus et donc de protéger la population vulnérable. Le choix du moment et la qualité de la riposte vaccinale sont d'une importance capitale. Pour pouvoir interrompre la transmission du virus, une riposte vaccinale rapide est nécessaire au sein d'une population et une zone géographique suffisamment vastes. Une vaccination de haute qualité protégera les personnes contre l'infection par le poliovirus et préviendra des futures flambées en cas d'importation.

Le vaccin antipoliomyélitique oral approprié à la souche de poliovirus induit une immunité au niveau de la muqueuse intestinale et reste le vaccin de choix pour interrompre rapidement la transmission et mettre fin à des flambées de poliomyélite. Le vaccin le plus approprié est choisi avec l'appui technique de l'OMS et des partenaires de l'IMEP.

## VACCIN ANTIPOLIOMYÉLITIQUE ORAL (VPO) POUR LA RIPOSTE AUX FLAMBÉES

Le vaccin antipoliomyélitique oral est le principal outil de vaccination utilisé dans la lutte pour éradiquer la poliomyélite. Il existe différents types de vaccins oraux antipoliomyélitiques, qui peuvent contenir un ou une combinaison de deux ou des trois types de poliovirus atténués. La vaccination au VPO permet aux individus de développer une riposte immunitaire contre le poliovirus. Tous les pays qui ont éradiqué la poliomyélite ont utilisé le VPO pour interrompre la transmission interhumaine du virus<sup>8</sup>.

### VPO2 monovalent de type Sabin

Depuis le retrait du VPO contenant le type 2 de la vaccination de routine en 2016, la riposte vaccinale aux flambées de PVDVc2 a pu être mise en œuvre grâce à l'utilisation du VPO2 monovalent de type Sabin, sous l'autorisation du Directeur général de l'OMS. Le VPO2 monovalent de type Sabin, bien qu'efficace pour stopper la transmission, présente un risque de réversion vers la neurovirulence et donc le déclenchement de nouvelles flambées dans les zones à faible couverture vaccinale.

### VPO trivalent

En 2020, l'utilisation du VPO trivalent a été initiée sous l'autorisation du Directeur général de l'OMS, pour répondre à des flambées simultanées de PVDVc2 et de PVDVc1, PVDVc3 ou PVS1. Le VPO trivalent est actuellement le vaccin de choix pour répondre à la co-circulation du poliovirus de type 2 et d'autres types de poliovirus.

### nVPO2

Après avoir reçu l'approbation de la liste d'utilisation d'urgence (EUL) en novembre 2020, la première riposte vaccinale contre les flambées au nVPO2 a été mise en œuvre en mars 2021. Le SAGE a approuvé un cadre de hiérarchisation des vaccins de type 2 pour la riposte aux flambées de PVDC2, avec des phases claires et distinctes [Phase A : recommandation de la phase préalable à la recommandation EUL, préparation de l'utilisation du nVPO2; Phase B : utilisation initiale du nVPO2 au titre de la recommandation provisoire du protocole EUL; Phase C : utilisation plus large du nVPO2 au titre de la recommandation provisoire du protocole EUL; Phase D : nVPO2 homologué et

préqualifié]. Le nVPO2 a été utilisé dans sa « période d'utilisation initiale » au titre de la recommandation provisoire du protocole EUL de mars à septembre 2021. En octobre 2021, le SAGE a approuvé la transition du nVPO2 vers sa prochaine phase d'utilisation, sur la base de plusieurs facteurs, notamment l'examen indépendant des données de sécurité des campagnes organisées au Nigeria, au Liberia, au Bénin et au Congo. Collectivement, ces pays ont utilisé plus de 65 millions de doses du nVPO2 pendant la « période d'utilisation initiale ». Avec la transition de sa période d'utilisation initiale à une période d'utilisation plus large, le nVPO2 sera plus accessible pour la riposte aux flambées lorsque l'approvisionnement le permettra. Il est important de mentionner que le nVPO2 sera utilisé au titre du protocole EUL jusqu'en 2023 et que tous les pays qui prévoient d'utiliser le nVPO2 devraient satisfaire à des exigences supplémentaires en matière de préparation avant la mise à disposition du vaccin.

Conformément aux recommandations du SAGE, les pays confrontés à des flambées de PVDVc2 devraient éviter tout retard et donner la priorité à une riposte rapide et de qualité aux flambées de PVDVc2 au vaccin antipoliomyélitique oral dont ils disposent. En outre, tous les pays exposés à des flambées de PVDVc2 devraient se préparer à remplir les critères d'utilisation du nVPO2 et à mener à bien les évaluations nécessaires de préparation programmatique du nVPO2. Le nVPO2 peut être utilisé pour des campagnes de vaccination à 4 semaines d'intervalle des autres campagnes VPO (durant les périodes avant et après la campagne). Il n'y a pas de limite de temps entre la campagne d'utilisation du nVPO2 et l'utilisation systématique du VPO ainsi que du VPI, du vaccin contre la rougeole et d'autres vaccins non poliomyélitique<sup>9</sup>.

## VPO bivalent

Pour toutes les flambées de PVS1, PVDVc1 et PVDVc3 (sans flambée simultanée de poliovirus de type 2), le VPOb reste le vaccin de choix.

## INITIATION

Une riposte vaccinale est justifiée dans toutes les flambées, quel qu'en soit le type (c'est-à-dire sauvage ou PVDV, tous les types 1, 2 et 3) et les événements à haut risque de type 2 comme suit (voir le chapitre 2 pour les définitions) :

- Événement d'importation impliquant le PVDVc2, sauf s'il est associé à un voyage
- Nouvel événement d'émergence impliquant le PVDV2 chez un humain
- Nouvel événement d'émergence impliquant le PVDV2 dans l'environnement plus des facteurs de risque supplémentaires (le virus est hautement divergent >12 nt, ou dans les zones qui ont mis en œuvre des AVS au VPO2 il y a plus de six mois, surveillance de la poliomyélite de mauvaise qualité, présence de populations inaccessibles ou difficiles à atteindre et/ou présence de populations déplacées ou très mobiles.

Les données épidémiologiques depuis 2016 ont montré que la détection de tout PVDVc2, même les détections uniques dans de nouvelles zones, est la preuve d'une transmission de poliovirus en cours non détectée auparavant ou représente un risque élevé de transmission dans un avenir immédiat. Par conséquent, les AVS au VPO sont justifiées après toute détection de PVDVc2, même dans les zones où la couverture vaccinale de routine/VPI est élevée<sup>9</sup>. Bien que le VPI confère une protection immunitaire humorale efficace contre la paralysie individuelle, l'immunité muqueuse qu'il procure est insuffisante pour arrêter la transmission des poliovirus.

g. Kalkowska DA, Duintjer Tebbens RJ, Grotto I, Shulman L, Anis E, Wassilak SGF, Pallansch MA, Cochi SL, Thompson KM. . Modeling options to manage population immunity and the impact of asymptomatic wild poliovirus transmission in Israel. *Journal of Infectious Diseases* 2015; 211(11) :1800-1812 [en anglais]

**En cas de détection environnementale unique du PVS1, sans preuve de transmission, une riposte vaccinale peut être encore justifiée,** si la couverture vaccinale de routine est généralement faible (<90%) et/ou en présence de poches importantes de faible couverture vaccinale de routine. Il est également possible d'envisager une intensification de la surveillance et des activités de vaccination de routine (sensibilisation, intensification périodique de la vaccination de routine [IPVR]), etc.), en accordant une attention particulière aux populations mobiles et aux autres groupes de population à haut risque.

**Pour le PVDVa1 et le PVDVa3,** une large riposte vaccinale à l'échelle de la communauté n'est pas recommandée; cependant, après la détection d'une source humaine, une riposte vaccinale limitée peut être envisagée, impliquant le ménage et d'autres contacts proches tels que les ménages voisins, les camarades de jeu, etc. Des mesures de renforcement de la surveillance devraient être prises pour détecter la transmission communautaire, le cas échéant.

**Événements associés à une installation de polio (par exemple un laboratoire ou une installation de production de vaccins);** En dehors de l'utilisation limitée du vaccin contre la polio pour la personne/cas exposé(e), le ménage/la famille et d'autres contacts proches, la riposte vaccinale n'est pas recommandée. Cependant, si une brèche dans le confinement entraîne une transmission communautaire avérée, les options de riposte spécifiques à un type plus large décrites dans ces POS peuvent être envisagées, sur la base d'une enquête épidémiologique et d'une évaluation des risques. Des orientations sur la manière de riposter sont disponibles sur le site<sup>10</sup>. Une flambée de PVS2 suspectée ou documentée devrait être gérée comme pour le PVDVc2, tandis qu'une telle flambée de PVS3 devrait être gérée comme pour le PVS1.

**PVDVi;** l'isolement d'un PVDVi nécessite une évaluation minutieuse pour s'assurer que tous les membres du ménage et les contacts proches de la communauté sont vaccinés au VPI. Des AVS à plus grande échelle ne sont pas nécessaires, à moins que la circulation du poliovirus au sein de la communauté soit établie. Un porteur de PVDVi devrait recevoir une thérapie appropriée contre le syndrome d'immunodéficience sous-jacent et se voir proposer un traitement antipoliomyélitique optimal lorsqu'il est disponible.

## CHRONOLOGIE ET PORTÉE DES ACTIVITÉS DE VACCINATION

Une stratégie de vaccination en quatre étapes est recommandée par l'IMEP pour les flambées et les événements à haut risque pour tous les types de poliovirus (types 1, 2 et 3) (voir figure 2). Les quatre étapes consistent en un passage de riposte rapide (RR), suivie de deux passages à grande échelle (AVS1, AVS2), et d'un ratissage ciblé obligatoire. D'autres AVS sont justifiées s'il existe des preuves d'une transmission continue, par exemple par des isolats/cas de transmission malgré la vaccination.

Cette stratégie a pour but d'assurer que :

- a riposte est aussi rapide et opportune que possible;
- au moins deux passages de haute qualité à grande échelle sont mis en œuvre;
- revaccination de toutes les zones où la qualité était insuffisante.

Pour la riposte de type 2, l'élimination de tous les VPO2 de type Sabin (VPOm2/VPOt) ou du nVPO2 devrait être effectuée dès que possible (de plus amples détails/chronologies sont disponibles dans les documents d'orientation sur la gestion des vaccins pertinents).

## Campagne de riposte vaccinale rapide (RR)

Pour une flambée ou un événement à haut risque, une campagne de riposte vaccinale rapide constituera la première riposte vaccinale. Elle devrait débuter au plus tard le 14<sup>e</sup> jour et cibler la zone immédiate d'isolement du virus, afin de stopper rapidement toute nouvelle transmission, même si la source reste inconnue.

Si la riposte rapide ne peut pas commencer dans les deux semaines, il faut envisager de passer directement aux AVS1 avec une portée et une population cible appropriées. Cette décision devrait être prise en consultation avec les équipes régionales de riposte à la poliomyélite.

Si les informations génétiques disponibles et une enquête détaillée sur le terrain indiquent la possibilité que la transmission du poliovirus est en cours depuis longtemps et/ou s'est probablement propagée au-delà du lieu de détection au moment de la notification, une riposte rapide à petite échelle n'est pas justifiée. Dans ce cas, il faut se concentrer sur la préparation et la mise en œuvre d'une AVS1 de bonne qualité et de portée appropriée, dès que possible.

## AVS 1 et AVS 2

Deux campagnes de vaccination à grande échelle et de haute qualité (>90 % des enfants vaccinés) devraient être complétées, de préférence le 42<sup>e</sup> jour et au plus tard le 56<sup>e</sup> jour à compter de la notification de la flambée. La riposte sera adaptée au type de virus et au contexte local. La durée de la campagne des AVS1 et AVS2 devrait être de quatre jours mais peut être prolongée jusqu'à sept jours en fonction des besoins urgents dans le contexte local, ou fournir des efforts supplémentaires, tels que le déploiement de personnel et de superviseurs supplémentaires, afin de mener à bien la campagne et atteindre les enfants non vaccinés dans les zones de faible performance, recensées par le suivi pendant la campagne ou les observations des superviseurs.

## Ratissage

Une campagne de ratissage est nécessaire comme étape supplémentaire partout où le monitoring indique que des enfants n'ont pas été vaccinés dans certains districts ou dans des zones de santé, afin de garantir l'interruption de la transmission (même en l'absence de nouvelles détections de poliovirus). Les informations permettant d'orienter la sélection des districts en vue d'une campagne de ratissage complète peuvent inclure : le monitoring pendant la campagne, le monitoring indépendant, les récits de témoins oculaires et les contrôles ponctuels, le LQAS, les enquêtes post-campagne, ou de nouveaux événements tels que les mouvements de population et les isolats identifiés malgré la vaccination. Une campagne de vaccination de ratissage devrait être incluse dans le plan initial de riposte à la flambée, correctement échelonnée et mise en œuvre après l'AVS2, et seulement annulée si TOUTES les zones sanitaires ont démontré une mise en œuvre et une couverture vaccinale de haute qualité. De préférence, la campagne de ratissage devrait être mise en œuvre dans les trois semaines suivant la fin d'AVS2, afin d'en tirer le maximum de bénéfices et de renforcer l'immunité de la population le plus rapidement possible.

## Transmission malgré la vaccination et besoin d'AVS supplémentaires

Tout PVS ou PVDVc détecté dans un cas de PFA, un enfant sain ou un échantillon environnemental dont la date de début de l'apparition de la paralysie (pour les cas de PFA) ou la date de collecte de l'échantillon (pour l'enfant sain ou l'échantillon environnemental) se situe plus de 21 jours après le premier jour de la dernière AVS dans une zone où au moins deux AVS ont été mises en œuvre est la preuve d'une circulation continue. Lorsqu'il existe un risque élevé de circulation continue, un seuil plus court de 14 jours au lieu de 21 peut être utilisé pour déclencher une AVS supplémentaire. Les situations à haut risque comprennent, par exemple l'inaccessibilité, la



preuve de la mauvaise qualité d'AVS pendant la riposte à la flambée ou les lacunes dans les performances de la surveillance. La décision d'entreprendre des AVS supplémentaires sera prise conjointement par le Bureau régional de l'OMS, les autres partenaires de l'IMEP et les autorités locales de santé publique.

Une transmission malgré la vaccination indique une qualité insuffisante des AVS et une incapacité à stopper la transmission du poliovirus, ce qui nécessite des passages de vaccination supplémentaires. Le programme national de lutte contre la poliomyélite devrait mener une enquête approfondie sur le terrain et une évaluation des risques pour toute transmission malgré la vaccination, y compris toute évolution de l'épidémiologie, la qualité des AVS, la sensibilité et la qualité de la surveillance de la poliomyélite et tout autre facteur local notable. Les résultats de l'enquête et de l'évaluation des risques devraient être utilisés pour décider de la suite de la riposte

à la flambée, y compris l'étendue des AVS supplémentaires. La preuve d'une transmission exige une riposte vaccinale obligatoire; cependant, l'absence d'une transmission n'annule pas forcément la nécessité d'une vaccination supplémentaire.

**Lorsque la qualité est clairement inadéquate dans une vaste zone géographique (sur la base des modalités de suivi de la campagne, par exemple les enquêtes, les LQAS, les contrôles ponctuels, etc.), des isolats sont identifiés malgré la vaccination ou que la flambée continue de se propager à des zones non vaccinées, des AVS supplémentaires devraient être envisagées et planifiées. Deux campagnes devraient être réalisées après la dernière détection du virus.** On pourrait envisager qu'une campagne de ratissage de haute qualité soit l'une de ces campagnes, si la zone de détection du virus a été couverte deux fois.

**Figure 2: Représentation visuelle du calendrier et de l'échelle des activités de vaccination requise**



### Population cible

Les passages de riposte rapide devraient généralement cibler un minimum de 100 000 et un maximum de 400 000 enfants (la décision finale devrait être prise en fonction de la population cible dans la zone de la flambée et de la capacité du pays). Les AVS1 et AVS2 devraient généralement cibler 1 à 2 millions d'enfants pour le PVDVc/PVS de type 1 et de type 3, mais en raison du risque plus élevé

de propagation du type 2, les événements ou flambées de type 2 devraient généralement cibler 2 à 4 millions d'enfants.

Il est possible d'envisager d'élargir davantage l'étendue géographique, dans les zones densément peuplées, ou s'il existe des preuves ou un risque de circulation étendue (par exemple une population touchée par une flambée bien connectée à une grande zone urbaine). L'étendue géographique de la riposte

est évaluée au cas par cas au moyen d'une évaluation détaillée des risques, guidée par des discussions avec des experts techniques (épidémiologistes, virologues et experts nationaux), afin de s'assurer que toutes les zones à haut risque soient atteintes, y compris celles des pays voisins, si nécessaire.

Les données et la modélisation disponibles indiquent que pour le PVDV2, il y a une probabilité d'augmentation hebdomadaire de 12 % de l'étendue de la flambée et de 5 % de la probabilité de propagation si une riposte vaccinale immédiate n'est pas mise en œuvre<sup>11</sup>. En moyenne, un retard d'un mois dans la mise en œuvre de la riposte vaccinale peut nécessiter une augmentation de 35 % de l'étendue/de la population cible<sup>b</sup>. Il convient donc de tenir compte de la probabilité de propagation de l'infection en cas de retard dans la mise en œuvre de la vaccination, au moment de décider de l'étendue et de la population cible. Des retards importants dans la notification des flambées et la mise en œuvre de la riposte vaccinale nécessitent des passages de vaccination plus étendus pour arrêter la transmission. Cela est particulièrement vrai pour les flambées de poliovirus de type 2 et les événements à haut risque, compte tenu de la diminution constante de l'immunité muqueuse de la population. Dans les pays où l'eau et l'assainissement sont satisfaisants, la décision concernant l'étendue, la population cible et le choix du vaccin devrait tenir compte du contexte local et des résultats de l'enquête épidémiologique.

La population cible devrait être dans les limites de la capacité du programme à atteindre une couverture élevée. En fonction du contexte et des capacités locales, il est possible d'envisager un échelonnement des campagnes afin de garantir la qualité dans chaque région géographique et démographique couverte.

### Groupe d'âge cible

Pour les AVS, il s'agit des enfants de moins de cinq ans. Un groupe d'âge élargi (jusqu'à 10 ou 15 ans, ou l'ensemble de la population selon le contexte local) devrait être envisagé s'il existe des preuves significatives de circulation du virus parmi les groupes d'âge plus avancés. Pour les flambées de poliovirus de type 2 et les événements à haut risque, le temps écoulé depuis le passage du VPOt au VPOb peut être pris en compte pour décider du groupe d'âge cible.

### Campagnes à intervalles courts

L'intervalle entre les passages d'AVS utilisant le VPO de type Sabin peut être aussi court qu'une semaine; ceci s'applique quel que soit le VPO de type Sabin utilisé. Par exemple une campagne au VPO2 de type Sabin pourrait être suivie une semaine plus tard par une campagne complémentaire au VPO2 de type Sabin ou de VPOb, si nécessaire. Une stratégie axée sur une dose supplémentaire à intervalle court (SIAD) peut être utilisée dans des circonstances spécifiques en cas de circulation de plusieurs poliovirus et/ou lorsqu'une brève possibilité d'accès ou une opportunité de vaccination se présente (par exemple pour les enfants mobiles ou difficiles à atteindre). Le nVPO2 peut être utilisé pour des campagnes de vaccination à 4 semaines d'intervalles des autres campagnes VPO (avant et après la campagne); il n'y a pas de limitation pour l'utilisation de tout VPO et d'autres vaccins non poliomyélitique dans la vaccination de routine<sup>12</sup>.

Les stratégies de riposte recommandées aux pays utilisant le VPO pour chaque type de poliovirus sont résumées dans les tableaux 4 et 5.

h. Présentation (analyses pour guider les mises à jour des POS en cas de flambée) : Groupes de modélisation de la Cessation Risk Task Team (CRTT) de l'IMEP (2021, 16 avril), réunion trimestrielle de la CRTT de l'IMEP (virtuelle par MS Teams)

Présentation (analyses pour informer les mises à jour du POS pour les flambées) : Groupes de modélisation dépendant de l'équipe de travail de l'IMEP sur la cessation des risques (CRTT) (2021, 16 avril), réunion trimestrielle du CRTT de l'IMEP (virtuelle par MS Teams)

**Tableau 4: Riposte à la détection d'une flambée de poliovirus de type 2 ou d'un événement à haut risque**

Situation		Riposte vaccinale			Préférence en matière de vaccins
		Rounds	Timing	Scope/target	
Flambée de PVDVc2 / événement de PVDVc2 à haut risque	Zones qui ont précédemment utilisé le nVPO2	RR	≤14 jours	100 000 - 400 000	1. novel OPV2* 2. Sabin OPV2, if novel OPV2 cannot be used/not available
		AVS1	≤28 jours		
		AVS2	≤42 jours (au plus tard ≤56 jours)	Min. 2-4 millions	
		Ratissage	≤21 jours d'AVS2	Basé sur la qualité d'AVS1/2	
	Zones sans utilisation antérieure du nVPO2 et dont la dernière utilisation du VPO2 de type Sabin remonte à >2 ans	RR	≤14 jours	100 000 - 400 000	1. novel OPV2* 2. Sabin OPV2, if novel OPV2 cannot be used/not available
		AVS1	≤28 jours	Min. 2-4 millions (plus si nécessaire)	
		AVS2	≤42 jours (au plus tard ≤56 jours)		
		Ratissage	≤21 jours d'AVS2	Basé sur la qualité d'AVS1/2	
	Zones sans utilisation antérieure du nVPO2 et dont la dernière utilisation du VPO2 de type Sabin remonte à moins de 2 ans	RR	≤14 jours	100 000 - 400 000	Sabin OPV2
		AVS1	≤28 jours	Min. 2-4 million (plus si nécessaire))	
		AVS2	≤42 jours (au plus tard ≤56 jours)		
		Ratissage	≤21 jours d'AVS2	Basé sur la qualité d'AVS1/2	
Zones avec co-circulation de PVDVc2 & PV de type1/type3	Zones sans utilisation antérieure du nVPO2	RR	≤14 jours	Selon l'épidémiologie	1. VPOt 2. Décision à prendre au cas pas cas si le VPOt n'est pas disponible
		AVS1	≤28 jours		
		AVS2	≤42 jours (au plus tard ≤56 jours)		
		Ratissage	≤21 jours d'AVS2		
	Zones ayant déjà utilisé le nVPO2	RR	≤14 jours		Décision à prendre au cas par cas
		AVS1	≤28 jours		
		AVS2	≤42 jours (au plus tard ≤56 jours)		
		Ratissage	≤21 jours d'AVS2		

\* après avoir satisfait aux critères de préparation du nVPO2

*Note: Ce tableau (4) est basé sur les orientations actuellement disponibles de l'ORPG et du comité stratégique, dans une situation de limitation dans le temps où les stocks de nVPO2 sont réduits. Les orientations seront mises à jour selon les besoins, en fonction de l'évolution de la situation, et les orientations mises à jour/revues par l'ORPG/Comité de stratégie seront privilégiés.*

**Tableau 5: Riposte à la détection d'une flambée de poliovirus de type 1 et de type 2**

Situation	Riposte vaccinale			Préférence en matière de vaccins
	Passages	Timing	Portée / cible	
Flambée de PVS1	RR	≤14 jours	100 000 - 400 000	VPOb
	AVS1	≤28 jours	Min. 1-2 millions	
	AVS2	≤42 jours (au plus tard ≤56 jours)		
	Ratissage	≤21 jours d'AVS2		
Flambée de PVDVc1 / PVDVc3	RR	≤14 jours	100 000	
	AVS1	≤28 jours	Up to 2 millions	
	AVS2	≤42 jours (au plus tard ≤56 jours)		
	Ratissage	≤21 jours d'AVS2		
Co-circulation des poliovirus de type 1 et de type 3	RR	≤14 jours	Selon l'épidémiologie	
	AVS1	≤28 jours		
	AVS2	≤42 jours (au plus tard ≤56 jours)		
	Ratissage	≤21 jours d'AVS2		

### Vaccination de routine

Le renforcement de la vaccination de routine reste un pilier central de l'éradication de la poliomyélite. La vaccination au VPOb/VPI et autres antigènes devrait se poursuivre comme à l'accoutumée et être plus renforcée, même si les sessions de vaccination ont lieu le même jour que la riposte à une flambée ou quelques jours après. Des stratégies visant à atténuer tout effet néfaste de la riposte à une flambée sur la conduite de la vaccination de routine devraient être planifiées à l'avance (par exemple si le personnel est réaffecté à des AVS, la reprogrammation immédiate des séances de la vaccination de routine). Les mécanismes de riposte aux flambées devraient être utilisés de manière appropriée pour améliorer la couverture vaccinale de routine, en se concentrant particulièrement sur les zones/ populations à haut risque.

## CIRCULATION SIMULTANÉE DE DIFFÉRENTS TYPES DE POLIOVIRUS

Si des poliovirus de différents types circulent simultanément, la décision concernant la riposte à apporter devrait être fondée sur l'épidémiologie et la disponibilité du vaccin. Le VPO trivalent est le vaccin de choix pour les flambées simultanées de différents types de poliovirus. Si le VPOt n'est pas disponible, les passages au VPOm2 de type Sabin et de VPOb peuvent être échelonnés en fonction de la faisabilité opérationnelle. Les décisions relatives à la stratégie de riposte seront prises par les experts techniques de l'IMEP sur la base d'un examen minutieux de l'épidémiologie, des zones géographiques touchées, de la capacité de riposte robuste et de la disponibilité des vaccins au cas par cas.

### Encadré 3

- Lors des flambées simultanées de PVDVc2 et de PVDVc1 ou PVDVc3, la riposte immédiate au PVDVc 2 est également prioritaire, au cas où le VPOt ne serait pas disponible.
- Pour des raisons opérationnelles, l'administration conjointe du VPOm2 et du VPOb n'est pas recommandée pendant les campagnes
- Un événement ou une flambée de poliomyélite dans un pays qui n'a utilisé que le VPI dans le programme de vaccination de routine nécessite une concertation immédiate avec l'OMS, comme pour tout événement ou flambée de poliomyélite partout dans le monde.

## LE CHOIX DU VACCIN

Vous trouverez ci-dessous quelques principes directeurs pour la prise de décision concernant le choix du vaccin pour répondre aux flambées de poliovirus de type 2 :

- Les pays confrontés à des flambées de PVDVc2 devraient éviter tout retard et donner la priorité à une riposte rapide et de qualité aux flambées de PVDVc2 en utilisant le vaccin antipoliomyélitique oral dont ils disposent<sup>13</sup>.
- Les pays ne seront pas pris en compte pour la mise à disposition du nVPO2 s'ils ne sont pas jugés prêts à l'utiliser par l'équipe de vérification de l'état de préparation de l'IMEP. Aucun nVPO2 ne sera alloué pour être utilisé dans un pays donné en attendant que le pays soit vérifié.
- En cas de co-circulation avec les virus de type 1 ou 3, et en l'absence d'utilisation antérieure du nVPO2, le VPOt est le vaccin de choix. Dans les pays ayant déjà utilisé le nVPO2, la décision sera prise au cas par cas.

## CAMPAGNES DE HAUTE QUALITÉ

Lors de la mise en œuvre de la stratégie de vaccination en quatre étapes en riposte à une flambée, il existe une tension entre la tenue d'une riposte rapide et la couverture vaccinale souhaitée (>90%, selon l'évaluation post-campagne). Dans les contextes où le poliovirus est détecté, le RR (Passage 0) peut ne pas répondre à toutes les attentes en matière de qualité (par exemple en cas de problèmes de sécurité ou d'accès, de difficultés opérationnelles, de sous-groupes de populations difficiles à atteindre et/ou d'hésitation à se faire vacciner, ou simplement de manque de temps pour planifier). Cet état de fait est acceptable tant que le RR arrive à temps. Cependant, il est essentiel de s'assurer que les premier et deuxième passage de vaccination à grande échelle (AVS1 et AVS2) atteignent chaque enfant, afin de pouvoir arrêter la transmission du poliovirus. Une microplanification de qualité, un suivi de la préparation et un suivi pendant et après la campagne sont des stratégies essentielles pour préparer et réaliser des campagnes de haute qualité. Les campagnes de faible

qualité (<90%, évaluées par un suivi post-campagne) ne sont pas susceptibles d'arrêter les flambées. Si l'évaluation post-campagne d'une riposte à une flambée donnée indique une faible qualité, toutes les mesures d'assurance qualité nécessaires devraient être prises avant la campagne suivante, en mettant l'accent sur les faiblesses identifiées. La planification du ratissage devrait être fortement axée sur l'amélioration de la qualité d'AVS dans les zones qui n'ont pas obtenu de bons résultats pendant l'AVS1 et/ou l'AVS2. Une qualité sous-optimale dans l'ensemble de la riposte vaccinale en quatre étapes (RR, AVS1, AVS2, ratissage) peut nécessiter des passages supplémentaires soigneusement planifiés pour combler le déficit immunitaire. La décision de procéder à de telles passages supplémentaires devrait être prise en étroite coordination avec les équipes régionales de riposte à la polio et l'ORPG.

**Une microplanification de qualité.** La préparation de plans et de budgets au niveau macro en fonction de la population cible, des conditions locales et des coûts opérationnels permet aux parties prenantes de discuter des stratégies et d'obtenir des ressources. Une telle planification descendante devrait rapidement s'accompagner d'une microplanification ascendante efficace (c'est-à-dire l'élaboration et la validation de plans au niveau de la communauté). Les campagnes de porte-à-porte restent la modalité privilégiée. L'expérience a montré que la mise en œuvre du porte-à-porte permet d'obtenir une couverture plus élevée dans la plupart des contextes. Des stratégies spéciales, telles que des postes fixes complétés par des équipes de proximité et des équipes de vaccination spéciales sur les places de marché/centres de transport, devraient être envisagées pour atteindre efficacement les groupes de population à haut risque (par exemple les nomades et les réfugiés) en fonction du contexte local. La formation et le soutien à la supervision permettent de garantir la qualité des microplans. Des innovations telles que l'imagerie SIG sont utiles pour valider les plans dans des contextes difficiles d'accès (par exemple les zones urbaines

densément peuplées, les campements éloignés avec une documentation faible ou sans AVS préalable, les populations inaccessibles ou mobiles). Des contrôles ponctuels effectués par des sources indépendantes peuvent être considérés comme une mesure supplémentaire pour garantir la qualité de la microplanification. Voir « Microplanning Guidelines »<sup>14</sup> et « Best practices in microplanning for Polio Eradication »<sup>15</sup>.

**Suivi de la préparation.** Un tableau de suivi de la préparation et/ou une liste de contrôle et un calendrier sont nécessaires pour suivre l'état de préparation des pays au lancement des AVS et soutenir une mise en œuvre de qualité. Un suivi détaillé de la préparation avant la campagne et de la qualité pendant la campagne est prévu pour toutes les ripostes de vaccination. L'IMEP a défini un ensemble de normes minimales pour guider la prise de décision sur l'état de préparation à une campagne de haute qualité. Ces normes devraient être examinées conjointement avec les équipes régionales de riposte à la poliomyélite et l'ORPG une semaine avant le début d'une campagne. Les pays utilisant le nVPO2 devraient s'assurer que les engagements et les activités décrits dans la documentation soumise pour obtenir la vérification de leur état de préparation sont mis en œuvre<sup>16</sup>.

**Suivi de la campagne.** Une campagne de haute qualité devrait viser une couverture >90% pour les AVS1 et AVS2 par un monitoring indépendant, sans qu'aucun enfant ne soit oublié de manière persistante. Le suivi pendant et après la campagne est essentiel pour garantir la qualité des AVS à toutes les phases. Toutes les sources de données pendant et après la campagne devraient être examinées et triangulées pour évaluer la qualité de la campagne, notamment les aspects suivants, mais sans s'y limiter :

- la couverture administrative;
- le monitoring rapide de la campagne, les enquêtes de proximité et les contrôles ponctuels;



- le monitoring indépendant : suivi de porte à porte et en dehors des ménages (enquête dans les marchés);
- LQAS en grappe;
- la cohérence globale des sources de données;
- les mouvements de population en cours et continus;
- la gestion des vaccins, le suivi et la notification des taux de perte de vaccins, les doses restantes, et le nombre de flacons non comptabilisés (en particulier ceux du VPO2);
- les observations du personnel de campagne, des superviseurs, des agents chargés du suivi et des observateurs sur le terrain.

Pour toutes les zones ou populations où l'on constate que la planification et la mise en œuvre de la campagne sont sous-optimales (par exemple couverture <90%, enfants non vaccinés de façon persistante, hésitation/refus de la vaccination), une vaccination de ratissage devrait être rapidement réalisée.

Les équipes régionales de riposte à la polio et l'ORPG suivront les tableaux de bord avant, pendant et post campagne tout au long de la riposte à la flambée, en collaboration avec l'équipe pays. Pour de plus amples informations sur les approches de suivi, voir « **Best Practices for Monitoring the Quality of Polio Eradication Campaign Performance**<sup>17</sup> » et le chapitre 10 ci-après.

**Planification pour les populations mobiles, spécifiques et difficiles à atteindre.** Les populations spécifiques sont des groupes mal desservis ou non desservis par le système de santé ordinaire pour des raisons telles que l'insécurité, une infrastructure inadéquate et/ou des difficultés d'accès. Ces groupes de population peuvent être mobiles (par exemple les migrants économiques, les personnes déplacées à l'intérieur d'un pays, les réfugiés, les populations nomades) ou sédentaires (par exemple les communautés isolées et difficiles à atteindre, dont les pêcheurs ou les populations insulaires, ou les populations

urbaines difficiles à atteindre, comme celles vivant dans des quartiers informels, les communautés religieuses ou appartenant à des groupes marginalisés). Tous les aspects de la riposte aux flambées, y compris les stratégies de surveillance, de vaccination et de communication, devraient être adaptés de manière à atteindre les populations spécifiques.

Les stratégies destinées aux populations spécifiques devraient être élaborées en collaboration avec les dirigeants communautaires, les experts en communication et en mobilisation sociale et le personnel connaissant le contexte, ainsi qu'avec les prestataires de services ayant une expertise particulière (par exemple les organisations non gouvernementales (ONG), les services publics, les groupes de femmes, les organisations confessionnelles). Les stratégies appropriées pour vacciner chaque enfant peuvent nécessiter une réflexion créative et pourraient inclure des tactiques telles que des postes de transit, des équipes d'interventions ponctuelles hit-and-run, les vaccinations sur les marchés, et/ou des stratégies de sensibilisation combinée ainsi que les vaccinations vétérinaires ou animales ou d'autres stratégies spéciales.

#### **Stratégie consistant en une nouvelle visite pour atteindre les enfants non vaccinés.**

Une stratégie appropriée consistant en une nouvelle visite devrait être élaborée pendant la phase de planification et suivie pendant la mise en œuvre. La stratégie devrait être axée sur l'enregistrement efficace des enfants non vaccinés pour quelque raison que ce soit (par exemple absence, refus, etc.) lors de la visite de l'équipe de vaccination dans les foyers, et sur une nouvelle visite planifiée de manière appropriée pour vacciner ces enfants non vaccinés. La stratégie d'une nouvelle visite devrait être adaptée en fonction du contexte local, avec la flexibilité nécessaire.

Toutes les stratégies et tactiques devraient être bien documentées afin de garantir la collecte de données relatives au nombre d'enfants vaccinés, à la bonne gestion des vaccins et d'autres informations pertinentes.

## INTÉGRATION À D'AUTRES INTERVENTIONS SANITAIRES

L'IMEP envisage, dans le cadre de sa stratégie 2022-2026, d'étendre ses partenariats dans le but d'avoir un impact plus large dans les zones géographiques prioritaires pour la lutte contre la polio, parallèlement aux stratégies et innovations clés qui améliorent la détection et la riposte.

Lors de la planification de la riposte à une flambée, il est possible d'envisager une intégration à d'autres interventions sanitaires (par exemple une campagne contre la rougeole déjà planifiée, l'administration de la vitamine A, dans les cas suivants :

- Des discussions approfondies avec tous les partenaires ont eu lieu au niveau national et à d'autres niveaux pertinents.
- A la suite d'une riposte à une flambée de type 1 et/ou 3 : des passages de RR, d'AVS1 et d'AVS2 ont été réalisés avec succès. Pour les passages ultérieurs d'atténuation des risques, on pourrait envisager l'intégration comme une mesure d'économie.
- Des plans sont en place pour garantir une intervention de haute qualité pour tous les antigènes considérés et des mécanismes de suivi sont convenus à l'avance.

Les passages de VPOb préventifs planifiés peuvent être mis en œuvre après l'achèvement des AVS de la riposte aux flambées de type 2, afin d'éviter de générer des lacunes d'immunité de type 1 et 3.

## POURSUITE DE L'ADAPTATION À LA PANDÉMIE DE COVID-19

Au fur et à mesure que la pandémie de COVID-19 évolue dans ses différentes phases et que le déploiement des vaccins COVID-19 progresse dans les pays touchés par la poliomyélite, il sera important de poursuivre une coordination étroite avec les mécanismes nationaux et locaux de gestion de

la riposte au COVID-19 lors de la planification et de la mise en œuvre des AVS polio. Les programmes nationaux de lutte contre la poliomyélite devraient également continuer à assurer des séances d'information de haute qualité sur les mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI) avec les agents de santé au premier plan et les chefs de communauté, et utiliser les résidents locaux pour la mobilisation de la communauté avant la campagne et pour la vaccination, à la fois pour réduire le risque d'exposition au COVID-19 et pour améliorer l'acceptation de la communauté. Il sera également important de poursuivre une supervision étroite et un suivi en continu du processus afin d'assurer l'identification et la correction en temps utile de toute lacune existante. Les systèmes de suivi établis devraient être maintenus et adaptés en fonction des besoins, afin de détecter et de répondre rapidement aux rumeurs ou à la désinformation, en particulier dans le contexte du COVID-19.

## VACCIN ANTIPOLIOMYÉLITIQUE INACTIVÉ (VPI)

Le VPI confère un niveau élevé d'immunité individuelle et de protection contre la paralysie. Le VPI n'induit pas d'immunité nécessaire de la muqueuse intestinale chez les personnes n'ayant pas reçu au préalable de VPO pour le sérotype correspondant. Chez les enfants sans vaccination préalable par le VPO, le VPI n'arrête pas la transmission du virus. Le SAGE recommande de ne pas utiliser le VPI dans le cadre de la riposte aux flambées, car il est prouvé que les campagnes de VPI ont peu de chances d'atteindre les enfants qui n'ont pas été atteints par les campagnes de VPO, qu'elles ont un impact limité sur l'arrêt de la transmission et qu'elles ont un coût programmatique élevé. La priorité de la riposte à une flambée est d'arrêter la transmission; les activités devraient donc se concentrer sur l'obtention rapide d'une couverture élevée par le VPO. Le SAGE a également recommandé que des efforts vigoureux soient déployés pour améliorer la couverture systématique par le VPI

dans les zones à risque de flambées de PVDVc2 afin de réduire le nombre d'enfants sensibles avant que la transmission ou les flambées ne puissent se produire, en particulier dans le contexte de la réduction de la couverture causée par la pandémie de COVID-19<sup>18</sup>.

## REQUÊTE DE VACCINS

Pour toute flambée ou tout événement à haut risque nécessitant une riposte vaccinale, l'équipe pays devrait soumettre une évaluation détaillée du risque et une demande de vaccins avec l'appui des équipes régionales, au plus tard le troisième jour suivant la notification de la flambée.

### Requêtes de VPO2 de type Sabin (VPO2 monovalent et VPO trivalent)

Conformément à la résolution de l'Assemblée mondiale de la santé<sup>19</sup>, des procédures spécifiques sont en place pour accéder ou utiliser le VPO2 de type Sabin. L'évaluation des risques et la demande de vaccin sont soumises au Groupe consultatif sur le VPO2 de type Sabin. Sur recommandation du groupe consultatif, le Directeur général de l'OMS autorise la mise à disposition du VPO2 Sabin monovalent ou du VPO trivalent à partir du stock mondial de VPO ou l'utilisation des stocks

de VPO2 de type Sabin restants dans les pays. Après approbation, le stock de vaccin VPO2 Sabin ayant la durée de conservation la plus courte sera mis à disposition par l'UNICEF à partir du stock mondial de VPO pour une utilisation immédiate. (Voir le formulaire de demande de vaccins et le modèle d'approbation d'importation, sur le site Web de l'IMEP<sup>20</sup>).

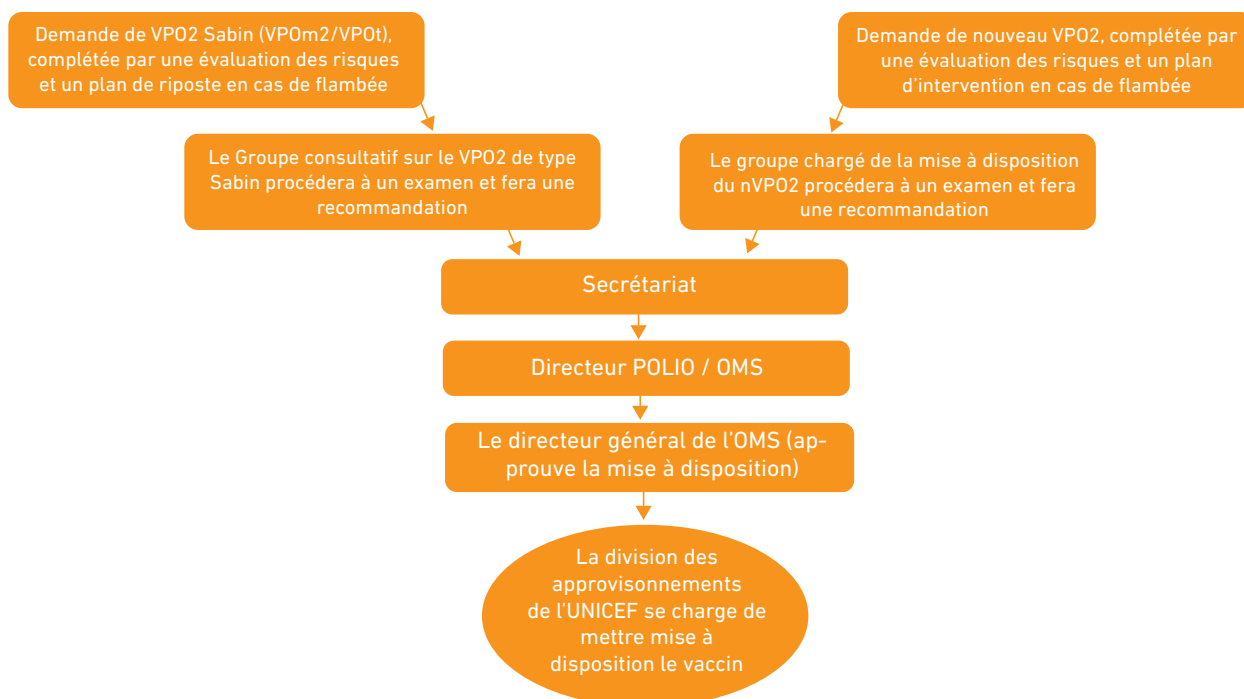
### Requêtes du nVPO2

Conformément à la décision du Conseil exécutif de l'OMS<sup>21</sup> et à la stratégie de l'IMEP (2022-2026) notée par l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2021, les demandes de nVPO2 devraient être préparées en coordination avec les équipes régionales de riposte à la poliomyélite et soumises au groupe de mise à disposition du nVPO2 de l'ORPG. Le groupe de diffusion du nVPO2 informera ensuite le Directeur général de l'OMS de la demande et de sa recommandation par l'intermédiaire du Directeur du Département Polio de l'OMS. Un secrétariat traitera toutes les communications nécessaires tout au long de ce processus.

### Requêtes de VPOb

Les demandes de vaccins VPOb suivent les procédures d'achat habituelles par le biais du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF).

Figure 3: Processus de mise à disposition du vaccin VPO2



## GESTION DES VACCINS ET NOTIFICATION

La gestion des vaccins est essentielle pour assurer une campagne de vaccination de haute qualité et devrait être une priorité à tous les niveaux et à tous les stades de la riposte. Le mouvement de tout vaccin utilisé dans le cadre de la riposte à une flambée devrait être surveillé. Tous les vaccins reçus, distribués et administrés doivent être enregistrés au moyen d'outils de gestion des stocks et/ou de registres d'utilisation des vaccins. Tous les flacons et toutes les doses utilisés, partiellement utilisés ou non utilisés, devraient être entièrement enregistrés (qu'il s'agisse d'une utilisation partielle, d'une contamination ou d'une modification des pastilles de contrôle des vaccins) et les flacons retournés doivent être entièrement comptabilisés pour chaque AVS.

Un plan de logistique des retours et d'élimination des flacons devrait être intégré au plan de riposte à la flambée, indiquant :

- que les établissements de santé et les entrepôts de vaccins de district disposeront d'une réserve d'un mois de VPOb à la fin des campagnes de riposte contre les flambées de type 1/type 3.
- la manière dont le surplus de vaccins non utilisés sera renvoyé au stockage central ou régional dans une chaîne du froid inverse.
- tous les vaccins contenant du VPO2 devraient être retirés immédiatement après la fin des campagnes de lutte contre les flambées de type 2
- (pour les vaccins contenant du VPO2 uniquement), comment tous les flacons inutilisables seront retournés vers des sites d'élimination sûrs (flacons utilisés, partiellement utilisés, périmés, endommagés et flacons dont la PCV a atteint le point de rejet).

Pour toutes les campagnes de vaccination au VPO2 et les campagnes de ratissage, il est essentiel que chaque flacon et chaque dose de vaccin inutilisés soient comptabilisés et

retirés dans un entrepôt central de manière sûre et sécurisée. Un rapport sur la situation des vaccins utilisés, récupérés et stockés est requis après chaque AVS, y compris la riposte rapide immédiate. Tous les flacons perdus ou manquants devraient être signalés<sup>22</sup>.

Pour le suivi du VPO2, l'ORPG s'engagera auprès du point focal du stock mondial de VPO de l'OMS et de la division des approvisionnements de l'UNICEF pour suivre les décisions du groupe consultatif ORPG/VPO2 de type Sabin (selon le cas), du Directeur général de l'OMS et la distribution des vaccins à chaque pays. Le Centre national des opérations d'urgence/l'équipe pays d'éradication de la poliomyélite rendra compte au secrétariat des stocks de vaccins contenant du VPO2 dans le pays deux semaines après la fin de chaque AVS.

L'utilisation du nVPO2 et du VPO2 de type Sabin (VPOm2/VPOt) dans le pays sera guidée par les documents d'orientation technique pertinents (*Nouveau VPO2 (nVPO2) : Gestion, Suivi, Retrait et Elimination (dans des flacons de 50 doses avec PCV de type 2)*<sup>23</sup> et *Gestion, suivi et validation du retrait du VPOm2*<sup>19</sup>). Toute modification future de la gestion du nVPO2 et de l'établissement des rapports sera documentée et annexée à ces POS et sera mise à la disposition des équipes régionales et nationales chargées de la poliomyélite.

## PLANIFICATION DE L'AMÉLIORATION DE LA COUVERTURE VACCINALE DE ROUTINE, DEVANT FAIRE PARTIE INTÉGRANTE DE LA RIPOSTE À LA FLAMBÉE DE POLIOMYÉLITE

L'épine dorsale de l'éradication de la poliomyélite et de la riposte aux flambées reste la vaccination de routine contre la poliomyélite, conformément au calendrier national de vaccination des enfants. Jusqu'à

présent, la plupart des flambées de PVDVc se sont produites dans des zones où la couverture vaccinale de routine était sous-optimale. La nouvelle stratégie de l'IMEP (2022-2026) propose une approche plus globale, en accord avec le Programme pour la vaccination à l'horizon 2030 (IA2030)<sup>24</sup> et le plan stratégique de Gavi, l'Alliance du Vaccin (« Gavi 5.0 »).

Lors de la planification d'une riposte spécifique à une flambée de poliomyélite, axée sur l'atteinte d'une vaccination de haute qualité contre la polio, l'amélioration de la couverture vaccinale de routine devrait être une composante essentielle du processus de planification global. Les Centres d'Opérations d'Urgence (COU) établis/chargés de gérer la riposte à la flambée, devraient avoir une section dédiée à la planification de l'amélioration de la couverture vaccinale de routine, dirigée par l'équipe nationale du PEV et devraient maximiser efficacement les bénéfices de l'appui à la vaccination de routine, limité dans le temps, grâce à une analyse approfondie des raisons de la faible couverture vaccinale (y compris les enfants et les communautés n'ayant reçu aucune dose) dans les zones touchées par la flambée. Le PEV national devrait donner la priorité aux zones/populations à haut risque pour une vaccination de routine renforcée par des initiatives telles que l'intensification périodique de la vaccination de routine et une vaccination de proximité intensifiée soutenue par une mobilisation sociale adaptée au contexte local. En utilisant l'appui limité dans le temps à la vaccination de routine suivie par des mesures sélectionnées de renforcement des systèmes de vaccination à court et moyen terme peuvent être prises en accord avec les composantes opérationnelles de l'approche « Atteindre

chaque district » (ACD)<sup>25</sup>, à savoir : une planification et gestion efficaces des ressources dédiées à la vaccination, l'optimisation des services de vaccination pour atteindre toutes les populations éligibles (expansion/rétablissement), une supervision d'appui pour l'assurance de la qualité de la vaccination, le rapprochement des services de vaccination et des communautés, le suivi et l'utilisation des données pour l'action.

Les plans de riposte en cas de flambée devraient contenir la composante relative à l'amélioration de la couverture vaccinale de routine, dès le début et tout au long de la riposte jusqu'à la clôture de la flambée. Les partenaires de l'IMEP devraient s'engager efficacement auprès des homologues de la vaccination de routine pour s'assurer que les initiatives d'amélioration de la couverture vaccinale de routine sont soutenues efficacement pendant la riposte à la flambée. Les ressources d'urgence de la poliomyélite peuvent être utilisées de manière appropriée à cette fin. Les principaux domaines à privilégier sont le renforcement de la gestion du programme, la microplanification, avec une attention particulière à l'identification et la cartographie des communautés à dose zéro, la mobilisation communautaire et le suivi des performances. L'IMEP et les partenaires du Programme d'immunisation essentielle devraient se coordonner pour identifier les possibilités de mobilisation conjointe des ressources afin de soutenir la riposte aux flambées de polio et l'amélioration de la couverture du PEV. Il est également bénéfique de s'appuyer sur l'attention politique résultant de la flambée de PVDVc pour assurer la responsabilité de la prestation des services de vaccination de routine.





# 7. SURVEILLANCE À LA SUITE D'UNE ENQUÊTE

*Les lignes directrices pour la surveillance de routine du poliovirus, y compris la surveillance des PFA et la surveillance environnementale, sont énoncées dans d'autres documents de l'IMEP, notamment : « Best Practices in Active Surveillance for Polio Eradication »<sup>26</sup>, « Plan d'action mondial pour la surveillance de la poliomyélite »<sup>27</sup> et Interim Quick Reference on Strengthening Polio Surveillance during a Poliovirus Outbreak<sup>26</sup>. Alors que le chapitre 4 (ci-dessus) décrit les étapes initiales de la surveillance requises dans le cadre d'une enquête approfondie, le présent chapitre se concentre sur le renforcement de la surveillance à la suite de l'enquête initiale.*

## RENFORCEMENT DE LA SURVEILLANCE

Après l'enquête initiale portant sur tout événement ou toute flambée de poliomyélite, il est essentiel d'évaluer et de renforcer la surveillance du poliovirus. Des efforts vigoureux sont nécessaires pour mettre le système de surveillance en alerte maximale et améliorer sa sensibilité afin d'identifier rapidement tout nouveau virus ou toute transmission continue, même en dehors de la zone immédiate de la flambée. Le plan de riposte à la flambée devrait prévoir des initiatives de surveillance à compter du jour 0 de l'événement/de la flambée, poursuivre la surveillance parallèlement à d'autres aspects de la riposte et maintenir certaines stratégies supplémentaires pendant une période de six mois ou plus après la dernière détection de poliovirus. En outre, il faut prévoir d'accroître la capacité de gestion des données afin de s'assurer que toutes les bases de données et analyses sont à jour, avec une harmonisation des données avec le laboratoire une ou deux fois par semaine.

L'un des principaux objectifs de la surveillance de la PFA, après l'identification d'un événement dans une zone à haut risque ou d'une flambée, consiste à atteindre un taux annualisé supérieur à trois cas de PFA non poliomyélitique pour 100 000 enfants âgés de moins de 15 ans dans les zones touchées par une flambée et les zones à haut risque<sup>28</sup>, pendant une durée d'au moins 12 mois après le dernier cas ou isolat. Au niveau national, un taux de deux cas de PFA non poliomyélitique pour 100 000 enfants est souhaitable dans les pays touchés par des flambées. Même si les districts comptant moins de 50 000 enfants de moins de 15 ans ne détectent pas forcément la PFA chaque année, la qualité de la surveillance de la PFA devrait être vérifiée pour tous les districts qui n'ont signalé aucun cas de PFA/districts silencieux, quelle que soit la taille de la population. D'autres indicateurs de surveillance devraient également être évalués de manière approfondie afin de valider s'ils respectent les normes aux niveaux national et infranational.

Les pays devraient entreprendre les activités suivantes pour renforcer la surveillance de la PFA :

- Aviser immédiatement toutes les unités de surveillance nationales et infranationales de l'événement/flambée de poliovirus.
- Sensibiliser rigoureusement tous les agents de santé aux exigences de surveillance et de notification de la PFA, y compris la notification zéro cas. Mener des activités de sensibilisation parmi les membres de la communauté (par exemple les volontaires de la polio, les informateurs, les agents de santé communautaires), les organisations gouvernementales et non gouvernementales afin de mieux faire connaître la PFA et la poliomyélite.

- Examiner et redéfinir les priorités des sites de notification (si nécessaire) dans le réseau de surveillance active de la PFA dans tous les districts et provinces et veiller à ce que les établissements de santé secondaires et tertiaires des secteurs public et privé participent pleinement à la surveillance de la PFA. Le réseau devrait refléter les prestataires de services de santé actuels, notamment les établissements publics et privés, les ONG et les camps de réfugiés. L'élargir aux guérisseurs traditionnels, aux pharmaciens et aux informateurs communautaires clés en fonction des populations à haut risque. Des organismes importants tels que les associations de pédiatres et de neurologues devraient également être impliqués.
- S'assurer que des visites de surveillance active prospective sont effectuées régulièrement et que la surveillance passive fonctionne de manière optimale. Effectuer une recherche active ad hoc de cas dans les établissements et les communautés pour identifier les cas de PFA non signalés.
- Veiller à ce que des stratégies supplémentaires de recherche de cas de PFA soient mises en place dans la zone de la flambée et dans les zones à haut risque, y compris la recherche active ad hoc lors des campagnes menées par les équipes de vaccination, les enquêteurs indépendants et les équipes d'enquête du LQAS.
- Surveiller et consigner qu'au moins 90 % de toutes les visites de surveillance active prévues sont effectuées.
- Envisager des stratégies supplémentaires, telles que le renforcement de la surveillance environnementale, en consultation avec les experts nationaux et les experts de l'IMEP en matière de surveillance.
- Veiller à ce que le laboratoire national soit impliqué dans la planification en cas de flambées et à ce que ses capacités soient renforcées pour faire face à une

charge de travail supplémentaire et à un traitement rapide des échantillons. Si, dans un premier temps, les efforts portent sur le renforcement de la surveillance dans la zone de la flambée et dans les zones à haut risque, il est important de renforcer la surveillance dans l'ensemble du pays infecté et dans les zones démographiquement liées dans les pays limitrophes afin de garantir la détection de toute propagation géographique du poliovirus.

## SURVEILLANCE ENVIRONNEMENTALE

La surveillance environnementale (SE) sert de complément à la surveillance de la PFA, mais en aucun cas de substitut. Elle consiste à surveiller les eaux usées ou les eaux d'égout provenant d'endroits désignés dans le but de détecter la présence de poliovirus. Dans le contexte d'événements et de flambées, la Surveillance environnementale peut fournir des informations sur l'étendue géographique, la transmission communautaire et la durée de la circulation du poliovirus, ainsi que sur l'excrétion du virus vaccinal antipoliomyélique après la vaccination. Tout ajustement de la surveillance environnementale devrait se faire en coordination avec les épidémiologistes, les laboratoires de la poliomyélite et, le cas échéant, les départements de santé environnementale d'un pays afin de garantir des sites de SE appropriés.

Au début d'un nouvel événement ou d'une flambée, les mesures énumérées ci-après devraient être mises en place :

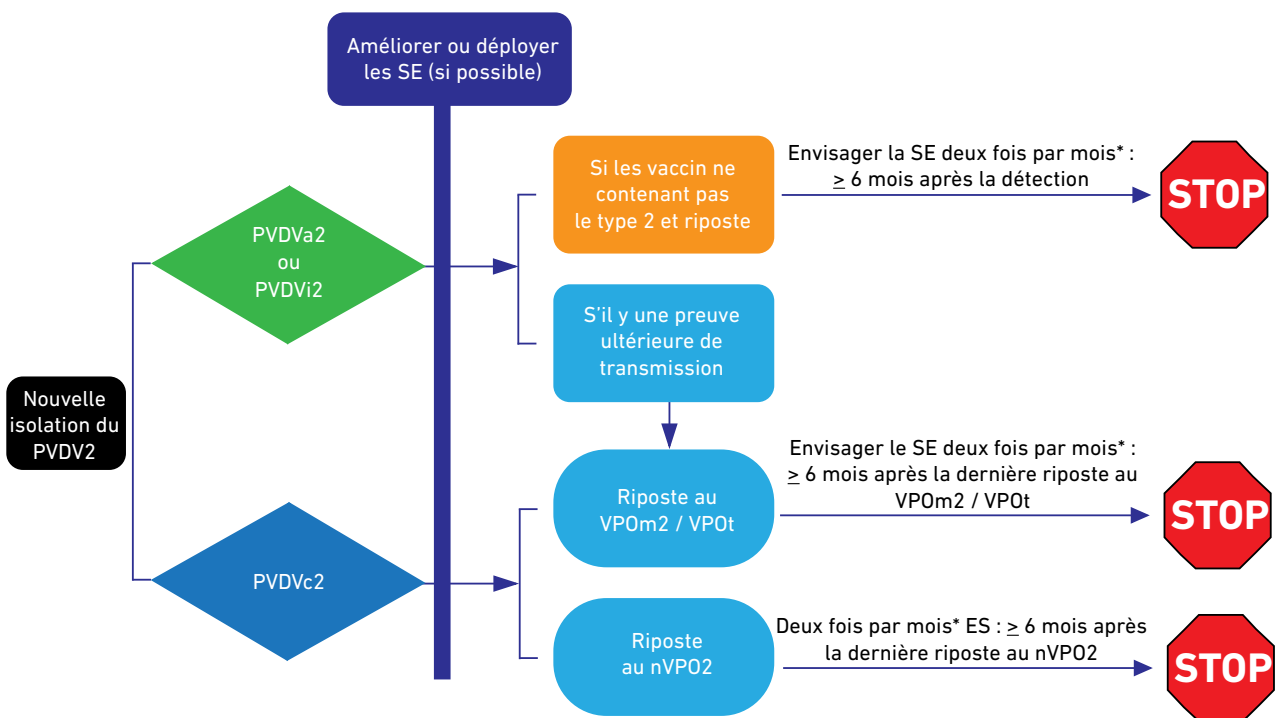
- Évaluer la performance de tous les sites de SE du poliovirus existant dans la région. Les sites qui n'ont pas connu d'isolement de virus (y compris les entérovirus non poliomyélitiques et les virus de type sabin) depuis plus de 6 mois devraient faire en particulier l'objet d'une évaluation approfondie.

- Augmenter la fréquence de collecte des échantillons à toutes les deux semaines, lorsque cela est possible, pendant au moins six mois après la dernière détection d'isolat ou l'utilisation la plus récente de VPO contenant le type 2 (en cas de flambées de poliovirus de type 2/événements à haut risque), la date la plus tardive étant retenue.
- Envisager de nouveaux sites de collecte à l'intérieur et à l'extérieur de la zone de la flambée ou de l'événement, lorsque cela est techniquement approprié et que la capacité du laboratoire le permet.

- Évaluer les zones urbaines voisines de 100 000 habitants ou plus comme candidates à un échantillonnage environnemental nouveau ou amélioré.

Toute proposition visant à renforcer la surveillance environnementale devrait tenir compte de la capacité des laboratoires à soutenir cet effort et ne pas compromettre la surveillance de la PFA. Des lignes directrices détaillées sur le renforcement de la surveillance environnementale de la poliomyélite après la détection du poliovirus de type 2 de souche vaccinale sont disponibles et illustrées à la figure 4<sup>29</sup>.

**Figure 4: Aperçu chronologique de la surveillance environnementale renforcée en fonction du type de PVDV2 initial isolé**



\*La fréquence minimale de prélèvement des échantillons est mensuelle; tout changement doit faire l'objet d'une discussion ou d'une évaluation par la bureau régional et les partenaires & le vaccine contenant le Type 2: VP0m, nVP0, VP0t

## STRATÉGIES POUR LES POPULATIONS SPÉCIFIQUES ET LES ZONES À SÉCURITÉ COMPROMISE

Des stratégies de surveillance supplémentaires<sup>30</sup> peuvent être nécessaires dans des circonstances impliquant des populations extrêmement vulnérables (par exemple les nomades, les réfugiés ou d'autres populations qui n'ont pas un accès régulier aux services de santé) et/ou des zones inaccessibles situées au-delà du champ de couverture habituel des services, même améliorés, de santé ou de surveillance. Les activités devront être adaptées à la situation spécifique, mais il faudrait envisager les approches suivantes :

1. si ce n'est pas déjà fait, identifier des chefs communautaires ou des guérisseurs, en mettant l'accent sur la participation égale et significative des femmes, en tant que points focaux et leur fournir la formation et les outils pour faciliter l'accès aux cas suspects de PFA et la notification de ceux-ci.
2. Accroître la sensibilisation de la communauté à la surveillance de la poliomyélite et de la PFA, en utilisant des outils adaptés à la culture locale et une analyse de genre dans la conception et la mise en œuvre de toutes les interventions de sensibilisation et d'information des communautés pour s'assurer qu'elles répondent aux besoins, obstacles et défis spécifiques liés au genre.
3. Mettre à contribution des partenariats innovants avec d'autres groupes ou services ayant accès aux populations spécifiques (par exemple d'autres ministères ou départements gouvernementaux, d'autres organismes des Nations unies, des ONG, des groupes de la société civile et des groupes de femmes et des réseaux communautaires/de base, des vétérinaires, etc.).

4. Utiliser de manière sélective d'autres stratégies complémentaires qui ne sont généralement qu'un volet d'une enquête initiale sur le terrain. Étant donné le rendement relativement faible et les besoins élevés en ressources que représentent ces stratégies lorsqu'elles sont mises en œuvre sur le long terme, ces dernières ne devraient être envisagées qu'en consultation avec les partenaires de l'IMEP et les homologues des laboratoires.
  - Le prélèvement d'échantillons chez les contacts parmi les populations à haut risque, ou situées dans des zones à sécurité compromise ou difficiles à atteindre, peut être recommandé exceptionnellement pour chaque cas de PFA pour une durée limitée uniquement, comme par exemple dans les zones récemment couvertes. Dans le cadre d'une stratégie de surveillance continue, Le prélèvement régulier d'échantillons chez les contacts ne peut pas être maintenu plus de six mois.
  - Dans des situations exceptionnelles, un examen des selles peut constituer un outil de dépistage pour les groupes se déplaçant d'une zone touchée par un événement/une flambée vers une nouvelle zone (par exemple populations déplacées à l'intérieur du pays, les réfugiés). Une fois que la transmission a été démontrée dans une zone, les enquêtes sur les selles des enfants sains ne sont plus nécessaires et ne sont pas recommandées.
5. Si le poliovirus est détecté dans une population mobile à haut risque (par exemple les populations déplacées à l'intérieur du pays, les réfugiés ou les nomades) ou dans une zone fréquentée par des populations en mouvement, évaluer immédiatement le ou les réseaux de surveillance (actifs et de routine/ notification zéro cas) le long des voies de migration connues afin de rechercher des indices de transmission.

# 8. COMMUNICATION ET MOBILISATION SOCIALE

La communication pour le développement (C4D) est une stratégie systématique, planifiée et fondée sur des données probantes, visant à promouvoir des comportements et des changements sociaux positifs et mesurables. Une mobilisation sociale efficace, axée sur les populations à haut risque, est un élément clé de la riposte à une flambée de polio. L'approche C4D de la riposte aux flambées de poliomyélite est conçue pour corriger les perceptions et les normes sociales qui dissuadent les personnes chargées des enfants de les faire vacciner, et pour rétablir l'engagement envers la vaccination, y compris la vaccination de routine.

Une stratégie de communication solide peut renforcer les performances de toutes les activités de riposte, augmenter la prise en charge de la vaccination dans tous les groupes de population et soutenir une surveillance robuste avec une notification précoce de la PFA.

Les étapes cruciales de la C4D comprennent :

- La sensibilisation aux dates de la campagne;
- Le renforcement de la confiance de la communauté dans la vaccination en développant les capacités des agents de santé et la confiance dans la sécurité et l'efficacité des vaccins;
- L'amélioration de la perception du risque perçu de poliomyélite chez les enfants, les familles et les communautés;
- La prise en compte des goulots d'étranglement et des obstacles dans la décision de vacciner;
- L'intégration de la gestion de l'infodémie ainsi que des stratégies anticipatives et en temps réel pour contrer la désinformation et les fausses informations.

Dans le contexte des poliovirus dérivés de souches vaccinales, et dans le contexte de la pandémie de COVID-19, la perception du risque de poliomyélite peut être faible, en particulier

lorsque le virus est détecté uniquement dans l'environnement. Si le volet C4D de la riposte à une flambée de PVDV suit les mêmes principes que ceux appliqués au PVS, il est tout de même important de renforcer les messages sur le caractère sûr des vaccins, y compris, si nécessaire, les messages spécifiques au type de vaccin (par ex. nVPO2, VP0m2, etc.) et de s'attaquer à toutes les peurs ou idées fausses spécifiques au contexte concernant les vaccins. Pour les PVDV détectés uniquement dans des sources environnementales, il est important d'expliquer que la faible immunité en est la cause première.

## CADRE STRATÉGIQUE DE LA C4D POUR LA RIPOSTE À UNE FLAMBÉE DE POLIOMYÉLITE

La communication en riposte à une flambée, y compris la communication C4D et la communication d'urgence sur les risques, est lancée dès qu'une flambée est déclarée et doit être intégrée à tous les aspects de la planification et de la riposte à une flambée ou à un événement à haut risque. Les résultats de l'enquête épidémiologique et sociale conjointe sur le cas de polio/la zone infectée sont essentiels pour comprendre l'environnement social des zones ou des groupes affectés par le virus. Les interventions doivent être fondées sur la compréhension de tous les obstacles sociaux et environnementaux pertinents pour renforcer l'acceptation et l'utilisation du vaccin (pour plus d'orientations, voir : (Strategic Framework, inclus dans la « Communication for Development Guidelines for Responding to Polio Events and Outbreaks »<sup>31</sup>).

Au cours de cette phase, l'accent est mis sur la sensibilisation (ou la re-sensibilisation) des agents de santé sur la poliomyélite, au

VPO et au fait qu'il existe une flambée au sein de la communauté qui met les enfants en danger. L'objectif principal est d'augmenter la sensibilisation à la flambée à au moins 90 %. Les approches de communication doivent être directes, claires et susciter une réaction urgente de la part des parents et de la communauté dans son ensemble.

**Les plans pour les campagnes, y compris AVS1, AVS2 et ratissage**, devraient inclure des interventions de la C4D pour atteindre les enfants non vaccinés et limiter les refus à la vaccination. Les activités devraient continuer à améliorer la perception du public au risque que présente la flambée et de son impact par le public et à renforcer la prise de décision, en particulier auprès des groupes ou des communautés qui ne se plient pas aux règles. Pour les campagnes utilisant l'approche de dose supplémentaire dans un intervalle court (SIAD), il est important de diffuser des messages adaptés au contexte local, afin que les soignants et les décideurs cernent le processus et comprennent la raison pour laquelle les enfants peuvent être vaccinés plus d'une fois à intervalles rapprochés.

**Riposte prolongée à une flambée.** Lorsqu'une flambée dure plus de quatre mois (120 jours), il peut y avoir un ou plusieurs obstacles sous-jacents. Comme le public cible peut inclure des personnes qui acceptent la vaccination, des personnes vulnérables qui l'acceptent, des groupes transitoires ou même des personnes qui s'y opposent, une analyse des causes profondes peut aider à identifier ces obstacles, qu'ils soient sociaux (y compris les obstacles liés au genre), ou liés à l'accès ou à la qualité des services. Les raisons de la non-vaccination de certains enfants doivent être bien étudiées et analysées afin d'adapter les stratégies à des problèmes tels que la lassitude des campagnes répétées, les barrières liées au genre ou la méfiance à l'égard des vaccins ou des agents de première ligne.

Lors d'une flambée prolongée, les obstacles à l'accès et à l'acceptation sont spécifiques à chaque communauté, culture et région, et peuvent être complexes. Il est important d'effectuer un suivi systématique et de

comprendre les motifs de la non-vaccination des enfants avant de concevoir des solutions de communication. L'objectif est de maintenir ou d'augmenter le pourcentage de sensibilisation à 90 % ou plus et de maintenir le taux total de refus à la vaccination en dessous de 2 %.

**Préserver les acquis et renforcer la vaccination de routine.** Quelle que soit l'évolution de la flambée, les stratégies de la communication pour le développement devraient se déplacer vers un appui à la vaccination de routine dès que possible, mais aussi lorsque la flambée touche à sa fin. Les plans de riposte aux flambées devraient être basés sur les analyses des lacunes existantes en matière de vaccination de routine qui ont conduit à la flambée de polio et devraient indiquer la manière dont se fera la promotion des services de vaccination de routine, en particulier dans les zones à faible couverture. La coordination en cas de flambées devrait également élaborer des plans de préparation pour atténuer le risque de flambées futures. L'évaluation finale de la riposte aux flambées (OBRA) examine les plans du pays en matière d'amélioration de la vaccination de routine et de préparation à long terme. Les réalisations et les enseignements tirés de la mobilisation sociale, du plaidoyer, des médias et des activités de partenariat aux niveaux national, provincial et du district devraient être documentés.

## COLLECTE DE DONNÉES POUR GUIDER LES ACTIVITÉS DE LA C4D

Au début d'une flambée, il est important de passer en revue les sources de données existantes concernant les connaissances, les attitudes, les pratiques et les comportements ou, si elles ne sont pas disponibles, de procéder à une évaluation sociale rapide des normes susceptibles d'affecter la vaccination. La collecte et l'analyse de données ventilées par sexe et d'autres variables pertinentes sont essentielles dans toutes les évaluations et tous les plans de la C4D pour identifier et traiter les obstacles et les défis liés au genre. Une analyse de genre devrait être effectuée pour s'assurer



que les rôles et les normes de genre sont pris en compte, et que les interventions en matière de communication répondent aux différents besoins, défis, préférences et perceptions de chacun au sein de la communauté. Cet examen devrait être effectué avant le début de la riposte et avoir pour but de guider le développement des interventions de la C4D.

Après chaque campagne, les données des MI/LQAS et/ou d'autres sources devraient être analysées en temps utile, en particulier en ce qui concerne les indicateurs de base de la C4D, afin de modifier les stratégies de communication si nécessaire. Les indicateurs de base comprennent : le pourcentage global d'enfants non vaccinés; le pourcentage d'enfants non vaccinés par motif (regroupés pour raisons sociales, opérationnelles et d'absences); le pourcentage de refus; le pourcentage de refus par motif; le pourcentage d'absence par motif; le pourcentage de parents informés de la campagne avant la visite du vaccinateur; et le pourcentage de personnes atteintes par différents canaux de communication. Ces données doivent être ventilées par sexe et analysées en conséquence.

Au terme de la flambée, il est important d'évaluer l'acceptation et l'engagement de la communauté envers la vaccination, par exemple au moyen d'enquêtes à petite échelle ou d'une analyse de données secondaires, et de consigner le résultat des activités de la C4D ainsi que les enseignements tirés et les bonnes pratiques.

## STRATÉGIES DE COMMUNICATION

Les stratégies d'une communication stratégique et coordonnée garantissent la participation des communautés et des décideurs aux niveaux local, national et régional à la promotion de la vaccination. Les plans de communication des risques et les interventions de la C4D doivent précéder les activités de vaccination afin de créer une prise de conscience et de minimiser les hésitations et les refus de la vaccination.

Il est essentiel de créer immédiatement ou de redynamiser un comité national de communication ou de mobilisation sociale. Le comité a pour rôle de planifier, de coordonner et d'assurer la bonne mise en œuvre des plans de communication des risques et des interventions relatifs à la C4D.

Des plans de communication des risques devraient être élaborés et utilisés pour fournir des informations crédibles, opportunes et précises à la communauté ou à la population touchée pendant la riposte à la flambée. Des stratégies efficaces d'atténuation des risques permettront de maîtriser rapidement une flambée en veillant à ce que la communauté comprenne le risque actuel et les mesures qu'elle peut prendre, notamment la vaccination, pour réduire les dommages au sein de la communauté et la propagation en dehors de la zone de flambée. Les considérations relatives à la communication des risques lors de la riposte à une flambée sont les suivantes :

- **Le plaidoyer politique** pour attirer l'attention et les ressources nécessaires pour soutenir les efforts de riposte et renforcer la confiance du public envers la vaccination.
- **L'engagement des médias** pour s'assurer que l'information est claire, opportune et qu'elle atteint les populations touchées et les principales parties prenantes au moment et à l'endroit où elles ont accès à l'information sanitaire. La radio, par exemple est un canal important dans les zones de conflit ou les zones inaccessibles. Le ministère de la Santé et l'OMS, qui sont généralement les premiers à annoncer une flambée, devraient jouer un rôle de premier plan dans ce domaine. Dans le cadre de la stratégie de la C4D/communication, il est recommandé d'établir immédiatement quelle agence sera chargée de diriger la gestion des médias. Ce rôle de leader dépendra de la capacité de chaque pays, sachant que l'UNICEF dirige généralement la C4D et soutiendrait le développement de la stratégie médiatique, la formation des porte-parole et la sensibilisation des personnes influentes.

- **Les médias numériques et les réseaux sociaux** pour atteindre de manière ciblée un large public cible, notamment lorsque les réseaux de communication interpersonnels sont moins efficaces, et pour contrer rapidement les rumeurs et la désinformation. Les obstacles liés au genre devraient être analysés et pris en compte dans le choix des canaux de communication, des messages et des outils appropriés pour répondre aux différents besoins, préférences et défis des femmes et des hommes des communautés (par exemple en reconnaissant les taux d’alphabétisation plus faibles des femmes dans de nombreux contextes).
- **L’engagement des parties prenantes et des influenceurs** pour donner aux chefs religieux et communautaires, aux prestataires de soins de santé, aux parlementaires, aux groupes de femmes et de jeunes et à d’autres groupes les moyens d’influencer positivement la prise de décision vers un comportement souhaité, notamment la vaccination. Les influenceurs tiers et les sources de confiance sur les réseaux sociaux peuvent jouer un rôle important dans la création d’un consensus public fort sur l’urgence de la flambée et la nécessité de prendre collectivement la décision de vacciner. Des efforts devraient être déployés pour garantir la participation égale et significative des femmes à tous les efforts d’engagement communautaire (engagement des femmes au sein des communautés et en termes de participation aux équipes de mobilisation sociale).
- **Des travailleurs de première ligne et des mobilisateurs communautaires** formés pour garantir que des informations crédibles et exactes parviennent à la population affectée afin de soutenir une riposte de haute qualité, en particulier lorsque la stratégie de la C4D repose sur la communication interpersonnelle. Des normes globales de formation sont disponibles pour la formation des agents vaccinateurs et autres volontaires<sup>32</sup>.

## ATTEINDRE LES POPULATIONS SPÉCIFIQUES ET LES ZONES TOUCHÉES PAR LES CONFLITS

Les populations spécifiques difficiles à atteindre ou se trouvant dans des zones de conflit peuvent être particulièrement vulnérables aux flambées de poliomyélite. La conception des interventions et des messages stratégiques de la C4D à l’intention de ces populations devrait toujours être basée sur le profilage social des cas confirmés de poliomyélite et des cas de PFA non poliomyélitique n’ayant reçu aucune dose de vaccin ou encore des cas contact, ainsi que sur toute autre recherche sociale disponible pour ces groupes.

Les mobilisateurs communautaires devraient être sélectionnés au sein des communautés cibles et des efforts devraient être fournis pour assurer la participation égale et significative des femmes dans toutes les activités de mobilisation sociale et de sensibilisation. Les personnes et groupes d’influence au sein de la communauté devraient être consultés et engagés dans la phase de planification de la campagne, et ce jusqu’à la fin de la flambée. Il peut s’agir d’un chef de clan, d’un maire, d’une grand-mère, d’un enseignant ou d’une personne âgée au sein de la communauté. Il serait important de sensibiliser les communautés à la PFA et d’encourager la notification, notamment à travers les réseaux communautaires, le cas échéant.

Des défis géographiques, sécuritaires ou démographiques pourraient limiter l’accès. L’utilisation de moyens non traditionnels tels que les SMS, la sensibilisation autour des points d’eau, les jours où une population se déplace d’un endroit à l’autre, l’impression de messages relatifs à la poliomyélite sur des sacs alimentaires, ou l’insertion de messages dans des emballages de pain et autres innovations peut compléter les stratégies de communication standards.

# 9. APPUI DE L'IMEP

Les autorités nationales ont la responsabilité et la charge ultimes d'apporter une riposte robuste et globale aux flambées de poliovirus et d'assurer la prise en main tout au long de la riposte. Les partenaires de l'IMEP appuient des fonctions clés d'une intervention en cas de flambée, notamment :

- La préparation aux flambées
- L'évaluation des risques et la planification de la riposte en cas d'événements/flambées
- Les activités de plaidoyer et la coordination
- Les ressources techniques et humaines, notamment :
  - La gestion de l'information
  - La communication, la mobilisation sociale et le changement de comportement
  - Les activités de vaccination
  - Le renforcement de la surveillance
  - La sécurité et l'accès

- Les aspects financiers et la logistique, y compris la mobilisation coordonnée des ressources et la mise à profit des ressources des donateurs
- L'évaluation de la riposte aux flambées

Le tableau 6 présente un résumé de la nature de l'appui que l'IMEP est censée apporter, en fonction du niveau de la flambée attribué par l'OMS ou modifié en vue de l'appui renforcé de l'IMEP. Chaque flambée est unique, de même que les besoins en appui. Les responsables de la coordination des interventions face aux flambées aux niveaux national, régional et mondial devront réévaluer en permanence les besoins d'appui afin de garantir une riposte efficace et rapide.

**Tableau 6: Renforcement et appui de la riposte aux flambées en fonction du niveau**

Type d'appui	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Direction de la riposte	Coordinateur national	Coordinateur désigné par l'IMEP	Coordinateur désigné par l'IMEP et activités de plaidoyer de haut niveau, selon les besoins
Liaison technique	Mission d'experts en poliomyélite partenaires de l'IMEP pour soutenir l'élaboration d'un plan de riposte	Déploiement d'une équipe pluridisciplinaire de riposte rapide	Déploiement d'une équipe pluridisciplinaire de riposte rapide
Renfort en ressources humaines	Appui du Programme pour arrêter la transmission de la poliomyélite (STOP) si nécessaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déploiement de l'équipe de renfort 1 : équipe pluridisciplinaire de consultants à déployer pendant au moins six mois</li> <li>• Appui du programme STOP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déploiement de l'équipe de renfort<sup>1</sup>: équipe pluridisciplinaire de consultants à déployer pendant au moins six mois</li> <li>• Appui du programme STOP</li> </ul>
Financier	Financement type d'activités de vaccination dans le cadre d'une riposte à une flambée (une avance de 1 000 000 USD maximum) <sup>2</sup>	Politique de préfinancement et de financement sans regrets (avance jusqu'à 1 000 000 USD) avant l'achèvement du budget de la riposte.	Politique de préfinancement et de financement sans regrets (avance jusqu'à 1 000 000 USD) avant l'achèvement du budget de riposte - pour soutenir la préparation de la riposte et les mesures de sécurité, si nécessaire.
Sécurité et accès	Coordination avec les Nations unies et les organismes d'aide humanitaire sur le terrain	Coordination avec les Nations unies et les organismes d'aide humanitaire sur le terrain	<p>Déploiement d'un ou de plusieurs responsables de sécurité sur le terrain, le cas échéant.</p> <p>Coordination avec les Nations unies et les agences humanitaires sur le terrain</p>

<sup>1</sup> La composition de l'équipe et le nombre d'experts déployés pour les équipes de riposte rapide et de renfort seront accrus pour répondre aux besoins du pays.

<sup>2</sup> Le financement type est soumis à des conditions de remboursement, déterminées au cas par cas.

## COORDINATION

Les mécanismes de coordination pour la poliomyélite sont déclenchés par la notification d'une nouvelle flambée ou d'un événement à haut risque par un laboratoire (jour 0). La coordination sera assurée aux niveaux national, régional et mondial pour soutenir l'enquête, l'évaluation rapide des risques et la détermination des prochaines étapes.

L'ORPG dirigera la coordination de la riposte à la flambée avec les autorités nationales, l'équipe de riposte rapide dans la Région africaine, l'IMST dans la Région de la Méditerranée orientale, les bureaux régionaux de l'OMS et de l'UNICEF, et tous les partenaires de l'IMEP. L'ORPG organisera un appel de coordination dans les 48 à 72 heures avec les partenaires afin de répondre aux besoins du pays, surveiller la mise à disposition immédiate du préfinancement (également appelé financement sans regrets) et planifier les ressources nécessaires et les interventions initiales d'appui à la riposte. L'ORPG comprendra toutes les compétences nécessaires pour coordonner la riposte à la flambée. Des mises à jour régulières seront fournies par l'ORPG au comité stratégique de l'IMEP.

Pour les flambées de niveaux 2 et 3 (et les événements à haut risque), les Bureaux régionaux de l'OMS et de l'UNICEF, en consultation avec l'ORPG, désigneront un coordonnateur de flambée à déployer au niveau national dans les 14 jours suivant le Jour 0. Le coordonnateur de l'IMEP sera déployé pour apporter un appui supplémentaire aux autorités nationales, venant s'ajouter aux cadres supérieurs de l'IMEP, afin d'assurer une coordination et une gestion complètes et rapides de la flambée aux niveaux national et infranational.

## BUDGETS ET FINANCEMENT

### Approche coordonnée

L'objectif du financement de la riposte à une flambée est de faire en sorte que les difficultés de trésorerie n'entravent pas le déploiement des activités de riposte, sur la base d'un modèle « budget- mobilisation- financement- reconstitution ». Les autorités nationales devraient rapidement élaborer un budget détaillé, en collaboration avec l'OMS, l'UNICEF et d'autres partenaires. Le budget devrait inclure une estimation complète des coûts de l'ensemble des activités (à savoir, coordination, vaccination, surveillance, communication et mobilisation sociale) et des fonctions habilitantes (à savoir, opérations de laboratoire, formation et transport). Un plan de travail et un budget exhaustifs et communs, partagés avec tous les niveaux concernés, aideront à mobiliser des fonds auprès des donateurs afin de garantir le financement des activités de riposte. L'ORPG et le Siège de l'OMS fourniront des orientations et des délais spécifiques sur la budgétisation des interventions liées à la flambée.

### Politique de « préfinancement/financement sans regrets ».

La politique de préfinancement et de financement sans regrets (une avance pouvant aller jusqu'à 1 million de dollars) permet de garantir un déblocage rapide des fonds, sans entrave, aux pays afin de soutenir la riposte aux flambées. Cette politique affirme qu'il est préférable de fournir aux fonctions cruciales plus de ressources que nécessaires plutôt que de risquer un échec du fait de retard dans la mise à disposition des ressources. La limite de préfinancement peut être augmentée au-delà d'un million de dollars, sur présentation d'une justification adéquate par le programme national et les bureaux régionaux respectifs/RRT/IMST. Le déblocage

des fonds par les partenaires de l'IMEP peut précéder la classification de la flambée par l'OMS, tenant compte de l'évaluation initiale des risques et des discussions entre les niveaux national, régional et mondial. Si les fonds sont généralement débloqués par l'OMS et l'UNICEF, un autre partenaire de l'IMEP peut, à l'occasion, fournir le financement. Les fonds préfinancés devraient être inclus et comptabilisés dans le budget de riposte à la flambée préparé par le programme national.

## RENFORT EN RESSOURCES HUMAINES

Les objectifs du renfort apporté par l'IMEP sont les suivants :

1. activation rapide du déploiement de professionnels qualifiés, en particulier pour les flambées de niveau 2 et 3, afin de soutenir l'équipe pays de riposte dans les fonctions clés de riposte à la flambée; et
2. assurer une transition en douceur vers une dotation en effectifs à plus long terme. Il est important d'assurer un recrutement équilibré entre femmes et hommes dans les fonctions techniques et opérationnels à tous les niveaux.

Le déploiement devrait avoir lieu au troisième jour, à travers un mécanisme, auquel participent tous les partenaires, permettant de déployer du personnel et des consultants qualifiés au niveau régional et soutenu au niveau mondial par l'ORPG.

L'ORPG coordonne les renforts d'urgence et l'assistance technique dans les domaines suivants :

- Détermination des rôles clés, en fonction du niveau de la flambée et des besoins évalués du pays. Les compétences proposées incluent à la fois les compétences techniques (communication, vaccination, surveillance, gestion de données) et les compétences opérationnelles (coordination, finances, ressources humaines).

- Calibrage de la composition de l'équipe en fonction des besoins, par exemple un coordonnateur de la riposte à la flambée, un responsable des opérations, un responsable de la communication et des experts techniques en matière de vaccination, de surveillance et de mobilisation sociale.
- Du personnel ayant des compétences spécialisées peut également être disponible pour appuyer les stratégies innovantes visant à améliorer la qualité de la riposte, telle que la cartographie SIG de la zone de la flambée.
- L'équipe de riposte rapide implique le déploiement du personnel appartenant aux agences respectives de l'IMEP, y compris les bureaux régionaux. Le recrutement d'un appui actif peut aller au-delà des équipes chargées de riposte aux flambées au sein de chaque agence. La période de déploiement s'étend de la notification de la flambée jusqu'à l'AVS dans le cadre de la riposte rapide ou à la première AVS à grande échelle (AVS1), le cas échéant.
- L'équipe de renfort est une équipe interagence sur appel pour un déploiement à plus long terme, utilisant une plateforme centrale pour faciliter la visibilité et l'établissement de rapports. L'équipe de renfort devrait être en place dans les 21 jours suivant la notification de la flambée. La période de déploiement prévue va d'AVS au titre de la riposte rapide jusqu'à la fin de la flambée. Les équipes de riposte s'efforceront d'assurer un chevauchement d'au moins une semaine entre le travail de l'équipe de riposte rapide et celui de l'équipe de renfort, afin de garantir une passation complète et détaillée.
- Identifier les besoins et plaider en faveur d'un appui spécialisé et de l'innovation lorsque le contexte le justifie (par exemple microplanification informée par le SIG, recensement détaillé, administration et finances).

## NORMES DE PERFORMANCE DE L'IMEP

Les partenaires de l'IMEP entreprendront une série d'activités pour soutenir une riposte dirigée par le pays. Les normes de performance en matière de riposte aux flambées décrivent les résultats attendus des partenaires de l'IMEP à chaque niveau par rapport aux principales fonctions de la riposte. Les mesures et les résultats attendus des pays et des partenaires de l'IMEP selon un calendrier précis (dans les heures, les jours et les semaines suivant la notification de séquençage du virus) sont décrits à l'annexe 2. Ces normes de performance s'appliquent aux flambées de poliomyélite de tous les niveaux. Elles ne sont pas exhaustives et peuvent être modifiées si nécessaire pour s'adapter au contexte spécifique du pays et de la flambée. L'ORPG apportera son appui pour coordonner et surveiller la riposte à la flambée.

Bien qu'il existe des indicateurs détaillés spécifiques à la riposte à la flambée, l'IMEP a conçu, dans sa stratégie 2022-2026, un cadre de suivi et d'évaluation de haut niveau avec des résultats spécifiques souhaités et des indicateurs de performance clés<sup>33</sup>. Les progrès réalisés par rapport à ces indicateurs clés de performance seront évalués et présentés au comité stratégique sur une base trimestrielle. Après avoir examiné les progrès, le Comité stratégique informera le Conseil de surveillance de la poliomyélite et soulèvera toute préoccupation majeure. Un examen approfondi du programme par rapport aux étapes de la stratégie, y compris celles concernant la riposte aux flambées, sera effectué au cours du dernier trimestre de 2023.



# 10. SUIVI ET ÉVALUATION DE LA RIPOSTE

L'assurance qualité de la riposte aux flambées est essentielle et devrait inclure des méthodes quantitatives et qualitatives pour tous les aspects essentiels de la riposte. Les pays sont encouragés à mettre au point des outils et des indicateurs permettant de surveiller au mieux toutes les étapes et tous les volets de l'enquête et de la riposte en cas de flambées. Consulter la bibliothèque de l'IMEP pour les outils et les documents d'orientation (<https://polioeradication.org/tools-and-library/resources-for-polio-eradicators/gpei-tools-protocols-and-guidelines/>).

Le tableau 7 présente les approches et les indicateurs suggérés, mais non exhaustifs, applicables au suivi. La saisie électronique des données à l'aide d'appareils mobiles et leur téléchargement sécurisé en temps réel sont recommandés dans la mesure du possible afin de permettre une notification complète opportune de toutes les activités de riposte (surveillance, vaccination, indicateurs sociaux). L'utilisation de méthodes électroniques de saisie des données nécessite une bonne formation, le nettoyage et l'analyse des données, ainsi que des contrôles réguliers de la qualité. Il faut s'efforcer de s'appuyer sur les systèmes nationaux de données électroniques existants, si possible. Les gouvernements nationaux devraient prendre des dispositions pour assurer la pérennité du système de données électroniques après la riposte à la flambée de poliomyélite, afin de pouvoir l'utiliser dans le cadre de programmes de santé et de vaccination plus larges.

## MONITORAGE DE LA QUALITÉ DES AVS

L'indicateur principal d'AVS dans le cadre de la riposte rapide est le délai en jours écoulé entre la notification de la flambée (Jour 0) et le premier jour de vaccination (Objectif <14 jours). Le suivi de la campagne peut être effectué si les capacités le permettent mais il ne devrait pas réduire les ressources d'une microplanification de haute qualité pour l'AVS1 et l'AVS2 à grande échelle.

**L'AVS 1 et l'AVS 2** doivent faire l'objet de suivi et être entièrement évalués, et les résultats communiqués aux partenaires de l'IMEP dans les 14 jours suivant chaque campagne. Le but du suivi est d'identifier toutes les zones ou tous les groupes de populations présentant une couverture inférieure à 90 % ou des enfants non vaccinés de manière persistante, afin de pouvoir prendre des mesures correctives. Les zones présentant des résultats insuffisants doivent faire l'objet d'un examen approfondi afin de déterminer des stratégies spécifiques, des efforts supplémentaires (par exemple prolongation de la campagne, équipes de communication et/ou de vaccination supplémentaires, ou un ratissage assorti d'une stratégie de communication adaptée) et les ressources nécessaires.

Les stratégies requises pour surveiller les campagnes de toutes les AVS (AVS1, AVS2), toutes les activités de ratissage et les AVS supplémentaires à grande échelle - comprennent, au minimum, le MI et les LQAS en grappe.

**Tableau 7: Évaluation de la qualité de la riposte : facteurs à prendre en compte avant, pendant et après la mise en œuvre**

Surveillance	Vaccination	Communication mobilisation sociale
<b>Planification et préparation</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Examen rapide des données de surveillance disponibles</li> <li>Augmentation de la fréquence de prélèvement d'échantillons environnementaux à toutes les deux semaines</li> <li>Lancement d'une nouvelle SE si nécessaire</li> <li>Validation/examen des cas de PFA et collecte d'échantillons d'eaux usées pour la SE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Indicateurs du tableau de suivi de la préparation &gt;90%</li> <li>Preuve de formation de l'ensemble du personnel</li> <li>Micro plans ascendants précis avec cartographie détaillée, complétés par des innovations telles que l'imagerie SIG et la validation croisée lorsque cela est possible.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Preuve de la participation de la communauté, des groupes de femmes et des chefs religieux</li> <li>Participation du gouvernement national apportant un appui actif à la riposte</li> <li>Stratégies ciblées détaillées et mises à jour pour les populations spécifiques</li> <li>Enquête sociale approfondie sur le(s) cas et/ou la communauté en vue d'identifier les populations spécifiques ou les enfants sous-vaccinés</li> </ul>
<b>Mise en oeuvre</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Taux annualisé des cas de PFA non poliomyélitique &gt;3 cas/100 000 enfants de moins de 15 ans (ventilés par sexe) dans la zone de la flambée et la zone à risque immédiate</li> <li>Impact du renforcement de la surveillance (p.ex. source et nombre de cas de PFA signalés, recherche active)</li> <li>Processus de la SE et indicateurs de performance</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Couverture vaccinale &gt;90% vérifiée par le monitoring indépendant pendant les campagnes</li> <li>Couverture vaccinale &gt;90% vérifiée par des contrôles ponctuels (p.ex. dans les marchés, les centres de transit)</li> <li>Utilisation de stratégies pour s'assurer que les frontières soient couvertes (p.ex. passage de relais par une "poignée de main" entre les équipes)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stratégies ciblées utilisées pour optimiser les activités de riposte au sein des populations spécifiques</li> <li>Preuve d'une sensibilisation globale accrue de la communauté à la PFA et à l'importance de la vaccination</li> <li>Appui actif de la part de la communauté, y compris des groupes de femmes et des chefs religieux actifs lors des campagnes de vaccination</li> <li>Pas de refus collectif de la vaccination</li> </ul>
<b>Suivi post-campagne</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Surveillance des cas de PFA non poliomyélitique &gt;3/100 000 (dans la zone de flambée/les zones à haut risque) pendant au moins 12 mois après la dernière détection du poliovirus</li> <li>Analyse spécifique du taux de PFA non poliomyélitique pour toutes les populations à haut risque</li> <li>Preuve de l'impact de la surveillance sur les populations difficiles à atteindre, inaccessibles et à haut risque</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Couverture &gt;90% dans le monitoring indépendant post-campagne; et &gt;80% de lots LQAS acceptés au seuil de 90% (données ventilées par sexe)</li> <li>Aucune preuve de la persistance d'enfants non vaccinés ou de zones géographiques manquées</li> <li>Des notifications solides et opportunes, au moyen des outils innovants tels que la collecte de données mobiles et/ou les coordonnées du système de positionnement mondial (GPS) pour la couverture, lorsque cela est possible</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Preuve que la sensibilisation à la campagne a couvert &gt;90% de l'ensemble des ménages (MI et/ou LQAS)</li> <li>Couverture des populations spécifiques &gt;90%</li> <li>Analyse des données désagrégées pour les populations à haut risque et par sexe pour les enfants non vaccinés ou les refus de vaccination, afin de guider les interventions</li> </ul>

### **Monitoring pendant et après la campagne.**

Le monitoring pendant et après la campagne utilise des méthodes d'enquête avec un échantillonnage ciblé dans les zones où la couverture serait insuffisante et devrait être mis en œuvre conformément au protocole établi. Le monitoring pendant la campagne a pour but de garantir la prise sans délais des mesures correctives (par exemple le jour même ou le lendemain, y compris des stratégies prévoyant de nouvelles visites) afin d'améliorer les résultats de la mise en œuvre. Le suivi post-campagne permet une analyse approfondie et rigoureuse des zones manquées ou n'atteignant pas les objectifs de couverture, ainsi qu'un examen des motifs pour lesquels les enfants ont été manqués ou n'ont pas été vaccinés.

Des enquêtes par grappes de LQAS, portant sur un prélèvement d'échantillons proportionnel à la taille de la population, sont recommandées pour toutes les zones couvertes par la riposte aux flambées. Pour que les résultats soient valides, il faut bien veiller à planifier et mettre en œuvre suivant le protocole établi. Des orientations spécifiques sont disponibles<sup>34</sup>.

### **Les contrôles ponctuels, les enquêtes de convenance et les rapports verbaux**

des moniteurs, des superviseurs et des observateurs indépendants des campagnes (par exemple le personnel international de l'IMEP ou le personnel d'organismes tiers) constituent un volet très utile qui vient compléter le suivi des AVS, et doivent être accueillis favorablement et utilisés librement pour confirmer ou remettre en question les rapports concernant la couverture.

La sélection et la formation des moniteurs sont importantes. Il est utile que tous les observateurs aient des termes de référence clairs indiquant leur indépendance par rapport aux activités de vaccination. Idéalement, les observateurs devraient être recrutés et formés pour chaque campagne d'AVS. Il est déconseillé de déployer le même personnel dans les mêmes zones pour des campagnes successives, afin de préserver l'indépendance. Les sources de recrutement des moniteurs comprennent les universités et les collègues

(par exemple les étudiants en soins infirmiers ou en médecine), les ONG communautaires ou les organismes de prestation de services (par exemple les agents de santé n'intervenant pas directement dans la riposte) et devraient être sélectionnées en fonction du contexte local en veillant à une participation équilibrée des femmes et des hommes.

La rapidité de communication des résultats du monitoring est importante pour garantir la responsabilisation, l'identification rapide des problèmes et la rectification des tirs, le cas échéant. Les résultats du monitoring doivent être communiqués aux partenaires de l'IMEP aux niveaux national, régional et mondial dans les 14 jours suivant la fin de la campagne.

## **SUIVI DU RENFORCEMENT DE LA SURVEILLANCE**

Les pays devraient suivre les indicateurs de surveillance hebdomadaires et les rapports de toutes les unités de notification infranationales en accordant une attention particulière aux groupes de populations à haut risque, ainsi qu'aux résultats et à l'impact de tous les renforcements.

Outre les indicateurs de surveillance de routine de la PFA, détaillés au niveau des rapports infranationaux, des mises à jour régulières des indicateurs de processus devraient être fournies, notamment la rapidité des enquêtes, la collecte des échantillons et leur réception par le laboratoire.

La notification devrait se faire de manière adéquate afin de permettre aux autorités d'identifier rapidement les problèmes, de proposer des solutions appropriées pour améliorer les performances et de renforcer la confiance dans le fait que les résultats sont suffisamment bons pour pouvoir détecter une transmission continue du virus. Par exemple les résultats des recherches rétrospectives et actives ad hoc de cas dans la communauté et les établissements de santé devraient être résumés de manière exhaustive et communiqués en temps utile.

Le laboratoire devrait également récapituler, de manière régulière, les problèmes de capacités auxquels il est confronté et des solutions envisagées. Les tendances de la charge de travail du laboratoire ainsi que la rapidité et la précision des tests de dépistage du poliovirus devraient également être suivies de près et un mécanisme de notification devrait être défini au niveau du laboratoire et au niveau régional.

## MONITORAGE POST-DÉPLOIEMENT DU nVPO2

Pour les pays qui utilisent le nVPO2 pendant la durée de l'EUL, le monitoring post-déploiement (PDM) est une exigence essentielle, car les pays devraient être en mesure de contribuer à la documentation sur la stabilité génétique, la sécurité et l'efficacité du nVPO2 en suivant ses performances sur le terrain. Tous les pays utilisant le nVPO2 devront remplir les engagements convenus dans le cadre du processus de vérification de l'état de préparation. Le suivi du respect de ces engagements après l'utilisation du nVPO2 est une étape essentielle pour s'assurer que les pays répondent aux exigences du protocole EUL de l'OMS. Ces informations seront principalement basées sur les mécanismes existants de surveillance de la poliomyélite et de l'innocuité des vaccins dans les pays touchés par les flambées de polio. Le monitoring post-déploiement (PDM) commence dès que le nVPO2 a été utilisé pour la première fois, et certaines activités PDM dureront jusqu'à 12 mois après la dernière AVS au nVPO2<sup>35</sup>.

## ÉVALUATIONS DES RIPOSTES AUX FLAMBÉES (OBRA)

L'objectif de l'OBRA est d'évaluer si la riposte par la vaccination et la surveillance sont suffisamment solides pour détecter et stopper la transmission du poliovirus et de déterminer les mesures à prendre pour

combler les lacunes. Les évaluations OBRA pour la poliomyélite devraient être effectuées en temps opportun et de manière efficace, par des experts indépendants qui ne sont pas directement impliqués dans la riposte à la flambée évaluée.

La première évaluation OBRA devrait être effectuée 3 à 4 mois après la notification de la flambée. Au cours de la riposte à la flambée, le GPEI/ORPG déploieront des missions trimestrielles, conjointes ou individuelles par les agences partenaires (selon les besoins et la faisabilité), pour soutenir le programme pays et évaluer les progrès. Les flambées prolongées peuvent justifier des évaluations intermédiaires ou des examens indépendants/externes. Une évaluation OBRA devrait être envisagée six mois après le dernier isolement du poliovirus de la flambée.

Pour les événements à haut risque, pour lesquels une riposte vaccinale a été effectuée, une évaluation de la riposte à l'événement ou une revue documentaire externe peuvent également être entreprises. Dans les situations où une évaluation en présentiel n'est pas possible (y compris les limitations liées à la pandémie de COVID-19), des OBRA et des revues documentaires virtuelles peuvent être envisagées. L'objectif, l'étendue et l'importance des évaluations des OBRA seront ajustées en fonction de l'intervalle écoulé depuis le dernier isolat de poliovirus et du contexte local, et seront reflétés dans les termes de référence spécifiques de l'évaluation.

L'ORPG, la RRT, l'IMST et le Bureau régional de l'OMS respectif faciliteront conjointement l'organisation des OBRA et les examens de suivi du programme en coordination avec les équipes pays. Le chef d'équipe de l'OBRA fera un compte rendu à l'équipe pays avant son départ, puis soumettra un rapport à cette dernière, au président de l'ORPG, aux équipes régionales de riposte à la poliomyélite et au directeur du programme polio de l'OMS. Le Bureau régional de l'OMS confirmera la fin de la flambée, le cas échéant, sur la base du rapport d'évaluation et des recommandations.

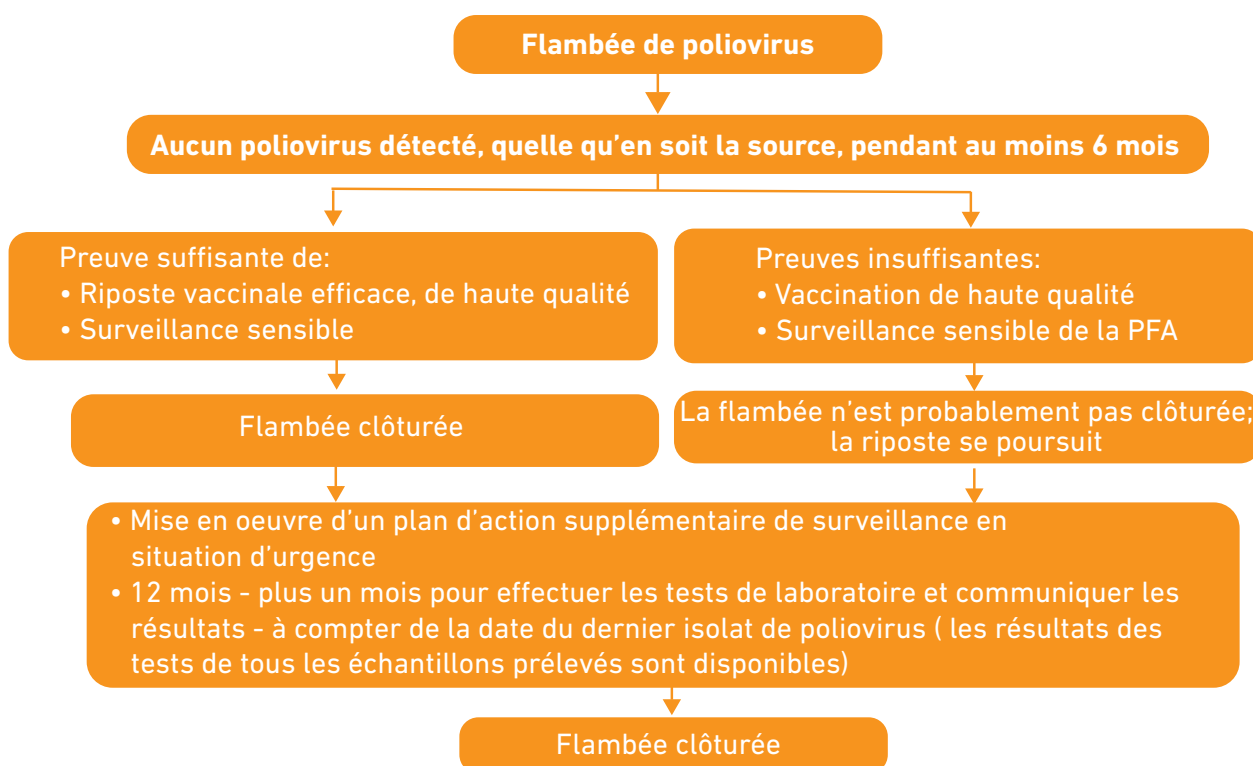
Le pays doit élaborer un plan d'action basé sur les recommandations de l'OBRA, visant à renforcer la riposte à la flambée. Si l'OBRA recommande la clôture d'une flambée, le pays devrait fournir un plan d'action post-OBRA dans le mois qui suit la clôture de la flambée, en se concentrant sur le maintien des mécanismes d'amélioration de la couverture du PEV et de la surveillance sensible des poliovirus mise en place pendant la riposte à la flambée. Les OBRA dans des situations particulières telles que plusieurs pays touchés par la même flambée (même souche/émergence de poliovirus), plusieurs flambées de PVDVc dans le même pays, etc. devraient être traitées au cas par cas. Des orientations détaillées, des outils et du matériel pour l'évaluation de la riposte à une flambée et pour la gestion des vaccins sont disponibles<sup>36</sup>.

**La flambée est-elle interrompue ?** Une flambée peut être considérée comme interrompue et la riposte peut prendre fin lorsqu'aucun poliovirus n'a été détecté pendant six mois, à condition que la surveillance soit adéquate dans la zone de la flambée et dans d'autres zones à haut risque et que des preuves convaincantes démontrent que des mesures

suffisantes sont en place pour stopper la transmission du poliovirus, dans les zones touchées par le conflit ainsi que parmi les populations déplacées et difficiles à atteindre. Si ces conditions ne sont pas remplies, l'équipe OBRA recommandera des mesures correctives (renforcement de la surveillance, amélioration de la qualité de la vaccination, etc.) Après une nouvelle période de six mois (c'est-à-dire après 12 mois depuis de la dernière détection) sans détection d'un poliovirus de quelque source que ce soit, la flambée peut être considérée comme terminée et la riposte peut être clôturée, sur la base de l'examen et de la recommandation de l'OBRA.

Lorsque les critères de « fin de la flambée » sont remplis et/ou que l'équipe chargée de l'OBRA estime que la riposte à la flambée a été suffisante, en suivant l'arbre de décision ci-dessous (Figure 4), le Bureau régional de l'OMS peut examiner les conclusions de l'OBRA en consultation avec l'ORPG, partager le rapport avec les commissions de certification nationale et régionale, et confirmer que la flambée est terminée et peut être « clôturée ». Le pays est informé en conséquence.

**Figure 5: Arbre de décision pour l'évaluation de la riposte à une flambée**



## Encadré 4

La poliomyélite a été déclarée urgence de santé publique de portée internationale le 5 mai 2014, et selon les recommandations temporaires émises par le Directeur général de l'OMS, les critères permettant de considérer qu'un pays n'est plus infecté par le PVS1 ou le PVDVc sont les suivants :

- Cas d'infection par le poliovirus : 12 mois après la date de début de la paralysie chez le cas le plus récent PLUS un mois pour en tenir compte dans la détection des cas, l'enquête, les tests de laboratoire et la période de notification OU lorsque tous les cas de PFA notifiés et dont la maladie est apparue dans les 12 mois suivant le dernier cas ont été testés pour le poliovirus et ont donné des résultats négatifs pour le PVS1 ou le PVDVc, et que les échantillons environnementaux prélevés dans les 12 mois suivant le dernier cas se sont également révélés négatifs, selon la période la plus longue.
- Isolement environnemental de PVS1 ou de PVDVc (pas de cas d'infection par le poliovirus) : 12 mois après le prélèvement du dernier échantillon environnemental positif PLUS un mois pour tenir compte du délai nécessaire aux tests en laboratoire et à la période de notification.
- Tous les trois mois, le comité se réunit pour examiner l'état d'urgence et déterminer à quels pays les recommandations temporaires doivent s'appliquer. Toutefois, si un pays est considéré comme n'étant plus infecté selon les recommandations temporaires, cela ne signifie pas toujours que la flambée est clôturée, car il pourrait être nécessaire de poursuivre les activités de la riposte.

## CONSIGNER LES ENSEIGNEMENTS TIRÉS

Les pays ont un grand intérêt à examiner la performance de la riposte à la flambée ou à un événement et à consigner les enseignements qui en ont été tirés. La documentation relative à la flambée devrait, entre autres, porter sur les éléments suivants :

- une enquête détaillée sur la flambée et une évaluation des risques,
- une épidémiologie descriptive (y compris l'enquête sur le cas index),
- la riposte par la surveillance pour assurer le suivi de l'évolution jusqu'à la fin de la flambée,
- la riposte vaccinale décrivant les étapes clés de l'assurance qualité et des innovations (microplanification, formation, suivi de l'état de préparation, gestion de la logistique, mobilisation de la communauté et suivi/supervision),

- la coordination de la riposte à la flambée, y compris le calendrier et l'efficacité des moyens de renfort.

Généralement, les meilleures pratiques en matière de riposte d'urgence comprennent un examen formel après action. Les enseignements tirés sont utiles pour améliorer la planification de la préparation aux situations d'urgence et peuvent éclairer la riposte à des événements et flambées futurs.

La documentation relative aux flambées devrait également décrire les enseignements tirés et les meilleures pratiques décrites par les OBRA et les revues documentaires externes, comme étant stratégiques pour permettre une interruption réussie des flambées de poliomyélite. Plusieurs documents pertinents sur les meilleures pratiques ont été publiés récemment<sup>37</sup>. Les pays peuvent bénéficier d'un appui pour consigner les enseignements tirés de l'éradication de la poliomyélite.



# 11. L'INTÉGRATION DE LA DIMENSION DE GENRE

La nouvelle [stratégie d'éradication de la poliomyélite 2022-2026](#) souligne l'importance de procéder à une analyse rapide des questions de genre pour une riposte plus efficace aux flambées. En recueillant et en analysant des données ventilées par sexe et des informations sensibles à la question de genre, les équipes de la riposte aux flambées œuvrant en première ligne acquièrent une compréhension plus solide de la population, ce qui améliore l'engagement communautaire et augmente l'acceptation du vaccin.

L'intégration de la dimension de genre dans la riposte aux flambées portera sur les domaines suivants :

## **Analyse de genre**

L'analyse rapide des questions de genre fournit des informations essentielles sur les rôles et les responsabilités des hommes et des femmes, les capacités et les vulnérabilités pour orienter la programmation. Elle est utilisée dans les situations où le temps est compté et où les ressources sont très rares. Comme le souligne la nouvelle [Stratégie d'éradication de la poliomyélite 2022-2026](#), l'analyse rapide des questions de genre dans la riposte aux flambées sera guidée par l'[IASC Multi-Sector Initial Rapid Assessment \(MIRA\)](#)<sup>38</sup> et l'[analyse rapide du genre de CARE International](#)<sup>39,40</sup>.

L'analyse rapide des questions de genre devrait être spécifique au contexte et nécessite une approche adaptée aux besoins et aux intérêts des communautés affectées et à risque. Cela peut nécessiter de faire appel à l'expertise locale dans le pays.

## **Communication**

L'engagement communautaire et le changement social et comportemental sont des éléments clés de la riposte à une flambée de poliomyélite. L'approche de la riposte aux flambées de polio est conçue pour rectifier

les perceptions, les normes sociales et les croyances qui dissuadent les personnes chargées des enfants de les faire vacciner, en particulier les normes qui tiennent compte des questions de genre qui entravent le recours à la vaccination, et pour rétablir l'engagement en faveur de la vaccination par le biais du développement des comportements et des efforts de changement social, y compris la vaccination de routine. Au début d'une flambée, il est important de procéder à des évaluations rapides des comportements et d'examiner toutes les sources de données existantes et disponibles pour comprendre les connaissances, les attitudes, les pratiques et les comportements. Comprendre comment les questions de genre interagissent avec d'autres facteurs pour inhiber ou promouvoir l'accès aux informations et aux services et avoir un impact sur l'utilisation des services au sein des communautés est une composante essentielle des interventions relatives au changement social et comportemental. Les questions de genre devraient être intégrées dans l'analyse de la collecte de données afin de s'assurer que les rôles et les normes de genre sont pris en compte lors de la conception de stratégies et des interventions pour les communautés et avec elles. Il est prouvé que les femmes (qui sont souvent les principales personnes s'occupant des enfants) sont souvent désavantagées lorsqu'il s'agit de l'accès à la vaccination, aux informations en matière de santé et de la compréhension des interventions comportementales clés, ainsi que des messages adaptés, des modalités clés d'information et de communication des risques, les efforts devraient être alignés et soigneusement adaptés aux besoins des différentes communautés et, plus important encore, être informés par les femmes et les membres des communautés pour une résonance et une adoption optimales.

### **Personnel de santé**

Les agents de santé ont un rôle crucial dans la riposte aux flambées de poliomyélite. Il faut veiller à garantir un meilleur équilibre entre les sexes dans les procédures de recrutement, en accordant une attention particulière à la parité des sexes dans tous les rôles et à chaque niveau du programme. Les agents de santé féminins qui sont en première ligne de la riposte à la flambée devraient être activement soutenus dans l'identification et la résolution des obstacles et des défis auxquels ils sont confrontés (y compris la garantie d'un environnement de travail sûr, inclusif et favorable, et des mesures de prévention de l'exploitation et des abus sexuels). En outre, il est très important que les dernières orientations de l'OMS<sup>41,42</sup> sur les agents de santé communautaires soient prises en compte lors du processus de recrutement, de formation et de gestion du personnel de santé.

### **Données ventilées par sexe**

Conformément à la nouvelle stratégie d'éradication de la poliomyélite (2022-2026) et à la stratégie pour l'égalité des genres (2019-2023), des données ventilées par sexe et par âge doivent être collectées et analysées dans le cadre du suivi post-campagne. Les données ventilées par sexe et par âge doivent également être incluses dans les rapports, notamment sur l'exécution des programmes.

Pour soutenir l'intégration des activités liées au genre dans les contextes des flambées, la liste de contrôle jointe en annexe (annexe 3) décrit les activités allant du recrutement des équipes respectant la parité des sexes (y compris le personnel chirurgical), à la collecte et à l'analyse de données ventilées par sexe pour la surveillance de la PFA et le suivi des campagnes, et à l'incorporation de données sociales spécifiques au genre dans les activités de mobilisation sociale, de communication et d'engagement communautaire.

# 12. PRÉVENTION DE L'EXPLOITATION SEXUELLE, DES ABUS SEXUELS ET DU HARCELEMENT SEXUEL

Conformément à la tolérance zéro de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite en matière des actes répréhensibles de nature sexuelle dans toutes leurs opérations, les opérations de lutte contre la poliomyélite devraient inclure des mesures visant à garantir la protection de la population bénéficiaire et du personnel répondant à l'épidémie de polio contre l'exploitation, les abus et le harcèlement sexuel. Ces mesures devraient inclure la formation, la sélection du personnel et des consultants, des mécanismes accessibles pour le signalement d'allégations potentielles, une approche centrée sur les victimes pour répondre aux allégations de l'exploitation et de l'abus sexuel, en travaillant en étroite collaboration avec le Comité permanent interorganisations et les mécanismes des Nations Unies.

- Les responsables chargés de la gestion des flambées doivent s'assurer que tous les membres de l'équipe, y compris les recrutements nationaux, sont conscients de la nécessité de respecter les politiques de l'Organisation en matière de prévention de l'exploitation sexuelle, des abus sexuels et du harcèlement sexuel. Cela devrait être étendu aux partenaires chargés de la mise en œuvre et aux prestataires, avec une référence spécifique dans les accords contractuels, conformément aux normes de chaque partenaire.
- Tous les consultants déployés seront soumis à des vérifications d'antécédents et devront suivre des formations en ligne sur la prévention et la réponse à l'exploitation et aux abus sexuels avant leur déploiement.
- Les responsables chargés de la gestion d'incidents/coordonnateurs de riposte en cas de flambée devraient coordonner

avec le point focal OMS/UNICEF/ Comité permanent interorganisations (IASC) chargés de la PRSEAH et avec les coordonnateurs, s'ils sont disponibles, pour un briefing sur l'évaluation des risques liés à la PRSEAH, les activités d'atténuation au niveau national, les mécanismes de notification au niveau national, l'appui disponible pour les victimes et les survivants et la manière de fournir des références sûres et éthiques à l'assistance conformément aux voies de référence existantes sur une cartographie des services. Les ressources disponibles sur la PRSEAH peuvent être utilisées à cet égard.

- Le plan de communication de la riposte à la flambée devrait garantir des efforts pour sensibiliser les populations bénéficiaires aux risques liés à la l'exploitation et l'abus sexuel, à leurs droits et aux canaux permettant de signaler d'éventuelles allégations, en utilisant les canaux existants des Nations unies, dans la mesure du possible.
- Toute allégation d'exploitation et d'abus sexuel (SEA) ou de harcèlement sexuel (SH) devrait être immédiatement signalée par les canaux organisationnels appropriés.
- Les survivants/victimes de l'exploitation et l'abus sexuel devraient bénéficier d'une assistance immédiate et/ou d'une orientation vers une assistance dès la réception d'une allégation, selon leurs souhaits, conformément au protocole d'assistance aux victimes des Nations unies.
- Les responsables et l'équipe chargés de la gestion de la flambée ne devraient pas discuter ou tenter d'enquêter sur les allégations.



# ANNEXES

## ANNEXE 1: APERÇU DE L'ÉVALUATION DES RISQUES

Résumé des éléments pour l'évaluation systématique des risques liés à nouvel isolement PVDV, PVS ou SL2

Catégorie de risque	Risque élevé	Risque faible	Remarques
<b>VIROLOGIE</b>			
PVDVc	Automatiquement défini comme une situation à haut risque		
<b>Facteurs virologiques</b>			
Éloignement génétique par rapport au virus vaccinal parent (modifications nucléotidiques)	Substantiel	Non substantiel	
Lien, le cas échéant, avec des virus isolés par le passé	Lié	Pas lié	
Description / interprétation virologique	Oui	Non	
Circulation concomitante avec le PVS	Oui	Non	
Détection d'autres PVDV (non liés) dans la région	Oui	Non	Demander l'évaluation d'un virologue expert
<b>Source humaine</b>			
Isolement concomitant avec d'autres virus Sabin ou entérovirus	Oui	Non	
Preuve d'immunodéficience primaire	Non	Oui	
<b>Source environnementale</b>			
Nombre d'isolats de virus			
Diversité génétique (nombre de groupes génétiques)	Elevé	Moyen / Faible	
<b>CONTEXTE</b>			
<b>Caractéristiques du cas</b>			
Membre d'une population connue comme étant à haut risque ou mal desservie (bidonvilles, minorités, réfugiés, populations mobiles, déplacés internes, etc.)	Oui	Non	Examen et discussion par des experts techniques, entre les niveaux national, régional et mondial.
0 dose ou « sous »-vaccinés	Oui	Non	
Agés de plus de 5 ans	Oui	Non	
<b>Données de la couverture</b>			
Couverture de la vaccination de routine (VPI si disponible - sinon diphtérie-tétanos-coqueluche (DCT3) dans les zones infectées du niveau admin 1)	Faible	Bon / élevé	« L'immunité de la population » contre les poliovirus de type 2 devrait tenir compte du temps écoulé depuis « le switch » et l'utilisation du VPI pour estimer la population non immunisée contre le type 2.
Qualité des AVS antérieures (>5% d'enfants non vaccinés selon les données du monitoring indépendant >80% de lots LQAS approuvés)	Faible	Moyen / bon	
<b>Qualité de surveillance</b>			

Catégorie de risque	Risque élevé	Risque faible	Remarques
Qualité de la surveillance (par exemple indicateurs de la PFA inférieurs aux normes, SE rare ou absente, virus orphelin) dans les zones infectées du niveau admin 1.	Evident	Assez bon / bon	
Autre détection récente du poliovirus	Oui	Non	
<b>Contexte du niveau admin 1</b>			
Zone vaste densément peuplée	Oui	Non	
Populations connues comme étant à haut risque (populations mobiles, réfugiés, commerce, pèlerinage, déplacements, etc.)	Oui	Non	
Zone non sécurisée et/ou inaccessible ayant un impact sur la surveillance et/ou la vaccination	Oui	Non	
Tout type d'évènements sentinelles suggérant un risque plus élevé de propagation rapide	Oui	Non	
Preuve de rupture de confinement	Oui	Non	
VPOt/VPOm2 trouvés lors de la vérification de la chaîne de distribution du vaccin	Oui	Non	
Conditions environnementales associées à des niveaux élevés de transmission féco-orale	Eau et assainissement de mauvaise qualité	Eau et assainissement de qualité assez bonne/bonne	
<b>PROPAGATION INTERNATIONALE</b>			
<b>Liens avec la frontière internationale</b>			
Liaison de transport contiguë ou directe avec la frontière internationale (surtout si le risque est élevé dans l'autre zone).	Oui	Non	Enquête de cas locale/basée sur les données disponibles
Liens entre le site ou le sujet infecté par le poliovirus et d'autres pays (par exemple marchés, voies de transport).	Oui	Non	Examen et discussion par les experts techniques de l'IMEP, en consultation avec les niveaux national et régional.
Historique des déplacements du cas de poliovirus ou du ménage (par exemple réfugié, nomade, pèlerin, apatride) dans le pays voisin (ou tout autre pays)	Oui	Non	
Antécédents des schémas de transmission de la poliomyélite et de flambées entre pays	Oui	Non	
<b>Mobilité-migration de la population</b>			
Points de service communs entre la zone infectée et les zones voisines, tels que les marchés, les sites de pèlerinage, les sites commerciaux communs, etc.	Oui	Non	
Preuve de niveaux élevés de migration (à partir des données de séquençage, des données disponibles sur les téléphones portables, schémas de migration antérieurs, etc.)	Oui	Non	
<b>Contexte des zones environnantes</b>			
Preuve de lacunes dans la surveillance ou d'autres facteurs à haut risque dans les zones environnantes susceptibles d'être importées depuis la zone touchée.	Oui	Non	
Immunité de la population dans les pays/zones voisin(e)s	Faible	Bon / très élevé	
Conflit	Présent	Aucun	



# ANNEXE 2 : CHRONOLOGIE ET RESPONSABILITÉ

## Annex 2A : Chronologie et responsabilité des actions au cours du premier mois suivant la détection du poliovirus

Actions	Jours après les résultats du séquençage																
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15-30	30+
<b>Notification</b>																	
Le RMLP informe les autorités sanitaires du pays touché et l'OMS au niveau du Bureau pays, du Bureau régional et du Siège.	■																
Le pays informe les autorités sanitaires, le Siège de l'OMS informe les partenaires de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP) concernés		■	■														
Le point focal national du RSI informe le point de contact régional de l'OMS.		■															
Le gouvernement national déclare la flambée comme une urgence nationale de santé publique.			■	■	■	■	■	■									
<b>Enquête</b>																	
L'équipe pays ouvre une enquête épidémiologique/sociale		■	■	■													
<b>Coordination</b>																	
Le comité stratégique et les directeurs régionaux des régions concernées de l'OMS et de l'UNICEF coordonnent pour fournir l'appui et le plaidoyer nécessaires à une riposte rapide et efficace à la flambée.			■	■													
Mettre en place des mécanismes de riposte aux événements/flambées dans les bureaux régionaux et au Siège, y compris l'ORPG pour la coordination entre les partenaires de l'IMEP.		■	■	■													
Activer le renfort de la riposte rapide et le déployer dès que possible.		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Activation de l'appui de renfort et le déployer dès qu'il est disponible.															■	■	■
<b>Évaluation des risques et plan de riposte</b>																	
L'équipe pays présente une évaluation des risques et une proposition de riposte aux partenaires de l'IMEP et au Groupe consultatif/ORPG (selon le cas) pour le VPO2.			■	■													
L'équipe pays soumet une demande de vaccin pour le VPO2 (le cas échéant).			■	■	■												
Le groupe consultatif sur le VPO2 de type Sabin/ORPG (groupe de mise à disposition du nVPO2) / les partenaires de l'IMEP se réunissent et fournissent des recommandations à l'équipe pays.			■	■													
La flambée devrait être classifiée par le Programme OMS de gestion des situations d'urgences (WHE), conformément au Cadre d'action d'urgence (CDD).			■	■	■	■	■										
L'équipe pays finalise et soumet le plan et le budget de la riposte à la flambée							■	■									
<b>Gestion des vaccins</b>																	
Le Directeur général de l'OMS autorise la mise à disposition du VPO2 à partir du stock mondial de VPO (le cas échéant).			■	■													
Acheminement du vaccin VPO2 au pays (le cas échéant)							■	■	■	■							
Envoi du vaccin VPO2 sur le terrain (le cas échéant)									■	■	■	■					
<b>Activités de riposte</b>																	
Préfinancement/sans regrets (jusqu'à 1 000 000 \$) débloqué pour le Bureau régional/pays (si nécessaire) pour financer les activités de riposte initiale.				■	■												
Élaborer et mettre en œuvre un plan national de plaidoyer et de communication.				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Lancer des activités de renforcement de la surveillance					■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Mettre en œuvre l'AVS de riposte rapide (Passage 0)												■	■	■	■		
Approbation du budget de la riposte à la flambée et déblocage des fonds pour le pays																■	
Mettre en œuvre l'AVS 1, l'AVS 2 et le ratissage.																	■

## Annexe 2B : Chronologie et responsabilité à l'égard des activités de riposte à une flambée, du jour 0 à la clôture de la flambée.

Chronologie	Fonction	Activités	Responsabilité	
			Pays	Région / Global
Notification du virus par le laboratoire - Jour 0	Coordination des interventions liées à la flambée	Mettre sur pied une équipe de gestion de la flambée composée de représentants de toutes les agences concernées.	Gouvernement national/autorités sanitaires, avec l'appui des bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF	
	Ressources	Trouver le plan national de préparation et de riposte à une flambée de poliomyélite (peut se trouver dans l'Annexe du rapport du Comité national de certification (CNC)).	Gouvernement national/autorités sanitaires, avec l'appui des bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF	
	Ressources	Identifier les personnes formées ou expérimentées en matière de riposte aux flambées de poliomyélite dans le pays/la région.	Gouvernement national/autorités sanitaires, avec l'appui des bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF	Les bureaux régionaux/Sièges de l'OMS et de l'UNICEF à fournir rapidement les documents requis.
	Ressources	Lire tous les rapports ou les documents relatifs aux activités de riposte précédentes.	Gouvernement national/autorités sanitaires, avec l'appui des bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF	
Dans les 24 heures suivant la notification	Ressources	S'assurer que l'équipe pays dispose de documents d'orientation technique pour appuyer les enquêtes et la riposte (POS pour les flambées, modèle d'enquête, modèle d'évaluation des risques, etc.)		Bureaux régionaux et Sièges de l'OMS et de l'UNICEF
	Enquête	Lancer une enquête épidémiologique et sociale conjointe (voir chapitre 3).	Gouvernement national/autorités sanitaires, avec l'appui des bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF	Avec l'appui des Bureaux régionaux et des Sièges de l'OMS et de l'UNICEF
	Communication	Informers les autorités nationales et les autres partenaires concernés	Gouvernement national/autorités sanitaires	Le Siège de l'OMS informe les partenaires de l'IMEP (ORPG, Comité stratégique).
		<p>Informers le ministre de la Santé, le chef du gouvernement/chef de l'État et d'autres responsables concernés des mesures spécifiques requises pour une riposte urgente visant à enrayer la flambée :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mettre en place un centre national d'opérations d'urgence (COU) si aucune structure de coordination des situations d'urgence n'est en place, dirigé par un haut fonctionnaire du gouvernement en qualité de point focal désigné en cas de flambée et appuyé par du personnel dans les domaines de l'administration, de la communication stratégique, des opérations, de la logistique, de la gestion des approvisionnements et des finances.</li> <li>Mettre en œuvre les opérations de riposte requises pour arrêter la transmission du virus, conformément aux POS pour la riposte aux flambées et en fonction du type et de la classification du virus.</li> </ol>	Autorités sanitaires nationales, avec l'appui des bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF	Avec l'appui des partenaires de l'IMEP, s'assurer que les autorités sanitaires nationales disposent des informations nécessaires pour communiquer efficacement avec les parties prenantes au sein du pays.

Chronologie	Fonction	Activités	Responsabilité	
			Pays	Région / Global
Dans les 24 heures suivant la notification		3. S'assurer de la mise en place d'un mécanisme de suivi systématique à tous les niveaux (national, régional et de district) pour suivre l'évolution de la planification, de la mise en œuvre et des actions du suivi tout au long de la conduite des activités de riposte. 4. Comptes rendus réguliers et en temps utile sur l'évolution des activités de riposte à la flambée au chef de gouvernement/Chef de l'État et aux partenaires de l'IMEP.		
		Soumettre la notification du RSI au point de contact régional de l'OMS	Point focal national RSI	Point de contact régional de l'OMS
	Communication	Alerter la division des approvisionnements de l'UNICEF en cas de poliovirus de type 2.		Siège de l'OMS et de l'UNICEF
	Coordination des interventions liées à la flambée	Mettre en place des mécanismes de riposte aux événements/flambées au niveau du bureau régional et du Siège. Communiquer toute information disponible à l'équipe pays (projet d'évaluation des risques, évaluations de la surveillance, couverture historique, évaluations de sécurité, groupes à haut risque, etc.)		Partenaires de l'IMEP
	Renforts en ressources humaines	Le groupe chargé de la préparation et de la riposte aux flambées (ORPG) organisera des téléconférences hebdomadaires entre l'OMS, l'UNICEF et les partenaires de l'IMEP.	Participation de l'OMS et de l'UNICEF	L'ORPG initie et préside les téléconférences
	Renforts en ressources humaines	Évaluer la capacité sur le terrain en ressources humaines du système de santé national, de l'OMS, de l'UNICEF et d'autres partenaires dans le pays pour la mise en œuvre des opérations de riposte.	Autorités sanitaires nationales, bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF	
		Demander des procédures accélérées pour les visas au point d'entrée pour tous les intervenants internationaux devant participer à la riposte en cas de flambée.	Autorités sanitaires nationales	Les bureaux régionaux/Sièges de l'OMS et de l'UNICEF fournissent rapidement les documents requis.
		Activer la procédure de renfort; le déployer dès qu'il est disponible. (Cible 72 heures - Riposte rapide; Cible 21 jours - Renforts)	Les bureaux de pays de l'OMS et de l'UNICEF devraient prendre des dispositions dans le pays.	L'ORPG et les équipes régionales de riposte à la polio assurent la coordination
	Évaluation des risques et riposte	Lancer un modèle d'évaluation des risques en y intégrant une proposition de stratégie de riposte vaccinale	Autorités sanitaires nationales avec l'appui des bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF	Avec l'appui des Bureaux régionaux et Sièges de l'OMS/ UNICEF
	Communication	Identifier une personne de liaison avec les médias et porte-parole pour la flambée.	Les autorités sanitaires nationales, les bureaux de pays de l'OMS et de l'UNICEF s'accordent sur la nomination	

Chronologie	Fonction	Activités	Responsabilité		
			Pays	Région / Global	
Dans les 24 heures suivant la notification	Communication	Travailler avec les partenaires et les homologues gouvernementaux pour :	Autorités sanitaires nationales avec l'appui des bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF	Avec l'appui des équipes régionales de riposte contre la polio, des bureaux régionaux et du Siège.	
		Effectuer une analyse du paysage médiatique			
		Organiser un point de presse/publier un communiqué de presse			
		Initier un monitoring des médias			
Situations d'urgence complexes (le cas échéant)	Situations d'urgence complexes (le cas échéant)	Informier le coordonnateur résident des Nations unies et l'équipe humanitaire dans le pays.	Bureau pays de l'OMS		
		Assurer la coordination avec le Département de la sécurité et de la sûreté des Nations Unies (UNDSS) lors des missions sur le terrain.	Représentants de l'OMS et de l'UNICEF		
		Évaluer la sécurité et l'accès dans la zone d'isolement du virus et les zones environnantes. Demander à un conseiller en sécurité de mener une évaluation sur le terrain.	UNDSS, en collaboration avec les autorités nationales	Appui des conseillers en sécurité du Bureau régional et du Siège de l'OMS, selon les besoins.	
Dans les 72 heures (3 jours) suivant la notification	Évaluation des risques et planification de la riposte	1) Finaliser les propositions d'évaluation des risques et de riposte, avec toutes les informations disponibles, y compris celles des pays voisins.	Autorités sanitaires nationales avec l'appui des bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF	Equipes régionales de riposte contre la polio / Bureaux régionaux et Siège de l'OMS/ UNICEF avec l'appui de l'ORPG.	
		2) Présenter l'évaluation des risques et la proposition à l'ORPG (poliovirus type 1 ou type 3) ou au Groupe consultative sur le VPO2 de type Sabin/Groupe de mise à disposition du nVPO2 (poliovirus de type 2) afin d'obtenir des retours d'information et des recommandations.			
	Planification de la logistique	Établir un plan logistique comprenant : les prévisions de vaccins, les chambres froides, le stockage, la distribution, le suivi de l'utilisation, la responsabilité à l'égard des vaccins et leur élimination (voir les orientations sur la gestion des vaccins).			Le Siège de l'UNICEF fournit l'appui
	Demande de vaccins	Soumettre la demande d'autorisation de mise à disposition du vaccin VPO2 au Directeur général de l'OMS			Le secrétariat du Groupe consultatif sur le VPO2 de type Sabin et le groupe de mise à disposition ORPG-nVPO2 devraient examiner la demande et la transmettre à la Division des approvisionnements de l'UNICEF.

Chronologie	Fonction	Activités	Responsabilité	
			Pays	Région / Global
Dans les 72 heures (3 jours) suivant la notification	Communication d'informations par l'OMS	Un résumé peut être communiqué via un site d'information sur les événements, destiné aux points focaux RSI nationaux ou rendu publique sur le site web de l'OMS en tant que Bulletin d'information sur les flambées épidémiques.	Point focal national RSI	Bureau régional et Siège de l'OMS fournissent leur appui
	Classification	Préparer et participer à la téléconférence concernant la classification, à trois niveaux de l'OMS par le Programme WHE, le Département Polio au Siège de l'OMS, le Bureau régional et le Bureau pays, conformément au Cadre de riposte d'urgence.	Bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF avec les autorités sanitaires nationales	Coordination par le Bureau régional de l'OMS (Polio et WHE), le WHE en consultation avec le Siège et le Bureau régional de l'OMS procède à la classification.
	Financement	Débloquer un « préfinancement/financement sans regrets » (jusqu'à 1 000 000 \$) au Bureau régional/ Bureau pays pour financer les activités de riposte initiale.		Le Siège de l'OMS assure la coordination et débloque les fonds
	Logistique	Amorcer la procédure d'expédition groupée du matériel de riposte vaccinale selon la proposition de riposte.	Bureau pays de l'UNICEF	Division des approvisionnements de l'UNICEF
	Riposte à la flambée	Communiquer le plan préliminaire à toutes les provinces et à tous les districts participant aux activités de riposte.	Autorités sanitaires nationales avec l'appui des bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF	
		Lancer l'élaboration du plan de riposte à la flambée : <ul style="list-style-type: none"> <li>Contexte et risque de transmission ultérieure</li> <li>Stratégie proposée pour les AVS (portée, calendrier, etc.)</li> <li>Activités de renforcement de la surveillance</li> <li>Activités de plaidoyer, de communication et de mobilisation sociale</li> <li>Coordination et partenariats</li> <li>Évaluation des ressources humaines</li> <li>Suivi et évaluation des interventions de riposte aux flambées de poliomyélite (OBRA)</li> <li>Budget</li> <li>Solliciter les commentaires et les contributions des équipes infranationales</li> </ul>	National health authorities, with support from WHO and UNICEF country offices	ORPG to facilitate review and recommendations from GPEI partners
	Activer le centre d'opérations d'urgence national (COU) ou la structure de coordination d'urgence existante pour déployer les activités requises pour la première riposte vaccinale et les activités ultérieures du plan de riposte à la flambée.	Autorités sanitaires nationales avec l'appui des bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF	Appui à fournir par les équipes régionales de lutte contre la polio	

Chronologie	Fonction	Activités	Responsabilité	
			Pays	Région / Global
Dans les 72 heures (3 jours) suivant la notification	Vaccination de routine, amélioration de la couverture	Inclure une unité chargée d'amélioration de la couverture vaccinale de routine dans le COU, dirigée par le PEV national et soutenue par les partenaires de la vaccination.	Autorités sanitaires nationales / PEV national soutenu par les bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF (équipes PEV)	
	Plaidoyer et communication	<p><b>Lancer l'élaboration d'un plan national de plaidoyer et de communication</b> axé sur l'engagement communautaire, la mobilisation sociale et les stratégies générales de diffusion de l'information tout au long de la période de la riposte à la flambée. (Voir le chapitre 9 pour plus d'orientations, cela Inclut :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Des séances de sensibilisation préalables à la campagne ciblant les populations à haut risque et difficiles à atteindre.</li> <li>Une communication proactive assurant la sensibilisation des communautés et des agents de santé aux dangers de la maladie et aux avantages du vaccin.</li> </ul>	Autorités sanitaires nationales avec l'appui des bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF	Appui à fournir par les équipes régionales de lutte contre la polio
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Mobilisation de personnes influentes et de parties prenantes clés (y compris les dirigeants politiques, religieux, communautaires, les célébrités) pour permettre l'accès aux communautés difficiles à atteindre.</li> <li>Élaboration d'un plan spécial de communication de crise pour faire face aux rumeurs en cas de résistance à la vaccination et mener des interventions de riposte rapide en cas de manifestations post vaccinales indésirables.</li> </ul>		
		Organiser une réunion d'information avec les plus hautes autorités gouvernementales (mémoire du Cabinet ou note présidentielle, par exemple) et avec les autres partenaires stratégiques indispensables au succès de la riposte (ministères concernés, parlementaires, dirigeants politiques/religieux/civiques, acteurs de la santé et ONG partenaires dans l'épicentre)..		
	Communication	Faire le point avec les médias sur les plans et les propositions pour faire face à la flambée.		Appui à fournir par les équipes régionales de riposte contre la polio, le Bureau régional et le Siège de l'UNICEF
C4D, mobilisation sociale et communication	Partager la boîte à outils de la C4D relative à la poliomyélite et la liste des accords à long terme que le bureau pays peut immédiatement utiliser pour accélérer les activités de riposte.		Appui à fournir par les équipes régionales de riposte contre la polio, le Bureau régional et le Siège de l'UNICEF	



Chronologie	Fonction	Activités	Responsabilité	
			Pays	Région / Global
Dans les 72 heures (3 jours) suivant la notification	C4D, mobilisation sociale et communication	Dresser le profil social du cas et du contexte en utilisant des outils d'enquête spécifiques au pays pour guider la conception des interventions de la C4D.	Autorités sanitaires nationales et Bureau pays de l'UNICEF	
Dans les 7 jours suivant la notification	Coordination des interventions liées à la flambée et plaidoyer	Déclarer la flambée de poliomyélite ou l'événement à haut risque comme une urgence nationale de santé publique.	Gouvernement national/ autorités	Avec l'appui nécessaire des partenaires de l'IMEP
	Renfort en ressources humaines	Déterminer les besoins de renfort en ressources humaines avec l'ORPG en fonction du niveau de la flambée et des besoins du pays.	Autorités sanitaires nationales, avec l'appui des bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF	L'ORPG facilite l'appui des partenaires de l'IMEP.
	Riposte aux flambées	Élaborer un tableau de suivi de la préparation pour évaluer l'état de préparation pour le « Passage 0 ». Lancer le suivi des activités (par exemple tableaux de bord disponibles à titre indicatif).	Autorités sanitaires nationales. Appui à fournir par les bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF.	
	Renforcement de la surveillance	<b>Lancer des activités de renforcement de la surveillance</b> (voir le chapitre 7 pour plus d'orientations) : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informer et sensibiliser les professionnels de la santé des unités de surveillance nationales et infranationales aux exigences en matière de notification.</li> <li>• Mettre en œuvre des activités supplémentaires de recherche de cas de PFA</li> <li>• Examiner et reclasser les sites de notification dans le réseau de surveillance active de la PFA</li> <li>• Veiller à ce que le laboratoire national soit impliqué dans la planification en cas de flambées afin de garantir le renforcement des capacités.</li> <li>• Augmenter la fréquence de prélèvement d'échantillons environnementaux effectués sur des sites déjà existants, lorsque cela est possible et approprié.</li> </ul>	Autorités sanitaires nationales, avec le Bureau pays de l'OMS	Appui fourni par les partenaires de l'IMEP
	Plaidoyer et communication	Élaborer un plan de plaidoyer externe pour obtenir un engagement politique de haut niveau du pays touché et compléter les efforts de plaidoyer dans le pays.		Autorités sanitaires nationales, avec l'appui des bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF
Les directeurs régionaux de l'OMS et de l'UNICEF écrivent au ministre de la Santé pour souligner l'urgence et l'appui total des représentants des pays et des organismes en matière d'orientation et d'appui.			Les bureaux de pays de l'OMS et de l'UNICEF jouent un rôle de facilitation	Directeurs régionaux de l'OMS/UNICEF, en coordination avec le comité stratégique de l'IMEP

Chronologie	Fonction	Activités	Responsabilité	
			Pays	Région / Global
Dans les 7 jours suivant la notification	Communication	Amorcer l'élaboration d'un rapport de situation conjoint OMS/UNICEF (SITREP) afin de tenir les partenaires de l'IMEP informés chaque semaine sur l'état d'avancement des activités de l'enquête, de la planification et des activités de riposte (modèle disponible à titre indicatif).	Bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF	Avec l'appui des équipes régionales de riposte contre la polio et des Bureaux régionaux et du Siège de l'OMS/UNICEF.
		Informers la communauté élargie des donateurs de la notification du poliovirus et de l'état des activités de riposte à la poliomyélite, y compris la vaccination et la surveillance.	Les Bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF avec les donateurs et les médias dans le pays.	
		Finaliser le kit de protocole média assorti des messages clés, rédiger des notes d'information médiatiques et d'autres produits de communication pertinents relatifs à la flambée, destinés à une utilisation locale, régionale ou mondiale.	Autorités sanitaires nationales avec le bureau national de l'UNICEF	Appui à fournir par le Bureau régional et Siège de l'UNICEF
		Organiser des réunions hebdomadaires avec les médias sur le plan de riposte et l'état d'avancement des activités de vaccination et de surveillance.		
Dans les 14 jours suivant la notification	Situations d'urgence complexes (le cas échéant)	Lancer l'élaboration d'un plan d'accès, comprenant : <ul style="list-style-type: none"> <li>• La cartographie des leaders communautaires, des acteurs clés, des parties prenantes et l'identification des personnes influentes.</li> <li>• La planification de stratégies de points de vaccination permanents/de transit autour des zones inaccessibles.</li> <li>• La planification de stratégies de vaccination opportunistes pour atteindre les populations dans les zones inaccessibles.</li> </ul>	Autorités sanitaires nationales avec l'appui de l'UNDSS	Équipes régionales de riposte à la poliomyélite, Bureau régional de l'OMS
	Coordination des partenaires	Lancer la coordination des partenaires avec d'autres agences des Nations Unies et les agences humanitaires sur le terrain.	Bureau pays de l'OMS	Équipes régionales de riposte à la poliomyélite
	Plan de riposte et budget en cas de flambée	<b>Finaliser le plan de riposte en cas de flambée et le budget semestriel</b> correspondant (voir le modèle et les POS en matière de budget élaborées par l'ORPG pour les orientations et le calendrier); l'équipe pays devrait finaliser le plan dans un délai d'une semaine.  Lancer le suivi des activités du plan de riposte en cas de flambée afin d'en contrôler la mise en œuvre (p. ex. dispositif de suivi (tracker), tableau de bord).	Autorités sanitaires nationales avec l'appui des bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF	L'ORPG coordonnera l'examen et le retour d'information des partenaires de l'IMEP.
	Coordination des partenaires	Organiser une réunion hebdomadaire avec les principales parties prenantes dans le pays pour coordonner et surveiller la mise en œuvre du plan de riposte à la flambée.		

Chronologie	Fonction	Activités	Responsabilité	
			Pays	Région / Global
Dans les 14 jours suivant la notification	Plan d'opérations de riposte en cas de flambées	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lancer l'élaboration du macro-plan d'opérations nationales pour le « Passage 0 » détaillant la stratégie, la structure de coordination, les vaccins, la logistique, les ressources humaines, la supervision, la mobilisation sociale et les besoins en communication en formation, etc.</li> <li>Réviser le macro-plan pour les AVS 1/AVS 2 ultérieurs et le ratissage supplémentaire.</li> </ul>	Autorités sanitaires nationales avec l'appui des bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF	Équipes régionales de riposte à la poliomyélite
	Élaboration de micro plans	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mettre au point des outils et une formation pour élaborer des micros plans pour le « Passage 0 », détaillant les stratégies, la structure de coordination, les vaccins, la logistique, les ressources humaines, la supervision, la mobilisation sociale, les besoins en communication et en formation, etc. (Les meilleures pratiques en matière de microplanification sont disponibles à titre indicatif).</li> <li>Réviser les micros plans pour les AVS 1/ AVS 2 ultérieurs et les passages de ratissage supplémentaires.</li> </ul>		Équipes régionales de riposte contre la polio
	C4D, mobilisation sociale et communication	Mettre en œuvre le plan de plaidoyer et de communication afin de mobiliser toutes les parties prenantes concernées aux niveaux national et sous-national dans les activités de riposte à la flambée.	Autorités sanitaires nationales, avec l'appui des bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF	Équipes régionales de riposte à la poliomyélite et l'ORPG facilitent l'appui des partenaires.
	Communication	Veiller à ce qu'un rapport de situation conjoint OMS/ UNICEF (SITREP) soit produit et communiqué aux partenaires.	Bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF	Appui à fournir par les équipes régionales de riposte à la poliomyélite
	Situations d'urgence complexes (le cas échéant)	Lancer le processus pour pourvoir les postes vacants dans les zones infectées et à haut risque.	Autorités sanitaires nationales, avec l'appui des bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF	Appui à fournir par le Bureau régional de l'OMS/UNICEF
		Déployer un agent de sécurité sur le terrain.	Autorités sanitaires nationales	Appui technique fourni par le Bureau régional et le Siège de l'OMS
Mettre en œuvre un plan d'accès (exemples de stratégies énumérées ci-dessous) : <ul style="list-style-type: none"> <li>Mobiliser les chefs communautaires et les personnes influentes identifiées.</li> <li>Négocier l'accès par l'intermédiaire d'acteurs clés, personnes influentes et parties prenantes.</li> <li>Mettre en œuvre des stratégies pour les points de vaccination permanents/de transit autour des zones inaccessibles</li> <li>Mettre en œuvre des stratégies de vaccination opportunistes pour atteindre les populations des zones inaccessibles</li> </ul>		Autorités sanitaires nationales, avec l'appui des bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF	Équipes régionales de riposte à la poliomyélite et Bureau régional de l'OMS	

Chronologie	Fonction	Activités	Responsabilité	
			Pays	Région / Global
Dans les 14 jours suivant la notification	Vaccination	<b>Dans les 14 jours, mettre en œuvre la riposte vaccinale « Passage 0 ».</b>	Autorités sanitaires nationales, avec l'appui des bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF	Appui à fournir par les équipes régionales de riposte à la poliomyélite, le Bureau régional et le Siège de l'UNICEF.
	Gestion des vaccins	<b>Pour la riposte au VP02, assurer une gestion complète de tous les flacons.</b> Un suivi et un rapport détaillé concernant les flacons déployés, récupérés, restants et non comptabilisés à la fin de chaque activité de vaccination sont nécessaires. (Voir les orientations concernant la gestion des vaccins)		
14 jours jusqu'à l'achèvement des activités de vaccination (75–90 jours)	Financement	L'ORPG devrait approuver le plan de riposte à la flambée et le budget (dans les 20 jours) et mettre en place les mécanismes de déblocage des fonds. Les fonds devraient être disponibles dans le pays dans les 28 jours.	Équipes pays de l'OMS et de l'UNICEF préparent et soumettent le budget.	Équipes régionales de riposte à la poliomyélite et l'ORPG sont chargés de faciliter les processus d'examen et d'approbation.
	Suivi de la préparation	Établir des tableaux de bord pour le suivi de l'état de préparation des AVS à utiliser pour évaluer l'état de préparation des AVS aux niveaux national et infranational.	Autorités sanitaires nationales avec l'appui des bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF	
		Mener des évaluations de l'état de préparation deux semaines, une semaine et trois jours avant la mise en œuvre d'AVS pour guider l'appui technique ciblé pour l'assurance qualité des AVS.		
	Suivi du plaidoyer	Suivre la mise en œuvre des plans de plaidoyer interne et externe. Prendre note des interventions réussies et communiquer les besoins supplémentaires aux équipes régionales de riposte à la poliomyélite et à l'ORPG.		Équipes régionales de riposte à la poliomyélite et l'ORPG sont chargés de faciliter l'appui des partenaires de l'IMEP.
	Suivi de la vaccination	Mettre en place un suivi de campagne pour les AVS : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Supervision</li> <li>• Monitoring indépendant (pendant et après la campagne)</li> <li>• Réunions d'examen quotidiennes (performances des équipes, notifications quotidiennes)</li> <li>• Échantillonnage par lots pour l'assurance de la qualité (LQAS)</li> <li>• Examens des AVS, y compris le refus de vaccins, les problèmes liés à la méfiance, etc.</li> </ul>		Appui à fournir par les équipes régionales de riposte à la poliomyélite, les bureaux régionaux et le Siège de l'OMS/ UNICEF
Suivi de la communication	Assurer un suivi des interventions de communication.	Autorités sanitaires nationales avec le Bureau pays de l'OMS et de l'UNICEF	Appui à fournir par les équipes régionales de riposte à la poliomyélite et le Bureau régional/ Siège de l'UNICEF.	

Chronologie	Fonction	Activités	Responsabilité	
			Pays	Région / Global
14 jours jusqu'à l'achèvement des activités de vaccination (75–90 jours)	Élaboration de micro plans	Mettre au point des outils et des formations pour élaborer de micro plans détaillant les stratégies, la structure de coordination, les vaccins, la logistique, les ressources humaines, la supervision, la mobilisation sociale, la communication et les besoins de formation, etc. (Les meilleures pratiques en matière de microplanification sont disponibles à des fins d'orientation).	Autorités sanitaires nationales avec l'appui des bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF	Équipes régionales de riposte à la poliomyélite devraient fournir tout document d'orientation régional/ mondial.
	Formation	Organiser des formations à l'intention des travailleurs de première ligne (vaccinateurs, superviseurs et mobilisateurs sociaux) sur les compétences techniques, les compétences en communication et les compétences interpersonnelles pour les zones ciblées par les AVS 1 et AVS 2.	Autorités sanitaires nationales avec l'appui des bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF	
	Gestion de l'information	Assurer la liaison avec les gestionnaires de données dans les pays pour identifier et résoudre les problèmes liés au format et à l'exhaustivité des données.	Autorités sanitaires nationales avec l'appui des bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF	RRT/IMST/Bureau régional de l'OMS
	Gestion des vaccins	Évaluer la capacité de la chaîne du froid et de la gestion des vaccins et prendre des mesures urgentes pour combler les lacunes avant l'AVS 1.		le Bureau régional et le Siège de l'UNICEF devraient fournir leur appui
	Coordination des partenaires	Organiser des réunions régulières avec les donateurs ainsi que des activités de plaidoyer.		
		Veiller à avoir une discussion approfondie et un alignement avec les autres partenaires de santé pour envisager des ripostes supplémentaires en plus du VPO, telles que l'administration de la vitamine A et de comprimés vermifuges, lorsque cela est possible, en particulier pour les flambées de type 1 et 3. (L'intégration pour les flambées de type 2 ne devrait être envisagée qu'à titre exceptionnel).		Appui des équipes régionales de riposte à la poliomyélite et de l'ORPG
	Vaccination	<b>Réaliser les activités de vaccination ultérieures (AVS 1, AVS 2, ratissage) conformément au plan de riposte à la flambée.</b>		Équipes régionales de riposte à la poliomyélite et l'ORPG devraient faciliter l'appui des partenaires de l'IMEP.
Mener des activités pour améliorer la qualité des AVS à chaque passage ultérieur : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Triangulation des données, notamment : les zones à faible rendement, données sociales sur les refus/ enfants manqués ou autres barrières sociales observées, données de surveillance, etc.</li> </ul>			Équipes régionales de riposte à la poliomyélite, l'ORPG et les bureaux régionaux et le Siège de l'OMS/UNICEF devraient apporter leur appui.	

Chronologie	Fonction	Activités	Responsabilité	
			Pays	Région / Global
14 jours jusqu'à l'achèvement des activités de vaccination (75–90 jours) Until close of outbreak	Vaccination	<ul style="list-style-type: none"> <li>Organiser des formations supplémentaires à l'intention des vaccinateurs et des superviseurs en matière de compétences interpersonnelles.</li> <li>Renforcer la supervision, le suivi et les réunions d'examen régulières pendant la campagne.</li> <li>Initier des stratégies spéciales pour atteindre les populations manquées, à haut risque ou mobiles.</li> <li>Mener des activités visant à améliorer la qualité des AVS, y compris une microplanification détaillée appuyée par une cartographie SIG lorsque cela est approprié et possible.</li> </ul>	Autorités sanitaires nationales avec l'appui des bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF	Équipes régionales de riposte à la poliomyélite, l'ORPG et les bureaux régionaux et le Siège de l'OMS/UNICEF devraient apporter leur appui.
	Plan de riposte à la flambée	Examiner et adapter le plan de riposte à la flambée, y compris les activités de vaccination, de surveillance et de communication pour les phases ultérieures. Suivre les progrès réalisés et/ou l'appui nécessaire pour combler les lacunes restantes.	Autorités sanitaires nationales avec l'appui des bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF	Équipes régionales de riposte à la poliomyélite devraient apporter leur appui, et l'ORPG devrait examiner les plans et proposer des recommandations.
	Gestion de l'information	Veiller à ce que les données sur la surveillance, les AVS et le suivi soient complétés et envoyés aux bureaux régionaux et au Siège de l'OMS et de l'UNICEF, dans les délais convenus (dans les 14 jours pour toutes les AVS, et à un rythme hebdomadaire pour les données de la PFA).	Autorités sanitaires nationales avec l'appui des bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF	
	Notification et responsabilité à l'égard des vaccins	Établir des rapports sur l'utilisation des vaccins et la responsabilité après chaque passage, y compris le passage 0 (voir les orientations de gestion des vaccins).	Autorités sanitaires nationales, avec l'appui des bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF	Équipes régionales de riposte à la poliomyélite et le Bureau régional/ Sièges de l'UNICEF devraient apporter leur appui.
	Élimination des vaccins	Élimination des flacons de vaccin utilisés ou partiellement utilisés pour la riposte vaccinale au poliovirus de type 2. Les flacons non ouverts doivent être stockés en toute sécurité dans des entrepôts stratégiques dotés de dispositifs de contrôle d'accès jusqu'à ce que la flambée soit considérée comme clôturée (voir les orientations de gestion des vaccins).	Autorités sanitaires nationales, avec l'appui des bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF	Équipes régionales de riposte à la poliomyélite et le Bureau régional/ Sièges de l'UNICEF devraient apporter leur appui.
Jusqu'à la clôture de la flambée	Analyse des données	Analyser et recouper toutes les données pour évaluer l'immunité de la population, la sensibilité de la surveillance et les progrès accomplis vers l'interruption de la transmission.	Autorités sanitaires nationales, avec l'appui des bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF	Équipes régionales de riposte à la poliomyélite et l'ORPG devraient faciliter l'appui des partenaires de l'IMEP.



Chronologie	Fonction	Activités	Responsabilité	
			Pays	Région / Global
Jusqu'à la clôture de la flambée	Vaccination de routine, amélioration, rétablissement et renforcement de la couverture vaccinale	Assurer le bon fonctionnement de la section « amélioration de la couverture vaccinale de routine » dans le cadre du COU, qui étend l'appui aux activités de la vaccination pendant la période de riposte à la flambée, afin de maximiser l'utilisation des capacités de pointe pour renforcer la gestion du programme, la microplanification, la mobilisation communautaire et le suivi des performances. Le COU devrait maximiser efficacement les avantages d'un appui limité dans le temps aux activités de la vaccination de routine, en menant certaines actions qui cadrent avec les composantes opérationnelles de l'approche « Atteindre chaque district (ACD) ». (Voir la fin du chapitre 7 et la stratégie ACD pour des orientations détaillées).	Autorités sanitaires nationales, avec l'appui des bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF et des ressources de renfort de lutte contre la poliomyélite dans le pays.	Regional polio response teams, ORPG and Surveillance group (SG)
	Renforcement de la surveillance	Poursuivre les activités de renforcement de la surveillance (voir le chapitre 8 pour des orientations détaillées) : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informer et sensibiliser les professionnels de la santé des unités de surveillance nationales et infranationales sur les exigences en matière de notification.</li> <li>• Examiner et reclasser les sites de notification dans le réseau de surveillance active de la PFA.</li> </ul>	Autorités sanitaires nationales, avec l'appui des bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF	Équipes régionales de riposte à la poliomyélite, l'ORPG et le Groupe chargé de la surveillance
	OBRA; 3-4 mois	Effectuer une évaluation indépendante de la riposte à la flambée de poliomyélite (OBRA) (de plus amples orientations sont disponibles dans l'Aide-mémoire sur l'OBRA).	Autorités sanitaires nationales doivent faciliter, avec l'appui des bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF	L'ORPG, en coordination avec les équipes régionales de riposte à la poliomyélite.
	Suivi des OBRA et des revues documentaires	La revue documentaire de suivi du programme sera effectuée 6 à 9 mois après le dernier isolat détecté, ou selon les circonstances. Les flambées prolongées peuvent justifier des OBRA intermédiaires ou des revues documentaires. Dans les situations où une évaluation en présentiel n'est pas possible (y compris les limitations liées à la pandémie de COVID-19), des OBRA et des revues documentaires virtuelles peuvent être envisagées.	Autorités sanitaires nationales devraient faciliter, avec l'appui des bureaux de pays de l'OMS et de l'UNICEF	L'ORPG, en coordination avec les équipes régionales de riposte à la poliomyélite.
	Revue de la classification - 3 mois	<b>Une revue de la classification est effectuée tous les trois mois; si le niveau change, la riposte sera adaptée en conséquence.</b>		Coordination par le Bureau régional de l'OMS (Polio et WHE), notation par le Siège de WHE en consultation avec le Siège et le Bureau régional de l'OMS.
	Les enseignements tirés	Consigner la riposte et partager les enseignements tirés	Autorités sanitaires nationales, avec l'appui des bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF	Équipes régionales de riposte à la polio et l'ORPG devraient apporter des contributions.

## ANNEXE 3 : LISTE DE CONTRÔLE LIÉE AU GENRE POUR LA RIPOSTE À LA FLAMBÉE DE POLIOMYÉLITE

Ressources humaines et opérations	
Le recrutement équilibré des femmes et des hommes dans tous les aspects de la riposte aux flambées, à tous les niveaux et dans tous les rôles, tant techniques qu'opérationnels (y compris dans les rôles de direction), est assuré par des mesures spécifiques (telles que des quotas et des politiques de RH).	
La participation significative des femmes aux activités de lutte contre la flambée à tous les niveaux et dans différents rôles est activement encouragée.	
Un budget adéquat est alloué pour soutenir les activités d'intégration de la dimension de genre et l'expertise en la matière.	
Tout le personnel travaillant dans le cadre de la riposte aux flambées, à tous les niveaux et dans différents rôles, a suivi une formation obligatoire sur la prévention des abus et de l'exploitation sexuelle (PSEA).	
Une politique de tolérance zéro à l'égard de la discrimination, de l'abus et du harcèlement sexuel ou de tout autre comportement répréhensible est appliquée et un mécanisme fonctionnel de signalement et d'appui est en place.	
Parties prenantes et participation	
Les groupes de femmes, les organisations locales de femmes, les réseaux de base, les associations, les organisations de la société civile et les dirigeants sont consultés à différents stades de la planification, de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation de la riposte à la flambée.	
Collecte et analyse des données	
Les données ventilées par sexe sont collectées, analysées et utilisées pour orienter les interventions lors de la riposte à la flambée (y compris le monitoring indépendant post-campagne IM/LQAS).	
Les données ventilées par sexe sont utilisées dans tous les comptes rendus, briefings, rapports et présentations relatifs à la riposte à la flambée.	
Des indicateurs sensibles au genre sont en place pour le suivi et l'évaluation.	
Renforcement des capacités	
Un mécanisme est en place pour garantir que les femmes et les hommes bénéficient de manière égale de la formation et d'autres activités de renforcement des capacités menées pendant la planification et la mise en œuvre de la riposte à la flambée, en identifiant les obstacles et les défis spécifiques auxquels les femmes sont confrontées.	
S'assurer que l'ensemble du personnel ait reçu une formation sur l'approche de tolérance zéro de l'Organisation à l'égard de toutes les formes d'harcèlement, d'abus et d'exploitation sexuels, et qu'il soit informé des mécanismes et des systèmes d'appui disponibles pour signaler les cas d'harcèlement et de comportement répréhensible.	
Communications/C4D	
Recueillir, analyser et utiliser des données ventilées par sexe et par âge, ainsi que par d'autres facteurs tels que l'origine ethnique, le handicap, le milieu socio-économique, le milieu urbain/rural/lieu de résidence, dans le cadre de l'engagement communautaire et de la mobilisation sociale, l'analyse de la situation de l'engagement communautaire et la mobilisation sociale, les évaluations et tous les plans d'intervention en matière de communication afin d'identifier et de traiter les obstacles liés au genre.	
Consulter de manière égale et assurer la participation significative des femmes et des hommes divers dans la conception, l'essai et la livraison d'outils et de matériel de sensibilisation (tels que les affiches, les dépliants, les messages radio, les SMS et des spots télévisés).	
S'assurer que tous les supports de communication tiennent compte des différents niveaux d'alphabétisation des femmes et des hommes au sein des communautés, en veillant à ce que le contenu des supports/ messages et les canaux de distribution soient adaptés à leurs besoins et préférences.	
Identifier et travailler avec les personnes influentes au sein des communautés, notamment les groupes de femmes, les réseaux populaires et les organisations communautaires, ainsi que d'autres personnes influentes (sur la base d'une analyse du contexte).	
Veiller à ce que le contenu, la conception et l'aspect visuel du matériel, des messages et des interventions concernant la polio remettent en question les normes, les rôles et les stéréotypes sexistes néfastes.	
S'attaquer aux obstacles identifiés qui empêchent les femmes et les hommes d'accéder ou de participer aux activités de sensibilisation à la polio prévues (par exemple en organisant le transport pour que les femmes puissent assister à une réunion communautaire d'information sur la poliomyélite).	
Assurer la parité entre les sexes dans les équipes de mobilisation sociale et d'engagement communautaire, ainsi que dans les autres groupes et événements liés à la communication sur la poliomyélite.	
Veiller à ce que tous les mobilisateurs sociaux soient formés à l'approche de tolérance zéro de l'Organisation à l'égard de toutes les formes d'harcèlement, d'abus et d'exploitation sexuels, et soient informés des mécanismes d'appui et des systèmes disponibles pour signaler les cas d'harcèlement et de comportements répréhensibles.	
Cibler les hommes et les femmes en leur qualité de parents dans toutes les activités de sensibilisation à la polio, en encourageant la participation accrue des hommes aux soins des enfants.	

# RÉFÉRENCES

- 1 La probabilité qu'un cas soit associé à un voyage est la plus élevée entre 7 et 10 jours, puis elle diminue pour devenir minimale après 35 jours (<https://www.who.int/teams/health-product-policy-and-standards/standards-and-specifications/vaccine-standardization/poliomyelitis>) [en anglais]
- 2 « Règlement sanitaire international » (2005), troisième édition. Genève : Organisation mondiale de la santé ; (<https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789241580496>, consulté le 15 novembre 2021)
- 3 « Detailed epidemiologic case investigation form » Orientation de l'IMEP. Genève : Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, 2011 (le document peut être consulté dans la bibliothèque de l'IMEP <http://polioeradication.org/tools-and-library/resources-for-polio-eradicators/gpei-tools-protocols-and-guidelines/>, consulté le 15 novembre 2021)
- 4 « Public Health Management of Facility-Related Exposure to Live Polioviruses: Interim guidance in managing exposed persons for countries hosting facilities that maintain live polioviruses » dans la bibliothèque de l'IMEP <http://polioeradication.org/tools-and-library/resources-for-polio-eradicators/gpei-tools-protocols-and-guidelines/>, [en anglais] consulté le 15 novembre 2021.
- 5 Aide-mémoire (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2020/03/AFP-contact-sampling-and-targeted-healthy-children-stool-sampling-20200327.pdf>) [en anglais], consulté le 15 novembre 2021
- 6 « Use of AFP contact sampling and targeted healthy children stool sampling » Aide-mémoire de l'IMEP. Genève. Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite 2019 (Voir le document dans la bibliothèque de l'IMEP : (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2020/03/AFP-contact-sampling-and-targeted-healthy-children-stool-sampling-20200327.pdf>) [en anglais], consulté le 15 novembre 2021)
- 7 « Cadre d'action d'urgence (CDD) » Organisation mondiale de la Santé ; 2017 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/105634>, p. 28, consulté le 15 novembre 2021)
- 8 <https://polioeradication.org/polio-today/polio-prevention/the-vaccines/opv/> [en anglais]
- 9 Département IVB de l'OMS, réunion du Groupe consultatif stratégique d'experts sur la vaccination (SAGE), 4-8 octobre 2021 ([https://terrance.who.int/mediacentre/data/sage/SAGE\\_eYB\\_Oct2021.pdf](https://terrance.who.int/mediacentre/data/sage/SAGE_eYB_Oct2021.pdf), [en anglais] consulté le 15 novembre 2021)
- 10 Gestion en santé publique de l'exposition à des poliovirus vivants associés aux établissements [https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2021/05/2020\\_Public\\_Health\\_Management\\_of\\_Facility-related\\_Exposure\\_to\\_Live\\_Polioviruses\\_FR.pdf](https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2021/05/2020_Public_Health_Management_of_Facility-related_Exposure_to_Live_Polioviruses_FR.pdf), consulté le 15 novembre 2021).
- 11 Alexander G Shaw, Laura V Cooper, Nicky Gumede, Ananda S Bandyopadhyay, Nicholas C Grassly, Isobel M Blake, Time Taken to Detect and Respond to Polio Outbreaks in Africa and the Potential Impact of Direct Molecular Detection and Nanopore Sequencing, The Journal of Infectious Diseases, 2021 ; jia518, <https://doi.org/10.1093/infdis/jia518> [en anglais]
- 12 Département IVB de l'OMS, réunion du Groupe consultatif stratégique d'experts sur la vaccination (SAGE), 4-8 octobre 2021 ([https://terrance.who.int/mediacentre/data/sage/SAGE\\_eYB\\_Oct2021.pdf](https://terrance.who.int/mediacentre/data/sage/SAGE_eYB_Oct2021.pdf), [en anglais] consulté le 15 novembre 2021)
- 13 « Weekly epidemiological record/Relevé épidémiologique hebdomadaire » 4 juin 2021, 96e AN, n° 22, 2021, 96, 197-216, <https://www.who.int/fr/publications/journals/weekly-epidemiological-record> )
- 14 « Microplanning Guidelines » Orientations de l'IMEP. Genève : Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite; 2011 (voir le document dans la bibliothèque de l'IMEP <http://polioeradication.org/tools-and-library/resources-for-polio-eradicators/gpei-tools-protocols-and-guidelines/>, [en anglais] consulté le 15 novembre 2021).

- 15 « Best practices in microplanning for polio eradication: Orientations de l'IMEP. Genève : Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite » 2018 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2018/12/Best-practices-in-mircoplanning-for-polio-eradication.pdf>, [en anglais] consulté le 15 novembre 2021)
- 16 « Preparing for nOPV2 use : An overview on requirement for countries » (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2021/10/nOPV2-Overview-Guidance.pdf>, [en anglais] consulté le 15 décembre 2021)
- 17 « Best Practices for Monitoring the Quality of Polio Eradication Campaign Performance », orientations de l'IMEP. Genève : Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite; 2018 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2018/12/Best-practice-for-monitoring-the-quality-of-polio-eradication-campaign-performance.pdf>, [en anglais] consulté le 15 novembre 2021)
- 18 « Meeting of the Strategic Advisory Group of Experts on Immunization, 22-24 mars 2021 : conclusions et recommandations » (<https://www.who.int/publications/i/item/meeting-of-the-strategic-advisory-group-of-experts-on-immunization-22-24-march-2021-conclusions-and-recommendations>, [en anglais] consulté le 15 novembre 2021)
- 19 « Résolution WHA68. Poliomyélite, la Soixante-huitième Assemblée mondiale de la Santé », p. 10. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 26 mai 2015. ([https://apps.who.int/gb/or/f/f\\_wha68r1.html](https://apps.who.int/gb/or/f/f_wha68r1.html), consulté le 15 novembre 2021)
- 20 « Formulaire de demande de vaccins antipoliomyélitiques oraux monovalents de type 2 (VPOm2) de souche sabin » (<https://polioeradication.org/tools-and-library/resources-for-polio-eradicators/gpei-%20tools-protocols-and-guidelines/>), consulté le 15 novembre 2021)
- 21 Conseil exécutif 146ème session point 16.1 de l'ordre du jour, EB(11) 7 février 2020 [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB146/B146\(11\)-fr.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB146/B146(11)-fr.pdf), consulté le 15 décembre 2021)
- 22 Technical Guidance for monovalent Sabin OPV2 vaccine management, monitoring, removal and validation. Genève : Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite; 2016 ([https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/11/Technical-guidance-mOPV2-management-monitoring-removal-and-validation\\_Oct2016\\_EN.pdf](https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/11/Technical-guidance-mOPV2-management-monitoring-removal-and-validation_Oct2016_EN.pdf), [en anglais] consulté le 15 novembre 2021)
- 23 Nouveau VPO2 (nVPO2) : Gestion, Suivi, Retrait et Elimination (dans des flacons de 50 doses avec PCV de type 2 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2020/11/FR-nOPV2-Technical-Guidance-V5-20201028.pdf>, consulté le 15 novembre 2021)
- 24 Programme pour la vaccination à l'horizon 2030. Une stratégie mondiale pour ne laisser personne de côté (<https://www.who.int/fr/publications/m/item/immunization-agenda-2030-a-global-strategy-to-leave-no-one-behind/>, consulté le 15 novembre 2021)
- 25 Atteindre Chaque District - Guide pour augmenter la couverture et l'équité dans toutes les communautés; (<https://www.afro.who.int/fr/publications/atteindre-chaque-district-guide-pour-augmenter-la-couverture-et-lequite-dans-toutes>, consulté le 15 novembre 2021)
- 26 Best practices in Active Surveillance for Polio Eradication, 2018. GPEI guidelines. Geneva: Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite; 2018 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2018/12/Best-practices-in-active-surveillance-for-polio-eradication.pdf>, [en anglais] consulté le 15 novembre 2021)
- 27 Plan d'action mondial de la surveillance de la poliomyélite (2022-2024) (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2022/02/Global-Polio-Surveillance-Action-Plan-2022-2024.pdf>, [en anglais] (version française en attente de publication) consulté le 1er mars 2022)
- 28 Interim quick reference on strengthening polio surveillance during an outbreak ([https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2021/12/Quick-Reference\\_Strengthening-Surveillance-during-Poliovirus-Outbreaks\\_24-March-2021.pdf](https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2021/12/Quick-Reference_Strengthening-Surveillance-during-Poliovirus-Outbreaks_24-March-2021.pdf), [en anglais] consulté le 15 novembre 2021)

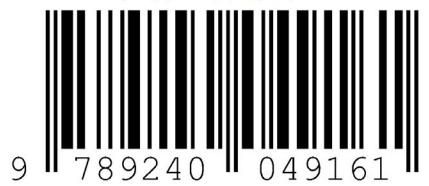
- 29 Standard operating procedures for polio environmental surveillance enhancement following investigation of a poliovirus event or outbreak (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2021/02/SOPs-for-Polio-ES-enhancement-following-outbreak-20210208.pdf>, [en anglais] consulté le 15 novembre 2021)
- 30 Guidelines for implementing polio surveillance in hard-to-reach areas and populations (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2020/10/Guidelines-polio-surveillance-H2R-areas.pdf>, consulté le 15 novembre 2021)
- 31 « Lignes directrices sur la communication pour le développement en riposte à des événements et flambées de poliomyélite après la transition ». [https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/12/C4DGuidelines\\_OutbreakPostSwitch\\_Nov2016\\_FR.pdf](https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/12/C4DGuidelines_OutbreakPostSwitch_Nov2016_FR.pdf), consulté le 15 novembre 2021)
- 32 « Polio training manual for health worker supervisors ». Geneva : Initiative mondiale pour l'éradication de la polio ([https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2022/03/GPEI-Health\\_Supervisors\\_Training\\_Manual.pdf](https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2022/03/GPEI-Health_Supervisors_Training_Manual.pdf) , consulté le 15 novembre 2021)
- 33 « Stratégie d'éradication de la poliomyélite 2022-2026 : tenir notre promesse ». (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/350556/9789240035300-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y> / , consulté le 15 novembre 2021)
- 34 Assessing vaccination coverage levels using clustered lot quality assurance sampling: « Field manual ». 2012. Genève, Global Polio Eradication Manual ([http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/09/Assessing-Vaccination-Coverage-Levels-Using-Clustered-LQAS\\_Apr2012\\_EN.pdf](http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/09/Assessing-Vaccination-Coverage-Levels-Using-Clustered-LQAS_Apr2012_EN.pdf), [en anglais] consulté le 15 novembre 2021)
- 35 « nOPV2 post campaign checklist; Activities to complete after an nOPV2 response » (<https://bit.ly/nOPV2-post-campaign-checklist>, consulté le 15 décembre 2021)
- 36 Évaluation des interventions de lutte contre les flambées de poliomyélite (OBRA) : Aide Mémoire 2018 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2018/12/evaluation-de-la-r%C3%A9ponse-%C3%A0-une-%C3%A9pid%C3%A9mie-de-polio-aide-memoire-septembre-2018.pdf>, consulté le 15 novembre 2021)
- 37 Capturing and sharing lessons learned [site Web] Genève : Initiative mondiale pour l'éradication de la polio (<http://polioeradication.org/polio-today/preparing-for-a-polio-free-world/transition-planning/lessons-learned-from-polio-eradication/>, [en anglais] consulté le 15 novembre 2021)
- 38 Outil, Multi-Sector Initial Rapid Assessment (MIRA), Juillet 2015 IASC Needs Assessment Task Force ([https://interagencystandingcommittee.org/system/files/mira\\_manual\\_2015.pdf](https://interagencystandingcommittee.org/system/files/mira_manual_2015.pdf) [en anglais] consulté le 15 novembre 2021)
- 39 In practice rapid gender analysis (<https://insights.careinternational.org.uk/in-practice/rapid-gender-analysis>, consulté le 15 novembre 2021)
- 40 OXFAM minimum standards for gender in emergencies ([https://oi-files-d8-prod.s3.eu-west-2.amazonaws.com/s3fs-public/file\\_attachments/ml-oxfam-gender-emergencies-minimum-standards-291113-en\\_o\\_o.pdf](https://oi-files-d8-prod.s3.eu-west-2.amazonaws.com/s3fs-public/file_attachments/ml-oxfam-gender-emergencies-minimum-standards-291113-en_o_o.pdf), consulté le 15 novembre 2021)
- 41 Directives de l'OMS sur la politique de santé et l'accompagnement au sein du système en vue d'optimiser les programmes relatifs aux agents de santé communautaires, (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/325564>, dernier accès le 15 novembre 2021)
- 42 COVID-19 : santé et sécurité au travail pour les agents de santé : orientations provisoires, 2 février 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/340286>, consulté le 15 novembre 2021)







9789240049161



9 789240 049161

[www.polioeradication.org](http://www.polioeradication.org)